

“Det kommer nu!”

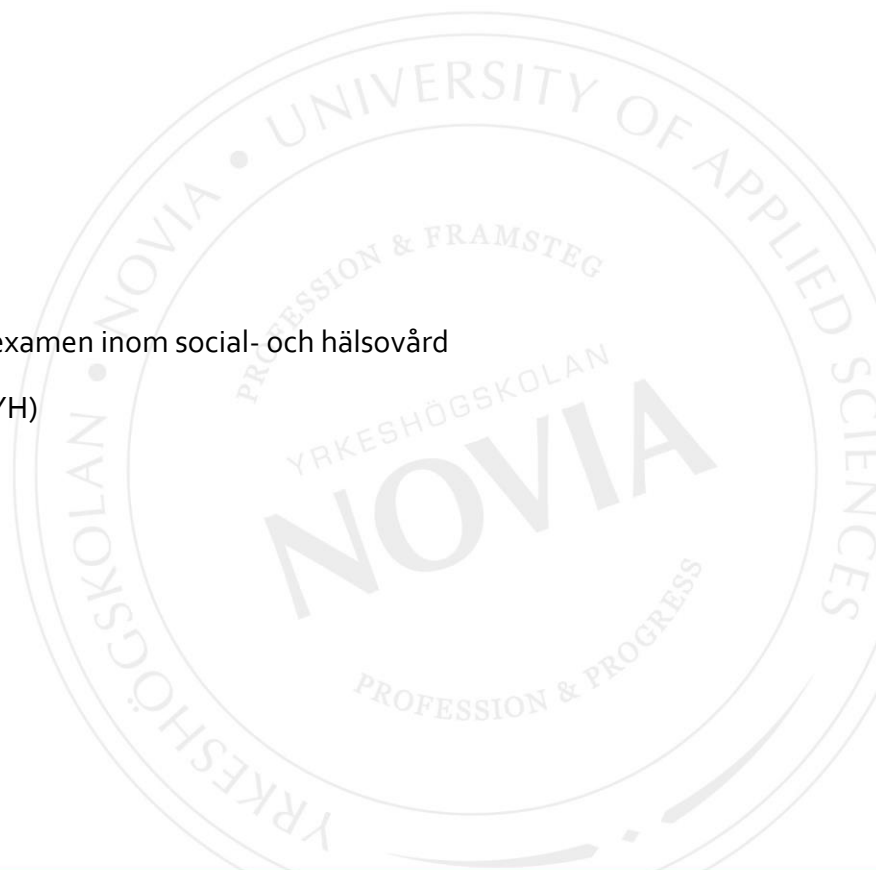
- En kvalitativ studie om mammors upplevelser vid en förlossning utanför sjukhus

Patricia Granholm

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

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2019



EXAMENSARBETE

Författare: Patricia Granholm

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Anita Wikberg

Titel: "Det kommer nu!" – En kvalitativ studie om mammors upplevelser vid en förlossning utanför sjukhus

Datum 21.5.2019

Sidantal 43

Bilagor 5

Abstrakt

Oplanerade förlossningar utanför sjukhuset ökar för varje år. Oplanerade förlossningar utanför sjukhuset går oftast snabbt och komplikationsfritt. Förlossningen blir minnesvärd trots att det var en skrämmande upplevelse.

Syftet med denna kvalitativa studie är att beskriva mammors upplevelser av en oplanerad förlossning utanför sjukhus. Respondenten har använt sig av frågeställningarna: Hur upplever mammorna en oplanerad förlossning utanför sjukhus? Vad kan, hos den blivande mamman, bidra till upplevelse av trygghet vid en oplanerad förlossning utanför sjukhus?

Som datainsamlingsmetod användes intervju, sex mammor deltog. Mammorna var omfödorskor i åldern 27-35 år, de fick alla ett barn vid förlossningen och inget barn dog. Materialet har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Som teoretisk referensram användes Segestens trygghetsteori.

Resultatet visar att mammorna hade liknande upplevelser av den oplanerade förlossningen utanför sjukhus. Mammorna hade blandade känslor men fick en positiv upplevelse eftersom förlossningen gick bra. En mamma har haft en ny förlossning, medan resterande mammor säger att de inte vill ha en ny förlossning. Studiens resultat stöds av litteratur och tidigare forskningar. Resultatet skulle ha varit annorlunda om något av barnen skulle ha dött eller fått komplikationer.

