

Doula som stöd under graviditet, förlossning och barnsängstid

Redaktörer

Maj-Helen Nyback och Anita Wikberg

Författare

Sofie Björkholm, Jennifer Båskman, Minna Harjula, Madeleine Ingves, Sofia Koivisto, Nicoline Malinen, Amanda Peltola, Anne Toivonen och Lili Yu

Utgivare: Yrkeshögskolan Novia, Wolffskavägen 33, 65200 Vasa, Finland

© Yrkeshögskolan Novia, Maj-Helen Nyback och Anita Wikberg

Novia Publikation och produktion, serie S: studerandes arbeten 1/2017 online

Pärmbild Marianne Sand-Nabb

ISBN 978-952-7048-43-6

ISSN 1799-4209

Förord

Boken som du har i din hand är ett resultat av ett fruktbart samarbete mellan forskande lärare och barnmorskestuderande vid Novia Yrkeshögskola samt forskare vid Nord universitet, Bodø, Norge. HVD Anita Wikberg och HVD Maj-Helen Nyback, Novia, har bägge disputerat i min handledning i vårdvetenskap vid Åbo Akademi. Det var med igenkännandets glädje vi kunde återuppta ett tidigare samarbete då Anita Wikberg accepterade min invitation till forskning om doulaskapet. Doulaskapet har rötter i en tradition av kvinnor, som hjälper kvinnor under barnafödande och speciellt som stöd under förlossningen. Det har utvecklats för att också stöda hela familjen. Jag är tacksam för kontaktperson Ulrika Vestergård-Denwards invitationer att föreläsa vid Folkhälsans doulaverksamhet. Mitt möte med doulorna i Österbotten ledde till undran, reflektioner och nya frågeställningar för forskning.

'Hela livet förändras' och 'Att vara med barn' är titlar på min forskning i licentiatavhandling och doktorsavhandling, som visar på betydelsen av gemenskap i hälso- och livsförändring under barnafödande. Vårdkulturen har varit i fokus för mitt fortsatta forskningssamarbete i barnafödande. Att bli förälder är en intensiv upplevelse, speciell för varje kvinna och hennes partner och unik från ett vårdvetenskapligt livsvärldsperspektiv. Önskan om ett barn, graviditeten, födandet och vården av barnet är sammanhållande unika skeenden för föräldrarna. I den hälso- och livsförändringen är det viktigt med kontinuitet och vårdande stöd. Kontinuiteten är en fråga om en hållning av att ödmjukt lyssna till kvinnan - och hennes partner - för att försöka förstå, hjälpa och vårda. Att vara med barn innebär också att det alltid handlar om (det ofödda) barnet. Kvinnor i min forskning beskrev hur de tänkte i tvåsamhet med (det ofödda) barnet i relation till sin partner och eventuella andra barn i familjen. Det är en paradox mellan glädje och lidande, där glädjen upplevs ökad när den delas och lidandet upplevs minska när det delas. Familjegemenskap, gemenskap med andra och vårdgemenskapen kan variera i mening och betydelse för den unika kvinnan men kärnan är den samma. Paradoxen av glädje och lidande i hälso- och livsförändringarna utgör en grund för att förstå behovet av och önskan om gemenskap. Doulan representerar en speciell vårdgemenskap. Det är inte frågan om en tävlan med den professionella vården eller kvinnans och hennes partners egna nära och kära. Doulaskapet belyses och fördjupas från olika perspektiv.

Det är med stor glädje jag tar del av de blivande barnmorskornas studier, som ingår i föreliggande bok. Boken kan läsas av blivande föräldrar, vårdare och alla som är intresserade av barnafödande och doulaskap. Jag hoppas att den väcker reflektioner och utvecklar både vår hållning till barnafödande i samhället och utveckling av vården vid barnafödande. Jag vill rikta ett stort tack till de barnmorskestuderande och handledande lärare och de doulor, som så generöst delat sina erfarenheter.

Vasa, 29.10.2017

Professor Terese Bondas
HVD, HVL, HVM, sjukskötare, hälsovårdare
Nord Universitet, Bodø, Norge
Docent, Universitetet i Östra Finland

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Gravid och ensamstående "En känslomässig berg- och dalbana" Sofie Björkholm.....	3
Abstrakt.....	3
Syfte och frågeställning	4
Teoretisk utgångspunkt	4
Teoretisk bakgrund.....	6
Relationers betydelse.....	6
Singelmödraskap förr och nu	6
Att vara gravid.....	7
Depression under graviditeten	8
Tidigare forskning kring betydelsen av gott partnerstöd under graviditeten.....	9
Olika typer av stödmöjligheter för ensamstående gravida.....	10
Mödrarådgivning	10
Doulaverksamhet	11
Stöd av andra i samma situation	11
Metodbeskrivning.....	12
Datainsamlingsmetod och materialbeskrivning	12
Det hermeneutiska närmelsesättet	13
Den hermeneutiska bearbetningsmetoden	14
Bearbetningens praktiska genomförande	15
Etiska aspekter.....	16
Resultatredovisning	17
Steg 1. Helhet.....	18
Önskan om att inte vara ensamstående	18
Upplevelse av att avvika från normen.....	19
Behov av emotionellt stöd.....	19
Steg 2. Delar	20
Förhållande till sig själv.....	20
Upplevelse av många olika känslor.....	20
Upplevelse av en känslomässig berg- och dalbana	21
Brist på närhet och sex	22
Sättet att tackla motgångar varierar	22
Behov av att påpeka att ensamståendskapet är ofrivilligt	23
Förhållande till barnet	23
Upplevelse av varierade känslor inför barnet	23
Önskan om att barnet ska få bra relation till pappan och pappans släkt	24
Nedsatt förmåga att utveckla ett moderskap	24
Förhållande till barnets pappa	25

Önskan om att barnets pappa ska vara mera delaktig i graviditeten.....	25
Relationen med barnets pappa upplevs som komplicerad.....	25
Förhållande till andra.....	25
Behov av att dela sin graviditet med någon.....	26
Sökande efter stöd i form av bekräftelse från andra.....	26
Steg 3. Helhet.....	26
Nedsatt psykiskt välbefinnande och strävan efter tillfredställelse.....	27
Behov av stöd från enskilda personer och samhället.....	27
Spegling mot den teoretiska bakgrunden.....	28
Kvinnornas upplevelse av graviditeten.....	28
Kvinnornas behov av emotionellt stöd.....	29
Kritisk granskning.....	30
Helhet.....	30
Datamaterial.....	30
Bearbetningsmetod och resultatredovisning.....	31
Diskussion.....	32
Litteraturförteckning.....	34
Doulans roll vid hemförlossningar – en kvalitativ studie Jennifer Båskman och Sofia Kovisto.....	36
Abstrakt.....	36
Inledning.....	37
Syfte och frågeställningar.....	37
Teoretisk bakgrund.....	38
Doulan.....	38
Förlossningen och dess skeden.....	39
Icke-medicinsk smärtlindring.....	40
Stöda och uppmuntra ett positivt förhållningssätt.....	40
Ställningar och rörelse under förlossningen.....	41
Musik och förlossningssång.....	41
Massage, värme och kyla.....	42
Sterila kvaddlar, akupunktur, akupressur och zonterapi.....	42
Transkutan elektrisk nervstimulering.....	43
Homeopatiska läkemedel.....	43
Hemförlossning.....	44
Förlossningskomplikationer vid hemförlossning.....	45
Studier om hemförlossningar.....	46
Teoretisk utgångspunkt för studien.....	48
Metod.....	48
Datainsamlingsmetod.....	48
Urval.....	49
Etiska överväganden.....	49

Kvalitativ innehållsanalys.....	50
Resultat.....	51
Doulans roll före hemförlossning.....	51
Doulans roll under hemförlossning	52
Doulans roll efter hemförlossning	55
Kritisk granskning	55
Diskussion.....	57
Källförteckning	59
Doulans och barnmorskans samarbete. En kvalitativ intervjustudie ur doulans perspektiv. Minna Harjula .	62
Abstrakt	62
Inledning.....	63
Syfte och frågeställningar	63
Tuckmans modell om teamwork.	63
Teoretisk bakgrund	64
Förlossningsvårdens utveckling	64
Doulaverksamhetens utveckling.....	64
Doulans roll.....	65
Nytta med doula	65
Barnmorskans roll.....	66
Folkhälsans doulaverksamhet.....	67
Samarbete i vårdteamet	67
Doulans och barnmorskans samarbete	67
Värdegrunden och vårdrelationen vid barnafödande	68
Metod och genomförande.....	69
Val av informanter	69
Semistrukturerade intervjuer	69
Kvalitativ innehållsanalys.....	70
Etiska aspekter.....	71
Resultatredovisning	72
Ett fungerande samarbete	72
Ett bättre samarbete.....	72
Kontinuitet	73
Kommunikation.....	73
Kommunikation som metod	73
Medling.....	74
Till nytta och en hjälpande hand	74
Att vara till nytta	74
En hjälpande hand.....	75
Negativa upplevelser	75
Samarbetet med barnmorskan	76

Barnmorskan ignorerar eller lyssnar inte.....	76
Doulans roll under förlossningen	77
Doulans roll.....	77
Mer stödperson än kollega.....	77
Doulans önskningar om förbättringar.....	77
Feedback.....	78
Träffar	78
En förberedande information till barnmorskan	78
Tips till barnmorskorna	78
Tolkning.....	78
Kritisk granskning	80
Perspektivmedvetenhet.....	80
Intern logik.....	80
Etiskt värde.....	81
Innebördsrikedom och struktur	81
Diskussion.....	81
Källförteckning	83
Bilaga 1 Intervjuguide	85
“Jag kommer aldrig ångra det” – En kvalitativ studie om tonårsmammors upplevelser av oplanerade graviditeter och deras behov av stöd. Madeleine Ingves & Nicoline Malinen	87
Abstrakt.....	87
Inledning.....	88
Syfte och frågeställningar	88
Teoretisk bakgrund	89
Tonårstiden för en kvinna	89
Kroppsliga förändringar under puberteten för flickor	89
Sexuell utveckling under tonårstiden	89
Graviditet	90
Mödravården i Finland.....	90
Statistik över tonårsgraviditeter i Finland.....	92
Stöd under graviditeten	92
Ekonomiskt stöd	92
Stöd från doula	93
Mödrahemmet	94
Tidigare forskning.....	94
Teoretisk utgångspunkt	95
Graviditeten – paradoxen mellan glädje och lidande	96
Det perfekta barnet.....	96
Ett annorlunda sätt att vara	96
Strävan efter familjegemenskap.....	96

Antenatal vård – beskydd och deltagande	97
Tillitsfull relation	97
Kompetent beskydd	97
Kontinuerligt deltagande	98
Metod för undersökningens genomförande	98
Datainsamlingsmetod och material	98
Dataanalysmetod	99
Etiska aspekter.....	99
Resultat.....	100
Upplevelsen av graviditeten	101
Reaktionen	101
Att vara gravid	103
Känsla av ansvar.....	104
Tankar och förväntningar.....	105
Behovet av stöd	106
Det egna stödnätverket	106
Förberedelser som stöd	107
Tolkning av resultatet	107
Upplevelsen av graviditeten	108
Behovet av stöd	108
Kritisk granskning	109
Perspektivmedvetenhet.....	109
Intern logik.....	109
Etiskt värde.....	110
Innebördsrikedom och struktur	110
Diskussion.....	111
Källförteckning	112
Bilaga 1.....	114
Hon var med hela vägen - En kvalitativ intervjustudie med föderskor som valt att ha en doula. Amanda Peltola	115
Abstrakt.....	115
Inledning.....	116
Syfte och frågeställning	116
Teoretisk bakgrund	116
Förlossningsvårdens historia och utveckling i Finland.....	117
Doulans historia.....	118
Doulans roll.....	118
Effekten av kontinuerligt stöd under förlossningen	119
Kvinnors förväntningar på förlossningsstöd	120
Barnmorskepartnerskapsteori	121

Undersökningens genomförande	122
Val av informanter	123
Intervju som datainsamlingsmetod	123
Kvalitativ innehållsanalys som dataanalysmetod.....	125
Undersökningens praktiska genomförande	125
Etiska överväganden vid undersökningen.....	126
Resultat.....	127
Tema: Kontinuerligt stöd	127
Fysiskt stöd.....	127
Psykiskt stöd	128
Information	128
Att se hela människan	129
Stöd för pappan/den andra stödpersonen.....	129
Spegling.....	130
Kritisk granskning	131
Diskussion.....	132
Källförteckning	135
Bilaga 1 Intervjuguide.....	137
Bilaga 2 Informationsbrev	138
Pappans upplevelse av doulastöd under förlossningen –En kvalitativ intervjustudie. Anna Toivonen	139
Abstrakt.....	139
Inledning.....	140
Syfte och frågeställningar	140
Pappans roll i förlossningen	140
Pappans stöd till den födande kvinnan	141
Pappan och doulastöd.....	141
Pappans delaktighet.....	142
Doulan	142
Doulan s uppgift	142
Doulan som trygghet för pappan.....	143
Folkhälsans doulaverksamhet.....	143
Teoretisk utgångspunkt	144
The birth territory	144
Terräng som nyckelbegrepp	144
Rättskipning som nyckelbegrepp	145
Metod	145
Val av informanter	145
Kvalitativa intervjuer.....	145
Innehållsanalys.....	146
Etiska överväganden	146

Resultat.....	147
Kontinuitet	147
Pappans förväntningar.....	147
Samarbetet med doulan	148
Delaktighet.....	148
Kritisk granskning	149
Diskussion.....	149
Källförteckning	151
Bilaga 1. Intervjuguide.....	153
Bilaga 2. Information till informanterna.....	153
Bilaga 3. Informerat samtycke	153
Women’s experiences of doula support during childbirth. A systematic literature review of qualitative evidence. Lili Yu	154
Abstract	154
Introduction	155
Background.....	155
Doula.....	155
Normal labor	156
Labor support	157
Maslow’s hierarchy of needs.....	159
Purpose and aim of the study.....	159
Method	159
Systematic qualitative literature review	159
Database search	160
Inclusion criteria and exclusion criteria.....	160
Ethical considerations	161
Data analysis.....	161
Findings	162
Practical help	162
A feeling of safeness	163
Having a sister by side	164
A feeling of being respected and confident	164
Discussion	165
Conclusion and critical review	167
Appendix 1 Critical appraisal checklist for qualitative research	170
Appendix 2 Critical Appraisal Table	171
Appendix 3 Research Article Chart.....	173
Appendix 4: Thematic analysis chart.....	175

Inledning

Boken "Doula som stöd för kvinnan och familjen under graviditet, förlossning och barnsängstid" är den andra boken i Novias publikationsserie S som berör barnmorskans arbete. Den första boken, "Den utbildade barnmorskan med dig i 200 år. Ett axplock ur den österbottniska barnmorskans historia" (Matintupa m.fl. 2016), beskriver barnmorskeyrkets utveckling i Finland. Den föreliggande boken fortsätter att utforska barnmorskans arbete. Boken grundar sig på examensarbeten skrivna av en grupp barnmorskestuderande som påbörjat sin utbildning 2013.

De examensarbeten som presenteras ingår i projektet "Doulor som stöd vid barnafödande" och är beställda av HVD Anita Wikberg, Yrkeshögskolan Novia i Vasa och Professor Terese Bondas, Nord Universitet i Bodø, Norge. Det datamaterial som samlats in utgör grund för fortsatta studier inom området. Samtliga examensarbeten berör kvinnans och/eller partners behov av stöd under graviditet, förlossning och barnsängstid. HVD Anita Wikberg har handlett 6 av de examensarbeten som ingår och HVD Maj-Helen Nyback har handlett det examensarbete som skrivits på engelska. Texterna har varsamt redigerats.

Att ha en kunnig och erfaren kvinna som stöd under graviditet, förlossning och barnsängstid är en gammal tradition. Trots att barnmorskeutbildningen startade i Finland år 1816 kunde det ännu på 1900-talet vara utbildade, men erfarna kvinnor, som hjälpte till vid hemförlossningarna. År 1927 stiftades en lag som ålade kommunerna att ge lön åt de barnmorskor som hjälpte till vid hemförlossningarna. Syftet med lagen var att minska dödsfallen under förlossningen. Ännu i början av 1900-talet födde 95 % av kvinnorna hemma. När man i kommunerna började få kommunala sjukhus och sjukstugor, ordnades ofta samtidigt en skild förlossningsavdelning. Anstaltförlossningarna ökade efterhand, år 1930 utgjorde de 20 % av förlossningarna och på 1950-talet födde över hälften på anstalt. Ännu på 1930-talet bodde ca ¾ av Finlands befolkning på landsbygden vilket kan förklara den stora mängden hemförlossningar. På landsbygden fanns inte samma möjlighet att föda på sjukhus som i städerna. När Finlands nätverk av centralsjukhus utvecklades på 1960-talet minskade hemförlossningarna drastiskt (Lybäck & Koivurinne 2016; Mård 2016)

Historiskt sett har barnafödandet varit en djupt socialt förankrad händelse. Det var vanligt att den födande kvinnans mor, syster, moster, faster och kvinnliga vänner deltog vid förlossningen. När förlossningarna överfördes till sjukhusen förändrades förlossningen till en individuell händelse där kvinnan födde barn med hjälp av en barnmorska. Under senare delen av 1900-talet förespråkades naturligt barnafödande och föderskans behov av stöd återupptäcktes. I och med detta fick också kvinnans partner delta vid förlossningen (Båskman & Koivisto 2017).

En planerad hemförlossning är idag rätt ovanlig. I Finland var år 1990 antalet planerade hemförlossningar 11 men antalet hemförlossningar har ökat under 2000-talet. År 2012 var 18 hemförlossningar planerade, 2013 föddes strax över 30 barn med planerad hemförlossning och år 2015 var 46 förlossningar planerade hemförlossningar. Detta visar på en liten trend att den gravida kvinnan väljer planerad hemförlossning. Nu finns även instruktioner för hemförlossningar med i Äitiyneuvolaopas (Båskman & Koivisto 2017).

Idag har vi återinfört möjligheten till stöd liknande det som kvinnor under hemförlossningens tidevarv erhöll av erfarna kvinnor. Doulan representerar traditionen med kvinnor som stöder varandra under graviditeten, förlossningen och barnsängstid.

Begreppet doula avser en kvinna som ger omvårdnad och kommer ursprungligen från grekiska och betyder slav eller tjänarinna. I Finland grundades den första frivilliga doulaverksamheten av Föreningen för mödra- och skyddshem år 1992. Idag finns 16 doulagrupper runt om i landet. Folkhälsan startade svenskspråkig doulaverksamhet i Nyland år 2004 och i Österbotten år 2009 och idag finns fyra grupper i Nyland, Österbotten, Åboland och på Åland (Peltola 2017).

Ny forskning visar att doulans stöd beskrivs som praktisk hjälp under förlossningen. Hjälpen kan bestå i praktiska sysslor som att hämta vatten, massera kvinnan för att få smärtlindring och stöd

för rätt andningsteknik. Doulan beskrivs som en syster som finns till för kvinnan, en som ökar tryggheten och känslan av att vara respekterad och sedd under förlossningen (Yu, 2017). Doulan är också ett stöd för mannen vid förlossningen. Doulan kan upplevas som en trygghet i en ny och främmande situation. Det är därför viktigt att doulan inte bara fokuserar på den blivande mamman utan också bjuder in pappan att delta. Doulan ska uttrycka att hon finns där som stöd för dem båda. (Toivonen 2017)

Andelen barnfamiljer som består av en förälder har ökat sedan 1970-talet när procenten låg på 10,2%. Idag ligger siffran på 20,9%, vilket innebär att cirka var femte familj består av en förälder. En ensamförsörjande förälder mår generellt sett sämre än de som delar livet med en partner. År 2014 var 86 % av alla ensamförsörjande föräldrar kvinnor, vilket betyder att det främst är mammor som utsätts för nedsatt hälsa i detta sammanhang. Gravida ensamstående kvinnor uttrycker upplevelse av utanförskap, att inte tillhöra samma grupp som de gravida med en partner. De söker gärna stöd bland kvinnor med liknande bakgrund och gemenskapen ger styrka och tröst. (Björkholm 2017).

Att bilda familj innan man fyllt 20 år är numera ovanligt, och de flesta tonårsgraviditeter är oplanerade, speciellt för kvinnor under 18 år. Medelåldern för förstföderskor i Finland år 2015 var 28,8, vilket är en ökning med 2,3 år sedan år 1987. Man kan också se en minskning bland antalet förstföderskor under 20 år mellan åren 1987–2015. Antalet aborter bland tonåringar har också minskat. Trots att graviditeten är oplanerad och den blivande mamman är upplevs den inte nödvändigtvis som negativ. (Ingves & Malinen 2017). De mycket unga gravida eller de som oväntat blir gravida är grupper i behov av särskilt stöd under graviditet, förlossning och barnsängstid. Doulan kan vara ett stöd för kvinnor som hör till dessa grupper.

Samarbetet mellan doulan och barnmorskan är viktigt för att den födande kvinnan och partnern skall kunna få en så god upplevelse av förlossningen som möjligt. Det har funnits, och kanske ännu finns, en del konflikter och konkurrens mellan den professionella yrkesutövaren (barnmorskan) och lekmannen (doulan) men med ökad erfarenhet finner de en god samarbetsform. Ett gott samarbete skapar en trygg situation för alla parter. (Harjula, 2017).

I de studier som ligger som grund för examensarbetena har fokus varit på kvinnors (samt i en studie, mannens) upplevelser av att föda barn och målsättningen har varit att undersöka doulans uppgift och roll vid graviditet, förlossning och barnsängstid. Kvalitativ metod har använts av samtliga författare. Datamaterialet består av intervjuer, artiklar samt bloggar. Dataanalysen har i alla studier utom en varit kvalitativ innehållsanalys. I en studie har hermeneutisk ansats för att kunna förstå och beskriva upplevelsen av att vara ofrivilligt ensam under graviditet och förlossning använts. Examensarbetena presenteras som skilda kapitel och författarens efternamn har fått avgöra i vilken ordning de presenteras.

Vi vill rikta ett tack till Professor Terese Bondas vid Nord Universitetet Bodø, Norge som har skrivit förordet till boken samt till Marianne Sand-Nabb som gett oss tillstånd att använda sitt fotografi som pärmbild.

Vasa 31.10 2017

Maj-Helen Nyback
Överlärare Yrkes högskolan Novia

Gravid och ensamstående "En känslomässig berg- och dalbana" Sofie Björkholm

Abstrakt

Syftet med examensarbetet är att öka förståelsen för ofrivilligt ensamstående och gravida kvinnor med fokus på deras upplevelser och behov av emotionellt stöd.

Som teoretisk utgångspunkt har jag använt mig av Bondas vårdteori (2000) Att vara med barn - paradoxen mellan glädje och lidande, och den teoretiska bakgrunden består av fakta från litteratur och tidigare forskning som berör studiens ämne. Datamaterialet består av bloggtexter från tre olika bloggar som analyserades med hjälp av en hermeneutisk bearbetningsmetod.

I resultatet framkom att gravida och ensamstående kvinnor upplever varierade känslor inför den aktuella situationen, barnet och barnets pappa. Kvinnorna beskriver ensamhet, avundsjuka, rädsla, oro, glädje, sorg och besvikelse. De har ett nedsatt psykiskt välbefinnande och skulle inte vilja befinna sig i situationen som gravid och ensamstående. De upplever relationen till barnets pappa som komplicerad, men vill ändå att han ska vara engagerad i graviditeten. De har ett stort behov av emotionellt stöd i form av närvaro, tillgänglighet, samtal, förståelse, bekräftelse och acceptans, vilket är viktigt att få från familj, vänner, andra i samma situation och den professionella vården.

Det här med att gå igenom en graviditet på egen hand.
Det är många kaosiga tankar, känslor ligger både djupa och utanpå.
Och jag vill verkligen inte ömka mig själv och min situation,
det vill jag inte.
Men det kan göra mig otroligt frustrerad när folk inte ser det svåra.
Det är som att gravid är gravid.
Lika för alla.
Men så fasen alltså.
Kanske vill de skona mig från medömkan.
Kanske handlar det bara om att jag sätter upp mentala hinder för mig själv,
men jag är övertygad om att det underlättar betydligt att dela en sådan här
upplevelse tillsammans med någon.

Inledning

Ända sedan jag började på utbildningen för barnmorskearbete har jag funderat på vilket ämne jag ska välja till mitt examensarbete. I olika skeden har jag haft olika idéer, men ett återkommande intresseområde har länge varit ensamstående under graviditeten. När min mamma väntade mig, var min pappa frånvarande under en stor del av hennes graviditet, och detta har väckt frågor och nyfikenhet hos mig. Som blivande barnmorska strävar jag till att kunna bemöta gravida kvinnor och par på bästa möjliga sätt, och genom förståelse för olika situationer tror jag att det underlättas. Därför vill jag skapa förståelse för blivande mammor och föräldrar som befinner sig i situationer utanför normen, och jag anser att gravida kvinnor utan partner faller inom den kategorin. Jag beslöt mig för att undersöka denna grupp kvinnor i mitt examensarbete, med fokus på deras upplevelse och behov av emotionellt stöd.

Jag är medveten om att det finns många orsaker till att gravida kvinnor är utan partnerstöd, och att det kan upplevas väldigt olika beroende på situationen. Denna studie är för liten för att kunna inkludera alla orsaker till partners frånvaro, och skapa en helhetsbild. Därför valde jag att begränsa frågeställningarna till ofrivilligt ensamstående under graviditeten. I detta sammanhang handlar ofrivilligt ensamstående om kvinnor som inte planerat att bli gravida som ensamstående. De som gjort ett medvetet val att leva utan partner under graviditeten, såsom vid insemination med donerade spermier, beaktas inte i denna studie.

Detta examensarbete vill jag tillägna min mamma och alla andra som upplever och har upplevt ensamstående under graviditeten. Jag hoppas att studien ska skapa en djupare insikt och större förståelse för denna grupp kvinnor, hos mig själv, men också hos andra som läser och tar del av materialet.

Syfte och frågeställning

Syftet med denna studie är att öka förståelsen för ofrivilligt ensamstående och gravida kvinnor. Genom att beskriva deras upplevelser och klargöra hurudant emotionellt stöd de har behov av, hoppas jag kunna skapa en större förståelse och en djupare insikt för deras situation. Med hjälp av förståelse och kunskap kan förhoppningsvis denna grupp kvinnor också bli bemötta på bästa möjliga sätt i olika situationer.

Frågeställningarna är:

- Hur upplever ofrivilligt ensamstående kvinnor en graviditet?
- Hurudant behov av emotionellt stöd har ofrivilligt ensamstående kvinnor under en graviditet?

Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt valdes Bondas vårdteori (2000). Den handlar om behov av gemenskap under graviditeten och förlossning, samt efter förlossning. Utgångspunkten är då att kvinnan lever i en paradox mellan glädje och lidande, och att kvinnan har behov av att dela med sig av sina upplevelser i familjegemenskap, vårdgemenskap och gemenskap med andra i samma situation. Teorin tydliggörs i modellen nedan (figur 1):



Figur 1. Bondas vårdteori "Att vara med barn - Paradoxen mellan glädje och lidande". (Bondas, 2000, s. 77)

Havandeskap och förlossningen är omvälvande upplevelser som består av både glädje och lidande. Lidandet finns i glädjen, och glädjen finns i lidandet. Glädjen består i barnets närvaro, och att kvinnans liv och hälsa får en ny mening. Lidandet finns i de förändringar som barnet kräver, den oro kvinnan känner, och smärtan som upplevs vid förlossningen. Denna paradox står som grund till att kvinnan har behov av att dela med sig av sin upplevelse i de tre olika gemenskaperna. (Bondas, 2000, s.77–79).

Familjegemenskap innebär gemenskap inom den nya familjekonstellation som skapas i samband med det kommande eller nyfödda barnet. Om partner finns vill kvinnan tillsammans med honom eller henne skapa en gemenskap som kretsar kring barnet, och finns syskon i familjen vill kvinnan att de också ska delta i den nya gemenskapen. Partners närvaro under barnafödandet kan inte ersättas av vårdpersonal eller stödpersoner. (Bondas, 2000, s. 77, 79–80).

Vårdgemenskap handlar om att kvinnan vill dela sin upplevelse med den professionella vårdaren. Om denna relation fungerar, känner kvinnan en trygghet i det kompetenta vårdandet. Här kan kvinnan fråga känsliga frågor som inte lämpar sig i andra gemenskaper, få tillförlitlig information om graviditet, förlossning och barnskötsel, och dela med sig av sitt lidande. (Bondas, 2000, s. 81–82).

Gemenskap med andra i samma situation utgörs av t.ex. vänner, föräldrar, svärföräldrar eller deltagare i en familjeförberedande kurs som befinner sig eller har befunnit sig i samma situation. Här önskar kvinnan ett ömsesidigt delande där hon får lyssna till andras historier och också berätta sin egen. Gemenskapen kan inkludera kvinnornas partner, där man då delar gemensamma erfarenheter par emellan. (Bondas, 2000, s.80).

Jag tolkar Bondas teori om att kvinnan har behov av familjegemenskap, som att den gravida kvinnan upplever bästa möjliga hälsa av att ha en partner vid sin sida. Bondas nämner att familjegemenskapen kan utgöras av endast mamman och det kommande barnet, men det framkommer på olika sätt att partnern är en viktig del av familjegemenskapen. Bondas skriver bl.a. att kvinnan vill inkludera sin partner i graviditeten och förlossningen för att kunna dela tankar och upplevelser. Partners närvaro är vårdande även om han eller hon inte skulle göra någonting konkret. Genom att partnern är delaktig så blir det kommande barnet mera verkligt för kvinnan. Det är viktigt med ömsesidigt delande, och att partnern visar intresse och vilja att finnas närvarande. (Bondas, 2000, s.67, 88).

Teoretisk bakgrund

För att få en förståelse för ensamstående under graviditeten, har jag i den teoretiska bakgrunden valt att ta upp nära relationers betydelse, förändringar och depression under graviditeten, statistik om singelmödrskap, tidigare forskning kring betydelsen av partnerstöd under graviditeten, samt olika stödmöjligheter för dessa kvinnor. De tidigare forskningarna som tas upp i detta kapitel hittades via databaserna CINAHL och PubMed, med bl.a. sökorden partner support, partner relationship, single mother och pregnancy. Krav på materialet var att det publicerades för högst 10 år sedan och finns som fulltext på databaserna.

Relationers betydelse

Nära relationer är helt klart viktiga för människan. Det bidrar till hälsa, välbefinnande och meningsfullhet, medan ofrivillig ensamhet har negativa följder. Att förlora de allra närmaste genom t.ex. skilsmässa eller död kan leda till svåra skador både fysiskt och psykiskt och ökar risken för nedsatt mental hälsa hos den drabbade. Därför är det viktigt att människor som av någon orsak lever i negativ ensamhet får den hjälp och det stöd som behövs. Det är viktigt att minnas att ensamhet är en subjektiv upplevelse. Det betyder att en som till synes är omgiven av andra ändå kan känna sig ensam. (Nilsson, 2007, s.13–14, 173; Wiklund-Gustin & Bergbom, 2012, s. 424).

Människan har i alla tider sökt sig till gemenskap. Historiskt sett är relationer en trygghet som varit avgörande till och med för att överleva. En grupp har kunnat försvara varandra, medan en ensam person har varit ett lätt byte för rovdjur eller fiender. Även i Bibeln tas fenomenet upp med orden: "Där den ensamme blir övervunnen, kan två stå emot. Och en tredubbelt tvinnad tråd brister inte så lätt" (SFB98). Människan verkar med andra ord vara gjord för att leva tillsammans med andra. Strang (2014) menar att närhet till andra människor är så viktigt att kroppen med tiden har utvecklat ett varningssystem när ofrivillig ensamhet hotar. Varningarna uppstår i form av stress, känsla av obehag och i vissa fall även ångest. (pred. 4:12, (SFB98); Strang, 2014, s.12–13).

Åtminstone sedan 1960-talet har antalet bostadshushåll i Finland ökat för varje år, och på samma gång har hushåll som består av endast en person ökat. När man jämfört hushåll bestående av en, två, tre eller fyra + personer, visar det sig att den vanligaste bostadsformen år 1960 var att bo 4 eller fler under samma tak. Den ovanligaste bostadsformen samma år, var att bo ensam. Idag bor över 1 miljon finländare ensamma vilket innebär att ensamboende har blivit den vanligaste formen av bostadshushåll. År 2014 var 41 % av alla bostadshushåll av detta slag, varav den största procenten finns i städer. (Finlands officiella statistik (FOS), 2014; Kauppinen, Martelin, Hannikainen-Ingman, & Virtala, 2014, s.4).

Enligt en rapport från Institutet för hälsa och välfärd, som refereras av Kauppinen (2014), har ensamboende en sämre hälsa än de som bor tillsammans, två eller fler. De som bor för sig själva har lägre sysselsättningsgrad och har låg lön och höga bostadsutgifter i jämförelse med andra. De har sämre upplevd hälsa, har mer psykiska problem och sämre arbetsförmåga. De äter ohälsosammare mat, använder mer rusmedel och har högre dödlighet än jämförelsegruppen. Ensamboende har också ett sämre socialt nätverk och är i behov av mer ekonomiskt stöd som t.ex. arbetslöshetsersättning. Bland de äldre som lever ensamma finns ett stort behov av boende- och hemtjänster. Med andra ord har ensamboende i genomsnitt sämre livskvalitet än resten av befolkningen, och är mer sårbara för sociala och ekonomiska påfrestningar. Ensamboende förekommer mest hos pensionärer, och i två andra stora grupper bestående av män i medelåldern och personer under 30 år. (Kauppinen, et al., 2014, s. 41).

Singelmödrskap förr och nu

Enligt en norsk studie som publicerades år 2014, blir det allt vanligare att de som får barn är ensamstående. I Norge hörde 9 % av alla gravida till denna kategori under år 1994, jämfört med 13 % år 2013. I Finland kan en liknande tendens ses. I slutet av 1980-talet var cirka 6 % av alla föderskor

varken gifta eller samboende, och år 2014 hörde ca. 10 % till samma kategori. År 1995 och 2000 låg procenten på 11 och 12, men utöver det verkar föderskor som inte bor tillsammans med en partner öka i landet. Enligt en artikel i dagstidningen Karjalainen (Sievälä, 2013) föddes ca. 7 % av alla barn av singelmödrar år 2008 i Finland, och ca. 9% år 2012. Majoriteten av dessa hade inte planerat att få barn som ensamstående, men till samma grupp hörde också de som valt att bli gravid med hjälp av donerade spermier. (Sievälä 2013, s.4; Farbu, Haugen, Meltzer, & Brantsæter, 2014; THL, 2015, s 35; SSB, 2015).

Antalet äktenskap som inleds har sedan 1970-talet blivit färre och färre med åren, samtidigt som antalet skilsmässor ökar. Andelen barnfamiljer som består av en förälder har också ökat sedan 1970-talet när procenten låg på 10,2 %. Idag ligger siffran på 20,9 %, vilket innebär att ca. var femte familj består av en förälder. Enligt THL (u.å.) mår en ensamförsörjande förälder sämre än de som delar livet med en partner. År 2014 var 86 % av alla ensamförsörjande föräldrar kvinnor, vilket betyder att det främst är mammor som utsätts för nedsatt hälsa i detta sammanhang. Forskning har visat att ensamstående mammor lider av mer utmattningssyndrom, trötthet, nedstämdhet och depression, samt mer smärta och värk än mammor med partner. De har lägre utbildningsnivå och lägger ner lika mycket tid på arbete som mammor i äktenskap eller samboskap. (THL, u.å.; FOS, 2015).

Att vara gravid

En graviditet innebär många förändringar för kvinnan både fysiskt, psykiskt och socialt. Redan innan en befruktning sker, förbereder sig kroppen på att ta hand om ett foster. Vissa förändringar kan upplevas positiva och glädjande, medan andra kan kännas svåra och ångestfyllda. Bondas beskriver graviditeten som en paradox mellan glädje och lidande. Det kommande barnet ger både lyckokänslor och negativa känslor samtidigt. Fastän graviditeten är önskad uppstår frågor såsom "hur ska jag klara av att vara förälder?" och "vill jag verkligen det här?", samtidigt som överväldigande lyckorus kan komma vid tanken på att bli förälder. De förändringar som graviditeten innebär upplevs olika från kvinna till kvinna, men gemensamt för graviditeter, oavsett utgångsläge, är att det är en mycket känslös period. (Bondas, 2000.; Deans, 2005, s.60, 150; Gäbel, 2014, s.41).

I en parrelation innebär ofta det kommande barnet att de blivande föräldrarna känner djupare samhörighet med varandra. Båda två förbereder sig för ett nytt och annorlunda liv, som de planerar och fantiserar om tillsammans. De har behov av att möta varandra i de tankar och känslor som uppstår, och dela glädjen och sorgen som finns med i bilden. Relationen får liksom ett nytt syfte, där det gemensamma barnet står i fokus. De har svårt att möta varandra på alla plan, och därför kan tiden när kvinnan är gravid upplevas som utmanande för kärleksrelationen. Besvikelser, oro och irritation är inte alls ovanligt. Båda två kan omöjligt uppleva graviditeten på samma sätt, och därför uppstår lätt missförstånd. Kvinnan har oftast ett stort behov av att prata om sin graviditet, och om partnern inte kan tillfredsställa det behovet, blir kvinnans övriga sociala nätverk ännu viktigare. (Gäbel, 2014, s. 64–65).

Under graviditeten, förbereder sig kvinnan på att bli förälder. Föräldraskapet är en av livets största händelser och innebär många livsomställningar. Berg och Lundgren (2010) beskriver graviditeten som en slags mognadskris eller övergångsfas till moderskap. I denna fas blir kvinnan självmedveten och engagerad, och många förändringar sker både frivilligt och ofrivilligt. Kvinnan kan t.ex. bli motiverad till att börja äta mer hälsosamt eller sluta röka med tanke på fostrets bästa, vilket leder till en förändrad livsstil. Andra förändringar kan ligga i identitet, sociala roller eller beteendemönster. Vägen till att bli förälder präglas också av förväntningar, känsla av meningsfullhet och en ökad kunskapsnivå. (Berg & Lundgren, 2010. s.69).

Övergångsfasen till moderskapet kan både lyckas och misslyckas. En lyckad övergång ger välbefinnande och känsla av kontroll över den nya rollen, men om övergången misslyckas känner kvinnan att hon inte behärskar den nya livssituationen, vilket leder till sänkt självförtroende och sänkt funktionsnivå. Fastän den gravida kvinnan stundvis har sänkt självförtroende eller sämre

funktionsförmåga betyder det inte nödvändigtvis att övergångsfasen har misslyckats. Det är vanligt med ett skiftande humör under graviditeten, då kvinnorna många gånger kan förlora känslan av kontroll. Huvudsaken är att de så småningom landar i moderskap, och inte fastnar i känslan av att inte bemästra situationen. (Berg & Lundgren, 2010, s.69, 71).

Ett gott utvecklat moderskap är viktigt för att kvinnan ska kunna ta till sig barnet. Har hon en positiv upplevelse av graviditeten, förlossningen och barnsängstiden så finns det bättre förutsättningar för att utvecklingen mot föräldraskapet lyckas. Barnets pappa har också en viktig roll. Accepterar han sitt faderskap har kvinnan lättare att komma in i modersrollen. Enligt en modell skapad av Rubin på 1960-talet beskrivs vägen till att bli mor i fyra olika faser. En fullt utvecklad modersroll uppnås efter att kvinnorna har gått igenom den fjärde fasen, som nås ungefär när barnet är fyra månader gammalt. De fyra olika faserna är följande:

- Att finna en säker väg för sig själv och barnet genom graviditet och förlossning.
- Att försäkra sig om att betydelsefulla anhöriga accepterar barnet.
- Att kunna binda sig till det ofödda barnet.
- Att kunna ge av sig själv.

(Berg & Lundgren, 2010. s.72)

Depression under graviditeten

”När mamman mår bra mår som regel barnet också bra” (Gäbel, 2014, s. 41). I Finland lider i genomsnitt 7 % av alla kvinnor över 30 år av depression. Hos gravida är förekomsten 10–15 %. Detta betyder att en graviditet är en tydlig riskfaktor för att hamna i ett depressivt tillstånd. Man räknar med att 9–16 % av de finländska mammorna lider av postpartumdepression, vilket innebär att depression under och efter graviditeten är ungefär lika vanligt. Studier har visat att följande faktorer ökar risken för att hamna i en depression under graviditeten:

- Att vara under 25 år
- Att vara ensamstående
- Att känna sig ensam
- Att partnern inte är stödjande eller engagerad i graviditeten
- Att flera stressfyllda händelser har inträffat den senaste tiden (ex. separation, dödsfall, arbetslöshet, etc.)
- Att graviditeten inträffar under en olämplig tidpunkt
- Att ha negativ förlossningsupplevelse sedan tidigare
- Att ha bristande relationer med andra än partnern (ex. kollegor, vänner)
- Att man inte känt sig accepterad av sina egna föräldrar i barndomen

(Sjögren, 2005. s.76; Berg & Lundgren, 2010. s.74; Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015. s.188, 280)

Prenatalt depressiva symptom kan leda till en rad olika problem under och efter graviditeten både för mamman och barnet. Det finns samband mellan stress hos mamman och prematuritet och att barnet har låg födelsevikt. En stor del av de som drabbas av psykisk stress under graviditeten har en ökad risk att ta med sig de depressiva symptomen till tiden efter förlossning och således få en postpartumdepression. Som tidigare nämnt är det viktigt att kvinnan utvecklar ett moderskap redan under graviditeten för att kunna knyta an till sitt barn. Har hon en depression försämras förutsättningarna för att lyckas med det, och kan därför ha svårt att ta till sig barnet efter förlossningen. (Sjögren, 2005. s.77).

Det finns forskning som visar att fostrets neurologiska utveckling försämras om mamman har symptom av depression under graviditeten. Stress ökar produktionen av kortisol, och eftersom hormoner kan ta sig genom moderkakan till fostrets blod, har även fostret hög halt kortisol när mamman har det. Man vet inte med säkerhet hur kortisolet påverkar fostrets neurologiska utveckling, men forskning visar att det finns samband mellan stresshormoner och barnets

kognitiva funktion. Är den gravida kvinnan ångestfylld kan barnet riskera att få beteendestörningar och emotionella problem senare i livet. (Sjögren, 2005. s.76–77; Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s.189).

I en metaanalys (Rice, Jones & Thapar, 2007) beskrivs att barnet är speciellt känsligt för stress under den senare delen av graviditeten. Hjärnan utvecklas då snabbt och många viktiga strukturer skapas. Stresshormonerna kan bl.a. rubba utvecklingen av nervsystemets synapser. Enligt analysen finns risken att detta leder till hyperaktivitet hos barnet, att barnet får problem med social interaktion, har koncentrationssvårigheter och problem att förstå och tyda känslor. Dessutom ökar risken för emotionella störningar vid prematuritet och/eller låg födelsevikt. Stress hos mamman riskerar med andra ord låg födelsevikt hos barnet, och låg födelsevikt riskerar ytterligare stress hos barnet.

Förutom en direkt biologisk påverkan, finns också den psykosociala aspekten. En mamma som mått psykiskt dåligt under graviditeten riskerar att må dåligt även efter förlossningen. Barnet riskerar att växa upp med en mamma som inte är närvarande eller inte orkar ge den kärlek och bekräftelse som barnet kräver. Det kan i sin tur leda till mentala problem hos barnet. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s.189).

Tidigare forskning kring betydelsen av gott partnerstöd under graviditeten

Enligt tidigare forskning, spelar partnerstöd under graviditeten en stor roll för kvinnans hälsa. I t.ex. en norsk studie publicerad 2011, var resultatet att ett otillfredsställande partnerstöd är den största riskfaktorn för emotionell stress under graviditeten. Syftet med den studien var att kartlägga riskfaktorer för stress under graviditeten, med fokus på parrelationen. I studien deltog 49 400 kvinnor genom att besvara enkäter i den 17:e graviditetsveckan. Förutom otillfredsställande partnerstöd, fanns andra hot såsom arbetsrelaterad stress, somatiska sjukdomar och tidigare alkoholproblem. Hos kvinnor med depression var deras mentala hälsa den största riskfaktorn, men även hos dem hade relationen till partner stor betydelse för det emotionella välbefinnandet. Genom studien kom man vidare fram till att en god parrelation hjälper den gravida kvinnan att handskas med övriga stressfaktorer, såsom arbetsrelaterade och ekonomiska problem, sjukdomstillstånd och rökning. (Røsand, Slinning, Eberhard-Gran, Røysamb, & Tambs, 2011).

Partnerstöd påverkar inte bara den emotionella stressen under graviditeten, utan även sinnesstämningen efter förlossningen. Det visar en studie gjord i USA, med hypotesen att ett gott emotionellt stöd från partnern förebygger prenatal och postnatal stress hos kvinnan. I den kvalitativa longitudinella intervjustudien där 270 gravida kvinnor deltog, skulle deltagarna beskriva sitt partnerstöd, huruvida deras parrelation var tillfredsställande eller inte och hur deras mentala hälsa var för tillfället. Efter 6–8 veckor efter förlossningen kontaktades kvinnorna igen för att följa upp deras och barnets mående. Resultatet blev även här att ett tillfredsställande emotionellt stöd från partnern är viktigt under graviditeten. De kvinnor som hade upplevt ett gott stöd från sin partner hade lägre grad av emotionell stress efter förlossningen, än de som hade dåligt stöd av sin partner. (Tanner Stapleton, o.a., 2012).

I en australiensisk kvantitativ studie kom man fram till liknande resultat. Där jämfördes kvinnor utan partner, kvinnor med lite eller inget emotionellt stöd från sin partner och kvinnor med gott eller utmärkt emotionellt partnerstöd under graviditeten. Studien var en enkätundersökning med ca. 1500 deltagare. Resultatet blev att gravida kvinnor i en relation med dåligt partnerstöd hade större risk för postpartumdepression än kvinnor utan partner. De som inte var i en parrelation hade hög risk för depression under och efter graviditeten, men författarna till artikeln menar att det inte beror på civilståndet, utan på andra faktorer såsom tidigare och aktuella mentala problem, och tidigare missbruk. Enligt denna studien är det bättre för den gravidas hälsa att vara ensamstående än att vara i ett förhållande där partnern inte är emotionellt stödjande. (Bilszta et al., 2008).

I flera studier har man jämfört kvinnors civilstånd under graviditeten med deras graviditets- och förlossningsutgång. Resultaten visar att kvinnor med partner har mindre risk för komplikationer i samband med graviditet och förlossning än de som är ensamstående. I en kvantitativ studie (Young & Declercq, 2010) analyserades ca. 1 500 enkätsvar som kvinnor i åldern 18–45 år svarat på efter förlossningen. Om endast förstföderskor inkluderades, visade det sig att kvinnor som inte var i en parrelation hade mer än fem gånger högre risk för prematuritet och barn med låg födelsevikt, jämfört med gifta kvinnor. Här hade även kvinnor som inte var gifta, men hade partner, en förhöjd risk för komplikationer, vilket inte visade sig där man jämförde både först- och omföderskor. Enligt denna studie består sammanfattningsvis den betydande skillnaden i förlossningsutgången i om kvinnan har en partner eller inte. Hos de ensamstående hade 39% genomgått kejsarsnitt och hos kvinnorna med partner var motsvarande siffra 28%.

Liknande resultat framkom också i en systematisk översikt och metaanalys (Shah, Zao, & Ali, 2011) där 21 tidigare studier sammanfattades. Där kom man fram till att kvinnor med utomäktenskaplig graviditet utgjorde större risk för att få foster med låg tillväxt, prematuritet och låg födelsevikt, än graviditeter inom äktenskap. Författarna påpekar här att det finns många olika faktorer som påverkar graviditetsutgången, och att kvinnans civilstånd inte är avgörande. Omgivning, ärftliga faktorer, psykosociala aspekter och livsstil är exempel på faktorer som också kan ge graviditetskomplikationer. Inga av de andra källorna som nämns i detta kapitel ingår i denna forskning.

I en norsk kvantitativ enkätundersökning studerades gravida kvinnors näringsintag i jämförelse med deras civilstånd. Totalt deltog närmare 63 000 kvinnor, som delades in i tre grupper; ensamstående gravida som bor ensamma, ensamstående gravida som bor hos sina föräldrar och gravida i äktenskap eller samboskap. Resultatet visade att ensamstående mödrar är yngre och har lägre inkomst än gravida kvinnor i ett förhållande. De visade en ökad depressionstendens och använde mer tobak. Båda grupperna som bestod av ensamstående gravida hade ett högre energiintag och därmed lägre kvalitet på kosten. Forskningen visade också att ensamstående som bor själva har större risk för prematuritet och foster med dålig tillväxt. (Farbu et al., 2014).

Olika typer av stödmöjligheter för ensamstående gravida.

Den gravida kvinnans upplevelse av graviditet, förlossning och barnsängstiden påverkar mammans och barnets relation till varandra. Exempelvis kan en traumatisk förlossning leda till att mamman känner avsky och ångest över barnets närvaro, och om mamman har haft motstridiga känslor till fostret under graviditeten så är risken stor att samma känslor finns efter förlossningen. Med andra ord är det viktigt att mamman har en trygg graviditet, trygg förlossning och en bra upplevelse av barnsängstiden. Då ökar förutsättningarna för att mamman och barnet ska kunna knyta an till varandra och skapa en god relation. (Berg & Lundgren, 2010. s. 73)

Mödrarådgivning

Som vårdare på mödrarådgivning är det viktigt att redan från början av vårdrelationen bemöta alla familjer med respekt, så att ett gott förtroende kan skapas. Eftersom den gravida kvinnan kommer på flera besök till mottagningen, kommer ofta kvinnan och vårdaren nära varandra. Om en trygg relation skapas från början, finns det större förutsättning för att den gravida kvinnan ska kunna dela med sig av sitt mående och få det stöd och den hjälp hon behöver. Vågar vårdaren prata öppet om psykisk ohälsa, skapas också en trygghet, där den gravida har större möjlighet att dela med sig av sin sinnesstämning. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s.191).

Enligt Klemetti och Hakulinen-Viitanen (2015, s.191–192) ska speciell uppmärksamhet fästas vid ensamstående. Att lyssna, stöda och hjälpa i mån av möjlighet är viktigt. En del kvinnor finner hjälp bara genom att prata och att ha någon som lyssnar, eller genom att veta att hjälp finns att tillgå. Andra är i behov av mer vård än vad mödrhälsövården har resurser för, och behöver då remitteras vidare till den psykiatriska specialistsjukvården. Om en gravid kvinna eller någon annan i familjen lider av psykisk ohälsa så ska vårdaren samarbeta med psykolog, psykiatrisk sjuksköterska och

familjearbetare i kontakt med kvinnan och/eller familjen. Då ska hela familjesituationen utredas, så att det stöd och den hjälp som behövs kan erbjudas.

I samtal med kvinnan kan vårdaren försöka kartlägga hennes sårbarhet och styrka. Med andra ord vad som får kvinnan att må dåligt och vad som får henne att må bra. Genom att göra kvinnan medveten om dessa element kan en vidare diskussion föras, om hur hon kan undvika det som får henne att känna sig sårbar och hur hon kan omge sig själv med det som stärker henne. Här kan partnern också involveras, och vårdaren kan stöda denne i att i sin tur stöda kvinnan. Oftast är vänner och familj en styrka som kvinnan mår bra av att vara nära, och som vårdaren kan uppmuntra till att umgås med. (Sjögren, 2005, s.60–61).

Doulaverksamhet

En doula är enligt Folkhälsan en stödperson som kvinnor och familjer kan träffa under graviditeten, förlossningen och efter förlossningen. De finns till för att ge emotionellt stöd, information och för att främja en god förlossningsupplevelse. Doulan är en frivillig aktör som oftast själv har fått barn, och vet vad det innebär att vara gravid, föda och vara småbarnsförälder. Med doulor kan gravida dela tankar, funderingar och erfarenheter, och på så sätt bli tryggare i graviditeten och bli mera säkra inför och under förlossningen. Doulan har ingen medicinsk eller psykologisk utbildning, vilket innebär att hon inte ska ersätta vårdpersonal eller terapeuter. (von Koskull & Nystén, 2013, s. 6).

Enligt en kvantitativ studie publicerad 2013 förebygger doulor förlossningskomplikationer. I studien deltog 129 mammor som inte hade haft kontakt med en doula under graviditeten, förlossningen, eller när barnet var fött, och 97 mammor som hade haft kontakt med en doula. Båda grupperna hade deltagit i samma prenatala hälsoprogram och fått möjlighet att gå en familjeförberedelsekurs. De som hade deltagit tre av åtta lektioner av kursen, erbjöds kontakt med en doula. De frivilliga mammorna fick besök av doulan åtminstone två gånger under graviditeten och två gånger efter förlossningen. Under förlossningen var doulan närvarande från att livmodermunnen var öppen fyra centimeter, till en timme efter att barnet var fött. De två olika gruppernas förlossningsutgångar jämfördes sedan med varandra. Resultatet blev att kvinnor utan doula hade fyra gånger större risk att föda ett barn med låg födelsevikt, dubbelt större risk för förlossningskomplikationer som involverade dem själva eller barnet, och signifikant större svårigheter att komma igång med amningen. (Gruber, Cupito, & Dobson, 2013).

Alla som är gravida och vill ha extra stöd av en doula, har rätt till det. Det finns inga regler för vilka kvinnor och familjer som behöver en stödperson, men många som väljer att ha kontakt med en doula, är de som inte kan ha med sin partner under förlossningen, har en svår förlossningsupplevelse sedan tidigare, eller vill känna en större trygghet i sin situation. (von Koskull & Nystén, 2013, s. 6).

Stöd av andra i samma situation

Enligt Bondas (2000) har gravida kvinnor behov av att dela sina tankar och känslor med andra i samma situation. Detta kan vara viktigare för vissa än för andra, men kvinnor som upplevt någon stor förändring eller som upplevt något traumatiskt under graviditeten har ofta stort behov av denna stödform. Enligt nationella rekommendationer borde alla förstföderskor ha möjlighet att delta i en familjeförberedande kurs. Omföderskor kan också rekommenderas att delta om de anses ha behov av extra stöd. Denna kurs består av gruppträffar, optimalt bestående av 6–8 par, där man pratar om graviditet, förlossning och spädbarnstiden. Ett av målen med dessa tillfällen är att ge den gravida kvinnan och hennes eventuella partner en möjlighet att träffa andra i samma situation och skapa en ömsesidig interaktion dem emellan. Kursen borde innehålla bl.a. gruppdiskussion där paren kan dela med sig av graviditetsupplevelser och allt vad det innebär att bli förälder. Familjeförberedande kurser har visat sig vara mycket effektivt för kvinnor eller par att hitta ett socialt nätverk, och få stöd av andra i samma situation. Denna typ av kurs har också visat

sig ge kvinnorna stärkt självkänsla och självförtroende, och därmed en lägre stressnivå. (Bondas, 2000, s. 80; Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s.28, 78–80).

I en studie gjord i Sverige år 2011 visar resultatet att olika typer av stöd är viktigt där partnerstöd inte finns. I denna studie intervjuades 5 ensamstående gravida kvinnor med syftet att ta reda på deras upplevelser av ensamståendeskap, och hur en specifik omsorgsorganisation för gravida och de som genomgått abort, kallad Minnamottagningen, har hjälpt dessa kvinnor. Enligt resultatet upplevde de gravida en stark känslomässig påfrestning av att genomgå en graviditet utan partner. De saknade någon att dela tankar och upplevelser med och var oroliga för hur de skulle klara av ensamståendeskapet efter förlossningen. Dessa kvinnor beskrev känsla av ensamhet och behov av att träffa andra i samma situation för att kunna dela erfarenheter med någon. Minnamottagningen, som finns i Göteborg, erbjöd kuratorsamtal och deltagande i gruppverksamhet, vilket de gravida kvinnorna upplevde som stärkande på olika sätt. Där hittade de en gemenskap med andra i samma situation, fick stärkt självförtroende och kände att de hade större kontroll över sin situation. (Frondelius Isaksson & Funcke Khan, 2011, s. 49–50).

Metodbeskrivning

Eftersom syftet med studien är att skapa förståelse för ensamstående gravida, och ta reda på deras behov av socialt stöd, valdes en kvalitativ forskningsmetod till studien. Kvalitativa forskningsmetoder används när syftet är att förstå, beskriva eller tolka deltagarnas upplevelser. De används oftast vid intervjuer, observationstudier och analys av dokument, och med få informationskällor för att kunna göra djupgående analyser av materialet. Jag har valt att analysera bloggtexter med hjälp av ett hermeneutiskt närmelsesätt. Bloggar är en form av dagbok, och därmed en typ av dokument, vilket är en annan motivering till att en kvalitativ forskningsmetod passar för denna studie. Hermeneutikens mål är förståelse och att få kunskap om personers upplevelser, och eftersom det är i enlighet med studiens syfte valdes den typen av bearbetningsmetod för denna studie. (Nationalencyklopedin (NE) (a); Henricson, 2012, s.130, 132, 134, 367; Denscombe, 2016 s.383)

Datainsamlingsmetod och materialbeskrivning

I en kvalitativ studie väljs forskningsmaterialet ut strategiskt, inte slumpmässigt. Det material som kan ge information som svarar på syftet är av intresse, och därför behöver det väljas ut med omsorg. Det är till fördel att det valda materialet består av ett varierat innehåll för att få en så rik uppfattning som möjligt av det fenomen som studeras. (Henricson, 2012, s. 134).

Till denna studie valdes bloggtext som datamaterial. Enligt Forsberg och Wengström (2015) är dagböcker informativa källor för att få reda på upplevelser i specifika sammanhang. Eftersom texten innehåller personliga beskrivningar av livserfarenheter är materialet subjektivt och kan inte tas som en objektiv sanning. Det är viktigt att minnas att skribenterna till bloggarna har erfarenheter och tidigare upplevelser som färgar deras sätt att uppfatta omvärlden, vilket också påverkar texten de skriver. Bloggtexter kan ses som dokument, och när dokument väljs som datamaterial är det viktigt att bedöma dess kvalitet. Det kan göras genom att bedöma dess äkthet, trovärdighet, representativitet och meningsfullhet. (Henricson, 2012, s.240; Forsberg & Wengström, 2015, s.126; NE; Denscombe, 2016, s.322).

De ovan nämnda kriterierna togs i beaktande för att välja bloggar av god kvalitet. För att bloggarna skulle anses vara äkta och trovärdiga var kravet att bloggarna skulle bestå av ett frekvent antal kvalitativa inlägg. Med det menas flera inlägg i veckan per blogg som ger en tydlig bild över skribenternas situation. Materialet skulle också vara skrivet så nyligen som möjligt för att få innehåll som stämmer överens med nutid. För att få en god representativitet skulle skribenterna till de olika bloggarna ha olika bakgrund och orsak till ensamståendeskapet, och någon av skribenterna skulle ha haft doulastöd. För att få ett meningsfullt innehåll skulle skribenterna kunna ge information om studiens syfte, vilket innebär att skribenterna skulle vara gravida,

ensamstående och skriva om upplevelser kring detta i bloggarna. Utöver dessa kriterier lades också kraven att skribenterna skulle vara över 16 år till, för att följa etiska forskningsprinciper (Henricson, 2012, s.70) och att materialet skulle vara svenskspråkigt, för att undvika missförstånd vid bearbetningsprocessen.

Bloggarna söktes på google.com med sökorden "ensamstående" och "gravid" och "blogg" eller "ensam" och "gravid" och "blogg". Sidorna för sökresultaten söktes igenom så långt resultaten var relevanta, och resultat som länkade till bloggar prioriterades. En av bloggarna hittades via en länk på en annan blogg. I alla bloggar som hittades där skribenten var ensamstående och gravid lästes bloggbeskrivningen och några inlägg för att få en uppfattning om huruvida materialet höll alla kriterier och svarade på studiens syfte. Tyvärr hittades inga bloggar där skribenterna var gravida, ensamstående och hade doulastöd. Det sistnämnda kriteriet togs därför bort.

Tre bloggar valdes ut enligt kriterierna. Av materialet från de tre bloggarna togs inte bilder och länkar i beaktande, utan endast den text skribenterna skrivit. Materialet begränsades till endast inlägg från det att skribenten börjat skriva om sin graviditet fram till förlossningen. Totalt utgjordes materialet av ca 350 A4 sidor med normalstor text, vilka lästes igenom för att skapa en helhetsbild. Materialet begränsades ytterligare till endast inlägg som svarar på studiens syfte, vilket ledde till att den slutliga mängden text som analyserades utgjordes av ca 60 sidor.

En kort beskrivning av skribenterna till de valda bloggarna följer nedan. Jag har valt att inte ange bloggarnas namn utan har namngivit dem med fiktiva namn.

Sara: Sara fick reda på att hon var gravid efter att hon och hennes partner valt att separera. Hennes partner bor i en annan stad och kan därför inte delta i graviditeten. Kvinnan träffar partnern ibland, men upplever sig ändå gå igenom graviditeten utan partner. Hennes blogginlägg som handlar om graviditeten börjar när hon var i graviditetsvecka 16. Hon var på väg att göra en abort, men ändrade sig i sista stund. Skribenten har inga barn sedan tidigare.

Emma: Emma började blogga när hon var i graviditetsvecka 15. I vecka 16 blev hon ensamstående efter att mannen varit otrogen. Hon har en dotter under skolåldern från ett tidigare förhållande, och var delvis ensamstående även under den graviditeten. Pappan till barnet som hon nu är gravid med, är till viss del engagerad i graviditeten, men kvinnan ser sig ändå som ensamstående. Hon har psykisk ohälsa i bakgrunden.

Fanny: Fanny blev gravid efter en tillfällig relation med en man. Hon började blogga i graviditetsvecka 6, och har varit ensamstående ända sedan dess. Mannen ville inte ha något att göra med kvinnan och barnet efter att han fått veta om graviditeten, och därför går kvinnan igenom graviditeten utan partner. Detta är hennes första graviditet.

Det hermeneutiska närmelsesättet

Enligt Nationalencyklopedin (NE) betyder hermeneutik läran om tolkning eller läran om texttolkning, och den beskrivs som en "vetenskapsteoretisk riktning som framhäver betydelsen av förståelse och inlevelse i human- och samhällsvetenskaperna". Det är en filosofisk utgångspunkt som handlar om att tolka och förstå. Hermeneutiken framhåller att alla människor har en förförståelse p.g.a. kunskap och tidigare erfarenheter som präglar deras sätt att tolka och förstå. Det är med andra ord omöjligt att göra en totalt objektiv analys av en händelse, eftersom en persons historia påverkar hur omvärlden upplevs. (NE (b); Ödman, 2007, s.13, 25–26)

Hermeneutikens mål är att skapa en förståelse för människan och omgivningen, och för att lyckas med det behövs en tolkning där förförståelsen inte räcker till. Förförståelsen kan både gynna och hindra vidare förståelse. Förförståelsen består av kunskap och tidigare erfarenheter, och utan det skulle det inte finnas någon nyfikenhet till att förstå mer, och därmed ingen ny kunskap. I detta sammanhang är förförståelsen ett redskap. Förförståelsen i form av förutfattade meningar eller fördomar, kan begränsa betraktarens möjlighet att komma närmare sanningen i det som studeras, och därför är det viktigt att identifiera dem så att de kan undvikas. (Ödman, 2007, s.48–49).

Min personliga förförståelse består av den bakgrundsinformation som sammanfattades under kapitel Teoretisk utgångspunkt och Teoretisk bakgrund. Utöver det bör nämnas att min vårdsyn är grundad i vårdvetenskapen och Erikssons caritativa vårdteori, och min uppfattning är att alla människor är lika värdefulla oavsett bakgrund, position och tillstånd. Jag är uppvuxen i en liten finlandssvensk by i Österbotten, vilket präglar mitt sätt att tolka och förstå.

Enligt hermeneutiken är kunskap ingenting färdigt. Med det menas att det vi vet idag inte är den absoluta sanningen, utan att kunskap är något som förändras med tiden. Vi kan aldrig uppnå en fullständig förståelse, men genom viljan till en djupare förståelse kommer man närmare vetandet. Därför är det viktigt att studera fenomen med ett öppet sinne och inte begränsa den till en viss teori. Genom att forskare eller andra betraktare erkänner sin egen kunskapsbrist och vill se nya möjligheter, blir förförståelsen också sårbar. Då finns det en möjlighet att den kunskap som funnits sedan tidigare visar sig vara felaktig, och leder till att det vetandet ersätts med ett nytt vetande. (Ödman, 2007, s.105–106; Lassenius & Severinsson, 2014, s. 13).

Den hermeneutiska bearbetningsmetoden

Det finns två olika metodinriktningar inom hermeneutiken. Den historiska som fokuserar på att återskapa det som hänt, och den existentiella som fokuserar på att skapa en förståelse. Till denna studie valdes den existentiella inriktningen som bearbetningsmetod, eftersom den är mer i enlighet med studiens syfte. Den existentiella hermeneutiken har också en relativt tydlig modell i form av en spiral som beskriver hur en hermeneutisk bearbetning kan göras. Den modellen användes i denna studie som ett redskap för bearbetningsprocessen. (Henricson, 2012, s. 364–366).

Ödman (2007) liknar den hermeneutiska bearbetningsprocessen vid ett pussel där det inte finns någon bild av vad det färdiga pusslet kommer att föreställa. Först är alla pusselbitar i en kaotisk hög och den som lägger pusslet har ingen aning om helheten. Bitar börjar läggas sida vid sida för att hitta bitar som hänger ihop. Så småningom börjar bilder ta form och helheter anas. En helhet kan t.ex. föreställa ett träd, medan en annan helhet föreställer en båt. Till slut kan alla mindre helheter sammanfogas och tillsammans bilda en större helhet. Den som lägger pusslet behöver ha en rörelse mellan delar, de enskilda pusselbitarna, och helhet, vad pusslet är på väg att avbilda, för att en förståelse ska kunna uppstå. På samma sätt är det när forskare studerar ett material. Där består delarna av detaljer och helheten av sammanhang. (Ödman 2007, s.97–99).

Ödman och Trankell är några av dem som utvecklat principen helhet-delar-helhet till ett konkret verktyg vilket sammanfattas i tre steg enligt följande:

Steg 1

Det utvalda datamaterialet läses noggrant igenom för att en helhetsbild ska skapas.

Steg 2

Hela det insamlade materialet genomsöks för att identifiera likheter och olikheter. Preliminära teman formuleras. Utgående från en del av det insamlade materialet, som anses vara väsentligt för studiens syfte, skapas tolkningar utgående ifrån underliggande eller dolda meningar i de olika temana.

Tolkningarna prövas mot materialet. Med andra ord söker forskaren motsägelser och stöd för tolkningarna, för att se om det finns grund för dem eller om de behöver justeras eller tas bort. Det ska inte finnas andra tolkningar som kan förklara materialet lika bra, och inte heller material som motsäger tolkningarna. Är det fallet, ska de justeras eller tas bort. Tolkningarna skall helt enkelt förklara materialet.

Steg 3

En övergripande tolkning formuleras för materialet. Det kan göras genom att jämföra olika tolkningar från steg 2, och identifiera likheter och skillnader i dem.

(Henricson, 2012, s.364–366)

Bilden av att lägga pussel där bilden har kanter, betyder att forskaren är inom en viss typ av förståelsehorisont, och bara kan uppnå en begränsad förståelse. Detta kan ses som att bearbetningsprocessen är inne i slutna cirkel. Ett pussel som saknar kanter och har oändligt många bitar, kan liknas vid att förståelsen aldrig är färdig, utan att den alltid kan gå djupare. Ödman (2007) illustrerar denna förståelseprocess som en spiral. Spiralen är en metafor för att vetande inte är statiskt och tydliggör möjligheten till en mera öppen tolkning. Ett varv i spiralen symboliserar en förståelse, vilket tar förståelsen vidare till nästa varv där en ny förståelse uppstår osv. De tidigare förståelserna står som grund till att nya förståelser ska kunna göras, och ju fler varv man gör i förståelsespiralen desto närmare vetandet kan man komma. I praktiken kan förståelseprocessen bestå av att ett fenomen studeras ur många olika synvinklar. (Ödman, 2007, s.103–104).

Att bearbeta materialet utgående ifrån spiralmodellen kan också ses som en dialog. Forskaren läser texten och ställer frågor, samtidigt som texten väcker frågor. Det här leder till att forskaren söker svar och ställer nya frågor till texten. Detta betyder att bearbetningen sker i ett pendlande mönster där forskaren når djupare och djupare förståelse för materialet. De frågor som finns i början av bearbetningsprocessen kan vara ytliga och felaktiga, men genom bearbetningens gång träder nya möjliga vinklingar och riktningar in som möjliggör ny förståelse. Det finns ingen början och slut på förståelsespiralen. Material kan studeras ur oändligt många synvinklar, och en ny förståelse kan alltid utvecklas. (Ödman, 2007, s.106–107).

Bearbetningens praktiska genomförande.

Efter att datamaterialet hade samlats in påbörjades bearbetningen med den hermeneutiska bearbetningsmetoden som grund. Steg 1–3, som beskrivs ovan, tolkades som tre varv i spiralmodellen. Första varvet i spiralen utgörs alltså av steg 1, dvs. helheten. I det steget bearbetades materialet genom att först läsa igenom all text med fokus på graviditeten och ensamståendeskapat. Målet var då att skapa en helhetsbild. Helheten studerades för att identifiera övergripande ämnen som är centrala och återkommande genom hela materialet. Tre ämnen hittades och tolkningar formulerades och presenterades.

För att skapa en större förståelse för helheten gick jag vidare i bearbetningsprocessen till steg 2. Där studerades materialet med fokus på delar, dvs. detaljer. Detta skede består av två faser. I den första fasen använde jag den kvalitativa innehållsanalysen enligt Henricson (2012) som hjälpmedel. Innehållsanalysen ansågs vara ett passande sätt att kategorisera meningsenheter för att hitta början på en struktur för bearbetningen i detta steg. Meningsenheter, dvs. en eller flera sammanhängande meningar som tillsammans beskriver ett fenomen, som svarade på studiens frågeställningar plockades ut ur materialet. Enheterna kodades genom att formulera en kort beskrivning av dem med ett eller några ord. Därefter grupperades meningsenheterna enligt koderna så att enheter med liknande koder placerades i samma grupp. Ett tema formulerades sedan för varje grupp. Efter det grupperades i sin tur temana på samma sätt, så att liknande teman placerades i samma grupp. Nya övergripande teman formulerades för dem.

I detta skede hade fyra övergripande teman formulerats. För att få en djup förståelse för skribenterna till bloggarna gick jag över till den andra fasen i detta steg. Där användes de övergripande temana som utgångspunkter. Hela materialet studerades då utgående från ett övergripande tema i gången, och tolkningar som ansågs förklara materialet inom de olika temana skapades. I resultatredovisningen benämns de övergripande temana som utgångspunkter, eftersom det var deras huvudsakliga funktion. (Henricson, 2012, s.332–333).

När tolkningarna i steg 2 ansågs vara tillräckligt omfattande gick jag vidare i den hermeneutiska spiralen till steg 3. I detta sista steg studerades helheten igen, men denna gång med den förståelse som skapades i steg 1 och 2, som bakgrund. Materialet bearbetades här med studiens frågeställningar som utgångspunkt i två omgångar. Först utgående från den första frågeställningen: Hur upplever ofrivilligt ensamstående kvinnor en graviditet? och sedan utgående från den andra frågeställningen: Vilket behov av emotionellt stöd har ofrivilligt ensamstående kvinnor under en graviditet? Denna bearbetning resulterade i två övergripande tolkningar som var för sig svarar på frågeställningarna.

I samtliga steg formulerades tolkningar som prövades mot resten av materialet för att bedöma huruvida de stämmer överens med det övriga materialet eller inte. Tolkningarna omformulerades eller togs bort allt eftersom de visade sig vara felaktiga. Slutligen presenterades de bearbetade tolkningar som ansågs förklara olika delar av materialet i studiens resultatredovisning.

Nedan presenteras en figur (figur 2) som tydliggör sambandet mellan de olika stegen. I steg 1 studeras helheten, och den för förståelsen vidare till steg 2 där delarna studeras, vilket leder processen vidare till steg 3 där helheten studeras igen.



Figur 2. Den hermeneutiska bearbetningsprocessen

Etiska aspekter

För att de människor som deltar i en forskning inte ska bli sårade, utnyttjade eller skadade, behöver forskaren följa vissa etiska principer. Det bygger på respekt, rättigheter och frihet för deltagarna, vilket ska tas i beaktande inför, under och efter forskningsprocessen. (Henricson, 2012, s.70).

Denscombe (2016) har sammanfattat de etiska principerna under 4 kategorier:

- Deltagarna ska ge ett informerat samtycke
- Deltagarna ska skyddas
- Forskare ska ge en riktig och ärlig bild av studien
- Den nationella lagstiftningen ska följas

Att kräva ett informerat samtycke av deltagarna är speciellt viktigt om deltagandet kräver ett stort engagemang, och om materialet anses vara känslig. Det finns en del undantag för att informerat samtycke inte behövs. Exempel på det är om forskaren anser att deltagarna inte riskerar att skadas under deltagandet, om det är omöjligt att få ett informerat samtycke, eller om materialet som ska analyseras anses vara offentligt. (Denscombe, 2016, s.430–431, 437; Forskningsetiska delegationen (TENK), u.å.).

När material i form av dokument samlas via internet, beror behovet av informerat samtycke på hur offentlig eller privat texten är. Det finns inga tydliga gränser för vilka forum som kräver ett informerat samtycke, men en regel kan vara att ju mer privat en text är desto större behov av ett

samtycke. Offentligt material riktar sig oftast till en bred publik, och är tänkt för allmänheten, och material som riktar sig till en mindre publik är mer privata. Vid användning av offentligt material behövs i regel inget informerat samtycke för att kunna använda det till en studie. Exempel på offentliga texter är nättidningar, "tweets" eller företags webbplatser. Enligt Forskningsetiska delegationen (TENK) (u.å.) behövs inget informerat samtycke vid observation av ett offentligt sammanhang. Analys av bloggar kan ses som en observation av ett offentligt sammanhang eftersom materialet är tillgängligt för allmänheten. Med det som motivation valdes att inte begära ett informerat samtycke från deltagarna till denna studie. Många bloggar har möjlighet till lösenordsbegäran för att läsarna ska komma åt materialet, och eftersom de bloggar som valdes till denna studie inte krävde lösenord tolkades materialet som offentligt. (Denscombe, 2016, s. 443; Henricson, 2012, s. 259–260; TENK, u.å.).