Slutsatsen är att en oplanerad förlossning utanför sjukhus är omtumlande och gör att mamman inser vad en förlossning innebär. De kvinnor som varit med om en oplanerad förlossning utanför sjukhus känner en rädsla för att få fler barn. Utvecklingsbehov inom ämnet skulle gälla ambulanspersonalens utbildning. Ambulanspersonal borde få mer utbildning gällande förlossningar.

Språk: Svenska

Nyckelord: Förlossning utanför sjukhus, oplanerad hemförlossning, prehospital förlossning, upplevelse, kvalitativ studie

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Patricia Granholm
Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, Vaasa
Ohjaaja(t): Anita Wikberg

Nimike: "Hän tulee nyt!" – laadullinen tutkimus äitien kokemuksista sairaalan ulkopuolisesta synnytyksestä

Päivämäärä 21.5.2019 Sivumäärä 43 Liitteet 5

Tiivistelmä

Suunnittelemattomat synnytykset sairaalan ulkopuolella lisääntyvät joka vuosi. Suunnittelemattomat synnytykset menevät useimmiten nopeasti ja ilman komplikaatioita. Synnytyksestä tulee ikimuistoinen vaikka se on pelottava kokemus.

Päätavoitteena tässä laadullisessa tutkimuksessa on kuvailla äitien kokemuksia suunnittelemattomista synnytyksistä sairaalan ulkopuolella. Vastajat ovat käyttäneet valmiita kysymyksiä: Kuinka äidit kokivat suunnittelemattoman prehospital synnytyksen? Mikä voisi olla apuna ja tuoda turvan tunnetta tulevan äidin kokemuksessa ei suunnitellussa synnytyksessä sairaalan ulkopuolella?

Tietojen keräämiseen käytettiin haastattelua, kuusi äitiä vastasivat kysymyksiin. Äidit olivat synnyttäneet aiemminkin ja ikä oli 27-35 vuotta. Kaikki saivat yhden lapsen synnytyksissä ja yksikään lapsi ei kuollut. Sisältöä on analysoitu kvalitatiivisen sisällön avulla. Teoreettisella viitekehysellä käytetään Segestenin turvallisuusteoriaa.

Tulokset kertovat, että äideillä oli samankaltaisia kokemuksia sairaalan ulkopuolisista synnytyksistä. Äideillä olivat hämmentyneet tunteet, mutta saivat positiivisen kokemuksen, koska synnytykset menivät hyvin. Yksi äiti on synnyttänyt uudelleen, mutta muut äidit ovat kertoneet, että eivät tahdo uutta synnytystä. Tutkimuksen tulos tukee literatuuria ja aiempia tutkimuksia. Tutkimuksen tulos olisi ollut erilainen, jos joku lapsista olisi kuollut tai olisi tullut komplikaatioita.

Lopputulos on että sairaalan ulkopuolinen synnytys on hämmentävää ja tekee äidistä tietoisena mitä synnytys merkitsee. Äidit jotka ovat kokeneet sairaalan ulkopuolisen synnytyksen pelkäävät saada lisää lapsia. Kehittämistarve koskisi ambulanssihenkilökuntaa. Ambulanssihenkilökunnan pitäisi saada enemmän koulutusta synnytyksistä.

Kieli: Ruotsi Avainsanat: Sairaalan ulkopuolinen synnytys, suunnittelemattomat kotisyntytykset, matkasynnytys, kokemus, laadullinen tutkimus

BACHELOR'S THESIS

Author: Patricia Granholm
Degree Programme: Nurse, Vaasa
Supervisor(s): Anita Wikberg

Title: "It's on its way!" –A qualitative study of mothers' experiences during a birth outside of the hospital

Date 21.5.2019 Number of pages 43 Appendices 5

Abstract

Unplanned births outside the hospital are increasing every year. Unplanned childbirth outside the hospital usually goes fast and without complications. The birth becomes memorable even though it was a frightening experience.

The purpose of this qualitative study is to describe the mothers' experiences of an unplanned childbirth outside the hospital. The respondent has used the questions: How do the mothers experience an unplanned pre-hospital delivery? What can the mother-to-be do to feel more secure in an unplanned pre-hospital delivery?