Principen om att skydda deltagarna handlar om att deltagarna inte ska må sämre varken fysiskt eller psykiskt efter deltagandet. Forskaren behöver tänka på alla möjliga risker som finns med studien och ha en säkerhetsplan för att undvika skadan. Till säkerhetsplanen för denna studie hör att all data hanteras på ett konfidentiellt sätt så att ingen information som avslöjar deltagarnas identitet kommer fram. Eftersom inget informerat samtycke krävdes av deltagarna till denna studie, valdes att inte alls informera dem om deras deltagande. Att inte kontakta skribenterna till bloggtexterna var också en del av säkerhetsplanen. Det ansågs minimera risken för skada eftersom de inte kan påverkas varken positivt eller negativt av deltagandet då de är omedvetna om det. (Denscombe, 2016, s.428–430)

Den nationella lagstiftningen måste följas även inom forskningsvärlden. För att undvika att den principen bryts i denna studie identifierades områden där en sådan risk kan förekomma. Ett område ansågs vara risken att deltagarna behandlas illa på grund av att de inte vet om deltagandet i studien. Fastän deltagare inte kontaktas är det viktigt att behandla dem med respekt. De ska behandlas med lika värde och får t.ex. inte kränkas. (Denscombe, 2016, s.434, 435).

Att använda internet som källa för datamaterial kan medföra vissa svårigheter. Det kan t.ex. vara svårt att veta vem personen bakom en text är, och hur gammal han eller hon är. Är deltagaren under 16 år borde vårdnadshavarna kontaktas och tillåta att deras barn eller ungdom deltar. Därför är det viktigt att göra allt som krävs för att identifiera skribenternas ålder innan deras text används som forskningsmaterial. Enligt de blogginlägg som valdes som datamaterial till denna studie, är samtliga bloggare över 16 år. Eftersom deras blogginlägg är det enda som avslöjar deras identitet, kunde inga andra källor bekräfta deras ålder. Därför valdes att lita på deltagarnas text ifråga om deras identitet och ålder. (Denscombe, 2016, s.441–442).

Enligt principen om ärlighet förväntas den som utför studien vara ärlig och opartisk. Enligt TENK (2012) ska forskningar utföras med hederlighet, omsorgsfullhet och noggrannhet under hela forskningsprocessen, även när resultatet presenteras. I denna studie var målet att ständigt följa principen om ärlighet och opartiskhet, för att få fram ett så sanningsenligt resultat som möjligt. (Denscombe, 2016, s.432–434, TENK, 2012 s.18).

Resultatredovisning

Resultatet som presenteras i detta kapitel utgår ifrån studiens frågeställningar och baserar sig på den förståelse som skapades under den hermeneutiska bearbetningens olika steg. Kapitlet är strukturerat enligt de tre stegen helhet – delar – helhet. Tolkningarna i resultatet svarar på studiens båda frågeställningar i alla tre kategorier, men i steg 3 valdes att presentera en övergripande tolkning som svarar på den första frågeställningen, och en övergripande tolkning som svarar på den andra frågeställningen. I figuren nedan (figur 3) förtydligas hur kapitlet är strukturerat. Tolkningarna i steg 1 och 3, och utgångspunkterna i steg 2, presenteras i underrubriker. I steg 2 finns tolkningarna i underrubriker under utgångspunkterna.

Steg 1 Helhet

Tolkning
Önskan om att inte vara ensamstående
Upplevelse av att avvika från normen
Behov av emotionellt stöd

Steg 2 Delar

Utgångspunkt	Tolkning
Förhållande till sig själv	Upplevelse av många olika känslor
	Upplevelse av en känslomässig berg- och dalbana
	Brist på närhet och sex
	Sättet att tackla motgångar varierar
	Behov av att påpeka att ensamståendeskapat är ofrivilligt
Förhållande till barnet	Upplevelse av varierade känslor inför barnet
	Önskan om att barnet ska få bra relation till pappan och pappans släkt
	Nedsatt förmåga att utveckla ett moderskap
Förhållande till barnets pappa	Önskan om att barnets pappa ska vara mer delaktig i graviditeten
	Relationen med barnets pappa upplevs som komplicerad
Förhållande till andra	Behov av att dela sin graviditet med någon
	Sökande efter stöd i form av bekräftelse från andra

Steg 3 Helhet

Tolkning
Nedsatt psykiskt välbefinnande och strävan efter tillfredställelse
Behov av stöd från enskilda personer och samhället

Figur 3. Resultatredovisningens struktur

Steg 1. Helhet

När materialet lästes igenom för att skapa en uppfattning om helheten upptäcktes tre övergripande ämnen som verkade centrala och som skribenterna ofta återkom till. Ämnena var att kvinnorna inte skulle vilja vara ensamstående, att de känner att de inte passar in i normen och att de har behov av emotionellt stöd.

Önskan om att inte vara ensamstående

Ingen av de tre bloggarna beskriver ensamståendeskapat under graviditeten som önskvärt, utan tvärtom beskriver de sin situation som något de helst skulle undvika. De beskriver tillståndet som något de själva inte valt att befinna sig i, att deras graviditet inte blev som de föreställt sig, och att de också skulle vilja leva i en kärnfamilj. De tre bloggarna är alla överens om att det optimala under graviditeten är att ha en partner vid sin sida, och att deras situation som ensamstående är ett

sämre utgångsläge. Genomgående under hela graviditeten, är att ensamståendeskapet beskrivs som ett nederlag eller en motgång och som en kamp att hela tiden kämpa. Sammanfattningsvis upplever kvinnorna sin situation som negativ.

”Men fan, vissa dagar är verkligen skit, för tro mig... det var inte såhär jag hade tänkt mig att det skulle bli heller. jag har aldrig föreställt mig själv som en ensamstående gravid från starten, absolut inte... jag vill oxå ha mamma+pappa+barn nån att dela allt med...” (Fanny)

”Jag sitter ännu en gång - ensam och gravid och jag fattar inte hur det här hände... det var inte såhär det skulle bli.” (Emma)

Upplevelse av att avvika från normen

Bloggarna upplever sin situation, som gravid och ensamstående, speciell och avvikande från normen. I den information som ges på t.ex. mödrarådgivningen och familjeförberedelsekurser saknar skribenterna fakta som är anpassat och riktat till dem som lever utan partner. De känner sig därför annorlunda och utanför normen. Kvinnorna blir också utsatta för fördomsfulla attityder i form av blickar och kommentarer som förstärker deras känsla av utanförskap. I situationer där andra gravida vanligtvis har med sin partner, t.ex. vid ultraljud av magen, eller där andra väntande par påträffas känner sig kvinnorna speciellt utsatta.

”Föräldragrupp avslutning.[...] Ja, idag kände jag ju mig väldigt utanför måste jag säga, i det stora hela handlade det om parrelationen när bebis väl har kommit, hur viktigt det är att pappan ställer upp, hur man ska undvika/lösa problem som uppstår... Hm, så jag kände inte att jag hade direkt mkt att komma med eftersom att de problemen kommer inte att uppstå hos mig...” (Fanny)

”Jag vill inte gnälla och klaga över min situation. Visst är den lite kämpig emellanåt, men med inlägget nedan ville jag mest påpeka det faktum att den ensamma mamman eller pappan sällan eller aldrig finns representerad bland gravidinformation eller föräldrahandböcker. Det saknas definitivt.” (Sara)

Behov av emotionellt stöd

Samtliga bloggare återkommer till att de är i behov av emotionellt stöd, och att det stöd de får underlättar deras graviditet. Familj, vänner, andra i samma situation och den professionella vården är grupper som kvinnorna söker sig till för att få stöd, och när behovet av stöd är tillgodosett, känner de sig bättre till mods och har lättare att handskas med sin situation. Stöd som kvinnorna uppskattar är att ha någon som lyssnar, att ha någon som förstår, att ha med en trygg person vid t.ex. ultraljud och att ha någon som uppmuntrar. Behov av praktiskt stöd i form av skjutsande, inhandlingar och hjälp med hushållssysslor nämns också som en viktig del av stödbehovet. Även den ekonomiska biten nämns som ett problem i ensamståendeskapet, där kvinnorna är i behov av hjälp.

”Det är klart att du kan göra det här ensam! Tusentals har gjort det före dig! Du är inte ensam!” Det var fantastiska barnmorskans peppande fraser till mig när jag brakade ihop framför henne den där hemska dagen i januari. Jag älskar henne för det hon sa till mig där och då, eftersom det fick mig att inse vad det var jag innerst inne ville och var kapabel till. Varken förr eller senare har jag mött barnmorskor som sagt något annat. Inget fördömande, inget ifrågasättande.” (Sara)

”Nu skall jag göra om det igen, få uppleva den magiska resan av att få se ett barn bli till, välkomna en ny människa till världen, till mitt och (dotterns) liv. Jag tvekar inte en sekund på att jag kan klara det, för det vet jag att jag kan. Jag har stöd, jag har det jag behöver – både praktiskt och känslomässigt.” (Emma)

Steg 2. Delar

När materialet bearbetades med hjälp av modellen för innehållsanalys, upptäcktes fyra övergripande teman. Teman som användes och benämns som utgångspunkter var följande:

- förhållande till sig själv
- förhållande till barnet
- förhållande till barnets pappa
- förhållande till andra

Förhållande till sig själv

Med förhållande till sig själv menas skribenternas tankar och känslor som i första hand handlar om dem själva. Kvinnorna bär på en varierad sinnesstämning, och är ofta väldigt självfokuserade. Exempel på när kvinnorna är självfokuserade är när de skriver om sina känslor och när de funderar på sin egen framtid.

Upplevelse av många olika känslor

Under hela graviditeten beskriver kvinnorna många olika känslor som berör deras graviditet i sina blogginlägg. Ibland är känslorna positiva och ibland är de negativa.

”Det här med att gå igenom en graviditet på egen hand. Det är många kaosiga tankar, känslor ligger både djupa och utanpå. Och jag vill verkligen inte ömka mig själv och min situation, det vill jag inte. Men det kan göra mig otroligt frustrerad när folk inte ser det svåra. Det är som att gravid är gravid. Lika för alla. Men så fasen alltså. Kanske vill de skona mig från medömkan. Kanske handlar det bara om att jag sätter upp mentala hinder för mig själv, men jag är övertygad om att det underlättar betydligt att dela en sådan här upplevelse tillsammans med någon.” (Sara)

Ensamhet är en frekvent förekommande känsla som nämns. Känslan förekommer i olika sammanhang och situationer, bl.a. vanliga dagar sittandes i lugn och ro i soffan och när kvinnorna jämför sig med andra gravida kvinnor som är tillsammans med en partner. Ensamheten beskrivs som mest påtaglig på nätterna, när skribenterna inte kan sova.

”hade typ menssmärtor som kom å gick å eskalerade... så till slut fick min käre far komma å hämta mig på jobbet å köra mig till sjukan.. Å då kände jag mig verkligen ensamast, alla satt där med sina kärlekar som var minst lika oroade som de blivande mödrarna.. och där satt jag alldeles själv.. livrädd o nojig o massa ont.. Fan, då kände jag att jag oxå ville ha nån som satt å kramade mig...” (Fanny)

Rädsla och oro påträffas ofta i bloggtexterna. Känslorna nämns i samband med frågor kring hur det ska bli när barnet är fött, t.ex. när kvinnorna funderar över hur de ska klara av att ta hand om barnet själva, och hur barnet kommer att klara sig utan pappa.

”Jag läser spaltmetrar om föräldrar som sliter ihjäl sig med sin första unge. Det är sömnlöshet, hinner inte äta, hinner inte borsta tänderna, hinner inte prata med varandra, hinner inte, hinner inte och det är fattigt och det är besvärligt. Klart man blir rädd. Kommer min kapacitet att räcka till?” (Sara)

”Jag är så rädd att BARA jag inte kommer att räcka till, att barnet faktiskt kommer att sakna en pappa väldigt mycket... och att det kommer att bli ett stort problem... Jag är livrädd! Tänk om jag inte räcker till?!” (Fanny)

Glädje är en känsla som förekommer i samband med graviditeten. Skribenterna beskriver glädje över barnet i magen och att de ska bli föräldrar. Glädjen nämns några gånger i samband med

ensamståendeskapet, och då handlar det om att partners frånvaro gör vissa saker lättare för kvinnorna, t.ex. när beslut ska tas.

”Jag vill tala om att jag är ofantligt glad att jag ska bli mamma och längtar ihjäl mig efter sprallen där inne. Det kommer bli ett fint liv.” (Sara)

Sorg och besvikelse påträffas i inlägg där bloggarna beskriver sitt ensamstående och att inte få dela sina upplevelser med en partner. Besvikelse finns också i att kvinnorna befinner sig i en situation som de inte hade föreställt sig att hamna i. De upplever sorg över att inte kunna planera framtiden med en partner och besvikelse över att inte få leva i en kärnfamilj.

”Det finns en stor sorg i att situationen ser ut som den gör. Att inte få dela den här upplevelsen, att gå igenom graviditeten med någon man tycker om vid sin sida. Alltid. Inte en gång i månaden eller så.” (Sara)

”I denna veva som jag fick lägenheten fick jag och (namn), min dåvarande pojkvän reda på att vi skulle ha barn. Lyckan var total, skräcken likaså. Men som vi har planerat, pratat och längtat. Det känns nästan som en tid långt bort, jag kan inte fatta att vi två varit där tillsammans. Barnvagnar diskuterades, bebiskläder kikades på och kärleken delades verkligen. Sedan hände det värsta som kunde hända just nu, något jag skrivit om i bloggen och förhoppningsvis kan lägga bakom mig nu.” (Emma)

Saknad förekommer i första hand när kvinnorna skriver om deras partners frånvaro. Kvinnorna skriver att de saknar en partner vid sin sida och en välstrukturerad framtid. Saknaden förekommer också i samband med deras ofödda barn.

”Känns inte alltför tokigt att vara singel, är omringad av kärlek ändå så de räcker med den jag får från familj och vänner :) å ensam är jag ju inte... har ju någon som bor och växer i min mage... 20 veckor... tänk vad tiden går fort! Men ja, visst ibland saknar jag ju någon... att dela saker med, att bara få hålla om att älska,” (Fanny)

Avundsjuka och känsla av orättvisa nämns när skribenterna jämför sig med andra gravida kvinnor som är tillsammans med en partner. Känsloerna blir tydliga när kvinnorna upplever ensamhet t.ex. på olika ställen där andra väntande par finns. Andra forum där skribenterna känner avundsjuka och orättvisa är när de läser om graviditet i bl.a. böcker, broschyrer och på bloggar.

”Avundsjuk. Det är den starkaste känslan jag har just nu... att jag är avundsjuk, känns ju kanske lite fånigt men... Jag är avundsjuk på alla ER som är 2 att ni har någon att dela det här med... att ni har någon att planera med... att ni har någon att Längta tillsammans med... att ni har någon att oro sig med...” (Sara)

Upplevelse av en känslomässig berg- och dalbana

Kvinnorna skriver om både positiva och negativa känslor i sina blogginlägg under hela graviditeten. Ibland handlar blogginläggen om hopp och framtidstro, och ibland handlar de om hopplöshet. Pendlingen mellan positiva och negativa känslor hittas på flera ställen i samma blogginlägg, och ibland ger t.o.m. samma fenomen eller upplevelse paradoxala känslor. Både graviditeten och ensamståendeskapet ger varierande känslor. I vissa inlägg beskrivs graviditeten som något som ger lycka, och ibland, som något som förstör deras framtid. Ensamståendeskapet beskrivs oftast som en negativ sak, men i ett fåtal inlägg beskrivs ensamståendeskapet som en fördel. Exempel på det är när kvinnorna kan ta beslut utan att ta hänsyn till någon partner.

"Även om vårt break up varit ganska stillsamt, inte så mycket hard feelings, ganska sansat och ömsesidigt, så visste jag att det här skulle bli början på en känslomässig berg- och dalbana." (Sara)

"Mitt i all förtvivlan sparkar liten till där inifrån. En påminnelse på att ett mirakel växer och groor inom mig? Känslan är obeskrivlig, jag älskar dig lilla vän." (Emma)

Brist på närhet och sex

Bloggarna beskriver brist på närhet både sexuellt och icke sexuellt under deras graviditet. De saknar någon att hålla om och bli omfamnad av, och får inte utlopp för sin sexualitet eftersom de saknar en partner vid sin sida. Dessutom upplever de problematik i att sexuellt söka sig nära någon annan än barnets pappa. De skriver att det känns fel att dejta någon medan de är gravida, och att de inte förväntar sig att någon skulle vilja inleda en relation med dem, så länge de väntar en annan mans barn.

"...bara för att jag är gravid och blivande mamma... så slutar jag inte att vara en människa med behov. men det är mest närhet jag saknar... sova bredvid någon..." (Fanny)

"Något som det luriga progesteronet inte lyckats med är att minska suget på sex, som det sägs påverka negativt. Där har något gått mycket fel. Har nog sällan känt mig så viril som nu och eftersom min situation ser ut som den gör, dvs utan en stadig relation till barnets fader, blir det ibland lite jobbigt. Bara att härda ut." (Emma)

"samtidigt som jag får jättedåligt samvete, jag vet ju att han (person Fanny är kär i) gillar mig, han har själv sagt det, ja inte att han är kär eller så... men ändå... å jag vet inte hur han skulle reagera om jag berättade att var gravid.. varför skulle han vara okej med det om inte ens barnets pappa är det? Önskar att han hade kommit in liiite tidigare i mitt liv... då hade de varit lättare..." (Fanny)

Sättet att tackla motgångar varierar

Under hela graviditeten varierar sättet att handskas med motgångar. Ibland "vinner" motgångarna, vilket får kvinnorna att bli missmodiga, och ibland "vinner" kvinnorna över motgångarna, vilket gör att de kan gå ut med inställningen att problemen kommer att lösa sig. Exempel på motgångar som bloggarna stöter på är negativa kommentarer, ekonomiska svårigheter och svek. Vid dömande kommentarer och ifrågasättanden från utomstående som inte har något inflytande på kvinnorna, hittas endast inlägg som tyder på att kvinnorna slår ifrån, och "vinner" över motgången. Det finns inga inlägg som tyder på att kvinnorna skulle ta till sig sådan kritik och låta det styra dem. Kritik från personer som står kvinnorna nära verkar de dock ha svårare att handskas med. Skribenternas sätt att handskas med motgångar varierar från dag till dag, och ibland även under samma dag.

"Ibland känner jag mig kvävd, som om jag sitter fast i ett låst utrymme och jag kan inte komma ut. Du (barnets pappa) har fått mig att känna mig så sjukt ensam, du tog mitt hjärta, du slog sönder mitt hjärta..." (Emma)

"Å det känns inte så hemskt trots allt, även om jag är ensam, och inte har hunnit få någon lägenhet ännu.. men det är sånt som löser sig..." (Fanny)

"Å dessa dömande kommentarer å blickar man får bara för att man är singel "man ska ju vara mamma, pappa, barn" inte bara mamma+barn... men jaa, det var inte såhär jag hade tänkt det heller, å vem säger att mitt barn kommer få det sämre än andra, bara för att den "BARA" har mamma... Men den kommer ha världens bästa mamma å de e inte fy skam det heller... sådeså!" (Fanny)

Behov av att påpeka att ensamståendeskapet är ofrivilligt

Ett återkommande fenomen i de tre bloggarna, är att kvinnorna verkar ha behov av att påpeka att de inte valt att hamna i situationen som gravid och ensamstående. De skriver bl.a. att det inte är deras fel, och att det inte var något som de planerat. Ibland känner kvinnorna sig anklagade för att ha gjort fel gentemot barnets pappa genom att behålla barnet, och i de fallen är kvinnorna noga med att försvara sig. De antyder att det är barnets pappa som är orsaken till ensamståendeskapet, och framhåller att ingen har rätt att kritisera dem i valet att låta graviditeten fortsätta.

”Jag tänker inte acceptera att folk får detta att låta som mitt fel. Att pappan till nr 2 gjorde bort sig och betedde sig som ett as fick jag bekräftat medan jag var gravid. Det var inte mitt val att bli ensam igen. Vi tog beslutet tillsammans att behålla barnet och vi var glada över det då. Så det är inte 'JAG' som valt att skaffa barn igen, det var vi två tillsammans.” (Emma)

”Han är en vuxen människa som vet precis hur ett barn blir till, trots detta, var det världens chock när jag berättade att jag var gravid.. det är jävligt lätt att hoppa i säng med någon, men desto svårare att ta konsekvenserna.. alla har ett val.. och i detta fall var det MITT val att behålla barnet, kalla mig egoist om ni så vill..” (Fanny)

Förhållande till barnet

I detta underkapitel presenteras bloggarnas tankar och känslor som i första hand är riktade till barnet i magen. Nedan presenteras några tolkningar som handlar om hur kvinnorna förhåller sig till barnet, och hur de tänker och känner inför barnets framtid.

Upplevelse av varierade känslor inför barnet

Enligt denna tolkning upplever kvinnorna ibland negativa känslor inför barnet. De skriver bl.a. att de har förhållit sig negativt till graviditeten, och upplevt att det kommande barnet har förstört deras framtid. De skriver många gånger att de egentligen inte skulle vilja vara gravid med deras expartner, och kämpar med beslut angående om de ska fortsätta graviditeten eller inte. De negativa känslorna verkar upplevas som skamfyllda, och tabubelagda. Samtidigt som tvivel förekommer, skriver skribenterna gång på gång under hela graviditeten att barnet är älskat och efterlängtat. Med andra ord varierar känslorna inför barnet, och detta stämmer också överens med tolkningen om att kvinnorna överlag upplever en känslomässig berg- och dalbana under graviditeten, vilket presenterades tidigare.

”Om jag skall vara ärlig har det verkligen varit en skräck-blandad-förtjusning än så länge och efter allt hände har jag haft lite svårt att tänka positivt, jag har varit rädd och ganska negativ inför det kommande lilla livet och inför hur komplicerat livet blev. Ett val jag inte begick själv, men som man fick acceptera och göra till sitt liv helt enkelt. Jag har inte känt dessa "ååååh gos, gos" -känslor på sistone, jag har bara sett graviditeten som en enda värk och börda och att det kommer 'förstöra' min framtid. Egentligen är det nog ganska vanligt, jag har hört från många omfödelskor att dom har tänkt "hur fan kunde jag välja att göra detta igen!?" men sedan vändes ju allt upp och ned ordentligt i oktober (när partnern svek) och jag skyller nog mina tankar på det.” (Emma)

”Min före detta kille ville inte att vi skulle ha ett barn tillsammans. Jag ville inte heller, inte med tanken på vår oförmåga att förstå varandra malandes i bakhuvudet. Det var ju på grund av den vi beslöt att bryta upp.” (Sara)

”Min lilla bebis, mitt lilla liv.. som växer därinne.. känslan är underbar! (Fanny)

Önskan om att barnet ska få bra relation till pappan och pappans släkt

I många inlägg finns meningar och stycken som beskriver att kvinnorna är måna om att barnet ska få en bra relation med pappan när det växer upp. Kvinnorna uttrycker bl.a. oro och rädsla för att barnet kommer att lida om deras pappa är inte närvarande. Därför önskar de att pappan ska vara delaktig i vårdsnaden, och uttrycker tacksamhet och lättnad när han visar villighet att delta. Förutom relationen med pappan förekommer också tankar kring hur barnet och pappans släkt kommer att förhålla sig till varandra, och vilken kontakt de kommer att ha sinsemellan. Kvinnorna önskar att relationen skulle fungera bra, men är osäkra på hur och om de ska ta kontakt med pappans släkt, ifall pappan väljer att vara frånvarande.

”och självklart hoppas jag innerligt varje vaken sekund att han (barnets pappa) ska ångra sig och vilja delta i barnets liv.. Men det är inget jag kan tvinga honom till, det valet är upp till honom, och som det ser ut just nu har han valt att inte finnas med.. Och ja det SUGER!” (Fanny)

”Bebis går ju inte bara miste om en pappa, utan så många andra människor också.. farmor, farfar, farbror.. Självklart vill jag ju att min älskling ska få ha kontakt med dom också.. vi får se hur allt utvecklar sig.. men om han nu fortfarande inte vill när barnet har kommit.. så kanske jag kan försöka få ha kontakt med hans familj på något sett.. Usch jag vet inte, men jag vill att min älskling (barnet) ska ha möjlighet till hela sin familj,” (Fanny)

Nedsatt förmåga att utveckla ett moderskap

Skribenterna uppvisar tecken på att de upplever en nedsatt förmåga att utveckla ett gott moderskap, och orsaken verkar vara deras ensamståendeskap och att graviditeten inte var planerad. När kvinnorna jämför sig med andra gravida tillsammans med en partner, t.ex. på familjeförberedande kurser, får de ett sämre självförtroende i sitt eget moderskap och blir osäkra inför framtiden. De upplever sig oförberedda och okunniga i jämförelse med de andra. Bland kvinnorna finns oro och rädsla inför hur de ska klara av skötsel och fostran på egen hand, och de tvivlar på att ensamstående gravida kan bli lika redo för barnet och mammrollen som en gravid med partnerstöd skulle kunna bli.

”Det känns oxå som att jag inte alls är på samma nivå som de andra, det känns som att de är mer förberedda på vad som ska komma... kanske ser de fram emot det mer än jag? Men det är klart det är skillnad på min och deras situation även om vi alla väntar barn... alla i min grupp har en partner, några sedan flera år tillbaka, ett lesbiskt par så jag utgår i fråga att detta är något de planerat och förberett sig på länge... Kort o gott så känns det som att de andra är mer inställda på det här än vad jag är, mer förberedda för de flesta har nog planerat att det skulle bli barn... Det är där jag skiljer mig ännu mer ifrån dom, jag är inte bara ensamstående... utan detta var helt oplanerat... hade inga som helst planer på att skaffa barn [...] Så det känns som att det har tagit längre tid för mig att förstå att det verkligen är på riktigt, att jag ska få ett

”Igår besökte jag en fin gammal barndomsvän som flyttat till Stora Stadens utkant, köpt hus och väntar barn om bara fem veckor. Allt var så ordnat, de väntade och de var redo. Knoppavaggan, Spjålsäng, badbalja, luktfria blöjtunnan, tapeterna i barnrummet, amningskudden, smörjor, salvor, nappar, amningsinlägg, pyjamasar the lot! Allt var klart och det var fint. [...] Jag har inte långt kvar jag heller, men 94 dagar är 94 dagar. Och dessutom undrar jag om jag någonsin kommer att bli så redo som dem. Två är en mer än en” (Sara)

Förhållande till barnets pappa

Under denna rubrik presenteras tolkningar som har att göra med bloggarnas tankar och känslor som först och främst handlar om barnets pappa. Tolkningarna handlar om kvinnorna och pappans relation till varandra, och vad kvinnorna önskar av pappan under graviditeten.

Önskan om att barnets pappa ska vara mera delaktig i graviditeten.

Kvinnorna uttrycker i olika sammanhang att de önskar att pappan till barnet skulle vara mer närvarande och engagerad i graviditeten t.ex. vid händelser som berör graviditeten, på besök vid mödrarådgivningen, vid ultraljud av fostret, på familjeförberedelsekursen och vid kontroller på sjukhuset. Också när förlossningen närmar sig uttrycker kvinnorna ett extra stort behov av pappans närvaro. En av orsakerna till att de önskar att pappan är mera närvarande är för att kvinnorna känner en trygghet av hans engagemang. Är han intresserad av graviditeten och barnet, känner kvinnorna sig mindre ensamma i sin situation. Dessutom minskar kvinnornas oro för barnets faderlösa framtid om pappan vill ta del av barnet redan under graviditeten. En annan orsak är för pappans egen skull. Eftersom kvinnorna tycker att barnet ger dem så mycket glädje, skulle de vilja att pappan också fick uppleva samma glädje.

”På fredag är det ultraljud. Det första spännande, ofantligt läskiga och nervpirrande mötet med sprallen. Pappan vill så klart vara med. Jag vill såklart att han ska vara med, mest för hans egen skull. Men 80 mil är 80 mil och ett jobb är ett jobb. Det här kan vara ett problem som fått orimliga proportioner på grund av sprittande gravidhormoner, men jag tycker inte ens att det ska vara ett problem att ta sig till ultraljudet. Kan det inte bara vara självklart?” (Sara)

”Han (barnets pappa) vet ju inte ens om när ultraljudet är, å de känns skit att han inte är det minsta intresserad.. men faan.. kan väl va lite iaf?” (Fanny)

Relationen med barnets pappa upplevs som komplicerad

Det framkommer på många ställen i texterna att relationen med barnets pappa är komplicerad. Detta upplevs som ett problem som upptar mycket av bloggarnas tankar och är energikrävande. Problemen finns i att över huvud taget få kontakt med pappan, att veta hur mycket och ofta pappan ska kontaktas i olika ärenden, fysiska avstånd som anses utgöra ett hinder för en god relation och brist på tillit. De önskar att relationen till pappan ska bli bättre, eftersom det skulle underlätta graviditeten och minska på oro inför framtiden. När relationen fungerar bättre känner kvinnorna glädje och lättnad.

”Nu får vi se om jag KAN förlåta honom (barnets pappa) helt enkelt. Vilken relation funkar utan tillit. Jag har svårt att förstå hur jag ska lära mig lita på honom igen, men vi får se med tiden.” (Emma)

”Jag har hört av mig (till barnets pappa) lite då och då, några dar innan ultraljudet.. några dagar efter.. men inget svar.. det är ju jäkligt svårt å lista ut hur man ska bete sig.. Ska man höra av sig? eller ska man inte? ska jag fortsätta försöka? Ska jag ta detta som hans sätt att tala om att han inte vill ha med oss att göra?” (Fanny)

Förhållande till andra

I detta underkapitel presenteras tolkningar som handlar om hur kvinnorna förhåller sig till andra, dvs. människor och grupper av människor som varken är deras barn eller deras expartner. Enligt en av tolkningarna i steg 1, behov av emotionellt stöd, framkom att kvinnorna behöver stöd från familj och vänner, den professionella vården och andra i samma situation. Nedan presenteras tolkningar kring kvinnornas förhållande till de ovannämnda grupperna.

Behov av att dela sin graviditet med någon

Kvinnorna beskriver behov av att dela sin graviditet med någon och uttrycker samtidigt saknaden i att inte ha någon given person att dela den med. Familj, vänner och andra i samma situation verkar vara grupper som ersätter en partner i detta behov. Speciellt skribenternas mammor har en speciell roll vad gäller stöd. Skribenterna tar i första hand kontakt med sina mammor vid speciella händelser eller nyheter angående graviditeten, och vill att de ska vara med vid t.ex. ultraljud av magen. Vänner och syskon är andra grupper, som de gärna delar sina erfarenheter med.

Bloggarna upplever också kontakt med andra i samma situation, som viktig. Att veta att det finns andra, som går eller har gått igenom en graviditet som ensamstående, ger tröst och hoppfullhet, och att dela med sig av sina upplevelser åt andra i samma situation ger en känsla av meningsfullhet. Diskussionsforum på internet och andra bloggar är ställen där gravida och ensamstående kan få kontakt med varandra och dela erfarenheter. Vid dessa samlingspunkter upplever skribenterna en känsla av sammanhang och samhörighet.

”Imorgon är det dags för ultraljud, tar med mig min kära mamma :) Hon har ju gjort det förr.. å känns ju mkt mer kul å dela upplevelsen med någon! Å vem passar då inte bättre än min kära mamma?” (Fanny)

”Det finns antagligen lika många gravidberättelser som det funnits graviditeter. I den här bloggen vill jag dela med mig av min, som inte riktigt blev som jag hade tänkt mig [...] Jag hoppas att just du som behöver en sådan här blogg hittar hit och att vi kan utbyta erfarenheter och upplevelser.” (Sara)

”Hittade en blogg förra veckan, [...] bloggen tillhör en annan gravid, singeltjej.. som är lika gammal som mig.. På något sätt så fick jag en sådan lättnadskänsla när jag läste den! Fan, jag är ju inte ensam! :) Känns skit kul, så hennes blogg ska jag fortsätta läsa :)” (Fanny)

Sökande efter stöd i form av bekräftelse från andra

Kvinnorna söker bekräftelse från andra för att få bevis på att deras tankar och känslor är sunda och normala. De vill också få bekräftelse på att de gjort rätt val i att behålla barnet, och att ensamståendeskabet under och efter graviditeten är möjligt att klara av. De upplever känsla av lättnad när vänner, familj, andra i samma situation och den professionella vården ger bekräftelse, och tvärtom, en belastning om de inte upplever bekräftelse. Från personer som står kvinnorna nära och från de som har en betydelsefull plats i deras liv, upplevs bekräftelsen speciellt viktig. Den professionella vårdens inställning till kvinnorna verkar göra ett stort intryck, och vid fall där kvinnorna inte upplever bekräftelse från vården, känner de sig osäkra i sin situation. Bekräftelse stärker däremot kvinnornas självförtroende.

”Jag vet att jag klarar det här själv, har en fantastisk familj och underbara vänner som ställer upp.. och alla är jätte glada för min skull.. och det känns så rätt..” (Fanny)

”Igår träffade jag den andra kuratorn sedan jag kom till den lilla staden för jul. Vi fick bra kontakt och jag fick äntligen bekräftat att mina tankar är förnuftiga och att det mesta verkar ha silats genom min hjärna flera gånger. Man tvivlar lätt på att man tagit hänsyn till alla scenarier som kan uppstå, alla aspekter, allt bra och dåligt, alltalltallt. Extra lätt att tvivla blir det eftersom jag och (barnets pappa) har helt olika uppfattningar och inställning till det ensamma föräldraskapet.” (Sara)

Steg 3. Helhet

I detta kapitel presenteras två övergripande tolkningar av de blogginlägg som de gravida ensamstående kvinnorna skrivit. Den första tolkningen svarar på den första frågeställning i studien: Hur upplever ofrivilligt ensamstående kvinnor en graviditet? och den andra tolkningen

svarar på den andra frågeställningen: Vilket behov av emotionellt stöd har ofrivilligt ensamstående kvinnor under en graviditet?

Nedsatt psykiskt välbefinnande och strävan efter tillfredställelse

Enligt materialet som studerades framkommer det på många olika sätt, och i olika sammanhang, att gravida och ensamstående kvinnor upplever nedsatt psykiskt välbefinnande. Att vänta barn beskrivs oftast som en positiv upplevelse, och skribenterna anses inte heller ha något emot ensamståendeskapet i sig. Det är kombinationen av de båda tillstånden som verkar framkalla negativa sinnesstämningar och problematik. Problematiken finns i såväl förhållandet till sig själv, barnet, barnets pappa och andra.

I samband med att graviditeten och ensamståendeskapet beskrivs, är negativa tankar och känslor mycket mer förekommande än positiva. Skribenterna beskriver både emotionella och praktiska svårigheter och anser att situationen är en påfrestning som de helst inte skulle befinna sig i. De söker sätt att komma ifrån denna situation genom att försöka få en bra relation med barnets pappa, eller någon annan partner som skulle ersätta pappans roll. Samtidigt har kvinnorna behov av att bearbeta de negativa tankarna och känslorna med hjälp av att söka stöd hos familj och vänner, andra i samma situation och den professionella vården. Kvinnorna ser med andra ord sin situation som ett problem, i vilken de eftersträvar problemlösning och tillfredställelse. Exempel på när ett problem vänds till tillfredställelse är när kvinnorna först upplever ensamhet, och sedan får umgås med sin familj, eller när kvinnorna söker stöd hos andra och får det stöd de behöver.

Det ofrivilliga ensamståendeskapet påverkar både kvinnorna och barnet. Det upplevs som en betungande situation för kvinnorna under graviditeten, men det förekommer också mycket oro för hur livet blir efter förlossningen. Kvinnorna är rädda att inte klara av moderskapet på egen hand, och oroliga för hur barnet kommer att uppleva sin situation som faderlös. Deras nedstämdhet innefattar med andra ord både den för tillfället pågående situationen och framtiden, och handlar om både kvinnans och barnets hälsa.

“Jag läser spaltmetrar om föräldrar som sliter ihjäl sig med sin första unge. Det är sömnlöshet, hinner inte äta, hinner inte borsta tänderna, hinner inte prata med varandra, hinner inte, hinner inte och det är fattigt och det är besvärligt. Klart man blir rädd. Kommer min kapacitet att räcka till?” (Sara)

Behov av stöd från enskilda personer och samhället

Skribenterna till bloggarna upplever behov av stöd både i möte med enskilda personer och av samhället. Den enskilda nivån handlar om personliga samtal två eller några personer emellan, medan stöd från samhället handlar om kvinnornas behov av att känna att deras situation som gravid och ensamstående är allmänt accepterad. De framhåller att gravida och ensamstående har för lite synlighet och uppmärksamhet i informationstexter och media, och tycker således att samhället exkluderar dem från normen. De broschyrer som delas ut på mödrarådgivningen, böcker, tv-program och reklam som handlar om graviditet, upplevs som riktade till kärnfamiljen. Kvinnorna är missnöjda över detta och skriver bl.a. att de skulle känna sig bättre till mods, om de kunde ta del av information som också inkluderar deras situation.

“Vid mitt första besök hos barnmorskan fick jag en broschyr om att skaffa barn och en om abort med mig hem. Den om abort var inte direkt riktad till The Happy Couple men det var definitivt den om att skaffa barn. Kunde inte ett steg i rätt riktning vara en kompletterande folder om hur det är att gå igenom en graviditet ensam? Det hade i alla fall hjälpt mig att slippa undan lite av sorgen jag kände över att jag var ensam.” (Sara)

Det personliga emotionella stödet beskrivs som speciellt viktigt från personer som är betydelsefulla för kvinnorna, och enligt skribenterna hör familjen och den professionella vården till

de grupper vars stöd har störst betydelse. Till stödjande hör närvaro, tillgänglighet, lyssnade och uppmuntran. Kvinnorna finner trygghet i att ha någon betydelsefull person i sin närhet, utan att personen i fråga behöver stöda på ett konkret sätt, och att veta att det finns personer att ta kontakt med angående konkreta stödbehov. När skribenternas familj kommer på besök upplever de t.ex. ett lugn över sin situation, och när den professionella vården ger tid att lyssna, upplever de en lättnad.

När kvinnorna söker kontakt med andra, som befinner sig i samma situation som dem själva, finner de mest samhörighet med dem som har en liknande bakgrund. Skribenterna känner därför mer gemenskap med dem som är gravida och ensamstående, än med dem som är gravida och i ett förhållande. Skribenterna saknar känsla av samhörighet med andra gravida på t.ex. familjeförberedande kurser, vilket leder till att kvinnorna känner sig annorlunda och utanför normen. De har behov av att vara delaktig i ett sammanhang, där det finns en förståelse och där de är bekväma att dela med sig av sina erfarenheter och ta del av andras. Enligt bloggtexterna hittas dessa sammanhang endast på diskussionsforum på internet och andra bloggar.

Spegling mot den teoretiska bakgrunden

Under bearbetningen av bloggtexterna hittades många paralleller till den information som sammanfattades under kapitlet teoretisk utgångspunkt och teoretisk bakgrund. I detta kapitel sammanfattar jag de samband och olikheter som upptäcktes när resultatdelen skrevs. Den teoretiska utgångspunkten utgörs av Bondas (2000) vårdteori att vara med barn – paradoxen mellan glädje och lidande, och den teoretiska bakgrunden består av fakta och tidigare forskning som berör ämnet gravid och ensamstående. Jag valde att strukturera speglingen i två underrubriker enligt studiens frågeställningar, dvs. enligt kvinnornas upplevelse av graviditeten och enligt kvinnornas behov av emotionellt stöd.

Kvinnornas upplevelse av graviditeten

Enligt Bondas (2000) är graviditeten en paradox mellan glädje och lidande, och det är också något som kan ses i studiens resultat. Skribenterna till bloggarna beskriver sin situation som ensamstående och gravid som en berg- och dalbana, ett underbart helvete, en skräckblandad förtjusning och en situation med "många kaotiska tankar". På flera ställen framkommer både negativa och positiva känslor i samma blogginlägg, ibland när olika fenomen beskrivs, men också när en och samma situation beskrivs. Kvinnorna skriver på många ställen att barnet är efterlängtat och älskat, men samtidigt framkommer det gång på gång att graviditeten är en besvikelse och ett hinder för att leva ut drömmar och kunna leva som planerat. Kvinnorna upplever med andra ord paradoxala känslor inför graviditeten och barnet (Bondas, 2000, s.77–79)

Relationer har alltid varit viktiga för människans välbefinnande, och det gäller även för gravida och ensamstående kvinnor. I resultatredovisningen framkommer det att ensamhet är en frekvent förekommande känsla som skribenterna inte skulle vilja bära på. De upplever missnöje över att befinna sig i sin situation, och känner sig malplacerade, rädda och oroliga. Vissa delar av graviditeten beskriver de som en besvikelse och sorg. Kvinnorna uppvisar stundvis även symptom på depression, och har således ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Enligt en rapport från THL refererad i Kauppinen (2014) är ensamhet en riskfaktor för psykiska problem och försämrad livskvalité. Sjögren (2005) menar att några av riskfaktorerna för att hamna i en depression under graviditeten är ensamståendeskäp, känsla av ensamhet, om ett flertal stressfyllda händelser inträffar under en kort period, om partnern inte är engagerad och om graviditeten inträffar under en olämplig tidpunkt. Skribenterna till bloggtexterna har varit utsatta för samtliga ovannämnda riskfaktorer, vilket tar sig uttryck i deras upplevda hälsa. Enligt en forskning gjord av Røsand et.al. (2011) utgör otillfredsställelse partnerstöd till och med den största riskfaktorn för emotionell stress under graviditeten. I samma studie visar resultatet att ett gott partnerstöd å andra sidan främjar god psykisk hälsa, vilket stämmer överens med skribenternas upplevelser. När relationen

med barnets pappa fungerar bra, mår de psykiskt bättre än när relationen inte fungerar (Jfr Sjögren, 2005, s.76; Kauppinen, et al., 2014, s. 41).

Till följd av psykisk ohälsa under graviditeten har kvinnor svårare att utveckla ett gott moderskap under graviditeten. Enligt Berg och Lundgren (2010) är en positiv upplevelse av graviditeten en god förutsättning för att kunna knyta an till sitt barn och utvecklas till en mor, och en negativ upplevelse har därmed en motsatt effekt. I skribenternas bloggar upptäcktes tecken på att kvinnorna har svårt att utveckla ett moderskap. De skriver bl.a. att de inte känner sig redo att bli mamma, att de är oförberedda och är oroliga över hur de ska klara av modersrollen (Jfr Berg & Lundgren, 2010, s.72).

Något som inte tas upp i den teoretiska utgångspunkten eller bakgrunden, men som ansågs vara en viktig del enligt bloggtexterna, är brist på närhet och sexuell tillfredsställelse. Kvinnorna upplever att deras sexuella behov inte tillgodoses och skriver om saknaden i att inte ha någon att hålla om och bli omfamnad av. Samtidigt upplevs graviditeten som ett hinder för att inleda en relation med någon annan än barnets pappa.

Kvinnornas behov av emotionellt stöd

Bondas (2000, s. 77) menar att paradoxen mellan glädje och lidande under graviditeten står som grund till att den havande kvinnan har behov av att dela med sig av sina upplevelser i familjegemenskap, gemenskap med andra i samma situation och i vårdgemenskap. Enligt bloggtexterna beskrivs behovet av att dela med sig mer specifikt som att prata med någon som har tid att lyssna, någon som förstår, någon som kan bekräfta deras känslor och någon som kan ge trygghet.

Enligt Bondas teori är partnern en viktig del av familjegemenskapen. Genom partners engagemang blir barnet mera verkligt för kvinnan, och dess närvaro är i all enkelhet vårdande. Bondas skriver att partners närvaro är unik, och att om den saknas så kan den inte ersättas av stödpersoner eller vårdpersonal. Enligt bloggarna är barnets pappa också en väsentlig del av graviditeten. När pappan inte är engagerad är kvinnorna frustrerade och ledsna, och situationen verkar ge upphov till mycket emotionell stress. Tvärtom blir kvinnorna lättade och glada när pappan vill vara engagerad. Trots stöd från familj, vänner och vårdpersonal är brist på partnerstöd något som tas upp i blogginläggen gång på gång. (Bondas, 2000, s. 79)

Familjegemenskap, gemenskap med andra i samma situation och vårdgemenskap är tre grupper som även är centrala där skribenterna till bloggarna beskriver sitt behov av emotionellt stöd. Kvinnorna eftersträvar en bra relation till barnets pappa, de vill ha med någon stödperson på t.ex. ultraljud av magen och på familjeförberedande kurs, kontakt med andra som går eller har gått igenom samma sak beskrivs som tröstande och lugnande, och barnmorskors eller psykologers uttalanden och bemötanden spelar en stor roll för kvinnornas välbefinnande. Skribenterna framhåller speciellt att stöd från deras egna mammor, och gemenskap med kvinnor med liknande bakgrund på t.ex. diskussionsforum och i andra bloggar, är viktigt.

Gemenskap med andra i samma situation ger styrka och tröst åt skribenterna. Det stämmer mycket bra överens med den svenska intervjustudien som sammanfattas i kapitel 4.6.3 Stöd av andra i samma situation. Där framkom att ensamståendeskap under graviditeten är en känslomässig påfrestning för kvinnorna. De beskrev saknad efter att ha någon att dela upplevelser med, oro över att inte klara av föräldraskapet själv och en känsla av ensamhet. De hade behov av att träffa andra i samma situation och upplevde stärkt självförtroende och känsla av kontroll när de fick möjlighet till det. (Frondelius Isaksson & Funcke Khan, 2011, s.49–50)

Förutom gemenskap i familj, andra i samma situation och den professionella vården är vänner något som skribenterna sätter stort värde på. Bondas (2000, s.80) menar att vänner hör till gruppen andra i samma situation, men enligt bloggtexterna behöver inte vännerna gå eller ha gått igenom samma sak som skribenterna för att deras relationer ska vara betydelsefulla. Sjögren

(2005, s.60–61) nämner vänners närvaro som något styrkegivande för gravida, vilket stämmer överens med skribenternas upplevelse av goda relationer till vänner.

Skribenterna upplever också behov av emotionellt stöd från samhället i form av en allmän acceptans. De känner sig avvikande från normen p.g.a. deras ensamståendeskap, och menar att en orsak är att det inte finns tillräckligt med information som är specifikt riktad till gravida och ensamstående. En annan orsak är att de upplever sig utpekade och som ett föremål för fördomar. Detta är något som inte framkommer i den teoretiska utgångspunkten eller teoretiska bakgrunden.

Kritisk granskning

Enligt Larsson (1994) är den kritiska granskningen viktig för att bedöma en studies kvalitet. Genom kvalitetsgranskningen kan man identifiera starka och svaga sidor med en studie. Larsson presenterar olika kriterier som kan användas som hjälpmedel i bedömningen av en studies kvalitet. Sammanfattningsvis handlar kriterierna om på vilket sätt forskarens subjektivitet påverkar studien, hur strukturerad helheten och olika delar är, hur etiskt genomförd studien är och vilken betydelse och sanningshalt resultatet har. I detta kapitel granskar jag min studie med dessa kriterier för kritisk granskning, samt med egna reflektioner, som hjälp. Larssons kriterier användes som utgångspunkt när olika delar av arbetet granskades. Först granskades helheten, och sedan datamaterialet, analysmetoden och resultatredovisningen. Eftersom jag skrev om de etiska aspekterna i kapitel 5.4 Etiska aspekter och följde dem under hela studien, tar jag inte upp den delen i detta kapitel. (Larsson, 1994, s.163, 165, 186)

Helhet

Enligt Larsson (1994) ska alla delar i studien skapa en god helhet. Valet av syfte och frågeställningar, den teoretiska utgångspunkten, de delar som tas upp i den teoretiska bakgrunden, datainsamlingen och analysmetoden ska ha ett logiskt samband. En röd tråd ska kunna ses genom hela arbetet. Jag anser att jag lyckades skapa en god helhet i studien där alla delar är logiskt sammankopplade till studiens ämne. Syftet och frågeställningarna står som grund till valet av teoretisk utgångspunkt, teoretisk bakgrund, datamaterial och analysmetod, samt vid presentationen av resultatet. Den teoretiska utgångspunkten är en teori som var mycket lätt att spegla resultatet mot, och den teoretiska bakgrunden ger en omfattande helhetsbild över graviditet och ensamståendeskap. Eftersom den hermeneutiska bearbetningsmetoden strävar till förståelse, anses den passa mycket bra ihop med denna studies syfte, nämligen att öka förståelse för ofrivilligt ensamstående gravida. (Larsson, 1994, s.168–170).

Datamaterial

Valet av datamaterial anses vara passande för att få svar på studiens frågeställningar. Alla tre skribenter till bloggtexterna var gravida och ofrivilligt ensamstående och var därför goda representanter för den gruppen. De verkade oftast vara öppna med sina tankar och känslor, vilket gav mycket material att bearbeta. Två av tre skribenter hade liknande orsak till ensamståendeskapet, medan den tredjes orsak skiljde sig från de andra två. Så här i efterhand kan jag tänka att resultatet skulle ha omfattat en bredare grupp ifall alla tre skribenterna hade haft helt olika bakgrund, vilket också var ett av kriterierna när datamaterialet valdes ut. Ett annat alternativ skulle ha varit att jag koncentrerat mig på en mindre omfattande grupp bestående av t.ex. endast ensamstående kvinnor som blivit gravida vid en tillfällig sexuell relation, för att få ett mer djupgående och centrerat material kring ett smalare ämne.

Det finns både för- och nackdelar med att bloggtexter valdes som datamaterial till studien. Enligt min reflektion är styrkan med bloggarens trovärdighet att skribenterna i lugn och ro har kunnat fundera igenom vad som ska skrivas innan det publiceras. De har hunnit reflektera över sina känslor, vilket betyder att texten troligen speglar den upplevda sanningen. Forskare har inte

kunnat påverka materialet i någon riktning, och det ökar dess äkthet. En nackdel kan vara att texten är menad för ett offentligt sammanhang, där skribenterna visar sin identitet öppet. Därför kanske känsliga ämnen undviks att nämnas, och vissa känslor och tankar kanske väljs att inte beskrivas. Skulle skribenterna vara anonyma, är sannolikheten större att känsliga ämnen förklaras mer ärligt och uppriktigt. En av skribenterna skriver t.ex. att hon valt att inte skriva så mycket om hennes expartner, vilket betyder att hon antagligen bär på känslor och tankar som är relevanta för studien, men som aldrig kommer fram. En nackdel är också att inga följdfrågor kan ställas för att få mer material om specifika upplevelser.

Som jag nämnde i kapitel "Etiska aspekter" är det alltid en risk att samla datamaterial via internet. Personerna bakom en text kan uppges vara någon helt annan än vad han eller hon egentligen är. Det finns således ingen garanti att skribenterna till de bloggtexter som bearbetades i studien befinner sig i den situation som de påstår. Det finns alltid en möjlighet att de ljugit om sina tankar och känslor, och i så fall är resultatet felaktigt. Å andra sidan kan deltagarna i en studie alltid ljuga oavsett vilken typ av datamaterial och analysmetod som används.

Bearbetningsmetod och resultatredovisning

Hermeneutikens styrka är att den möjliggör till en djup förståelse. Den spiralliknande modellen som illustrerar den oändliga vägen dit, visar hur det som vi för tillfället vet kan ta oss vidare till nya insikter. Inom hermeneutiken har den som utför en studie tillåtelse att "läsa mellan raderna", och det öppnar upp för fler möjligheter inom tolkandet, än om man valt en analysmetod där endast direkta påståenden kan tas som fakta. Med hjälp av den hermeneutiska metoden kan man alltså få en djup förståelse, men det medför också vissa risker. Ett exempel är att det finns stor risk att jag som utfört studien har påverkat mycket med mitt subjektiva perspektiv, och därför presenterar felaktiga resultat. Tolkningar som är av hög kvalitet är enligt Larsson (1994) sådana tolkningar där det inte uppstår motsägelser mellan tolkningar som skapas där helhet och delar studeras. De tolkningar som presenteras i denna studie har prövats mot hela datamaterialet i flera omgångar, och de flesta av tolkningarna har omformulerats många gånger under bearbetningen för att få dem att stämma överens med helheten. Jag anser att det minskar på risken att mina egna synpunkter har präglat resultatet i allt för stor grad. (Jfr Larsson, 1994, s.184; Henricson, 2012, s.366)

Eftersom mina egna erfarenheter av att göra vetenskapliga studier inte är så omfattande är en annan risk att jag missuppfattat hur den hermeneutiska bearbetningsmetoden ska användas i praktiken. Det var utmanande att förstå hermeneutiken både som filosofi och metod. Om jag hade valt en tydligare bearbetningsmetod, skulle jag kanske ha utfört studien på ett mera korrekt sätt, och på det sättet fått ett mer kvalitativt resultat. Den hermeneutiska metoden har å andra sidan möjliggjort till ett kvalitativt resultat i form av djup förståelse.

Enligt hermeneutiken står förförståelsen som grund för alla tolkningar som görs, och därför är det viktigt att forskaren är medveten om vad som påverkar hans eller hennes perspektiv. Enligt Larsson (1994) är det svårt att identifiera allt som påverkat förförståelsen på grund av att allt som hänt tidigare i en människas liv på ett eller annat sätt präglar hennes tankar. Personligen kunde jag ha reflekterat mer kring min egen förförståelse. I kapitel 5.2 Det hermeneutiska närmelsesättet presenterar jag en kort beskrivning av min kulturella, kunskapsmässiga och vårdvetenskapliga bakgrund, men det finns antagligen många fler element som inverkar på mitt sätt att förstå. Jag är medveten om att det resultat som presenteras i denna studie inte är någon definitiv sanning. Mitt perspektiv har gett upphov till vissa tolkningar, medan andras perspektiv troligen skulle leda till andra tolkningar. (Jfr Larsson, 1994, s.165–166; Henricson, 2012, s.353)

För att en resultatredovisning ska vara av god kvalitet behöver dess struktur vara enkel att följa. Resultatet ska vara överskådligt och sakna oväsentliga delar. Strukturen på resultatredovisningen ändrades många gånger under bearbetningens gång för att få den så överskådlig och tydlig som

möjligt, och slutligen anser jag att jag lyckades med en lättförståelig och logisk struktur. En del av resultaten upprepas i olika tolkningar, och de kunde ha samlats under en och samma tolkning för att göra resultatet ännu mer överskådligt. Enligt Larsson (1994, s. 173–175) ska de tolkningar som görs inte grunda sig i kompromissande antagande, utan ska förklara någonting centralt i materialet. Jag anser att de resultat som presenteras i denna studie är väsentliga för materialet, eftersom de är i enlighet med studiens syfte och svarar på frågeställningarna.

Diskussion

Under arbetsprocessen för detta examensarbete har jag lärt mig mycket om graviditet och ensamståendeskaper, samt hur en vetenskaplig studie utförs. Syftet med studien var att öka förståelsen för ofrivilligt ensamstående gravida genom att studera hur de upplever en graviditet och vilket behov av emotionellt stöd de har. Jag har själv fått en djupare förståelse och insikt i hur det kan upplevas att gå igenom en graviditet utan partnerstöd, och tror att studien kan bidra till djupare förståelse även hos andra som tar del av den.

Eftersom detta examensarbete är en del av projektet "Doulor som stöd vid barnafödande" är det synd att ingen av skribenterna till bloggarna hade doulastöd under graviditeten. Det hade varit intressant att studera hur ensamstående upplever doulastöd, och t.ex. jämföra det med ensamstående som inte har kontakt med doula. Doulans främsta uppgift är att ge emotionellt stöd genom att ta del av tankar och känslor, uppmuntra och skapa en trygghet under graviditeten, förlossningen och en kort tid efter förlossningen. Enligt studiens resultat har gravida och ensamstående behov av bl.a. dessa typer av stöd, vilket innebär att de sannolikt skulle ha stor nytta av doulastöd. (von Koskull & Nystén, 2013, s. 6).

Enligt resultatredovisningen upplever gravida och ensamstående att det finns för lite information som är riktad till dem. De broschyrer som delas ut på mödrarådgivningen riktar sig till familjer med en mamma och en pappa, och de böcker som handlar om graviditet inkluderar sällan de som är ensamstående. Detta var något som jag också lade märke till speciellt i början av arbetsprocessen när jag sökte litteratur till den teoretiska bakgrunden. I olika bibliotek sökte jag efter böcker som specifikt skulle handla om graviditet och ensamståendeskaper, men inte en enda hittades. I största delen av de vetenskapliga artiklar som togs med i studien avslutas diskussionen med att det finns lite forskning kring ämnet, och att det borde göras mer. Eftersom ensamstående är en riskgrupp för nedsatt psykiskt välbefinnande, skulle det vara viktigt med tillräcklig kunskap och förståelse hos dem som de möter, speciellt inom vården.

För att öka den kunskapen och förståelsen, kunde denna studie utvecklas till en större och mer omfattande forskning. Där kunde man inkludera ett större antal deltagare med många olika bakgrunder och orsaker till ensamståendeskaper för att få ett rikt innehåll. Man kunde också inkludera en kontrollgrupp bestående av gravida kvinnor som är i ett förhållande, för att få en jämförelse. Forskningsfrågorna kunde vara fler och mer specifika. Som blivande vårdare skulle det också vara intressant att ta del av forskning kring hur gravida och ensamstående upplevs och bemöts ur vårdares perspektiv.

Det behövs knappast stora åtgärder för att vidga de ensamståendes plats i samhället. Vad kvinnorna saknar är acceptans och känsla av samhörighet, och det kan t.ex. främjas genom ett gott bemötande. Om kvinnorna slipper att möta fördomar, och istället möter förståelse och sympati, känner de garanterat en större samhörighet. Broschyrer och informationsblad kunde anpassas så att de lämpar sig för olika typer av familjekonstruktioner, och inte bara kärnfamiljen. På familjeförberedande kurser kunde en del av materialet handla om ensamståendeskaper så att kvinnor i den situationen känner sig inkluderade.

Enligt resultatredovisningen har gravida och ensamstående behov av att dela tankar och känslor med andra i samma situation, och hittar sådana forum på internet. Det vore till fördel om det också

skulle finnas ett forum där kvinnorna fysiskt kunde träffas. Det kunde t.ex. ordnas tillfällen utöver den vanliga familjeförberedande kursen, där alla ensamstående har möjlighet att samlas och utbyta erfarenheter. Det skulle troligtvis stärka dem i deras situation och befrämja ett större socialt nätverk mellan ensamstående.

Litteraturförteckning

- Berg, M. & Lundgren, I., 2010. Att stödja och stärka, vårdande vid barnafödande. Lund: Studentlitteratur AB.
- Bibeln, (u.å.). Predikaren 4:12. Svenska folkbibeln. 1998 års översättning (SFB98).
- Bilszta, J., Tang, M., Meyer, D., Milgrom, J., Ericksen, J., & Buist, A., 2008. Single motherhood versus poor partner relationship: outcomes for antenatal mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(1), 56–65.
- Bondas, T., 2000. Att vara med barn, en vårdvetenskaplig studie av kvinnors upplevelse under perinatal tid. Åbo: Åbo Akademis Förlag.
- Deans, A., 2005. Gravid, kroppen, känslorna, förlossningen, barnet. Singapore: Albert Bonniers Förlag.
- Denscombe, M., 2016. Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna. Lund: Studentlitteratur AB.
- Farbu, J., Haugen, M., Meltzer, H., & Brantsæter, A., 2014. Impact of singlehood during pregnancy on dietary intake and birth outcomes – a study in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(396).
- Finlands officiella statistik (FOS), 2014. Bostäder och boendeförhållanden [Online], Tabellbilaga 1. Bostadshushåll efter personantal 1960–2014. Helsingfors: Statistikcentralen [hämtat: 3.5.2016]. http://www.stat.fi/til/asas/2014/asas_2014_2015-05-26_tau_001_sv.html
- Finlands officiella statistik (FOS), 2015. Familjer [Online].
- Tabellbilaga 3. Barnfamiljer efter typ åren 1950–2014. Helsingfors: Statistikcentralen http://www.stat.fi/til/perh/2014/perh_2014_2015-05-28_tau_003_sv.html [Hämtat: 2.5.2016].
- Forsberg, C. & Wengström, Y., 2015. Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur
- Forskningsetiska delegationen (TENK), u.å. Etiska principer [Online]. Etiska principer för forskningsområden som räknas till humanvetenskaperna. Helsingfors. [hämtat: 24.5.2016] <http://www.tenk.fi/sv/etikprovning-inom-humanvetenskaperna>
- Forskningsetiska delegationen (TENK), 2012 [Online]. God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland. Forskningsetiska delegationens anvisningar 2012. Helsingfors. [hämtat: 4.10.2016] http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Frondelius Isaksson, M., & Funcke Khan, S., 2011. "Jag bar på en skam och nu bär jag på samma stolthet för jag tycket det är så coolt att jag klarade det" – En kvalitativ studie om ensamstående (blivande) mammors upplevelse av stöd och hjälp från Minnamottagningen. Göteborg: Göteborgs Universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Gruber, K., Cupito, S., & Dobson, C., 2013. Impact of Doulas on Healthy Birth Outcomes. *The Journal of Perinatal Education*, 22(1), ss. 49–56.
- Gäbel, C., 2014. Gravid, graviditet, förlossning och den nya familjen. Göteborg: SCA Hygiene Products AB.
- Henricson, M., 2012. Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad. Studentlitteratur AB.
- Institutet för hälsa och välfärd (THL) u.å. Yksinhuoltajien terveys. [Online] <https://www.thl.fi/sv/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/lapsiperhekysely/tuloksia/yksinhuoltajien-terveys> [hämtat 7.11.2016]
- Institutet för hälsa och välfärd (THL), 2015. Perinatalstatistik– föderskor, förlossningar och nyfödda 2014. Helsingfors.
- Kauppinen, T., Martelin, T., Hannikainen-Ingman, K., & Virtala, E., 2014. Yksin asuvien hyvinvointi, mitä tällä hetkellä tiedetään? Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd (THL).
- Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. & Nationella expertgruppen för mödravården, 2015. Handbok för mödrarådgivningen, nationell rekommendation. Tammerfors: Institutet för hälsa och välfärd (THL).

- von Koskull, M., & Nystén, E.-M., 2013. Doulaberättelser, Familjers och stödpersoners upplevelse av att vänta och föda barn. Folkhälsans förbund.
- Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: Starrin, B. & Svensson, P-G. (red.) Kvalitativ metod och vetenskapsteori. Lund: Studentlitteratur.
- Lassenius, E., & Severinsson, E., 2014. Hermeneutik i vårdpraxis, det nära, det flyktiga, det dolda. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Nationalencyklopedin, (NE), u.å. (a) Blogg. [Online] <http://www.ne.se/encyklopedi/lång/blogg> [hämtat: 1.1.2016]
- Nationalencyklopedin, (NE), u.å. (b) Hermeneutik. [Online] <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/hermeneutik> [hämtat: 3.5.2016]
- Nilsson, B., 2007. Nära relationer – introduktion till relationspsykologi. Malmö: Liber AB.
- Rice, F., Jones, I. & Thapar, A., 2007. The impact of gestational stress and prenatal growth on emotional problems in offspring: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 115(3), 171–183.
- Rösand, G.-M., Slinning, K., Eberhard-Gran, M., Røysamb, E., & Tambs, K., 2011. Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. *BMC Public Health*, 11(161).
- Shah, P., Zao, J., & Ali, S., 2011. Maternal Marital Status and Birth Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analyses. *Maternal Child Health*, 15(7), 1097–1109.
- Sievälä, A., Entistä useampi yksin äidiksi Karjalainen, 22.7.2013, s. 4.
- Sjögren, B., 2005. Psykosocial obstetrik, kropp och själ och barnafödande. Lund: Studentlitteratur.
- Statistisk centralbyrå (SSB), 2015. Levandefødte, etter mors samlivsstatus. [Online]. Oslo: Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=LevendfMorsStat&KortNavnWeb=fodte&PLanguage=0&checked=true> [Hämtat: 27.4.2016]
- Strang, P., 2014. Att höra till, om ensamhet och gemenskap. Stockholm: Natur & Kultur.
- Tanner Stapleton, L., Dunkel Schetter, C., Westling, E., Rini, C., Glynn, L., Hobel, C., & Sandman, C., 2012. Perceived Partner Support in Pregnancy Predicts Lower Maternal and Infant Distress. *Journal of Family Psychology*, 26(3), 435–63.
- Wiklund Gustin, L., & Bergbom, I., 2012. Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur AB.
- Young, R., & Declercq, E., 2010. Implications of Subdividing Marital Status: Are Unmarried Mothers with Partners Different from Unmarried Mothers without Partners? An Exploratory Analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 14(2), 209–214.
- Ödman, P.-J., 2007. Tolkning, förståelse, vetande – Hermeneutik i teori och praktik. Göteborg: Nordstedts akademiska förlag.

Doulans roll vid hemförlossningar – en kvalitativ studie

Jennifer Båskman och Sofia Kovisto

Abstrakt

Syftet med vårt examensarbete är att beskriva hurdan roll doulan har i hemförlossningar samt att få ökad kunskap och förståelse för doulans arbete. Frågorna vi ställer är: Vad gör en doula vid hemförlossningar? Vad är speciellt för doulan vid hemförlossningar? Hur förändras doulans roll beroende på vem eller hur många andra personer som närvarar vid förlossningen?

Vi har samlat in data med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Vi har intervjuat fem doulor som deltagit i hemförlossningar i Finland. Fyra av fem doulor är professionella doulor. Datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Vi har använt oss av Kathleen M. Fahys, Maralyn Foureur och Carolyn Hasties vårdteori som heter "The theory of birth territory". Vi har speglat resultatet utgående från teorin i diskussionen.

I resultatet framkom det att doulan stödjer kvinnan under graviditeten samt under och efter förlossningen. Det framkom även att doulans roll skiljer vid hemförlossningar från sjukhusförlossningar och att doulan har mer varierande uppgifter vid hemförlossningar. Doulan stöder mamman och partnern, erbjuder icke-medicinsk smärtlindring, städar och lagar mat för familjen vid hemförlossningen, samt ger psykiskt stöd och råd redan under graviditeten. Resultatet gick inte direkt att jämföra med tidigare studier, eftersom det inte finns tidigare studier om doulor vid hemförlossningar.

Inledning

Vi har valt att skriva om doulans roll vid hemförlossningar. Vi är båda mycket intresserade av hemförlossningar och har länge vetat att vårt examensarbete ska handla om detta ämne. Vi som är blivande barnmorskor vill förstå doulans betydelse och uppgifter vid hemförlossningar. Vi vill veta mer om doulornas betydelse vid hemförlossningar i Finland.

Vid hemförlossningar är en barnmorska ofta närvarande och sköter förlossningen och tar emot barnet men barnmorskan kanske inte kan vara med mamman från början av förlossningen, d.v.s. då kvinnan får regelbundna sammandragningar. Vid hemförlossningar har barnmorskan mera tid att ta hand om den födande kvinnan än vid en sjukhusförlossning, eftersom det vid sjukhuset kan finnas flera kvinnor som föder samtidigt som barnmorskan tar hand om. Å andra sidan kan barnmorskan också ha svårt att hinna i tid om det är långa avstånd. Barnmorskans uppgift är att främja kvinnans och fostrets hälsa, hjälpa kvinnan att föda barnet på ett säkert sätt och att ge medicinsk eller icke-medicinsk smärtlindring vid behov. Barnmorskans uppgifter kan vara annorlunda vid hemförlossningar än vid sjukhusförlossningar och hon har inte samma utrustning i hemmet som på ett sjukhus.

Efter att man kontaktat barnmorskan kan man boka en tid med henne. Då kan man i lugn och ro sitta ned och diskutera om föderskans rädslor, känslor och önskemål. Om barnmorskan tidigare har hälsat på och varit hemma hos föderskan, har hon lättare att assistera vid förlossningen då hon känner igen föderskan, familjen och deras hem. Efter förlossningen diskuterar barnmorskan med föderskan om förlossningen. (Koho, u.å.)

Doulan kan hjälpa till om kvinnan har behov av stöd innan barnmorskan kommer. Doulan kan vara där under förlossningen och efter förlossningen. En doula kan stöda kvinnan redan vid ett tidigt skede, då värkarna just har börjat och då det är för tidigt att kalla på barnmorskan. Doulan kan hjälpa kvinnan med olika icke-medicinska metoder att hantera smärtan t.ex. genom att berätta om olika ställningar, rörelser och avslappningsövningar. (Gindonis, u.å. (1)). Doulan gör inga mätningar eller undersökningar och tar inga beslut gällande förlossningen. Hon stöder kvinnan och familjen i de beslut som tas. Hon berättar inte om sina åsikter eller tidigare erfarenheter vid förlossningen utan handlar enligt det sätt som man tidigare kommit överens med föderskan. Doulan har en viktig roll, uppgift och betydelse vid en förlossning, men hon kan inte ersätta barnmorskan eller partnern. (Gindonis, u.å. (2)). Om kvinnan föder barnet hemma och behöver fysiskt eller emotionellt stöd, kan en doulas närvaro göra stor skillnad.

Syfte och frågeställningar

Syftet med vårt examensarbete är att beskriva doulans roll vid hemförlossningar. Syftet är också att få ökad kunskap och förståelse för doulor, eftersom vi blivande barnmorskor kommer att arbeta med doulor i framtiden och kunskapen gör samarbetet bättre. Vi är intresserade av hemförlossningar där kvinnan har valt att föda barn med en doula och hur doulan kan hjälpa just henne. Vi vill ha så mycket kunskap som möjligt om hur doulan arbetar i hemmen och vad som är speciellt för doulan i kvinnors hemmiljö. Vi vill också veta om en förlossning hemma kan påverkas positivt om en doula finns på plats. Vi anser att vi som blivande barnmorskor har mycket nytta av att ha genomfört en studie om doulor, eftersom doulor kan vara en del av våra framtida arbetskollegor.

Vi har tre övergripande frågeställningar:

- Vad gör en doula vid hemförlossningar?
- Vad är speciellt för en doula vid hemförlossningar?
- Hur förändras doulans roll beroende på vem eller hur många andra personer som närvarar vid förlossningen?

Teoretisk bakgrund

I den teoretiska bakgrunden tas fakta om doulan och hennes arbete, förlossningskedan, olika smärtlindringsmetoder och hemförlossningar upp.

Doulan

En doula är en stödperson som kan närvara innan, under och efter en förlossning. Doulans uppgifter är att stöda och uppmuntra den gravida kvinnan till en förlossning som kvinnan och hennes närmaste anser betydelsefull. Doulan hjälper kvinnan att få den förlossning hon önskat eller föreställt sig. Doulan kan lyssna, prata om känslor och ge uppmuntran, samt skapa trygghet. En doula kan finnas där för mamman under stora delar av graviditeten, förlossningen och även tiden efter förlossningen. Doulan kan vara avgörande faktor som stöder en god upplevelse bara genom sin närvaro för de mammor som är ensamma och i stort behov av stöd. (von Koskull & Nystén, 2011). Förr var det lätt att hitta en barnmorska som kom hem till föderskan men att det var svårare att hitta ett bra stöd. Idag finns bra stöd att få, om man så önskar. (Aktiivinen synntys, u.å.).

En doula är inte bara till hjälp på det emotionella planet, hon kan även informera anhöriga hur en förlossning kan gå till eller vad det kan innebära att vara förälder. Hon kan också hjälpa till med konkreta saker, t.ex. att ge massage eller annan beröring som mamman upplever behaglig. Doulan gör sådant som behöver göras för stunden, hon kan hämta något att dricka eller äta om mamman så önskar. Doulan hjälper dessutom andra vid förlossningen att bli mer delaktiga, t.ex. pappan. (von Koskull & Nystén, 2011).

De flesta kvinnor väljer att föda på sjukhus, men det finns ett antal kvinnor som väljer att föda hemma. De flesta kvinnor som fött hemma efter en tidigare sjukhusförlossning, säger att hemförlossningen var en mycket positiv upplevelse för både henne själv och troligtvis även för barnet. (Kitzinger, 2001).

På sjukhuset har kvinnan en patientroll och är tvungen att följa sjukhusets regler. Apparatur såsom droppställningar, elektronisk fosterövervakningsapparat eller droppräknare kan begränsa kvinnans möjligheter att röra på sig eller att inta vissa ställningar. I hemmet får kvinnan föda i bekant miljö med vänner och familj. Hon får själv bestämma hur hon vill bete sig. Möjligheten att röra på sig fritt, förbättrar kvinnans möjligheter att lindra smärta naturligt. Det gör att farmakologisk smärtlindring under öppningsskedet och utdrivningsskedet minskar och det kan göra det lättare för kvinnan att krysta. (Kitzinger, 2001).

Studier påvisar att en kvinnas förlossning blir kortare och att kvinnan föder fortare om det finns en aktiv doula på plats. Behovet av att behöva göra kejsarsnitt eller smärtlindring minskar tydligt. En föderska som har doulor som stöd vid sin förlossning har också en mycket positivare syn på förlossningen. Den positiva synen på förlossningen och graviditeten har också långsiktiga positiva effekter, enligt många nya artiklar. Efter två månader har en föderska som haft en doula vid förlossningen en bättre relation till partnern och till sitt barn, än de mammor som inte haft doula. Orsaken till detta tros vara kombinationen av det emotionella stödet och den kroppsliga beröringen. (Uvnäs-Moberg, 2004).

Studier visar att mammorna är mer öppna och mottagliga för stöd när oxytocinhalten i deras blod är hög. Då är det möjligt att kombinationen av beröring, samtal, uppmuntran, värme, massage och stödjande bemötande ökar de positiva effekterna. (Uvnäs-Moberg, 2004).

I artikeln *"Women's perceptions of their doula support"* studeras kvinnors upplevelse av att ha en doula med under förlossningen. I artikeln framkommer att kvinnorna upplevde doulan som ett bra stöd. Doulorna var inte bara ett bra stöd för kvinnorna, utan även för männen och det är intressant, för att man kanske inte tror att männen också påverkas på samma sätt som kvinnorna. Kvinnorna i studien var glada över att de fått "skräddarsydda" lösningar på olika problem som tillkommit under förlossningen. Doulan var också bra på att ge uppmuntran och skapade trygghet hos de

födande kvinnorna. I resultatet framkom även att kvinnorna fick sin önskan om hurdant stöd de ville ha, uppfylld tack vare doulan. (Koumouitzes-Douvia, & Carr, 2006).

Förlossningen och dess skeden

Detta kapitel handlar om förlossningens olika skeden. Ämnet tas med eftersom det är viktigt att förstå hur en förlossning går till och vilket sorts stöd mamman kan tänkas behöva i de olika skedena.

Öppningsskedet delas in i latent fas och aktiv fas. Den latent fasen börjar då kvinnan börjar få sammandragningar med jämna mellanrum och då livmodermunnen har öppnats 2–4 cm. Den aktiva fasen börjar när livmodermunnen har mognat tillräckligt och med hjälp av värkarna kan öppnas till 10 cm. Vid 10 cm är livmodermunnen helt öppen och fostrets huvud eller nedre del har sjunkit till bäckenets botten. (Tiitinen, 2015).

Öppningsskedet tar 12–18 timmar hos förstföderskor och 8–12 timmar hos omföderskor. Livmodermunnen öppnas ca 1 cm i timmen. Under öppningsskedet kontrollerar man föderskans blodtryck, puls och temperatur med jämna mellanrum för att veta hur föderskan mår samt fostrets hjärtljud, rörelser och fostervattnets färg för att veta hur fostret mår. (Paananen, m.fl., 2015).

Smärtorna är lindrigast vid början av öppningsskedet, då sammandragningarna är svaga. Smärtan ökar då sammandragningarna blir starkare och då livmodermunnen är ca 3 cm öppen. Smärtan är starkast vid slutet av öppningsskedet. Smärtpunkterna ligger vid magens och ryggens nedre del samt vid höften. (Paananen, m.fl., 2015).

Forskningar har visat att föderskan har behov av empati, närvaro och hjälp. Det innebär att föderskan får stöd på det språk som hon förstår, fysisk hjälp och hjälp med att föra vidare hennes önskemål till barnmorskan samt hjälp med att göra beslut. Även partnern har behov av stöd och hjälp under öppningsskedet. En barnmorska, partner, doula eller annan stödperson kan stödja föderskans inre styrkor och att lyssna på sin egen kropp. (Paananen, m.fl., 2015).

Krystningsskedet börjar då livmodermunnen har öppnats till 10 cm, när fostret har kommit tillräckligt långt ner i bäckenet och när mamman känner ett stort krystningsbehov. Krystningsskedet slutar då fostret har kommit ut ur livmodern. Krystningsskedet tar ca ½-1 timme hos förstföderskor och ca 15–30 minuter hos en omföderska. (Paananen, m.fl., 2015).

Föderskan har rätt att välja krystningsställning. Kvinnan kan t.ex. stå, ligga på sida, sitta på en förlossningsstol, luta mot sängkanten eller ligga halvsittande. Högläge har kopplats ihop med mindre upplevelser av obehag, okontrollerad smärta och kortare krystningsskede. I början av krystningsskedet krystar föderskan bara lite åt gången, så att fostret sjunker neråt i förlossningskanalen. Aktiv krystning börjar då bjudande delen tydligt trycker på mellangården, för att föderskan inte ska trötta ut sig eller krysta för tidigt. Majoriteten av föderskor känner spontant när och hur länge de ska krysta. Föderskans mimik, snabbare andningsfrekvens, högt ropande eller annat ljud, och starkt krystningsbehov tyder på att krystningsskedet har börjat. (Paananen, m.fl., 2015).

Smärtpunkterna ligger vid magens och ryggens nedre del, hela bäckenområdet, området runt yttre könsorgan och låren. Smärta upplevs starkt under krystningsskedet, men föderskans aktiva krystande minskar känslan av smärta. (Paananen, m.fl., 2015).

Stödpersonen eller partnern är viktig vid krystningsskedet. Hen har en viktig uppgift att stödja föderskans huvud och rygg, ge föderskan något att dricka, torka hennes hud med fuktiga dukar, hjälpa henne att slappna av mellan sammandragningarna, ändra krystningsställning och ge emotionellt stöd. (Paananen, m.fl., 2015).

Efterbördsskedet börjar då barnet har fötts och slutar då moderkakan och fosterhinnorna har kommit ut ur livmodern. Efterbördsskedet tar 5–30 minuter hos förstföderskor och 5–10 minuter hos omföderskor. Föderskan kan ges medicin med en injektion i muskeln eller direkt i blodet som gör att placentan lossar lättare, efterbördsskedet blir kortare och blödningsarna minskar. Efter att

placantan har kommit ut, sammandras livmodermuskeln och blodkärlens dras ihop och blödningen upphör. (Paananen, m.fl., 2015).

Förändringar hos livmoderns storlek och form, att navelsträngen glider ut under sammandragningar, slapp navelsträng och ett större blodflöde tyder på att moderkakan har lossnat. Efterbördsskedet sker ofta spontant, men t.ex. användning av oxytocin eller epiduralbedövning under förlossningen kan göra att moderkakan och fosterhinnorna fortare kommer ut. Kvinnan kan också krysta under sammandragningarna eller så kan barnmorskan lätt trycka på livmodern samtidigt som hon drar i navelsträngen. Efter att hinnorna och moderkakan har kommit ut, töms vätskorna ur livmodern genom att lätt trycka på livmoderbotten med Credes-tag. Till slut kontrollerar barnmorskan noga fosterhinnornas, moderkakans och navelsträngens vikt och utseende samt suturerar ihop möjliga rupturer och episiotomier. Barnmorskans närvaro och tillräckligt stöd har kopplats ihop med mindre bristningar i mellangården, mindre behov av episiotomier och sugkopps- och tångförlossning. (Paananen, m.fl., 2015).

Icke-medicinsk smärtlindring

Då kvinnan är gravid, kan hon delta i förlossningsförberedelsekurs. Syftet med förlossningsförberedelsen är att stärka kvinnans självförtroende och ge en realistisk och tydlig bild av förlossningen. Syftet är även att minska rädslor och spänning hos föderskan. På kursen blir kvinnan blir mer bekant med olika smärtlindringsmetoder och det hjälper henne att ställa realistiska önskemål gällande smärtlindring. Förlossnings-förberedelsekursen har konstaterats minska kvinnornas behov av smärtlindring vid förlossning. (Paananen, m.fl., 2015).

Vid en förlossning ansvarar barnmorskan för den medicinska smärtlindringen. Smärta kan också lindras på icke medicinsk väg och då talar man om icke medicinsk smärtlindring. Vid förlossning kan föderskans stödperson lindra hennes smärtor genom att delta i den icke medicinska smärtlindringen. En doula kan förutom det emotionella stödet, spela stor roll för föderskans smärtlindring genom att stöda kvinnan i att använda sig av nedan beskrivna metoder.

Genom att ta hand om kvinnans grundbehov hjälper man kvinnan att orka bättre och att klara av smärtan. Tillräcklig näring, vätska, tom urinblåsa och rena sängkläder hjälper kvinnan att slappna av, känna sig bekväm, orka och klara av förlossningen bättre. (Paananen, m.fl., 2015).

Stöda och uppmuntra ett positivt förhållningssätt

Ett positivt förhållningssätt inför förlossningen hjälper kvinnan att slappna av, vara lugn och lyssna på sin kropp. Kroppen klarar då bättre av att fungera normalt och utsöndra hormoner, t.ex. endorfin som hjälper kvinnan att slappna av och må bra. Då kvinnan är avslappnad får livmodern och fostret tillräckligt med syrerikt blod och livmodern orkar arbeta och hjälpa livmodermunnen att öppna sig. Stress och oro i sin tur orsakar att kroppen utsöndrar stresshormoner, som försämrar blodflödet till livmodern. Det orsakar att livmodern börjar krampa och orsaka smärta. Det i sin tur leder till mera stress, rädsla och smärta. (Aflatuni, 2012).

Positiv vårdrelation påverkar föderskans upplevelse av smärta. Föderskor har upplevt svårigheter att kontrollera svår smärta utan assistans. Stöd och handledning av barnmorskan är speciellt viktigt vid svår smärta. Barnmorskans ökade närvaro kan ha positiv inverkan på smärtorna hos mamman. (Paananen, m.fl., 2015).

Partner eller annan stödperson vid förberedelse och förlossning stärker kvinnans känsla av trygghet och lindrar upplevelser av smärta och rädsla. Det kan vara bra att öva på olika ställningar och avslappning tillsammans med partnern eller stödpersonen redan före förlossningen. Samarbetet vid förlossningen kan stärka relationen till partnern och det förbereder samtidigt till att ta emot barnet. Behaglig miljö t.ex. med rätt belysning, frisk luft och lugnande musik hjälper föderskan och hennes familj att trivas bättre vid förlossningen. (Paananen, m.fl., 2015).

Ställningar och rörelse under förlossningen

Ställningar och rörelser är viktiga under hela förlossningen. Upprätt ställning upplevs oftast bra och speciellt i början av förlossningen. Vid upprätt ställning trycker fostrets bjudande del på livmoderhalsen, vilket gör att den öppnas effektivare och snabbare. Ställningen upplevs även bra vid sammandragningar, eftersom livmodern kan böja sig framåt och då hjälper ställningen att minska motståndet från tyngdkraften och på så sätt minska smärtupplevelser. Oftast upplever föderskan det mest bekvämt då hon får luta sig mot något. Upprätt ställning minskar även trycket på leder, bäckenets ligament och sakralnervver vilket minskar smärtupplevelser. Genom att röra på bäckenet, t.ex. att rulla baken på en boll, gör att hela bäckenets storlek är i optimal användning, svansbenet har bättre rörelseförmåga, och mellangårdens och bäckenbottens vävnader ger efter lättare. (Paananen, m.fl., 2015).

En bra och effektiv metod som går ut på att mamman hålls i rörelse är s.k. förlossningsdans. Förlossningsdans kan utföras under hela graviditeten och mammor som dansar regelbundet under sin graviditet har oftare kortare förlossningar. Förlossningsdans är mycket effektiv under öppningskedet i förlossningen. Rörelser hjälper babyn att komma längre ner i mammans bäckenkanal och hjälper samtidigt babyn att hitta rätt position. Bebisar som bjuder vidöppet, alltså med ansiktet uppåt istället för neråt, kan hitta rätt position om mamman dansar och rör på sig mycket under öppningskedet. Tyngdkraften hjälper också till här och det kan göra att förlossningen förkortas. Förlossningsdans är bra så länge som mamman orkar stå och så länge hon tycker att det känns bra. Om man vill kan man ha musik i bakgrunden, vilket kan göra att man bättre slappnar av och att det hela känns mer naturligt. (Snow, 2016).

Att sitta i gungstol och att använda av olika stöddynor hjälper föderskan att vila och slappna av. Krypställning hjälper kvinnan att slappna av i korsryggens muskulatur och förebygger behovet av att krysta förtidigt. Liggande i sidoläge är en bra och säker ställning för avslappning även under medicinsk smärtlindring. (Paananen, m.fl., 2015).

Lugn andning hjälper mamman att slappna av, att koncentrera sig på förlossningen och smärtan lindras. Det viktigaste är att man andas som vanligt. Hyperventilering och att hålla andan kan orsaka syrebrist hos fostret. Barnmorskan och stödpersonen hjälper kvinnan att hitta rätt andningsätt. Man kan använda t.ex. musik och dofter för avslappning och som stöd för lugn andning. (Paananen, m.fl., 2015).

Musik och förlossningssång

Låg röst hjälper kvinnan att andas lugnt och att slappna av i bäckenet. Kvinnan kan sjunga, ha låga ljud vid utandning, viska eller upprepa positiva ord. Hon kan börja med att sjunga sakta med låg röst. Då verkarna blir kraftigare, kan kvinnan uttala enklare ord med högre röst. Det är inte viktigt att tänka på vad man säger, utan det är viktigt att man säger det med låg röst och undviker att säga det för högt eller med hög röst. Huvudsaken är att sången eller ljudet känns bra för kvinnan. Låga röster hjälper kvinnan att orka och slappna av under sammandragningar. (Aflatuni, 2012).

Vid förlossningssång använder kvinnan medvetet och har kontroll över sin röst. Meningen med förlossningssången är att kvinnan koncentrerat använder sin röst under sammandragningarna och på så sätt undviker att kämpa emot dem. Syftet är att kvinnan blir koncentrerad och avslappnad. Förlossningssången verkar på tre olika sett: rösten slappnar av hennes kropp, lugnar psyket och fördjupar hennes andning. Förlossningssång är även sång för fostret. Fostret kan höra föräldrarnas röst redan vid tidigt skede och på så sätt skapa en relation och växelverkan redan under graviditeten. Lugn och djup andning förbättrar syretillförseln både hos kvinnan och fostret. Ju lugnare kvinnan blir, desto bättre kontroll har hon över sin kropp. Under förlossningssången är det viktigt att kvinnan godkänner och lyssnar på sin röst. Förlossningssång kräver att man vågar visa och använda sin röst då sjukhuspersonalen och partnern är närvarande under förlossningen. Bakgrundsmusik kan göra det lättare för kvinnan att våga sjunga sin förlossningssång. Kvinnan kan redan under graviditeten göra avslappningsövningar med att lyssna på musik och sjunga. Det har även positivt inverkan vid förlossningsrädsla. (Vuori & Laitinen, 2005).

Massage, värme och kyla

Massage minskar spänning i olika muskler. Kvinnan får ofta spända muskler i axlar, extremiteter och ansiktet. Stödpersonen eller barnmorskan kan hjälpa kvinnan med beröring, smekning och tryck. Massage hjälper till att slappna av i muskler, förbättrar blodcirkulationen och stödjer förlossningens fortskridning. (Paananen, m.fl., 2015)

Man kan även använda sig av olika hjälpmedel, t.ex. guasha-kam. Guasha är en typ av massage. Vid guasha "kammar" man sjuka och spända områden med en speciell guasha-kam. Man kan även använda t.ex. ett burklock. Stödpersonen eller barnmorskan "kammar" det sjuka området, oftast nedre ryggen. Huden blir röd och till och med blåaktig, men det är inte farligt. Guasha pågår så länge som det känns bra för kvinnan. Om kvinnan inte längre mår bra av guasha, kan stödpersonen eller barnmorskan fortsätta massera området med händerna. (Aflatuni, 2012).

Varmt vatten hjälper kroppen och musklerna att slappna av under sammandragningar, t.ex. i badkar eller i dusch. Avslappning gör i sin tur att livmodermunnen öppnas snabbare. Vattnet minskar behovet av medicinsk smärtlindring och upplevs ofta som väldigt positivt. Temperaturen i vattnet borde vara behagligt för föderskan men inte över 37 grader. För varmt ökar risken för hypertermi och kan leda till syrebrist hos fostret. (Paananen, m.fl., 2015).

Värme hjälper att minska smärta och spänningsskänsla i ryggen, magen, ljumskarna och mellangården. Värme kan ges med vetedynor, handdukar doppade i varmt vatten, geldynor, varmvattenflaskor eller värmefiltar. (Aflatuni, 2012).

Kyla kan kännas tillfriskande och skönt under förlossningen, speciellt om kvinnan har varmt och svettas t.ex. under krystningsskedet. Kyla kan ges med en påse fyllda med isbitar, en flaska fylld med kallt vatten, kylpåsar eller med en handduk doppad i kallt vatten. Kyla kan kännas bra vid bröstet, ryggen och ansiktet. (Aflatuni, 2012).

Sterila kvaddlar, akupunktur, akupressur och zonterapi

Vid sterila kvaddlar injicerar barnmorskan sterilt vatten i huden eller i underhuds fettet vid de känsligaste smärtpunkterna på ryggen och/eller magen. Sterilt vatten injiceras antingen intrakutant eller subkutant, vilket gör att det sker irritation på ett lokalt område. Injektionen orsakar en kraftig getingstickliknande smärta i 20–30 sekunder. Sedan minskar smärtan vid injiceringsstället och har en smärtlindrande effekt 1–1½ timme eller till och med längre tid. Fördelen med sterila kvaddlar är att de kan ges i alla skeden och flera gånger under förlossningen om föderskan vill. Sterila kvaddlar har inte konstaterats ha negativa effekter på fostrets mående. Det är ett billigt, lätt och enkelt sätt att lindra smärta vid förlossningen. (Paananen, m.fl., 2015).

Akupunktur kan ges av de som har utbildning. Det är även tillåtet för personer utanför sjukvården. Vid akupunktur sticks ett antal tunna, sterila nålar i muskler, senor eller bindväv. Då behandlaren rör på nålarna, orsakar de en pirrande och tryckande känsla. En del av nålarna sätts vid ställen där det gör ont och en del vid ett smärtfritt område t.ex. vid huvudet, fötterna eller händerna. Nålarna kan också värmas, men det är inte nödvändigt. Nålarna sitter vanligen kvar från 20 till 30 minuter. (Vogel, 2015).

Akupunktur gör att muskler slappnar av och hindrar smärtimpulsen att nå till hjärnan. Det gör även att kroppen utsöndrar endorfin, vilket har en lugnande och smärtlindrande effekt samt ökar välbefinnandet. Akupunktur används även för att minska illamående eller för att förstärka värkarna, för att få ut moderkakan och för att underlätta amningen. Akupunktur har bäst effekt vid tidiga öppningsskedet och då värkarna har börjat. Nålarna kan bytas ut eller kompletteras vid ett senare skede. Behandlaren kan flytta på nålarna om smärtan flyttar sig. Akupunktur ger inga biverkningar. (Åkerman, 2013).

Akupressur är en form av massage som utförs av en utbildad person. Akupressur handlar om att en terapeut trycker på olika punkter som kan kopplas till smärtans lokalisering. Akupressur har många olika användningsområden och kan även hjälpa olika sjukdomstillstånd. Framför allt kan metoden lindra smärta. Vid förlossningssmärta kan denna metod vara en bra smärtlindring om

terapeuten är skicklig och om metoden fungerar bra på patienten. Denna metods effekt är dock inte vetenskapligt bevisad, även om den hjälpt många människor. (Kroppsterapeuternas Yrkesförbund, u.å.).

Zonterapi aktiverar och stöder kroppens egen läkningsprocess. Kroppen är indelad i sex olika elementområden, zoner. På varje elementområde finns det olika reflexpunkter som har inverkan på olika delar av kroppen och dess funktioner. Vid zonterapi masserar och trycker man på dessa punkter för att få en viss funktion på en viss kroppsdel. Vanligaste punkterna är i fötterna och öronen. Syftet med zonterapi är att få en balans i människans kropp och själ. Lyckad zonterapi kräver att även människans levnadsvanor är i rätt balans, dvs. kost, motion, stress och andra grundbehov. Zonterapi är avslappnande, uppfriskande och smärtlindrande. Zonterapi ger också förbättrad blodcirkulation, ämnesomsättning, andning, immunförsvar och ökar hormonproduktionen. Zonterapi kan orsaka eller läka symptom även på smygande sjukdomar. Zonterapi används bland annat vid olika värtillstånd, sömnstörningar, panikångest, allergier, barnlöshet och andra gynekologiska besvär, kolikbesvär och tarmbesvär. Kontraindikationer för zonterapi kan vara till exempel tumörer eller kärlsjukdomar. (Wirén, 2010).

Transkutan elektrisk nervstimulering

TENS är annan smärtlindringsmetod. TENS är en förkortning på transkutan elektrisk nervstimulering. Metoden kan användas vid långvariga eller akuta smärtor, t.ex. vid förlossning eller vid svår muskelsmärta. Nerverna under huden stimuleras av elektriciteten och då aktiveras kroppens eget smärtlindringssystem. Tens lindrar bara smärtsymtomen, inte orsaken till smärtan. Man bör kontakta läkare för att utreda varför man har smärta, för att få utföra tens. Tens verkar genom att blockera nerver eller genom att stimulera nerver som gör att kroppen själv börjar producera endorfiner som gör att smärtan minskar. (Arhammar, 2016).

Tens görs genom att man kopplar en del elektroder över eller på det område där smärtan är lokaliserad. Elektrodena kopplas till en dosa som ger de elektriska impulserna. Hos en gravid kvinna kan tens användas hemma, och passar bra för första skedet av värkarbetet, alltså i början av förlossningen. Man kan även ha den en bit längre in på förlossningen om det känns bra. (Arhammar, 2016).

Homeopatiska läkemedel

Det finns också s.k. homeopatisk smärtlindring. Homeopatiska läkemedel kommer från naturen, dvs. växter, mineraler, metaller eller djurriket. Homeopatiska läkemedel orsakar inte beroende eller biverkningar. Eftersom alla homeopatiska läkemedel är potenserade, finns det inga risker för överdosering. Det hör till, att endast ett homeopatiskt läkemedel används samtidigt. Vid akuta fall kan läkemedlet bytas ut, om det inte verkar på önskat sätt. Homeopatiskt läkemedel (t.ex. pulver) bör sättas på tungan och låta sugas upp. Läkemedlet ska inte tas i samband med mat eller dryck. Man bör även undvika att röka eller tvätta tänderna efter intagning. Medicinering mot kroniska sjukdomar fortsätter enligt ordination. Homeopatiska läkemedel kan användas för att förbereda livmodern för sammandragningar och förlossning samt att sätta igång förlossningen. De kan även användas vid felaktiga fosterställningar. En homeopat bör konsulteras före förlossning. (Lauréus, 2015).

Exempel på homeopatiska läkemedel och dess verkan: *Aconitum* mot rädslor under förlossningen, *Arnica* som försnabbar återhämtning efter kejsarsnitt, episiotomier, rupturer och infektioner, *Caulophyllum* vid krampande smärta eller långdragen förlossning, samt *Lac caninum* vid otillräcklig eller ingen mjölkproduktion. Det finns dock inga vetenskapliga studier som visar att homeopati fungerar. (Lauréus, 2015).

Hemförlossning

”Om förlossningen sker hemma, bör du i tid draga försorg om att i hemmet finns nödig hjälp. Vid förlossningen behöver du barnmorska, men därtill även en person, som vårdar dig, dina barn samt hemmet under tiden efter förlossningen, ty denna tid bör du vara befriad från alla andra plikter utom dem du har mot ditt nyfödda barn och dig själv.” (Jalas, u.å., s. 6).

Detta är ett citat ur boken *Till en mor*, från 1950-talet. Citatet handlar om hemförlossning och beskriver vilka personer som man behöver, en barnmorska och en som vårdar föderskan, barnen och hemmet. Idag kan man tänka sig att den här personen är doulan. Hon hjälper till med det som behövs. (Jalas, u.å.).

Antalet hemförlossningar har ökat under de senaste 20 åren. I Finland var år 1990 antalet planerade hemförlossningar 11 och år 2012 hade siffran stigit till 18. För första gången har instruktioner för hemförlossningar även tagits med i Äitiysneuvolaopas (THL). Trots detta kan man säga att hemförlossningar är ovanliga i Finland. År 2013 föddes strax över 30 barn med planerad hemförlossning i Finland. (Pouta, m.fl. 2015). År 2014 var 29 förlossningar planerade i hemmet. År 2015 var 46 av alla förlossningar planerade hemförlossningar i Finland. (Institutet för hälsa och välfärd, 2016). Hemförlossning är vanligare i andra länder i Norden. I Finland och Sverige rekommenderar man sjukhusförlossning medan man i en del länder, t.ex. Storbritannien, rekommenderar hemförlossning för lågriskföderskor (Paananen, m.fl., 2015). Vid ungefär 12 % av alla hemförlossningar måste föderskorna eller den nyfödda förflyttas till sjukhus. (Pouta, m.fl. 2015).

Vid en hemförlossning föder kvinnan alltså i sitt eget hem, med en yrkesperson inom vården, t.ex. en barnmorska eller läkare. Planeringen börjar redan under graviditeten och det är familjen själv som ansvarar för planeringen. Det rekommenderas att föderskan är en lågriskföderska.

En lågriskföderska är en frisk kvinna som väntar en enkelbörd och att fostret ligger i hjässbjudning. Graviditeten bör också ha framskridit normalt och kvinnan ska inte vara streptokockantigen B-positiv. Föderskan ska heller inte ha genomgått kejsarsnitt eller haft sugklocka vid en tidigare förlossning. Graviditeten ska vara fullgången, men inte överburen, dvs. över 37 veckor men inte längre än 41 veckor och 6 dagar. (Pouta, m.fl. 2015).

De forskningsresultat som finns om hemförlossningens säkerhet är mycket tudelade. Dödsrisken är lika stor för lågriskföderskor både vid sjukhuset och vid förlossningar utanför sjukhuset. Risken för neonatal död hos barnet är också lika stor. Men en skillnad som märks är att barn som föds i hemmet löper större risk för låga Apgar-poäng och därmed en ökad risk för perinatal eller neonatal dödlighet. Vid hemförlossning har man alltid en plan för hur en snabb transport till sjukhuset kan förverkligas, eftersom en lågriskförlossning oväntat kan bli en högriskförlossning. Man rekommenderar att transporten ska ta mindre än tjugo minuter. Föderskor kan vara i behov av sjukvård, t.ex. vid svaga hjärtljud och kejsarsnitt eller andra situationer där det krävs akut vård och mammans och/eller barnets liv är i fara. Vid behov av akuta tjänster kontaktas det allmänna nödnumret 112. (Pouta, m.fl. 2015).

Orsaker till att kvinnor väljer att föda hemma är bl.a. att deras självbestämmanderätt förverkligas bättre, att förlossningshändelsen blir mer naturlig, att hemmiljön är viktig och att hela familjen kan delta i förlossningen. Även tidigare negativa förlossningsupplevelser på sjukhus kan motivera dem att föda hemma. (Paananen, m.fl., 2015).

Världshälsoorganisationen (WHO) betonar kvinnans självbestämmanderätt och därmed hennes rätt att bestämma var hon vill föda. Handbok för mödrarådgivningen (2013) ger en

rekommendation på nationell nivå för att kunna skapa bästa möjliga förutsättningar för en trygg förlossning för klienter som planerar en hemförlossning. (Paananen, m.fl., 2015).

Det finns orsaker till att familjen och barnmorskan kommer överens om det juridiska ansvaret gällande hemförlossningen. Enligt Handbok för mödrarådgivningen (2013) rekommenderar man att parterna emellan skriver ett kontrakt gällande hemförlossning. Kontraktet eliminerar inte sjukvårdspersonalens lagstadgade ansvar, men det kan stärka barnmorskan rättskydd i de situationer där parterna har olika åsikter, om familjen har varit medveten om möjliga risker vid hemförlossning. (Paananen, m.fl., 2015).

Efter förlossningen meddelar barnmorskan direkt barnets födelseinformation till magistraten. Att barnet har fötts meddelas till befolkningsregistret senast nästa vardag. Barnmorskan skickar anmälan om barnets födelse även till THL (Institutet för hälsa och välfärd). (Paananen, m.fl., 2015).

Efter förlossningen bör barnet genomgå ett screeningtest för syremättnad i blodet. Det görs när barnet är ca 2 timmar gammalt och det mäts från foten på barnet. Syremättnaden bör överstiga 95 %, och om det är mindre än 95 % kontaktas förlossningssjukhuset. Om barnet är blåaktigt tyder det på syrebrist. Den yrkesutbildade personen/personerna undersöker barnet och bedömer barnets mående. Andning, näringsintag och utsöndring kontrolleras de första dygnet fram till att barnläkaren gjort en granskning. (Pouta, m.fl., 2015).

Den som ansvarar för förlossningen tar ett tyreotropin-prov (TSH) från navelserum på barnet. Det är ett screeningtest för hypotyreos hos nyfödda. Om mamman är Rh-negativ ska barnmorskan också ta blodgruppsprov och Rh-prov som tas ur navelblodet. Barnmorskan ansvarar för att alla prov hanteras rätt och att de skickas iväg för att granskas. Om ett barn till en Rh-negativ mamma konstaterats vara Rh-positivt måste mamman få anti-D-immunoglobulin inom 72 timmar efter förlossningen. Barnmorskan ser till att barnets blodgruppsvar fås tillräckligt snabbt och att immunoglobulin anskaffas och att mamman får det i god tid. Ju tidigare mamman får det, desto bättre skyddas hon. (Pouta, m.fl., 2015).

Den journal som skrivs i samband med hemförlossning skrivs av den/de yrkesutbildade som närvarar vid förlossningen. De anteckningar som förs behövs för att tillhandahålla, planera, genomföra och för att följa upp vården av patienten. Den plan som föderskan har, meddelas till förlossningssjukhuset och för det krävs föderskans samtycke. De anteckningar som skrivs vid hemförlossningen betraktas som anteckningar inom privat hälso- och sjukvård och baserar sig på lagen om privat sjukvård. (Pouta, m.fl., 2015).

Förlossningskomplikationer vid hemförlossning

De förlossningskomplikationer som kan kräva omedelbar akutvård är navelsträngsprolaps, avlossning av moderkakan, postpartum-blödning, skador på ändtarmsmuskeln och disproportion mellan fostret och bäckenet. Det finns även många andra komplikationer, men eftersom man måste vara lågriskföderska för att få föda hemma har flera möjliga komplikationer utelutits i ett tidigt skede. (Kaplan, 2009).

Risken för navelsträngsprolaps finns vid alla förlossningar där barnets huvud ännu inte är fixerat vid bäckeningången och hinnorna brister. Det är vanligare vid prematura förlossningar, multiparitet, polyhydramnios (fostervattnet > 1500–2000 ml), om barnet väger mindre än 2500 g, vid flerfödslar och när placentan ligger långt ner i livmodern. (Kaplan, 2009).

Det finns tre varianter av navelsträngsprolaps. Föreliggande navelsträng betyder att navelsträngen fallit ner framför den bjudande delen, men att hinnorna fortfarande är hela. Man kan känna navelsträngen som pulserar innanför hinnorna vid en vaginal undersökning. Framfallen navelsträng innebär att navelsträngen fallit ner som vid föreliggande navelsträng, men att hinnorna brustit. Navelsträngen kan falla neråt och man kan se den i vulva eller vid vaginal undersökning. Ockult navelsträngsframfall innebär att navelsträngen är i kläm mellan mjukdelarna i bäckenkanalen och den bjudande fosterdelen. Detta tillstånd kan inte diagnostiseras vid vaginal undersökning, men man kan be kvinnan ändra ställning och då kan man se om tillklämningen av

navelsträngen ökar eller minskar om man samtidigt följer med fostrets hjärtljud. Vid navelsträngsframfall är det bra om en förlossningsläkare kan vara närvarande och försöker göra det möjligt för kvinnan att föda vaginalt, men om det inte går måste akut kejsarsnitt genomföras. (Kaplan, 2009).

Avlossning av moderkakan, *ablatio placentae* eller *abruptio placentae*, betyder att moderkakan lossnar delvis eller helt innan barnet är fött. Detta kan ske under förlossningen eller under den senare delen av graviditeten och enligt statistik förekommer det vid 0,5 % av alla förlossningar. Det förekommer lika ofta hos förstföderskor som hos omföderskor. Risken är större om man tidigare haft avlossning. Man känner inte till orsaken, men kan förekomma hos kvinnor som har hypertoni, hos äldre kvinnor, hos kvinnor som röker och hos kvinnor med preeklampsi (havandeskapsförgiftning). I 90 % av fallen är avlossningen lindrig och det innebär att moderkakan lossnat på bara ett litet område. I medelsvåra fall har den lossnat i 1/3–1/2 av området. Avlossningen är ofta central, dvs. att blödningen är innesluten mellan placentan och livmoderväggen. Kvinnan kan känna en ihållande lokal smärta i livmodern. Tillståndet kräver sjukhusvård. Vid svåra fall har mer än halva moderkakan lossnat och då är blödningen både innesluten och öppen så att blod också rinner ut. Kvinnan kan hamna i chock och koagulationsrubbnings kan uppstå och allmäntillståndet påverkas. Barnet är ofta redan dött om tillståndet går såhär långt. Förhoppningsvis har man redan tidigare tagit sig till sjukhuset och vidtagit åtgärder. Viktigt att komma ihåg att alla blödningar och symtom som liknar symtom vid föreliggande moderkaka, ska behandlas som föreliggande moderkaka innan man har hittat rätt diagnos. Därför är det viktigt att man uppsöker sjukhuset redan vid misstanke om en komplikation. (Kaplan, 2009).

Vid en postpartum-blödning är det viktigt att man kan avgöra om den är riklig och onormal eller om den är normal. Vid en normal förlossning får kvinnan blöda högst 1000 ml blod. Det kan vara svårt att uppskatta, men om det rinner rikligt med klart blod ur vagina bör man kontakta sjukhuset och kvinnan bör akut föras dit för att få adekvat vård. Där identifierar man blödningskällan så snabbt som möjligt och gör vårdåtgärder. En orsak kan vara att det finns urin i urinblåsan som förhindrar livmodern att sammandras och då kan det hjälpa om urinblåsan töms. (Kaplan, 2009).

Det kan också uppstå skador på kvinnans ändtarmsmuskel, men det är ovanligt. Oftast hinner man utföra en episiotomi och klipper upp slidöppningen. Ändtarmsmuskeln kan skadas om barnets huvud är stort och trycker på mellangården och om barnmorskan inte hinner stöda mellangården tillräckligt. Då behöver mamman sys av en läkare och då behöver hon uppsöka sjukhuset, eftersom dessa skador oftast behandlas i en operationssal. (Åkerman, 2013).

Det kan även uppstå en komplikation om mammans bäcken är för trångt för att fostret ska kunna födas vaginalt. Bäckenförträngning innebär att mammans bäckenmått är under det normala, men bäckenträngsel betyder att det finns en disproportion mellan mammans bäcken och fostret. Bäckenträngsel har inte direkt med måtten att göra, utan det beror på andra orsaker, t.ex. fostermisbildning. Om det finns orsak till att misstänka bäckenförträngning bör man genomföra röntgen av bäckenet. I en del situationer kan det hjälpa att ta en sugklocka till hjälp. Om barnets huvud inte följer vid dragningarna, görs akutkejsarsnitt. (Kaplan, 2009).

Studier om hemförlossningar

Det har gjorts många studier om hemförlossning kontra sjukhusförlossning och resultaten av forskningen är tudelade. En del studier visar att hemförlossningar är bra både för mamman och barnet och att det inte är högre risk för komplikationer, men andra studier visar att det är riskfyllt att föda hemma. (Ashley & Weaver, 2012).

En artikel skriven av Ashley och Weaver (2012) ger exempel på kvinnors upplevelse av att föda hemma. Artikeln handlar om de faktorer som spelar roll i kvinnans beslut om att ha fött hemma. En del av dem ansåg att hemförlossning var osäkert, men största delen av dem föredrog att föda hemma. Alla hemförlossningar i studien var planerade. Alla oplanerade hemförlossningar

exkluderades. I texten har man skrivit citat av de olika mammorna. De mammor som föredrog att föda hemma sade bl.a.

"Yes, it was so lovely. I couldn't explain it any more than it was so nice to be in your own environment, to not stress about anything."¹

De mammor som också fött ett barn hemma, men inte upplevde det som positivt sade bl.a.:

"I definitely had, wherever they have come from, my mum or society, I definitely had these deep-grained ideas about it's safer in hospital, it's not safe to be at home."²

En av mammorna var väldigt osäker på sitt beslut. Hon valde att föda hemma, men visste inte om hon gjort rätt val. Det kan bero på de tudelade forskningarna som gjorts. Hon sade:

"When we were told the midwife was on her way, I did have a moment of what if I made the wrong decision this is it now, what if I've made the wrong decision I'll never forgive myself, so I did have a few moments...I just hoped I've made the right decision."³

Enligt forskningarna finns det lågriskfödelskor och högriskfödelskor och det är lågriskfödelskorna som skulle kunna föda hemma, utan problem. I en artikel skriven av Keirse och Buekens (2012), framkommer det att det är säkert att föda hemma, men först med andra barnet. Det står i artikeln att man inte ska uppmuntra förstfödelskor att föda hemma. När man berättar om risker och dylikt kan mamman bli avskräckt och inte heller våga föda andra barnet hemma. Därför är det viktigt med mycket information om risker och varför man kan och inte kan föda hemma. I denna studie fanns dock en del svagheter. Kvinnorna var från samma ort och hade fått samma mödravård, samt att de inte medvetet valt att föda hemma, dvs. förlossningen var för långt gånge så att det inte fanns tillräckligt med tid att åka till sjukhuset. Det kan vara en orsak till att förlossningarna gick fort och smidigt.

I en artikel skriven av Snowden m.fl. (2015) undersöktes risker och resultat vid planerade sjukhusförlossningar och förlossningar utanför sjukhuset (hemförlossningar och förlossningar vid privata hemliknande förlossningsanstalter) hos modern, fostret, nyfödda och barnet under första levnadsåret. Planerade förlossningar utanför sjukhuset kopplades ihop med större risk för perinatal dödlighet, lägre Apgar-poäng efter 5 minuter och behov av blodtransfusion hos modern. Hemförlossningar kopplades ihop med naturlig vaginal förlossning utan assistans och obstetriskt ingripande (t.ex. kejsarsnitt) och mindre behov av neonatal intensivvård.

Vid en kanadensisk studie skriven av Hutton (2009) kopplades hemförlossning även ihop med mindre behov av medicinsk smärtlindring, lägre födelsevikt och högre antal ammande mammor. Studien visade även att riskerna för bl.a. episiotomi och kejsarsnitt var högre hos förstfödelskor vid både hem- och sjukhusförlossningar. Antalet kvinnor som ammade barnet var på samma nivå vid både hem- och sjukhusförlossningar, men antalet ammande mammor var betydligt högre hos omfödelskor.

Utgående från ovanstående studier kan man säga att resultatet inte är entydigt. En del studier visar att hemförlossningar är tryggare än sjukhusförlossningar och vice versa. Det är svårt att avgöra vilken mamma som är lågriskfödelska och högriskfödelska, eftersom en lågriskfödelska snabbt kan bli en högriskfödelska. För vissa mammor kan en hemförlossning gå hur bra som helst, medan en hemförlossning för en annan mamma kan sluta i katastrof. Alla mammor är individuella och man kan inte jämföra dem med varandra.

¹ "Ja, det var så härligt. Jag kan inte förklara det bättre än att det var så härligt att vara i sin hemmiljö och inte stressa över någonting."

² "Jag hade definitivt, varifrån de kom, mamma eller samhället, jag hade definitivt djupa tankar om att det är säkrare på sjukhuset, det är inte säkert att vara hemma."

³ "När vi fick veta att barnmorskan var på väg, kände jag för en stund att detta kanske var fel beslut, att om jag gjort fel beslut kommer jag aldrig att kunna förlåta mig själv, så jag tvivlade en stund...Jag bara hoppades att jag gjort rätt beslut."

Teoretisk utgångspunkt för studien

I vårt arbete använder vi oss av Fahys, Foureur och Hasties vårdteori "*The theory of birth territory*". Teorin handlar om förlossningens miljö, vem som har makt och kontroll, samt hur förlossningen upplevs av kvinnan själv, både fysiskt och psykiskt. (Fahy, 2008).

Skribenterna har valt denna teori eftersom den handlar om förlossningsmiljön. Miljön och vem som närvarar vid förlossningen, samt att kvinnan får bestämma mycket själv, är de centrala faktorerna i hemförlossning. Om kvinnan är nöjd med miljön, kan hon bättre slappna av och förlossningen kan gå bättre. Känner sig kvinnan osäker och har tankarna på andra saker i miljön, som stör henne, blir förlossningen kanske fördröjd eller upplevs på ett mer negativt sätt.

I teorin finns en del centrala begrepp. 'Terrain', som betyder terräng eller miljö motsvarar miljön där förlossningen äger rum. 'Jurisdiction', som kan översättas som makthavande, handlar om vem som har kontrollen. Under begreppet 'terrain' finns två andra begrepp. 'Sanctum' som är motsatsen till 'surveillance room'. 'Sanctum' beskriver förlossningsplatsen som "helig" eller som en "fristad", medan 'surveillance room' är "övervakningsrummet". (Fahy, 2008).

'Sanctum' förknippas med en lugn hemmiljö, där kvinnan lätt har tillgång till toaletten, badkar eller att gå utomhus. Ju mer bekant och hemlik miljö, desto tryggare och bättre mår den födande kvinnan. 'Surveillance room' är förknippat med förlossningsmiljön på ett sjukhus. Där finns övervakningsapparater och miljön är anpassat för att underlätta arbetet för personalen och att det centrala i miljön är sängen. Kvinnan har möjlighet att gå ut ur rummet, men kan inte kontrollera vem som kommer in. Hon kanske inte heller har något fönster med utsikt, som hon kan titta ut genom. Kvinnan har inte nödvändigtvis tillgång till badkar. (Fahy, 2008).

I hemförlossningar är det kvinnan som har mest möjlighet att påverka och har den största makten, t.ex. var hon vill föda, vem som är med eller hur det ska gå till. I hemförlossningar kommer födelseplatsen att vara hemmiljön för föderskorna. (Fahy, 2008).

Metod

Vi har valt att göra en kvalitativ studie, för att vi vill arbeta med information om upplevelser och hur olika personer beskriver motsvarande tema. Vi har valt att genomföra intervjuer med doulor som informanter. Skribenterna anser att det är till fördel att kunna sitta och diskutera och eventuellt ställa följdfrågor. Studien är empirisk studie, eftersom vi syftar till att få information om verkligheten. Vi anser att en kvalitativ studie är mycket mer intressant än en kvantitativ, eftersom olika människor upplever saker på olika sätt, och vi vill se den enskilda individen och dess personliga information.

Datansamlingsmetod

Intervju som datansamlingsmetod i en kvalitativ studie lämpar sig bra för att förstå och sätta sig in i olika fenomen eller situationer. Den som deltar i intervjun ger information om ett visst tema, ur eget perspektiv. I en intervju kan deltagaren berätta om egna erfarenheter och därmed ge forskaren en bättre förståelse om en viss sak. I denna studie kommer semistrukturerad intervju att användas som datansamlingsmetod. Semistrukturerad intervju betyder att skribenterna i förväg har gjort färdiga intervjufrågor, men det finns också utrymme för eventuella följdfrågor eller diskussion utöver intervjufrågorna. (Henricson, 2012).

Vi har valt semistrukturerade intervjuer, eftersom vi vill kunna ställa följdfrågor vid behov och vi strävar till att få information om samma ämne från alla deltagare. Intervjun kan ses som en slags "diskussion". Vi har som utgångspunkt att intervjua ca fem doulor. Vi intervjuar doulor för att få information om deras roll inom hemförlossningar idag. Det spelar ingen roll hur gamla, unga eller erfarna doulorna är, eftersom begreppet doula är relativt nytt. Våra kriterier är att doulorna har varit med på åtminstone en hemförlossning och att de antingen är svensk- eller finskspråkiga och

att de härstammar från Finland. Doulorna ska helst vara från Finland, eftersom vi med stor sannolikhet kommer att arbeta i Finland i framtiden och komma i kontakt med fenomenet här. Vi strävar efter att få kunskap om hur det hela fungerar i vårt hemland. Vi vill ha finländska informanter också för att förlossningskulturen skiljer sig något från andra länder. Intervjuguiden finns som bilaga 1.

Urval

I en kvalitativ studie med intervju som datainsamlingsmetod är valet av deltagare av stor betydelse. Studien är ofta koncentrerad på ett visst ämne, vilket gör att det möjliga samplet är litet. Valet påverkas av själva syftet för studien. I denna studie är syftet att ta reda på hurdan roll en doula har vid hemförlossning och därför kan våra informanter bara vara doulor som deltagit i hemförlossningar. (Henricson, 2012).

Skribenterna skickade e-mail till flera doulor, efter att vi haft kontakt med Folkhälsan i Finland. Vi fick svar från fem doulor. Efter att vi genomfört dessa fem intervjuer, fick vi ännu fler svar, men vi tog beslutet att bara ha de fem doulor vi redan intervjuat. Vi ansåg att materialet vi fått var tillräckligt för att få ett heltäckande resultat.

Vi valde de fem första informanterna som svarade att de ville delta, eftersom vi skickade e-mail bara till dem som redan uppfyllt våra krav. Det var svårt att få informanter i början, men efter en tid fick vi flera svar.

Etiska överväganden

Etiken är en viktig och nödvändig del av en studie. Etiken handlar om människans integritet, värde och självbestämmanderätt. En studie styrs av etiken och den är essentiell för att man vill undvika att någon känner sig utnyttjad, sårad eller skadad. Etiken är alla de överväganden forskare gör före och under tiden man genomför en studie. (Henricson, 2012).

Etiska principer kan ses som principer som man följer för att öka säkerheten, välbefinnandet och rättigheterna för de som deltar i studier. Principerna baserar sig på lagar och det centrala är att man genom forskningarna skyddar människan och respekterar människans värde, förhindrar kränkning av integriteten, respekterar människans egna beslut och att man väger fördelarna mot nackdelarna med studien. (Henricson, 2012).

När man genomför en intervju är relationen mellan deltagaren och skribenten mer intim än vid t.ex. enkäter. Intervju kan ses som en metod som används för att komma närmare informanten. Den nära relationen kan göra att risker uppstår. Det kan vara t.ex. att deltagaren svarar det som hen tror att intervjuaren vill höra eller att deltagaren känner sig maktlös och att det hela känns påtvingat. Om studien handlar om känsliga ämnen, kan den som svarar uppleva detta negativt och det kan uppstå obekväma situationer. (Henricson, 2012).

Vi beaktar konfidentialitet, vilket i praktiken betyder att vi ser till att våra informanters känsliga och personliga uppgifter bevaras. Oredlighet är ett annat begrepp som handlar om att inte använda fakta på fel sätt, manipulera text, förfälska, kopiera eller förvränga text och resultat. (Henricson, 2012).

Ett konkret exempel på hur en etisk princip kan fungera, är att man som forskare alltid vid genomförande av intervjuer utför en process som kallas informerat samtycke. Samtycket handlar om att värna om deltagarna och deras självbestämmanderätt. Ett informerat samtycke innehåller tre viktiga delar. Forskaren gör ett informationsbrev som deltagaren får läsa igenom. På pappret ska finnas information om studien och deltagaren ska få betänketid för att sedan fatta ett beslut om det vill delta eller inte. Om de väljer att delta, ska det beslutet inte kännas påtvingat, utan om de väljer att delta ska de göra det bara för att de själva vill. Det ska alltså vara frivilligt. Deltagarna har också rätt att avsluta intervjun när som helst, utan att behöva ha en motivering. (Henricson, 2012).

Skribenterna förverkligar samtyckesprocessen genom att göra ett informationsbrev om studien. På pappret finns information om vad som studeras, syftet med studien och information om deltagarnas rättigheter. Vi har även muntligt informerat om detta och diskuterat med informanterna. (Henricson, 2012).

Intervjuerna genomfördes i lugna miljöer där informanten inte blev störd eller påverkad av omgivningen. Om informanten känner sig utsatt, kan det påverka vad hen säger och det påverkar resultatet och pålitligheten i studien. Vi har strävat efter att få den optimala miljön för intervju. Vi har hållit intervjuerna så konfidentiella som möjligt. (Henricson, 2012).

Eftersom vi har planerat att genomföra intervjuer och analyserar dem med kvalitativ innehållsanalys, behöver vi ett transkriberat material. För att få ett ordagrant material är vi tvungna att banda in våra intervjuer, för att sedan skriva ner dem. Vi bad om informantens tillåtelse att banda in intervjun. Vi använde våra mobiltelefoner för att banda in. Efter intervjun skrev vi transkriberingen ordagrant på våra egna datorer. Informanten har rätt att inte bli bandad, och i så fall skulle man bli tvungen att skriva upp intervjun så ordagrant som möjligt direkt på datorn. Efter att transkriberingarna gjordes på datorn, raderade vi de bandade intervjuerna från mobiltelefonen vi använt. Dokumenten med de transkriberade intervjuerna på våra datorer raderades efter att slutresultatet och diskussionen skrivits. (Henricson, 2012).

Intervjuerna var planerade att ta ca 30–45 minuter, vilket vi också har skrivit i vårt informationsbrev så att informanterna ska få avgöra om de tycker att det är för lång tid och för att det ska underlätta för planeringen av tidpunkt för intervju. Vi vill inte att intervjun ska vara för kort och heller inte för lång, eftersom vi vill ha tillräckligt med material samtidigt som vi vill öka chanserna att få svar av önskat antal deltagare. (Henricson, 2012).

Vi sparade informanternas uppgifter på ett skilt ställe på datorn och varje informant fick en kod, som användes i transkriberingen istället för informantens namn, t.ex. X₁=Anna, X₂=Lisa osv. Allt material vi använde sparades på en personlig dator eller på skolans dator på ett personligt konto, som skyddades med ett hemligt lösenord. Informanternas kontaktuppgifter lagrades också på ett säkert sätt och på ett enskilt ställe på datorn. (Henricson, 2012).

Kvalitativ innehållsanalys

Kvalitativ innehållsanalys fungerar bra i studier där man vill ha information om människors erfarenheter, språk eller kommunikation, eller information om vissa grupper, personer eller organisationer eller händelser. Innehållsanalysen passar även bra i studier där intresset ligger på personliga erfarenheter och det är därför den här metoden har valts som analysform i den här studien. (Henricson, 2012).

Kvalitativ innehållsanalys innefattar en hel del termer och begrepp som är väsentliga för analysen. 'Domän' är ett begrepp som kan vara en del av analysen och samtidigt en del i en fråga. Det kan vara t.ex. "vården hemma" och "vården på sjukhuset". Dessa domäner kan vara bra att använda i analysdelen. 'Meningsenhet' är ett antal ord som alla har gemensamma budskap och detta betyder att texten kan delas in i meningsenheter och på så vis bli "mindre". (Henricson, 2012).

I vår studie har vi utgått från de transkriberade intervjuerna. Vi har först läst igenom dem och begrundat vårt material. För att hitta det viktiga i dem har vi färgat de meningsenheter som svarat på våra frågeställningar. Efter att vi hittat svaren på frågeställningarna klippte vi ut alla meningar och började tillsammans hitta meningar som hörde ihop och försökte hitta ett mönster.

Man kan 'koda' meningsenheterna för att lättare kunna sortera dem. När man hittat några meningsenheter som kan kopplas till samma kod, kan de bilda en 'kategori'. Flera kategorier som har något gemensamt bildar till slut ett övergripande tema. (Henricson, 2012).

Vi hittade flera koder. Koderna som vi hittade kunde vi sedan organisera till olika kategorier, vilka vi också funderat ut. Koderna är i resultatet beskrivna under varje kategori. Resultatet presenterar vi utgående från kategorierna. Kategorierna kan man sedan sätta under vårt tema, dvs. Doulans roll vid hemförlösning.

Resultat

Fem finländska doulor som alla deltagit i minst en hemförlossning utgör våra informanter för studien. I vårt resultat framkom en bred och tydlig bild av doulans roll vid hemförlossningar. Som övergripande tema har vi valt "Doulans roll vid hemförlossning", vilket vi enligt syftet i studien vill beskriva. Utgående från vårt material har vi valt att dela in det temat i tre kategorier. Doulans roll före förlossningen, doulans roll under förlossningen och doulans roll efter förlossningen. Vi valde dessa tre kategorier för att vi kom fram till att doulan gör så mycket mera än bara närvarar under själva förlossningen. Vi fick samtidigt en strukturerad bild av doulans roll när vi delade in materialet i följande kategorier, vilket gjorde att vi fick ökad förståelse om ämnet.

I den första kategorin "Doulans roll före hemförlossning" har vi två koder; doulans konkreta stöd och mentala stöd. Under kategorin "Doulans roll under hemförlossning" har vi fyra koder vilka är doulans konkreta stöd, doulans mentala stöd, doulans samarbete med andra och doulans upplevelse av hemförlossning. I tredje kategorin "Doulans roll efter hemförlossning" har vi enbart koden stöd för hela familjen.

Doulans roll före hemförlossning

Under kategorin "Doulans roll före hemförlossning" fick vi resultatet att doulan i sitt arbete kan ge konkret stöd och mentalt stöd. Doulans konkreta stöd handlar om doulans uppgifter och vad en doula gör. Enligt vårt resultat är doulan med och förbereder före hemförlossningen. Hon träffar båda föräldrarna några gånger eller åtminstone mamman och de diskuterar tillsammans och gör upp en plan på hur de ska genomföra förlossningen.

"Yleensä niistä puhutaan tosi paljon etukäteen just, et mitä synnyttäjä toivoo doulalta [...]".⁴

Det bestäms också i vilket skede som familjen vill att doulan ska komma. De diskuterar vad de har för plan B och vilka personer som ska närvara vid förlossningen. De träffas också tillsammans med barnmorskan åtminstone en gång. Det kan t.ex. vara att de bestämmer vem som följer med till sjukhuset ifall det blir så att de far dit.

Doulan berättar om sin kunskap om icke-medicinsk smärtlindring och föräldrarna kan ge önskemål angående vad de önskar för smärtlindring och metoder. De går igenom kvinnans egna kunskaper och tidigare förlossningar och doulan kan ge råd och tips på litteratur som kvinnan kan läsa eller kurser som mamman kan delta i angående ett visst ämne som kvinnan önskar veta mera om. Doulan går igenom med mamman vilka saker eller hjälpmedel som familjen redan har och vilka som de ska skaffa och familjen kan få hyra eller låna önskat material via doulan.

Vid hemförlossning behöver man planera vem som ska ta hand om de äldre barnen ifall att förlossningen blir överflyttad till sjukhus. Oftast kan barnen stanna hemma eftersom det finns vuxna personer där som kan ta hand om dem. Man kommer i förväg överens om vem stannar kvar eller om någon annan kommer dit istället.

Doulans mentala stöd handlar om att hon finns där för familjen eller mamman och inger sin trygghet. Det centrala är att doulan har tillräckligt med kunskap om mammans eller familjens önskemål, så att hon vet vad mamman vill då hon uttrycker sig på ett visst sätt. Mamman får ge sina önskemål om hur hon vill att doulan ska stöda henne eller hur hon vill att hon ska vara. Doulan tar emot mammans önskemål och mamman berättar om sina förväntningar på förlossningen, samt om hon har rädslor och vilka förväntningar hon har till doulans roll. Doulan och familjen går igenom det här också med barnmorskan, eftersom samarbetet fungerar bättre om alla är medvetna om vad de strävar efter.

Doulan har lättare att skapa en djup relation med mammor som är pålästa och har mycket kunskap om smärtlindring, eftersom de är bättre på att uttrycka sig. Dessa mammor skaffar doula för att

⁴ "Vanligen talar man om dem i förhand just om vad föderskan önskar av doulan [...]"

de vet att doulan har många fördelar. Att mamman har mycket kunskap sätter också mer press på doulan och hennes kunskap.

"[...] i en hemförlossning kan det krävas mer specialkunskaper beroende på kunden, för de här hemförlossningsföderskorna har nog reda på allt."

Doulorna har såklart olika kunskap, andra vet mindre, andra mer. Varje enskild doula har något som de är bra på och är specialiserad på vissa saker.

*"Et myös niinku doulan tärkeä osa on myös olla sen puolison tukena. Tietty se, mitä puoliso tarvitsee, nii on myös sellanen, mitä käydään etukäteen läpi."*⁵

Doulan kan fungera som mentalt stöd under hela graviditeten om mamman så vill. Om mamman t.ex. fått kritik för sitt val att föda hemma, kan doulan vara med och trösta henne och ge stöd. Mamman och doulan delar sina tankar om förlossningen, medan mamman är gravid. Doulan är samtidigt en stödperson för partnern och uppfyller hans önskemål och förväntningar och stödbehov.

Doulans roll under hemförlossning

Kategorin "Doulans roll under hemförlossning" har vi delat in i konkret stöd, mentalt stöd, samarbetet med andra under förlossningen och doulans upplevelse av hemförlossning. Det konkreta stödet kan vara att doulan innan förlossningen är med och hjälper med praktiska saker, t.ex. fyller upp vatten i poolen eller något annat. Det beror på hur förlossningen är planerad och vad mamman önskar.

Doulan behöver inte fundera på sjukhusregler, eftersom mamman bestämmer. Under förlossningen kan doulan assistera barnmorskan och på så sätt ha mer ansvar än vid en sjukhusförlossning, men doulan har inte ett medicinskt ansvar.

Före förlossningen sätter igång ska allt vara satt i ordning i hemmet. Allt material man behöver ska finnas där. Doulan är där och hjälper till. Doulan är med och håller i, stöder eller masserar under förlossningen, beroende på vad mamman vill. Doulan kan tillgodose kvinnans och familjens grundbehov, t.ex. se till att mamman får i sig tillräckligt med vätska och även att hon får i sig näring och hon kan se till att det finns rena handdukar tillgängligt. Det kan också vara att doulan lagar mat om det behövs eller att hon fyller på mer vatten i poolen eller städar upp om det behövs. Doulan använder sig av icke-medicinsk smärtlindring, t.ex. TENS, värmekuddar, rebozo⁶, guasha-kam, hon kan sjunga förlossningssång tillsammans med mamman eller dansa förlossningsdans med henne. Zonterapi kan också utföras om doulan har motsvarande kunskap.

*"Ensi käydään läpi ne, mitä se synnyttäjä toivoo ja toki sit, mitä mä osaan, ja sitte sen mukaan. Mut reboozo, guasha-kampaa, synnytyslauluu, synnytystanssii, hierontaa, kosketusta... Se et on vaan läsnä, se et uskoo synnyttäjään. Täyttää sen vesiammeen, tyhjentää sen vesiammeen... Siis ihan mitä vaan."*⁷

Om det förekommer orosmoment i kvinnans omgivning, t.ex. att äldre barn eller orolig partner gör att kvinnan inte kan slappna av, kan doulan se till att de koncentrerar sig på något annat så att kvinnan kan enbart fokusera på förlossningen.

⁵ "Doulan har en viktig uppgift att även stödja partnern. Partnerns behov är också en sak som man går igenom i förhand."

⁶ Rebozo är en metod vars syfte är att få baby'n i rätt position i mammans bäcken och att lindra smärta. Rebozo görs med en stor lång tygremsa, t.ex. en sjal. Den sätts bakom eller framför mammans mage och personen som utför rebozon gungar sakta från sida till sida med sjalen så att mammans mage och höfter rör sig.

⁷ "Först går man igenom vad föderskan önskar sig och sedan mina kunskaper, och då enligt det. Men Rebozo, guasha-kam, förlossningssång, förlossningsdans, massage, beröring... Det att man tror på föderskan. Fyller karet, tömmer karet... Alltså vad som helst."

Doulans uppgifter kan vara varierande. Även om hon inte sköter barnmorskeuppgifter, har hon ändå ett stort ansvar och betydelse för förlossningen. Doulan kan till och med ha mer kunskap än barnmorskan när det kommer till icke-medicinsk smärtlindring.

”Doula ei tee mitään, mitä kuuluu kättilön tonttiin. Eli ei mitään lääketieteellisiä ohjeita tai toimenpiteitä tai mitään... Ei sisätutkimuksia, sydänäänten kuuntelua... Nää on kaikki kättilön tonttia.”⁸

Mentalt kan doulan ge en trygghetskänsla åt mamman och partnern. Doulan kan genom sitt mentala stöd få föräldrarna att lita på sig själva och få mamman att lita på sin kropp. Om någon i familjen, t.ex. partnern, funderar på något, kan doulan prata med hen enskilt och på så sätt stödja. I en hemförlossning får familjemedlemmarna gå ut och lufta sig när de vill och kanske ta pauser och fixa lite mat åt sig. Doulan kan under förlossningen tala om för mamman hon är duktig och att förlossningen går framåt och hon kan svara på frågor som mamman eller pappan ställer.

Centralt vid en hemförlossning är att samarbetet är viktigt. Vårt resultat är att de som deltar vid förlossningen bildar ett sammansvetsat team och att det är teamwork hela vägen igenom.

”Nå just hede att man kanske e ett sammansvetsat team [...]”⁹

Vid en hemförlossning är alltid barnmorskan närvarande, vilket inte är fallet vid en förlossning på sjukhus.

”När man e doula vid en hemförlossning, då har man hela tiden barnmorskan med.”¹⁰

Därför är det viktigt att samarbetet fungerar och att barnmorskan och doulan arbetar enligt samma mål och plan.

”Å att man veit var man har varader då he kommer ti förlossning. He e lättare ti samarbet tå [...]”¹¹

Klyftan mellan vad barnmorskan gör och vad doulan gör är inte lika stor som vid sjukhus, eftersom de är där och hjälper varandra hela tiden.

”He va int som så storan klyfto mellan att det här gör barnmorskan å det här gör doulan, för att därheim så va ju barnmorskan närvarande heila tiden som de int e på sjukhus.”¹²

Samarbetet kan vara t.ex. att doulan ger barnmorskan instrument eller på andra sätt assisterar henne så att arbetet löper smidigt.

”[...] man assisterar meir barnmorsko än på sjukhuse [...]”¹³

Doulan kände att hennes roll var bred på det sättet att hon stödde mamman på flera sätt och utöver det hjälpte barnmorskan.

”[...] tå va ja som doula meir å assistera barnmorsko också fast ja no va stöd fö mamman [...]”¹⁴

⁸ ”Doulan gör inget som hör till barnmorskans område. Alltså inga medicinska råd eller åtgärder eller inget... inga inre undersökningar, lyssnande av hjärtljud... Allt det här hör till barnmorskans område.”

⁹ ”Nå just det där att man kanske är ett sammansvetsat team [...]”

¹⁰ ”När man är doula vid en hemförlossning, har man hela tiden barnmorskan med.”

¹¹ ”Och att man vet var man har varandra när det blir förlossning. Det är lättare att samarbeta då [...]”

¹² ”Det var inte så stor klyfta mellan vad barnmorskan gör och vad doulan gör, eftersom barnmorskan är närvarande hela tiden i hemmet, vilket de inte är på sjukhus.”

¹³ ”[...] man assisterar barnmorskan mer än vad man gör på sjukhuset [...]”

¹⁴ ”[...] då var jag som doula och assisterade barnmorskan, även om jag också var ett stöd för mamman [...]”

Om mammans partner är väldigt närvarande, vilket fallet ofta är i hemmet, och på ett tydligt sätt är där för mamman, kan det bli så att barnmorskan och doulan hamnar lite vid sidan om och inte behövs lika mycket.

”Men en grej är ju att mannen är ju oftast väldigt närvarande när man föder i hemmet, så av den orsaken kan ju både barnmorskan och doulan bli lite såhär...att man mer sitter och tittar. Att de kör liksom sitt eget teamwork.”

Å andra sidan, om partnern har svårigheter att stöda, men vill hjälpa mamman kan doulan ge tips och hjälpa partnern att stöda mamman, t.ex. massage. Om partnern vill vila kan doulan ta hens plats.

Enligt vårt resultat har doulan upplevt hemförlossning annorlunda än sjukhusförlossning. Doulan upplevde att hon fick en större roll i hemförlossningen, eftersom det var bara hon och barnmorskan som skötte förlossningen. Doulan upplevde att hon hade större ansvar, eftersom hon deltog i många olika vårdåtgärder, som vid en sjukhusförlossning vanligtvis sköts av vårdpersonalen.

”[...]ja som doula had lite större ansvar om man tänker om vi sku viri på förlossningen på sjukhus så ere ju som vårdpersonalen som gör all dåmde vårdåtgärder [...]”¹⁵

En annan sak var att doulan känner att hon har en större mental investering än barnmorskan, eftersom hon inte har själva ansvaret över hur förlossningen fortskrider.

Doulan upplevde också att förlossning i hemmiljö är mycket mer intimt och mer personligt än på sjukhus.

”Det blir ju mera intimt. Man ligger på golvet, man står på knäna, klämmer in sig i något litet duschrum...”

Förlossningen kändes också mer naturligt avslappnad när den ägde rum i ett hem.

”Det blir ju väldigt sådär naturligt avslappnat.”

Doulan ansåg sig vara tryggare eftersom hon själv kände barnmorskan från förr. Doulan kunde lättare dela sina åsikter angående förlossningen, vilket de inte ofta gör på sjukhus. I en hemförlossning där mamman själv får bestämma nästan allt, har doulan upplevt som positivt. Det var för doulorna fint att få se när en kvinna föder på sitt eget och naturliga sätt precis som hon själv vill.

Doulan upplevde att hon var friare när hon var doula i någons hem än vid ett sjukhus, men samtidigt var hon också försiktigare, t.ex. att hon ville ha mer bekräftelse att göra olika saker. Det krävdes t.ex. mer tillåtelse att söka efter saker i skåpen, vilket man inte behöver oroa sig över på sjukhus. I hemförlossning behövde doulan inte tänka på när mamman skall förflyttas till sjukhus, eftersom de fick stanna hemma genom hela förlossningen. Om en förflyttning skulle göras, var på det på barnmorskans ansvar.

De doulor som varit med i hemförlossningar tycker att doulaeffekten har varit större där än på sjukhus. Doulan känner sig också mycket mer hedrad att komma och vara doula i någons hem, än att vara på sjukhuset tillsammans med många andra vårdare.

”Man e meir hedrad ti få koma med på en hemförlossning än på en sjukhusförlossning...”¹⁶

Ibland kan det vara så att doulan hamnar lite vid sidan om. Om mamman har sin trygghet hos barnmorskan och därmed har en djup kontakt med henne, kan det vara att hon inte litar lika mycket på doulan.

”Hon får inte glänsa lika mycket.”

¹⁵ ” [...] jag som doula hade lite större ansvar om man tänker om vi skulle varit på en sjukhusförlossning, för där gör vårdpersonalen alla de där vårdåtgärderna [...]”

¹⁶ ”Man är mer hedrad att få komma med på en hemförlossning, än på en sjukhusförlossning...”

Om mamman upplever barnmorskan som trygghetsperson, kan doulan bli nummer två.

Doulans roll efter hemförlossning

Doulans roll efter hemförlossning handlar om stöd för hela familjen. När baby'n fötts kan doulan t.ex. fotografera, medan barnmorskan lägger barnet på mammans bröst eller göra moderkakskonst.

”San tå baby'n kom ut så fotografera ja å barnmorskan to hand om baby'n å lag on på mammans bröst å så va e pappan som klippt navelsträngen.”¹⁷

Doulan kan hjälpa barnmorskan med det hon ber henne om. Efter förlossningen är doulan med och städar upp. På sjukhus finns det städpersonal, men inte i hemmet.

”Ja sitten synnytyksen jälkeen se siivous. Et sairaalassahan tulee sitten, kun poistutaan siitä salista, tulee henkilökunta siivoamaan jäljet. Ja kotona taas on sit se kotilo ja doula, jotka siivoovat ne jäljet”.¹⁸

”Sitten me tehdään neljän aikaan aamuyöstä istukkataidetta. Sitten kun istukka oli syntynyt, niin tarkistettiin se siinä sitten, ja sit se aseteltiin kauniisti alustalle ja sitten se kätilö teki siitä semmosen sydämen muotoisen lenksun. Ja sit painettiin se istukka ja napanuora siihen paperille. Siit tuli sit se kuvia. Siit tuli semmonen elämänpuu.”¹⁹

När baby'n fötts kan äldre barn komma och vilja hälsa på den nya familjemedlemmen och doulan tar emot dem och har hand om hela familjen samtidigt. Efter förlossningen när mamman och de andra i familjen vill vara med baby'n, kan doulan servera mat.

Kritisk granskning

Respondenterna har valt att använda sig av Lincoln & Gubas verifiering som beskrivs i boken *Vetenskaplig teori och metod*, (2012). I boken beskrivs fyra indikatorer på god vetenskaplig kvalitet: trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. Respondenterna har valt att beskriva dessa fyra komponenter för att kritiskt granska deras studie.

Trovärdighet innebär att författarna kan övertyga läsaren över att skapad kunskap är rimligt och att resultatet är giltigt. Trovärdighet beskriver hur exakt det insamlade materialet är och om respondenterna valt sig av att använda rätt datainsamlingsmetod och tolkat resultatet på rätt sätt. (Henricson, 2012).

Respondenterna använde sig av semistrukturerad intervju som datainsamlingsmetod. Respondenterna anser att semistrukturerad intervju var lämpligt att använda vid en empirisk studie, eftersom informanterna fick fritt beskriva sina upplevelser under valda teman. Samtidigt som informanten fick fritt berätta om sina upplevelser, hade respondenten möjligheter att ställa följdfrågor inom det valda temat, för att bättre kunna få svar på studiens frågeställningar.

Respondenterna valde att intervjua finländska doulor som deltagit i hemförlossningar, för att få information och förståelse om deras upplevelser i hemförlossningar i Finland. Respondenterna märkte att det fanns få doulor som deltagit i hemförlossningar i Finland. Vi intervjuade fem doulor. Fyra av fem doulor var professionella doulor, och endast en var en frivillig doula, dvs. en

¹⁷ ”Sen när baby'n kom ut, fotograferade jag och barnmorskan tog hand om baby'n och lade den på mammans bröst och pappan klippte av navelsträngen.”

¹⁸ ”Och efter förlossningen, städningen. På sjukhuset sedan, då man går ut ur förlossningssalen, kommer personalen och städar efter. I hemmet är det i sin tur barnmorskan och doulan som gör städningen.”

¹⁹ ”Sedan gör vi placentakonst fyratiden på morgonnatten. Sedan då moderkakan föddes, så gick vi igenom den och sedan ställde vi den vackert på ett papper. Och barnmorskan gjorde en hjärtformad länk av den. Sedan tryckte vi moderkakan och navelsträngen på pappret. Den blev då en bild av den. Det bildades ett livets träd.”

doula som inte tar betalt för det stöd hon ger. De professionella doulorna berättade att de får lön för deras arbete och att de skaffat egna hjälpmedel som de använder vid hemförlossningar. Respondenterna hade kunnat försöka ta reda på om frivilliga doulor har samma förutsättningar till att få tag på olika hjälpmedel, även de inte får betalt.

Respondenterna märkte att det inte fanns tidigare forskning om doulor vid hemförlossningar. Det verkar som att doulaverksamhet är relativt nytt eftersom det fanns endast nyare studier om ämnet. Respondenterna fick inte tag på studier om hemförlossningar i Finland eller Norden. Vi fick tag på studier endast gjorda i länder utanför Norden. Respondenterna kom fram till liknande resultat som i tidigare studier och vi har kunnat koppla resultatet till vård teorin som beskrivits i början av studien.

Pålitlighet hänvisar till om forskarnas förförståelse har påverkat studieresultatet. Ett pålitligt resultat är neutralt, vilket betyder att en annan forskare skulle få samma resultat med samma metod. Pålitlighet hänvisar även till att tydligt beskriva datainsamlingsmetod, analysmetod och vem som gjort intervjuerna och transkriberat dem. (Henricson, 2012).

Respondenterna upplever att deras förförståelse inte påverkat studieresultatet, eftersom den semistrukturerade intervjun gav möjligheten för informanterna att fritt berätta om sina upplevelser. Alla fem doulor hade deltagit i hemförlossningar i Finland, vilket gjorde att de kunde berätta om sina egna erfarenheter. De hade även deltagit i sjukhusförlossningar, vilket gjorde att de kunde berätta vad som var speciellt just vid hemförlossningar. I slutet av intervjun fick informanterna fritt berätta om sina upplevelser eller tilläga något som de hade glömt att berätta tidigare. Respondenterna vet inte om informanterna berättade om alla sina upplevelser. Respondenterna har tydligt beskrivit datainsamlings- och analysmetod i början av studien.

Bekräftelsebarhet har flera gemensamma faktorer med pålitlighet och trovärdighet. Bekräftelsebarhet hänvisar till att forskaren är rättvis och ärlig. Informanter får beskriva tydligt sin förförståelse och om hela studieprocessen. (Henricson, 2012).

Respondenterna har på bästa möjliga sätt undvikit att låta deras förförståelse påverka studieresultatet. De har gjort studien med öppet sinne och godkänt den information de fått. Förförståelserna har dock kunnat påverka i början av studien då respondenterna valt sitt ämne, letat efter bakgrundslitteratur och planerat datainsamlingsmetoden.

Överförbarhet innebär att om forskarna avser att resultaten går att överföra till andra grupper och situationer. För att kunna bedöma studiens överförbarhet bör de tre tidigare punkterna, trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet vara "säkrade". (Henricson, 2012).

I bakgrunden hade vi tänkt beskriva ännu en icke-medicinsk smärtlindringsmetod, rebozo. Vi hittade inga bra och tillförlitliga källor, och metoden är inte heller vetenskapligt bevisad. En av de doulor som vi intervjuade berättade om rebozo, så vi använde hennes kunskap som källa till rebozo. Rebozo finns beskrivet i en fotnot i resultatet.

Respondenterna har kommit fram till några nya resultat. Eftersom skribenterna inte hittade några tidigare studier om doulor och hemförlossningar, anser vi att vi gjort en studie som ingen annan ännu har gjort. De studier vi studerat beskriver antingen endast doulan och hennes roll eller bara hemförlossning i sig, men inte de två tillsammans. Resultatet beskriver hur hemförlossningar ser ut i Finland ur doulans synvinkel, vilket det inte fanns några tidigare studier av.

Vårt resultat får stöd enligt teorin. Enligt de artiklar och andra vetenskapliga källor som vi använt kan doulan ha en mycket betydelsefull roll. Skribenterna anser att det resultat som vi fått i vår studie stämmer överens med det som sägs i teorin. Vi har inte hittat några negativa effekter av en doulas närvaro i teorin och det framkom inte heller något negativt i vårt resultat.

Skribenterna anser att innehållet i resultatet motsvarar det som vi önskat. Vi har fått svar på våra huvudfrågor. Vi har fått omfattande svar som svarar på flera av våra frågor. Vi anser att syftet i

vår studie har förverkligats. Vi har fått ökad förståelse för doulan, vem hon är, hur hon jobbar och hurdan roll hon har. Vi har samtidigt fått mera kunskap om hemförlossningar och fått ökad förståelse för hur en hemförlossning skiljer sig från en sjukhusförlossning.

Vi hade också velat veta om en hemförlossning påverkas av en doulas närvaro, t.ex. om det skulle vara mindre komplikationer, men den frågan fick vi inte svar på. Vi märker nu att det är en ganska svår fråga, eftersom det finns så pass lite hemförlossningar och med en närvarande doula idag, jämfört med sjukhusförlossningar. Vi tror också att man kanske skulle behöva någon slags statistik över förlossningskomplikationer hemma och förlossningskomplikationer på sjukhus. Men det skulle vara svårt att jämföra pga. de stora skillnaderna i antalet. Vi anser att denna fråga var dålig och kanske inte så genomtänkt från vår sida. Detta gör dock ingenting, eftersom denna fråga inte ingick i någon av våra huvudfrågor.

Vi ställde för vår nyfikenhets skull frågan om det förekommit några komplikationer vid någon hemförlossning. Detta skulle givetvis också kunna kopplas till doulans roll på något vis, även om denna fråga inte var vår största prioritet. Enligt de svar vi fick hade ingen av doulorna vid någon hemförlossning varit med om några komplikationer. Det var i sig intressant, eftersom flera av våra doulor var väldigt erfarna och hade varit med på många hemförlossningar. Här frågar man sig samma fråga. Påverkas förlossningen av doulans närvaro?

Skribenterna har tyvärr haft lite svårigheter med att hitta passande teori till bakgrunden och att hitta artiklar om tidigare studier. Därför har vårt arbete, enligt oss, inte det önskade sidantalet. Men vi har försökt skriva så mycket som möjligt och sökt mycket fakta ändå. Vårt ämne är också ganska litet och det gör att vårt arbete är kortare än väntat

Diskussion

Överlag anser vi att det resultat vi fick var ett bra resultat. Resultatet var också väntat, eftersom vi läst in oss på mycket teori och fakta om doulor. Eftersom vi inte hittat några tidigare forskningar om doulor vid hemförlossningar var det lite extra spännande att få resultatet. Vi hade mycket förhandskunskap om doulans roll vid sjukhusförlossningar eftersom det är vad vi hittat fakta om. Även om doulan i princip utför samma arbete vid en hemförlossning som vid en sjukhusförlossning, är rollen inte riktigt lika. Det var det som vi ville ha kunskap om, och det fick vi. Doulans roll vid en hemförlossning kan variera mycket och hon kan få många olika uppgifter beroende på situationen. Det som skilde sig mest från en sjukhusförlossning var främst att doulan i hemmet hade mera ansvar, hon kunde assistera barnmorskan, hon kände sig mer hedrad att hjälpa mamman i hennes hem och hon upplevde en mycket mer intim roll.

Vi tänkte diskutera vårt resultat utgående från den mödravårdsteori som vi valt till vår studie. Teorin "*The theory of birth territory*", kan på många sätt kopplas till vårt ämne. Som vi skrivit tidigare, handlar teorin om kvinnans förlossningsmiljö, vem som har makt och kontroll, samt hur förlossningen upplevs av mamman och vem som är närvarande.

Utifrån vårt resultat kan man diskutera förlossningsmiljön. Enligt mödravårdsteorin kallas miljön 'Terrain'. Miljön är en avgörande faktor vid en förlossning och den innefattar många saker. I miljön ingår vem som finns där, hur det ser ut, hur den födande kvinnan påverkas av miljön och om det finns störmoment där. Doulan är alltså en del av miljön. Avgörande är förstas också var förlossningen äger rum, är det hemma eller på sjukhuset. Utgående från resultatet har miljön beskrivits som naturlig och intim, och informanterna har beskrivit hemmiljön jämfört med sjukhusmiljön. 'Sanctum' är enligt teorin mammans "fristad", vilket kan jämföras med förlossningsmiljön i kvinnans hem, medan 'Surveillance room' förknippas med förlossningsmiljön på sjukhus.

I hemmet har barnmorskan givetvis det slutgiltiga ansvaret för förlossningen och ingriper i tid om det inte går som planerat. Men skillnaden här är att mamman får bestämma i princip nästan allt.

Hur hon vill att miljön ska vara, ska det vara mörkt eller ljust, musik eller inte, vem ska vara där, vem ska inte vara där och hon kan fritt gå dit hon vill så länge krafterna tillåter. På ett sjukhus är mamman något begränsad. I vårt resultat framkom att stämningen vid hemförlossningar var avslappnad och att det kändes naturligt.

Förlossningsmiljön kan se väldigt olika ut och olika kvinnor upplever miljön på olika sätt. En del mammor har lätt för att anpassa sig om miljön på något sätt förändras, medan andra mammor blir väldigt påverkade. En förlossningsmiljö kan fort förändras om mamman eller babyens hälsa hotas, t.ex. vid akut kejsarsnitt. Då förändras förlossningsmiljön på flera sätt. Om förlossningen sker i hemmet, måste kvinnan tas till sjukhuset och det kan bli väldigt bråttom. Då förändras miljön från att ha varit en varm och skön hemmamiljö till en ljus och kall operationssal. Om förlossningen skett på sjukhuset blir miljön också väldigt förändrad.

Teorin behandlar ämnet makt och kontroll, 'Jurisdiction' som kvinnans egenskaper under förlossningen. Oberoende var förlossningen äger rum borde det vara kvinnan som har den största makten om huruvida hon önskar att hennes förlossning skall bli. På ett sjukhus är det kvinnan som får ge sina önskemål och barnmorskorna försöker göra allt för att uppfylla hennes önskningar. Om det inte går som mamman vill, beror det ofta på medicinska orsaker eller mammans okunskap.

I resultatet beskrev doulorna den födande kvinnan som den som hade makten. Kvinnan ägde sin förlossning och allt skedde i hennes takt. Doulan och barnmorskan var där och hjälpte till med det som behövdes när mamman själv födde sitt barn. På liknande sätt borde stämningen vara på sjukhus också, för att mamman ska känna att hon klarar det själv och att hon har makten på sin sida.

Kvinnan och hennes partner kunde vara engagerade i förlossningen på ett sådant sätt att barnmorskan och doulan inte behövde hjälpa och stöda den blivande familjen så mycket. De klarade det själva, men barnmorskan var där och såg till att babyen och mamman mådde bra. På det här sättet hade mamman kontroll och kände att hon klarar av att föda sin baby nästan självständigt vilket kan betyda jättemycket för en del mammor. Speciellt de som tidigare känt sig misslyckade.

Som slutsats kan respondenterna säga att en kvinnas hemförlossning är en vacker upplevelse, både av kvinnan själv, barnmorskan och för doulan. Hemförlossning har varit ett mycket intressant ämne att skriva om och det har gett otroligt mycket kunskap.

Källförteckning

- Aflatuni, A. & Lettojärvi, E., 2012. *Minä synnytän!* [Online] http://www.tyttojentalo.fi/sites/tt.molentum.com/files/mina_synnytansuljettu_nettiin.pdf [Hämtad 26.4.2016].
- Aktiivinen synnytys, (u.å.). *Kotisynnytys*. [Online] <http://www.aktiivinsynnytys.fi/index.php/kotisynnytys> [Hämtat: 11.12.2015].
- Arhammar, J., 2016. *Tens*. [Online] <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Behandlingar/Tens/> [Hämtad 30.03.16].
- Ashley, S. & Weaver, J., 2012. Factors influencing multiparous women to choose a home birth—an exploratory study. *British Journal of Midwifery*, 20(10), s. 710-715.
- Fahy, K. & Foureur, M. & Hastie, C., 2008. *Birth Territory and Midwifery Guardianship*. Elsevier: Edinburgh m.fl.
- Gindonis, V.,(1) (u.å.). *Mitä doula tekee?* [Online] <http://doulakka.fi/index.php/mika-doula-on/mita-doula-tekee> [Hämtad 22.4.2016].
- Gindonis, V.,(2) (u.å.). *Mitä doula ei tee?* [Online] <http://doulakka.fi/index.php/mika-doula-on/mita-doula-ei-tee> [Hämtad 22.4.2016].
- Henricson, M., m.fl., 2012. *Vetenskaplig teori och metod*. Poland: Studentlitteratur.
- Hutton, E., K., Reitsma, A., H. & Kaufman, K., 2009. Outcomes Associated with Planned Home and Planned Hospital Births in Low-Risk Women Attended by Midwives in Ontario, Canada, 2003–2006: A Retrospective Cohort Study. *Birth: Issues in perinatal care*. 36(3), s. 180-189.
- Jalas, R., u.å. *Till en mor*. (u.o.)
- Kaplan, A. m.fl., 2009. *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Keirse, M. & Buekens, P., 2012. In the Literature: Home Birth: Safe Enough, But Not for the First Baby. *Birth: Issues in perinatal care*, 39(2), s.165–167.
- Kitzinger, S., 2001. *Att vänta och föda barn*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag.
- Koho, S., (u.å.). *Kotisynnytyksen valmistautuminen*. [Online] <http://www.aktiivinsynnytys.fi/index.php/vanhemmille/kotisynnytys/117-kotisynnytykseen-valmistautuminen> [Hämtad 3.5.2016].
- Koumouitzes-Douvia, J. & Carr, C., 2006. Women's Perceptions of Their Doula Support. *Journal of Perinatal Education*, 15(4), s. 34-40.
- Kroppsterapeuternas Yrkesförbund, (u.å.). *Akupressur*. [Online] <http://www.kroppsterapeuterna.se/yrkeskategorier/akupressur/> [Hämtad 26.10.16]
- Lauréus, R., 2015. *Homeopatiaa koko perheelle*. Otavan Kirjapaino OY: Keuruu.
- Snow, R., 2016. *Dancing for birth*. [Online] <http://dancingforbirth.com/dance-your-baby-out/> [Hämtad 26.10.16].
- Snowden, J., m.fl., 2015. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. *The New England Journal of Medicine*. 373(31), s. 2642–2653.
- Paananen, U-K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M., 2015. *Kättilötyö*. Helsingfors: Edita.
- Pouta, A., m.fl., 2015. *Handbok för mödrarådgivningen*, Tammerfors: THL.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016. *Kotisynnytyksiä yhä enemmän*. [Online] <https://www.thl.fi/fi/-/kotisynnytyksia-yha-enemman> [Hämtad 3.11.16].
- Tiitinen, A., 2015. Normaali synnytys. [Online] http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlkoo16o [Hämtad 30.3.2016].
- Uvnäs-Moberg, K. & Petersson, M., 2004. Oxytocin – biokemisk länk för mänskliga relationer. *Läkartidningen*, 101(35), s. 2638.

- Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoof, S., K., & Jäppinen S., 2013. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. [Online] http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [Hämtad 16.12.2015].
- Varjonen, B., 2011. *Opinnäytetyöopas*. [Online] http://www.hamk.fi/verkostot/kudos/lahtokohdat/Documents/YAMK_Opinnaytetyoopas_2011_.pdf [Hämtad 11.12.2015].
- Vogel, H., 2015. *Akupunktur*. [Online] <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Behandlingar/Akupunktur/> [Hämtad 18.3.2016].
- Von Koskull, M. & Nystén, E-M., 2011. *Doulaberättelser. Familjers och stödpersoners upplevelser av att vänta och föda barn*. (u.o): Folkhälsan.
- Vuori, H-L. & Laitinen, M., 2005. *Synnytyslaulu – Rentouuttava äänenkäyttö synnytyksessä ja raskauden aikana*. Edita Prima Oy: Helsingfors.
- Wirén, U., 2010. *Koko kehon vyöhyketerapia – Apua vaivoihin heijastehoidolla*, WS Bookwell OY: Jyväskylä.
- Åkerman, A., 2013. *Icke-medicinska smärtlindringsmetoder under förlossning*. [Online] <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Behandlingar/Icke-medicinska-smartlindringsmetoder/> [Hämtad 18.3.2016].
- Åkerman, A., 2013. *Komplikationer under förlossningen*. [Online] <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Behandlingar/Komplikationer-under-forlossningen/> [Hämtad 12.5.16]

Bilaga 1 Intervjuguide

1. Ålder, livssituation, utbildning, arbete osv.
2. Vad är speciellt för en doula vid en hemförlossning?
3. Påverkas förlossningen i hemmet på något sätt om en doula är närvarande? I så fall hur?
4. Tycker du som doula att det finns skillnader i stödbehovet mellan mammor som föder hemma och de som föder på sjukhus?
5. Vad kan man kräva av en doula i en hemförlossning?
6. Hur samarbetar doulan tillsammans med andra i familjen vid förlossningen?
7. Hurudant samarbete har doulan med barnmorskan i hemförlossning?
8. Är doulan med och förbereder före förlossningen? I så fall på vilket sätt?
9. Har det skett komplikationer?
10. Vad är det bästa med att vara doula vid en hemförlossning?
11. Kan du nämna några konkreta uppgifter som doulan har?

Doulans och barnmorskans samarbete. En kvalitativ intervjustudie ur doulans perspektiv. Minna Harjula

Abstrakt

Syftet med denna studie är att få en inblick i hur doulornas och barnmorskornas samarbete fungerar och att ta reda om det finns sådant som går att förbättras.

Frågeställningarna som ställdes i studien är: Hur fungerar samarbetet mellan doulan och barnmorskan? Vilken ställning har doulan? Finns det något som går att förbättra i samarbetet?

Som teoretisk utgångspunkt har jag valt Bruce Tuckmans modell om Teamwork.

Datainsamlingen är en kvalitativ intervjustudie som baserar sig på intervjuer med doulor från Folkhälsan. Analysmetoden som används i studien är kvalitativ innehållsanalys.

I resultatet framkom att kommunikation är kärnan i samarbetet mellan doulor och barnmorskor, och att samarbetet förbättrats avsevärt genom åren. Doulorna kunde vara till nytta på olika sätt, till exempel genom att de finns till för föderskan och att kunna vara till praktisk nytta om det är ett stressigt på förlossningsavdelningen. Informanterna medgav att det trots allt ännu förekommer negativa upplevelser i samarbetet med barnmorskorna. Doulans ställning och roll var klar för informanterna men de upplevde att det oklart för en del barnmorskor. Informanterna hade tips på förbättringar i samarbetet, till exempel nämndes feedback och träffar.

Inledning

Det är allmänt känt att doulastöd är förknippat med positiva upplevelser av förlossningar och därför är doulan ett bra val att ha med vid förlossningen. Doulan är i en ny situation vid varje förlossning eftersom inte en förlossning är lik en annan. Doulan är utbildad för att stöda föderskan vid förlossningen och kan anpassa sig till situationen. Barnmorskan och doulan behöver därför kunna samarbeta för att uppnå ett gemensamt mål; att göra upplevelsen så positiv som möjligt för föderskan.

Jag har valt att skriva om doulans och barnmorskans samarbete för att det finns få studier om ämnet samt att det fanns intresse att ta reda på hur det faktiskt fungerar i våra trakter i praktiken. Därför valdes doulor från Folkhälsan som informanter. Jag var intresserad av att ta reda på om doulorna kunde komma med konkreta förslag till förbättringar i samarbetet som vi som blivande barnmorskor kan ta lärdom av resultatet och på så sätt optimera vårt arbetssätt i arbetslivet, men även andra barnmorskor och doulor kunde ha nytta av att ta del av resultatet

Barnmorskornas arbetsbörda ökar och att de har ofta det stressigt, och hinner inte alltid stöda föderskan (Lynch, 2010, s.22). Stödet till föderskan och kontinuiteten blir då lidande. Doulan kan erbjuda stödet och man kan som föderska själv bestämma om man vill ha en doula eller inte. Doula verksamheten startades 2008 i Österbotten. Doulorna får med jämna mellanrum utbildning under månatliga doulaträffar och håller på så sätt en god standard. Doulor från Folkhälsan är volontärer och gör sina uppdrag på frivillig basis. (Koskull & Nystén 2011, s.6). Det finns även doulor på finskt håll från till exempel Ensi ja turvakoti som också finns belägna runtom i Finland (Ensi- ja turvakotien liitto).

Doulorna kan komplettera stödjande delen i förlossningsvården som inte barnmorskorna hinner med, vilket är en viktig del i vården av en födande kvinna. Därför är det bra att barnmorskor kan arbeta tillsammans med doulorna och kan göra det så bra som möjligt för de blivande föräldrarna, eftersom det är det båda doulan och barnmorskan strävar efter.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att få en inblick i hur doulornas och barnmorskornas samarbete fungerar och att ta reda om det finns sådant som går att förbättras. Studien görs för att vi som blivande barnmorskor ska kunna optimera vårt arbetssätt så att den födande kvinnans stöd och förlossning blir en god upplevelse för henne.

Forskningsfrågorna är följande:

- Hur fungerar samarbetet mellan doulan och barnmorskan?
- Vilken ställning har doulan?
- Finns det något som går att förbättra i samarbetet?

Tuckmans modell om teamwork.

Som teoretisk utgångspunkt har jag valt Tuckmans (1965) modell om teamwork, vilken är en modell om hur en organisation eller ett arbetsteam formas och hur samarbetet förbättras. Enligt Tuckman formas samarbetet enligt fyra faser: *forming*, *storming*, *norming* och *performing* (Tuckman. 1965, s.396). Utgångspunkten kommer att användas på så sätt att resultatet speglas mot modellen senare i tolkningen.

Första fasen är *Forming* som präglas av orientering och prövning i teamet. Allt är nytt och att testa gränserna hör till *forming* fasen. Teamet formas i den första fasen genom att alla måste hitta sin plats genom prövningar och orientering. I och med detta lär sig var och en vilka möjligheterna och utmaningarna är och håller sig ännu sams med gruppen. Den andra fasen *Storming* är den fas då konflikter och idéer börjar komma fram i teamet. Då börjar medlemmarna berätta sina åsikter och

konfronteras med olika åsikter och viljor och varandras personligheter. *Norming* är den tredje fasen då normer och regler har etablerats och rollerna är klargjorda. *Norming* fasen är då medlemmarna lär sig försöka lösa problem med varandra och accepterat varandras åsikter och idéer och kompromissat och försöker anpassa sig till dem. *Performing* är den sista fasen då allt börjar lösa sig. Roller och strukturen i teamet blir klarare och samarbetet börjar löpa bättre. Samarbetet blir flexibla och funktionellt och energin i gruppen blir positivare. (Tuckman. 1965, s.396).



Figur 1. Modell för att arbeta i team inspirerad av, Tuckman. (1965, s.396)

Teoretisk bakgrund

Nedan presenteras förlossningsvårdens utveckling genom tiderna, doulverksamhetens utveckling, doulans roll, nyttan med doula, barnmorskans roll samt föreningen Folkhälsans doulaverksamhet. Kapitlet konkretiserar barnmorskans och doulans samarbete och vikten av samarbete i vårdteamet som också är aktuellt annars i vården. Värdegrunden och vårdrelationen i vården vid barnafödande är något som har stor betydelse för barnmorskans och doulans arbete och lyfts därför upp.

Förlossningsvårdens utveckling

Redan i förfluten tid fanns det hjälpgummor med på förlossningar. De litade på sin vishet och erfarenhet och använde sig av örter och speciell mat. Det fanns även hjälpgummor som var till för att stöda den födande kvinnan. Det finns lite kunskap om vad man gjorde förr om hjälpgumman fick problem under en förlossning, men det finns noteringar om att de kunde kalla på kunniga personer inom läkekonst så kallade shamaner. (Lundgren, 2010, s.18–19)

Enligt Lundgren (2010) var 1600 – talet en början till nytt tänkande. Sjukdom och smärta var inte längre kopplat till synd utan blev objekt för studier och förändring. Då skapades även den medicinska förlossningskonsten och läkare kunde bidra i förlossningen. Redan då kunde barnmorskor veta att förlossningsrädsla påverkade förlossningsutfallet negativt, att barnmorskans sätt att vara mot föderskan påverkade förlossningen och att kropp och själ samverkade. I Finland har barnmorskeutbildningen funnits i 200 år nu, utbildningen började 1816 i Åbo (Raussi-Lehto & Ryttyläinen-Korhonen, 2016, s.9).

Före andra världskriget var hemförlossningar ännu vanliga i Finland. Det var i mitten av 1900-talet som förlossningarna mestadels skedde på sjukhus. Detta ledde till att hjälpgummornas antal minskade i och med att utbildade barnmorskor övertog förlossningarna och efterfrågan på hjälpgummorna avtog. Förlossningarna blev slutna händelser på sjukhus och arbetsordningen var stram och arbetet var rutinpräglat. Den medicinska sakkunskapen tog då över. Tidigare var förlossningarna något som endast kvinnor närvarade vid, men vid mitten av 1900-talet ändrades även detta till en familjehändelse i och med psykoprofylaxkurserna som då även kom. (Shoultz-Ekblad, 1997, s.34., 2002, s.146)

Doulaverksamhetens utveckling

Doula kommer från grekiskan och betyder "kvinna som ger omvårdnad" (Abascal, 2012, s. 304). Idén med att ha en kvinnlig stödperson med under förlossningen är inte nytt utan har förekommit i många kulturer lika länge som själva förlossningen existerat, däremot är doula begreppet och att man kan utbilda sig till doula, nytt. (Fulcher, 2004, s.1490)

Allt eftersom barnmorskorna får mer arbetsbörda har också behovet av doulor ökat och har nu blivit vanligare (Lynch, 2010, s.22). Doulor har därför blivit populära att anlita, eftersom stödet upplevs som viktigt vid en förlossning. Doulor är trots allt ganska sällsynta i Sverige menar Berg och Terstad (2006) men de finns, och de kommer främst från privata organisationer och kostar därför. I Finland har vi också idag tillgång till frivilliga doulor som inte kostar annat än reseersättning (Koskull & Nystén 2011, s.6).

Doulans roll

Nuförtiden är en doula en kvinna som ger emotionell och praktisk hjälp till de blivande föräldrarna både under förlossningen och graviditeten om paret så önskar (Lynch, 2010, s. 22). Doulan är inte vårdutbildad och fungerar som de blivande föräldrarnas förespråkare samt ger stöd och hjälper dem innan och under förlossningen. (Abascal, 2012, s. 303–304)

Enligt Fulcher (2004) är doulan utbildad att under hela förlossningen ge stöd åt föderskan och även partnern. Doulan arbetar inte skift, är inte anställd av sjukhuset och har inte något ansvar som övrig sjukhuspersonal har och därför kan hon helt och hållet tillgodose en föderskas önsksningar och behov. Doulans enda skyldighet är att finnas till för de blivande föräldrarna under hela förlossningen. (Fulcher, 2004, s.1490)

Doulan är ingen terapeut, har inget medicinskt ansvar och till hennes uppgift hör inte att delta i avdelningens övriga arbete. Hon gör inga ingrepp eller övriga vårdåtgärder. Doulan får heller inte fatta beslut åt de blivande föräldrarna eller på något sätt påverka med sina egna åsikter och värderingar. (Koskull & Nystén 2011, s.6)

Berg och Terstad (2006) gjorde en kvalitativ undersökning i Sverige berörande mödrars upplevelser av doulastöd och kom fram till att doulan har sex viktiga egenskaper; att vara en erfaren rådgivare, stöttande och sympatisk person, fixare, medlare och att vara tillgänglig för mamman. Doulan tillgodoser viktiga behov. Doulan har kunskap om graviditet och förlossningsprocessen i olika miljöer. Att föda barn är en privat och intim händelse för familjen och därför är det bra att doulan är en person som varken är släkt eller bekant med familjen från tidigare.

Doulan är inte enbart tillgänglig för kvinnan under förlossningen utan man kan prata med och träffa doulan under graviditeten för att diskutera önsksningar och eventuella rädslor inför förlossningen. På så sätt bildas även en stödrelation i ett tidigare skede så att kvinnan är bättre förberedd inför förlossningen. Doulan är medlare både mellan partner och mamman och paret och sjukhuspersonalen. Genom att doulan är medlare undviks konflikter mellan paret och önsksningar som mamman har kommer bättre fram till barnmorskan. (Berg & Terstad, 2006, s.333–334)

En bra stödrelation utvecklas efter hand när Doulan som stödperson försöker uppfylla parets önsksningar beträffande förlossningen och är närvarande under hela förlossningen. Doulans stabilitet får kvinnan att känna sig lugn och trygg. Doulan är en fixare genom att hon hjälper till med praktiska saker som till exempel massage, att hämta saker, hjälpa med andning och att sätta kallt förband på pannan. (Berg & Terstad, 2006, s.334–336)

Oro för att doulan på något sätt ska störa de blivande föräldrarnas relation och upplevelse av förlossning förekommer, men doulan är där för båda föräldrarna. Även partnern kan behöva stöd vid förlossningen, eftersom hen också är i en krävande situation och inte vet vad som förväntas eller hur situationen skall hanteras. Doulan under förlossningen underlätta för partnern att stöda den födande kvinnan. (Scott, Klaus & Klaus, 1999, s. 1262)

Nyttan med doula

Undersökningar har visat att doulastöd och kontinuerlig närvaro av doulor under förlossningar kan ha en positiv effekt och inverkan på föderskornas upplevelser och även det medicinska utfallet (Abascal, 2012, s.304).

I många undersökningar har det framkommit att doulastöd har en positiv inverkan på förlossningsresultatet. Bland annat har man i en undersökning av Kozhimannil, Hardeman, Attanasio, Blauer-Peterson och O'Brien (2013) kommit fram till att förlossningsstöd av en expertkunnig doula fungerade bättre än en oerfaren anställd på sjukhuset eller en oerfaren familjemedlem. Det som doulastödet kunde ha inverkan på var bland annat föderskans blodtryck. Blodtrycket var lägre hos kvinnorna med doulastöd än de som inte hade en doula. Antalet kejsarsnitt var även lägre för doulastödda mammor. Det visade sig att mammorna som hade doulastöd under graviditeten födde färre prematurer. Doulastödet ger mindre komplikationer och detta sparar därmed in på vårdkostnaderna. Dylika resultat framkom även i en undersökning av Gruber, Cupito och Dobson (2013). På flera olika sätt kunde man se positiv inverkan på förlossningsresultaten bland kvinnor med hög riskgraviditeter som tog hjälp av doulastöd. Kvinnorna som inte hade en doula födde i större utsträckning barn med för låg födelsevikt än de mammor som hade en doula. Doulastödda mammor hade även mindre risk att drabbas av förlossningskomplikationer som drabbar mamman eller barnet. De doulastödda mammorna tog även större initiativ till amning.

Enligt en undersökning av låginkomsttagande förstföderskor att de doulastödda förstföderskorna hade kortare förlossning än de utan doulastöd. De doulastödda mammorna hade bättre chans till att genomgå en normal vaginal förlossning och kom bättre igång med amningen. Doulastödda mammor ammade också i större utsträckning sex veckor postpartum. Doulastödet ger alltså förbättrade förlossningsresultat och förbättrade amningsresultat. (Nommsen-Rivers, Mastergeorge, Hansen, Cullum & Dewey, 2009, s.157,162–168)

Enligt Scott, Klaus och Klaus (1999) hade doulastödda föderskor oftare en normal förlossning utan instrument och behövde mindre smärtmedicinering, antalet epiduralbedövningar var också färre bland föderskor som hade en doula med under förlossningen. Doulastödda föderskor visade en starkare känslomässig interaktion till sina spädbarn efter födseln, som till exempel att prata och skratta med barnet. Doulorna har kunnat medverka till en positiv förlossningsupplevelse och livsförändringen. Doulastödda föderskor hade också en positiv känsla för det nya moderskapet och god självkänsla. Fulcher (2004) beskriver att doulan är utbildad för att kunna stödja paret. Doulan ger på så sätt en trygghetskänsla för de blivande föräldrarna. Bidragande till tryggheten är också det att doulan stannar tills barnet är fött. Trygghetskänslan och självsäkerheten paret upplever under förlossningen har en inverkan på de ångestproducerande katekolaminerna som då minskar. Katekolaminerna hämmar oxytocinet att frisättas vid förlossningen, vilket bromsar förlossningen. Doulastödet kan alltså avsevärt förbättra förlossningsupplevelsen och familjens välmående efter förlossningen.

Barnmorskans roll

Barnmorskeutbildningen har funnits i cirka 300 år (i Sverige) och är en av de äldsta utbildningarna i världen (Abascal, 2012, s. 165). I Finland fyller barnmorskeutbildningen 200 år nu år 2016, utbildningen i Finland startades 1.11.1816 (Aurinkolaivan toimitus & Turku Amk, 2015).

Barnmorskan har ett yrkesansvar och hennes uppgift är att ansvara för och sköta den normala förlossningen självständigt och veta när hennes kunskaper inte längre räcker till. Barnmorskan vet då förlossningen blir avvikande och mer personal behövs. Barnmorskan hjälper alltså ut barnet vid den normala förlossningen. (Abascal, 2012, s. 165)

En barnmorska ska vara trygg i sin yrkesroll inte visa oro eftersom den lätt smittar av sig. Barnmorskan ska ge tilltro till föderskans kapacitet så att föderskan får känslan av att hon klarar av förlossningen. Barnmorskan får dagligen arbeta med starka känsloupplevelser. Barnmorskans redskap förutom faktakunskap är händerna, sin intuition och sinnena. Förtroende mellan barnmorskan och föderskan är viktigt. Barnmorskan är den som ska hjälpa kvinnan genom förlossningens olika skeden. Barnmorskan ska informera de blivande föräldrarna om vad som händer och hon ska alltid ligga steget före. Barnmorskan behöver därför veta parets önskemål och rädslor i ett tidigare skede så de kan tas i beaktande. Barnmorskan ska vara lugn och trygg och

förebygga att kvinnan grips av panik. Barnmorskan ska vara aktiv och erbjuda smärtlindring och stötta kvinnan genom förlossningen. (Abascal, 2012, s. 164–166)

Folkhälsans douloverksamhet

Folkhälsan bedriver svenskspråkig douloverksamhet runtom i Finland; i Nyland, Österbotten, Åboland och på Åland. Verksamheten startades 2004 och har nu vuxit betydligt. (Folkhälsan 2014). Det finns doulor som tar betalt men Folkhälsans doulor gör volontärarbete och får i medeltal cirka 40 euro i resekostnader. Doulorna är i huvudsak svenskspråkiga men kan också finska och engelska. De ställer upp och stödjer den blivande familjen före, under och strax efter en förlossning. Doulan kan även vara till praktisk hjälp, till exempel kalla på personalen och ge massage. Doulan försöker även göra partnern eller pappan delaktig enligt önskemål. (Koskull & Nystén, 2011, s.6)

Vem som helst som ska få ett barn kan få stöd av Folkhälsans doulor. Föderskan behöver inte vara ensamstående. De flesta som anlitar doula är sådana som har en partner som inte kan delta i förlossningen (Koskull & Nystén, 2011, s.6). Folkhälsans doulor har vanligen själva erfarenhet av graviditet, förlossning och spädbarnstiden och är därför erfarna inom området (Folkhälsan, 2014).

Samarbete i vårdteamet

Samarbete betonas nuförtiden allt mer inom vårddyrkena. Att samarbetet ska fungera kan betyda mycket för patientens vård. Om samarbetet är gott är det också säkrare för patienten. Samarbetet bör gälla mellan alla yrkesgrupper på sjukhuset. Det finns gånger det inte fungerar och då kan patienten få lida för de misstagen. Som studerande kan det till exempel vara svårt att känna sig inkluderad i vårdteamet. Blakey (2015, s.1164) poängterar att man borde bli hörd även som studerande, eftersom studeranden har en objektiv ny syn och kan se sådant som de anställda inte längre ser. Vården förbättras om samarbetet bland personalen fungerar. Man måste stå upp för varandra och stötta varandra även om det är ett tufft arbetsskift. Det är trivsammare att arbeta på en plats där solidaritet finns än där samarbetet inte fungerar och stämningen är dålig. Varför det inte alltid fungerar kan vara svårt att förstå alla gånger, ibland kan olika roller eller yrken vara gränser för samarbete.

Doulans och barnmorskans samarbete

Doulastöd blir allt vanligare och därför behöver barnmorskan och doulan kunna samarbeta för att få ett så bra förlossningsresultat som möjligt. Kommunikationen mellan doulan och barnmorskan är viktigt för ett effektivt samarbete och för att få de bästa resultaten för mamman och barnet. Det gäller för barnmorskan och doulan att skapa öppen kommunikation sinsemellan för att skapa det ultimata samarbetet. Barnmorskan har ofta flera föderskor på en gång och därför ger doulan kontinuitet åt föderskan och ser hela förlossningen som inte barnmorskan gör. Doulan stödjer kvinnan hela tiden och på så sätt hjälper doulan och barnmorskan varandra. (Ahlemeyer & Mahon, 2015, s.122–123)

Barnmorskan och doulan borde dela samma mål och värderingar; att göra sitt yttersta för en optimal förlossning med goda resultat. Ahlemeyer och Mahons (2015) studie om doulors samarbete visade dock på att doulan och barnmorskan ibland inte litar på varandra, och tillit är en viktig komponent i ett fungerande samarbete. Barnmorskor kunde ha negativa erfarenheter av interaktionen med doulor eller att arbeta med doulor och hade hört liknande berättelser av kollegor. Det kan vara så att de doulorna inte har agerat så professionellt eller har agerat fel. Men om doulor och barnmorskor arbetar tillsammans som ett team fördubblar man stödet vid förlossningen och det resulterar i positiva förlossningsresultat. (Ahlemeyer & Mahon, 2015, s.123)

Förlossningspersonalens förståelse för doulans roll, förbättrar vården för de kvinnor som väljer att ha en doula. De fyller gapet som inte barnmorskan kan fylla, kontinuiteten av att vårda endast en kvinna och en förlossning. Samtliga i förlossningspersonalen borde bli bättre instruerade i

doulornas roll och nytta, eftersom de tillsammans kan nå nya mål, tillit till varandra, teamarbete och förbättra patientcentrerat arbete och ge positiva upplevelser åt både föräldrarna och varandra. (Ahlemeyer & Mahon, 2015, s.126–127)

Robin Gray-Reed (2012 s.50–51) skriver om sina upplevelser både av att vara doula, bli barnmorska och samarbeta med både doulor och barnmorskor. Gray-Reed började först som doula och kom ofta i kontakt med barnmorskor på sina uppdrag. Hon beskriver sitt första doulauppdrag som positiv tack vare barnmorskans positiva attityd till henne. Hon kände att hennes närvaro var behövd och att barnmorskan värderade henne högt. Gray-Reeds positiva upplevelser av förlossningsarbete och barnmorskorna gjorde att hon också ville bli barnmorska och nu som barnmorska föredrar hon att arbeta tillsammans med doulor. Hon vet att föderskan är i goda händer och barnmorskan hinner bättre med sitt arbete

Ballen och Fulcher (2006 s.308–309) undersökte effekter av doulastöde vid förlossningen. Doulans roll och samarbetet med barnmorskan diskuteras, vilken nytta ett effektivt samarbete har. Både doulan och barnmorskan har viktiga roller för att uppnå bra förlossningsresultat. De kan öka både varandras arbetstillfredsställelse och patientens tillfredsställelse. Doulan underlättar för barnmorskan på många sätt, bland annat genom att stöda och hjälpa föräldrarna och hjälpa mamman att ta initiativ till amning. Doulan kan även vara en viktig informationskälla för barnmorskan om barnmorskan nyligen börjat sitt arbetsskift.

En fungerande kommunikation och ömsesidigt förstående av varandras arbetsuppgifter är viktigt för samarbetet. Det underlättar om barnmorskan tar initiativet till kommunikation med doulorna och speciellt med mindre erfarna doulor. Barnmorskan kan klargöra för doulan hur hon kan hjälpa och andra saker som kan ha vikt i förlossningen för mamman. Doulor uppskattar vägledning, feedback och samarbete. En erfaren doula uppskattar diskussioner med förlossningspersonalen, vilket kan leda till en god stämning och relation. Kunskap om varandras roller ger ömsesidig respekt. (Ballen & Fulcher, 2006, s.309–310)

Doulastöd är det som idag kan komplettera förlossningsvården. Därför är förståelse, acceptans och uppskattning av varandras roller viktiga, och dessa ökar vartefter de lär känna varandra och utvecklar ett arbetssamarbete. (Ballen & Fulcher, 2006, s.310)

I en kvalitativ studie utförd i Australien undersöktes doulans och barnmorskans syn på doulans roll. 11 barnmorskor och 6 doulor deltog i studien. Doulorna beskrev sig fylla tomrummet av kontinuiteten i vården, kunna föra parets talan och att alltid närvara vid förlossningen. Barnmorskorna såg det som en nackdel att inte kunna ha samma kontinuitet i vården, eftersom de inte fick samma möjlighet att bygga upp en lika bra vårdrelation med kvinnan. Barnmorskan kände också att doulan tar deras roll från dem, att vårdsystemet där inte lät dem fullgöra sitt arbete. Detta kunde även påverka relationen mellan barnmorskan och kvinnan negativt. Barnmorskorna kände sig ibland som inkräktare i en förlossning om de kände att doulan och kvinnan redan hade en bra relation. (Stevens, Dahlen, Peters & Jackson, 2011, s.511–512)

Ibland kunde barnmorskan uppleva att doulan manipulerade föderskan att inte lita på barnmorskan, i syftet att skydda kvinnan. Barnmorskorna kände att doulan tog över vårdandet. Detta kunde göra att barnmorskan kände sig sårbar, eftersom hon ändå hade ansvaret över förlossningen och mammans och barnets välmående. Doulan i sin tur kunde uppleva sig dåligt bemötta och ignorerade under förlossningen. Även om det fanns konflikter kunde man se att det fanns potential för ökat samarbete eftersom båda parterna strävade efter samma resultat, men vårdsystemet i Australien var inte optimalt. (Stevens, et al., 2011, s.512–513)

Värdegrunden och vårdrelationen vid barnafödande

Människosynen är central i vårdandet. I vård av födande kvinnor är det kvinnan, barnet och familjen som är i fokus. Den gravida kvinnan har ett värde genom att hon finns till. Patientens integritet bevaras genom ett gott bemötande och tillfredsställelse av hennes behov. Man behöver kunna möta upp de olika, unika behoven. God vård och helhetssyn innebär att man ska den

födande kvinnan som en helhet av kropp, själ och ande. Det centrala i allt vårdande är att främja hälsan. Eftersom kvinnan är i ett sårbart skede av livet vid förändringen att bli mamma är barnmorskan en viktig person i hennes liv. Sättet att vårda och bemöta kvinnan och partnern kan påverka upplevelsen av moderskapet, barnet och förlossningen. Den vårdande relationen utgör en viktig bas för vårdandet. Ömsesidig öppenhet är en förutsättning för en bra vårdande relation. Vårdrelationen är det trogna redskapet i vårdandet, som framförallt hjälper och upprätthåller hälsan. Barnmorskan (och också doulan) är också beroende av kvinnan, eftersom det är med hennes vilja allt lyckas. (Berg, 2010, s. 31, 33, 34–35)

Metod och genomförande

Metodavsnittet i en studie ska redogöra för en tydlig beskrivning av studiens upplägg och tillvägagångssätt (Kristensson, 2014, s.18). Detta examensarbete har gjorts som en kvalitativ intervjustudie. I följande kapitel beskrivs genomförandet av studien. Datamaterialet består av semistrukturerade intervjuer där Folkhälsans doulor utgör informanter och analysen görs med innehållsanalys och induktiv ansats.

Den kvalitativa forskningen har som mål att tolka och förstå olika fenomen. Kvalitativ forskning undersöker fenomen genom att se på människans egna upplevelser, erfarenheter, ord eller genom att observera beteenden hos människan. Den kvalitativa forskningsmetoden vill karaktärisera något specifikt genom att ta fram meningsfull information kring det. Syftet med kvalitativa studien är att hitta kategorier, beskrivningar eller modeller som bäst beskriver ett fenomen eller sammanhang som finns runt om kring oss. (Olsson & Sörensen, 2011, s.106)

Val av informanter

Fyra doulor från Folkhälsan har intervjuats. Jag tog kontakt med koordinatören för douloverksamheten som sedan frågade doulorna vilka ville ställa upp på en intervju. Alla doulor är kvinnor över 25 år gamla. Jag hade önskemål om att informanterna skulle ha varit på något doulauppdrag på sjukhuset och på så sätt kommit i kontakt med barnmorskor. Att gå via Folkhälsan kändes som ett klart val, främst för tillgängligheten och för att det skulle ske på ett så korrekt sätt som möjligt.

Semistrukturerade intervjuer

Intervjuer kan vara olika strukturerade beroende på hur mycket man själv vill styra intervjun. Intervjuerna ska ge den information och svar som respondenten är ute efter. Informanten ska känna sig hörd och få tala till punkt. (Olsson & Sörensen, 2011, s.132–133)

I det här examensarbetet är intervjuerna semistrukturerade, alltså informanten har själv möjlighet att berätta mer fritt utöver frågorna men alla informanter får samma frågor. Frågorna är öppna och behöver inte nödvändigtvis ställas i ordningsföljd till alla och det finns även utrymme för att ställa följdfrågor. För intervjuare gäller det att vara lyhörd för informantens gränser och ha ett gott minne för att kunna återkomma till det som sagts och kunna be dem om förtydliganden om det behövs. (Kristensson, 2014, s.134–135)

Intervjuguiden bör vara högst en A4 och fungerar bara som ett stöd, och därför bör intervjuaren vara väl förberedd för intervjun och vara påläst om ämnet. Vid intervjutillfället ska man informera informanten om intervjun, studien och om hur informationen kommer att användas. Då man gett information kan man be om ett skriftligt samtycke av informanten. (Danielson, 2012, s. 167–169)

Frågorna i en semistrukturerad intervju ska sträva efter att ge uttömmande svar, och detta ökar förutsättningen för att få ett djupt material. Frågorna i en intervjuguide ska följa syftet och frågeställningarna och svarar på syftet och frågeställningarna. Innan man går ut och intervjuar de riktiga informanterna är det viktigt att göra en eller två provintervjuer där man testat frågorna på

någon annan person för att se om intervjuguiden fungerar och för att öva sig som intervjuare. Jag prövade intervjun på en bekant person och frågorna blev därefter oförändrade. Intervjuerna bandas in med informantens tillåtelse för att underlätta transkriberingen och undvika direkta tolkningar. (Kristensson, 2014, s.135–136,139, 141)

Efter intervjuerna utförts transkriberades intervjuerna ordagrant. Pauser och känslor skrevs också ut. Intervjuerna skrevs ut oidentifierat, vilket innebär att inga namn eller platser skrivs ut utan jag ersatte dem med ett X och därefter förtydligande inom parentes till exempel med (sjukhuset) (Kristensson, 2014, s.140).

Jag intervjuade fyra doulor som gärna ville ställa upp som informanter. Intervjuerna skedde på en gemensamt överenskommen plats, där vi hade möjlighet att träffas. Intervjuerna varade mellan 15 till 35 minuter. Informanterna hade möjlighet att berätta mer fritt hur det kände kring samarbetet. Intervjuguiden, informationsbrevet och det skriftliga samtycket kan ses i Bilaga 1–3. Jag fick tillåtelse att banda samtliga intervjuer och bandningen skedde med hjälp av telefon. De transkriberade intervjuerna blev allt från 3–6 A4 sidor långa. Materialet fördes över på en USB-sticka efteråt. De inspelade intervjuerna har förvarats så att ingen kunde få tag på dem efter att transkriberingen var utförd.

Kvalitativ innehållsanalys

Då intervjuerna är genomförda och transkriberade läser man igenom intervjuerna och börjar analysera innehållet (Kristensson, 2014, s.143). Kvalitativ analys kan ha flera syften enligt Flick (2014). Det första kan vara att beskriva ett fenomen till exempel subjektiva erfarenheter, interaktioner och sociala situationer. Fenomen kan beskrivas mer eller mindre detaljerat. Denna analys kan även riktas in på att jämföra flera fall för att reda ut vad som skiljer dem åt eller vad de har för samband. Det andra syftet kan då vara att hitta förklaringar till skillnaderna eller likheterna man hittat. Det tredje syftet med kvalitativ analys kan vara att skapa en teori utifrån det fenomen som forskaren studerat. (Fejes & Thornberg, 2015, s. 35). I detta examensarbete är syftet det först nämnda, att få en inblick i hur samarbetet mellan doulor och barnmorskor fungerar och att ta reda på om det finns något som kan förbättras.

Materialet valdes utgående från lämplighet, syftet och frågeställningarna. Analysen kan ske på två sätt. Analysen sker induktivt genom att utgå ifrån innehållet i texten eller deduktivt genom att utgående ifrån en teori eller modell (Danielson, 2012, s. 335). I detta examensarbete analyseras texten med ett induktivt arbetssätt, jag utgår alltså ifrån innehållet i intervjuerna.

I en kvalitativ analys av data sker en process där forskaren systematiskt läser, undersöker och arrangerar sitt insamlade datamaterial för att sedan komma fram till ett resultat. Innehållsanalysen är en form av analys där man vill granska dokument systematiskt och så objektivt som möjligt. Då arbetar forskaren endast med insamlat data och organiserar det och därefter bryts det ner i mindre hanterbara delar. Därefter bildas kategorier eller teman. (Fejes & Thornberg, 2015, s. 35., Elo & Kyngäs, 2008, s.107–108). Jag kodar sådant i texten som är av betydelse för min studie och svarar på syftet, och om det förekommer flera bitar i texten med likadan kodning och som har samma innebörd har man hittat en kategori.

Kodningen skedde på så vis att viktiga bitar i texten och sådant av betydelse för syftet och frågeställningarna streckades under i texten vid genomläsningen av intervjuerna. Utgående från syftet söktes kategorier och också underkategorier genom att koda det som var av betydelse. Ord som användes vis kodningen var samarbete, negativt, positivt, förbättringar och ställning. Beskrivande och användbara citat plockades ur texten för att bättre kunna beskriva fenomenet i resultatet. Citateten blev utklippta i pappersremсор som samlades i kategorier för gemensamma ämnen och därifrån kom de funna kategorierna.

I detta examensarbete utförs en manifest innehållsanalys, i och med att jag i resultatet utgår ifrån det informanterna sagt. Manifest innehållsanalys fokuserar på textmaterialet och innehållet i texten. Latent innehållsanalys fokuserar på vad texten handlar om och forskaren gör således en

tolkning av det som står mellan raderna, men man får inte glömma att i båda typerna av ansats gör forskaren egna tolkningar till viss del. (Olsson & Sörensen, 2011, s.209–210)

Etiska aspekter

Innan man påbörjar en studie bör man göra etiska överväganden inför och under en bearbetning av ett vetenskapligt arbete. Etiska överväganden sker genom hela examensarbetet, från valet av ämne till rapporteringen av resultatet. För att försäkra sig om att allt sker på rätt sätt kan forskaren ta hjälp av etiska principer. Principerna fungerar som vägledande hjälp och stöd vid handlingar i forskningsprocessen. (Kjellström, 2012, s. 70–71)

Först och främst bör man överväga om studien är till nytta. Man bör överväga vilka begrepp som används och att man gör korrekta översättningar. Olika metoder har sina egna forskningsetiska problem. (Kjellström, 2012, s. 76, 85–86)

Denna studie kan vara till nytta för oss blivande barnmorskor för att få inblick i hur vi kan förbättra samarbetet då vi kommer ut i arbetslivet, men också doulor och barnmorskor som nu är verksamma får kunskap om samarbetet. Jag tyckte det skulle vara intressant att ta reda på hur samarbetet fungerar mellan doulan och barnmorskor för att vi som blivande barnmorskor då kan optimera vårt arbetssätt så ett fungerande samarbete främjas. Just därför anses studien komma till nytta.

I Finland finns Forskningsetiska Delegationen (TENK) som tillhandahåller god vetenskaplig praxis (GVP) och hur man bör agera vid avvikelser och kan vägleda respondenten genom hela forskningsprocessen. Oredlighet och försummelse räknas till avvikelser från etiska principer. Till oredlighet räknas till exempel förfalskning, plagiering och stöld. Dessa innehåller att presentera eller förfälska information och att presentera den som sin egen. Med försummelse menas grov underlåtenhet och vårdslöshet i forskningens olika delar till exempel att hantera forskningsmaterial på ett osäkert sätt. (TENK, 2012, s.16, 20–21)

Detta examensarbete har framförallt etiska överväganden vad gäller informanternas säkerhet. Innan man samlar in information av informanter ska man överväga nytta och risker och se till att deltagarna skyddas under lärdomsprovets process. Risker kan till exempel vara att information om deltagare läcker ut. Informerat samtycke ska skrivas under av informanterna vid intervjuer, och därför kan informanten när som helst avbryta. Detta säkerställer att informanten velat delta i studien. För att informanten ska kunna skriva under behöver informanten få information om studien. Informanterna i denna studie har fått information både muntligt och skriftligt. Valet att delta i studien har varit frivilligt och utan tvång. (Kjellström, 2012, s. 79-80,82-84)

Informationen som informanten får innan intervjun bör behandla syftet, vad studien handlar om och vad som är målet med studien. Kontaktinformation ska också finnas med ifall informanterna funderar över något i efterhand. Det är viktigt att berätta för informanterna att de inte kommer fram på något identifierbart sätt i studien. (Kjellström, 2012, s. 84–85)

Jag nämner i informationsbrevet på vilket sätt de kommer fram information om dem. Information om informanterna är att de är doulor från Folkhälsan, deras åldersgrupp och kön. I informationsbrevet utlovas att materialet också behandlas konfidentiellt.

Konfidentialitet är då man värnar om individers och deltagares känsliga uppgifter och personuppgifter eller uppgifter som gör det möjligt att identifiera deltagaren. Man ska med andra ord se till att uppgifterna behålls privata och att ingen får tag i dem. Speciellt intervjuer är känsligt material, och det är därför viktigt hur man förvarar dem så de inte sprids till andra obehöriga och att man förstör materialet senare och att man raderar inspelade intervjuer. Anonymitet innebär att ingen, inte ens forskaren känner till deltagarens identitet, detta kan därför inte utlovas eftersom jag intervjuat informanterna och på så sätt känner till dem. Konfidentialitet upprätthålls då data redovisas på ett sätt så att de inte kan återföras eller kännas igen av en enskild person. (Kjellström, 2012, s. 86–87)

Noggrannhet i användningen och bevaringen av data har varit viktigt genom hela forskningsprocessen. Då analysen av materialet var klar och det som var av betydelse plockats ut, förstördes alla pappers dokument så ingen obehörig skulle få tag på dem. Dokumenten har sparats på en USB-sticka tills studien var klar och skall raderas efteråt.

Resultatredovisning

Resultatet utgår från de kvalitativa semistrukturerade intervjuerna med de fyra doulorna. Dokumenten har analyserats med hjälp av innehållsanalys och resultatet framförs nedan i de sex funna kategorierna. Kategorierna beskriver doulornas och barnmorskornas samarbete under förlossningen ur doulornas synvinkel. Kategorierna indelades nedan i: *Ett fungerande samarbete, Kommunikation, Till nytta och en hjälpande hand, Negativa upplevelser, Doulans ställning under förlossningen* och *Doulans önskan på förbättringar*. Kategorierna indelas dessutom i underkategorier för att lättare åskådliggöra de funna fenomenen. Nedan åskådliggörs kategorierna i en tabell för lättare få ett grepp om resultatet.

Tabell 1. Översikt av resultat

Kategori	Underkategori
Ett fungerande samarbete	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ett bättre samarbete ○ Kontinuitet
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kommunikation som metod ○ Medling
Till nytta och en hjälpande hand	<ul style="list-style-type: none"> ○ Att vara till nytta ○ En hjälpande hand
Negativa upplevelser	<ul style="list-style-type: none"> ○ Samarbetet med barnmorskan ○ Barnmorskan ignorerar eller lyssnar inte
Doulans roll under förlossningen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Doulans roll ○ Mer stödperson än kollega
Doulans önskningar om förbättringar	<ul style="list-style-type: none"> ○ Feedback ○ Träffar ○ En förberedande information åt barnmorskan ○ Tips till barnmorskorna

Ett fungerande samarbete

Under rubriken *Ett fungerande samarbete* presenteras två under kategorier. *Ett bättre samarbete* och *Kontinuitet*. Informanterna hade många upplevelser att dela med sig av kring samarbetet med barnmorskorna för att beskriva hur det fungerar i praktiken.

Ett bättre samarbete

Informanterna var alla ense om att det nuförtiden finns ett samarbete med barnmorskorna under förlossningen, men att det inte alltid varit så. Samtliga informanter uppgav scenarion som hänt tidigare då de varit doula som behandlade otrevliga möten och händelser med barnmorskor på förlossningen.

”Nu förtiden finns det, men då i början de där första gångerna så då ville de inte alls ha oss där, det kände man nog.”

”Jag tycker samarbetet har börjat fungera så pass bra nu de här senaste förlossningarna jag varit med på. Att i början var det nog väldigt så här att man som doula skulle gå ut ur rummet då de kom och undersökte, vilket ju är helt fel.”

Informanterna beskrev att samarbetet har förbättrats med barnmorskorna, men att det var katastrofalt i början och att de då också kände sig ovälkomna på förlossningarna. Det verkade som

att förståelsen och mottagandet förbättrades, vartefter kunskapen om varför doulan närvarade vid förlossningen ökade hos barnmorskorna. På så sätt blev doulorna mer välkomnade med tiden. Informanterna menade att samarbetet förbättrats märkbart senaste ett- ett och ett halvt åren. Nu kände alla informanter sig mestadels väl bemötta och välkomnade när de anländer till förlossningen.

Kontinuitet

Informanterna beskrev att det underlättade att vara doula vid en förlossning med en positivt inställd barnmorska. Bland annat nämndes att samarbetet fungerade bra om de kom att arbeta tillsammans med en barnmorska de kände till från tidigare eller arbetat med tidigare och de visste vad doulornas uppgifter var. Då visste båda parterna vad de kunde tillföra i förlossningen och samarbetet flöt på bra.

”Det är ju en glädje då man kommer in i en förlossningssal och ser att nu är det den barnmorskans. Då vet man att det flyter på, de vet min roll och vad jag kan hjälpa till med och jag vet hur de fungerar. Om man känner barnmorskans från tidigare känns det ju tryggare”

”Nu har det nog bara vara varit glada minner då man kommit. Vissa barnmorskor har man samarbetat med flera gånger.”

Det kändes helt enkelt tryggt för doulorna då de visste att samarbetet kommer att löpa med barnmorskorna och på så sätt löpte även förlossningen bättre, eftersom mammorna märkte att doulorna och barnmorskorna visste vad de håller på med.

Kommunikation

Detta tema har valts för att alla informanterna beskrev hur samarbetet i sig fungerar och vad samarbetet består av. Alla informanter nämnde vikten av kommunikation i samarbetet. Temat har två kategorier: *Kommunikation som metod* och *Medling* som presenteras nedan.

Kommunikation som metod

Vikten av god kommunikation framkom många gånger i informanternas svar. Kommunikationen var kärnan i samarbetet mellan doulan och barnmorskans. Om kommunikationen fungerade bra så fungerade samtidigt samarbetet och förlossningen löpte på bra. Även om det var mammans önskningar som de skulle föra fram till barnmorskans behövde denna kommunikation fungera för att förlossningen och doulans huvudsakliga arbete under en förlossning skulle bli av.

”Som bäst är det just så att barnmorskans är medveten om och vet att vi har pratat länge och väl på förhand om de här sakerna som mamman önskar. Om mamman då är i sin egen lilla bubbla på förlossningen och inte säger så mycket så kan det komma en sådan situation att då jag framför att det här har det varit på tal om tidigare så att det då faktiskt tas som ett meddelande från vad mamman velat och har önskat om och inte något som jag hittat på och tycker om och skulle vilja ha. Om det fungerar så tycker jag att det är då som samarbetet fungerar som bäst.”

”Då tycker jag man kan diskutera sånt man inte kan säga direkt åt föderskan så kan man diskutera med barnmorskans om hon misstänker att barnet ligger vidöppet eller något så vill man ju heller inte skrämman mamman om hon vet vad det betyder men då kan jag med den informationen pröva lite saker som skulle hjälpa då i den situationen. Som just om jag står och värmer nå rispåsar eller något i korridoren kan barnmorskans komma och tipsa en om sånt. Informationen kan vara bra för mig att veta så jag kan använda rätt akupunkter eller metoder jag vet kan hjälpa. Om den kommunikationen fungerar mellan barnmorskans och mig så är samarbetet som bäst, att jag liksom vet varför det tar så länge eller dylikt.”

Kommunikationen kunde även vara ordlös eller på något vis ske i tysthet och underlätta under förlossningen.

“Vi som doulor är ju hela tiden där inne i rummet och då ser man ju hela tiden hur mamman betar sig och hur hon mår och känner sig. Så mycket sådan kommunikation är det och lite sån här ordlös kommunikation många gånger har det blivit nu efter det att det här samarbetet har börjat flyta på bättre.”

Medling

Informanterna berättade att det ofta handlade om att de behövde medla mellan barnmorskan och föderskan, och att det hjälpte barnmorskans arbete om hon inte nådde fram till föderskan själv. Det kunde var allt ifrån att förmedla det barnmorskan sade åt föderskan till att förhandla om mammans önskingar med barnmorskan. Informanterna menade att medlandet många gånger underlättade för både barnmorskan och föderskan.

“I det fallet gick barnmorskans uppmaningar via mig eller barnmorskan prata liksom via mig till mamman, eftersom mamman var lite sluten i situationen då just och jag nådde bättre fram till mamman än vad barnmorskan gjorde. Så det var väl egentligen det som var kärnan i samarbetet då just.”

“Mamman har ju mycket annars att tänka på och är ofta smärtpåverkade så det kan ju va att det finns sånt som barnmorskan lättare kan diskutera med doulan än vad de kan göra med mamman och så får doulan efteråt förmedla vidare till mamman.”

“Mammor har ju berättat hur de vill ha sin förlossning åt oss och om mamman inte kan förmedla det så kan jag medla det åt barnmorskan.”

“Då kan det komma en sådan situation där man nästan måste förhandla med barnmorskan.”

Barnmorskan kan använda termer och språk inte föderskan förstår och då kan doulan medla så budskapet går fram till föderskan.

“Speciellt om barnmorskan pratar invecklat språk eller med svåra termer så kan det vara att jag hjälper barnmorskan att förklara på ett lättförståeligare sätt.”

Till nytta och en hjälpande hand

Denna kategori delas upp i *Att vara till nytta* och *En hjälpande hand*. Informanterna var ense om att det var till nytta och behövdes på förlossningen och att det underlättade barnmorskornas arbete, speciellt om samarbetet fungerade bra mellan doulan och barnmorskan, så hade barnmorskan stor nytta av doulan. Hjälpen kunde vara praktisk och underlättande med tanke på doulornas närvaro. Främst med tanke på att barnmorskorna har mycket att göra och är stressade, upplevdes doulan vara till hjälp.

Att vara till nytta

Barnmorskorna har mycket jobb och ska hinna med mycket mera än doulorna. Informanterna märkte också att de fanns barnmorskor som kände sig lättade över en förlossning som hade en doula närvarande. Då visste barnmorskan att de har någon där som lugnar föderskorna och barnmorskan behövde inte springa till rummen hela tiden, och mammorna ringde därmed på klockan mindre. Informanterna hade alla känt av att barnmorskorna hade mycket jobb och tyckte det var bra de kunde underlätta för barnmorskorna och detta beskrev informanterna som samarbete då de kände sig behövda.

“Speciellt med tanke på att barnmorskorna har mycket arbete tycker ja vi kompletterar bra genom att barnmorskan vet att vi är där och håller mammorna lugna.”

”Och just det att man masserar ju och sånt och då förlöper ju hela förlossningen mycket bättre också då mamman hålls lugn och avslappnad. Och på det sättet hjälper vi ju också barnmorskan, att de inte behöver springa till mamman hela tiden, de vet att där är ju någon. Föräldrarna kanske inte behöver ringa lika mycket på knappen då de har någon med sig som kan lugna dem.”

Vid barnmorskornas skiftesbyten tyckte informanterna att det var speciellt bra att de varit närvarande hela tiden och att detta bevisade för barnmorskorna att de var där helt på mammans villkor. Hälften av informanterna nämnde att detta gav barnmorskorna tilltro till att de var där för mamman och kunde därför mer tro på doulans uppgifter och avsikter.

”om såna situationer där det blir väldigt långa förlossningar och då byter ju skiftena men jag är ju där hela tiden...Och det är bra då barnmorskorna ser att där faktiskt finns någon, då verkar de få mer tilltro att man faktiskt är där helt seriöst och att man är där för kvinnan.”

”Så på det viset känns det som barnmorskorna har börjat ta oss mer på allvar och ser att vi gör nytta, för mammorna hålls mycket lugnare då någon är där med hela tiden.”

En av informanterna berättade om att barnmorskor kan vara doulade av sig men inte behöver vara det då doulan är med, och att hon ibland märkte att barnmorskan skulle ha gjort precis som henne själv om hon inte varit där. Samarbetet var då en positiv upplevelse.

”Det var en barnmorska som sa att hon är mer doulade av sig då inte någon doula är med på förlossningen, för då jag är där vet hon att jag sköter det och det var ett jättebra samarbete och hon tackade mig också efteråt. Man märkte att hon skulle ha gjort precis som jag hade gjort om jag inte varit där.”

En hjälpande hand

Informanterna upplevde att de ofta kunde vara till praktisk hjälp för barnmorskorna under förlossningen. Att det inte var stora saker de hjälpte till med, men att det förekom och att de upplevde det som positivt att de kunde hjälpa till då det behövdes, speciellt då de visste att barnmorskorna hade det stressigt. Doulorna var i alla fall på plats och kunde hjälpa till där det behövdes.

”För barnmorskan händer det ju nog lätt att de behöver något ur skåpet och att man som doula är som en extra hand.”

”Om barnmorskan har bett mig hjälpa henne med någon sak har jag gjort det, till exempel att hålla benet eller hålla upp ryggen på mamman eller såna saker.”

Det var speciellt de gånger då barnmorskorna hade mycket arbete, i akuta situationer eller det varit lite personal som doulorna var till stor praktisk hjälp. Nattskiftena var exempelvis gånger det kunde vara stressigt för barnmorskorna och då doulorna behövde hjälpa till. Då kan man fundera om doulorna gör mer än de borde och om de tar det som är meningen.

”Om det är brådiskande och så är det helt okej att barnmorskorna använder mig som hjälp där, för det har hänt sig att mamman behövt fara på snitt och då har jag varit där och hjälpt med till exempel att föra mamman till operation, och sedan upp med babyen efteråt fast det i normala fall borde vara två barnmorskor. Så att vi kan hjälpas åt är bra för nog ser man ju att barnmorskorna har fullt upp där, och speciellt på nattskiftet. Så man hjälper ju till var man kan.”

Negativa upplevelser

Trots att samarbetet med barnmorskorna blivit bättre kom det fram i samtliga intervjuer att det inte alla gånger fungerar bra. De flesta informanter hade själv varit med om gånger då de inte känts sig välkommen eller att samarbetet inte alls fungerat som det ska. En informant hade inte själv varit med om något negativt men hade hört berättelser av sina doulavänner. Vad de negativa

upplevelserna av samarbetet kan bero på delas upp i två underkategorier; *Samarbetet med barnmorskan* och *Barnmorskan ignorerar eller lyssnar inte*.

Samarbetet med barnmorskan

Det verkar som att det beror på vilken barnmorska en doula kommer att samarbeta med, som avgör hur samarbetet blir under förlossningen. Informanterna sade att personkemin inte fungerar alla gånger eller så beror det på vad barnmorskan går med på och inte tillåter under förlossningen. Informanterna berättade att det finns barnmorskor som är mer samarbetsvilliga än andra och att det fanns de som inte var beredda på förändring. Ibland var det de, som var inställda på medicinsk smärtlindring, som var svåra att samarbeta med. Det var så olika på barnmorskorna hur beredda de var på att samarbeta beskrev informanterna i sina svar. Det var främst äldre barnmorskor som var skeptiska till samarbete och förändring.

”Alla barnmorskor är inte intresserade av att använda såna saker jag använder. Om alternativen är att ge aquakvaddlar eller ger man epidural så är inte så många alternativ medan jag då har min verktygsväska där jag har massor med saker som kan hjälpa innan de tar till sånt.”

”Det är väl främst de äldre barnmorskorna som är självsäkra på att jobba ensamma som vill ha ett lugn i förlossningsrummet som är lite mer känsliga då doulor är med.”

Informanterna kunde även se det som att vissa av barnmorskorna tyckte doulorna var krävande och att föräldrarna kom att vara krävande under förlossningen. En del barnmorskor upplevdes som att doulan skulle störa under förlossningen och göra föderskan olydig. Informanterna medgav att dessa fenomen kunde bero på att barnmorskorna var så inrutade i sina rutiner, att de glömde vad som var viktigt.

”Sedan har det kunnat vara några gånger att med den jag samarbetat tidigare att hon kanske ser doulan som att ’Oj nej, nu kommer de här föräldrarna att vara krävande’ för att barnmorskan vet att jag faktiskt försvarar de där föräldrarna och deras önskemål.”

”Nog har det ju varit situationer var det här kanske någon tycker att man stör dem eller att mammorna inte lyder barnmorskorna lika bra om doulan är med. Om det nu är det som den födande kvinnan ska göra; lyda en barnmorska. Såna vibbar kan man få emellanåt.”

Barnmorskan ignorerar eller lyssnar inte

I flera av de tråkiga fallen handlade det om olika attityder till doulan bland barnmorskorna, om de var negativt inställda till doulan eller om de var allmänt skeptiska. En av informanterna tog även upp att doulan kunde bli ledsen å mammans vägnar, att de kunde bli ignorerade både mamman och doulan och då fungerade ju inte doulans uppgift över huvud taget och därmed inte samarbetet heller.

”Det har oftast att göra med att jag blir ledsen å mammans vägnar, att om barnmorskan är väldigt så här; ’Nu tycker jag vi gör som jag säger’.”

”De lyssnar inte på mig eller mamman, jag för ju mammans talan men ändå kan det vara svårt för dem att höra oss.”

”Säkert är barnmorskorna stressade och sedan kanske de har sådan attityd att ’jag vet bättre’ just det att få föda i en viss ställning så får jag alltid den känslan att varför får mamman inte prova på alla fyra eller något annat.”

Flera informanter beskrev att det är upp till barnmorskan om de är villiga att samarbeta med doulan, att det är en attitydfråga hos barnmorskorna vad de tycker om doulorna.

Doulans roll under förlossningen

Doulans ställning och roll är en sak som verkar vara oklar hos flertalet barnmorskor, på grund av att samarbetet inte alltid löper smärtfritt. Informanterna upplevde trots allt att de sågs som stödpersoner mer än kollega och att det var det som de önskade, men att det var deras uppgift och roll som då verkade oklar vissa gånger. Trots att doulaverksamheten blivit så vanlig så var det likväl som att en del barnmorskor inte visste var doulans plats i förlossningen var. Detta var en bidragande orsak till att samarbetet mellan doulan och barnmorskan blev lidande. Nedan summeras två underkategorier; *Doulans roll* och *Mer stödperson än kollega*.

Doulans roll

Doulans ställning till barnmorskan kunde ibland missförstås eller vara oklar. Missförstånd och förutfattade meningar kunde vara orsakerna. Att doulan känner sig i vägen under förlossningarna har även förekommit.

“Folk kan missförstå varandra, tror att doulan är lite sådär att ‘Här kommer jag! Du vet ingenting fast du är utbildad barnmorska. Här är det jag som bestämmer’ ungefär. Barnmorskorna tror kanske ibland att vi är så men är ju där för att hjälpa mamman, och inte för att förstöra eller ta plats.”

“Så det är som i vissa fall som barnmorskan har lite svårt att veta var de ska ha doulan helt enkelt, att doulans roll verkar oklar.”

Mer stödperson än kollega

Informanterna upplevde sig mer som en stödperson än kollega. Visst var det viktigt att samarbetet fungerade men det var i huvudsak stödperson för mamman de var. Barnmorskorna har börjat förstå att de är där för mammorna och att doulorna faktiskt gör det bra, kanske till och med att barnmorskorna skulle vilja kunna göra det samma; att stödja mera. Ibland upplevde informanterna att barnmorskorna var rädda att doulorna tog av deras arbete eller att de tyckte doulorna kom och hade någon egen agenda.

“Nå då det är som bäst är det ett samarbete som fungerar, där alla parter inser att vi är där för mamman och paret. Och det att man koncentrerar sig på sina egna uppgifter, för det är ju helt klart att jag inte är barnmorska. Jag är inte där för att göra det arbetet. Ibland märker man kanske att barnmorskorna tror att man är där för att ta deras uppgifter på något vis”

“Men nog är det ju en väldig hierarki i den arbetskåren, så att ibland ifrågasätts det kanske lite att ‘Vad man nu är där och gör egentligen?’ och kanske just det att om barnmorskorna tror vi är där för att köra vår egen agenda på något vis så då kan det uppstå situationer där man blir lite illa till mods emellanåt.”

En informant beskrev deras ställning och på samma gång samarbete med barnmorskorna kortfattat och lätt:

“För mig är det liksom att jag jobbar högre upp, barnmorskan där nere och så möts vi någonstans på mitten.”

Doulans önskingar om förbättringar

Nedan presenteras det informanterna önskat och tyckte skulle kunna gå att förbättra i samarbetet mellan doulorna och barnmorskorna under förlossningen. Informanterna medgav att det fanns sådant de gärna tyckte skulle kunna förbättras i samarbetet. Jag har valt att kategorisera önskemålen enligt; *Feedback*, *Träffar*, *En förberedande information till barnmorskan* och *Tips till barnmorskorna*.

Feedback

Alla informanter var ense om att någon form av feedback av barnmorskorna vore bra att få. Det skulle bidra till förbättring av samarbetet. Feedbacken kunde vara i form av konstruktiv kritik om vad som kunde varit bättre och positiv feedback. Informanterna var intresserade av att veta vad som de gjorde bra och dåligt. Informanterna påpekade även att barnmorskornas stressiga arbete kunde vara ett hinder för att kunna ge feedback, men att det bara skulle kunna vara en snabb diskussion efter förlossningen och innan doulan åker därifrån i så fall.

”Men feedback av barnmorskorna kunde vara en sak, för vi har inte fått det hittills. Det skulle vara trevligt att få, att till exempel efter förlossningen att barnmorskan skulle ge feedback efteråt.”

Träffar

I och med att samarbetet löpte bättre om barnmorskorna var bekanta och positivt inställda, menade informanterna att någon form av träffar med barnmorskorna skulle kunna förbättra samarbetet. Träffarna kunde vara en gång i året där man diskuterade året som varit och att man sätter sig ner tillsammans och funderar över varandras roller och ny forskning som eventuellt kan komma till nytta i praktiken. En informant poängterade att man borde arbeta tillsammans för att förbättra förlossningen och att veta den nyaste forskningen kan hjälpa till, eftersom mammorna idag är mycket pålästa. Detta uppfattas som att doulorna blir bovarna då de kan upplevas som krävande av barnmorskorna, eftersom det egentligen är mammorna som blivit mer krävande och pålästa. Doulorna och barnmorskorna skulle med andra ord dela ny forskning och rön med varandra och således kunna förbättra samarbetet och öka passionen att förbättra och förnya sig.

”om man kunde sätta sig ner en gång i året eller vartannat år som doulorna...och barnmorskorna och liksom lite diskutera ’vad gör du? vad gör jag?’ och det tror jag redan skulle hjälpa mycket... Att man skulle kunna dela nya rön mellan varandra för det finns ju massor med evidensbaserad forskning som tyder på att det är bättre att göra på något annat sätt och det är väldigt svårt som doula att ta upp sånt, speciellt vid en förlossning.”

En förberedande information till barnmorskan

En informant föreslog att det skulle kunna finnas en tidig kontakt mellan doulan och barnmorskan. Det kunde vara i form av ett brev, att det till exempel i förlossningsbrevet skulle finnas en punkt ’doulans ställning i kommande förlossning’ eller dylikt, och inte enbart att en doula kommer att närvara.

Tips till barnmorskorna

Informanterna gav små önskningar om förbättringar i intervjuerna. Sådant som mer eller mindre borde vara självklara men inte är det alla gånger. Till exempel berättade samtliga informanter att de kände mamman bättre än barnmorskorna, eftersom de spenderat mer tid med dem innan förlossningen och vet vad mamman vill och önskar. Doulorna investerar mycket tid i förhållandet till mamman och informanterna önskade att barnmorskan därför skulle ha mer tilltro till doulorna och att de faktiskt är där som stödperson till mamman. Informanterna lyfte alla upp att barnmorskorna kunde ha lite öppnare sinne till att välkomna en doula.

Ett annat tips från en informant var att man på förlossningsavdelningen kunde ha ett sådant system att då en mamma med doula kommer in till förlossningen att de om möjligt får en barnmorska som gärna samarbetar med doulor och likadant vid skiftesbyte kunde också de som tycker om att arbeta med doulor få ha hand om den förlossningen.

Tolkning

I tolkningen kommer resultatet speglas mot den teoretiska utgångspunkten Tuckmans (1965) modell om teamwork och teoretiska bakgrunden. Resultatet tolkas bland annat utgående från

teorin om samarbetet mellan doulan och barnmorskan. Jag har valt att utforma tolkningen enligt resultatets kategorier.

Samarbetet hade förbättrats och hade varit lite svårt i början. I den teoretiska bakgrunden kom det fram till exempel i Ahlemeyer och Mahons studie (2015) att samarbetet bör fungera eftersom båda parterna strävar till samma sak, att göra upplevelsen så god som möjligt för paret.

I början när samarbetet inte fungerade kunde man se det som enligt *forming* fasen enligt Tuckmans (1965) modell. Doulorna och barnmorskorna kanske inte visste var de hade varandra och hur de skulle orientera sig i den nya situationen, och därför fungerade inte samarbetet då. *Storming* fasen kunde ses då eventuella konflikter och personliga konflikter förekom i början av samarbetet. *Norming* fasen i modellen kunde ses som nu på senare tid då samarbetet börjat fungera bättre och man vet vilka varandras arbetsuppgifter, roller och regler är bättre. *Performing* är den fas som jag tror doulorna och barnmorskorna snart börjat komma fram till i nuläget, eftersom samarbetet börjar löpa smidigare och det sällan finns konflikter eller problem i samarbetet.

Kommunikationen var a och o i samarbetet mellan doulan och barnmorskan. Om kommunikationen fungerade så löpte samarbetet bra. Eftersom samarbetet börja fungera bättre fungerade även kommunikationen bättre. Detta skriver även Ahlemeyer och Mahon (2015) i sin artikel, att barnmorskan och doulan borde skapa en öppen kommunikation sinsemellan för att skapa det ultimata samarbetet. Doulorna och barnmorskorna samarbete är enligt Tuckmans modell (1965) bäst när det når *norming*-*performing* faserna då de kan kommunicera bättre med andra. Ballen och Fulcher (2006) skriver att kommunikation från både barnmorskan och doulan är viktigt för samarbetet.

Doulorna var inte alltid bara stödpersoner utan fungerade även ibland som konkret praktisk hjälp. Doulastöd är det som idag kompletterar förlossningsvården med tanke på stödet till föräldrarna menar Ballen och Fulcher (2006), men också när det behövs lite praktisk hjälp hjälper doulorna till då de ändå finns till i rummet.

Olika barnmorskor och attityder bland barnmorskor bidrog till negativa upplevelser av samarbetet mellan doulan och barnmorskan. Det kan vara så att en del barnmorskor hänger kvar i en fas i samarbetsutvecklingen och ännu arbetar med konflikter, och i och med det hänger kvar i *storming* fasen enligt Tuckmans modell (1965), men det kan också vara så att det alltid finns människor som inte går ihop eller personer som inte är mottagliga för förändring. Skillnader i attityd råder alltid, men alla måste till slut acceptera att hålla dem på god nivå och samarbeta med god min ändå och på så sätt nå *performing* fasen.

Doulans ställning och roll under förlossningen var i en del fall oklara. Ballen och Fulcher (2006) menar att grundstenar i samarbetet är förståelse, acceptans och uppskattning av varandras roller, som ökar vartefter de lär känna varandra och utvecklar ett samarbete. *Norming* fasen i Tuckmans modell (1965) är fasen där rollerna säkerställs och enligt informanternas svar så verkar doulorna vara ense om att samarbetet nu fungerar bättre och att de barnmorskorna nu bättre vet vad doulorna är i förlossningssalen och gör. Doulorna framhåller trots allt att de är stödpersoner och endast är där för mammorna och att de inte är där för att ta barnmorskornas arbete i från dem. Liksom Stevens et al. (2011) skriver att barnmorskorna var rädda att doulan tar deras roll och arbete från dem.

Doulorna ville ha förbättringar i samarbetet. De hade inte klagomål men hade önskemål på förbättringar. De vågade säga hur de ville åstadkomma förbättring. Om man ser ur Tuckmans (1965) perspektiv så vore det som *storming* fasen med lite uppror över hur de vill ha det, men o andra sidan har värsta stormen varit och de samarbetar utan konflikter och kan samsas. Så därför skulle det kunna vara *norming* fasen, var på de försöker sätta upp normer kring hur samarbetet borde vara. Enligt Ballen och Fulcher (2006) uppskattar doulorna vägledning, feedback och samarbete. Om önskemålen skulle tas i akt skulle doulorna vara nöjda över att de fick det de ville ha plus att barnmorskorna förhoppningsvis skulle se förbättring i samarbetet också.

Kritisk granskning

I följande kapitel kommer jag att kritiskt granska examensarbetet enligt Larsson (2009) kvalitetskriterier. I Larssons kvalitetskriterier ingår perspektivmedvetenhet, intern logik och etiskt värde som används för att granska studien i sin helhet. Jag tar till slut upp innebördsrikedom och struktur som också hör till Larssons kriterier och används för att granska resultatet i studien.

Perspektivmedvetenhet

Redan i ett tidigt skede under forskningsprocessen har respondenten en förståelse av studien som görs. Sedan under processens gång ändras och formas förståelsen vartefter. Tolkningen blir tydlig i studien om förståelsen är tydlig. (Larsson, 2009, s. 165)

Jag kan redovisa min förståelse genom att jag intervjuat doulor till studien och framförallt läst in mig på ämnet från vetenskapliga artiklar. Det var svårt att hitta en bra teoretisk utgångspunkt till min studie om samarbete, och jag valde till slut Tuckmans modell (1965) som visar hur samarbete utvecklas i faser. Det är ingen vårdvetenskaplig teori men passade till ämnet, det kunde säkert ha funnits andra passande också, men valde denna för att den var tydlig och enkel att förstå.

Intern logik

Intern logik är det kriterium som ser på om forskningsfrågor, datainsamling och analysteknik är i harmoni med varandra. Larsson beskriver detta kriterium som att man inte behöver ha vidare sakkunskap för att bedöma det. Intern logik baserar sig på att alla delar skall bli en sammanhängande helhet med frågeställningen som utgångspunkt som styr över datainsamlingen och analysmetoden. (Larsson, 2009, s. 168–169)

Jag har under studien följt frågeställningarna och haft dem som utgångspunkt. Studien följer en röd tråd. Jag har svarat på frågeställningarna stegvis och hållit mig inom området för samarbetet mellan doulor och barnmorskor. Jag valde en kvalitativ forskningsmetod eftersom syftet var att få en inblick i hur samarbetet mellan doulorna och barnmorskorna fungerar ur doulans perspektiv. Frågeställningarna gjordes upp i ett tidigt skede och det var därifrån lätt att forma resten av arbetet. Bakgrunden är relaterad till doulastöd, samarbete mellan doula och barnmorskor, fördelar med doula och förlossningsvårdens utveckling, det vill säga allt det som studien behandlar.

Jag valde innehållsanalys som analysmetod eftersom den lämpar sig för nybörjare och intervju som datainsamlingsmetod för att jag ville höra doulornas egna åsikter. Att använda sig av intervjuer som datainsamlingsmetod har varit intressant och givande, eftersom jag aldrig gjort det förut. Det var trevligt att möta informanterna personligen så man kunde få höras deras åsikter och hur de kände kring samarbetet. Jag var till en början rädd att informanterna inte skulle svara annat än att allt fungerade, men det kändes ändå som att informanterna var informativa och ville bidra och inte var rädda att svara som de tyckte. Att nämnas om intervjuguiden är att jag inte haft särskild nytta av första frågan, vilken behandlade informantens bakgrund och doulakarriär.

Innehållsanalysen som datainsamlingsmetod var en tidskrävande metod, men var redan innan inställd på detta och tyckte det var den metod jag behärskade bäst. Resultatet uppnåddes även bra med hjälp av innehållsanalys. Resultatet var enligt förväntningarna något användbart och jag är nöjd att det framkom tips på förbättringar. Förbättringarna kan vi som blivande barnmorskor ta till oss och ta hänsyn till då vi utexamineras.

Etiskt värde

En av de viktigaste sakerna i en studie är att den visar på god etik genom hela arbetet (Larsson, 2009, s. 171). Datainsamlingen, genomförandet och bedömningen skall även följa de vetenskapliga kriterierna och vara etiskt hållbara (TENK, 2012, s.18).

I mitt examensarbete finns god etisk hållbarhet, och har redan i ett tidigare kapitel funderat över detta. Eftersom jag intervjuat doulor har jag varit tvungen att fundera kring hur jag ska göra för att det ska vara korrekt mot informanterna. Alla informanter har deltagit frivilligt och fått information om studien muntligt och skriftligt. Jag valde att intervjua för att informanterna skulle ha mest möjlighet att påverka svaren, och kunde komma med information jag var ute efter till frågeställningarna. Materialet raderas efter att examensarbetet är klart och har förvarats på USB-sticka på ett säkert ställe.

Att nämnas i detta kapitel är att jag under forskningsprocessen hittade ett annat examensarbete som handlade om mitt ämne. Examensarbetet har titeln "Doulien kokemuksia doulan ja kättilön yhteistyöstä synnytysoastolla" och har gjorts av Tia Halme och Iina Muikku (2015). Deras resultat var från Helsingfors området och de fick också fram att samarbetet nu fungerade bra och att det blivit mycket bättre, och att träffar i form av till exempel gemensamma utbildningstillfällen och feedback kunde vara en sak som skulle förbättra samarbetet. Jag fortsatte ändå göra mitt examensarbete klart, eftersom det inte var i våra trakter studien gjorts utan vid Metropolia.

Innebördsrikedom och struktur

När det är fråga om kvalitativ forskning gäller det att få resultatet att gestalta något betydelsefullt och nytt, vilket innebär att studien bör ha innebördsrikedom. Därför är det viktigt hur man beskriver resultatet, annars kan det bli svårt för läsarna att förstå vad som menas med det. För att få ett överskådligt resultat behövs även en bra struktur. För att uppnå ett tydligt och klart arbete krävs balans mellan struktur och innebördsrikedom så att även de som aldrig hört talas om ämnet kan sätta sig in i det. (Larsson, 2009, s. 172–175).

Jag anser examensarbetet har en godkänd innebördsrikedom och struktur. Med det menar jag att jag tycker de är helt okej, men att jag kunde ha fått en bättre struktur på det hela. Till exempel kunde jag fått bakgrunden, teoretiska utgångspunkten och tolkningen tydligare. Jag kunde ha formulerat frågorna i intervjun på ett annat sätt så att jag skulle fått mer uttömmande svar, eftersom jag tyckte att jag ibland fick korta svar. Jag kunde ha haft någon till informant så jag skulle ha fått ett större material att utgå ifrån. Om jag hade velat ha ett mer omfattande material hade jag kunnat intervjua fler doulor, men på grund av att det varit tidskrävande och jag ändå fick ett bra resultat var jag nöjd med det. Informanterna gav trots det lilla antalet svar på mina frågeställningar, och jag tycker resultatet gav ny kunskap som även andra kan dra nytta av.

Diskussion

Syftet med detta examensarbete var att få en inblick i hur doulornas och barnmorskornas samarbete fungerar och att ta reda om det finns sådant som går att förbättras. Frågeställningarna jag ville få svar på i mitt examensarbete var: Hur fungerar samarbetet mellan doulan och barnmorskan? Vilken ställning har doulan? Finns det något som går att förbättra i samarbetet?

Doulorna kände sig som stödpersoner och ville inte inkräkta på barnmorskornas arbete utan var glada över att kunna finnas där för föderskan och på så sätt också underlätta för barnmorskan. Denna kunskap är bra för oss blivande barnmorskor att tänka på i vårt kommande arbete. Andra fynd som intresserade var att informanterna hade tips på hur man i förlossningsvården kunde göra så att de barnmorskor som är positiva till doulor skulle samarbeta tillsammans i mån av möjlighet, och hur man borde införa så att doulorna skulle få feedback om hur uppdraget gått.

I resultatet framkom att doulorna kunde vara till nytta under förlossningen och att barnmorskan då kunde fokusera på sina arbetsuppgifter bättre. Då kommer följdfrågan om barnmorskan endast gör "vårdarbetet" då doulan är där, och om barnmorskans arbete endast ska vara så nuförtiden och om doulan tar arbete av barnmorskan. Gör doulorna mer än de borde eller behöver kan vara en annan sak att fundera på, men ett handtag nu som då kan väl inte vara för mycket att begära. Informanterna i denna studie tyckte även de flesta att det var bra att kunna vara till nytta.

Barnmorskan har med tanke på sin utbildning mer kunskap om förlossningsvården vilket gör att doulorna i vissa situationer kan uppleva det som att barnmorskan inte går med på olika önskemål. Det kan vara så att barnmorskan vet något som gör att det inte går att uppfylla, detta kanske inte doulorna i sin tur tänker på. Då vore det bra om kommunikationen fungerar och att det då skulle komma fram varför man inte kan göra på ett visst sätt.

En annan sak som förvånade var att det fanns doulor som var pålästa och var insatta i evidensbaserad forskning. Doulan kanske inte är så okunnig som barnmorskan kan tro. Därför vore det bra med gemensamma träffar och eventuellt föreläsningar så att båda parterna får ta del av ny kunskap och använda den i praktiken.

Vidare forskning kring samarbetet mellan doulor och barnmorskor kunde vara att undersöka om det förbättrats efter att man infört någondera av till exempel feedback eller träffar. Man kunde även undersöka hur samarbetet fungerar ur barnmorskans synvinkel. Det vore naturligtvis bra om samarbetet skulle fungera ännu bättre och om doulastöd skulle bli vanligare så att det inte blir något konstigt att doulan är med under förlossningen.

Jag hoppas att resultatet kan vara till nytta för någon inom förlossningsvården och för oss barnmorskestuderande. Jag hoppas att examensarbetet tillför kunskap om doulans betydelse i dagens förlossningsvård och att samarbetet mellan doulorna och barnmorskorna därför är bör fungera.

Källförteckning

- Abascal, G., 2012. *Att föda – En barnmorskas tankar, råd och erfarenheter*. Tyskland: GGP Media GmbH.
- Ahlemeyer, J. & Mahon, S., 2015. Doulas for childbearing women. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 40(2), s. 122-127.
- Aurinkolaivan toimitus & Turun Amk. 2015. *Kättilökoulutus 200 vuotta*. [Online] <http://aurinkolaiva.turkuamk.fi/fi/84/katilokoulutus-200-vuotta/> [hämtat: 6.5.2016]
- Ballen, L. & Fulcher, A., 2006. Nurses and doulas: complementary roles to provide optimal maternity care. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(2), s. 304-311.
- Berg, M., 2010. Vårdandets värdegrund vid barnafödande. i: M. Berg & I Lundgren, red., *Att stödja och stärka – vårdande vid barnafödande*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Berg, M & Terstad, A., 2006. Swedish women's experiences of doula support during childbirth. *Midwifery*, 22(4), s.330-338.
- Blakey, E., 2015. Teamwork and solidarity: improving healthcare for all. *British Journal of Nursing*, 24 (22), s.1164.
- Danielson, E., 2012. Kvalitativ forskningsintervju. i: M. Henricson, red., *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Elo, S. & Kyngäs, H., 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), s. 107–115.
- Ensi- ja turvakotien liitto. (u.å). *Doula* [Online] <http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/tyomuodot/ensikodit-ja-muu-vauvaperhetyo/doula/> [hämtat: 6.5.2016]
- Fejes, A. & Thornberg, R., 2015. Kvalitativ forskning och kvalitativ analys. i: A. Fejes & R. Thornberg, red., *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber AB.
- Folkhälsan., 2014. *Doula- stödperson vid förlossning*. [Online] <http://www.folkhalsan.fi/startsidea/Var-verksamhet/Barn--familj/Doula-stodperson-vid-forlossningen/> [hämtat: 12.1.2016].
- Forskningsetiska delegationen., 2012. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. [Online] http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [hämtat: 15.1.2016].
- Fulcher, A. 2004., Benefits of a doula present at the birth of a child. *Pediatrics*, 114 (5), s. 1488-1491.
- Gray-Reed, R., 2012. Doulas and midwives laboring together. *Midwifery Today*, (104), s. 50-51.
- Gruber, K.J., Cupito, S.H. & Dobson, C.F., 2013. Impact of Doulas on Healthy Birth Outcomes. *Journal of Perinatal Education*, 22(1), s. 49-58.
- Henricson, M. (Red.), 2012. *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Kjellström, S., 2012. Forskningsetik. i: M. Henricson, red., *Vetenskaplig teori och Metod - Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.
- von Koskull, M. & Nystén, E-M. (Red.), 2011. *Doulaberättelser – Familjers och stödpersoners upplevelser att vänta och föda barn*. (Utan förlagsort) Folkhälsans Förbund.
- Kozhimannil, K.B., Hardeman, R. R., Attanasio, L. B., Blauer-Peterson, C. & O'brien, M., 2013. Doula care, birth outcomes, and costs among medicaid beneficiaries. *American journal of public health*, 103(4), s.e1-e9.
- Kristensson, J., 2014. *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Larsson, S. 2009. Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. i: B. Starrin & P-G. Svensson, red., *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundgren, I., 2010. Förlossningsvårdens historia. i: M. Berg & I Lundgren, red., *Att stödja och stärka – vårdande vid barnafödande*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Lynch, E., 2010. Mothering the mother. *Nursing standard*. 24(23), s. 22-23.

- Nommsen-Rivers, L., Mastergeorge A.M., Hansen, R.L., Cullum, A.S. & Dewey, K., 2009. Doula care, early breastfeeding outcomes, and breastfeeding status at 6 weeks postpartum among low-income primiparae. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(2), s. 157-173.
- Olsson, H. & Sörensen, S., 2011. *Forskningsprocessen - Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.
- Raussi-Lehto, E. & Ryttyläinen-Korhonen, K. 2016. Esipuhe. i: E. Raussi-Lehto & K. Ryttyläinen-Korhonen, red., *Koulutettu kätilö kanssasi 200 vuotta*. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Scott, K., Klaus, P. & Klaus, M., 1999. The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 8(10), s. 1257-1264.
- Shoultz-Ekblad, B. 1997. *Med änglars tålamod - En idéhistorisk vandring på barnmorskans arena*. Vasa: Pro gradu avhandling i vårdvetenskap. Åbo akademi, Samhälls- och vårdvetenskapliga fakulteten.
- Shoultz-Ekblad, B. 2002. 8. Med änglars tålamod. En idéhistorisk vandring på barnmorskans arena. i: Eriksson, K. & Matilainen, D. red., *Vårdandets och vårdvetenskapens idéhistoria. Strövtåg i spårandet av "caritas originalis"*. Vasa: Multiprint.
- Stevens, J., Dahlen, H., Peters, K. & Jackson, D., 2011. Midwives' and doulas' perspectives of the role of the doula in Australia: A qualitative study. *Midwifery*, 27(4), s. 509-516.
- Tuckman, B. 1965. Developmental sequence in small groups. *Physiological Bulletin*, 63(6), s. 384-399.

Bilaga 1 Intervjuguide

Kan du börja med att berätta lite om dig själv och din doulakarriär? (Bakgrundsinformation: ålder, hur länge varit doula, antalet doulauppdrag, doulauppdrag på sjukhuset)

Upplever du att det finns ett samarbete mellan dig och barnmorskan under en förlossning?

Kan du i så fall berätta hur du och barnmorskan samarbetar under en förlossning? (Berätta hur samarbetet fungerar under en förlossning)

Hurudan är din ställning i förhållande till barnmorskan? (Känner du att du är en del av teamet? Delaktig? Viktig?)

Kan du beskriva hur du upplever att barnmorskan förhåller sig till dig? (Pratar barnmorskan med dig? Ses du som en kollega, en stödperson eller anhörig?)

Berätta om dina positiva upplevelser av att samarbeta med en barnmorska? (Berätta i så fall i hurudana situationer. Har du upplevt samarbetet Lätt? Naturligt? Fungerande?)

Har du negativa upplevelser av att samarbeta med en barnmorska? (Berätta i så fall i hurudana situationer, har du upplevt samarbetet Svårt?)

Finns det något som du anser behöver förbättras i samarbetet mellan doulor och barnmorskor?

Vill du tillägga något som du tror skulle vara av betydelse att veta i studien?

Bilaga 2 Informationsbrev och godkänt samtycke

Bästa doula,

Mitt namn är Minna Harjula och jag studerar tredje året till barnmorska på Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Mitt examensarbete kommer att handla om doulors och barnmorskors samarbete.

Syftet med denna studie är att få en inblick i hur doulornas och barnmorskornas samarbete fungerar och att ta reda om det finns sådant som går att förbättras.

Examensarbetet är en kvalitativ studie. Intervjun kommer med er tillåtelse att bandas in, renskrivas och analyseras. Intervjuerna utförs bland Folkhälsans doulor. Efter analysen förstörs allt material. Citat kan användas i resultatet.

Materialet kommer att behandlas konfidentiellt och som intervjuare har jag tystnadsplikt. Deltagarna i intervjun kommer fram i mitt examensarbete på följande sätt: åldersgrupp, kön och att ni är doulor i Folkhälsan. Vi som blivande barnmorskor vill optimera vårt arbetssätt så att den födande kvinnans stöd och förlossning blir en god upplevelse för henne.

Genom Ert deltagande kan Ni hjälpa mig att föra fram Era erfarenheter och upplevelser kring samarbetet.

Tack för ert deltagande!

Med vänliga hälsningar,

Minna Harjula

Tel: 0440987547

Handledare:

Anita Wikberg

Tel: (06) 328 5326

Samtycke till deltagande i intervjun

Undertecknad har fått information om studien och deltar frivilligt.

Undertecknad godkänner att resultatet från intervjun får redovisas i examensarbetet.

Datum och underskrift

“Jag kommer aldrig ångra det” – En kvalitativ studie om tonårsmammors upplevelser av oplanerade graviditeter och deras behov av stöd. Madeleine Ingves & Nicoline Malinen

Abstrakt

Det blir allt ovanligare med tonårsgraviditeter i Finland, och medelåldern för förstföderskor ökar hela tiden. Antalet aborter har också minskat, och detta iakttagande kan bero på att sexualundervisningen har utvecklats i Finland. Attityderna till tonårsgraviditeter har även förändrats genom åren, och därför vill vi studera mera kring detta ämne. Syftet med detta arbete är att få en djupare förståelse för hurudant stöd tonårsmödrar är i behov av med tanke på deras upplevelser av den oplanerade graviditeten. Till materialet användes 5 olika finländska bloggar om oplanerade tonårsgraviditeter, där blogginnehavarna alla var under 20 år gamla när de blev gravida. Bloggtexterna analyserades med kvalitativ innehållsanalys. I resultatet framkom att tonårsmödrarna upplevde graviditeten väldigt positivt, de engagerade sig mycket i sin graviditet och hade brett stöd av bland annat partner, familj och vänner. I resultatet framkom även att de upplevde stödet väldigt viktigt. I arbetet diskuteras också om en doula kunde vara ett lämpligt stöd för dessa unga mödrar.

Inledning

Det blir allt ovanligare att föda barn i ung ålder. Medelåldern för förstföderskor i Finland år 2015 låg på 28,8, vilket har ökat med 2,3 år sedan år 1987 (Vuori, Gissler & Heino, 2016). Man kan också se en minskning bland antalet under 20 år gamla föderskor mellan åren 1987–2015 (Vuori et al., 2016). Bland dessa tonårsgraviteter har också antalet aborter minskat (Heino & Gissler, 2016). Detta kan bero på att enligt Social- och hälsovårdsministeriet (2012) bör studerandehälsovården ge rådgivning som stöder den sexuella mognaden och utvecklingen som motsvarar elevernas utvecklingsstadium. Rådgivningen består av råd och förebyggande information om sexualitet, parrelationen, sexuellt våld, preventivmetoder för att undvika oönskade graviditeter, könssjukdomar och infertilitet.

Vi har själva märkt att attityden till tonårsgraviteter och unga förstföderskor har förändrats genom åren. Våra mor- och farföräldrar och deras föräldrar brukar påpeka att då de var unga gifte kvinnor sig väldigt unga och skaffade familj ofta innan man fyllt tjugo, vilket högst troligen berodde på att man inte hade tillgång till preventivmedel på den tiden på samma sätt som idag. Det första p-pillret introducerades först år 1957 i USA och fick då endast användas mot menssmärta, men på grund av en märkbar popularitet bland kvinnor godkände det amerikanska läkemedelsverket år 1960 p-pillret som preventivmedel (Jönsson, 2008). Idag erbjuds gratis preventivrådgivning i alla kommuner för alla kvinnor, och studerande kan väldigt lätt också erbjudas preventivrådgivning via studerandehälsovården. (Vasa stad, u.å.).

Att bilda familj innan man fyllt 20 år är numera ovanligt, och därför är också de flesta tonårsgraviteter nuförtiden oplanerade, speciellt för kvinnor under 18 år gamla. Detta beror högst sannolikt på att dessa unga kvinnor är ogifta, eftersom man enligt Äktenskapslagen (1987/411) inte får ingå äktenskap innan man fyllt 18 år om man inte har specialtillstånd från Justitieministeriet (§4). Medelåldern för kvinnor som ingår äktenskap för första gången har dessutom ökat under de senaste tio åren. År 2005 låg medelåldern på 29,6 jämfört med år 2015 då medelåldern stigit till 31,2. (Finlands officiella statistik, 2015).

Enligt en litteraturstudie gjord i Australien där man analyserat bland annat rapporter och avhandlingar som tangerat temat tonårsmödrar har man kunnat konstatera att tonårsgraviteter anses som en börda för samhället, och att det finns en stor klyfta mellan tonårsmödrarnas erfarenhet av graviditeten och samhällets syn på tonårsgraviteter (Brand, Morrison, & Down, 2014). I en annan narrativ studie, också gjord i Australien av samma forskare där man både observerat och intervjuat tonårsmödrar, pekar resultaten på att samhället borde bli mindre dömande då det gäller tonårsgraviteter, i och med att tonårsmödrarna upplevde att det var viktigt att de blev förstådda, fick stöd och att de kunde hitta styrkan trots samhällets nedvärderande syn på dem (Brand, Morrison, Down & WestBrook, 2014).

Vi vill därför själva göra en kvalitativ studie kring samma ämne och i så stor utsträckning som möjligt fokusera på hur läget är i Finland då det gäller oplanerade tonårsgraviteter, främst med fokus på unga kvinnor under 20 år. Arbetet kommer att fokusera på hur dessa unga blivande mödrar upplever själva graviditeten ända fram till förlossningen, det vill säga endast graviditeten. Vi tänker också fokusera på hur stort stöd dessa blivande tonårsmödrar behöver med tanke på hur de upplever graviditeten, och därmed ta reda på hur en doula kunde fungera som stöd för dem. Datainsamlingsmaterialet som kommer att användas är bloggar som baserar sig på det valda ämnet. Med tanke på att vi fokuserar på kvinnor under 20 år, kommer vi att använda begreppen tonårsmödrar, unga mödrar och tonårsgraviteter i arbetet.

Syfte och frågeställningar

Syftet med detta arbete är att få en djupare förståelse för hur stort stöd gravida tonåringar behöver vid en oplanerad graviditet. Detta arbete görs dels för oss själva i och med att intresse för ämnet finns, men också för att barnmorskor och doulor skall kunna använda sig av informationen

och på så sätt underlätta sitt vardagliga arbete då det kommer till oplanerade tonårsgraviditeter. De centrala frågeställningarna i detta arbete är:

- Hur upplever tonårsmödrarna sin oplanerade graviditet?
- Hurudant stöd är dessa tonårsmödrar i behov av under sin graviditet?

Teoretisk bakgrund

I detta kapitel beskrivs kort om själva graviditeten, mödravård med fokus på barnmorskans roll, vad tonårstiden innebär för en ung kvinna, statistik över tonårsgraviditeter i Finland, allmänt om att blogga samt doulan och hennes uppgifter. Dessa ämnen anses vara viktiga som bakgrundsfakta för att lättare skapa förståelse för lärdomsprovets syfte och process.

Tonårstiden för en kvinna

Under tonårstiden är det mycket som händer för individen, och man brukar prata om att tonårstiden är en slags berg- och dalbana i livet. Förutom pubertetsutvecklingen är det under tonårstiden, som individen försöker skapa sin egen identitet och försöka bli mera självständig. Detta innebär, att relationerna till föräldrarna, men också till jämnåriga, förändras en hel del. (Gråberg, 2009).

Det är under denna väg av att hitta sig själv som tonåringarna stöter på många problem och risker. De experimenterar, prövar nya saker och försöker platsa in hos klasskamraterna, och många gånger kan det hända att de tappar bort sig själva på vägen. Oskyddat samlag, snatteri, skolkning och testande av droger är saker som man som tonåring ofta prövar på, vilket i värsta fall kan leda till allvarliga konsekvenser. (Gråberg, 2009).

Att bli tonåring är en av de största kriserna, som man upplever under sin livstid i och med att det är så mycket som förändras i vardagen, såväl fysiska som psykiska förändringar. Att bli gravid klassas också som en slags kris, eftersom ens liv efter förlossningen kommer att förändras totalt då man kommer att bära ansvar för ett annat liv än bara sitt eget (Heiskanen, Salonen, Kitchener & Jorm, 2006). Att bli gravid som tonåring innebär då att den unga kvinnan är med om två stora kriser i livet samtidigt, vilket kan ställa upp och ner på hela tillvaron rejält.

Kroppsliga förändringar under puberteten för flickor

För flickor brukar puberteten ta fart mellan 10 och 12 års ålder. Det första tecknet på att puberteten har startat är att bröstet börjar växa, vilket beror på att hormonet östrogen börjar utsöndras i äggstockarna, och samtidigt växer även livmodern. Förutom dessa förändringar ökar längdtillväxten, behåringen på kroppen ökar och flytningar från underlivet kan förekomma (Gelander, 2011; Sandler, u.å.).

Ungefär två år efter att bröstet börjat växa brukar också den första menstruationen komma. Det första året är dock menstruationen oftast anovulatoriska, vilket betyder att de inte beror på någon egentlig ägglossning. I början är dessutom menstruationerna oregelbundna och sällan smärtsamma. Detta innebär att risk för graviditet under det första året av menstruationen torde vara ganska låg. (Lundberg & Löfgren-Mårtenson, 2010).

Sexuell utveckling under tonårstiden

Under tonårstiden är det den sexuella utvecklingen som dominerar. Dagens samhälle, speciellt i de nordiska länderna, präglas av sexualupplysning, speciellt för tonåringar och unga individer, och detta gör det svårt för tonåringarna att undvika tankar kring sexualitet. Dessutom finns idag en helt annan tillgång till information och upplysning om sexualitet genom Internet och massmedia. Sexualiteten exponeras som aldrig förr och detta bidrar också till större förväntningar och med det mera sexuella besvikelser för ungdomarna. (Lundberg & Löfgren-Mårtenson, 2010).

Det är också under tonårstiden som individen blir medveten om sin egen och andras sexualitet, och börjar fundera kring ämnet. Tonåringarna börjar fundera kring förälskelser och sex, och i dagens samhälle upplever de flesta tonåringar via vänner, media, partner, familj och religion stor press och krav på när de borde ha samlag första gången. I medeltal har de flesta tonåringar sin sexdebut vid 17 år ålder. (RFSU, 2010).

Sexualmoralen för flickor har dessutom troligen alltid varit, och är ännu idag, strängare än för pojkar, även om den i dagsläget är relativt tillåtande ändå. Flickor "skyddas" mot riskerna och farorna med sexualiteten istället för att de skall få utrymme och uppmuntran att lära känna sig själva som sexuella varelser (Lundberg & Löfgren-Mårtenson, 2010). Detta kan påverka samhällets syn på tonårsgraviditeter, för många gånger verkar det som att det är flickan som är i fokus och man glömmer bort att man alltid är två individer bakom en graviditet. Dessutom är det hos den unga tonårskvinnan som graviditeten syns, och i och med att man under tonåren kanske börjar bry sig mera om sitt utseende, kan det för en ung, gravid tonårskvinna kännas jobbigt då kroppen förändras drastiskt och synligt.

Graviditet

Graviditetens förlopp börjar med att kvinnans äggcell blir befruktat när mannens spermie når äggcellen, vilket har störst chans att ske tre dagar innan ägglossningen, själva dagen för ägglossningen eller dygnet efter ägglossningen. Konceptionen, dvs. det samlag som leder till befruktningen, utvecklar den befruktade äggcellen till ett embryo och sedan ett foster. (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Andersson, 2010 s.27–28)

Havandeskapet eller graviditeten är tiden från befruktningen till förlossningen och den varar ungefär 266 dagar eller 38 veckor hos kvinnan. Graviditetslängden kan man på ett ungefär fastställa genom att räkna från sista menstruationens första dag, som för de flesta med månatliga och regelbundna menstruationer är två veckor före ägglossningen. (Borgfeldt et al., 2010 s.27)

En graviditet innebär en hel rad fysiologiska förändringar i kvinnans kropp. Vanligtvis innebär dessa förändringar inga större problem för kvinnan, eftersom kroppen anpassar sig gradvis till förändringarna. Några exempel på de vanligaste fysiologiska förändringarna som sker är att bröstet och livmodern växer, den hormonella produktionen, metabolismen och cirkulationen förändras och även blodets sammansättning genomgår en del förändringar. (Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren, 2009, s.84–89)

Graviditeten indelar man i tre olika delar, dvs. trimestrar. Första trimestern varar fram till graviditetsvecka 13, andra trimestern varar mellan graviditetsvecka 14 och 28 och tredje och sista trimestern varar från graviditetsveckorna 29 fram till förlossningen. Under alla de tre olika trimestrarna utvecklas och ändras kvinnans kropp och känslor olika. (Kaplan et al., 2009, s.109)

En av livets viktigaste övergångsperioder är graviditeten, eftersom det under denna period skapas en familj och föräldrar. Under vissa delar av livet är utveckling och förändring lättare än annars och en av de viktigaste övergångsperioderna sker under föräldrskapet. Det sker även olika identitetsförändringar samt att tidigare livserfarenheter aktualiseras under dessa perioder. Dock kan problem uppstå ifall denna period inte leder till någon mognad och ett nytt sätt att se livet på, utan istället leder till en kris då personerna fastnar och inte klarar av att ta sig igenom ett utvecklingsstadium till nästa. (Brodén, 2004, s.27–29)

Mödravården i Finland

Barnmorskan har ett brett arbetsfält som syftar till att främja sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa samt att vårda vid ohälsa eller sjukdom. Barnmorskan handleder kvinnan under graviditet, förlossning och barnsängstiden in i moderskapet och fungerar som en modell för den blivande mamman. (Kaplan et al., 2009, s.30)

Mödrarådgivningen har idag verkat i ungefär 80 års tid och är en tjänst som används flitigt bland finländare. Mödrarådgivningsverksamheten i Finland bygger på Hälso- och sjukvårdslagen och Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehäsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga. Med andra ord bygger de principer som styr mödrarådgivningens verksamhet på mänskliga rättigheter, lagstiftning och nationella social- och hälsopolitiska riktlinjer. Hälso- och sjukvårds-verksamheten bör enligt Hälso- och sjukvårdslagen vara högkvalitativ, säker och ändamålsenligt genomförd. Patienterna har rätt till gott bemötande, god vård, information samt självbestämmanderätt. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 18).

Tjänsterna sköts främst av primärvården, men vid komplikationer även av specialistsjukvården på mödrapolikliniker och förlossningsavdelningar. Vid mödrarådgivningen arbetar en barnmorska eller hälsovårdare samt läkare. Mödrarådgivningarna syftar till att säkra både den gravida kvinnans och barnets hälsa och välbefinnande samt främja en sund och trygg utvecklingsmiljö för barnet. Mödrarådgivningarna har även som mål att främja folkhälsan samt förebygga problem som kan uppstå under graviditeten. När det gäller blivande tonårsmödrar är det viktigt att kartlägga det sociala stödnätet och vid behov samarbeta med socialvården. Strävan med mödrarådgivningen är att föräldrarna ska få information om hurdana förändringar graviditeten, förlossningen, barnets vård och uppväxt för med sig. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 16)

Då det kommer till unga gravida kvinnor kan rådgivningarna vid behov styra den blivande mamman till rådgivningens familjearbete, fostrings- och familjerådgivning eller till en psykolog som är inriktad på familjer med spädbarn för att ge den blivande mamman familjeträning. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 219)

Mödrarådgivningarnas uppgift hör att ordna återkommande hälsoundersökningar enligt rekommendationerna, för att följa upp och främja hälsan och välbefinnandet hos den gravida kvinnan och fostret, men också för hela familjen. Att regelbundet återkomma på hälsoundersökningar vid mödrarådgivningen skapar en grund för identifiering av graviditetsriskerna och behovet av stöd. Genom de regelbundna hälsoundersökningarna kan problem och störningar under graviditeten i ett tidigt skede identifieras, vilket gör att den vård, den hjälp och det stöd som behövs kan ordnas utan dröjsmål. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 16–19)

Orsakerna till att man noggrannare följer upp tonårsgraviditeter, är att de medför en förhöjd risk för en del missbildningar, störningar i fostrets tillväxt, låg födelsevikt, för tidig förlossning och dödlighet bland nyfödda. Orsakerna till dessa risker kan bero på biologisk omognad, levnadsvanor eller att mamman inte drar tillräcklig nytta av mödravårdens tjänster. Därför är förutom amningshandledning också kostrådgivning under graviditeten speciellt viktigt för unga mödrar, eftersom en bristfällig kost skadligt kan påverka fostrets tillväxt och utveckling, ge ökad risk för förlossningskomplikationer samt påverka barnets och mammans framtida hälsa. Väldigt unga mödrar remitteras till moderskapspolikliniken utgående från nämnda kriterier och man överväger behovet av extra besök på rådgivningen individuellt. Preventivrådgivning är även viktigt för de unga mödrarna, eftersom över 90 procent av tonårsgraviditeterna är oplanerade. Därför kan det framtida behovet av preventivmedel diskuteras redan under graviditeten. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 216–217)

Enligt THL:s rekommendationer bör förstföderskor göra minst nio hälsoundersökningar under graviditeten vid mödrarådgivningen medan omföderskor minst åtta. Under graviditeten ingår i dessa undersökningar en omfattande hälsoundersökning för alla familjer och två läkarundersökningar. Hembesök erbjuds två gånger för förstföderskor, under graviditeten i vecka 30–32 och 1–7 dygn efter hemkomsten. För omföderskor erbjuds endast ett hembesök 1–7 dygn efter hemkomsten. Sammanlagt erbjuds förstföderskor elva och omföderskor tio regelbundna hälsoundersökningar. Uppföljningsbesök hos mödravården sker i allmänhet med en månads mellanrum i början, och från och med den 37:e graviditetsveckan med två veckors mellanrum, detta förutsatt att graviditeten förlöper komplikationsfritt. Vid behov erbjuds mera besök. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 103–107)

Första besöket på mödrarådgivningen som görs runt graviditetsveckorna 8–10 är av stor betydelse, eftersom sjukdomshistorien vid inskrivningen gör det möjligt för barnmorskan att få en inblick i hur den unga kvinnan lever, hur det går i skolan, vad hon sysslar med på fritiden samt hurudan kontakt den unga kvinnan har med sin egen familj. En noggrann utförd sjukdomshistoria som dokumenterar både sociala och medicinska faktorer och en medvetenhet om psykosociala riskfaktorer är ofta effektivare än medicinska screening-metoder. Det är därför viktigt som barnmorska att lyssna på kvinnans berättelser om hur hennes livsförhållanden ser ut. (Borgfeldt et al., 2010, s.79)

Under besöken på mödrarådgivningen skapas en god relation mellan barnmorskan och kvinnan, vilket skapar de centrala begreppen tillgänglighet, tillit, bekräftelse och meningsfullhet. När det gäller gravida tonåringar är det viktigt som barnmorska att bedöma den unga gravida kvinnans situation genom att uppmärksamma hennes styrkor, hopp, mål och svagheter. Den gravida tonåringens egna villkor och kunskaper kan då tillsammans med barnmorskans stöd ge förutsättningar för att tillgodose behov på ett tillfredsställande sätt. En annan viktig aspekt för barnmorskan, är att få båda föräldrarna att känna sig delaktiga, därför bör barnmorskan känna till relationen mellan mamman och pappan så att barnmorskan även kan integrera honom i vården i samband med barnafödande. (Hertfelt-Wahn, 2007).

Statistik över tonårsgraviditeter i Finland

Som tidigare nämnts har antalet tonårsgraviditeter i Finland minskat genom åren, och med det har också medelåldern för förstföderskor ökat. År 1987 låg medelåldern på förstföderskor på 26,5, år 2015 har denna siffra ökat till 28,8 år. Om man fortsätter titta på år 1987 var antalet föderskor under 20 år 3,2 % av det totala antalet föderskor, år 2015 hade denna siffra sjunkit till 1,7 %. (Vuori, Gissler & Heino, 2016).

Detta beror troligtvis på den ökade tillgången till preventivmedel, sexualundervisning och preventivrådgivning som erbjuds i kommunerna. På familjeplaneringen erbjuds preventivrådgivning gratis för alla kvinnor, och man gör även uppföljningar där. Studerande kan dessutom vända sig till studerandehälsovården, vilket gör preventivrådgivningen mycket lättillgänglig för dem. Förutom kostnadsfri preventivrådgivning har kvinnan rätt att få kopparspiral i 5 år eller hormonell prevention i 3 månader gratis. (Vasa stad, u.å.). Denna tillgång till preventivrådgivning grundar sig i Folkhälsolagen (66/1972), som påpekar att kommunerna är skyldiga att ordna hälsovårdsrådgivning med förebyggande av graviditet som en av de tillgängliga tjänsterna (§14).

Stöd under graviditeten

I detta kapitel beskrivs det ekonomiska stödet man som gravid eller som föräldrar kan beviljas i Finland. Stöd från doula förklaras även här, samt tillgången till stöd från Mödrahemmet som erbjuds runtom i Finland.

Ekonomiskt stöd

Som gravid och blivande mamma erbjuds en hel del stöd från Folkpensionsanstalten, och de vanligaste är moderskapspenning, moderskapsunderstöd, faderskapspenning, föräldrapenning, bostadsbidrag samt barnbidrag då barnet är fött (Folkpensionsanstalten, 2016). Om familjens nödvändiga utgifter överskrider deras inkomster och tillgångar kan även boendekommunens socialbyrå bevilja utkomststöd (Social- och hälsovårdsministeriet, 2015).

Moderskapspenningen beviljas tidigast 50 dagar och senast 30 dagar före beräknad födelse av barnet i samband med moderskapsledigheten. Moderskapspenningen beviljas i totalt 105 vardagar, vilket blir ca 4 månader. Moderskapspenningen skall ansökas senast 2 månader före beräknad födelse, och för att beviljas detta stöd krävs det att man har varit försäkrad i Finland i minst 180 dagar före beräknad födelse, eller i ett annat EU-land, EES-land, Schweiz eller Israel. Som tonåring går man troligtvis i skolan och eventuellt lyfter studiestöd, vilket betyder att moderskapspenningen då beviljas till minimibeloppet. (Folk-pensionsanstalten, 2016).

Moderskapsunderstödet beviljas också från Folkpensionsanstalten, och består av antingen moderskapsförpackningen (mammalådan) eller 140 euro skattefritt. Förutsättningar för att beviljas moderskapsstödet är att graviditeten varat i minst 154 dygn, vilket bevisas med ett graviditetsintyg man får på en hälsogranskning hos läkare eller mödrarådgivningen senast före fjärde graviditetsmånadens slut. Med andra ord skall man vara inskriven på rådgivningen och ha gått på de antal besök som rekommenderas för att man skall beviljas moderskapsunderstödet. Dessutom skall man vara stadigvarande bosatt i Finland eller komma från ett annat EU-land, EES-land eller Schweiz. (Folkpensionsanstalten, 2016).

Faderskapspenning kan också beviljas åt pappan, förutsatt att han bor tillsammans med mamman. Undantag finns, till exempel om pappan på grund av sitt jobb bor på annan adress. Faderskapspenningen beviljas i högst 54 vardagar, och av dessa får fadern vara 1–18 dagar hemma tillsammans med mamman. Faderskapspenningen utbetalas inte om man jobbar eller studerar på heltid. (Folkpensionsanstalten, 2016).

Föräldrapenningen kan beviljas åt endera mamman eller pappan, men man kan turvis hålla ledigt i högst 2 perioder var. Föräldrapenningen beviljas i högst 158 vardagar, och kan också beviljas till minimibeloppet om föräldrarna arbetar. (Folkpensionsanstalten, 2016).

Barnbidraget utbetalas månaden efter barnet blivit fött ända fram till det är 17 år. Bidraget utbetalas till båda föräldrarna eller till den förälder som i huvudsak har hand om barnet. (Folkpensionsanstalten, 2016).

Eftersom en blivande tonårsmamma förmodligen inte jobbar utan studerar, behöver hon så mycket ekonomiskt stöd som möjligt. Om den unga mamman bor ensam eller med sin partner kan de beviljas allmänt bostadsbidrag (Folkpensionsanstalten, 2016). Enligt Social- och hälsovårdsministerier (2015) kan de också beviljas utkomststöd från boendekommunens socialbyrå. Utkomststödet beviljas om familjens nödvändiga utgifter överskrider deras gemensamma inkomster och tillgångar. Utkomststödet kan vara grundläggande, kompletterande eller förebyggande. Grundläggande utkomststöd är en summa som skall räcka till t.ex. mat, kläder, TV-licens, rekreation, hyra och elräkningar. Kompletterande stöd skall täcka ett visst område, t.ex. barndagvårdsavgifterna. Förebyggande utkomststöd kan beviljas ifall kommunen vill främja familjens eller personens förmåga att klara sig själv och på så sätt förhindra utslagning. Kommunen väljer själv på vilka grunder det förebyggande utkomststödet beviljas.

Stöd från doula

Ordet doula kommer från grekiskan och betyder i en fri översättning "kvinna som ger omvårdnad". I antikens Grekland var doulan den kvinnliga tjänarinnan som tog hand om en förlossning, men idag är doulan en stödperson under graviditeten, under förlossningen och också efter, men doulan ansvarar inte för vården under graviditeten. (von Koskull & Nystén, 2013).

En doula kan fungera frivilligt, t.ex. då via Folkhälsan, eller privat och får då betalt. Doulor som Folkhälsan ordnar jobbar frivilligt utan lön. Folkhälsan ordnade sin första doulaverksamhet i Österbotten år 2008. (von Koskull & Nystén, 2013).

En doula uppmuntrar och stöder den blivande mamman och hennes partner inför en förlossning. Doulan lyssnar, delar känslor och funderingar och ger ett intryck av trygghet åt den blivande familjen. En doula kan också vid behov vara en stödperson som kan berätta mera om hur en förlossning är och vad föräldraskap innebär, samt t.ex. ge massage eller något att dricka under förlossningen. Doulan ansvarar dock inte för själva vården under graviditeten och förlossningen, utan det gör barnmorskan och hennes team. (von Koskull & Nystén, 2013).

I en tidigare studie har man kunnat konstatera att en doula påverkar förhållandet mellan mor och den nyfödda på ett positivt sätt (Hans et al., 2013). Studien, som gjordes i Chicago i USA, inkluderade sammanlagt 248 gravida kvinnor under 22 år. Hälften av dessa kvinnor tilldelades en doula som besökte dem under graviditeten, var med som stöd vid deras förlossning och gjorde ett

hembesök 3 månader post partum, och den andra halvan av gruppen fungerade som en kontrollgrupp, d.v.s. de hade ingen doula närvarande. Målet med studien var att studera effekten av doulastödet gällande beteende, attityder och emotionella faktorer i det tidiga stadiet av förhållandet mellan förälder och baby. Man fokuserade främst på moderns kontakt med baby, hennes åsikter och attityder om hur ett lämpligt föräldraskap skall se ut och om de upplevde stress i föräldraskapet. När babyen var 4 månader, 12 månader samt 24 månader gammal gjorde man observationer i väntrummet vid barnrådgivningen där man spelade in videosekvenser på ungefär 20 minuter. Mamman skulle klä av, väga och klä på barnet, visa barnet hur det skulle leka med en lämplig leksak för sin ålder samt själv leka med barnet. När barnet var 24 månader gammalt skulle mamman dessutom be barnet städa undan leksakerna efter sig. Intervjuer kring attityder om föräldraskapet och stress i föräldraskapet gjordes i samband med dessa observationer, antingen före eller efter beroende på barnets behov. I resultatet framkom det att mammorna som haft en doula visade aningen bättre resultat, speciellt i interaktionen mellan mamman och babyen. Mammorna uppvisade mera uppmuntran och bättre vägledning till barnet, samt att barnen till dessa mödrar fick snabbare uppmärksamhet. Gällande attityderna kring föräldraskapet visade mödrarna som haft doulastöd mindre risk för sämre attityder vid 4 månaders-kontrollen, och gällande stress i föräldraskapet kunde man märka att samma mödrar vid 12 månaders-kontrollen upplevde mindre stress än de andra mödrarna.

I en annan studie har man intervjuat 12 gravida tonåringar och 12 tonårsmödrar om hur de upplevde doulastöd under deras graviditet, och i resultatet framkom det att stödet var mycket uppskattat och upplevdes som positivt. Tonåringarna ansåg också att doulorna hjälpte dem att utvecklas till en bättre förälder t.ex. genom att de gav tips och råd om föräldraskapet. (Breedlove, 2005).

Mödrahemmet

I Finland kan blivande unga föräldrar, personer som lever i riskförhållanden och mammor som fött barn erbjudas extra stöd i att utveckla föräldraskapet och skapa kontakt med babyen på Mödrahemmet. Man kan som mamma komma till mödrahemmet under graviditeten eller tillsammans med babyen, och pappan till barnet är också välkommen. Syftet med servicen på mödrahemmet är att stödja hela familjen i att utföra vardagssysslor, babyskötsel och att skapa en relation med babyen. Mödrahemmet samarbetar med socialbyrån och barnrådgivningen för att kunna beakta familjens välmående från så många håll som möjligt, och tiden för vistelsen bestäms utgående från familjens individuella behov. Vistelsen betalas av hemkommunens socialbyrå. I Finland finns 10 mödrahem, 6 mödrahem är specialiserade på missbruksproblem samt 12 skyddshem. Mödrahemmet ordnas av Förbundet för mödra- och skyddshem. (Vasa mödra- och skyddshem, 2014; Ensi-ja turvakotien liitto, uå.).

Tidigare forskning

I detta kapitel presenteras tidigare studier i de ämnen som kommer att behandlas i examensarbetet. Tonårsmödrars upplevelse av graviditet och förlossning, mödrars upplevelse av doulastöd och annat socialt stöd under graviditet och förlossning samt mödrars upplevelse av barnmorskans stöd under graviditet och förlossning var sådana ämnen som ansågs viktiga att undersöka närmare i tidigare studier.

För att hitta studierna användes databaserna CINAHL och PubMed med sökorden "teenage pregnancy", "doula support", "social support", "young mothers" "midwife experience" och "teenage mother". Sökresultaten blev sist och slutligen inte så många efter att ha gjort en noggrann gallring. Studier äldre än 20 år valdes bort, med undantag för en finsk studie från 1995, eftersom vi ansåg att den kunde vara relevant för vårt arbete då den gjorts i Finland. Också en del studier från kulturer väldigt olika den vi har i Finland exkluderades, eftersom vi ansåg att synen på tonårsgraviditeter var en helt annan i de kulturerna än i Finland. Efter denna gallring återstod endast tio artiklar som ansågs vara till nytta inför detta arbete.

Det finns få studier om tonårsmammors upplevelser av graviditeter tillgängliga. Något som dock var gemensamt för de flesta av de studierna som undersöktes var att de blivande tonårsmödrarna är i behov av en gemensam stödgrupp, där de får en chans att träffa och diskutera med andra blivande tonårsmödrar om deras graviditet, känslor och förväntningar inför framtiden (Brand, Morrison, Down & Westbrook, 2014; de Jonge 2001). I den förstnämnda studien hade tonårsmödrarna som deltog i studien fått chansen att delta i en sådan stödgrupp. Detta upplevdes positivt, eftersom de blivande unga mödrarna fick en chans att reflektera med andra i samma situation om sina känslor, rädslor och det kommande föräldraskapet. Det gjorde dessutom att de unga mödrarna fick en positivare identitet i sin roll som blivande moder. I de Jonges studie (2001) från Edinburgh upplevde tyvärr de unga tonårsmödrarna att de fick för lite information om vilka tjänster de kunde använda sig av, speciellt sådana tjänster som en ung blivande mamma kanske är stort behov av.

Bristen på information från hälso- och sjukvårdspersonalen kanske kan bero på att vårdpersonalen inte riktigt vet hur man skall hjälpa och stöda unga mödrar. I en litteraturstudie gjord i Australien (Brand, Morrison & Down, 2014) kunde man nämligen dra slutsatsen att klyftan mellan samhällets syn och tonåringarnas egen erfarenhet av graviditeten är stor. I studien föreslogs att man borde forska mera i ämnet för att lättare förstå och på så sätt kunna hjälpa dessa unga mödrar. I två studier framkom dock ändå att de flesta tonårsmödrarna upplevde att de blev väl bemötta inom vården, men att ute i samhället var det värre (de Jonge, 2001; Hanna, 2001). I den förstnämnda studien upplevde tonåringarna en rädsla för att bli stämplade ute i samhället, och i den andra studien upplevde tonåringarna att samhället såg ner på dem.

I de flesta studier nämns familjemedlemmar, såsom egna föräldrar eller partnern, som det viktigaste stödet under graviditeten och förlossningen (Tarkka & Paunonen, 1995; Bunting & McAuley, 2004; Maputle, 2006). I Tarkkas och Paunonens studie (1995) nämns också att barnmorskan var ett viktigt stöd, speciellt under förlossningen. För en del tonårsmammor var föräldrarna det största och viktigaste stödet, men partnern blev med tiden ett allt viktigare stöd (Bunting & McAuley, 2004). I Maputles studie (2006) från Limpopo i Sydafrika framkom dock i resultatet att tonårsmammorna upplevde en rädsla att berätta för sina föräldrar om sin graviditet. Elva av dessa tonårsmammor fick ändå stöd från sina familjer och vänner, medan tre av dem inte fick något stöd alls.

När det gäller tidigare forskning om doulans stöd hade alla studier i princip samma resultat. Doulan hjälpte kvinnorna att uppleva sin förlossning som någonting positivt. De tröstade och uppmuntrade, och kunde ge värdefull kunskap åt de blivande mammorna. En erfaren doula kunde dessutom hjälpa mödrarna att bättre förbereda sig inför sin förlossning och lättare klara sig igenom den. Doulan fungerade även som en förmedlare och påverkade även vårdpersonalen positivt (Breedlove, 2005; Koumouitzes-Douvia & Carr, 2006; Steel et al., 2013). Kvinnorna ansåg även att doulan hjälpte dem att uppnå de förväntningar och den förlossningsupplevelse de önskade sig (Koumouitzes-Douvia & Carr, 2006). Tonåringar som hade haft en doula som stöd värderade stödet väldigt högt, och de ansåg också att doulorna hjälpte dem att bli en bättre förälder med hjälp av råd om föräldraskap (Breedlove, 2005).

Teoretisk utgångspunkt

Till detta arbete har vi valt Bondas teori om att vara med barn som teoretisk utgångspunkt, eftersom att det anses passa bra för det valda ämnet om hur det är att vänta barn när man är ung. Teorin presenteras i Bondas doktorsavhandling. Fyra essentiella fundamentala strukturer och livsvärldar beskrivs som handlar om graviditeten, antenatal vård, partnerns närvaro vid barnafödandet samt postpartum vård (Bondas, 2000, s.57).

Vi väljer att endast fokusera på graviditeten och antenatal vården, eftersom detta arbete fokuserar på hur tonårsmödrarna upplever graviditeten och vården före förlossningen, inte det som sker efter.

Graviditeten – paradoxen mellan glädje och lidande

Delen om graviditeten – paradoxen mellan glädje och lidande, beskriver kvinnors upplevelser av graviditeten. Delen tar form i tre kategorier; det perfekta barnet, ett annorlunda sätt att vara och strävan till familjegemenskap. (Bondas, 2000, s.57)

Det perfekta barnet

Den första kategorin delas in i tre olika teman, och dessa teman är; befrämjande av det ofödda barnets hälsa, hälsan tas inte längre för given och förändring av hälsobeteende.

Befrämjande av det ofödda barnets hälsa handlar om balans och harmoni, ett gott beteende, motion och god kost, rök- och drogfri livsstil samt en ekonomisk stabilitet med tillfredsställande jobb. Främst planerade graviditeter gjorde att kvinnan kände sig motiverad till ett hälsosammare liv, för att befrämja det ofödda barnets hälsa. Temat "Hälsan tas inte längre för given" handlar om en ökad medvetenhet om hälsans betydelse bland de gravida kvinnorna. Jämfört med innan graviditeten, var kvinnorna mera känsliga för interna och externa faktorer, som påverkade deras hälsa. Förändring av hälsobeteende beskriver kvinnornas medvetande om hur deras hälsovanor kunde påverka barnets hälsa samt förlossningen. Kvinnorna kände också att de var påverkade av omgivningens hållning. Deras hälsobeteende gällande kost, vikt, vila, motion och droger förändrades. (Bondas, 2000, s.58)

Ett annorlunda sätt att vara

Den andra kategorin formas av fyra olika teman, och dessa fyra teman är; kroppen förändras, humörvariationer, ohälsa hör till graviditet samt bekymmer.

Temat kroppen förändras beskriver hur magen växte och blev större under graviditeten, vilket kunde medföra såväl positiva som negativa känslor. Den växande magen utgjorde också ett rörelsehinder och gav en annorlunda kroppsupplevelse. Humörvariationer handlar om att styrka och glädje plötsligt kunde förändras till trötthet och leda. En paradoxal förväntan blandad med rädsla i förväntningarna på mötet med barnet förekom. Temat ohälsa hör till graviditet beskriver hur graviditeten inte upplevdes som en sjukdom, utan de besvär som uppkom under graviditeten ansågs höra till graviditeten. Besvär som kunde uppkomma under graviditeten var bl.a. sömnsvårigheter, illamående, ryggsmärtor och trötthet. Besvär som förekom i magtrakten kunde kvinnorna tolka som att inte allt stod rätt till hos barnet. Kvinnorna kände ofta bekymmer under graviditeten, vilket bildar det sista temat. De oroade sig för barnets hälsa, sin egen hälsa, familjens hälsa, moderskapet och hur familjens framtid kommer att bli. Oron ledde ofta till att de kände sig ensamma om att vara svaga, hjälplösa, dumma, odugliga och onormala samt att de kunde föreställa sig att de blev fördömda av andra. De flesta tog itu med sina bekymmer genom att söka hjälp, medan andra förnekade sin oro. Hjälp kunde fås genom samtal med andra gravida, vänner, familjemedlemmar eller professionella vårdare. De oroade sig också inför själva förlossningen, hur smärtan kommer att upplevas, hur barnet kommer att må och hur det kommer att se ut. (Bondas, 2000, s.59)

Strävan efter familjegemenskap

I den tredje kategorin urskiljs tre olika teman, och dessa tre teman är; barnets mening skapas efterhand, drömmar, förhoppningar och planering samt förändrade relationer.

Graviditeten blev oftast en chock för kvinnorna, vilket ledde till att barnets mening skapas efterhand. Vid början av graviditeten kunde kvinnorna känna stark glädje, men även olidlig oro. En graviditet innebär ett nytt innehåll i livet, vilket gör livet annorlunda. Efter en tid förbleknade graviditeten till en mer förvirrande och överklig period i livet.

Temat drömmar, förhoppningar och planering beskriver rädsla och oro för att ha misstagit sig med hela graviditeten. Bevis som fungerade på att barnet existerade var bl.a. illamående, fosterrörelser, hjärtljud och ultraljudsundersökningen. Med drömmar och förväntningar menas hur den gravida kvinnan såg med glädje fram att få ställa i ordning för barnet genom att köpa babykläder och utrustning. Deras tidigare liv som främst hade haft fokus på jobb och fritid förändrades till ett mera familjecentrerat liv. De ville ge den bästa vården de kunde till sitt blivande barn. Trots förändrade relationer var den blivande mamman redo att älska och vårda barnet, oberoende om det var perfekt eller inte. De ville också att partnern skulle vara delaktig under hela graviditeten och förlossningen som stöd. Även övriga familjemedlemmar, så som föräldrar eller svärföräldrar samt vänner, ställde upp som stöd. Vårdpersonalen fanns också till för de gravida kvinnorna, de gjorde vårdande undersökningar och åtgärder samt gav information och uppmuntran, som lindrade kvinnornas oro. (Bondas, 2000, s.60–61)

Antenatal vård – beskydd och deltagande

Delen om antenatal vård – beskydd och deltagande, beskriver kvinnors upplevelser av den antenatala vården. Delen tar form i tre kategorier; tillitsfull relation, kompetent beskydd och kontinuerligt deltagande.

Tillitsfull relation

Denna kategori delas in i tre olika teman, och dessa tre teman är; berättelsen om barnafödande, mänsklighet och intresse samt lugn atmosfär.

I temat berättelsen om barnafödande poängteras att regelbundet få träffa samma vårdare vid hälsovårdscentralen var något som de flesta kvinnorna önskade, eftersom att vårdaren lärde känna dem, lyssnade, tog hänsyn till deras unikhet och sårbarhet samt tog de på allvar. Ibland kunde de även känna bekymmer som de inte ville prata om med partnern eller någon annan nära person. I temat mänsklighet och intresse upplevde kvinnorna att det var viktigt att komma överens med sina vårdare och att de var på samma nivå. Något som kvinnan och vårdaren hade gemensamt, t.ex. humor, ledde till en mer öppenhet mellan dem. De gravida kvinnorna kunde snabbt se ifall vårdarna gjorde arbetet endast på rutin istället för att se de gravida kvinnorna som människor. Rådgivningsbesöken upplevdes lugna och bildade en lugn atmosfär. De gravida kvinnorna blev mera avslappade av estetiska omgivningar. De visste inte på förhand hur mycket tid som hade reserverats för besöket så de kände att de inte ville utgöra någon börda för vårdaren och försökte därför göra besöken korta. De upplevde att störningar mitt i besöken, såsom telefonsamtal eller avbrott mitt under besöket, var viktigare och de längtade därefter också efter tid för att få ställa frågor. (Bondas, 2000, s.63)

Kompetent beskydd

Denna kategori delas in i två teman, och dessa två teman är mänsklig övervakning och professionell kompetens.

Temat mänsklig övervakning beskriver de förväntningar om att en kontroll, undersökning och övervakning gjordes vid rådgivningsbesöken för att garantera moderns och barnets hälsa. Kvinnorna kände även att det var viktigt att vårdaren såg på dem som människor och inte bara som en gravid kropp när undersökningar utfördes. Regelbundna besök och möjligheten till att kunna ringa uppskattades. Professionell kompetens ansåg kvinnorna vara viktigt hos vårdarna för att de gravida kvinnorna skulle kunna lita på dem. Kvinnorna ansåg också att vårdarna var de som kunde ge de bästa råden åt dem och de önskade att vårdarna kunde ge dem olika alternativ och ge förklaringar på de olika åtgärdernas betydelse. De flesta kvinnorna önskade även att de vårdare som tagit hand om dem under graviditeten också skulle ta hand om deras förlossning. (Bondas, 2000, s.64)

Kontinuerligt deltagande

Denna kategori utformas av två teman, dessa två teman är kunskap i dialoger och familjens och vänners deltagande.

Kunskap i dialoger gällande graviditeten och vården, gav kvinnorna trygghet, vilket gjorde att de lättare förstod vad som skulle ske, vad de kunde förvänta sig och hur de själva kunde delta i vården. Information och diskussioner enskilt, i grupp samt skriftligt var något som alla kvinnorna önskade. Förstföderskor ville kunna föreställa sig hur det är att föda barn, hur det är att bli mor och hur det är att ha en familj. Mera specifik och verklighetsbaserad kunskap önskades av kvinnorna. Familjens och vänners deltagande var ett stort stöd för den gravida kvinnan. De flesta kvinnorna hoppades på att vårdarna skulle ta med papporna i vården och på förberedelsekurserna. Partners närvaro vid ultraljudsundersökning var till stor betydelse för kvinnorna. (Bondas, 2000, s.65)

Metod för undersökningens genomförande

I detta kapitel kommer vi att beskriva vad kvalitativ metod, datainsamlingsmetod, material och dataanalysmetod innebär relaterat till vårt arbete. Vi valde att använda oss av kvalitativ forskningsmetod i vår studie på grund av våra frågeställningar om hur graviditeten upplevs av unga mödrar.

Den kvalitativa forskningsmetoden ger en beskrivning av människans skrivna eller talade ord samt det observerbara beteendet hos människan. En kvalitativ forskning är flexibel och frågeställningarna i studien fördjupas stegvis. Resultaten som framkommer i en kvalitativ forskning baserar sig på ett mindre antal individer, men även ett mer omfattande material, vilket gör att resultaten är djupa och berör specifika sammanhang. (Olsson & Sörensen 2007, s.13)

Forskaren i en kvalitativ forskning försöker alltid möta situationen som om den vore ny. Efter att ha samlat in material beskrivs och tolkas det insamlade materialet med en strävan efter helhet och speciella förhållanden för att få en så verklig bild som möjligt. (Olsson & Sörensen 2007, s.65)

När man använder sig av en kvalitativ metod är man ute efter att karaktärisera någonting, och det centrala är att man vill hitta kategorier, modeller eller olika beskrivningar, som redogör för fenomen eller sammanhang i omgivningen. Den kvalitativa metoden innebär en vetenskap om hur vi går tillväga för att utforma något. (Olsson & Sörensen 2007, s.79)

Datainsamlingsmetod och material

Vi har valt att använda dokument i form av bloggar som datainsamlingsmetod i vårt examensarbete. Det finns få tidigare studier, som använt bloggar om tonårsgraviteter och vi upplevde att det kan finnas mycket information om upplevelsen av tonårsgraviteten i bloggar. Bloggar behandlas som dokument. Att använda sig av dokument som datainsamlingsmetod fungerar bra när man vill besvara frågeställningar av verkliga förhållanden och verkliga händelseförlopp. (Patel & Davidson, 2003, s. 63–64). Eftersom vi har valt dokument i form av bloggar som datainsamlingsmaterial, bör vi vara kritiska till det som skrivs för att kunna bedöma kvinnornas upplevelser som så verkliga som möjligt.

Genom att söka fritt på internet med sökorden "ung mamma", "blogg", "tonårsgravitet", "tonårsmödrar", "blogi" och "teiniäiti" hittade vi bloggar av finländska tonåringar som fått barn i ålder under 20. En del av bloggarna som vi hittade berörde inte det valda ämne tillräckligt, vilket ledde till att de valdes bort. Slutligen valde vi fem finländska bloggar som handlar om hur det är att få barn i tonåren. Den gemensamma nämnaren bland dessa bloggar är att de unga kvinnorna som skrivit dem blev gravida i tonåren, i dessa fall var de mellan 14–18 år gamla. En annan gemensam nämnare, som också var ett krav inför detta examensarbete, är att alla dessa graviteter var oplanerade. Alla kvinnorna är hemma från Finland, tre av dem är svenskspråkiga och två finskspråkiga, samt att den ena av de svenskspråkiga var bosatt i Sverige under graviditeten. Sammanlagt inkluderades 143 blogginlägg.

Vi valde att påbörja läsningen och analyseringen från det stycke där kvinnorna först nämner om sin graviditet fram till förlossningen. En viktig sak att tänka på var, att skribenten kan ha publicerat blogginläggen endast för en viss tidsperiod och kunde en dag ha tagit bort allt, därför sparades materialet som vi använde oss av i form av Word-dokument på datorn och skrevs sedan ut i pappersformat för att underlätta analysen. Sammanlagt fick vi ett word-dokument på 46 sidor med teckensnittet Calibri med storlek 12 på teckensnittet och ett annat Word-dokument på 96 sidor med teckensnittet Times New Roman med storlek 12. (Patel & Davidson, 2003, s. 64–65).

Dataanalysmetod

Som metod för analysen av det insamlade materialet används kvalitativ innehållsanalys. En innehållsanalys kan användas både kvalitativt och kvantitativt i syfte att göra en beskrivande och tolkande analys av texter. Innehållsanalysens vetenskapliga ursprung började under 1600-talet inom teologin, och under 1800-talet och början av 1900-talet användes innehållsanalys främst inom massmedia i analyser av tidningar. Efter andra världskriget fortsatte innehållsanalysen att växa och utvecklas inom massmedia och kommunikationsforskning, speciellt i USA. (Danielson, 2012, s.330–331).

Alla valda blogginlägg kopierades över till två vanliga Word-dokument som vi senare skrev ut, varefter texterna lästes igenom några gånger för att lättare få översikt över vad de handlade om. Dessa texter kallas för analysenhet, vilket syftar på den text som skall analyseras (Danielson, 2012, s.332). Därefter markerades meningar och ord i texterna som svarade på vårt syfte och våra frågeställningar, dessa kallas för domäner. I marginalerna antecknade vi ord eller kortare meningar som kunde sammanfatta hela den markerade texten, vilket innebär att texten reduceras till en meningsenhet. (Danielson, 2012, s.333).

Därefter klipptes dessa markerade texter ut. Urklippen sorterade vi sedan enligt vad de handlade om, och meningsenheterna vi noterat i marginalerna hjälpte oss att lättare utföra sorteringen. Efter sorteringen började vi fundera kring vilka kategorier vi kunde hitta, och sorterade urklippen ytterligare till olika kategorier. En del urklipp valdes bort helt och hållet, eftersom de inte platsade i någon kategori. Dessa urklipp kunde senare inte heller delas in i några ytterligare kategorier, eftersom de sist och slutligen inte från början svarade på vårt syfte. Från de kategorier vi hade urskilt i sorteringen kunde vi hitta två olika inriktningar, och därifrån bildade vi två olika teman, som presenteras närmare i kapitel 8.

Som analysform kan man använda sig av induktiv analys eller deduktiv analys. I detta arbete har vi valt induktiv analys, vilket innebär att analysen görs utgående från innehållet i datamaterialet. Det insamlade materialet styr helt och hållet resultatet. Deduktiv analys innebär däremot att man i förväg gör upp en mall eller ett kodningsschema grundat på en teori eller en modell från en tidigare studie (Danielson, 2012, s.335). Efter den induktiva analysen har vi dock jämfört resultatet med den valda teorin i kapitel 5.

Etiska aspekter

Då det gäller de etiska aspekterna för detta arbete är det viktigt att inte utnyttja, sära eller skada de inblandade, d.v.s. författarna till bloggarna. I en studie är det viktigt att man utför arbetet noggrant och omsorgsfullt både i själva genomförandet, dokumenteringen och presentationen av resultatet (Forskningsetiska delegationen, 2012).

Anonyma inlägg räknas som ostrukturerat material och medför därför inga integritetsrisker, såvida man inte kränker människan, som skrivit inlägget. När det gäller datainsamling via internet är det väsentligt att informanten ger samtycke och att man säkerställer datamaterialet så att ingen obehörig kommer åt det. Däremot finns det undantag när inget samtycke behövs, vilket är vid offentlig kommunikation, t.ex. vid skrivandet av offentliga bloggar (Skärsäter & Ali, 2012, s.261). Detta styrks också av Forskningsetiska delegationen (2012) som menar att man deltar frivilligt i en

forskning med sitt samtycke, men när det gäller offentliga och publicerade material kan man avvika från denna princip.

När det gäller minderåriga informanter som skall studeras, skall forskarna själva bestämma om det lönar sig att ansöka om ett särskilt samtycke från informanterna själva och deras vårdnadshavare (Forskningsetiska delegationen, 2012). Vi anser i detta fall att vi inte behövde något särskilt samtycke, eftersom blogginläggen redan var publicerade offentligt och därmed åtkomliga för vem som helst.

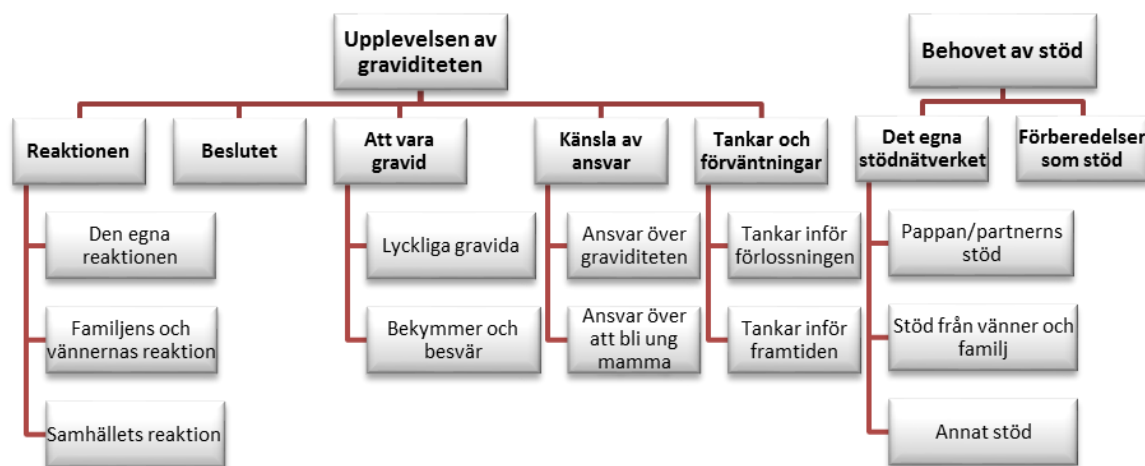
För att skydda identiteten till skribenterna till de valda bloggarna har vi valt att inte avslöja några namn eller webbadresser, och vid citat har namnen förkortats till endast den första bokstaven. Mera etiska frågor tas upp i kapitel 10, där vi kritiskt granskar arbetet.

Resultat

“Förstår ni nu varför jag är världens lyckligaste tjej? Både gravid och har så mycket stöd!”

I resultatet av detta arbete framkom att överlag upplevde dessa unga, blivande tonårsmammorna graviditeten som någonting positivt. Trots att graviditeten var oplanerad, och att deras livssituation kanske inte var den bästa för att bilda familj, tog de ansvar för sitt handlande och engagerade sig djupt i sina graviditeter och i att förbereda sig inför det kommande föräldraskapet. Gemensamt för alla dessa unga kvinnor var också att deras stödnätverk, oftast bestående av vänner och familj, var brett och att de uppskattades väldigt mycket.

Under den kvalitativa innehållsanalysen kunde två olika teman urskiljas: upplevelsen av graviditeten och behovet av stöd, vilket också sammankopplas med våra frågeställningar. Dessa teman presenteras var för sig i kapitel 8.1 respektive 8.2. Det förstnämnda temat delades in i fem olika kategorier och det andra temat i två olika kategorier, och denna indelning syns tydligare i Figur 1.



Figur 1. Tema- och kategoriindelning enligt resultaten från innehållsanalysen.

I det första temat, upplevelsen av graviditeten, framkom fem kategorier; reaktionen, beslutet, att vara gravid, känsla av ansvar och tankar och förväntningar. I det andra temat, behovet av stöd, fanns det egna stödnätverket och förberedelser som stöd. Kategorierna presenteras i ytterligare en underrubrik var för sig under temarubrikerna 8.1 och 8.2. I de flesta av dessa kategorier kunde även subkategorier urskiljas, dessa presenteras närmare under varje kategoripresentation och är

markerade med fet stil. I varje kategoripresentation lyfts olika citat från bloggarna fram, och de har alla citerats i sin ursprungsform och kan därför innehålla grammatikfel och en del skrivs på finska. Som bilaga i arbetet finns en lista på de numrerade finska citaten översatta till svenska.

Upplevelsen av graviditeten

Detta tema handlar om hur graviditeten upplevdes för dessa unga kvinnor, och är indelat i flera olika kategorier. Något som kan sammanfatta hela detta tema är att upplevelsen överlag upplevdes positivt. De blivande unga mammorna njöt av att vara gravida och engagerade sig djupt i uppföljningen av sin graviditet.

Detta tema delar sig i fem olika kategorier; reaktionen, beslutet, att vara gravid, känsla av ansvar och tankar och förväntningar, och presenteras var för sig i underrubrikerna nedan.

Reaktionen

I denna kategori beskrivs den unga kvinnans egen reaktion, familjens och vännernas reaktion samt samhällets reaktion på graviditeten, det vill säga reaktionen då den unga kvinnan insåg att hon var gravid och reaktionerna hon fick då hon avslöjade det för folk i sin omgivning. Till samhällets reaktion räknas de som kommenterat på bloggen samt hur kvinnan själv har upplevt bemötandet, som hon fått ute i samhället. I och med att det framkom reaktioner från flera olika håll, delades denna kategori in i ytterligare tre subkategorier; den egna reaktionen, familjens och vännernas reaktion och samhällets reaktion.

Den egna reaktionen

”Poikaystäväni sanoi useaan kertaan että ”eikö sun nyt kannattais hakee se raskaustesti?” ja olin aina vaan, että odotetaan vaan kyllä ne kuukautiset sieltä tulee. No eipä tullut.”(1)

Alla förutom en av dessa unga kvinnor hade aningar om att de kunde vara gravida, eftersom de led av de typiska graviditetssymtom som bl.a. illamående och försenad menstruation. Efter att ha försäkrat sig om att menstruationen faktiskt inte tänkte komma, gjorde de unga kvinnorna ett graviditetstest och fick det då bekräftat. Hon som inte gjorde graviditetstestet hade som tidigare nämnt aldrig några aningar om att hon var gravid, utan fick reda på det då hon blev inlagt på sjukhuset för överdos av värktabletter och vårdpersonalen tog ett graviditetstest på henne.

Trots att nästan alla dessa kvinnor redan hade aningar om att de möjligtvis var gravida, blev de ändå väldigt chockade då graviditetstestet visade positivt:

”... pelkäsin olinhan itsekin vielä lapsi, miljoonia asioita kokematta sekä näkemättä.” (2)

De blev också rädda för hur de skulle klara av att ta hand om ett barn, men även rädda för hur folk skulle reagera. De anklagade sig själva och förstod inte riktigt vad som hade hänt, och de visste inte om de skulle tolka testsvaret positivt eller negativt. Kvinnorna upplevde att de hade fastnat och inte visste vart de skulle ta vägen, men så småningom började tankarna klarna och de började tänka efter hur de skulle ta hand om barnet, vilket gjorde att längtan efter barnet började krypa fram.

”Onko se hyvä vai huono asia että testi näytti positiivista...” (3)

”Hur kunde detta hända?”

”... varför var jag inte försiktig?”

Familjens och vännernas reaktion

“Et tuu ikinä pärjämään. Miettisit vielä, sulla on koko elämä edessä” (4),

“Du kommer aldrig att klara dig” var en reaktion som de flesta familjemedlemmar sa när de fick reda på att deras dotter var gravid. De unga kvinnornas familjemedlemmar blev allesammans chockade, men i slutändan stöttade de kvinnan. Den ena kvinnans familj var först helt emot och ville att hon skulle göra abort, men de sa att valet är helt upp till henne och att de kommer att stötta henne oavsett vilket beslut hon väljer att ta.

De flesta vännerna blev glada för deras väns skull och ville gärna finnas till och hjälpa, men det förekom också vänner som tyckte att de var alltför unga för att ha barn. Det fanns också de vänner som inte riktigt vågade fråga så mycket om graviditeten och hade lite svårt att smälta allt eftersom det var något nytt och lite konstigt. Trots det, var de alla ense och tydliga med att visa att de stöttar sin vän, oavsett vilket beslut hon väljer att ta.

Förutom familjemedlemmar och vänners reaktion på deras dotters/väns graviditet reagerade också lärare och läkare. Den ena kvinnan skrev om att hennes läkare försökte övertala henne till att göra abort, eftersom hen ansåg att den unga kvinnan inte skulle klara av att bli mamma p.g.a. hennes unga ålder och hennes mående. En annan kvinna fick höra från en lärare, att hon ska tänka till en extra gång, innan hon tar sitt slutgiltiga beslut.

Samhällets reaktion

De unga kvinnorna var väl medvetna om att det förekommer nyfikenhet hos många som de stöter på ute i samhället och att det pratas en del bakom deras ryggar, men ingen av dem har stött på någon som skulle ha visat ett annorlunda bemötande eller “smutskastat” dem för att de är unga och gravida. Nyfikenheten hos folk i samhället upplevdes för det mesta som något positivt, eftersom folk i allmänhet ville veta hur graviditeten framskred, vilket kön barnet var och liknande.

En av kvinnorna skriver att hon inte blir annorlunda bemött ute på stan bara för att hon är ung och gravid, utan att hon betraktas som en helt vanlig gravid kvinna:

“Ingen kollar snett på mig, men dom kollar ner på min mage.”

En annan skriver att hon inte heller blivit annorlunda bemött ute i samhället, vilket hon skriver kan bero på att folk antingen tror att hon är äldre än vad hon är eller att hon bara har en stor mage.

De flesta fördomar som de unga kvinnorna råkade ut för, förekom hos anonyma blogg läsare, som kommenterat deras blogginlägg, oftast handlade det om att de inte kommer att klara av och orka ta hand om barnet och dyligt. En av kvinnorna försvarar sig mot de som kommenterat med hatinlägg på hennes blogg gällande hennes graviditet genom att i ett blogginlägg skriva;

“Det är så fel när det är så att folk har mera ‘koll’ på hur unga mammor sköter sina barn bara för att dem [sic] tror att man inte tar tillräckligt med ansvar för sitt barn om man är ung”.

Hon avslutar sedan blogginlägget med att skriva

“... det är mycket bättre att ha en ung mamma än en trött och gammal mamma. Så ni kan sluta tjata om att jag är för ung.”

Beslutet

De unga blivande mammorna såg aldrig abort som ett självklart val, även om några av dem funderade på det alternativet i början. Beslutet att behålla barnet var deras eget val, trots att folk runtomkring dem ville att de skulle överväga alternativet abort.

”Minulle taas asia oli selvä heti kuullessani” (5),

skrev en av kvinnorna när hon bestämde sig för att behålla sitt barn då hon fick graviditeten bekräftad. En annan kvinna funderade först på adoption, men då skulle hon aldrig mer få träffa barnet igen och det kände hon att skulle vara alldeles för hemskt. Samma kvinna funderade också på att göra abort, men till största delen p.g.a. att alla andra runtomkring henne ville att hon skulle göra det:

”Tänk om det här var min enda chans att få barn? Hur sjutton skulle jag kunna leva hela livet då och vara lycklig? Aldrig få barn och jag skulle bara tänka på den där aborten, om jag nu hade gjort någon”.

Kvinnorna ångrade aldrig sina beslut om att behålla barnet, trots att deras närmaste blivit lite besvikna över deras val. De var säkra på att de skulle ha gjort det största misstaget i deras liv, blivit totalt förstörda samt ångrat det ifall de gjort abort. ”Jag tog min chans iallafall och jag kommer nog aldrig ångra det” skrev den ena unga kvinnan som svar på en anonym fråga på hennes blogg om varför hon inte gjorde abort. De unga kvinnorna var medvetna om vad de offrade när de valde att inte göra abort, men de var redo att anpassa sig efter sina val.

Att vara gravid

Denna kategori beskriver positiva saker i samband med graviditeten, men också mindre trevliga saker. Denna kategori indelas i två olika subkategorier: lyckliga gravida och bekymmer och besvär. Båda subkategorierna tar upp känslor och tankar gällande graviditeten.

Lyckliga gravida

De blivande tonårsmödrarna upplevde graviditeten positivt. De upplevde lycka och längtan efter att få träffa sitt barn. De kände sig vackra med sina gravidmagar och trots att de har fått gå igenom mycket under graviditeten, hade de lärt sig många nya saker och mognat under tiden. Trots illamående och lätt oro inför förlossningen, hade de allesammans positiva känslor under hela graviditeten och de njöt verkligen av tillvaron. En av kvinnorna tyckte att graviditeten går allt för fort och skrev på ett humoristiskt sätt i ett blogginlägg att det känns som att barnet snart fyllt tre år fast det ännu inte ens var fött. En annan nämner även i ett av blogginläggen att hon redan som 12-åring hade haft en svag längtan av att få barn och att när hon nu fått bekräftat att hon var gravid längtade hon mest av allt.

”En oo koskaan ollut elämässäni onnellisempi, kun mä nyt olen” (6).

Känslorna för barnet började komma redan i början av andra trimestern, och då dessa känslor började krypa på, funderade en av de blivande unga mödrarna på vad den lilla ska heta samt började prata, klappa på magen och läsa för den. Hon såg framemot att få ta hand om sitt barn och vårda det omsorgsfullt.

Att känna det lilla livet, som man tillsammans med den man älskar har skapat, sparka och röra på sig är det bästa med att vara gravid, skriver en av de blivande unga mödrarna. En annan av kvinnorna gjorde upp en lista där hon skrev ner fem fördelar med att vara gravid. Enligt henne var fördelarna med att vara gravid att få visa upp sin babyimage, att man är så vacker när man är gravid,

att veta att man har skapat ett liv, ha kompisar som klappar magen och frågar hur man mår samt sparkarna som bekräftar att barnet lever.

”Rakastan raskaana olemista, rakastan mun masua, masun asukkia ja sen myllerryksiä. Rakastan niin paljon tätä kokonaisuutta raskaana olemisessa, et mulla ei oo oikeesti millään tavalla kiire päästä pusertaa tota pikkusta ulos.” (7)

Bekymmer och besvär

Oro och rädsla för att något skulle hända med barnet var något som de alla hade gemensamt, och en del grubblade mer över det, än andra. De oroade sig för missfall i början av graviditeten, för att något skulle gå snett i förlossningen eller att barnet skulle ha någon form av missbildning. Detta fick dem att tidvis må dåligt under graviditeten.

”Jag minns hur jag längtade ihjäl mig efter just den här tiden när jag var i första trimestern. Det var en förjävlig tid. Jag växlade mellan att vara rädd för missfall samtidigt som jag spydde femton gånger om dagen och tänkte att jag inte vill ha någon jävla bebis om det är såhär man ska må”.

Illamående och smärtor påverkade kvinnorna negativt. De kände sig som dåliga och oengagerade mammor, då de inte orkade med något. Även att se hur siffrorna på vågen bara steg under graviditeten, påverkade humöret tidvis hos dem. En av dessa unga mödrar skriver ett helt inlägg om saker, som upplevs som negativt med graviditeten, men hon använder sig av humor så att läsarna ändå får ett leende på läpparna under läsningen:

”Att sitta på en parkering och gråta för att du inte vet hur du ska kunna köra hem utan att spy i din famn, ha en basketboll i din mage som kickar skiten ur din blåsa, inte kunna äta för mycket för att din bebis trycker ihop din magsäck... Ha ett humör som är lika skiftande som vädret i Finland. Att inte komma ihåg hur dina fötter såg ut eller om du ens hade några. Inte hunna gå förbi ett bord utan att vara rädd för att råka svepa ner allting med din kanonkula. Att smälla ner din röv i soffan lite för hårt och se hur dina vänner bredvid studsar upp i taket.”

Känsla av ansvar

Denna kategori handlar om ansvaret för graviditeten och ansvaret över att bli ung mamma. Kategorin indelas i två olika subkategorier: ansvar över graviditeten och ansvar över att bli ung mamma. I dessa subkategorier beskrivs de blivande mammornas tankar och känslor över att vara gravid samt hur det är att vara en ung mamma.

Ansvar över graviditeten

Ingen av kvinnorna använde kondom eller någon annan form av preventivmedel. En av kvinnorna skriver att hon inte tycker att p-piller hör hemma i en människas kropp och en annan kvinna skriver att hon själv kan erkänna att hon var lite oansvarig, då hon inte använde preventivmedel med tanke på att hon vet vad som kunde hända, men skyller det hela på att det var en händelse av impuls. I efterhand har samma kvinna bestämt sig för att sätta in en spiral efter att barnet har fötts, för hon vill inte att det ska ske fler misstag även fast det denna gång i slutändan blev ett ”bra” misstag.

Modersinstinkten gjorde att de alla valde att behålla barnet. Efter att de beslutat sig för att inte ge upp barnet för adoption eller göra abort, kände de sig redo för att ta hand om sitt blivande barn och de var medvetna om att deras liv kommer att förändras, då de måste börja ta hand om det nya livet, vilket också gör att de är tvungna att prioritera andra saker i livet än tidigare.

Ansvar över att bli ung mamma

“Äidinvaisto on maailman ihanin asia.” (8)

Tanken på att bli en ung mamma har de alla haft, men ingen av dem hade dock planerat att bli mamma i så här pass ung ålder. Trots deras unga ålder, anser de sig inte själva som speciellt unga för att bli mamma. En kvinna skriver, att det beror på vad och hur man prioriterar. Hon själv har aldrig velat ha något festligt studentliv i storstan, utan hennes huvudsakliga mål i livet har alltid varit att bli mamma och därför känner hon inte att hon på något sätt missar något roligt.

“16 vuotias ei voi olla valmis äidiksi kuulut viel hiekkalaatikolle” (9)

var en anonym kommentar, som en av kvinnorna fått i ett av hennes blogginlägg. Kvinnan besvarar med att skriva att hon är helt av samma åsikt, att en stor del av 16-åringar inte är redo för att bli mamma, men att hon själv alltid bott i en stor familj och tagit hand om de mindre syskonen. Hon har därför alltid känt sig gammal för sin ålder och tycker själv att hon är redo för att bli mamma. Hon är också medveten om att en stor del av unga mammor kan vara omogna och ansvarslösa, men att det är något som inte bara unga mammor kan vara, utan också äldre mammor.

Informanterna var medvetna om att människor som inte känner dem, tycker att de fortfarande bara är barn, men det är deras egna beslut och ansvar att ta hand om det kommande barnet och därför ansåg de, att okända människor inte bör lägga sig i de unga mammornas liv. Deras egna attityder till unga mammor är, att de alltid blir så glada av att se unga mammor ute på stan som går runt med sina barnvagnar och tar hand om sina barn. Någon tycker också att man fortfarande ska vara lite barnslig när man skaffar barn och ser det därför endast som en positiv sak att ha barn i ung ålder.

Tankar och förväntningar

I denna sista kategori inom temat upplevelsen av graviditeten framkom olika slags tankar och förväntningar inför det som graviditeten slutligen leder till; en förlossning och ett föräldraskap. En del var oroliga tankar medan andra var mera av en längtan och en förväntan på vad för slags förändring detta skulle betyda för deras vardagliga liv. Denna kategori kan delas in i två olika subkategorier; tankar inför förlossningen och tankar inför framtiden.

Tankar inför förlossningen

De unga kvinnorna var nervösa och spända inför förlossningen, en del mera än andra. Denna nervositet varierade i olika stadier av graviditeten. De läste information om vad som kan ske under en förlossning, och vissa saker de tog reda på gjorde självfallet att de började oroa sig ännu mera. Smärtan var en stor faktor, som dessa mammor var rädda för, men de var också oroliga över att underlivet skulle spricka under förlossningen. Den ena blivande mamman skriver

“Mua ei pelota supistusten aiheuttama kipu niin kauheesti vaan se, että jos repeytyy.” (10),

d.v.s. hon är egentligen inte så rädd för värkarna som sammandragningarna orsakar, utan mera rädd för att spricka. En annan blivande mamma skriver också att hon läst att man kan spricka och att man ibland kanske hamnar att klippa upp mellangården för att barnet ska rymmas ut, och fortsätter med

“Händer det ofta eller behöver jag oroa mig?”

En av dessa unga kvinnor var dessutom väldigt förlossningsrädd, och varje gång hon såg på en film om förlossningar eller tog reda på mera fakta blev rädslan större och värre.

Trots rädslor och nervositet inför förlossningen är ändå en av dessa blivande mammor väldigt förväntansfull och längtar till själva förlossningen, som hon också tror kommer bli magisk:

”Två veckor till bf, och jag tar snart priset som världens otåligaste kvinna. Jag börjar komma in i ett sådant stadie att jag med flit smäller foten i väggen och därefter googlar ifall om stortå möjligen kan vara ett tecken på att det är dags att föda.”

Tankar inför framtiden

De blivande mödrarna funderade också mycket kring framtiden, hur den kommer att förändras och hur det kommer att påverka deras vardag, när de kommer att ha ett barn i närheten. En del var oroliga tankar, men överlag kände de ingen större oro över att de inte skulle klara det, tvärtom. Under en frågestund på en av dessa mödrars blogg, där en av läsarna frågar om hon är nervös inför förlossningen och hur allt kommer förändras efter det, svarar hon

”Kyllä mua vähän jännittää. Varsinkin se, että miten rankaks todellisuudessa arki muuttuu. Tässäkin asiassa kuitenkin helpottaa se, että mä tiedän H:n auttavan mua ja luotettavaa hoitoapua on tarjolla jos sellanen tilanne tulee, et tarvi vähän lepoa” (11).

En annan av dessa unga mödrar oroar sig inte speciellt mycket över framtiden, och menar att hon senare i livet förhoppningsvis kommer att ha mera möjlighet att skaffa sig en utbildning. Något denna mamma dock oroade sig för var spädbarnsdöd.

Behovet av stöd

Detta tema berör de unga mammornas behov och tillgång till stöd som de hade under sin graviditet. Temat har delats in i två olika kategorier; det egna stödnätverket och förberedelser som stöd, som presenteras var för sig i underrubrikerna nedan.

Det egna stödnätverket

I denna kategori nämns det stöd som de unga mammorna fick av folk i deras nära omgivning. Här delas kategorin in i tre olika subkategorier; pappans/partners stöd, stöd från familj och vänner och annat stöd.

Pappan/partners stöd

De flesta av dessa unga mammor hade stöd av pappan till barnet, och oftast var denna pappa även en relativt stadig partner till den unga kvinnan. För en kvinna var dock pappan frivilligt borta största delen av graviditeten och för en annan var pappan väldigt osäker och velade mellan att vara delaktig eller inte.

De som dock fick stöd från sin partner och pappan till barnet beskrev det som oerhört viktigt och väldigt uppskattat. I det ena fallet var pappan till barnet glad över att få ett barn, men i början av graviditeten kunde han inte närvara så mycket eftersom han befann sig i armén. Något som verkade gemensamt för de blivande papporna som faktiskt var delaktiga var att de var äldre än den blivande mamman. En mamma skriver

”... om jag skulle få barn med en som var lika gammal som mig kanske dem [sic] inte skulle ha tyckt att någon av oss var mogen för ett barn. Men t.ex. M kan ju allt sånthär [sic] om försäkringar och massa annat ... som jag inte förstår mig på, så då är det jättebra att vara tillsammans med nån som är 'mogen'”.

Stöd från familj och vänner

Något som var gemensamt för alla dessa blivande unga mammor var att de hade ett stort stöd från familj, släkt och vänner. För en del kanske responsen i början inte var den bästa, men med tiden ökade stödet och de visste att de hade någon i sin närhet att vända sig till om de behövde. En ung kvinna skriver

“Vad kan bli bättre? Jag har hela släktens stöd och mina vänners stöd och K:s och hans familjs stöd”.

En ung kvinna skriver att det är underbart att höra att andra människor är glada för hennes skull, medan en tredje skriver att hon trodde hon skulle få mera negativ respons, men människor i hennes hemkommun

“har faktiskt [sic] ett stort hjärta så det har nog varit tvärtom”.

Speciellt för två av dessa unga kvinnor var deras egen mamma ett väldigt stort stöd. Den ena kvinnans mamma skulle hjälpa henne med att ta hand om barnet, och den andra kvinnan kände att hon kunde prata med sin mamma om vad som helst.

Annat stöd

I denna subkategori nämns både stöd från stödgrupper och vårdpersonal, stöd från utomstående samt ekonomiskt stöd. En blivande ung mamma deltog i en slags stödgrupp där hon kunde träffa andra unga mammor, och det uppskattade hon verkligen:

“... mun mielestä on mahtavaa että tällästä järjestetään. Innolla odottelen jo seuravaa torstaita” (12).

En mamma hade hälsat på en skolkurator som hon tyckte bra om, och hon ansåg även att hon hade “världens bästa barnmorska”. Denna blivande mamma oroade sig inte heller över ekonomin. Mammorna fick även stöd av sina läsare på bloggen.

“Jag är så glad att ni säger att jag är stark, jag blir verkligen jätteglad!”.

Förberedelser som stöd

Ett annat sätt för dessa blivande unga mammor att få stöd var genom att läsa fakta kring graviditet och förlossning, titta på olika filmer samt att delta i olika förlossningsförberedelsekurser. En mamma hade lånat böcker som behandlade graviditet och barn, och deltog även i en familjeutbildning. Hon var yngst i gruppen, men det var eftersom hon inte valde någon specifik grupp för unga mödrar eftersom

“... jag vill bli behandlad som en vuxen”.

En annan av dessa unga kvinnor deltog också i en förlossningsförberedelsekurs, men den ansåg varken hon eller hennes pojkvän att var givande, eftersom de mesta saker de gick igenom där, kände de redan till.

Tolkning av resultatet

I detta kapitel kommer vi att tolka det resultat som framkom ur bloggarna mot de teoretiska utgångspunkterna samt den tidigare forskningen. Vi har valt att utforma tolkningen enligt resultatets teman.

Upplevelsen av graviditeten

I resultatet framkom som tidigare nämnt att dessa unga mödrar upplevde graviditeten som något positivt och att de inte ångrade sitt beslut att behålla barnet. Den tidigare forskningen som presenterats i kapitel 4 behandlade inte själva upplevelsen av graviditeten, men i Bondas avhandling (som presenterats i kapitel 5) finns en hel del aspekter som också syns i vårt resultat. De unga mammorna i vår studie upplevde oro inför förlossningen, vissa mera än andra. De oroade sig även över barnet hälsa och var rädda för missfall eller spädbarnsdöd. I Bondas avhandling nämns också dessa aspekter, bland annat bekymmer som de blivande mödrarna har, både bekymmer för barnets hälsa, men också oro inför förlossningen.

I vårt resultat kunde vi urskilja variationer i humöret, vilket också nämns i Bondas avhandling. De unga kvinnorna i vår studie var förväntansfulla inför att träffa barnet men samtidigt också rädda. I vårt resultat framkom även mycket positiva faktorer kring hur kroppen förändrades; de blivande tonårsmammorna njöt av att vara gravida, de tyckte mycket om sin stora och växande mage och barnets rörelser, men också att den stora magen orsakade mycket möda för dem. Detta nämns också som ett skilt tema i Bondas avhandling.

Behovet av stöd

I vårt resultat framkom att dessa unga mödrar hade mycket stöd i sin omgivning, både av familj, vänner och deras partner. Detta syns också i tidigare studier, där tonårsmödrar hade stort stöd av folk i sin omgivning (Tarkka & Paunonen, 1995; Bunting & McAuley, 2004; Maputle, 2006). Något som var avvikande i vårt resultat var att de unga mödrarna inte nämnde om ökat behov av t.ex. stödgrupper, och de som frivilligt deltog i stödgrupper ville gärna bli behandlade som vilken blivande mamma som helst och inte skiljas åt i en grupp för tonårsmödrar. I tidigare forskning framkom motsatsen; de unga mödrarna upplevde större behov av stödgrupper för att kunna reflektera med andra i deras situation som blivande tonårsmödrar, och de ville gärna träffa andra tonårsmödrar (Brand, Morrison, Down & Westbrook, 2014; de Jonge 2001). I Maputles studie (2006) nämns också att de unga mödrarna upplevde en rädsla för att berätta för sina föräldrar om sin graviditet, men i vårt resultat hade ingen av dessa unga mödrar något problem med att anförtra sig åt dem.

När det kommer till hur samhället bemötte dessa unga mammor framkom i vårt resultat att det endast i kommentarsfältet på bloggarna förekom negativa kommentarer och förolämpningar. Det övriga samhället reagerade positivt på deras graviditet och de unga mödrarna upplevde inga negativa kommentarer. I de Jonges (2001) och Hannas (2001) studier framkom dock motsatsen, tonårsmödrarna blev illa bemötta i samhället och de upplevde att samhället såg ner på dem och de blev rädda för att bli stämplade.

I Bondas avhandling nämns hur viktigt stödet från familj och vänner upplevdes för de unga mödrarna, vilket också märks i vårt resultat. Dessa tonårsmödrar uppskattade mycket det stöd de fick från sin omgivning, och stödet var dessutom stort.

Ingen av de unga mödrarna i vår studie hade haft en doula med sig vid graviditeten eller förlossningen, men med tanke på det stöd de fick eller upplevde behov av, kan vi märka att en doula kunde passa in väldigt bra. En doula uppmuntrar och stöder den blivande mamman och hennes partner inför en förlossning, hon lyssnar, delar känslor och funderingar och ger ett intryck av trygghet åt den blivande familjen. En doula kan också vid behov berätta mera om hur en förlossning är och vad föräldraskap innebär. (von Koskull & Nysten, 2013).

I vårt resultat framkom att de unga mödrarna tog reda på fakta om t.ex. förlossningen som en slags förberedelse, och här kan vi dra paralleller till en doula, som också kan bistå med samma information. Några av de unga mödrarna deltog även i stödgrupper där de kunde diskutera tankar och känslor om graviditeten och förlossningen, vilket de också lika bra kunde ha gjort med en doula. För en av mödrarna i vårt resultat ansågs förlossningsförberedelsekursen som onödig, eftersom där berättades saker hon redan visste, men här kunde kanske en doula bistå med sådan fakta som anpassas till vad den unga modern har behov av att veta och lära sig.

Kritisk granskning

I detta kapitel kommer vi att använda oss av Larssons (1994) kvalitetskriterier för att kritiskt granska vårt examensarbete. Larsson menar att utan föreställningar om kvalitet på vetenskapliga arbeten kan forskaren inte utföra ett gott arbete. Studien kommer att kritiskt granskas med hjälp av perspektivmedvetenhet, intern logik, etiskt värde, innebördsrikedom och struktur.

Perspektivmedvetenhet

Perspektivmedvetenhet innebär att skribenterna till arbetet redovisar sin förståelse för ämnet, med andra ord de förutfattade meningar som fanns om ämnet före och under studiens gång (Larsson, 1994). Eftersom vi inte hade egna erfarenheter eller upplevelser av att vårda unga mammor, men sen tidigare hade läst och följt med unga mammors bloggar samt kände till några unga mammor, kunde vi redovisa vår förståelse. Vi fick mera förståelse för tonårsgraviditeter genom att läsa oss in på ämnet.

För studiens syfte bör det som redogörs vara rimligt och relevant. Vi anser att vår teoretiska utgångspunkt "att vara med barn" av Terese Bondas är relevant för vår studie. Den teoretiska bakgrunden fördjupade förståelsen för ämnet och de tidigare studierna stärker den vetenskapliga nivån på arbetet. Resultaten som vi kom fram till tolkades både mot den tidigare forskningen och Bondas vårdteori "att vara med barn".

Intern logik

Harmoni mellan forskningsfrågor, insamling av data och analysteknik är enligt Larsson (1994) intern logik. Med harmoni menas att forskningsfrågorna måste vara sammankopplade med datainsamlingstekniker och analyser. Bedömaren behöver inte ha djupare sakkunskap om det specifika innehållet för att kunna använda sig av kriteriet, därför är detta kriterium även det mest använda. Det som också menas med harmoni är att arbetet skall vara ett slutet system, det vill säga allting skall ha en gemensam röd tråd. (Larsson, 1994, s.168–170)

Vi anser själva att vi har följt en röd tråd under hela studiens gång där frågeställningarna har använts som utgångspunkt. Vår bakgrund är relaterad till hur tonårstiden är för en kvinna, graviditet och stöd under graviditeten, vilket är av relevans till våra forskningsobjekt samt det ämne vi ville studera.

I vår undersökning valde vi att använda oss av kvalitativ metod, detta eftersom att syftet med vårt arbete var att få en djupare förståelse hur de unga mammorna upplever den oplanerade graviditeten, samt vilket behov av stöd de kräver. Frågeställningarna som ställdes i arbetet var; hur upplever tonårsmödrarna sin oplanerade graviditet? och hurudant stöd är dessa tonårsmödrar i behov av under sin graviditet? Dessa frågeställningar fungerade som grund när vi valde datainsamlingsmetod och innehållsanalys som dataanalysmetod.

Vi valde att påbörja bloggläsningen från det blogginlägg där den unga kvinnan först beskrev att hon var gravid och avslutade bloggläsningen från det blogginlägg där barnet föddes. Anledningen

till att vi valde att begränsa blogginläggen mellan den unga kvinnans första reaktion fram till att barnet föddes var för att vårt syfte med studien var att beskriva hur tonårsmödrarna upplevde sin oplanerade graviditet samt hurudant stöd dessa tonårsmödrar är i behov av under sin graviditet, och därmed ansågs det som hände efter förlossningen inte vara relevant.

Etiskt värde

En av de viktigaste aspekterna i en vetenskaplig studie är att den kräver god etik (Larsson, 1994). Enligt Forskningsetiska delegationens anvisningar (2012) för god vetenskaplig praxis finns etiska utgångspunkter. Några av dessa etiska utgångspunkter är omsorgsfullhet, noggrannhet och hederlighet. De datainsamlings-, undersöknings och bedömningsmetoder som används skall vara förenliga med vetenskapliga och etiskt hållbara kriterier (Forskningsetiska delegationens anvisningar, 2012).

I tidigare avsnitt om etiska aspekter har vi diskuterat våra etiska överväganden. Eftersom vi valde att analysera bloggar i vår studie, har vi blivit tvungna att tänka på det etiska dilemmat att fråga våra bloggare om de vill vara med i studien eller om vi skulle undvika att fråga dem. Eftersom offentliga bloggar är öppet material på internet, som vem som helst kan komma åt, krävs inget samtycke, och därför valde vi att inte heller kontakta våra informanter inför studien. En annan av orsakerna till att vi inte frågade om samtycke var att informanterna således inte var medvetna om att vi använder deras bloggar som material, och att de därför inte gavs en chans att försköna eller radera sina blogginlägg. Med tanke på detta borde informanternas känslor och upplevelser vara sanningsenliga, vilket anses som en styrka i vår studie. Om vi istället skulle ha gjort en studie med intervjuer, skulle informanterna haft en liten möjlighet att påverka svaren till våra frågeställningar eller valt att inte svara på vissa frågor, men när vi nu har använt oss av offentliga bloggar är det vi själva som har valt de inlägg som lämpat sig till våra frågeställningar. Detta gör att reliabiliteten i vår studie höjs (Skärsäter & Ali, 2012, s.261). Enligt Skärsäter och Ali (2012) kan även uppfattningen av kroppsspråk, tonläge och ansiktsuttryck via internet inverka på materialets validitet. Vi anser dock att validiteten är hög på dessa unga blivande mödrars skrivande av blogginläggen, trots att vi inte ser deras kroppsspråk, tonläge och ansiktsuttryck under skrivandet.

Dock kan en viss försköning av bloggtexterna ändå förekomma, eftersom blogginnehavarna vid tidpunkten för skrivandet förmodligen satt ner tid på att skriva ett lättläsligt och intressant inlägg för sina läsare. De flesta av dessa blogginnehavare hade använt sig mycket av humor i sina texter för att göra läsningen intressantare, även om själva ämnet de skrev om egentligen var någonting negativt. Därför kan vissa saker eventuellt misstolkas, men detta har vi tagit i beaktande under innehållsanalysen.

Vi anser också att vi har gjort ett noggrant arbete, där vi satt ned mycket tid och tänkande. Vi har även diskuterat mycket sinsemellan, och i och med att vi är två skribenter har vi i viss mån fått ett bredare arbete då vi har sett saker och ting från lite olika perspektiv. Under arbetets gång har vi tagit hänsyn till tidigare forskares arbete, och vi har därmed hänvisat till dessa studier på rätt sätt, vilket Forskningsetiska delegationen (2012) nämner som en viktig faktor i god vetenskaplig praxis.

Innebördsrikedom och struktur

Det bör finnas en enkel och tydlig struktur i studien för att läsaren skall kunna förstå vad som är meningen med resultatet samt en bra innebördsrikedom för att resultatet skall bli överskådligt. En bra balans mellan struktur och innebördsrikedom gör att det blir klart och tydligt, vilket också gör att de som inte har någon erfarenhet eller tidigare kunskap om ämnet lättare förstår arbetets innehåll och resultat. (Larsson, 1994, s. 172–175)

Vi anser att det framkommer en tydlig struktur och innebördsrikedom i vårt examensarbete, man finner den röda tråden genom hela arbetet. Vi har valt att använda oss av enkla ord och meningar som gör det lätt för även de som inte jobbar eller har kommit i kontakt med tonårsgraviteter eller graviteter överlag förstår. Resultatet var svårt att dela in i de två stora teman, eftersom det resultat vi fick fram gick ganska mycket in i varandra, men vi anser ändå att vi fått resultatet bra uppstrukturerat med två teman som direkt svarar på våra frågeställningar och som är indelade i kategorier och underkategorier för att göra det lättare att gripa tag om.

Diskussion

Det som verkligen var intressant i resultatet av detta arbete, var att alla fem unga mödrar var väldigt positivt inställda till graviditeten och det blivande föräldraskapet. Vi var nästan mer beredda på att det skulle framkomma mycket negativa tankar och funderingar i blogginläggen, men alla tonårsmödrarna var förvåntansfulla inför det som skulle komma och engagerade sig djupt i sina graviteter. Detta hittade vi inte något samband med i de tidigare forskningarna vi presenterat, vilket vi blev aningen förvånade över. Detta kanske kan bero på skillnader i kulturerna, eftersom de tidigare studierna var gjorda främst utanför Norden.

Det var också intressant att se hurudant stöd dessa unga mödrar fick. De upplevde ingen negativitet i samhället, vilket inte är samstämmigt med tidigare studier (de Jonge, 2001; Hanna, 2001). Ute i samhället upplevde de unga mödrarna att de inte blev stämplade på något negativt sätt, men i bloggvärlden förekom dock mycket kritik där läsarna kunde kommentera anonymt i kommentarsfältet. Detta tog dock inte hårt på dessa unga mödrar, de tyckte snarare det var fegt av de anonyma kommentatorerna att inte våga stå för sin åsikt genom att nämna sitt namn.

Något vi också tyckte var intressant var att nästan alla pappor till det kommande barnet ville vara delaktiga på något sätt, en del var tillsammans med den unga blivande modern, andra deltog med sitt stöd trots att de inte var tillsammans. Detta syns också i tidigare studier, där partnern var ett stort stöd för de blivande mammorna (Tarkka & Paunonen, 1995; Bunting & McAuley, 2004; Maputle, 2006).

Efter att de alla beslutat sig för att behålla barnet, var en stor gemensam nämnare för de blivande unga mödrar nervositeten och rädslan inför förlossningen. Kunde här en doula vara ett stöd för dessa unga kvinnor, och ge dem råd och kanske lugna ner dem inför förlossningen? Alla dessa mödrar hade redan någon med sig vid förlossningen, oftast flera personer är bara en, så en doula kanske inte var nödvändigt vid själva förlossningen. Istället kunde kanske en doula vara ett lämpligt stöd för dessa tonårsmödrar som ett sätt att förbereda sig inför förlossningen under graviditeten. Dessa mödrar visade ju trots allt en oerhörd tacksamhet över det stöd de fick, så ett doulastöd skulle de förmodligen inte tackat nej till.

Då det gäller själva bloggen hade 4 av dessa 5 bloggar vid olika tidpunkter frågestunder, där läsarna under en viss tid kunde ställa vilka frågor som helst och som de unga blivande mödrarna sedan skulle svara på i ett enda blogginlägg. Dessa frågestunder var till stor nytta för oss, eftersom många av de frågor dessa unga mödrar fick svara på, var sådana som vi själva kunde ha ställt om vi valt att göra en intervjustudie. En stor del av vårt material kommer från dessa frågestunder, och har därmed underlättat vår analys betydligt.

Källförteckning

- Bondas, T. 2000. Att vara med barn. En vårdvetenskaplig studie av kvinnors upplevelser under perinatal tid. Åbo: Åbo akademis förlag.
- Borgfeldt, C., Åberg, A., Anderberg, E. & Andersson, U-B. 2010. Obstetrik och gynekologi. Lund: Studentlitteratur.
- Brand, G., Morrison, P. & Down, B. 2014. How do health professionals support pregnant and young mothers in the community? A selective review of the research literature. *Women and Birth*, 27(3) s. 174–178.
- Brand, G., Morrison, P., Down, B. & WestBrook, B. 2014. Scaffolding young Australian women's journey to motherhood: a narrative understanding. *Health and Social Care in the Community*, 22(5) s. 497–505.
- Breedlove, G. 2005. Perceptions of Social Support from Pregnant and Parenting Teens Using Community-Based Doulas. *The Journal of Perinatal Education*, 14(3); s. 15–22.
- Brodén, M. 2004. Graviditetens möjligheter. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bunting, L. & McAuley, C. 2004. Research review: Teenage pregnancy and motherhood: the contribution of support. *Child and family social work*. 9(2) 207–215.
- Danielson, E. 2012. Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 329–343). Lund: Studentlitteratur AB.
- de Jonge, A., 2001. Support for teenage mothers: a qualitative study into the views of women about the support they received as teenage mothers. *Journal of Advanced Nursing*. 36(1), 49–57.
- Ensi- ja turvakotienliitto (u.å). Förbundet för mödra- och skyddshem. <https://ensijaturvakotienliitto.fi/sv/> (Hämtat: 14.11.2016).
- Finlands officiella statistik (FOS): 2015. Ändringar i civilstånd. Helsingfors. Statistikcentralen http://www.stat.fi/til/ssaaty/2015/ssaaty_2015_2016-04-21_tie_001_sv.html (Hämtat: 18.10.2016).
- Folkhälsolagen 28.01.1972/66. <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1972/19720066> (Hämtat: 12.05.2016).
- Folkpensionsanstalten. 2016. Barnfamiljer. <http://www.kela.fi/web/sv/barnfamiljer> (Hämtat: 12.05.2016).
- Forskningsetiska delegationen. 2012. Etiska principer. <http://www.tenk.fi/sv/etikpr%C3%B6vning-inom-humanvetenskaperna/etiska-principer#1> (hämtat: 12.9.2016).
- Gelander, L. 2011. Flickors pubertet. Göteborg: 1177 Vårdguiden. <http://www.1177.se/Tema/Barn-och-foraldrar/Vaxa-och-utvecklas/Barn-och-unga-13-18-ar/Flickor-pubertet/> (hämtat: 02.03.2016).
- Gråberg, I. 2009. Tonåringar. Stockholm: Psykologiguiden. <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?ID=86&tonaring> (Hämtat: 02.03.2016).
- Hanna, B., 2001. Negotiating motherhood: the struggles of teenage mothers. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 456–464.
- Hans, S., Thullen, M., Henson, L., Lee, H., Edwards, R. & Bernstein, V., 2013. Promoting positive mother-infant relationships: a randomized trial of community doula support for young mothers. *Infant Mental Health Journal*, 34(5), 446–457.
- Heiskanen, T., Salonen, K., Kitchener, B. & Jorm, A. 2006. Handbok i psykiska första hjälpen. Helsingfors: Föreningen för Mental Hälsa i Finland.
- Heino, A. & Gissler, M. 2016 Aborter 2015. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd. <https://www.thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik/statistik-efter-amne/sexuell-och-reproduktiv-halsa/aborter/aborter> (hämtat 24.10.2016).
- Hertfelt-Wahn, E. 2007. Teenage Childbearing in Sweden – Support from Social Network and Midwife (avh.) Stockholm: Department of Women and Child Health Division of Reproductive and Perinatal Health Care Karolinska Institutet.

- Jönsson, J. 2008. En historia om frihet och förhinder. Stockholm: Läke­medelsvärlden.
<http://www.lakemedelsvarlden.se/nyheter/en-historia-om-frihet-och-f%C3%B6rhinder-6004> (Hämtat: 12.05.2016).
- Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. 2009. Lärobok för barnmorskor. (3. Uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (2015). Handbok för mödrarådgivningen – nationell rekommendation. Tammerfors: Juvenes print- Finlands universitetstryckeri AB.
- von Koskull, M. & Nystén, E-M. (red) 2013. Doulaberättelser – Familjers och stödpersoners upplevelser av att vänta och föda barn. u.o: Folkhälsans förbund.
- Koumouitzes-Douvia, J. & Carr, C.A. 2006. Women's Perceptions of Their Doula Support. Journal of Perinatal Education, 15(4): s. 34–40.
- Larsson, S. 1994. Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: Sarrin, B. & Svensson, P-G. (red.) Kvalitativ metod och vetenskapsteori. Lund: Studentlitteratur.
- Lundberg, P.O. & Löfgren-Mårtenson, L. 2010. Sexologi. Stockholm: Liber.
- Maputle, M., 2006. Becoming a Mother: teenage mother's experiences of first pregnancy. Curationis, 29(2), 87–95.
- Olsson, H. & Sörensen, S., 2007. Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv. Stockholm: Liber AB
- Patel, R. & Davidson. B., 2003. Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning. Lund: Studentlitteratur.
- RFSU. 2010. Sex i tonåren. <http://www.rfsu.se/sv/Sex--relationer/Sex-genom-livet/Sex-i-tonaren/> (Hämtat: 11.05.2016).
- Sandler, Å. (u.å). Puberteten. Umo. <http://www.umo.se/kroppen/puberteten/> (Hämtat: 08.11.2016).
- Skärsäter, I., & Ali, L. 2012. Att använda Internet vid datainsamling. Ingår i: M. Henricson (Red.), Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad (s. 251–267). Lund: Studentlitteratur AB.
- Social- och hälsovårdsministeriet. 2012. Främjande av sexuell hälsa. <http://stm.fi/sv/halsoframjande/sexuell-halsa> (Hämtat 11.5.2016)
- Social- och hälsovårdsministeriet. 2015. Utkomststöd. <http://stm.fi/sv/utkomststod> (Hämtat: 12.05.2016).
- Steel, A., Diezel, H., Johnstone, K., Sibbritt, D., Adams, J. & Adair, R. 2013. The Value of Care Provided by Student Doulas: An Examination of the Perceptions of Women in Their Care. The Journal of Perinatal Education, 22(1), s. 39–48.
- Tarkka, M-T. & Paunonen, M. 1995. Social support and its impact on mothers' experiences of childbirth. Journal of Advanced Nursing, 23(1): s.70–75.
- Vasa mödra- och skyddshem ry 2014. Mödrahemmet. <http://www.vaasanturvakoti.fi/Sivut/modrahemmet.aspx> (hämtat: 12.9.2016).
- Vasa stad. (u.å.). Familjeplanering. <https://www.vaasa.fi/sv/tjanster/familjeplanering> (Hämtat: 11.05.2016).
- Vuori, E., Gissler, M. & Heino, A. 2016. Perinatalstatistik – föderskor, förlossningar och nyfödda 2015. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd. <https://www.thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik/statistik-efter-amne/sexuell-och-reproduktiv-halsa/foderskor-forlossningar-och-nyfodda/perinatalstatistik-foderskor-forlossningar-och-nyfodda> (Hämtat: 18.10.2016).
- Äktenskapslagen 13.6.1929/234. www.finlex.fi (Hämtat: 20.1.2016)

Bilaga 1

Finska citat översatta till svenska

1. Min pojkvän sa flera gånger att "nog skulle du väl behöva ta det där graviditetstestet nu?" och jag var alltid bara att vi väntar, nog kommer menstruationen att komma. Nå, den kom ju inte.
2. ... jag var rädd, jag var själv ännu bara är ett barn och har fortfarande miljontals saker att ännu uppleva och se.
3. Är det en bra eller en dålig sak att testet visade positivt?
4. Du kommer aldrig att klara av det. Tänk efter, du har hela livet framför dig.
5. För mig var dock saken klar genast jag fick reda på det.
6. Jag har aldrig varit så lycklig i mitt liv, som jag är nu.
7. Jag älskar att vara gravid, jag älskar min mage, den som bor inne i magen och dess turbulens. Jag älskar så mycket allt som har med graviditeten att göra, att jag inte på något sätt har bråttom att klämma ut den lilla.
8. Modersinstinkten är världens mest underbara grej.
9. 16-åringar kan inte vara redo att bli mamma, du hör ännu hemma i sandlådan.
10. Jag är inte så hemskt rädd för värkarna som sammandragningarna orsakar, utan mera rädd för att spricka.
11. Nog är jag ju lite nervös. Speciellt inför hur mycket svårare vardagen i verkligheten kommer att bli. Angående denna sak känns det nog lättare, då jag vet att H kommer att hjälpa mig och att jag kan lita på att jag får hjälp med skötseln om det någonsin kommer ett tillfälle då jag behöver vila.
12. ... enligt mig är det fantastiskt att sådant här ordnas. Jag väntar med iver redan till nästa torsdag.

Hon var med hela vägen - En kvalitativ intervjustudie med föderskor som valt att ha en doula. Amanda Peltola

Abstrakt

Syftet med denna studie är att få ökad förståelse för varför föderskor väljer att ha med en doula under tiden för barnafödandet. Studiens forskningsfrågor är: Varför väljer föderskor att ha med en doula under barnafödandet? Vilka förväntningar har föderskan på doulan? Kan doulan erbjuda något som föderskan inte kan få från den offentliga vården t.ex. av hälsovårdaren eller barnmorskan? Som teoretisk utgångspunkt används Sally Pairmans och Karen Guillilands 'The Midwifery partnership Model' (1995).

Denna kvalitativa studie baserar sig på intervjuer med fyra föderskor som har valt att anlita en doula som stödperson under tiden för barnafödandet. Datamaterialet har analyserats med kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visar att föderskor uppskattar det kontinuerliga stödet de får av doulan. Doulan ger stöd åt både föderskan och åt pappan/den andra stödpersonen och stödet är både fysiskt, psykiskt och informativt. Slutsatsen av studien är att flera föderskor skulle ha nytta av att ha med en doula som stöd under tiden för barnafödandet.

Inledning

Graviditet och förlossning är stora och viktiga händelser i en blivande förälders liv. Oro inför förlossningen och föräldraskapet kan uppstå, och att diskutera med någon utomstående som är insatt i ämnet kan hjälpa. Att vara ensam under graviditeten eller att inte ha något gemensamt språk med vårdpersonalen kan skapa en känsla av otrygghet. Det kan finnas ett behov av mera stöd än det som erbjuds vid mödrarådgivningen eller på sjukhus. Att ha en annan kvinnas stöd och att ha bekantat sig med denna före förlossningen skapar en trygghet både före och under förlossningen.

Under historiens gång har kvinnor nästan alltid hjälpt varandra vid tiden för barnafödandet. Ibland har det varit en familjemedlem, släkting eller vän. Ibland har det funnits någon klok gumma i byn som kunnat ge råd och stöd under förlossningen. Detta kvinnliga stöd försvann till stor del efter att de flesta förlossningar började ske på sjukhus.

De senare årtiondena har dock behovet av eller önskan om att ha ytterligare stöd utöver vårdpersonalens vid graviditet och förlossning ökat, och detta har gett upphov till att doulor, som fanns redan i antikens Grekland, har återuppstått. I många länder finns det i dag möjlighet att ha en doula med som ett extra stöd under tiden för barnafödande.

I Finland har det funnits doulor sedan 1990-talet och intresset för att anlita doulor har ökat under de senaste åren. Även i Österbotten är doulaintresset på uppåtgående. Enligt en YLE-artikel som publicerades i mars 2015 hade Folkhälsans doulagrupp Österbotten, som sköter de svenskspråkiga doulauppdragen i Vasatrakten, 29 uppdrag under år 2014 jämfört med 13 uppdrag år 2013. I Folkhälsans Nylandsgrupp hade man över 40 uppdrag under år 2014. (YLE 2015).

Det har framkommit i andra studier att både barnmorskor och doulor önskar att deras samarbete skulle utvecklas ytterligare och att båda grupperna skulle få mera information och undervisning i hur den andra gruppen fungerar och arbetar, så att förståelsen mellan barnmorskor och doulor skulle öka och samarbetet mellan dem främjas ytterligare. (Hellsten & Jokinen 2014, 31).

I denna studie används termen 'tiden för barnafödandet' och i detta fall syftar det på slutet av graviditeten, förlossningen samt tiden efter förlossningen. Sally Pairmans och Karen Guillilands teori 'The Midwifery partnership Model' benämns i detta arbete som barnmorskepartnerskapsmodellen, vilken är skribentens egen översättning.

Syfte och frågeställning

Syftet med studien är att öka förståelsen för varför föderskor väljer att ha med en doula under tiden för barnafödandet. Både barnmorskor och doulor kan ha nytta av att få mera kunskap om detta. Det ger en större förståelse för föderskan och hennes behov, förväntningar och önskemål.

Frågeställningarna är:

- Varför väljer föderskor att ha med en doula under tiden för barnafödandet?
- Vilka förväntningar har föderskan på doulan?
- Kan doulan erbjuda något som föderskan inte kan få från den offentliga vården t.ex. av hälsovårdaren eller barnmorskan?

Teoretisk bakgrund

I detta kapitel tar jag upp ämnen som relaterar till temat. Läsaren får en inblick i hur förlossningsvården sköttes förr och hur den sköts nu, doulans historia, doulans roll och effekten av kontinuerligt stöd under förlossningen. Även tidigare forskning och den teoretiska utgångspunkten för studien finns med i detta kapitel.

Förlossningsvårdens historia och utveckling i Finland

Fram till 1920-talet föddes barnen i Finland i hemmen, oftast i bastun, men även i fårkätten. När föderskan kände att det var dags för förlossning skickade hon efter hjälp. Hjälpen var oftast någon äldre släkting, eller annan äldre gift kvinna eller änka, som var van att hantera liknande situationer och som hade samlat erfarenhet under årens lopp. Dessa äldre kvinnor visste vad som skulle göras och hur tvättningen och förberedelsen av föderskan skulle gå till. Ibland kunde även en yngre kvinna kallas med till förlossningen, men då måste också en äldre kvinna vara närvarande. (Hänninen 1965, 9–10).

Förlossningen och dess förberedelser skulle helst, på grund av olika trosövertygelser, ske så hemligt som möjligt. Under förlossningen kunde dock många kvinnor vara närvarande, eftersom det fanns trosövertygelser om att djävulen lättare hölls borta om flera närvarade vid förlossningen. En barnmorska kunde inte neka att komma och hjälpa till under en förlossning, eftersom det ansågs vara en speciell gest av förtroende att bli inbjuden till en förlossning. Till förlossningen hörde många olika ritualer och seder som efterföljdes så att förlossningen skulle gå så snabbt och lindrigt som möjligt och barnet skulle födas friskt och levande. Brännvin användes både som smärtlindring och för att lugna ner föderskan. (Hänninen 1965, 10–11).

År 1777 kom de första gemensamma reglerna för barnmorskor i Sverige-Finland. Från och med då fick barnmorskorna tystnadsplikt för att underlätta för de ensamstående, ogifta föderskorna. I dessa regleringar stod det även att det är förbjudet att använda sig av förlossningshjälp som inte har barnmorskeutbildning, förutom i extrema nödfall. Detta betydde att ifall det fanns en barnmorska tillgänglig, men en utbildad kallades till förlossningen istället, dömdes både föderskan, den som hämtat hjälpen och den utbildade förlossningshjälpen till böter eller fängelse på vatten och bröd. (Hänninen 1965, 67–69).

På 1950-talet byggdes sjukhusväsendet i Finland upp. År 1956 kom centralsjukhuslagen där man bestämde kommunernas och kommunalförbundens delaktighet i kostnader, förvaltning och ägande vid centralsjukhusen. Samma år instiftades även Universitetscentralsjukhuslagen och specialiseringsområden bestämdes. Detta ledde till att stora sjukhuskomplex började byggas upp. Man byggde även upp specialläkarledda gynekologiska avdelningar och förlossningsavdelningar. Till följd av detta institutionaliserades förlossningsvården och hemförlossningarnas antal minskade stadigt. (Schoultz-Ekblad 1997, 32).

Folkhälsolagen, som stiftades 1972, ändrade de kommunala barnmorskornas och hälsostrarnas arbetsuppgifter. Rådgivningarna övertog mer och mer hälsoarbetet i kommunerna. Barnmorskearbetet förflyttades till sjukhusen. (Finlex 66/1972).

Under 1980-talet kom en våg av influenser och filosofier från olika delar av världen som betonade naturliga och mjukare förlossningar i motsats till de tidigare medikaliserade och sjukvårdsbetonade. Alternativa kliniker med mera hemlika förlossningsrum uppstod, och föreningen Aktivt födande r.f. grundades i Finland, som en protest mot den ensidiga, teknologiska och rutinmässiga förlossningsvården. (Schoultz-Ekblad 1997, 35–36).

På riksomfattande nivå betonades att mödravårdens uppgift vid sidan om hälsokontrollerna var att stöda familjers utveckling och tillväxt. Det ansågs även att verksamhetens kontinuitet, familjecentrering, mental hälsa, stödet av mänskliga relationer, hälsofostran och tidig upptäckt av risker var viktigt. Målsättningen inom mödravården var att trygga både moderns, fostrets och hela familjens hälsa och välmående. Graviditeten, förlossningen och spädbarnsvården skulle skapa en god grund för både barnets och familjens utveckling. (Schoultz-Ekblad 1997, 35–36).

Under 2000-talet har nio förlossningsenheter i Finland stängts ner. År 2014 fanns det 29 förlossningssjukhus i Finland. Av statistiken från Institutet för hälsa och välfärd kan man utläsa att 99,7 % av barnen föddes på sjukhus. Endast 29 planerade hemförlossningar skedde år 2014, medan antalet ökade till 46 år 2015. Vartannat barn föddes år 2015 på ett universitetssjukhus. Användningen av epiduralbedövning har ökat markant under de senaste årtiondena, från 14,8 %

år 1992 till 49 % år 2014. På universitetssjukhus var användningen av epidural ännu högre, 56 %. Även användningen av andra smärtlindringsmetoder och ingrepp såsom kejsarsnitt, sugkopp och igångsättning har ökat sedan början av 1990-talet. (THL 2015).

Doulans historia

Ordet doula kommer från grekiskan och betyder, direkt översatt, kvinna som ger omvårdnad. Doulan var den tjänarinna som hade hand om förlossningen och hjälpte till med barnen i antikens Grekland. Begreppet doula används idag för att beskriva en person som finns till för att stöda mamman eller familjen både före, under och efter förlossningen. (von Koskull & Nystén 2011, 6).

I Finland grundades den första frivilliga doulaverksamheten av Föreningen för mödra- och skyddshem år 1992. Idag finns 16 doulagrupper runt om i landet. Folkhälsan startade svenskspråkig doulaverksamhet i Nyland år 2004 och i Österbotten år 2009 och har idag fyra grupper i Nyland, Österbotten, Åboland och på Åland. (Ensi- ja turvakotien liitto (u.å.); Folkhälsan (u.å.)).

Historiskt sett har barnafödandet varit en djupt socialt förankrad händelse. Det var vanligt att den födande kvinnans mor, syster, mostrar, fastrar och kvinnliga vänner deltog vid förlossningen. I USA förändrades förlossningstraditionerna när hemförlossningar byttes ut mot sjukhusförlossningar på 1920-talet. I sjukhusmiljön födde många kvinnor ensamma, eftersom kvinnliga assistenter uteslöts från förlossningarna. Istället använde man sig av medicinering för att lugna de födande kvinnorna. Under senare delen av 1900-talet kom en rörelse som förespråkade naturligt barnafödande då föderskans behov av stöd upptäcktes, och i och med detta fick kvinnornas partner börja delta vid förlossningarna. (Meyer, Arnold & Pascali-Bonaro 2001, 57).

Doulor blev mer populära under 1980-talet (i USA) när föderskor började anse att antalet kejsarsnitt ökade för mycket. Föderskor började bjuda in andra kvinnor till sina förlossningar. Det kunde vara en väninna, någon som höll kurser i familjeförberedelse eller någon sjukskötare inom obstetrik som de kände. Dessa kvinnor gav dem stöd under förlossningen och hjälpte dem att motstå påtryckningar om onödiga undersökningar och ingrepp av vårdpersonalen. (Gilliland 2002, 763).

Doulan som vårdare representerar en återkomst av traditionen med kvinnor som stöder varandra under graviditeten, förlossningen och tiden efter förlossningen. Doulorna uppmuntrar föderskan att tro på sin egen kropp och minskar förlossningsrädslan. Den kontinuerliga närvaron av en erfaren doula har visat sig ge föderskan lugn och större tillfredsställelse under förlossningen. (Meyer, Arnold & Pascali-Bonaro 2001, 57).

Doulans roll

Definitionen av en doula varierar beroende på varifrån man söker informationen. I många länder fungerar doulor på privat basis, vilket betyder att doulorna har gått en utbildning och tar betalt för sina tjänster. I Finland finns det också privata doulor, som erbjuder stöd under graviditet och förlossning, men många doulor fungerar under någon frivilligorganisation. I Finland har både Folkhälsan och Föreningen för mödra- och skyddshem frivillig doulaverksamhet. (Ensi- ja turvakotien liitto (u.å.); Folkhälsan (u.å.)).

International Childbirth Education Association (ICEA), en professionell organisation som stöder utbildare och professionella inom mödravården, som tror på friheten att välja vård utgående från kunskap om olika alternativ, definierar doulan som en utbildad person som ser förlossningen som en viktig livserfarenhet. De går in för att stöda den föderskan fysiskt, emotionellt och socialt. De erbjuder även rådgivning angående moderns egenvård, amning och andra frågor som är relevanta för ett hälsosamt föräldraskap upp till sex veckor efter förlossningen. (ICEA 2016, (u.å.)).

Meyer, Arnold och Pascali-Bonaro (2001, 58) beskriver doulan som en kvinna som är erfaren och professionellt utbildad att erbjuda kontinuerligt socialt stöd till den födande familjen. Doulan kan vara närvarande under förlossningen och besöka föderskan under de första dagarna och veckorna hemma med barnet. Doulor utför inga vårdrelaterade uppgifter eller erbjuder några medicinska ingrepp eller råd. Deras roll kompletterar de tjänster som vårdpersonalen erbjuder.

Enligt Gilliland (2002, 763) finns det fem aspekter gällande doulans roll, oberoende av hur föderskan och doulan fått kontakt. Doulan ska enligt Gilliland erbjuda stöd, tekniker och strategier för förlossningen, erbjuda vägledning och uppmuntran för föderskan och hennes familj, bygga en teamrelation med vårdpersonalen, uppmuntra kommunikation mellan den föderskan och vårdpersonalen och bistå föderskan för att täcka luckor i vården.

Förlossningsstöd inkluderar emotionellt stöd och uppmuntran, tekniker som strävar till att öka välbefinnandet, såsom dusch och bad, massage, lugnande beröring, andnings- och avslappningstekniker och uppmuntran till föderskan att byta förlossningsställningar och arbeta med sin kropp. En doula respekterar kvinnans kulturella och religiösa övertygelser. (Meyer, Arnold & Pascali-Bonaro 2001, 58).

Ballen och Fulcher (2006, 305) tar upp skillnaden mellan vårdpersonalens och doulans uppgifter. Till barnmorskans uppgifter hör alla kliniska vårduppgifter, såsom att följa med barnets hjärtljud och föderskans sammandragningar, att göra inre undersökningar, sätta intravenösa kanyler och medicinera vid behov. Barnmorskan ska även kunna bedöma eventuella komplikationer och risker, konsultera läkare och vara närvarande i mån av möjlighet. Barnmorskan ska även informera föderskan om hur förlossningen framskrider, fungera som den föderskans advokat och framföra hennes önsningar och behov till läkare och annan vårdpersonal, samt dokumentera förloppet. I mån av möjlighet ska barnmorskan ge stöd och se till att kvinnan har det bekvämt.

Doulan däremot har ingen klinisk vårdfunktion eller vårdskyldighet och fattar heller inga beslut. Hon är kontinuerligt närvarande hos föderskan med undantag för toalettbesök. Doulan stannar hos föderskan genom hela förlossningen. Doulan kan ge information åt föräldrarna om vad man kan förvänta sig av en förlossning på ett vardagligt språk. Hon hjälper föderskan att kommunicera med vårdpersonalen. Doulan erbjuder kontinuerlig närvaro och stöd, samt massage, byte av förlossningsställningar och andra åtgärder som kan höja föderskans välbefinnande. En doula dokumenterar ingenting i patientens journal. (Ballen & Fulcher 2006, 305).

Effekten av kontinuerligt stöd under förlossningen

Det har gjorts flera studier om effekten av kontinuerligt stöd under förlossningen. Hodnett, Gates, Hofmeyer och Sakala (2013) har gjort en litteraturöversikt i ämnet. Den första versionen publicerades år 1995 i Cochrane och den senaste 2013. Litteraturöversikten omfattade 22 studier och allt som allt 15 288 föderskor och studierna var gjorda i 16 olika länder. Det kontinuerliga stödet hade enligt studierna getts av många olika personer, t.ex. barnmorskor, sjuksköterskor, doulor eller den föderskans anhöriga.

Det primära syftet med den systematiska litteraturöversikten var att bedöma vilken effekt kontinuerligt förlossningsstöd ansikte mot ansikte hade på föderskorna och deras nyfödda i jämförelse med förlossningsvård där föderskorna inte fick kontinuerligt stöd. Den sekundära avsikten var att avgöra om effekten av kontinuerligt stöd under förlossningen påverkades av följande punkter: rutiner och policy i förlossningsomgivningen, vilken relation stödgivaren (vårdpersonal, familj eller annan person som endast var där för att stöda föderskan) hade med föderskan och i vilket skede det kontinuerliga stödet inleddes (i början eller slutet av förlossningen). (Hodnett m.fl. 2013, 4).

Resultatet visade att de föderskor som fick kontinuerligt stöd ansikte mot ansikte under sin förlossning hade större chans att genomgå en spontan vaginal förlossning och löpte mindre risk för att behöva medicinsk smärtlindring under förlossningen eller att känna missnöje angående sin förlossningsupplevelse. Dessutom var deras förlossningar kortare, de löpte mindre risk för

regional smärtlindring, kejsarsnitt eller instrumentell vaginal födsel och deras barn fick med mindre sannolikhet låga Apgar-poäng vid fem minuters ålder. Det fanns inga rapporter om negativa eller motsatta effekter av kontinuerligt stöd under förlossningen. (Hodnett m.fl. 2013, 12–15).

I en av studierna som ingår i Hodnetts litteraturöversikt (Campbell m.fl. 2006, 460–461) undersöks skillnaderna mellan att ha en lekmanadoula och ingen doula alls med under förlossningen. I den framkommer det att de som hade en doula med under förlossningen hade en signifikant kortare förlossning, en mer utvidgad cervix vid tiden för administration av epiduralbedövning och barnen hade högre Apgarpoäng vid både 1 och 5 minuters ålder. Inga signifikanta fynd gjordes angående av kejsarsnittsfrekvensen, längden på förlossningens utdrivningsskede eller användningen av epiduralbedövning.

I en annan studie, en metaanalys där man undersökt doulastödets inverkan på behovet av medicinska interventioner under förlossningen för lågriskföderskor som föder vaginalt, fann man att närvaron av en utbildad doula minskade risken för kejsarsnitt och instrumentell vaginal förlossning, men att doulans närvaro inte påverkade användningen av epiduralbedövning eller oxytocindropp (som används för att förstärka föderskans sammandragningar). (Fortier & Godwin 2015, 286–287).

Kvinnors förväntningar på förlossningsstöd

Tumblin och Simkin (2001, 53–55) har skrivit en artikel om vad föderskor förväntar sig av sin vårdare under förlossningen. I den framkommer att föderskor förväntar sig att 29 % av den vård de får utgörs av fysiska och emotionella stödåtgärder och att 24 % är relaterade till information och försvarande av föderskans rättigheter och vilja. De resterande 47 % är relaterade till direkta eller indirekta kliniska vårdåtgärder. I resultatet hänvisas till två tidigare studier som visar att barnmorskor/sjukskötare tillbringar endast liten tid åt att öka föderskornas fysiska bekvämlighet och att ge informerande stöd under förlossningen. Detta stöder fyndet om att kvinnors förväntningar på vården och den vård de får i praktiken kanske inte alltid stämmer överens. Studien visade att trots att föderskorna uppskattade teknisk hjälp under förlossningen hade de också en stark önskan om personlig vård. Genom att möta föderskors förväntningar på förlossningen kan deras tillfredsställelse med förlossningsupplevelsen öka.

I en iransk studie, gjord av Iravani, Zarean, Janghorbani och Bahrami (2015, 32–35), visar resultaten att kvinnors behov och förväntningar på förlossningen kan ordnas i sju olika kategorier: fysiska behov, psykiska behov, informativa behov, sociala behov, behov av värdighets- och säkerhetskänsla samt medicinska behov. Alla dessa kategorier kan underställas temat känslan av kontroll och egenmakt vid barnafödandet. Att känna till kvinnans behov, värderingar, inställning och förväntningar under en normal graviditet och förlossning hjälper hälsovårdspersonalen, speciellt barnmorskorna, att ge föderskan god vård.

Koumouitzes-Douvia och Carr (2006, 36–37) har undersökt föderskors förväntningar på sitt doulastöd. Analysen visade att föderskorna hade positiva erfarenheter av sin doula. Doulorna hjälpte till att möta föderskornas förlossningsförväntningar och informanterna uppgav ofta att doulorna gav ett exceptionellt stöd. Teman som lyftes fram i analysen var stödet till mannen, skraddarsydda metoder, uppmuntran, förmågan att uppfylla föderskans önskan om stöd av en erfaren kvinna, samt beröm av doulan. Studien visar att doulor är till nytta för sina klienter på många områden. Eftersom de kan erbjuda unikt och exklusivt stöd, som är skraddarsytt för att möta varje enskild föderskas behov, kan de hjälpa föderskan att få de förlossningsupplevelser som hon önskar.

Resultatet visade också att trots att doulans fokus var på att hjälpa föderskan så nämnde informanterna att doulan också var ett stöd för mannen. Informanterna nämnde att doulan hjälpte mannen att stöda kvinnan, men att hon även var ett stöd enbart för honom. Föderskorna fick stöd av doulorna på flera områden (fysiskt, emotionellt, information och försvarande). Före

förlossningen kunde stödet vara allt från hembakade kakor till att göra upp en förlossningsplan. Under förlossningen kunde stödet t.ex. bestå i att ge massage eller se till att föderskan fick lugn och ro. Alla föderskor nämnde doulans uppmuntran, både före och under förlossningen. Föderskorna lovprisade doulan och tyckte att hon var det bästa som hänt dem. (Koumouitzes-Douvia & Carr 2006, 36–37).

Av de kvinnor som deltog i studien skulle elva av tolv välja att ha med en doula ifall de födde fler gånger, och den som uppgav att hon kanske inte ville ha en doula igen, sade att det berodde på att hon och hennes man hade lärt sig så mycket av doulan att de skulle klara det ensamma nästa gång. Alla deltagare skulle rekommendera doulor till andra. (Koumouitzes-Douvia & Carr 2006, 36–37).

Gemensamt för alla dessa studier och artiklar som ingår i min studie är att de visar att närvaron av en doula och tillgången till kontinuerligt stöd under tiden för barnafödande alltid har en positiv inverkan. Föderskornas upplevelse av förlossningen förbättras, men ett kontinuerligt stöd kan även påverka faktorer som förlossningens längd, användningen av smärtlindring, förekomsten av kejsarsnitt, samt barnets mående efter förlossningen. (Koumouitzes-Douvia & Carr 2006; Campbell m.fl. 2006; Hodnett m.fl. 2013).

Barnmorskepartnerskapsteori

Som vårdteoretisk utgångspunkt har jag valt Sally Pairmans och Karen Guillilands 'The Midwifery partnership Model' (barnmorskepartnerskap). Teorin behandlar visserligen relationen mellan föderskan och barnmorskan, men kan även tillämpas på relationen mellan doulan och föderskan. Doulan kan ses som en länk mellan föderskan och barnmorskan. Teorin valde jag eftersom det inte finns teorier som behandlar doulan och föderskans roll, men barnmorskepartnerskapsteorin utgår från sådana värdegrunder som doulor ofta har. Doulan ger en-till-en-stöd under förlossningen åt föderskan samt kontinuerligt stöd åt föderskan under hela tiden för barnafödandet. (Gilliland 2002, 762).

Barnmorskepartnerskap är grunden för mödravården på Nya Zeeland. Sedan början av 1990-talet har mödravården där utvecklats till att bli kvinnocentrerad och barnmorskeledd. För att förstå modellen och dess innehåll och betydelse bör man känna till dess bakgrund och även mödravårdens historia på Nya Zeeland. (Pairman 2006, 73–76).

Ett barnmorskepartnerskap kräver att båda parterna definierar inbördes sitt förhållande, kommer överens om hur de vill samarbeta och klargör sina förväntningar på förhållandet. Detta kräver ett aktivt deltagande från båda parterna och tydlig kommunikation. Få partnerskap ser likadana ut. Eftersom det är ett professionellt partnerskap är det barnmorskans skyldighet att ta initiativ och att aktivt arbeta med varje kvinna för att kunna utveckla partnerskapet. (Pairman 2006, 78).

Pairmans modell över barnmorskepartnerskap åskådliggörs av en bild där centrum består av två likadana cirklar som överlappar varandra, en för mamman och en för barnmorskan. Cirklarna är lika stora, vilket representerar kvinnans och barnmorskans likvärdiga status. Detta måste förstås av båda parterna för att ett sant partnerskap ska kunna utvecklas. Båda parterna är experter på sitt område och tillför lika värdefulla bidrag, barnmorskan med sin barnmorskekunskap, erfarenhet och den professionella ramen för barnmorskearbete och kvinnan med sin självkänedom, erfarenhet och sina behov och önskemål inför förlossningen. Båda parterna behöver den andras bidrag till relationen för att en positiv och trygg förlossningsupplevelse ska kunna bli verklighet. Babyn är avbildad i föderskans cirkel, trots att babyn fysiskt är åtskild från föderskan efter förlossningen, eftersom man ändå ser föderskan som den som fattar beslut för babyns bästa. Ur barnmorskans synvinkel är föderskan och babyn som en helhet där babyns behov också är föderskans behov. (Pairman 2006, 78–79).

Både barnmorskan och föderskan existerar i sina egna sociala miljöer. Varje föderska är en del av den egna familjen och blir påverkad av värderingar och övertygelser i denna grupp. Även

barnmorskan är en del av sin sociala grupp, men eftersom hon agerar i sin yrkesroll är det filosofin, standarderna och etiken inom barnmorskeprofessionen som formar hennes del av partnerskapet. Andra yttre faktorer såsom bakgrund, kön och klasstillhörighet påverkar också partnerskapet. (Pairman 2006, 78).

I den sedermera reviderade modellen har man lagt till en cirkel som omger båda parterna och som representerar den påverkan som mödravårdssystemet, inklusive förlossningsplatsen, hälsosystemet i stort och sociala övertygelser om barnafödande har på föderskor och barnmorskor och deras upplevelse av barnafödandet. I många västerländer är medikalisering ännu den dominerande ideologin inom barnafödandet. Med barnmorskepartnerskapsmodellen försöker man utmana denna dominans genom att erbjuda föderskor och barnmorskor en alternativ och frigörande modell för barnmorskeutövande som värderar barnmorskan och föderskan lika högt inom mödravården. (Pairman 2006, 78–79).

Eftersom graviditet och förlossning ses som en naturlig livshändelse blir barnmorskans roll att fungera som en beskyddare som stöder och skyddar denna unika psykologiska process och detta omvälvande livsskede. Att barnmorskeyrket är självständigt är viktigt, eftersom barnmorskan då kan fatta beslut enligt vad som passar varje enskild föderska, utan att vara tvungen att följa vissa bestämda ordningsregler. När barnmorskor arbetar självständigt och i partnerskap med kvinnan ses hon inte längre som en expert som står över föderskan, utan hennes roll ändras till en reflekterande partner, vars uppgift är att stöda, guida och följa med kvinnan i en mera jämställd och styrkande relation. (Pairman 2006, 86).

Barnmorskeprofessionen ska handla om relationer eftersom den, olikt andra hälsoprofessioner, har privilegiet att följa en kvinna genom den livsomvälvande upplevelse som graviditet, förlossning och moderskap innebär. Barnmorskor som arbetar med vårdmodeller där man strävar till kontinuerliga vårdförhållanden arbetar i en omgivning där relationer är uppskattade. Barnmorskepartnerskap erbjuder en struktur för ett nytt sätt för barnmorskor och föderskor att jobba tillsammans, ett sätt som är värdefullt och till nytta för båda parterna. (Pairman 2006, 93).

I bakgrunden till barnmorskepartnerskapsteorin finns vissa filosofiska byggstenar och övertygelser. Dessa utgår från att graviditet och förlossning är normala livshändelser, att barnmorskeprofessionen är en självständig profession, att barnmorskevård erbjuder kontinuerlig vård och att barnmorskeprofessionen är kvinnocentrerad. Dessa filosofiska övertygelser delas av barnmorskor runt om i världen och skiljer barnmorskeprofessionen från andra professioner inom mödravård. (Pairman 2006, 84).

Vikten av att barnmorskan förstår sina egna attityder och värdesystem, upptäcker den inneboende makten i sin professionella roll och förstår hur alla dessa faktorer kan ha inflytande på varje enskild föderska hon jobbar med är en nyckelprincip i en annan nyzeeländsk teori, som kallas cultural safety. Den är utvecklad av den maoriska sjuksköterskan Irihapeti Ramsden på 1980-talet och lyfter fram att kultur inkluderar, men behöver inte vara begränsad till, ålder eller generation, kön, sexuell läggning, socioekonomisk status, etniskt ursprung eller migrationserfarenhet, religion eller andlig tro, samt invaliditet. Sjuksköterskan eller barnmorskan som utför vården bör ha reflekterat kring sin egen kulturella identitet och upptäckt vilken påverkan den har på den egna professionen. Otrygg kulturell vård (skribentens egen översättning på unsafe cultural practice) innefattar alla handlingar som förminskar, förnedrar och berövar patienten dennes kulturella identitet och välmående. (Papps & Ramsden 1996, 493; Pairman 2006, 82–83).

Undersökningens genomförande

För studien valde jag att göra en kvalitativ induktiv undersökning. Kvalitativ design kommer ursprungligen från den holistiska traditionen (där man bildar sig en helhetsuppfattning genom att se på en fråga ur flera olika synvinklar). Valet föll på en kvalitativ studie på grund av att det passade syftet med studien. I en kvalitativ studie studeras informanternas subjektiva upplevelser

och därmed finns det inget i resultatet som är rätt eller fel. En induktiv studie innebär att utifrån sitt datamaterial skapa en teori, medan man i en deduktiv studie utgår från en redan befintlig teori och tolkar sitt datamaterial med hjälp av teorin. Jag har valt att göra en induktiv studie, i och med att jag inte från någon specifik teori. (Henricson 2012, 130–133).

En kvalitativ studie påverkas av skribentens egna värderingar och synsätt. Därför bör skribenten reflektera över sin egen erfarenheter och kunskap om ämnet i fråga innan studien inleds. Jag har själv fungerat som doula i Folkhälsans doulagrupp sedan år 2011 och anser att doulastöd är ett bra komplement till vården vid tiden för barnafödande. Jag är också själv mor till tre barn och har därmed även upplevt vården i samband med barnafödande ur patientperspektiv.

Val av informanter

Urvalet av informanter har gjorts genom subjektivt urval. Vid en kvalitativ studie väljs inte informanterna slumpmässigt (som man gör vid en kvantitativ studie), utan istället väljs informanter som passar in i studien. När en kvalitativ studie görs är antalet informanter ofta mindre än i en kvantitativ studie. Det är viktigare att hitta en liten grupp informanter som ger en stor variation av svar än att ha en större grupp där de flesta har liknande svar. (Henricson 2012, 134). I denna studie har informanter som själva haft en doula valts.

Till denna studie har fyra informanter valts ut. För att få tag på informanter till studien kontaktade jag Folkhälsans doulor via den gemensamma Facebook-sidan där jag själv är medlem. Dessa gav med tillstånd av föderskorna, mina kontaktuppgifter direkt till föderskorna. Jag tog också direkt kontakt med informanter som jag visste att hade anlitat en doula. Dessa kontaktades via Facebook.

Tre av informanterna bodde i svenska Österbotten medan den fjärde bodde i Nyland. Tre av informanterna hade haft doulan och sin partner med under förlossningen, medan den fjärde hade doulan och en vän med som stöd under förlossningen. Tre av informanterna hade doula med vid sin andra förlossning och hade inte haft doula under den första förlossningen. Den fjärde informanten var förstföderska. Två av informanterna hade själv blivit doulor efter att ha haft med en doula under sin egen förlossning.

Intervju som datainsamlingsmetod

Jag valde att göra en intervjustudie, eftersom tanken specifikt var att få reda på mammors tankar och åsikter om och bakgrunden till att de valt en doula. I en intervjustudie samlar man in data med hjälp av intervjuer där informantens svar blir det som sedan analyseras och tolkas. (Henricson 2012, 130).

För denna studie valde jag att göra en semistrukturerad intervju, som innehåller frågor eller frågeområden i en intervjuguide. Intervjuaren är dock fri att ändra frågornas ordningsföljd eller ställa följdfrågor vid behov. För att kunna anpassa en intervjuguide behöver den som utför studien ha bakgrundsinformation om ämnet i fråga. Man ska komma ihåg att intervjuguiden endast är ett stöd och att intervjuaren bör vara väl införstådd med de frågor hen tänkt ställa så att intervjusituationen inte störs i onödan (Henricson 2012, 168). I denna studie innebar detta att jag sökte information och läste tidigare studier och forskningar som berörde mitt ämne. De teman som intervjun grundade sig på var forskningsfrågorna i studien, se kapitel 2. Utöver dessa teman skrev jag en intervjuguide med ca 15 stödfrågor, se bilaga nr 1. De inledande frågorna handlade om informantens bakgrund, såsom yrke, ålder, antal barn och civil status. Under det första temat frågade jag bl.a. om informantens motiv för att anlita en doula. Under det andra temat, som handlade om föderskornas förväntningar på doulastödet, frågade jag vilka förväntningar föderskorna på förhand hade på doulan och om de uppfylldes. Det tredje temat handlade om ifall kvinnorna ansåg att de fick något stöd av doulan som de inte fick av barnmorskan eller hälsovårdaren. Där ställdes frågan t.ex. ifall de själv ansåg att de fått något stöd av doulan som de inte fick av sin barnmorska.

Det rekommenderas att man gör en eller flera testintervjuer för att testa sina intervjufrågor, men på grund av att den första intervjun bokades så snart efter att frågorna färdigställts kunde detta inte göras. Dock var den första informanten även själv doula, vilket gjorde att jag fick hjälp med att utveckla intervjuguiden till de senare intervjuerna. Jag märkte t.ex. att vissa av frågorna fick så liknande svar att jag kunde stryka en av frågorna.

När platsen för intervjun väljs bör man beakta att intervjun ska kunna genomföras så ostört som möjligt. Ifall det finns möjlighet kan man sätta upp en lapp på dörren till intervjurummet eller på annat sätt meddela omgivningen att en intervju pågår med uppmaning om att inte störa. Det är viktigt att stänga av telefonen och andra störande objekt under intervjun. Den tekniska utrustningen bör testas på den plats där intervjun ska genomföras. (Henricson 2012, 170).

Besöksintervjuer och telegfontervjuer är de intervjuformer som Dahmström (2011, 98) tar upp. I boken nämns även så kallade "på-stan-intervjuer" men dessa kan inte rekommenderas enligt Dahmström.

Enligt Dahmström (2011, 99–106) är fördelarna med en besöksintervju att frågorna som ställs kan vara fler och krångligare, att visuella hjälpmedel kan användas vid behov, att oklarheter i frågorna lätt kan klaras ut och att öppna frågor lättare kan besvaras. Nackdelarna som nämns är att det kan vara dyrt och att risken för att intervjuaren påverkar informanten är högre. Telefonintervju beskrivs som det snabbaste sättet att samla in data och blir rätt mycket billigare än besöksintervjuer. Även vid telefonintervjuer kan eventuella oklarheter i frågorna redas ut. Som nackdelar nämns att man inte kan göra en allt för lång intervju och att frågorna inte bör vara allt för krångliga och känsliga. Omgivningen kan vara störande vid telefonintervjuer.

Tre av intervjuerna i denna studie gjordes som besöksintervjuer. Alla tre intervjuer gjordes i informantens hem. Den fjärde intervjun hölls via Skype, på grund av att det skulle ha varit ekonomiskt och tidsmässigt omöjligt att besöka Nyland och informanten där. Att intervju via Skype fungerade bra, och eftersom informanten och skribenten såg varandra på video blev intervjun mer personlig. Vid två av besöksintervjuerna var informantens barn hemma, vilket kan ha haft en störande effekt. Däremot behövde intervjuerna inte i något skede avbrytas helt. Skypeintervjun stördes en gång av att bilden försvann under några sekunder.

Det finns olika sätt för att registrera intervjuer för senare dokumentering och analysering: att göra anteckningar, komma ihåg vad informanten sagt eller banda in via ljud eller video. Det vanligaste sättet är att med hjälp av ljudbandspelare banda in ljudet. Detta ger intervjuaren frihet att koncentrera sig på det som informanten säger. (Kvale & Brinkmann 2014, 208). Alla intervjuer i denna studie bandades med hjälp av en inbandningsapp på min smarttelefon. Även Skypeintervjun bandades med denna metod, eftersom det inte fanns någon inbandningsfunktion på datorn eller på Skype. Alla deltagare tillfrågades om tillåtelse att banda in intervjuerna, vilket de godkände. Jag hade dock förberett mig med papper och penna ifall någon av informanterna skulle ha nekat till inbandning, vilket de har rätt att göra. (Henricson 2012, 169).

När man inleder intervjun hör det till att intervjuaren kort introducerar sig själv och studien. Man går också igenom syfte och informationsbrev samt samtyckesblankett (bilaga 2). Intervjuaren kan beskriva hur intervjun är upplagd och hur länge den beräknas ta. De etiska aspekterna bör även tas upp och informanten bör informeras om sin rätt att avbryta intervjun. När detta avklarats och alla intervjufrågor besvarats bör intervjuaren summera frågorna och svaren och fråga informanten om denna ytterligare har något att tillägga. (Henricson 2012, 170–171). Jag hade skrivit ett informationsbrev som alla informanter fick läsa igenom innan intervjun påbörjades. Två av informanterna fick även läsa igenom frågorna på förhand, eftersom de så önskade. Till informanten som intervjuades via Skype skickades frågorna och samtyckesblanketten på förhand via Facebook. Informanten skrev sedan ett mejl där hon bekräftade att hon fått del av informationen och gav sitt godkännande till att delta i studien. Intervjuernas längd varierade mellan 18 och 35 minuter.

Kvalitativ innehållsanalys som dataanalysmetod

Efter att ha transkriberat intervjuerna analyserade jag dem med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys är en metod för att analysera skrivna, verbala eller visuella kommunikationsmeddelanden. Ursprungligen användes metoden för att analysera psalmer, tidnings- och nyhetsartiklar, reklam och politiska tal. Idag används metoden inom kommunikation, journalistik, sociologi, psykologi och i affärsvärlden. Inom vården används metoden främst inom psykiatriska, gerontologiska och folkhälsostudier. (Elo & Kyngäs 2007, 107).

Kvalitativ innehållsanalys är som undersökningsmetod ett systematiskt och objektiva sätt att beskriva och kvantifiera fenomen. Innehållsanalys tillåter forskaren att testa teoretiska frågor för att öka förståelsen för informationen. Syftet med kvalitativa innehållsanalyser är att erbjuda kunskap och nya insikter och att framställa fakta och praktiska riktlinjer genom att dra upprepningsbara och giltiga slutsatser från datamaterial till deras praktiska kontext. (Elo & Kyngäs 2007, 108).

När en kvalitativ innehållsanalys görs bör den som ska analysera bestämma sig för ifall det manifesta innehållet, dvs. det som direkt uttrycks i texten, eller det latent innehåll, dvs. en tolkning av textens innebörd, ska analyseras. Det sker alltid någon form av tolkning när innehållsanalys görs, men den kan variera i djup eller abstraktionsnivå. (Graneheim & Lundman 2003, 106). I analysen av denna studie har även latent innehåll inkluderats.

Man bör bestämma sig för vad som är analysenheten. Graneheim och Lundman (2003, 106) föreslår att hela intervjun används som analysenhet, eftersom den är stor nog att utgöra en helhet och liten nog att hålla i minnet under analysprocessen. För att bilda sig en uppfattning om helheten bör man läsa igenom intervjuerna upprepade gånger, vilket också räknas som det första steget i en innehållsanalys. Därefter delas texten in i meningsenheter. En meningsenhet består av ett eller flera ord, meningar eller fraser som relaterar till samma centrala betydelse.

Kvale och Brinkmann (2014, 241) säger att kodning, eller kategorisering, är den vanligaste formen av dataanalys av intervjuer idag. Den som utför analysen läser igenom de transkriberade intervjuerna och kodar viktiga avsnitt med hjälp av nyckelord. Koden hjälper en att förstå sammanhanget med ett eller några få ord. Liknande koder kan sedan grupperas ihop och bilda olika kategorier eller teman. En kategori beskrivs som en grupp med koder som har liknande innehåll. Ifall det finns flera grupper som kan bindas samman kallas dessa subkategorier och subkategorierna bildar tillsammans kategorier. De olika kategorierna bör vara uteslutande i förhållande till varandra, vilket betyder att liknande data inte får finnas i två kategorier. Ett tema kan vara som en röd tråd som sammanbinder de olika kategorierna (Henricsson 2014, 333). Enligt Graneheim och Lundman (2003, 106) kan ett tema ses som ett uttryck av det latent innehåll i texten.

Undersökningens praktiska genomförande

Under slutet av 2015 påbörjade jag arbetet med examensarbetet med att välja ämne och syfte. I januari 2016 hölls idé-seminarium och därefter påbörjades arbetet med den teoretiska delen av studien, och kapitlet med den teoretiska bakgrunden och referensramen skrevs. I maj hölls mellan-seminarium där vissa justeringar av intervjufrågorna gjordes och arbetets teoretiska del diskuterades. I maj gjorde jag de fyra intervjuerna och transkriberade dem under sommaren 2016. Analyseringen av materialet påbörjade jag i september 2016 och studien färdigställdes under hösten 2016.

Intervjuerna transkriberades ord för ord och även skatt, pauser och utfyllnadsord (t.ex. ööh och hmm) skrevs ut. De transkriberade intervjuerna var 5–9 sidor långa med ett sammanlagt sidantal på 27 sidor. Varje intervju printades ut och jag läste igenom dem som helheter flera gånger. Därefter gick jag igenom intervjuerna var för sig och strök under och satte etiketter (ord som

beskrev vad meningsenheten innehöll) i marginalen på meningsenheterna. Sedan klippte jag ut de olika textavsnitten och placerade dem på ett stort bord där de grupperades i olika kategorier där alla meningsenheter hade liknande etiketter. Efter en första genomgång grupperades de olika meningsenheterna till två teman där det ena temat innehöll två kategorier och den andra fem kategorier, men efter en noggrannare granskning framkom det att vissa av kategorierna överlappade varandra och grupperingen ändrades om. Efter en andra genomgång kunde sex kategorier urskiljas, men eftersom den ena kategorin genomsyrade hela analysenheten så "höjdes" den upp till ett tema. Resultatet kunde alltså indelas i fem kategorier med ett tema som gick som en röd tråd genom hela studien. Dessa kategorier presenteras noggrannare i kapitel 5. Efter att de olika kategorierna och temat identifierats valde jag ut passande citat. Därefter skrev jag analysredovisningen och tolkningen, samt diskussionen och den kritiska granskningen.

Etiska överväganden vid undersökningen

Enligt Forskningsetiska delegationen i Finland finns det vissa utgångspunkter som är centrala och hör till god forskningsetisk praxis. För att en forskning ska vara etiskt tillförlitlig och godtagbar bör forskningen bedrivas enligt denna praxis. (TENK 2012, 16).

Till denna praxis hör att skribenten under forskningens gång handlar hederligt, med allmän omsorgsfullhet samt noggrannhet både i forskning, dokumentering och i presentationen av resultaten. De metoder som används vid dataanskaffning, undersökning och bedömning ska uppfylla kriterierna för vetenskaplig forskning. Hänsyn till andra forskare och deras arbeten och resultat bör tas och hänvisningen till dem bör ske på ett korrekt sätt. (TENK 2012, 18).

Studien bör planeras, genomföras och rapporteras på rätt sätt. Även insamlade data bör lagras korrekt. Forskningstillstånd och etisk förhandsbedömning bör vara giltiga ifall dessa behövs inom det område som valts. Innan forskningen inleds bör ett avtal göras mellan samtliga involverade i forskningen, där parternas rättigheter, skyldigheter och ansvar uppkommer. Eventuella finansieringskällor eller annan bundenhet bör öppet framgå, både för de som deltar i projektet och för läsaren. Ifall det finns misstanke om jäv bör forskarna avhålla sig från bedömning och beslutsfattande i de frågorna. Forskarorganisationen bör tillämpa god personal- och ekonomiförvaltning och beakta datasekretessfrågor. Var och en inom forskargruppen ansvarar själv för den etiska aspekten inom sitt arbete. (TENK 2012, 18).

Inför intervjuerna fick informanterna information om studien och sina rättigheter i samband med studien. De skrev även på en samtyckesblankett för att befästa att de fått informationen. De bandade intervjuerna sparades endast på skribentens egen telefon för att raderas efter studiens slut. I samband med transkriberingen utelämnades känsliga personliga uppgifter, som eventuellt skulle ha kunnat avslöja vem informanterna var. Eftersom studien var ett beställningsarbete inom ett större projekt skrev de inblandade parterna på en blankett om beställningsarbete.

Också när man väljer deltagare bör man tänka etiskt. Tidigare har det hänt att många utsatta personer och grupper som inte själva kunnat protestera utsatts för medicinska studier. Man bör tänka på att de som deltar ska kunna skyddas från bördor och risker i och med forskningen. Det ska finnas goda skäl för att välja just den grupp av informanter som skribenten tänkt sig i sitt arbete (Henricson 2012, 80–82). Valet av informanter behandlas mera utförande i kapitel 5.1.

I denna studie tog jag i beaktande alla de överstående allmänna etiska reglerna och förordningarna. För denna studie behövde jag även fundera på hur jag skulle få kontakt med informanterna. Inom Folkhälsans doulagrupp råder tystnadsplikt, och de flesta doulorna och mammorna avslutar sitt förhållande efter återträffen några veckor efter förlossningen. De doulor som ännu hade kontakt med någon mamma frågade om tillåtelse att ge deras kontaktuppgifter till mig. Jag kände även personligen två personer som hade haft en doula, dessa tillfrågades att delta via Facebook.

Resultat

I detta kapitel redovisas resultaten från intervjuerna. Resultatet av intervjuerna är indelat i fem kategorier med ett övergripande tema. Kategorierna belyses med utvalda, beskrivande citat som jag hittat i intervjumaterialet. Vid behov av förtydligande av något citat står detta inom parentes. De fem kategorierna är fysiskt stöd, psykiskt stöd, information, att se hela människan och stöd för pappan/den andra stödpersonen. Temat är kontinuerligt stöd och presenteras först.

Tema: Kontinuerligt stöd

Temat, som är övergripande för alla kategorier, är kontinuerligt stöd. Om och om igen under intervjuernas gång framkom det att föderskorna uppskattade att de i doulan hade ett kontinuerligt stöd, som påbörjades redan under graviditeten för att sedan fortsätta under hela förlossningen och avslutades först efter återträffen efter barnets födelse.

Föderskorna ansåg att förlossningsupplevelsen förbättrades på grund av att de träffat och kände doulan på förhand när de kom till förlossningen. Att de kunde prata igenom sin förlossningsplan på förhand med doulan och hon visste vilka önsksningar föderskan hade upplevdes som positivt. På detta sätt kunde doulan fungera som ett språkrör till vårdpersonalen och föra fram föderskans önskemål, ifall hon själv inte kunde prata just då. Att föderskan kände doulan sedan tidigare gjorde också att kommunikationen med henne blev rakare än kommunikationen med en helt okänd barnmorska. En informant nämnde att hon tror att hon också skulle ha haft nytta av en doula i sin första förlossning när hon var rädd för bristningar. Hon fick då stöd från rådgivningen och även från polikliniken för förlossningsrädda (finska: pelkopoli), men trodde att doulan även där skulle ha varit ett stöd.

Men jag tror att en doula i första förlossningen skulle ha kunnat ge ännu mera än bara det där att gå och tala med rådgivningen och sen då med pelkopolin. Att jag tror att en doula, som skulle ha varit med hela tiden och skulle ha vetat om dom här rädsorna, skulle kanske ha kunnat peppa en på ett annat sätt, vilket barnmorskan kanske inte gör för att de inte känner en överhuvudtaget.

”En extra stödperson som finns där, som man just har förberett sig tillsammans med, att prata igenom vad man vill med förlossningen och att man som är på samma karta”.

”Jag tänker främst på det att man har träffats före, och pratat igenom vad man vill före förlossningen och vad man har för tankar och funderingar. Det är en person som är med som man känner, förutom partnern”.

”Att någon som har hört ens önskemål och som känner, känner och känner, men har förståelse för en och vet vad man vill och vad man varit med om och vad man har för rädslor och kan gripa in”.

”Man kunde säga rakt ut åt doulan att gör såhär och gör sådär utan att tänka desto mera, att åt en barnmorska skulle jag aldrig gå och säga det”.

”Att oberoende om du skulle ha en förlossningsplan så kanske inte barnmorskan reagerar på allting som man har skrivit för man har skrivit så mycket”.

Fysiskt stöd

Under fysiskt stöd kom det fram att doulan hjälpte till med praktiska saker, såsom massage, andningsteknik, fotografering och i ett fall även som tolk mellan de svenskspråkiga föräldrarna och den finskspråkiga barnmorskan. Kontinuiteten kom här fram i det att eftersom man gått igenom föderskans önskemål på förhand kunde doulan lättare förstå vad föderskan ville ha för fysiskt stöd i förlossningen.

”Doulan strök bort värkarna som den där profylaxkursen förespråkar, och ja, det var ständigt två extra händer”.

”Och sen hade jag ju också som önskemål att hon skulle också förevisa det här lite grann (skribentens kommentar: den andra förlossningen), vi har ju inte en endaste bild från dotterns förlossning (skribentens kommentar: den första förlossningen)”.

”Och så förväntade jag mig att hon skulle vara sådär två armar till för att hjälpa till med massage och så vidare. För mig var det viktigt att det var någon som vågade ta i”.

Psykiskt stöd

Doulan var ett psykiskt stöd ifall föderskan upplevde oro eller rädsla inför förlossningen. Föderskorna ansåg att doulan uppfyllde en viktig roll som ett extra psykiskt stöd utöver det som mannen gav. De upplevde att doulan gav hela förlossningsupplevelsen en extra guldkant genom sitt psykiska stöd och ansåg att hon lättade upp stämningen och var en ”härlig person” att ha med under förlossningen. Föderskorna ansåg att en doula skulle vara extra viktig för föderskor som inte har någon annan stödperson med sig, så att ingen skulle behöva föda ensam. Trygghet och närvaro var också ord som nämndes i samband med det psykiska stödet. Doulans närvaro skapade trygghet inför och under förlossningen. Doulan var också närvarande både fysiskt och psykiskt och var där bara för det föderskan och pappan/den andra stödpersonen och var fokuserad på sin uppgift. I och med att det föderskan lärde känna doulan redan under graviditeten och visste att hon var där uttryckligen bara för hennes egen skull var det lättare att ta fram och prata om orsakerna till att man behövde psykiskt stöd.

”Det var ju för att få ett extra stöd vid förlossningen. Första förlossningen blev ganska speciell och jag hade många tankar kring den här andra förlossningen och kände att en doula skulle vara det perfekta stödet för att klara den här förlossningen så bra som möjligt”.

”Det finns väl många olika orsaker, men som stöd, om man är rädd eller om man har några funderingar, ja behöver en extra stödperson eller en stödperson om man inte har någon med”.

”Förväntningarna före var just det här att hon skulle ge den här tryggheten”.

”Alltså det var ju det här med att vara utelämnad och otrygg i (skribentens kommentar: upplevelse från första förlossningen) ... att det var den här tryggheten jag vill ha”.

”Jo, det är nog det där att vara närvarande, tycker jag, att man vet att man har den andra där”.

Information

Under kategorin information kom det fram att doulan kunde ge stöd i form av information och råd både före, under och efter förlossningen. Föderskorna litade på att doulan kunde sin sak och att hen var påläst inom ämnet. En av föderskorna hade inte haft möjlighet att delta i någon förlossningsförberedande kurs och ansåg att doulan hade kompenserat det bra och gett sådan information som hon annars kanske hade fått från kursen. En informant tyckte att det var bra att ha någon under graviditeten som hon kunde ringa och rådfråga. En informant ansåg att en doula kunde vara till mera stöd för omföderskor, eftersom föderskorna då vet vad de vill fråga om och vet vilka rädslor de har efter att de varit med om en förlossning. En annan informant tyckte däremot att alla förstföderskor borde få en doula som kan ge information och verklighetsförankra frågor, funderingar och problem före förlossningen. Doulorna återgav även en mer objektiv förlossningberättelse åt föderskorna i efterhand, vilket hjälpte dem att minnas och kanske rätta till sina egna föreställningar om förlossningsupplevelsen. Temat kontinuitet framkom inom

denna kategori på så sätt att doulan kunde ge information och råd före förlossningen och sedan hjälpa till att uppfylla föderskans önskemål under förlossningen. Efter förlossningen kunde doulan gå igenom ifall de förväntningar och önsksningar föderskorna hade haft på förhand kunnat uppfyllas. Eftersom doulan hade en mer objektiv roll under förlossningen kunde hon återge händelseförloppet på ett sådant sätt att mamman kunde rätta till sina minnen och på så sätt känna sig nöjdare med förlossningen.

”Jag var ju inte på någon förberedande kurs så det var jättebra stöd att ha. De har ju på det sättet fått utbildning eller kurser eller vad de har”.

”Men det där just att man har en annan person som man kan egentligen ringa när som helst till och fråga råd eller vad som helst”.

”Jag skulle ju inte annars ha en aning om vad som hade hänt. Så efter att man läst den (skribentens kommentar: förlossningsberättelsen som doulan skrivit) så kom man ihåg lite vad som hänt”.

”Då hade hon skrivit upp lite tider och som föderska tappar man ju lite tidsaspekten, man är så totalt fokuserad på jobbet. Det var ju roligt och som sagt kunde fylla i (skribentens kommentar: doulan kunde fylla i) var jag själv var så fokuserad att jag hade missat och så när jag hade en viss föreställning om att det var på ett visst sätt så kunde hon berätta att jo, så här upplevde du det men så här var det”.

Att se hela människan

Informanterna ansåg att doulan såg hela människan i dem och tog detta i beaktande under relationens gång. De ansåg att de kunde diskutera frågor och problem i livet förövrigt som påverkade deras graviditet och förlossning, trots att det inte direkt var problem som hörde till graviditeten eller förlossningen. Några av informanterna ansåg att rådgivningspersonalen ibland fokuserade på specifika frågor som babys och mammans tillstånd, medan doulorna såg hela människan och hela livsbilden. En informant nämnde också att doulan alltid hade tid att lyssna och var intresserad av hela ens historia och vad man hade upplevt som kunde påverka den kommande förlossningen. En informant tänkte att hon kanske inte hade tagit ut allt stöd hon kunde ha fått från den offentliga sjukvården, men sa att hon så bra kunde känna av tidsbristen som finns på rådgivningen. Eftersom doulan kände till föderskans bakgrund och omgivning och allt som föderskan ansett att var viktigt att berätta åt henne kunde hon ta detta i beaktande vid stödandet av föderskan.

”Att en doula ser ju verkligen personen som ska göra det här jobbet. Och det är inte bara att hur babyn och hur mamman mår fysiskt och psykiskt sådär snabbt kollat utan det är verkligen, hör historier och är nyfiken på vad hon behöver veta och sådana saker, så uppfattar jag det i alla fall. Att jag tror nog att hälsovårdare och barnmorskor skulle kunna göra det, men inte som strukturen ser ut idag, så på det sättet så fyller nog doulaverksamheten en stor funktion”.

”Men just det där att de ser kvinnan på ett annat sätt än vad vården har tid att göra, så uppfattar nog jag det”.

”Vid rådgivningen fokuserade man mera på hur du mår och hur barnet mår, men hon funderade mycket runt om allting”.

Stöd för pappan/den andra stödpersonen

Alla informanter nämnde att doulan även var ett stöd för pappan/den andra stödpersonen på något sätt. I ett av fallen var pappan mycket stressad på grund av sitt jobb, och då var det doulan som var den som var psykiskt helt närvarande. Informanterna nämnde också att doulan hjälpte pappan/stödpersonen att stöda föderskan. Doulan kunde även vara ett direkt stöd för pappan/den andra stödpersonen ifall denne t.ex. hade sjukhusskräck eller var osäker inför

förlossningen. Också pappan/den andra stödpersonen hade träffat doulan på förhand, vilket främjade samarbetet mellan pappan/den andra stödpersonen, doulan och föderskan.

“Har man pappan med så är han ju ett stöd i sig, men doulan är då kanske den här extra som stöder mamman, men också kan stöda pappan”.

“Och på förlossningen lärde hon upp XX (skribentens kommenter: stödpersonen) ganska bra. Doulan visade och sedan böt de”.

Spegling

I detta kapitel kommer jag att spegla resultaten från intervjuerna mot studiens teoretiska utgångspunkter, teoretiska bakgrund och tidigare forskning. Speglingen kommer att presenteras i samma ordning som resultatredovisningen.

Föderskorna upplevde att de fick många olika former av stöd av doulan. Även i Koumouitzes-Douvia & Carr (2006, 36) artikel framkom att doulorna gav många olika former av stöd till kvinnorna och även till deras partner. Det fysiska stödet som föderskorna nämnde kunde bestå av massage eller andningstekniker och -övningar som doulan kan hjälpa föderskan att genomföra. Meyer, Arnold & Pascali-Bonaro (2001, 57) nämner även att doulans stöd kan vara fysiskt och bestå av just andningstekniker, massage och lugnande beröring.

Det psykiska stödet upplevdes mera som att föderskorna visste att de hade doulans stöd. Man förväntade sig och hade även doulans uppmärksamhet och närvaro. Uppmuntran, närvaro och emotionellt stöd nämns i flera tidigare undersökningar och studier om doulor och det stöd de ger åt föderskan och pappan/den andra stödpersonen (Meyer, Arnold & Pascali-Bonaro 2001, 57; Gilliland 2002, 763; Ballen & Fulcher 2006, 306; Koumouitzes-Douvia & Carr 2006, 36). Detta överensstämmer med resultatet i denna studie.

Information angavs också som en viktig stödform. Före förlossningen kunde det handla om att berätta och ge råd om specifika situationer som eventuellt kan uppstå under förlossningen. Föderskorna litade på att doulan hade erfarenhet och kunde ge information. Under förlossningen fungerade doulan även som en informatör och länk mellan föderskan och vårdpersonalen. Även Ballen och Fulcher (2006, 306) nämner att doulan är den som informerar föderskan och partnern på ett vardagligt språk och hjälper till med kommunikationen mellan vårdpersonalen och föderskan.

Flera av informanterna nämnde också att de ansåg att doulan såg hela människan i föderskan och även tog i beaktande sådant som inte direkt handlade om graviditet och förlossning, men som ändå kunde spela en betydande roll för den kommande förlossningen. De nämnde att doulan visade ett intresse för den historia och de upplevelser som kvinnan bar med sig. Informanterna ansåg att doulorna såg kvinnan som en individ. Att doulor har en syn på kvinnan och förlossningen som strävar till skraddarsydd omvårdnad för varje individ motsvarar det som kommit fram i tidigare studier. (Koumouitzes-Douvia & Carr 2006, 36–37).

Bland informanterna i denna studie nämndes också att doulan var ett stöd för både mamman och för pappan/den andra stödpersonen. Doulan stödde pappan/den andra stödpersonen direkt, men hjälpte även denne att stöda föderskan. Detta motsvarar vad tidigare forskning kommit fram till (Koumouitzes-Douvia & Carr 2006, 36). Även Gilliland (2002, 763) nämner uppmuntran och vägledningen för föderskans familj som en viktig uppgift för doulan.

Under temat kontinuerligt stöd framkom det att doulan stödde föderskan under hela tiden för barnafödandet. Flera av informanterna ansåg att barnmorskorna och hälsovårdarna inte hade möjlighet att ge samma kontinuitet som doulorna gav, men de förstod också att detta berodde på samhällsstrukturer och tidsbrist bland vårdpersonalen. Enligt Hodnett, Gates, Hofmeyer och Sakala (2013, 16) finns det endast positiva effekter av kontinuerligt stöd under förlossningen. Meyer, Arnold och Pascali-Bonaro (2001, 57) påstår att doulan representerar en återkomst av traditionen med kvinnor som stöder varandra under tiden för barnafödandet. Deras studie visade

också att den kontinuerliga närvaron av en doula under förlossningen ger föderskan mera lugn och tillfredsställelse med förlossningsupplevelsen. Föderskorna i denna studie ansåg att det att de kände doulan på förhand skapade en trygghet. Detta har jag inte funnit några andra studier som bekräftar, men så är det också svårt att jämföra mödravård och doulastöd mellan olika länder, eftersom de är så olika.

Kritisk granskning

När man diskuterar metod och kvalitet i en studie är det viktigt att man lyfter fram både svagheter och styrkor i studien. Inom kvalitativ design kan metoden diskuteras med begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet. (Henricsson 2012, 472–474) (Lundman&Graneheim 2004, 109–110).

Med trovärdighet avses hur bra datamaterialet och analysprocessen speglar det fokus som studien var tänkt att ha (Lundman&Graneheim 2004, 109). Fokus för denna studie var att öka förståelsen för varför kvinnor vill ha en doula under tiden för barnafödandet. Jag anser att datamaterialet och analysen ger studien rätt fokus. Intervjufrågorna kunde eventuellt ha varit lite fler och mera djupgående.

När man väljer informanter bör man tänka på att de ska ha så många olika upplevelser som möjligt, vilket ökar möjligheten att belysa studiens frågeställning från flera olika synvinklar och därmed öka trovärdigheten (Lundman&Graneheim 2004, 109). Till denna studie valdes endast fyra informanter, eftersom jag gjorde studien ensam. Ifall studien skulle ha gjorts av flera än en skribent kunde man ha haft med ett större antal informanter och därmed fått en djupare inblick i ämnet. Alla informanter var finlandssvenskar som hade anlitat sin doula genom Folkhälsan. Bland informanterna fanns det en ensamstående mamma och de andra hade en partner. De hade också lite olika orsaker till att kontakta en doula i första hand. För att få en större förståelse kunde man ha valt informanter som kommer från olika delar av landet och som valt en doula från andra organisationer. Det var svårt att hitta informanter som var villiga att ställa upp på intervju trots att jag hade personliga kontakter inom Folkhälsans doulagrupp. Flera organisationer som erbjuder doulastöd kunde ha kontaktats för att få fler informanter.

Informanterna var olika till sin personlighet och sitt sätt att uttrycka sig. Vissa pratade mera och svarade med långa meningar och uttömmande svar, medan någon annan var blygare och gav korta svar. Detta påverkar självklart datamaterialets kvalitet, men att endast välja informanter som har lätt att prata om sina förlossningar, känslor och upplevelser av doulans stöd skulle inte vara rätt med tanke på studiens trovärdighet.

Även datainsamlingsmetoden, och hur bra den svarar på syftet med studien påverkar trovärdigheten i en studie (Lundman&Graneheim 2004, 110). Till denna studie valdes intervjuer som metod, eftersom det var föderskornas tankar om varför de vill ha en doula som skulle undersökas. Därmed tycker jag att trovärdigheten har uppfyllts vid valet av datainsamlingsmetod. Ifall jag skulle ha valt att göra en enkätstudie istället skulle svaren inte ha varit lika djupa och mångfacetterade. Att ställa tilläggsfrågor skulle även ha varit svårare. Datamaterialet var djupt och heltäckande, men jag hade även fått lov av alla informanter att kontakta dem vidare på nytt per e-post, ifall det skulle ha behövts något förtydligande bland svaren.

Trovärdigheten hos resultatet i en studie handlar också om hur bra de identifierade kategorierna och temana täcker datamaterialet, att inget relevant datamaterial har utelämnats och att inget irrelevant har inkluderats (Lundman&Graneheim 2004, 110). I och med analysen hade jag vissa problem att kategorisera vissa meningsenheter, eftersom informanterna nämnde två helt olika saker i samma mening. Detta gjorde också att de olika kategorierna behövde omarbetas och meningsenheterna omkategoriseras flera gånger innan jag fick till stånd en sådan analys att samma material inte kunde passa i två olika kategorier och inget viktigt material föll emellan de olika kategorierna. De flesta kategorier som framkom i resultatet kunde jag även finna i de

tidigare studier som gjorts inom samma ämne, vilket förstärker trovärdigheten i datamaterialet, analysen och resultatet.

Pålitligheten hos en metod handlar om att instabilitetsfaktorer tas i beaktande. Data som ändrar över tid är en sådan faktor, och en datainsamling som sträcker sig över en lång tid kan påverka pålitligheten (Lundman&Graneheim 2004, 110). De informanter som deltog i studien hade fött sitt barn med doula under åren 2014–2016, d.v.s. relativt nyligen, men det finns ändå en risk för att vissa saker glömts bort eller att de minns fel. Att föderskan är ganska utsatt under tiden för barnafödandet kan även göra att pålitligheten hotas. Tidsaspekten och hur föderskorna uppfattar vad andra säger kan förvridas i en sådan utsatt situation som förlossningen är. Någon av informanterna fick också mycket medicinsk smärtlindring under sin förlossning, vilket kan påverka minnet.

Överförbarheten hos en metod handlar om ifall det är möjligt att överföra resultatet på andra grupper och i andra sammanhang. Lundman och Graneheim (2004, 110) menar att skribenten kan ge förslag på detta, men att det är upp till läsaren att bestämma om resultaten kan användas i andra kontexter. I detta fall anser jag att resultatet av denna studie kan överföras till en större grupp. Dock tror jag inte att det kan överföras på alla grupper och i alla sammanhang, eftersom det finns många olika typer av doulor (t.ex. lekman- och yrkesdoulor) och många olika förlossningsmiljöer (på något ställe i världen kanske man föder med endast en stödperson närvarande medan man i någon annan del av världen föder med hela sin familj och ett stort team med vårdpersonal runt omkring).

Diskussion

Syftet med denna studie var att öka förståelsen för varför kvinnor väljer att ha med en doula under tiden för barnafödandet. Jag ville lyfta fram ämnet för att få en klarare bild av varför kvinnor vill ha en doula. Sedan tidigare finns kunskap om de yttre omständigheter som kan få kvinnor att välja att anlita en doula, såsom rädslor av olika slag, ensamhet, tidigare traumatisk förlossning o.s.v. Eftersom det också finns föderskor och par som väljer att ha en doula med trots att varken rädslor eller trauman finns i bakgrunden så ville jag försöka hitta de gemensamma känslorna och tankarna som får alla dessa föderskor att ta kontakt med en doula.

Som blivande barnmorska är det också intressant att ta reda på om kvinnorna får något stöd av doulorna som de inte får av den övriga vårdpersonalen. Ifall sådant framkommer kan även barnmorskor försöka implementera de stödformer som doulan ger i sitt eget vårdande, men det är även möjligt att se doulorna som ett komplement till sitt eget yrke istället för ett hot. Jag var även intresserad av vad kvinnorna på förhand förväntar sig att få av doulan och om deras förväntningar uppfylldes i verkligheten. Utifrån dessa intressen formulerades de tre forskningsfrågorna som var: Varför väljer kvinnor att ha med en doula under barnafödandet? Vilka förväntningar har kvinnan på doulan? Kan doulan erbjuda något som kvinnan inte kan få från den offentliga vården, t.ex. av hälsovårdaren eller barnmorskan?

I resultatet av denna studie framkom ganska tydligt att föderskorna ansåg att det var viktigt med kontinuitet i vården och stödet och att det fanns någon bekant person närvarande när man kom till förlossningen. Behovet av kontinuitet i vården och stödet kom tydligt fram i resultatet och det skulle vara viktigt för både beslutsfattare och vårdpersonal att fundera på hur man kan främja kontinuiteten i mödravården.

Doulor är ett svar på önskan om och behovet av kontinuerligt stöd. Att dra nytta av det kontinuerliga stödet som de kan bidra med kan främja föderskornas positiva upplevelser av förlossningen. Doulan finns med som en länk som binder samman barnmorskan och föderskan, eftersom hon förstår både barnmorskans arbetssätt och arbetsuppgifter och på samma gång har kunskap om föderskans önskemål och behov. Jag anser att man bör förespråka ett tätt samarbete mellan sjukhusets barnmorskor och de doulor som verkar i området bör förespråkas så att både barnmorskor och doulor lär känna varandras uppgifter och vill samarbeta.

Jag anser också att ett annat sätt att främja kontinuiteten i mödra- och förlossningsvården skulle vara att ha en gemensam förlossnings- och BB-avdelning. Ifall avdelningarna fysiskt var sammanslagna skulle chansen för att det är samma barnmorska som sköter föderskorna både under förlossningen och under barnsängstiden vara större. Detta påverkar inte förlossningsupplevelsen eftersom man ändå inte träffat barnmorskan före förlossningen, men för amningen och för barnsängstiden överlag kunde detta ha en positiv effekt.

Att grunda privata förlossningskliniker där det under samma tak ges såväl rådgivning under graviditeten som möjlighet att föda kunde också vara ett sätt att öka kontinuiteten i vården. Då kunde föderskan själv välja vilken klinik hon vill anlita och på så sätt ha samma vårdteam under hela tiden för barnafödandet. Hur detta kunde bli verklighet med den lagstiftning och de regler som finns i Finland idag kan inte besvaras i denna diskussion men hypotetiskt skulle det vara en möjlighet. I och med att det pågår en samhällsdiskussion om privatiseringar inom vården är det här också en viktig synpunkt och ett alternativ att ta i beaktande.

I ett tidigt skede valde jag Paimans och Guillilands teori om barnmorskepartnerskap som teoretisk grund för studien. Jag fann teorin och hela mödravårdssystemet på Nya Zeeland mycket intressanta och eftersträvansvärda. Att överföra detta system till den finländska mödravården som den ser ut i dag kan verka som ett omöjligt projekt. Förutom att det troligtvis är en ekonomisk omöjlighet är det också svårt på flera andra sätt. Om detta system togs i bruk här i Finland skulle det troligtvis krävas ändringar i ett flertal lagar och det skulle vara svårt att ens utreda vem som ska ha ansvar för allt. Filosofiskt sett borde vi kanske här i Finland också i högre grad anamma tanken om att förlossning är en naturlig händelse för att kunna ta i bruk systemet. Min uppfattning som ganska oerfaren barnmorskestuderande är att förlossningar och graviditeter handlar till stor del om screeningar, blodprov, diagnoser och medicinsk smärtlindring istället för att se graviditet och förlossning som naturliga livshändelser. Ifall vi kunde anamma tankesättet om att förlossning och graviditet är naturliga händelser skulle även alternativet att föda hemma eller t.ex. i vatten även normaliseras och inte ses som ett avvikande och nästintill omöjligt förlossningsönskemål.

Ett annat alternativ för att försöka implementera tankarna som finns i Paimans och Guillilands teori kunde vara att utarbeta en ny teori som skulle passa in i den finländska mödravården. För att göra det ska uppnås borde teorin omarbetas rejält. En doula kunde passa in i teorin som en tredje cirkel och mannen/den andra stödpersonen även kunde ingå som en fjärde. Ifall det finns behov av en läkare under förlossningen eller graviditeten skulle även hen kunna ingå som en egen cirkel. Det skulle dock vara viktigt att dessa cirklar förblir lika stora och viktiga så att man ser på de andra i förlossningsteamet som partners som alla kan delta med viktig information, kunskap och expertis. De beslut som görs under t.ex. en förlossning skulle ske i samråd med de andra som ingår i teamet. Föderskans cirkel skulle finnas i mitten och alla de andra skyddande omkring, eftersom de alla har samma mål–att ge kvinnan en förlossningsupplevelse som hon kan vara tillfreds med.

Ett tredje alternativ för att försöka närma sig det nyzeeländska tänkesättet inom mödravården kunde vara att ha någon form av mödravård som teoretiskt sett befinner sig någonstans mitt emellan det system vi har idag i Finland och det som finns på Nya Zeeland. Detta skulle i praktiken kunna betyda t.ex. att föderskan själv kan bestämma förlossningsplats, ifall det rör sig om en lågriskgraviditet. Med den lagstiftning som vi i dag har i Finland är detta svårt, eftersom föderskan själv måste betala barnmorskans lön vid en hemförlossning. Med tydligare lagstiftning angående hemförlossningar och samarbete mellan sjukhus och hemförlossningsbarnmorskor kunde detta lösas. Att lätta på de nu rådande reglerna om att en föderska endast kan ha med en stödperson med sig under förlossningen (gäller vid många sjukhus i Finland idag) och att låta föderskan själv välja vilka hon vill ha närvarande vid sin förlossning skulle öka kvinnans självbestämmanderätt och även kännas tryggt för kvinnan. Särskilt med tanke på att Finland i dag är mångkulturellt och att det finns föderskor som är vana från sitt hemland att ha många runt sig vid en förlossning kunde detta öka deras känsla av trygghet och säkerhet.

Det finns som sagt många olika alternativ för att öka på kontinuiteten i den finländska mödravården i dag och det viktigaste skulle vara att alla inom branschen hade lite öppnare sinnen inför det som i dag kanske känns annorlunda och ovant.

Under arbetet med studien har jag även insett att det skulle finnas många fler föderskor som kunde ha nytta av att ha en doula med under tiden för barnafödandet. Jag hoppas att fenomenet doulastöd kunde normaliseras så att fler människor skulle inse att man inte behöver ha något specialbehov för att anlita en doula. Föderskans förlossningsupplevelse kan förbättras eller få en guldkant av att ha en doula närvarande, vilket är orsak nog att ha med en doula under tiden för barnafödandet.

Intresset för att öka förståelsen mellan barnmorskor och doulor har ökat under arbetets gång och jag hoppas att jag med denna studie kan belysa ämnet lite mera för båda grupperna. Samarbetet mellan barnmorskor och doulor borde öka, så att såväl doulor som barnmorskor kan förstå varandras olika uppgifter och respektera varandra helt och fullt.

Det skulle vara intressant att i en större studie undersöka om de resultat som kommit fram i den här studien kan överföras på den stora massan. Det skulle också vara intressant att utgående från Pairman och Guilliland utforma en ny teori som kunde användas inom den finska mödravården.

Källförteckning

- Ballen, L. E. & Fulcher, A. J., 2006. Nurses and Doulas: Complementary Roles to Provide Optimal Maternity Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 35 (2), s. 304-311.
- Campbell, D. A., Lake, M. F., Falk, M. & Backstrand, J. R., 2006. A Randomized Controlled Trial of Continuous Support in Labor by a Lay Doula. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 35 (4), s. 456-464.
- Dahmström, K., 2011. Från datainsamling till rapport. (u.o): Studentlitteratur.
- Elo, S. & Kyngäs, 2007. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 62 (1), s. 107-115.
- Ensi- ja turvakotien liitto. https://ensijaturvakotienliitto.fi/tietoa-liitosta/nain-me-autamme/ensikodit_ja_vauvaperheet/#doula [hämtat: 24.10.2016].
- Finlex 66/1972.
<https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Folkh%C3%A4lsolagen> [hämtat: 13.10.2016].
- Fortier, J. H. & Godwin, M., 2015. Doula support compared with standard care. *Canadian Family Physician*. 61, s.284-e292.
- Folkhälsan <http://www.folkhalsan.fi/doula> [hämtat: 24.10.2016].
- Forskningsetiska delegationen TENK, 2012. God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från god vetenskaplig praxis i Finland – anvisningar. <http://www.tenk.fi/sv/god-vetenskaplig-praxis-anvisningar> [hämtat 28.4.2016].
- Gilliland, A., 2002. Beyond Holding Hands: The Modern Role of the Professional Doula. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 31 (6), s. 762-769.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B., 2003. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24, s.105-112.
- Hellsten, J. & Jokinen, J., 2014. Kätilön ja doulan yhteistyö synnytysosastolla. Helsingfors: Lärdomsprov för barnmorskeexamen. Metropolia, vård.
- Henricson, M., 2012. Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyer, G. J. & Sakala, C., 2013. Continuous Support for Women During Childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 10. 5– 10.
- Hänninen, S-L., 1965. Kätilötyön vaiheita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otavan kirjapaino.
- Institutet för hälsa och välfärd, 2015. Perinatalstatistik – föderskor, förlossningar och nyfödda 2014.
- Iravani, M., Zarean, E., Janghorbani, M. & Bahrami, M., 2015. Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *Journal of Education and Health Promotion*. 4 (6).
- Koumouitzes-Douvia, J. & Carr, C. A., 2006. Women's Perceptions of Their Doula Support. *The Journal of Perinatal Education*. 15(4), s. 34-40.
- von Koskull, M. & Nystén, E-M, 2011. Doulaberättelser. Familjers och stödpersoners upplevelser av att vänta och föda barn. (u.o.) Folkhälsan.
- Kvale, S. & Brinkmann S., 2009. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.
- Meyer, B., Arnold, J. & Pascali-Bonaro, D., 2001. Social Support by Doulas During Labor and the Early Postpartum Period. *Hospital Physician*. 37(9), s.57-65.
- Pairman, S., 2006. Midwifery partnership: working 'with' women. i L. A. Page & R. McCandlish red. *The New Midwifery*. London: Churchill Livingstone.
- Papps, E. & Ramsden, I., 1996. Cultural Safety in Nursing: The New Zealand Experience. *International Journal for Quality in Health Care*. 8 (5), s. 491-497.

Ruda, A., 2015. Allt fler föder med stödperson. Svenska.yle.fi. <http://svenska.yle.fi/artikel/2015/03/20/allt-fler-foder-med-stodperson> hämtad: 16.2.2016.

Schoultz-Ekblad, B., 1997. Med änglars tålamod, En idéhistorisk vandring på barnmorskans arena. Vasa: Pro gradu avhandling i vårdvetenskap. Åbo Akademi, Samhälls- och vårdvetenskapliga fakulteten.

Tumblin, A. & Simkin, P., 2001. Pregnant Women's Perceptions of Their Nurse's Role During Labor and Delivery. *Birth*. 28 (1), s. 52-56.

The international childbirth education association (ICEA). <http://icea.org/certification/birth-doula/> hämtad: 18.10.2016

Bilaga 1 Intervjuguide

Bakgrundsinformation

- Namn
- Ålder
- Familjesituation (civilstatus, antal barn, barnens ålder)

TEMA 1

Varför väljer kvinnor att ha med en doula under barnafödandet?

- Om du har flera barn, har du haft doula vid en eller flera förlossningar?
- Vad var dina motiv för att ta kontakt med en doula?
- Hur fick du information om doulaverksamheten? / Hur kom du i kontakt med er doula?
- I vilket skede av din graviditet tog du kontakt med doulan?
- När träffades ni första gången? (under vilken del av din graviditet)
- Visste du innan du träffade din doula att du ville ha med henne också på förlossningen?
- Vem var med under förlossningen?

TEMA 2

Vilka förväntningar har kvinnan på doulan?

- Hade du några förväntningar/förutfattade meningar/ fördomar om doulor innan?
- Om du skulle kunna "leva om" din graviditet/förlossning skulle du göra något annorlunda med tanke på doulan?
- Skulle du vilja ha en doula med om du fick flera barn?

TEMA 3

Kan doulan erbjuda något som kvinnan inte kan få från den offentliga vården t.ex. hälsovårdaren eller barnmorskan?

- På vilket sätt stödde doulan dig/er under din graviditet?
- På vilket sätt stödde doulan dig/er under förlossningen?
- Fick du stöd av doulan efter förlossningen?
- Gav doulan det stöd du önskade dig?
- Fick du någon form av stöd av doulan som du inte fick av övrig vårdpersonal?
- Varför tycker du att doulor behövs?
- Har du något annat att tillägga?

Bilaga 2 Informationsbrev

Bästa mamma!

Det här är information om att delta i intervjustudien "Därför ville jag ha en doula". Studien är mitt examensarbete för barnmorskeexamen på Yrkeshögskolan Novia.

Studien är en del av ett större projekt vars syfte är att lyfta fram doula-arbetet och sprida information om doulor.

Syftet med studien är att öka förståelsen om varför kvinnor väljer att ha med en doula under förlossningen.

Det är frivilligt att delta i studien och ni har rätt att avbryta ert deltagande när ni vill. Intervjun kommer att ta ca ½-1 timme. Ert deltagande och den information ni berättar är viktig för det är bara ni som vet varför ni valt att ha en doula med i förlossningen. Intervjuerna kommer, med er tillåtelse, att bandas in och skrivas ut i textform men era namn och andra uppgifter som kan göra att ni känns igen tas bort. Citat kan eventuellt användas i den publicerade studien. Jag vill gärna ha möjlighet att kontakta er i ett senare skede ifall det är något jag behöver diskutera vidare med er.

Mvh,

Amanda Peltola
amanda.peltola@novia.fi

Handledare: Anita Wikberg
anita.wikberg@novia.fi
0503739611
Yrkeshögskolan Novia

Jag har härmed tagit del av informationen angående intervjustudien "Därför ville jag ha en doula". Jag samtycker till att delta i studien.

Ort och Datum

Namnteckning och namnförtydligande

Pappans upplevelse av doulastöd under förlossningen –En kvalitativ intervjustudie. Anna Toivonen

Abstrakt

Tidigare forskning har belyst kvinnans upplevelse av doulastödet, pappans upplevelse är däremot mindre studerat. Syftet var att beskriva pappans upplevelse av att ha en doula med under förlossningen. Metoden som använts är kvalitativa semistrukturerade intervjuer. Informanterna bestod av två pappor som fått barn inom ett år och haft en doula med under förlossningen. Intervjuerna tog 30–60 minuter, de bandades in och transkriberades. Materialet analyserades med innehållsanalys.

I resultatet kunde fyra teman urskiljas: Kontinuitet, pappans förväntningar, samarbetet med doulan och pappans delaktighet. Under temat kontinuitet diskuterades vikten av att skapa en relation innan förlossningen och att doulan var närvarande hela tiden endast för dem. Pappans förväntningar innefattade att papporna önskade en lugn person som skulle passa ihop med deras mentalitet. Samarbetet innefattade hur pappan och doulan samarbetade, vilket föll sig naturligt. Pappans delaktighet handlade om att pappan kände sig delaktig och att doulan fanns till vid sidan om och pappan var det huvudsakliga stödet till den födande kvinnan. Resultatet speglas mot teorin The birth territory som beskriver vikten av förlossningsmiljön.

Inledning

Syftet med studien är att få en bättre förståelse för hur pappan upplever doulastödet under förlossningen. Skribenten är blivande barnmorska, därför är ämnet aktuellt och intressant. I vården av gravida kommer man att möta många pappor, därför är det en fördel att få en bättre förståelse för hur de upplever förlossningen och vilket stöd de behöver.

Ordet faderskap definieras som den relationen män har till sina barn. I detta arbete kommer skribenten att använda sig av ordet pappa, eftersom det används mera i folkmun. Då man ser mera på pappans förhållande till barnen har det inte alltid varit lika självklart som mammans, det har inte heller alltid varit en självklarhet att pappan närvarar vid förlossningen (Berg et al., 2010, 74–75).

I denna studie har jag valt att fokusera på pappans upplevelse av doulastöd för att få det manliga perspektivet, genom att män inte biologiskt sätt kan få barn utan oftast upplever detta som en partner vid sidan om. Det vore också intressant att se mera på partnerupplevelser men i detta arbete har jag valt att endast fokusera på pappans upplevelse.

Syfte och frågeställningar

Studiens syfte är att beskriva pappans upplevelse av doulastöd under förlossningen. I detta kapitel tas studiens syfte och frågeställningar upp, vilka ligger till grund för hela arbetet. Ämnet intresserar mig som blivande barnmorska. Det kan också vara givande för barnmorskor ute i arbetslivet och även för doulor. Som barnmorska möter man många pappor i vården av den gravida mamman, vi behöver därför också kunna stöda papporna. Det har gjorts en hel del studier om hur kvinnan upplever doulastödet under förlossningen och jag har därför valt att fokusera på det manliga perspektivet.

1. Vilka förväntningar hade pappan på doulan?
2. Hur upplevde pappan samarbetet med doulan under förlossningen?
3. Kände pappan sig delaktig i förlossningen?

Pappans roll i förlossningen

Det berättas att i Sverige fram till 1900-talet fanns hjälpgummor eller barnmorskor med under förlossningen. Barnmorskorna hade utbildning medan hjälpgummorna oftast arbetade utgående ifrån erfarenheter. Dessa två arbetade sida vid sida, men kunde sällan samarbeta. Det var en stor rivalitet mellan barnmorskan och hjälpgumman, mammorna hade stort förtroende för hjälpgummorna, vilket gjorde det svårt för barnmorskan att få tillit av den födande kvinnan (Höjeberg, 1981, 158–161).

När förlossningarna började överföras från hemmet till sjukhusen skedde förändringar inom förlossningsvården. I Finland skedde detta i olika takt, beroende på om man bodde på landsbygden eller i städerna. Den första överföringen av förlossningar från hemmet till sjukhusen skedde mellan 1920-talet och 1950-talet. I Finland blev förlossningarna mer kliniska på 1960-talet, förlossningsläkare och anestesiläkare kunde närvara under förlossningen (Ainola, 2013, 40–41). Det blev med åren mer och mer fokus på smärtmedicineringen och det blev allt mindre vanligt att använda en stödperson. Eftersom stödpersonen oftast var en kvinna ledde detta till att kvinnan upplevde ensamhet och förlossningen blev isolerad (Scott, Klaus och Klaus, 1999, 1257–1264).

Pappan blev mer och mer delaktig i förlossningen under sent 1960–1970-tal i Sverige, som stöd åt den födande kvinnan. Idag är det vanligt att pappan är närvarande under förlossningen. Det har visat sig att pappor ofta känner sig oförberedda inför förlossningen och att mannens lidande till stor del består av att se kvinnan lida. Kurser i föräldraförberedelse har visat sig hjälpa papporna att

övervinna en del av rädslorna. På senare tid har man även börjat uppmärksamma pappors behov av stöd i samband med graviditet och förlossning (Berg et al., 2010, 78–79).

Pappans stöd till den födande kvinnan

Under förlossningen är stöd och kontakt mycket viktigt för den födande kvinnan. Den som stöder kvinnan kan använda sig av verbalt stöd men också kroppsspråket har visat sig ha en betydande påverkan på kvinnan. Närhet skapar ett förtroende, att ha ögonkontakt då man kommunicerar med kvinnan och ett fast handlag ger en känsla av trygghet (Berg et al., 2010, 99–100).

I en undersökning gjord av Kainz, Eliasson och von Post. (2010, 621–635) poängteras betydelsen av att pappan är närvarande under förlossningen, vilket är ett viktigt stöd för mamman. Resultatet av studien sammanfattades i fem olika kategorier. Barnets pappa var närvarande under hela förlossningen, pappan stod upp för mammans åsikter, pappan inspirerade mamman att ha styrka under förlossningen, mamman och pappan var ett team och att de blir föräldrar. Genom att pappan var närvarande under hela förlossningen var han ett stort stöd för mamman och kunde hjälpa henne med praktiska saker som att torka svett från pannan och massera ryggen. Eftersom pappan kände den födande kvinnan bra kunde han framföra åsikter till barnmorskan ifall mamman inte kunde, han kände också till vad de hade diskuterat tillsammans under graviditeten. Lugnande ljud och att nämna mammans namn under tiden hon är påverkad av sederande läkemedel är också viktigt att påminna pappan om. Lugnande ord och ljud kan ha en positiv påverkan på mammans psykiska hälsa under förlossningen.

Chan och Paterson-Brown (2002, 11–15) undersökte hur pappan upplever förlossningen av sitt barn. De fann att de flesta pappor som var med under förlossningen mestadels kände stolthet och upplevde förlossningen på ett positivt sätt. Pappan upplevde det dessutom som mera positivt om det var en vaginal förlossning och de kände att de kunde hjälpa till mera. Majoriteten av männen kände någon slags ångest, men få uppgav känslor av hjälplöshet och rädsla. Orsaken till den största ångesten hos pappan var om förlossningen slutade i akut kejsarsnitt. Överlag kände papporna glädje över att delta under förlossningen och kände att deras relation med kvinnan stärktes.

Pappan och doulastöd

Scott, Klaus och Klaus (1999, 1257–1264) poängterar att de pappor som hade doulastöd under förlossningen var mera intima mot den födande kvinnan. De läste av doulans sätt att interagera med mamman i olika situationer, vilket resulterade i att de lättare förstod hur de skulle agera och stöda mamman i de olika skedena av förlossningen. Papporna visade intresse för hur doulan betedde sig gentemot mamman och kunde använda sig av samma metoder för att lugna och stötta sin partner.

Männens nära relation till kvinnan under förlossningen kan vara ett hinder då det gäller att både möta sina egna och mammans behov. Mamman kan vilja en sak under förlossningen som man inte kommit överens om under graviditeten, i och med detta kan pappan ställas inför etiskt svåra val. Mamman kan vara påverkad av sederande läkemedel, vilket kan försvåra kommunikationen parat emellan. I en del situationer kan det också vara svårt för mannen att förstå varför kvinnan uppträder på ett visst sätt under förlossningen. Doulan kan hjälpa till att minska ångesten hos pappan och lugnt förklara varför mamman beter sig på ett visst sätt eller säger vissa saker. Pappan borde innan förlossningen få veta hur sederande läkemedel kan påverka mamman. Doulan kan också under en del av förlossningen ta en större roll i stödjandet av antingen mamman eller pappan och visa respekt för att pappan kanske vill ta ett steg åt sidan för en stund (Scott et al., 1999, 1257–1264).

Pappans uppgifter skiljer sig från doulans. Scott et al. (1999, 1261) undersökning om pappans roll vid förlossningen med doulor, beskriver att pappan höll mamman i handen under en stor del av förlossningens början. Doulan använde sig av verbala och fysiska uttryck, medan pappan pratade

mera och uttryckte sig mindre fysiskt. Doulan hade också en större roll under smärtor och obehag medan pappan tog en större roll när vårdpersonal befann sig i rummet. Det visade sig också att pappor med doula som medverkade i förlossningen gav mera stöd och närvaro till mamman, genom att röra henne och lyssna till henne.

Pappans delaktighet

I Bondas-Salonen (1998, 786–800) artikel om betydelsen av partners närvaro under förlossningen togs åtta kategorier upp: att uttrycka oro och visa kärlek, dela bekymmer och glädje, delaktighet i förberedelserna, det viktiga i partners närvaro, partners förmåga att se kvinnan och barnet på bästa sätt, delaktighet på olika sätt, partners närvaro är annorlunda och att skapa en familj. Kvinnorna ville diskutera med sin partner under graviditeten om eventuella orosmoment, genom att mannen inte lever lika nära barnet som kvinnan gör under graviditeten, är det inte heller lika naturligt för honom att oro sig. Kvinnorna förväntade sig inte stora saker av männen under förlossningen, det räckte med att de fysiskt var närvarande och att kvinnan hade någon där, som hon kände och som kände henne (Bondas-Salonen, 1998, 789–791).

Det är ett speciellt band mellan den födande kvinnan och hennes partner, som varken barnmorskor eller stödpersoner kan ersätta. Pappans närvaro vid förlossningen skapar ett starkt band mellan kvinnan, mannen och barnet, detta bidrar till att vara familj. I studien framkom hur viktigt det var för kvinnan, att se sin man hålla i barnet efter förlossningen. Mannens beröring och närvaro hjälpte kvinnorna vid smärta, ångest och rädsla (Bondas-Salonen, 1998, 793–795).

Förlossningen är för de flesta föräldrar en upplevelse fylld av glädje, men det kan också vara en jobbig upplevelse som ger upphov till ångest också för pappan. Det har visat sig att ungefär 13% av papporna känner rädsla inför förlossningen. Det rör sig oftast om rädsla för mammans eller babys liv, men också känslor av hjälplöshet. Vårdpersonal fokuserar oftast mest på mamman och barnet, vilket kan kännas naturligt men pappan kan också vara i behov av rådgivning och stöd. Stöd till pappan är inte bara viktigt för hans välmående utan också för relationen till partnern och det nyfödda barnet. En liten sak, som att pappan får klippa navelsträngen efter förlossningen, kan tidigt stärka bandet till det nyfödda barnet (Sponsler, Weatherspoon, Weatherspoon & Campbell, 2015, 33–37).

Doulan

Doula betyder "kvinnlig tjänarinna" och "vårdare", detta innebär att en kvinna erbjuder praktiskt och emotionellt stöd före, under och efter en förlossning (Lynch, 2010, 22). Doulan är en kvinna som har erfarenhet av barnafödande och kan ge den födande kvinnan fysiskt, informativt och känslomässigt stöd. Under flera års tid har doulans positiva effekter på förlossningen och barnsängstiden undersökts (Scott et al., 1999, 1257–1264).

Barnmorskor och hjälpkvinnor är som tidigare nämnts, något som har funnits sedan långt tillbaka i tiden. Redan första århundradet e.Kr. berättar en läkare Sonaros om hjälpkvinnor som behövdes under förlossningen för att lugna den födande kvinnan. Hjälpkvinnorna behövde inte själva ha fött barn (Berg et al., 2010, 19).

Doulans uppgift

Doulan har som uppgift att ge kvinnan och hennes partner stöd både före, under och efter en förlossning. Främst väljer mamman att ta emot doulans stöd under förlossningen. Doulan fungerar endast som stöd åt en familj i gången och kan därför fokusera all tid på dem (Fulcher, 2004, 1490).

Koumouitzes-Douvia och Carr (2006, 34–40) undersökte hur kvinnor upplevde doulastöd under graviditet och förlossningen, det visade sig ha många positiva effekter. Alla kvinnor som deltog hade en doula närvarande vid sin förlossning och alla hade pappan närvarande. Resultatet visade att kvinnorna hade en positiv upplevelse, doulan gav ett stort stöd åt kvinnorna. Eftersom doulorna hade mera erfarenhet inom graviditet och förlossning var de även ett stort stöd åt pappan.

Kvinnorna kände att de fick ett skräddarsytt stöd av doulan, alla informanter hyllade sin doula. De flesta deltagare kunde tänka sig att ha en doula igen.

Att ha en doula närvarande under förlossningen har visat sig förkorta förlossningens längd och minska risken för kejsarsnitt. Kvinnor som hade haft en doula pratade, log och rörde den nyfödda mera. De kvinnor som hade haft en doula kände också mera stolthet över sin kropp och kände att de hade haft en positiv förlossningsupplevelse (Scott et al., 1999, 1257–1264). En större procent kvinnor av dem som hade haft doulastöd under förlossningen ammade sina barn i jämförelse med kvinnor som inte hade haft en doula. Det framkom också att de kvinnor som hade haft en doula med under förlossningen hade bättre kontakt med babyn samt en bättre relation till sin partner (Scott et al. 1999, 1259–1260). Då doulan stannade hos mamman och pappan tills barnet är fött och föräldrarna på förhand visste om det så kunde det ge dem trygghet och minska oro (Fulcher, 2004, 1490).

Doulan kan fungera som medlare mellan den födande kvinnan och hennes partner men också mellan vårdpersonal och familjen. Doulan kan redan före förlossningen ta reda på information om mamman och pappan genom att umgås med dem, på så sätt lär hon känna dem och kan bilda sig en uppfattning om personligheter, önskningar och viljor. Det är viktigt att doulan är medveten om det här innan förlossningen. Genom att doulan känner till önskningar så kan hon förmedla dem vidare till vårdpersonalen som kan ta det i beaktande. Under en förlossning kan det bli stressigt och en del önskningar kan glömmas bort, men doulan kan påminna både mamman och pappan, men också vårdpersonalen vid behov. (Berg & Terstad, 2006, 334)

Doulans uppgift att förmedla önskningar och viljor mellan mamman och pappan visade sig också underlätta, eftersom frustration och ilska kunde förhindras. Kvinnan och hennes partner kan uppleva stress och att känslor blir förstärkta under förlossningen. Doulan kan då vara en lugn förmedlare (Berg & Terstad, 2006, 334). Mamman och pappan kan innan förlossningen känna oro över att doulan tar över situationen och inte tillåter pappan att finnas till som stöd. Det är därför viktigt att doulan respekterar den födande kvinnan samt hennes partner och berättar att hon finns där för att stöda dem båda. Doulan vill skapa en positiv upplevelse för alla och därför krävs det att hon är en god människokännare och kan läsa av situationer (Fulcher, 2004, 1490).

Doulan som trygghet för pappan

Doulan kan finnas till som en trygg punkt för mamman under förlossningen, men hon får inte glömma bort pappan och hans medverkan i förlossningen. Doulan kan stöda pappan i hur han skall finnas där för sin partner. Om Doulan håller sig lugn så påverkas pappan också av detta (Scott et al., 1999, 1263).

Doulans uppgift är att lära känna pappan och hans önskningar under förlossningen. Pappan kan ha en önskan att inte vara aktiv under förlossningen utan att doulan får ta större ansvar, men under pågående förlossning kan pappan visa önskningar att finnas där för mamman och då är det viktigt att Doulan tillåter och stöder pappan i hans val. Doulan fungerar som stödperson för pappan också och hjälper honom att vara fullt närvarande under förlossningen. Doulan kan hjälpa till med praktiska ärenden, på så sätt får pappan chans att ge närhet och tid för mamman (Fulcher, 2004, 1490).

Folkhälsans doulaverksamhet

Folkhälsan är en social- och hälsovårdsorganisation som grundades 1921. Som anställda har de omkring 1500 personer och en hel del frivilligarbetare. Folkhälsan arbetar utgående ifrån tre områden. Dessa områden är hälsofrämjande aktiviteter, social- och hälsovårdsservice och forskning. Folkhälsan utbildar doulor i hela Finland och ordnar även en svensk doulaverksamhet.

Den första finlandssvenska doulagruppen startades 2004 i Nyland. Det finns doulagrupper i Nyland, Österbotten, Åboland och Åland. Doulorna har erfarenhet av graviditet och förlossning. Kvinnorna har frivilligt valt att fungera som stöd för gravida kvinnor och det krävs inget medicinskt ansvar, utan hon ska endast stöda mamman och hennes partner under förlossningen, samt ge dem en så positiv upplevelse som det är möjligt att få. Doulorna i Finland får ingen lön utan verkar på frivillig basis. Viktigt för en doula att veta är att hennes stöd till familjen bygger på värme, vördnad och respekt och hon ska lyssna och se till både mammans och pappans önskingar och villkor (Folkhälsan, 2016a).

Det finns möjlighet för vem som helst att ha en doula under graviditeten, genom att ta kontakt med doulaledaren i den egna regionen. Mamman får ge eventuella önskemål om hur doulan skall vara, berätta vilka planer som finns kring graviditeten, eventuella rädslor och om någon annan skall vara närvarande under förlossningen. Doulan behöver inte vara med under förlossningen. Mamman kan också ha en doula bara för att diskutera med någon under graviditeten. Det är inte svårt att få en doula i Österbotten utan en passande doula väljs ut och kontaktar själv mamman (Folkhälsan, 2016b).

Doulaförhållandet är på mammans villkor, de bestämmer tillsammans hur många gånger de skall träffas och när. Mamman har rätt att avbryta doulaförhållandet när som helst om det inte känns rätt, doulan har tystnadsplikt i förhållande till mamman och familjen samt inom gruppen (Folkhälsan, 2016c).

Teoretisk utgångspunkt

I följande kapitel beskrivs teorin som används – The birth territory, teorin om förlossningsmiljöns betydelse för upplevelsen som används som teoretisk utgångspunkt för studien.

The birth territory

Vårdteorin som används är The birth territory är utvecklad av Kathleen M. Fahy och Jennifer A. Parratt. Den beskriver betydelsen av förlossningssalens miljö för förlossningsupplevelsen. Den ställer också frågor om makt och kontroll samt hur kvinnan upplever förlossningen psykiskt och fysiskt. Teorin är baserad på erfarenheter och iakttagelser. Den är en teori på mellannivå (mid-range), vilken är mindre abstrakt än en grand teori. Nivån har ett mera specifikt och smalt fokus.

Teorin bygger på vissa idéer av den franska filosofen Michel Foucault. Nyckelbegreppen i teorin är terräng, som har underrubrikerna heligt rum (sanctum) och övervakningsrum (surveillance room) samt rättskipning (jurisdiction) med underrubrikerna integrerande makt (integrative power), ointegrerande makt (disintegrative power), barnmorskans skydd (midwifery guardianship) och barnmorskans dominering (midwifery domination) (Fahy & Parratt, 2006, s. 3–4).

Terräng som nyckelbegrepp

Terrängen (terrain) innebär förlossningssalens uppbyggnad och funktioner. Hur rummet är inrett och om det finns tillgång till toalett. De innebär också den födande kvinnans möjlighet till privatliv, som exempel kan det vara eget privat rum eller möjlighet att skärma av kvinnans del. I privatlivet ingår också om alla redskap, som barnmorskan använder, är synliga för kvinnan.

Förlossningssalen har en hemmalik miljö och det finns lätt tillgång till toalett genom en dörr så kvinnan kan ha möjlighet till ett privatliv. I terrängen ingår både heligt rum och övervakningsrum som är varandras motsatser. Ett heligt rum är det bästa tänkbara medan övervakningsrummet innehåller exempelvis metallmöbler, ingen toalett och inte heller någon dörr så vem som helst kan se in (Fahy & Parratt, 2006, 4–6).

Rättskipning som nyckelbegrepp

Fahy och Parrat (2006) tar upp att rättskipning (jurisdiction) har fyra underrubriker. Integrerande makt, som innebär den positiva kraft som används av kvinnan själv, barnmorskan eller någon annan i förlossningsalen. Integrerande makt stöder kvinnan så hon kan känna att hon har kontroll även om förlossningen inte går som förväntat. Stödet från barnmorskans är en form av integrerande makt som skall skydda kvinnan och hennes förlossningsområde. Ointegrerande makt är däremot en självisk makt. Om kvinnan använder den själviska makten är det för att få en viss upplevelse. Ifall barnmorskan använder sig av dominans är detta en typ av ointegrerande makt som syns i förlossningen genom att kvinnan känner sig tvungen att lyda barnmorskan. Teorin jämför en förlossning i ett heligt rum med en förlossning i ett övervakningsrum. I teorin beskrivs de olika makterna och deras följder för förlossningsupplevelsen (Fahy & Parratt, 2006, 7–8).

Teorin understryker hur viktigt det är att barnmorskan skapar en trygg miljö för kvinnan att föda i. Om kvinnan får föda genom sin egen kraft, skapar det trygghet för både kvinnan och fostret, vilket även visat sig leda till att kvinnan återhämtar sig snabbare. Kvinnan känner positivt inför hela förlossningsupplevelsen och hon anpassar sig bättre till tiden efter förlossningen (Fahy & Parratt, 2006, 15–16). Att pappan och doulan kan fungera tillsammans är viktigt för den födande kvinnans välbefinnande, att hon upplever stöd men ändå kan känna att hon har makt över situationen, därför har jag valt att använda mig av denna teori.

Metod

Den kvalitativa designen har som syfte att studera erfarenheter. En erfarenhet kan varken vara rätt eller fel, då alla människor upplever saker och ting olika. Forskaren använder sig själv som instrument och forskaren samspelar med informanterna. Som datainsamlingsmetod kommer jag att använda mig av intervjuer. Då man använder sig av kvalitativ design är det viktigt att forskaren kan vara flexibel och anpassa sig till förändringar som kan ske under studiens gång (Henricson, 2012, 130–132).

Utifrån syftet och frågeställningarna gjordes en intervjuguide (se bilaga 1) som användes som stöd under intervjuerna med papporna. Studien har genomförts med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Dessa utgick från pappans tankar och synpunkter på hur de upplevde att ha en doula närvarande under förlossningen.

Val av informanter

Informanterna skulle bestå av pappor som hade haft en doula med under förlossningen och att förlossningen ägt rum senaste år. Informanterna hittades genom nätverket Österbottens doulagrupp. Syftet och metoden beskrevs kort i en text som skickades ut till Österbottens doulagrupp (se bilaga 2). Intervjuarens kontaktoppgifter skrevs ut, på detta sätt kunde informanterna själva ta kontakt vid intresse utan att känna sig tvingade eller stressade. Tre intresserade pappor tog kontakt och två av dessa intervjuades.

Då man använder sig av kvalitativ design är det inte antalet informanter som är det viktigaste utan erfarenheten de har. Då man använder sig av kvalitativ design kan analysen av datamaterialet börja redan efter första intervjun, dock är det vanligt att man analyserar allt när alla intervjuer har gjorts (Henricson, 2012, 333–335).

Kvalitativa intervjuer

Med hjälp av intervjuer kan undersökningen få relevant och viktig information gällande studiens undersökningsområde. En intervju är ett samtal mellan två eller fler parter som har en tydlig struktur och ett syfte (Denscombe, 2009, 241; Olsson & Sörensen, 2007, 79–80).

En intervjuguide utformades och användes som stöd under intervjun med papporna. Frågorna följde inte någon exakt ordning utan fanns mest till för underlag till diskussionen. För att kunna utveckla frågor som berör syftet behövs bakgrundsinformation om ämnet (Henricson, 2012, 167–168). Informanterna fick information om intervjuaren, intervjuns uppskattade längd och studiens syfte. Detta skickades per e-post några veckor före själva intervjun skulle äga rum.

Informanterna fick själva välja var intervjun skulle ske, den ena skedde i informantens hem och den andra skedde via Skype, eftersom informanten bodde på annan ort. Det var viktigt att intervjun skedde på informantens villkor och i en trygg miljö för att situationen skulle vara bekväm.

Intervjun utformades i enlighet med Denscombe (2009, 234–235) och Olsson & Sörensen (2007, 79 – 80). Tillräckligt med tid reserverades för intervjun för att undvika stress och innan intervjun inleddes fick informanten bekanta sig med de frågor som skulle ställas samt underteckna informerat samtycke (se bilaga 3). Skribenten frågade också om lov att spela in intervjun för att göra det möjligt att kunna fokusera på intervjun utan att behöva skriva samtidigt. Under intervjun användes intervjuguiden som stöd på ett flexibelt sätt utan att det störde situationen och informanten fick svara på frågorna i egen takt. Tillsammans med informanten diskuterades frågorna som hade utformats utifrån studiens syfte

Intervjuerna genomfördes i lugn miljö, den intervju som skedde i hemmet hade inga störande moment utan informanten och intervjuaren kunde sitta i lugn och ro och diskutera frågorna. Den intervju som skedde via Skype upplevdes inte lika lugn, situationen upplevdes som lite stressande och kunde vara en orsak till de mindre uttömmande svaren.

Intervjuerna tog ca 30–60 minuter, informanterna svarade på alla frågor och gav uttömmande svar men det blev inte mycket diskussion utöver de frågor som fanns i intervjuguiden. Intervjuerna spelades in och transkriberades sedan. Det transkriberade materialet blev sju sidor långt.

Innehållsanalys

Innehållsanalysen är en användbar metod, eftersom den kan användas både till kvantitativa och kvalitativa studier. Intervjuerna namnges på annat sätt än informantens namn, detta för att obehöriga inte skall ta del av informantens namn och intervju (Henricson, 2012, 335).

När alla texter hade lästs igenom noggrant, viktiga stycken markerats, skrevs etiketter, dvs beskrivande ord, vid sidan om viktiga stycken. För att göra det lättöverskådligt skrevs intervjuerna ut och viktiga meningar och stycken markerades och kategoriserades enligt teman. De viktigaste teman utifrån frågeställningarna valdes ut, eftersom materialet blev ganska litet, blev kategorierna få. Meningsenheter får inte bli för korta, då kan det vara svårt att gå vidare i analysprocessen och viktigt innehåll kan gå förlorat. Innehållsanalysen är en beskrivande metod och resultatet kan användas i olika sammanhang (jfr Henricson, 2012, 337–342).

Som nästa steg identifierade skribenten teman och namngav kategorier. Ingen upplevelse är identisk med en annan, men de kan behandla samma ämne och därför passa in under samma kategori. Utifrån etiketterna bildades kategorier, de meningar som behandlade samma tema lades i samma hög och bildade en kategori (jfr Jacobsen, 2012).

Den sista fasen var att resultatet användes utifrån de olika kategorierna som hade skapats. Genom att informanternas antal blev endast två var materialet också ganska litet, vilket var orsaken till ett litet antal kategorier. De informanter som deltog gav uttömmande svar, vilket gjorde det möjligt att utforma ett resultat (jfr Jacobsen, 2012).

Etiska överväganden

Oavsett område måste man ta i beaktande etiska överväganden i studier som involverar andra människor. Personen som deltar behöver vara kapabel till att själv fatta beslutet om att delta samt

veta riskerna och möjligheterna som deltagandet kan föra med sig. Den som undersöks skall känna att han har ett fritt val och skall inte känna press från något håll (Jacobsen, 2012, 32–33).

För att kunna välja om man vill delta i en undersökning krävs det att informanterna får tillräckligt med information om studiens syfte och hur resultatet kommer att användas. Det är inte bara viktigt att de som skall studeras har fått all information utan också att de har förstått informationen rätt. De som undersöks har rätt till privatliv, därför måste man vara försiktig med vad man frågar om det är ett känsligt ämne för den som undersöks (Jacobsen, 2012, 33–34).

Det är viktigt att skribenten har respekt för den undersökta personens självbestämmanderätt, undvikande av skador, personlig integritet och dataskydd. Om personen går med på att delta i en intervju kan detta tolkas som att han har gett sitt samtycke. Informanten har rätt att när som helst välja att inte delta i forskningen, det material som dittills har samlats in kan fortfarande användas i studien (Forskningsetiska delegationen, 2014).

Risken för att utomstående skall kunna identifiera enskilda personer är större då man gör en kvalitativ studie, risken är större ju färre deltagare man har. Den som genomför studien måste garantera att personuppgifter inte sprids. Det kan vara bra för den som gör studien att själv ta på sig en tystnadsplikt och inte alls prata om det som sker under en intervju, för att undvika att information läcks ut (Jacobsen, 2012, 35–36).

Resultat

I detta kapitel redovisas resultatet utifrån innehållsanalysen. Resultatet består av informanternas svar och en del citat från intervjuerna.

Kontinuitet

Initiativet till att ha en doula kom i båda fallen från den gravida kvinnan. Båda informanterna hade kommit i kontakt med doulaverksamheten genom bekanta som var doulor. De träffade sin doula några gånger före förlossningen, vilket skapade en kontinuitet och trygghet mellan dem, de träffades också efter förlossningen. Det kom fram att de hade en reservdoula ifall den doula de hade valt skulle få förhinder av någon orsak. Eftersom barnmorskorna på förlossningen är tvungna att ta hand om flera föderskor samtidigt, finns det inte möjlighet till samma kontinuitet som en doula har möjlighet att ge den födande kvinnan och hennes partner.

"Det var min fru som såg det någonstans så det var hennes idé. "

"Vi pratade redan från början att vi skulle ha en doula. "

Båda papporna var positivt inställda till att ha en doula, men det var deras partner som tagit initiativet till att ha en. En av informanterna hade en hemförlossning och kände därför att de ville ha en extra person närvarande som hade erfarenhet av förlossningar.

Pappans förväntningar

Det framkom att papporna hade en positiv inställning till doulan, de hade heller inga speciella förväntningar på henne. Båda informanterna önskade ett stöd av en trygg och lugn person som hade erfarenheter av graviditet och förlossning sen innan.

Doulan skulle inte ta över situationen utan endast finnas där som ett extra stöd för föräldrarna. Informanterna önskade att doulan skulle behålla lugnet, även i eventuella oväntade situationer. Informanterna poängterade flera gånger att det kändes positivt att ha en till kvinna närvarande under förlossningen. Det kan upplevas lättare för en kvinna att relatera till förloppet, smärtan och det som händer i kvinnokroppen under förlossningen, allt detta kan upplevas skrämmande för papporna. Det framkom, att papporna upplevde det bra att en kvinna till närvarande, som stöd endast för dem, under hela förlossningen.

"Hon skulle bara vara stödperson och inte ta initiativ och säga nu gör vi så och så."

Papporna visste inte riktigt hur de skulle förbereda sig för förlossningen och förväntade sig att doulan skulle ha bättre verktyg för att kunna stöda kvinnan under förlossningen och rycka in när det behövdes. Båda informanterna kunde tänka sig att ha en doula igen, vilket ger uppfattningen om att de var nöjda med doulaupplevelsen. Papporna hade också funderat en del kring doulans personlighet och hur personkemin skulle fungera mellan dem. De hade även en annan doula ifall personkemin inte skulle ha fungerat med den doula de hade valt från början.

"Jag förväntade mig att hon skulle kunna hjälpa min fru bättre än mig."

"Jag var intresserad av att se hur det skulle vara och jag var riktigt nöjd"

Samarbetet med doulan

Doulan kunde sköta praktiska saker och på så sätt fick pappan fokusera mera på att stöda och finnas till för mamman mera på det känslomässiga planet. Det var viktigt att doulan och pappan kunde dela på stödet till den födande kvinnan. Relationen till doulan kändes naturlig och inte tillgjord, det gjorde det lätt för både mamman och pappan att slappna av och fokusera på förlossningen. Doulan i båda fallen var lugn och erfaren vilket uppskattades av papporna. Det var viktigt att personkemin fungerade och att samarbetet kändes naturligt, ingen blev stött eller kände sig utanför.

"Vi diskuterade mycket tillsammans med doulan, jag och frun, så ingen lämnande liksom utanför"

"Jag kunde samtala med min fru och vara nära på det sättet medan doulan skötte om andra saker"

Det framkom, att det var viktigt med diskussioner och en god kommunikation tillsammans med doulan och att de hade skapat en bra relation också före förlossningen. Informanterna berättade att de båda hade träffat doulan flera gånger innan förlossningen och relationen varade även efteråt utanför doulaskapet. Genom att doulan kände till önskningsar som föräldrarna hade, kunde hon stöda dem i att framföra dessa till barnmorskorna på förlossningen. Papporna kände sig också trygga med att kunna fråga olika saker av doulan, då de kunde känna att de kanske var till besvär om de frågade barnmorskorna. Båda papporna rekommenderade varmt andra att ha en doula med under förlossningen. Doulans medverkan i förlossningen upplevdes enbart positivt av båda informanterna.

"Joo nog skulle jag rekommendera andra att ha en doula, som förstagångspappa har man ju ingen erfarenhet av förlossningar, man vet ju inte riktigt vad som händer, så på det sättet är det väldigt lugnande att ha en person som vet vad som händer"

"Jag skulle absolut rekommendera andra att ha en doula, jag brukar tipsa arbetskamrater som skall få barn. "

Delaktighet

Papporna var nöjda med den hjälp de fick från doulan i förlossningen. De kände sig sedda och delaktiga i förlossningen, de kände sig även bekväma med att fråga om råd av doulan när det behövdes. Informanterna kunde vända sig till doulan vid problem, vilket gav en känsla av trygghet. Doulan upplevdes som ett stort stöd.

"Jag skulle säga att hon inte bara var en stödperson för min flickvän, utan också en stödperson för mig"

Födelsen av ett barn är för de flesta föräldrar en upplevelse fylld av glädje, men det kan också vara en stressig upplevelse, som ger upphov till en del ångest också för pappan. Doulan var en god förmedlare i båda fallen och bjöd in pappan till att få vara en del av förlossningen. Informanterna

upplevde att de tillsammans med doulan kunde komma närmare mamman under förlossningen, trots att de kände sig lite osäkra.

“Män är lite maktlösa under en förlossning, man kan inte hjälpa på det sätt man vill och då är det bra att ha en doula”.

Kritisk granskning

Studiens syfte var att försöka beskriva pappans upplevelse av att ha en doula med under förlossningen. Det har gjorts få studier som beskriver hur pappan upplever att ha med en doula under förlossningen, vilket har gjort det svårt att skapa sig en förståelse. Det finns flera studier gjorda om kvinnans upplevelse av doulastöd.

I bakgrunden togs de väsentligaste aspekterna på vad doulans stöd under förlossningen betyder för pappan upp. Läsaren får en bättre uppfattning om vad doulans uppgifter under förlossningen innebär samt vilket stöd hon ger till mamman och pappan. Även pappans upplevelser av doulastödet lyfts fram i teoridelen för att få en bättre överblick innan de kvalitativa semistrukturerade intervjuerna utfördes. Det finns en hel del tidigare studier som gjorts om doulans stöd kring förlossningen men mycket är sett från kvinnans synvinkel. Det är även viktigt att få en bättre förståelse för pappans känslor kring förlossningen och behov av stöd.

Studien baserar sig på intervjuer med pappor som haft en doula med under förlossningen. Ingen pilotintervju gjordes före, vilket skulle ha kunnat vara till skribentens fördel. Skribenten är också medveten om sin begränsade erfarenhet av att intervjua. Genom att lära sig om utförandet av intervjustudier från litteratur försökte skribenten på ett professionellt sätt utföra intervjuerna i en lugn och trygg miljö. Intervjuerna bandades in med telefon, på detta sätt undveks att man gick miste om viktig information. Intervjuerna transkriberades, långa pauser och skratt togs i beaktande för att göra det så verklighetstroget som möjligt.

E-post och telefonkontakt användes, vilket kan ses som en styrka, på det sättet minskade man risken för missförstånd. Papporna fick i lugn och ro bestämma sig om de ville delta och sedan ta kontakt med skribenten.

Valet att använda semi-strukturerad intervju som metod gjordes för att kunna göra en analys av en människas upplevelse. Enkäter kunde även ha varit ett bra alternativ då papporna kunde ha svarat på frågorna var som helst och inte känt nervositet över intervjusituationen. Utmaningen med enkäter är att få frågorna formulerade så att svaren blir tillräckligt uttömmande. Genom att intervjua papporna kunde skribenten bygga upp en relation och genom sin närvaro visa förståelse samt öppna upp till vidare frågeställningar och diskussioner. Skribenten upplevde intervjudelen som en positiv del i studien.

Det slutliga antalet informanter blev endast två, vilket kan uppfattas som litet. De två papporna som deltog i intervjuerna gav uttömmande svar, vilket gjorde det möjligt att få ett bra resultat. Det enda kravet på informanterna var att de skulle vara svenskspråkiga och att de skulle ha relativt färsk upplevelse av att ha en doula med vid förlossningen. Risken med för lite informanter är att resultatet inte blir tillräckligt omfattande.

Varför antalet informanter blev litet beror delvis på den begränsade tillgången till pappor som haft en doula närvarande vid förlossningen. Eventuellt kunde informanter i framtida studier hittas via kontakt med rådgivningen. Om informanterna hade sökts på flera ställen i Finland kunde deltagarna varit flera, men skribenten valde att hitta informanter genom Österbottens doulagrupp.

Diskussion

Valet av teoretisk utgångspunkt kändes som ett lämpligt val utifrån studiens syfte. The birth territory beskriver vikten av förlossningsmiljön och de personer som finns i den. Det är viktigt att

kvinnan använder sig av sin egen makt och känner att hon har kontroll både före, under och efter förlossningen. Teorin har funnits som ett stöd under hela studiens gång och öppnade upp en djupare förståelse för den praktiska delen, intervjuerna. Teorin lyfter fram vikten av att barnmorskan skapar en trygg miljö för mamman att föda i. Om kvinnan får föda genom sin egen kraft, skapar det trygghet för både kvinnan och fostret. Kvinnan känner positivt inför hela förlossningsupplevelsen och hon anpassar sig bättre till tiden efter förlossningen (Fahy & Parratt, 2006, 15–16).

I studien har teorins uttryck för barnmorska ersatts med doula. Att pappan och doulan kan fungera tillsammans är viktigt för den födande kvinnans välbefinnande, att hon upplever ett stöd men ändå kan känna att hon har makt över situationen.

Studien hör till projektet Doulor som stöd vid barnafödande beställt av HVD Anita Wikberg, Yrkehögskolan Novia i Vasa och professor Terese Bondas, Universitetet Nord i Bodö, Norge. Studiens syfte var att beskriva pappans upplevelse av att ha en doula med under förlossningen. Skribenten förväntade sig att få ungefär liknande svar i intervjuerna som framkom i tidigare studier om pappans upplevelser av doulastöd under förlossningen. Det framkom också en hel del ny information som var intressant i resultatet.

I intervjun framkom att informanterna hade varit orolig över att doulan skulle ta över situationen och styra för mycket under förlossningen. Även Fulcher (2004, 1490) lyfter fram att mamman och pappan innan förlossningen kan känna oro över att doulan tar över situationen och inte tillåter pappan att finnas till som stöd. Därför är det viktigt att doulan inte bara respekterar mamman utan också bjuder in pappan. Doulan ska uttrycka att hon finns där som stöd för dem båda. Informanterna menade att deras doulor direkt hade tagit en aktiv roll då det behövdes. Doulan passade bra in i gemenskapen mellan mamman och pappan under förlossningen, vilket upplevdes som viktigt för informanterna. I bakgrunden framkom också att doulan ska skapa en positiv upplevelse för alla och därför krävs det att hon är en god människokännare och kan läsa av situationer (Fulcher, 2004, 1490).

Informanterna upplevde också att det kändes bra att doulan tog sig tid för dem under själva förlossningen. Det händer lätt att pappan förbises och att ingen riktigt tar sig tid för hans upplevelser och känslor. Fulcher (2004, 1490) tar även upp att doulan endast fungerar som stöd åt en familj i gången och kan därför ge all sin tid åt dem. Till doulans uppgift hör också att finns till för mamman och pappan innan och efter förlossningen. I intervjuerna framkom det att doulorna hade umgåtts med familjerna flera gånger innan förlossningen. Genom dessa träffar fick doulan en bättre insikt i deras liv och lärde känna dem.

Scott et al., (1999, 1259–1260) menar att mammor som haft en doula med under förlossningen anknyter bättre till babyn och får en bättre relation till sin partner. I intervjun framkom också att även papporna upplevde kontakten till kvinnan bättre, eftersom de fick ge all sin tid till mamman och verkligen vara närvarande under förlossningen. Om inte doulan hade funnits bredvid som stöd hade pappan kanske inte kunnat finnas bredvid mammans sida på det sättet.

Informanterna berättade att de med hjälp av doulans stöd kände sig sedda och att de fick vara en del av förlossningen. Om doulan berörde mamman med lätta rörelser så läste pappan av beröringen och gjorde samma rörelser. Doulan föregick som ett gott exempel.

Slutligen har skribenten kommit fram till att doulans närvaro under förlossningen upplevs stödande för papporna. Doulans bakgrund och erfarenhet av förlossning är en viktig del för pappan och skänker honom ett större lugn. Fortsatta studier kunde vara att undersöka hur samkönade par upplever stödet av doulan under förlossningen. Skribenten lyfter också fram hur viktigt det skulle vara att studera vidare i hur pappan upplever själva förlossningen, med eller utan doulans stöd, vilket kunde vara till stor nytta för barnmorskor och doulor.

Källförteckning

- Ainola, P. 2013. "Säästyty siten lapsia ja äitejä." Synnytyksien siirtyminen kotoa sairaaloihin. Synnytyksen laitostumisesta käyty keskustelu synnytyksen ammattilaisten lehdissä 1935–1959. Pro gradu. Helsinki:
- Valtiotieteellinen tiedekunta, Poliitiikan ja talouden tutkimuksen laitos. Helsingin Yliopisto.
[online]<http://hdl.handle.net/10138/135430> [hämtat 22.4.2016]
- Berg, M., Lundgren, I., Hallgren, A., Olsson, P., Nilsson, C., Johansson, M., Hall, E., Premberg, Å., Palmér, L. & Wigert, H. 2010. Att stödja och stärka – vårdande vid barnafödande. Lund: Studentlitteratur.
- Berg, M. & Terstad, A. 2006. Swedish women's experiences of doula support during childbirth. *Midwifery*, 22(4), s. 330–338.
- Bondas-Salonen, T. 1998. How Women Experience the Presence of Their Partners at the Births of Their Babies. *Qualitative Health Research*, 8(6), s. 784–800.
- Chan, K.L. & Paterson-Brown, S. 2002. How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 22(1), s. 11–15.
- Denscombe, M. 2009. *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Fahy, K. & Parratt, J. 2006. Birth territory: a theory for midwifery practice. *Women and Birth*, 19(2), 45-50.
- Folkhälsan. 2016a. För hälsa och livskvalitet. [online] <http://folkhalsan.fi/startside/Om-oss/> [hämtat 22.4.2016]
- Folkhälsan. 2016b. Doula- Stödperson vid förlossningen. [online]<http://folkhalsan.fi/startside/Var-verksamhet/Barn--familj/Doula-stodperson-vid-forlossningen/> [hämtat 22.4.2016]
- Folkhälsan. 2016c. Hur kan jag få en doula. [online] <http://folkhalsan.fi/startside/Var-verksamhet/Barn-familj/Doula-stodperson-vid-forlossningen/Hur-fa-en-doula/> [hämtat 22.4.2016]
- Forskningsetiska delegationen. 2014. Etiska principer. [online] <http://www.tenk.fi/sv/etikpr%C3%B6vning-inom-humanvetenskaperna/etiska-principer> [hämtat 13.4.2016]
- Fulcher, A. 2004. Benefits of a doula present at the birth of a child. *Pediatrics*, 114(5), s. 1488–1491.
- Henricson, M. 2012. Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur.
- Höjeberg, P. 1981. *Jordemor: barnmorskor och barnafödskor i Sverige*. Södertälje: Gidlunds.
- Jacobsen, D.I. 2012. Förståelse, beskrivning och förklaring – introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete. Lund: Studentlitteratur.
- Kainz, G., Eliasson, M. & von Post, I. 2010. The Child's Father, an Important Person for the Mother's Well-Being during the Childbirth: A Hermeneutic Study. *Health Care for Women International*, 31(7), s.621–635.
- Koumoutzes-Douvia, J. & Carr, C. 2006. Women's perceptions of their doula support. *Journal of Perinatal Education*, 15(4), s. 34–40.
- Linn, J.G., Wilson, D.R., & Fako, T.T. 2015. Historical Role of the Father: Implications for Childbirth Education. *International Journal of Childbirth Education*, 30(1), s. 12–18.
- Lynch, E. 2010. Mothering the mother. *Nursing Standard*, 24(23), s. 22–23.
- Olsson, H. & Sörensen, S. 2007. *Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Scott, K. D., Klaus, P.H., & Klaus, M.H. 1999. The Obstetrical and Postpartum Benefits of Continuous Support during Childbirth. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*. 8(10), s. 1257–1264.

Sponsler, C., Wheatherspoon, C., Wheatherspoon, D., & Campbell D. 2015. Fear of Fatherhood. *International Journal of Childbirth Education*, 30(1), s. 33–37.

Bilaga 1. Intervjuguide

INTERVJUFRÅGOR

1. Ålder
2. Yrke
3. Hur upplevde du att närvara vid förlossningen? Beskriv förlossningen.
4. Hur fick ni idén att ha en doula och hur kom ni i kontakt med doula verksamheten?
5. Vad hade du för förväntningar på doulan? - Blev det som du hade förväntat dig?
6. Hur många gånger träffade ni doulan före och efter förlossningen?
7. Hur upplevde du samarbetet med doulan, kan du beskriva hur samarbetet såg ut?
8. Vad var positivt med att ha en doula och vad var negativt?
9. Skulle du och din partner kunna tänka er att ha en doula igen?
10. Skulle du rekommendera någon att ha en doula med under förlossningen? Varför?
11. Är det något du vill tillägga?

Bilaga 2. Information till informanterna

Hej nyblivna pappor!

Jag heter Anna Toivonen och studerar till barnmorska på Yrkeshögskolan Novia. Jag håller på att skriva mitt examensarbete. Syftet med studien är att beskriva hur pappan upplever att ha en doula med under förlossningen. För att kunna utföra studien söker jag pappor som haft en doula med under graviditet eller förlossning att intervjua. Examensarbetet slutförs hösten 2016.

Jag vänder mig nu till dig för att fråga om du vill delta i min studie. Ditt deltagande är nyttig information för barnmorskor, doulor och privat personer. Det är frivilligt att delta och ditt namn kommer inte fram i slutprodukten, citat kommer eventuellt att användas. Du kan när som helst välja att avbryta utan någon närmare förklaring. Intervjun beräknas ta ca 30–60 minuter och den kommer att bandas in. Du får själv bestämma var intervjun skall ske. Allt material från intervjuerna kommer att förstöras när studien är slutförd. Kontakta mig gärna om du vill delta eller har frågor gällande studien

Anna Toivonen

Anita Wikberg

Barnmorskestuderande

Lektor

Anna.toivonen@novia.fi

anita.wikberg@novia.fi

Tel: 0400-345155

Tel: (06) 328 5326

Bilaga 3. Informerat samtycke

Informerat samtycke

Jag har fått information om studien som har syftet att undersöka pappans upplevelse av doulastöd under förlossningen, och jag deltar frivilligt. Citat får användas i slutprodukten.

Datum och plats:

Underskrift:

Women's experiences of doula support during childbirth. A systematic literature review of qualitative evidence. Lili Yu

Abstract

The purpose of this literature review is to describe women's experiences of doula support during childbirth. The aim is to understand how doula support satisfies woman needs during childbirth. The question of this study is how women describe their experiences of doula support under labor. Maslow's theory of motivation is used in this study to analyze the findings to understand how doula support satisfied women needs during childbirth.

The literature review is based on 5 scientific research articles. The data was systematically collected by using MEDLINE, DiVA, CINAHL (with full text) and Ovid.

Doula support is experienced as a practical help and having a sister by side. Moreover, doula support gives woman during childbirth a feeling of safeness and being respected and confident. Maslow's theory of motivation was used in this thesis to analyze the findings and thereby achieve the aim of this thesis.

Introduction

Doula support has been shown to decrease the length of labor (Phillips & Kelly, 2015). In nulliparous women, a prolonged second stage of labor is considered when the second stage progressed more than 3 hours with regional anesthesia or 2 hours without regional anesthesia. Prolonged second stage is associated with lower Apgar score, higher likelihood of having caesarean section or instrumental vaginal delivery. (Cheng, Hopkins & Caughey, 2004). The US anesthetist Virginia Apgar developed Apgar score to assess newborn's health. Doctors, midwives, or nurses evaluate newborn's heart rate, respiratory effort, muscle tone, reflex irritability, and color separately on a scale from 0-2 and then sum up the five values. The result of Apgar Score is between 0-10. (Cnattingius, Norman, Granath, Petersson, Stephansson & Frisell, 2017). Continuous doula support increases the rate of spontaneous vaginal birth and decreases the use of regional analgesics and the possibility of having caesarean section or instrumental vaginal delivery (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2012; Devereaux & Sullivan, 2013).

As a midwife student I am interested in understanding how doulas support women during childbirth and women's experiences of doula support. To gain understanding I have studied the doula support from the perspective of women who were supported by doulas during childbirth. The purpose of this study is to describe women's experiences of doula support during childbirth. The aim of this study is to understand how doula support satisfies women needs during labor by exploring and studying the women's experiences of doula support during labor. In this study, systematic qualitative literature review is used as an approach to find the result of study question and serve the purpose. Maslow's theory of motivation is used in this study to help the respondent to analyze the findings of this study, and achieve the aim of this study.

Background

The purpose of this study is to describe women's experiences of doula support during labor. The key words chosen for this study are Doula, Labor, and Labor support. In this section, the respondent will introduce key concepts of this thesis.

Doula

In reflecting on the origin and meaning of the term "doula", Mander (2008, p.114) stated that the term "doula" was defined as a supportive companion. The supportive companion can be a family member or friend and the continuous presence of supportive companion is beneficial to success of breast feeding. Moreover, the term "doula" was also defined as an experienced woman who guides and assists a new mother in her infant-care tasks. According to Mander, the word "Doula" may originate from ancient Greek and meaning of the word appears to relate to the slaves who were widely used among the more affluent members of ancient Greek society. The interpretation is endorsed by English-Greek dictionary (Stavropoulos & Hornby, 1977), in which the term "Doula" is defined as a slave.

Doula is defined nowadays as any nonmedical person who provides continuous physical, emotional, and informational support to childbearing woman and her partner before, during and shortly after childbirth to help her achieve the most satisfying experience of labor (Simkin & Way, 2012).

Papagni and Buckner (2006, p. 12-13) stated that, the role of doula is to recognize childbirth as a substantial life experience that the woman will remember all of her life, to understand the physiology of birth and the emotional needs of a woman in labor, to help the woman and her partner in preparing for and carrying out their plan for the birth, to present continuously during childbirth of the woman, to provide physical, emotional and informational support to achieve a good experience of childbirth, to act as a mediator between the laboring woman.

Already from the year 1981, single mothers who lived in Helsinki Mother and Child Home had chance to have a support person during childbirth. The support person was personal in Helsinki Mother and Child Home. The feedbacks of support were positive both from the labor women and supporters. In 1992, Doula-project was established in Helsinki Mother and Child Home to help other women who did not live in Helsinki Mother and Child Home, but needed doula support. (Doulatoiminta Helsingin ensikodissa, 2013). Helsinki Mother and Child Home provides help to families who are expecting to have a baby or have a baby and who are in crisis or need extensive support in parenthood to manage their daily life. The main goal for Helsinki Mother and Child Home is to support the parent so that the baby gets the care he/she needs. (Helsingin Ensikoti RY, w.y.)

In Finland, most of doula support activities are volunteer activities which are organized by The Federation of Mother and Child Homes and Shelters and Folkhälsan. Doula support is also provided by private organizations in Finland. The Federation of Mother and Child Homes and Shelters is a nationwide child welfare organization that helps children and families in difficult and insecure situations and prevents domestic violence (Ensi- ja Turvakotien Liitto, w.y.). Folkhälsan is a public social and health care organization in Finland, which was founded in 1921 (Folkhälsan, w.y.). Doula support in Finland is a new phenomenon and doula support which is provided by associations of The Federation of Mother and Child Homes and Shelters is available in Helsinki, Rovaniemi, Tampere, Kotka, Kuopio, Oulu, Lahti, Vaasa, Lappeenranta, Imatra, Hämeenlinna, Kauhajoki, Turku, Outokumpu, Iisalmi and Jyväskylä. Doula support which is provided by Folkhälsan is available in Uusimaa, Ostrobothnia, Åboland, and Åland. The charge for doula support provided by The Federation of Mother and Child Homes and Shelters and Folkhälsan is under 50 euros. The charge for doula support provided by private organizations in Finland varies from private organizations and services provided by the organizations. (Kemppinen, Kirppu & Semeri, 2016)

Normal labor

Before introducing normal labor, the respondent will introduce briefly pregnancy and changes that may happen during pregnancy to give the reader a basic knowledge about changes during pregnancy, so that understand better the needs of women during childbirth.

Hormonal changes during pregnancy cause physical and psychological changes. Pregnancy is divided into three trimesters. Weeks 0 to 13 of the pregnancy are called the first trimester. During the first trimester of pregnancy, the amount of blood plasma increases, the breasts become bigger and the mucous membrane of vaginal becomes thicker. Moreover, in the end of the first trimester, the frequency of urination increases. The pregnant woman in this period can be moody. Common emotions may be happy, anxiety or upset about an unplanned pregnancy. (Pietiläinen & Väyrynen, 2015, p. 161-166)

The Weeks 14 to 28 of the pregnancy are called the second trimester. In the second trimester of pregnancy, the size of breasts increases continuously. The pregnant woman in the second trimester of pregnancy may have nosebleed and bleeding gums due to the increased blood flow to the mucous membranes in the nose and mouth. Constipation may emerge in this period. Because of the growing of uterus, heartburn may emerge, which can be alleviated by taking antacid. Skin stretches to fit the growing body, thus stretch marks may appear on the belly and breasts. In this period, as the pregnant woman gets more familiar with her changing body, she accepts her body easier. The pregnant woman also expects her partner to accept her fast-changing body. (Pietiläinen & Väyrynen, 2015, p. 161-166)

Weeks 29 to 40 are called the third trimester. In the last trimester of pregnancy, the size of breasts continues growing and the nipples may leak a yellowish liquid, which is called colostrum. The pregnant woman may have heartburn, aching back, pelvis, hips and difficult to find a comfortable position to sleep. In the third trimester of pregnancy, the pregnant woman thinks about the

childbirth more often and usually she has concrete questions about labor. (Pietiläinen & Väyrynen, 2015, p. 161-166)

Normal labor begins with regular painful uterine contractions which is associated with the effacement and progressive dilatation of the cervix and descent of the presenting part. The results of this process are the birth of a healthy baby and expulsion of placenta and membranes. The normal labor is normally divided into three stages. The first stage of normal labor is often divided into two phases: the latent phase of labor and active phase of labor. The latent phase of labor is a period, in which the cavity of cervix shortens from 3 cm to less than 0,5 cm long and the cervix dilates to 4 cm. The latent phase of labor is not necessarily continuous. In active phase of labor, regular painful contractions help cervix to dilate from 4 cm to full dilatation and the cavity of cervix effaced fully. (Mukhopadhyay S. & Fraser D., 2009, p. 13-25)

The second stage of labor starts from full dilatation of the cervix and ends with delivery of the infant. According to American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) the appropriate duration of the second stage of labor is less than 2 hours for nulliparous women and less than 1 h for multiparous women without regional anesthesia. The second stage of labor is composed of two phases, passive phase, and expulsive phase. Passive phase starts from full dilatation of the cervix and ends when bearing down efforts begin. Expulsive phase starts when the woman feels the sensation of bearing down due to pressure of the presenting part on the rectum and active maternal pushing occurs. (Butt & Murphy, 2009, p.84).

The third stage of labor is defined as the period from the birth of the baby until complete expulsion of the placenta and membranes. The third stage of labor includes also two phases. The first phase is the placental separation and the second phase is placental expulsion. Placental separation and placental expulsion are caused by contractions, which begin again after a brief pause at birth. (Jacob, 2012, p.184).

Labor pain is an essential part of childbirth. Childbirth is considered as a natural event and labor pain can be considered as method to achieve the childbirth. The intensity of labor pain is affected by the woman's physical condition, the fetal size in relation to the pelvis, the progress of labor. Furthermore, the woman's understanding of labor, motivation and mood affect the experience of labor pain. Additionally, the woman's age and previous experience of childbirth also have influence on the woman's experience of labor pain. The intensity of labor pain is lowest in the beginning of first stage of labor, while the uterine contractions are weak. Intensity of labor pain increases along with the progressing of labor. (Raussi-Lehto, 2015, p.256-257)

Labor support

The nursing literature has separated labor support into four categories: physical support, emotional support, informational support and advocacy. The categories can be applied to doula support. (Adams & Bianchi, 2004). In the systematic review done by Bianchi and Adam (2008) labor support was categorized as emotional support, comfort measures, informational support, advocacy and supporting to the partner and it was also categorized as tangible support, advocacy, emotional support-reassurance, emotional support-creating control, security and comfort, emotional support nursing care behaviors, and informational support. Even though, there were many different ways to categorize labor support, five categories on which several research teams agreed were: physical support, emotional support, informational support, advocacy, and partner support.

Physical support is described by Adams and Bianchi (2008) as environmental control, positioning, touch, and application of cold and heat. A comforting atmosphere can be created by adjusting room temperature and lighting and by decreasing distracting noises. A comforting atmosphere can be created also by playing music, which was found to be effective in reducing labor pain and anxiety with no adverse effects (Karkal, Kharde & Dhumale, 2017).

Proper position, such as Sims', sitting and squatting position in labor and birth can reduce pain, the use of analgesia, and perineal trauma. Proper position enables more effective uterine contractions and encourages the progression of labor. Sims' position decreases pressure on the sacrum. It is often restful for the woman. In Sims' position, the woman lies on the side, where the fetal spine is. Her lower extremity on the side is straightened and the other lower extremity is flexed at the hip, and the leg is flexed at the knee. Sitting positions in rocking chair, birth ball or toilet assist the natural force of gravity to encourage fetal descent and improve the quality and effectiveness of labor contractions. Squatting position increases the diameter of the pelvis and facilitates fetal descent and rotation. (Adams & Bianchi, 2008)

Touch conveys an attitude of caring and encourages. There are different forms of touch, such as massage, double hip squeeze and knee press. Massage relaxes muscles and increases blood flow. It also promotes comfort and decreases pain during labor by stimulating the release of endorphins. Double hip squeeze and knee press (pushing the femurs toward the hips) can release back pain during labor by releasing pressure on the sacroiliac joints. The use of cold compresses may decrease pain by numbing an area and slowing transmission of pain and other impulses over sensory neurons. The use of heat pack may increase relaxation and blood circulation in the area where heat pack puts. (Adams & Bianchi, 2008)

Emotional support contributes to the feeling of being loved and cared about and decreases the feeling of fear, dread, and anxiety. Emotional support was described as encouragement, reassurance, and continuous presence. Maternal satisfaction with the birth process is closely related to the attitudes and behaviors of caregivers. A good caregiver is described as a person who is open, honest, calm, warm, respectful, competent, and nonjudgmental with the client. A good caregiver is also described as a person who listens to woman's needs and concerns. Emotional support contains also refocusing and distraction. Refocusing means that reframe the laboring woman's negative mindset to positive. Distraction includes providing laboring women with specific activities so that the conscious thoughts are diverted and anxieties are reduced. (Adams & Bianchi, 2008)

Informational and instructional support provide the childbearing woman with a chance to make decisions together with her maternal care team. Information about breathing patterns and instruction for relaxation are most effective when learned and practiced before labor begins. As labor progresses, the woman should be informed about the plan of care and fetal status. The woman should also be informed about the cervical changes during the first stage of labor. During the second stage of labor, open glottis pushing can be introduced to the women. Open glottis pushing means that the woman pushes by not holding her breath when she feels the urge to bear down or when she feels that she has a bowel movement. (Adams & Bianchi, 2008)

Advocacy labor support contain conveying respect, acknowledgement of the woman's expectations and resolution of conflict. Advocacy labor support contain also being voice of the woman during childbirth to protect her privacy and her right, when she is unable to express by herself. (Adams & Bianchi, 2008)

Partner support contain partner physical support, partner emotional support, partner informational support and partner advocacy. The partner can be exhausted after long-term physical labor support for the woman. To maintain the partner's energy, the partner should be encouraged to take nutrition and be offered respite time. The partner should also be provided with emotional support when it needs. Emotional support contains partner encouragement, praise, and reassurance. The partner can be provided with information of the woman's labor progress, which can ease the partner's anxiety. In advocacy behaviors of partner support, the partner's expectations related to labor and birth is tried to be fulfilled when those expectations are not conflict with the woman's wishes. (Adams and Biachi, 2008)

Maslow's hierarchy of needs

Since the aim of this study is to explore how doula support satisfies woman needs during labor, Maslow's theory of motivation (Maslow's Hierarchy of needs) will be used in this study as a guideline to analyze the women's experiences of doula support during labor. Maslow's theory of motivation is based on the healthiest 1% of the college student population (Mittelman, 1991, p.114-115).

Human needs are categorized by Maslow (1943, p.370-396) into physiological needs, needs of safety, needs of love, and belonging, needs of esteem, and needs of self-actualization. For example, needs of breathing, needs of suitable temperature, needs of bodily comfort, needs of intaking of food and needs of intaking of fluids are physiological needs. Physiological needs are the physical requirements for human survival. When physiological needs are relatively fulfilled, a person seeks to fulfill a new set of needs, which were categorized as safety needs. Safety needs contains physical safety needs, financial safety needs and safety needs against accidents and their adverse impacts. Physical safety needs are the needs of safe environment, which is not presenting any risks to his or her physical being. Safe environment was mentioned as a society without wild animals, criminals, assault, and murder. Financial safety needs are needs for a job with tenure and protection and the desire for a saving account. A broader aspect of the attempt to seek safety was described by Maslow (1943) as preference for familiar rather than unfamiliar things, or for the known rather than unknown. Desires to know and understand were mentioned by Maslow (1943) as needs to decrease the unknown to achieve the safety needs. Moreover, acquiring knowledge was considered as a method to gratify the needs of self-actualization, which will be introduced in the next paragraph.

Needs of belonging and love emerge, when the physiological needs and safety needs are relatively well satisfied. According to Maslow, human needs to feel a sense of belonging and acceptance among their social groups and they need to love and be loved by others. Needs of esteem was described in Maslow's theory as desire for self-respect and respect from others. Needs of esteem were also mentioned as desire for strength, achievement, for confidence in the face of the world, and for independence. Fair gratification of needs of self-esteem leads to feelings of self-confidence, worth, strength, and adequacy of being useful and necessary in the world. Needs of self-actualization are needs to become the person that he/she wants to become and do things that he/she is good at and has potential to.

Purpose and aim of the study

The purpose of this study is to describe women's experiences of doula support during childbirth. The aim of this literature review is to gain understanding for how doula support satisfies womans' needs during labor, by exploring and studying women's experiences of doula support as it is described in recent research.

Problem definition: How do women during childbirth describe the experiences of doula support during labor?

Method

This section involves introduction of study method of this thesis. An overview of the collection of data and inclusion and exclusion criteria will be introduced in this section. The data analysis as well as ethical considerations will also be described in this section.

Systematic qualitative literature review

"A literature review is the comprehensive understanding and interpretation of literature that relates to a particular topic" (Aveyard, 2007, p.6). A literature review is also a summary of other studies on a given topic. A comprehensive review provides reader with objective and logical summary of the

current knowledge on a particular topic. Literature review points out similarities and inconsistencies in existing studies on a given topic. It is not a series of repeat of some other people's work. (Coughlan, Cronin, Ryan, 2013, p.2).

Systematic literature review is a study based on real experience or scientific experiments rather than on theory. Systematic literature review can be qualitative literature review and quantitative literature review. In qualitative research, the researcher describes phenomena and explores the meaning of phenomena. The purpose of the researcher is to understand the entirety of an experience. (Aveyard, 2010, p.47-59) According to Cohen, Manion and Morrison (2004) "*a quantitative research is a systematic and scientific investigation of data and their relationship*".

The purpose of this study is to find women's experiences of doula support during childbirth. The data collected for the study are not numerical but descriptive and interpretative. Moreover, to increasing understanding of women's experiences of doula support during childbirth, Maslow's theory of motivation is used to analysis the women's experiences. Thus, systematic qualitative literature review is used in this thesis as a method to serve the purpose and achieve the aim.

Database search

The databases which have been used in literature searchers are DiVA, CINAHL (with full text), Ovid and MEDLINE through Novia University of Applied Sciences Tritonia library FINNA search engine. The keywords used are Doula support & Labor & Women's Experiences, Doula support & Labor or Doula support.

The literature search conducted through DiVA was started on June 18th, 2017, by using the keywords Doula support, Labor & Women's Experiences, 0 hit was found. The literature was conducted again in the same day by using keyword Doula support, 5 hits were found, of which 1 article was used in the literature review.

The literature search conducted through CINAHL (with full text) was started on June 27th, 2017, by using the keywords Doula Support, Women's experiences, and Labor. 1 hit was found, and it was used in the literature review.

Ovid was used for finding more relevant literature on June 27th, 2017 by using keywords Doula Support, Women's experiences, and Labor. 193 hits were found; however, no article was used in the literature review.

The literature search conducted through MEDLINE (EBSCO) on August 2th, 2017 by using the keywords Doula Support, Women's experiences, and Labor. 171 hits were found, and 5 were used in the literature review.

Two articles which were found in literature research conducted by using DiVA and CINAHL (with full text) were also found in literature search conducted through MEDLINE (EBSCO), thus the total number of sources the respondent has procured through the databases is 5. (Appendix I)

Inclusion criteria and exclusion criteria

Five inclusion criteria are used in selection of review articles in this study. Firstly, the purpose of the article should be relevant to the topic of this study. Secondly, the article belongs to the result of database research. Thirdly, full-text of the article is available through database research. Fourthly, the language of the article is in English. Fifthly, the research approach of the article should be qualitative.

Meanwhile five exclusion criteria are used in selection of review articles in study. Firstly, the purpose of the article is irrelevant to the purpose of this study. Secondly, the article does not belong to the result of database research. Thirdly, full text of article is not accessible through database research. Fourthly, the language of the article is not in English. Fifthly, the research approach of the article is quantitative or literature review.

Ethical considerations

Research misconduct is divided into fabrication, falsification, plagiarism, and misappropriation. Fabrication means that invented results are presented in a research report. Falsification means that the distorted results are presented due to deliberately changed information. Plagiarism means that another person's material is used without mentioning it. Misappropriation refers to presenting another person's results, idea, plan, observation, or data as one's own result. (Finnish Advisory Board and Research Integrity, 2012, p.32-33)

Critical appraisal of review articles is a method of examining review articles to identify how articles are relating to a topic and the limitations and strengths of articles. (Aveyard, 2010, p.93)

To ensure trustworthiness of this thesis, the respondent avoided fabrication, falsification, plagiarism, and misappropriation during writing this thesis. Furthermore, Critical Appraisal Checklist developed by Greenhalgh and Donald (2000) was used to appraise articles which are used in this study, to assess the quality of the articles. Only articles which fill at least 10 criteria of 15 criteria in the critical review checklist will be used in this thesis. (Appendix 1: Critical Appraisal Checklist)

The result of critical appraisal of review articles was that each article which was used in this study filled at least 10 criteria of 15 criteria in the critical review checklist. One article filled 11 criteria of 15 criteria in the critical checklist. Three of five articles filled 12 criteria of 15 criteria in the critical checklist and one filled 13 criteria of 15 criteria in the critical checklist. (Appendix 2: Critical Appraisal table)

Data analysis

In this literature review the main findings of the review of scientific research articles were analyzed by using a thematic analysis. Thematic analysis consists of six phases. The first phase is familiarization with data. The second phase is to generate initial codes. The third phase is to search for themes among codes. The fourth phase is to review themes. The fifth phase is to define, and name themes and the last phase is to produce the final report. (Braun & Clarke, 2006)

The respondent got familiar with the articles by reading the review articles and making a research chart. The information of title, journal, author, purpose, number of study participants, data collection, data analysis and main result of the articles is presented in form of research chart in appendix 3. In the following paragraphs of this section, the respondent will introduce study interviewees of each articles. Furthermore, the respondent will present the generated codes and defined themes in form of chart in Appendix 4.

In Lundgren's (2016) study, 9 participants were single women whose age ranged from 15 – 40 years. During the birth, two of the women only had doula support, three of the women were supported by doula and their female friends, and one of the women were supported by a doula and two female friends. Furthermore, one woman was supported by a doula, her mother and her partner, another had a doula and her mother during the last part of the childbirth. A woman was supported by her partner and a doula. The study was conducted in Swedish context and the doulas who participated in the project (Doula Support for Single Mother) gave information about the study.

In Berg and Terstad's (2006) study, few information about study interviewees was given in the study. Only the range of age of 10 participants was mentioned and it was between 25 – 35 years old. The study was performed in Swedish context. In this study, doulas were requested to ask women who had been supported by doula during childbirth to participate in the study.

In Koumouitzes-Douvia and Carr's (2006) study, participants were 12 women who had hospital births with the support of a certified doula. Their age ranged from 30 -37 years old. The participants

were upper-middle class, well educated. All participants had a male partner during childbirth. In this study, doulas were requested to give information to women who had received doula support during childbirth. Women participated in the study voluntarily.

The study participants of Akhavan and Edge's (2012) study were 10 foreign-born women. Their mean age was 26,7 years, with a range of 23-31. All but one had lived in Sweden for less than 3,5 years. The study was conducted in Swedish context.

In Breedlove's study, subjects of study contain both pregnant (n=12) teens who received doula support during pregnancy and parenting (n=12) teens who received doula support during childbirth. Their ages were between 14-18 years. Furthermore, most of the 24 participants included poor living conditions. Seventy-five percent of interviewees described their neighborhood as dangerous and unsafe. The study was conducted in United States.

A thematic analysis chart (appendix 4) was made to illustrate the codes and themes which were generated and defined by the respondent of this study.

Findings

Women who had doula support during labor experienced doula support as practical help, as having a sister by side. Moreover, doula support gave women a feeling of safeness and being respected and confident during labor.

Practical help

Practical help contains giving massage, imparting information of breathing technique and fetching food and drinks. Massage was mentioned in review articles done by Lundgren (2010), Berg & Terstad (2006), Koumouizes-Douvia & Carr (2006), and Breedlove (2005) as practical help to deal with the birth. Imparting information of breathing technique to relieve labor pain was mentioned in review articles done by Lundgren (2010), Akhavan & Edge (2012), and Breedlove (2005). To fetch food and drinks as practical help was mentioned by Lundgren (2010), Berg & Terstad (2006), and Breedlove (2005) as practical help during childbirth.

The doula's support consisted of helping to deal with the birth, such as massage, breathing techniques and holding the woman's hand. (Lundgren, 2010)

The doula was also helpful with practical matters, such as fetching food and drinks. (Lundgren, 2010)

She did the 'practical part' of the birth work. What this included depended on where the childbirth took place, at home or in hospital. In hospital, the doula could help the woman with things that perhaps the staff did not have time to do, such as get a glass of water, to put a cold pad on the forehead, to give massage, to assist with the inhalational analgesia or other such caring actions. (Berg & Terstad, 2006)

During labor, support included providing massage, protecting the woman's peace, holding a hand and simply sitting next to the woman as she stared at a crack on the floor. (Koumouizes-Douvia & Carr, 2006)

I screamed, the doula told me to breathe, it helps the child to be delivered easily. (By an interviewee, Akhavan & Edge, 2012)

They (doulas), like I said, helped you with the breathing and exercises. (By an interviewee, Breedlove, 2005)

She brought me ice and then she snuck in the water cause I was thirsty. She would massage my legs, my back, comb my hair for me. (By an interviewee, Breedlove, 2005)

A feeling of safeness

A feeling of security came from continuous presence of doula, having a mediator, being supported by a familiar person, having a guarantor and being supported by a woman experienced childbirth, and having informational support.

Continuous presence of doula brings calmness and security. It was mentioned in review articles conducted by Lundgren (2010), Berg & Terstad (2006), Akhavan & Edge (2012), and Breedlove (2005).

The women felt that the doulas' constant presence even though she left the room for short periods. They expressed a feeling of security as they knew that the doula would not leave them during the birth. (Lundgren, 2010)

Another important part of the doula support was that she was an accessible presence for the woman and her partner, including being there for them from the end of pregnancy, throughout the childbirth included the doula being open to the woman's proposals and wishes, everything to make the childbirth a positive memory. (Berg & Terstad, 2006).

Women also talked about the importance of the doula's continuous presence in the labor room: the Swedish midwives were there to check that the birth went well, the doula had her place, the midwife went in and out and was replaced. The doula was there all the time... I screamed, the doula told me to breath, it helps the child to be delivered easily. (Akhavan & Edge)

Generated themes from the second research question ("What supportive characteristics from the doula are described by teens during pregnancy, labor/birth, and early mothering?") included the provision of prenatal, childbirth, and parenting education; continuous emotional and physical support during labor and birth; and assistance in defining and establishing pathways to success for a brighter future. (Breedlove, 2005)

Doula's role of mediator brings security. It was mentioned by Lundgren (2010), and Berg and Terstad (2006).

She was a mediator between me and the unknown... I could somehow enter towards myself... I'm not a control freak, but I want some control, I really want control and I felt that I didn't need control now since I had my friend, and the doula was really close to me and I felt secure and then I could release and enter the bubble and be secure... I could just be. (By an interviewee, Lundgren, 2010)

Mediation between the couple and the midwife was also an important element. The women felt secure that the doulas mediated their wishes and needs to the staff. (Berg & Terstad, 2006)

Having support from a familiar person was mentioned in review article conducted by Lundgren (2010).

Getting to know the person who was going to be with them during childbirth, gave the women a feeling of security and trust. (Lundgren, 2010)

According to Berg and Terstad (2006), doula as a guarantor bring calm and secure.

Another important part of the doula's role was her function as a guarantor. She stood for stability. She was like a stable rock that the woman could lean on. Her stability made the woman calm and secure. The doula guaranteed that, as much as possible, childbirth could be fulfilled, and in accordance with the woman's and her partner's wishes. (Berg & Terstad, 2006)

The feeling of security came from the decreasing of unfamiliar things by being supported by an experienced person. In Koumouitzes-Douvia and Carr's (2006) study, interviewees reported that they felt good about the fact that they were supported by someone who had experienced childbirth and who had attended many births.

The importance of having the presence of a woman who is experienced in childbirth, either personally or through training, was mentioned in all interviews, with an average of two times per interview. (Koumouitzes-Douvia & Carr, 2006)

Participants reported feeling good about the fact that their doula had attended many births and had been through the birth experience herself (although not all doulas have). (Koumouitzes-Douvia & Carr, 2006)

Akhavan and Edgen (2012) stated that cultural differences and poor communication lead to misunderstandings, lack of confidence and insecurity during pregnancy and childbirth. In Akhavan and Edge's study doula who could speak both Swedish and foreign-born women's own mother tongue and understand their culture and customs decreased the feeling of alone, a stranger and an outsider. The word 'gharib' was used by interviewees to describe the feeling of alone, a stranger, and an outsider. Informational support from doula gave them a feeling of security.

The majority of the interviewed women emphasized that the information they got from their doula was invaluable: "I did not know what happens, for example, when the baby comes out... I knew nothing about childbirth... The doula informed me about all these issues". (Akhavan & Edgen, 2012)

Having a sister by side

Doula was described as a sister, with whom they could trust and feel free to discuss everything.

Having a sister by your side also meant that the women trusted the doula and felt free to discuss everything. (Lundgren, 2010)

The doula also gave a spiritual feeling of security in the birth room, which was difficult to express in words. One woman described the doula as the "birthing sister" and as "a positive witch". (Berg & Terstad, 2006)

She (doula) helped me to relax and use the oxygen, told me that I should not be afraid... My first child was born by caesarean section. This time it was 10 cm open, no complications... The doula was like a real sister and supported me so I wasn't sad or angry. (By an interviewee, Akhavan & Edge, 2012)

Interviewees in review articles done by Koumouitzes-Douvia and Carr (2011) and Breedlove (2005) did not describe doula as a sister directly. In Koumouitzes-Douvia and Carr's study, doula was experienced as a person who encouraged and reassured:

without a doula to help reassure that 'yes, this will hurt,' it could easily be overwhelming".

In the study which was done by Breedlove (2005), doula was described as someone with whom the women could talk with about different stuff and someone who understood them and helped them:

"... you know, you can talk to your boyfriend about different stuff and you can talk to the doulas about different stuff...".

A feeling of being respected and confident

Doula support gave the women a feeling of being respected. In Lundgren (2010) and Koumouitzes-douvia and Carr's study, doula was experienced by interviewees as a person who showed respect

for their needs before, during and after birth. She followed the woman's instructions and supported the woman's choice. In Breedlove's (2005) study, doula was described as someone who respected the right and responsibility of the teen to make health-care decisions.

The doula followed the woman's wishes by showing respect for her needs before, during and after birth. She followed the woman's instructions. The doula also followed and supported the woman's choice. (Lundgren, 2010)

The women felt that their doula(s) were attentive to their needs. Participants also mentioned several times that they felt that doula was focused solely on her client and that, unlike the medical providers, the doulas did not have to take care of anyone else. (Koumouitzes-Douvia & Carr, 2006)

In this study, the teens' perception of relational-based caring included an appreciation for the following actions from doulas: directing conversation regarding sensitive health-care topics not already addressed by the family, respecting the right and responsibility of the teen to make health-care decisions, and confronting life challenges related to poverty and turmoil within the community. (Breedlove, 2005)

Doula support also made the women be confident. According to Berg and Terstad (2006), doula strengthened women's self-esteem and confidence by convincing the woman that she can go through the birth. In Akhavan and Edge's study (2012), doula support was experienced to enable women to regain their confidence by giving them physical, emotional, and mental support.

The doula also convinced the woman that she was capable of going through the birth. This strengthened her self-esteem and confidence. (Berg & Terstad, 2006)

Receiving mental, emotional and physical support enabled women to regain their confidence. (Akhavan & Edge, 2012)

Discussion

The purpose of this study is to describe women's experiences of doula support during labor and the question of this study is how women describe their experiences of doula support under labor. Through the systematic qualitative literature review, the respondent found that women experienced doula support as practical help, as having a sister by side. Furthermore, doula support gave them a feeling of safeness and being respected and confident.

Having doula support during labor is still a new phenomenon in hospital in Finland, thus under consideration of difficulties in finding interviewees, conducting interviews, and understanding women's experiences in Finnish or Swedish which is not respondent's mother language, the respondent of this study chose literature review as the method for the study.

To understand woman needs during labor, Maslow's theory of motivation was chosen as theoretical framework for this study. In Maslow's theory of motivation, human needs are described as physiological needs, safety needs, needs of being loved and belonging, needs of esteem, and needs of self-actualization (Maslow, 1943). The function of Maslow's hierarchy of needs is to analyze the findings of this study. In Maslow's theory, human needs are divided into physiological needs, safety needs, needs of love and belonging, needs of esteem and self-actualization.

According to Maslow's hierarchy of needs, bodily comfort, breathing, having food and water belong to the human physiological needs (Maslow, 1943). According to Adams and Bianchi (2008), physical support behaviors contain environmental control, positioning, touch, application of cold and heat, hygiene, urinary elimination, and nourishment, in which touch, and nourishment were mentioned by study participants in this study as giving massage and fetching foods and drinks. Breathing relaxedly helps woman during childbirth to focus and it also decreases labor pain (Raussi-lehto, 258). Doulas helped women during childbirth to cope with the labor pains by

imparting knowledge about breathing techniques and giving massage. In the data analysis of this study, imparting of breathing techniques was concluded by the respondent also as practical help, since the purpose and result of imparting of breathing techniques is same as giving massage: to relieve labor pain. Pain relieving satisfies the need of bodily comfort of women during childbirth. Fetching of food and drinks satisfies the need of having food and water, thus doula support satisfies partly woman's physiological needs by giving them bodily comfort and helping them to fetch water and foods.

According to Maslow's (1943), safety needs emerge when the physiological needs are satisfied relatively. Maslow suggested that attempting to seek safety and stability can be understood as preference for familiar rather than unfamiliar things, or for the known rather than the unknown. Maslow stated also that attempting to seek safety and stability can be also understood as a desire to know and to understand. The respondent found that, doula was experienced by women during childbirth as someone who gave them a feeling of safeness. The feeling of safeness came from being supported by familiar person who had went through childbirth before and who could act as a mediator between professionals in hospital and the woman during labor in an unfamiliar environment. A feeling of security came from acquiring of knowledge about childbirth by having informational support from doula. According to the finding, doula support satisfies partly woman's safety needs during childbirth by decreasing unfamiliar things by being there continuously as an experienced woman in childbirth and giving women during labor information during childbirth.

According to Maslow (1943), human being has needs of belonging to their social groups, regardless the size of the social groups. Social groups can be family members, intimate partners, mentors. The respondent found that doula was experienced by the women during childbirth as person who understood, encouraged, and reassured them. The women experienced doula during childbirth also as person with whom they could discuss freely. According to Adams and Bianchi (2008), emotional support contributes to the feeling of being loved and cared about and emotional support contains encouragement, reassurance, and continuous presence. Thus, doula as a labor companion satisfies partly woman's needs of belonging and being loved in labor by being their intimate partner and understanding, encouraging, reassuring them.

"Self-esteem is the capacity to respect and think well of yourself. It means that you appreciate yourself as a unique individual with your own set of skills, talents, and abilities". (Adalikuwu, 2012, p.6) According to Maslow (1943), esteem needs can be understood as desires for strength, for achievement, for confidence in the face of the reality. Furthermore, esteem needs can be also understood as desires for reputation, attention, importance, and appreciations. The respondent found that doula was described as a person who respected women's needs during childbirth and a person who made the women be confident in childbirth by giving them physical, emotional, and informational support. According to the finding, doula satisfies woman's desires for attention and importance during labor by respecting their needs. Doula satisfies woman's desires for confidence in childbirth by giving physical, emotional and informational support. The satisfactions of desires for attention, importance and confidence can be understood as partly satisfaction of esteem needs of woman during childbirth.

After the analyzing the findings of this study by using Maslow's theory of motivation, the respondent achieved the aim of this study: how does doula satisfy woman's needs during childbirth. Doula support can satisfy partly woman's physiological needs, safety needs, needs of love and belonging and needs of self-esteem during labor. Labor is divided into three stages and each stage is divided into two phases (Mukhopadhyay S. & Fraser D., 2009, p. 13-25). Because of the diversity of woman's needs during labor, the changing of woman's needs during labor and the limitations of doula support, woman's physiological needs, safety needs, needs of love and belonging and needs of self-esteem during labor cannot be satisfied completely. Furthermore, the Maslow's theory has its limitations in analyzing women's experiences during labor. Maslow's hierarchy of needs is based on the healthiest 1% of the college student population (Mittelman, 1991, p.114-115), however a healthy pregnant woman's mental and physical condition is different from a healthy unpregnant woman's or man's physical and mental condition. According to

Pietiläinen and Väyrynen (2015), pregnancy changes woman's physical and mental condition and it affects woman's hormonal balance, self-image, social relationships. Moreover, in delivery room, there are not always health pregnant women who give birth. There are also women who suffer from complications of pregnancy or who have disease/diseases before pregnancy and their needs are different from needs of healthy pregnant women.

Conclusion and critical review

Doula support is experienced as a practical help and having a sister by side. Moreover, doula support gives woman during childbirth a feeling of safeness and being respected and confident. Doula support can satisfy partly woman's physiological needs, safety needs, needs of being loved and belonging, and needs of self-esteem.

Credibility, dependability, and transferability were described by Graneheim and Lundman (2004, p.115-120) as measures to achieve trustworthiness of qualitative study. Credibility of research deals with how well data collection, data analysis and data presenting are conducted in the research. Dependability of research findings deals with how data changes over time. Graneheim and Lundman (2004, p.115-120) quoted Polit and Hungler's definition of transferability as saying "*the extent to which the findings can be transferred to other settings or groups*". In the section, the respondent will review this thesis from the perspective of credibility, dependability, and transferability of research to illustrate the trustworthiness of thesis.

There are four limitations in this study which decreases the trustworthiness of this study. The first limitation of this study is the limited amount of review articles. To increase the credibility of findings of this study, more review articles are needed. The second limitation in this study is that, in three of review articles the selection of study participants was affected by doula, which decreased the credibility of this study. In studies which were conducted by Lundgren, Berg & Terstad and Koumouitzes-Douvia & Carr, doulas were mediator between researchers and study participants. It is possible that doulas shared information of the research only to women with positive experience of doula support. The third limitation of this study is that, most of interviewees in review articles were not supported only by doula during labor but partner and/or friend and/or relative, thus it is possible that results of each review article about women's experiences of doula support were women's experiences of support from doula and/or partner, and/or mother, and/or friend. The fourth limitation is the limitation of Maslow's theory of motivation (Maslow's hierarchy of needs). Maslow's hierarchy of needs is based on the healthiest 1% of the college student population (Mittelman, 1991, p.114-115), however a healthy pregnant woman's mental and physical condition is different from a healthy unpregnant woman's or man's physical and mental condition. According to Pietiläinen and Väyrynen (2015, p.161), pregnancy changes woman's physical and mental condition and it affects woman's hormonal balance, self-image, social relationships. Moreover, in delivery room, there are not always health pregnant women who give birth. There are also women who suffer from complications of pregnancy or who have disease/diseases before pregnancy and their needs are different from needs of healthy pregnant women. Therefore, Maslow's theory of motivation is not the best theory that can be used in analyzing women's experiences of doula support.

The fact that only five qualitative studies have been conducted on doula support to explore women's experiences of doula support suggests a need for further research to identify women's experiences of doula support during childbirth. The fact that Maslow's theory is not committed to explain normal pregnant woman's needs during childbirth suggests a need for further research to explore normal pregnant woman's needs during childbirth. In Koumouitzes-Douvia and Carr's (2006) study, doula support was described also as support for their partner. This dimension of describing experiences of doula support was not found in the other review articles. The background of interviewees in Koumouitzes-Douvia and Carr's study were different with the other interviewees in the other four review articles, which suggests a need for further research to identify association between background of study participants and study participants' experiences of doula support.

References

- Adalikuw C., 2012. Assumptions or thoughts about personal confidence. *How to build self-confidence, happiness and health*, p:5-13. AuthorHouse.
- Adam E., & Bianchi A., 2004. Doulas, labor support and nurses. *International Journal of Childbirth Education*, 19(4): 24-30.
- Adam E., & Bianchi A., 2008. A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(1): 106-115.
- Akhavan S. & Edge D., 2012. Foreign-born women's experiences of community-based doulas in Sweden – a qualitative study. *Health Care for Women International*, 33: 833-848.
- Aveyard H., 2010. *Literature review in health and social care: a practical guide*. England: Open University Press. USA, Cambridge University Press.
- Berg M. & Terstad A., 2006. Swedish women's experiences of doula support during childbirth. *Midwifery*, 22:330-338.
- Braun V. & Clarke V., 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2): 77-101.
- Breedlove G., 2005. Perceptions of social support from pregnant and parenting teens using community-based doulas. *The Journal of Perinatal Education*, 14(3): 13-22.
- Butt H. & Murphy D., 2009. Prolonged second stage of labour including difficult decision-making on operative vaginal delivery and caesarean section. *Best Practice in Labour and Delivery*, p.84-93. Cambridge University Press.
- Cheng, Y. W., Hopkins, L. M., & Caughey, A. B., 2004. How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191 (3): 933-938.
- Cnattingius S., Norman M., Cranath F, Petersson G., Stephansson O. & Frisell T., 2017. Apgar score components at 5 minutes: risks and prediction of neonatal mortality. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 31: 328-337.
- Cohen L., Manion L. & Morrison K., 2004. *Research Methods in Education*. London, RoutledgeFalmer.
- Coughlan M., Cronin P. & Ryan F., 2013. *Doing a literature review in nursing, health and social care*. London, Los Angeles, New Delhi, Singapore, Washington DC, SAGE.
- Devereaux Y. & Sullivan H.D., 2013. Doula support while laboring: does it help achieve a more natural birth? *International Journal of Childbirth Education*, 28 (2): 54-61.
- Doulat, 2013. *Doulatoiminta Helsingin ensikodissa*. <https://doulat.vuodatus.net/sivut/doulatoiminta-helsingin-ensikodissa> (retrieved 11.8.2017)
- Finnish Advisory Board on Research Integrity, 2012. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf (retrieved 10.9.2017)
- Folkhälsan (w.y.). Om Folkhälsan. <http://www.folkhalsan.fi/om-folkhalsan/> (retrieved 9.10.2017)
- Greenhalgh T. & Donald A., 2000. *Evidence based health care workbook: understanding research for individual and group learning*. London: BMJ Publishing Group.
- Hodnett E., Gates S., Hofmeyr J. & Sakala C., 2012. *Continuous support for women during childbirth*. The Cochrane Collaboration.
- Jacob A., 2012. Physiology and management of the third stage of labor. *A Comprehensive Textbook of Midwifery and Gynecological Nursing*. India, Jaypee Brothers Medical Publishers.
- Karkal E., Kharde S. & Dhumale H., 2017. Effectiveness of music therapy in reducing pain and anxiety among primigravid women during active phase of first stage of labor. *International Journal of Nursing Education*, 9(2): 57-60.
- Kemppinen E., Kirppu E. & Semeri A., 2016. *Äitien, doulien ja kätilöiden kokemuksia doula-toiminnasta*. Saimaan Ammattikorkeakoulu.

- Koumouitzes-Douvia J. & Carr C., 2006. Women's perceptions of their doula support. *The Journal of Perinatal Education*, 15 (4): 34-39
- Lundgren I., 2010. Swedish women's experiences of doula support during childbirth. *Midwifery*, 26:173-180.
- Mander R., 2008. The doula. *Supportive Care and Midwifery*, p. 113 – 133. John Wiley & Sons, Incorporated.
- Maslow A.H., 1943. A theory of human motivation. *Classics in the History of Psychology*, vol. 50, p.370-396.
- Mittelman W., 1991. Maslow's study of self-actualization: a reinterpretation. *Journal of Humanistic Psychology*, 31(1): 114-115.
- Mukhopadhyay S. & Fraser D., 2009. The first stage of labour. *Best Practice in Labour and Delivery*, p 13-26. USA, Cambridge University Press.
- Papagni K. & Buckner E., 2006. Doula support and attitudes of intrapartum nurses: a qualitative study from the patient's perspective. *Journal of Perinatal Education*, 15(1): 11-18.
- Phillips D. & Kelly C., 2014. Social work should embrace doulas. *National Association of Social Workers*, 39 (2):117-120.
- Pietiläinen S. & Väyrynen P., 2015. Raskauden ajan muutokset. *Kätilötyö: raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika*, p.161-169. Tekijät ja Edita Publishing Oy.
- Raussi-Lehto E., 2015. Syntymän hoidon toteutus. *Kätilötyö: raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika*, p.248-281. Tekijät ja Edita Publishing Oy.
- Stavropoulos D.N. & Hornby A.S., 1977. *Oxford English-Greek Learner's Dictionary*. Oxford University Press.
- Simkin P. & Way K. (2012). Position paper: the birth doula's contribution to modern maternity care. DONA INTERNATIONAL.
- The Helsinki Mother and Child Home Association* (w.y.). Helsingin Ensikoti RY. <https://www.helsinginensikoti.fi/in-english> (retrieved 8.9.2017)
- Wikgren J., 2014. Onnistunut Doulatoiminta. Ensi- ja turvakotien liiton työpapereita 15. https://issuu.com/ensi-jaturvakotienliitto/docs/onnistunut_doulatoiminta (retrieved 7.9.2017)

Appendix 1 Critical appraisal checklist for qualitative research

By Greenhalgh, T. and Donald, A. 2000.

1. Did the study ask how or why something was taking place (qualitative study), or what effect did something have on a studied sample (quantitative study)?
2. Was there a clearly formulated question?
3. Was the method of sampling adequately described?
4. Did the investigators study a representative range of individuals and settings relevant to their question?
5. Were the characteristics of the subjects defined?
6. Has the researcher taken their background and perspective into account in the analysis?
7. Have appropriate data sources been studied? Was literature review conducted?
8. Were the methods used reliable and independently verifiable? Audiotape, videotape? Was more than one method of data collection used?
9. Did the author use systematic methods to reduce their own biases influencing the results? Did more than one researcher perform the analysis? Were explicit methods used to address negative or discrepant results?
10. What are the main findings of the research? Are they coherent?
11. Are the results credible? Are they consistent with the data?
12. Have alternative explanations for the results been explored and discounted?
13. What were the author's conclusions? Were they consistent with the data and results?
14. Were the subjects in the study similar in important respects to our own patients?
15. Is the context similar to our own practice?

Appendix 2 Critical Appraisal Table

Article Criterion	Swedish women's experiences of doula support during childbirth	Swedish women's experiences of doula support during childbirth	Women's perceptions of their doula support	Foreign-Born women's experiences of community-based doulas in Sweden – a qualitative study	Perceptions of social support from pregnant and parenting teens using community-based doulas
1 Did the study ask how or why something was taking place?	+	+	+	+	+
2 Was there a clearly formulated question?	+	+	+	+	+
3 Was the method of sampling adequately described?	+	+	+	+	+
4 Did the investigators study a representative range of individuals and settings relevant to their question?					
5 Were the characteristics of the subjects defined?	+		+	+	+
6 Has the researcher taken their background and perspective into account in the analysis?	+		+	+	+
7 Was literature review conducted?	+	+	+	+	+

8 Were the methods used reliable and independently verifiable? Audiotape, videotape?	+	+		+	+
9 Did more than one researchers perform the analysis? Were explicit methods used to address negative or discrepant results.		+	+	+	
10 What are the main findings of the research? Are the coherent?	+	+	+	+	+
11 Are the results consistent with the data?	+	+	+	+	+
12 Have alternative explanations for the results been explored and discounted?					
13 What were the author's conclusions? Were they consistent with the data and results?	+	+	+	+	+
14 Were the subjects in the study similar in important respects to our own study subjects?	+	+	+	+	+
15 Is the context similar to our own practice?	+	+	+	+	+

Appendix 3 Research Article Chart

AUTHOR, YEAR, TITLE AND JOURNAL	PURPOSE	DATA COLLECTION	MAIN RESULTS	SAMPLE
Lundgren I., 2010. 1. Swedish women's experiences of doula support during childbirth. <i>Midwifery.</i>	To describe women's experiences of doula support during childbirth	Interview	Continuity To have a sister by your side To follow the woman's wishes To get help to deal with the birth A mediator to the unknown Main interpretation	9 women
Berg M. & Terstad A., 2006. 2. Swedish women's experiences of doula support during childbirth. <i>Midwifery</i>	To describe women's experiences of having a doula present during childbirth	Interview	An experienced adviser An affirmative person A mediator A guarantor A fixer An accessible presence	10 women
Koumouitzes-Douvia, J. & Carr C., 2006. 3. Women's Perceptions of Their Doula Support. <i>Journal of Perinatal Education.</i>	To explore women's perceptions of the doula support they received in the perinatal period	In-depth interview	Support for husbands: doulas are not just for pregnant women Providing a tailored approach Reassurance and encouragement The support of a woman experienced in childbirth	12 women

<p>Akhavan S. & Edge D., 2012.</p> <p>4. Foreign-born women's experiences of community-based doulas in Sweden-a qualitative study.</p> <p><i>Health Care for Women International</i></p>	<p>To explore the experiences of doula support among foreign-born women in Sweden in the context of a 'Community-Based Doula' intervention project</p>	<p>Interview</p>	<p>A foreign-born women's knowledge and expectations of doula support</p> <p>Satisfaction and dissatisfaction with doula support</p> <p>Foreign-born women's perceptions of doula support</p>	<p>10 women</p>
<p>Breedlove G., 2005.</p> <p>5. Perceptions of social support from pregnant and parenting teens using community-based doulas.</p> <p><i>The Journal of Perinatal Education.</i></p>	<p>Explore and describe the perceptions of disadvantaged pregnant and parenting teens who received support from culturally matched, community-based doulas</p>	<p>Interview</p>	<p>Supportive characteristics of doulas</p> <p>Doula support versus other support</p> <p>The perceived value of doula support</p>	<p>24 women</p>

Appendix 4: Thematic analysis chart

Article Code	1.Swedish women's experiences of doula support during childbirth	2.Swedish women's experiences of doula support during childbirth	3.Women's perceptions of their doula support	4.Foreign-born women's experiences of community-based doulas in Sweden – A qualitative study	5.Perceptions of social support from pregnant and parenting teens using community-based doula
	To give massage To talk about breathing To fetch food and drinks	To get a glass of water To put a cold pad on the forehead To give massage To assist with the inhalational analgesia	To provide massage	To deal with the birth pain by talking about breathing technique	To provide massage To talk about breathing technique To fetch food and drinks
	Be supported by familiar person Continuous presence A mediator to unknown	An accessible presence A mediator A guarantor	The support of a woman experienced in childbirth	Informational support Continuous presence	Continuous presence
	To have someone with whom they can discuss freely	To have someone by your side, with whom you can talk about everything	To be encouraged and to be reassured by someone	To be supported by someone, so that the woman would not be sad or angry.	To have someone, with whom they can talk about different stuff.
	To follow the woman's wishes	To convince the woman that she can go through the birth.	To give the woman individual help	Mental, emotional, and physical support enable women to regain their confidence	To respect the right and responsibility of the teen to make health-care decisions

Themes

Practical help

Feeling of safeness

Having a sister by side

feeling of being respected and confident

Sammanfattning

Begreppet Doula betyder ursprungligen kvinna som ger omvårdnad. Doulan var den tjänarinna som hade hand om förlossningen och hjälpte till med barnen i antiken Grekland. Begreppet doula används idag för att beskriva en person som finns till för att stöda mamman eller familjen både före, under och efter förlossningen.

I Finland grundades den första frivilliga doulaverksamheten av Föreningen för mödra- och skyddshem år 1992. Idag finns 16 doulagrupper runt om i landet. Folkhälsan startade svenskspråkig doulaverksamhet i Nyland år 2004 och i Österbotten år 2009 och har idag fyra grupper i Nyland, Österbotten, Åboland och på Åland.

Boken "Doulan som stöd för kvinnan och familjen under graviditet, förlossning och barnsängstid" är den andra boken som publiceras, i Novias serie S, som berör barnmorskans arbete. Boken bygger på barnmorskestuderandes examensarbeten under 2016 - 2017