As a data collection method, interviews were used, the participants were six mothers. The mothers were, at the time of birth, in the 27-35 age bracket, they all gave birth and no child died. The material has been analyzed using qualitative content analysis. As a theoretical frame of reference, Segesten's security theory was used.

The results show that the mothers had similar experiences, compared to each other, of the unplanned birth outside the hospital. The mothers had mixed feelings, but had a positive experience because the birth went well. One of the mothers has had another birth, while the remaining mothers say they do not want another birth. The study's results are supported by literature and previous research. The result would have been different, if any of the children had died or had complications.

The conclusion is that an unplanned childbirth outside a hospital is overwhelming and gives the mother a chance to realize what a birth really is like. Almost all of the women who have experienced an unplanned childbirth outside the hospital fear having another child. Results indicate a need for better trained ambulance staff in a childbirth situation.

Language: Swedish Key words: Childbirth outside hospital, unplanned home delivery, prehospital birth, experience, qualitative study

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställningar	2
3	Bakgrund.....	3
3.1	Vad innebär en förlossning för kvinnan?	3
3.2	Summering av en normal förlossning	5
3.3	Några komplikationer.....	6
3.4	En förlossning som startar utanför sjukhus.....	8
3.5	Kvinnans upplevelse av en förlossning.....	10
4	Teoretisk utgångspunkt.....	10
4.1	Tecken på att kvinnan är rädd och känner otrygghet.....	12
4.2	Grunden för stöd, ökad trygghetskänsla	13
5	Metod	13
5.1	Urval av deltagare	14
5.2	Intervju som datainsamlingsmetod	14
5.3	Hur materialet samlades in	15
5.4	Kvalitativ innehållsanalys.....	16
5.5	Etiska överväganden.....	17
6	Resultat	18
6.1	Känslor	19
6.2	Upplevelser.....	23
6.3	Trygghet och otrygghet.....	27
7	Spegling av resultatet	29
8	Metoddiskussion.....	35
9	Resultatdiskussion med slutledning.....	37
	Källförteckning.....	40

Figurförteckning

Figur 1. Trygghetsdimensioner.....	9
Figur 2. Kategorischema; Exceltabellens uppbyggnad.....	17
Figur 3. Huvud- och underkategorier.....	19

Bilagor

Bilaga 1 Kontaktformulär.....	1 (2)
Bilaga 2 Informationsbrev.....	2 (2)

Bilaga 3 Samtycke.....	3 (2)
Bilaga 4 Intervjumall och tilläggsfrågor.....	4 (2)
Bilaga 5. Översättning av citat.....	5 (2)

1 Inledning

Runtom i Finland stänger man förlossningsavdelningar. Det gör att när en förlossning startar är avståndet till sjukhuset långt och man hinner inte alltid fram i tid. Det gör att förlossningar på vägen blir allt vanligare (Vihavainen, 2016). Enligt Perinatalstatistik – föderskor, förlossningar och nyfödda 2017 (THL) var 0.1-0.3% oplanerade förlossningar utanför sjukhus.

Det är inte bara i Finland man stänger förlossningsavdelningar utan också i andra nordiska länder. I Sverige har man startat en kurs i bilförlossning för att göra de blivande föräldrarna tryggare (Haglund, 2017). Det har tidigare studerats om ambulanspersonalens kunskap när det gäller en förlossning. Eftersom ambulanspersonalen har en bristande kunskap och själva känner sig osäkra när ett prioritet ett larm om en förlossning kommer, har respondenten valt att vända sig till mammorna. Mammor som plötsligt känt att förlossningen startat och som inte har hunnit till förlossningsavdelningen.

Enligt Segesten (1994) handlar trygghet om kunskap, att veta vad som gäller, hur det är, hur rollerna ska se ut, vad man ska förvänta sig, vilka krav man har. Segesten (1994) nämner också att man ska veta att man klarar av saker och ting och behärskar varierande situationer. Det har konstaterats att ambulanspersonal känner sig osäkra, hjälplösa och rädda när dom första gången åker på ett larm som innebär förlossning. När dom praktiskt varit med om en förlossning en gång känns det genast tryggare (Söderman & Sundsten, 2018). Borde det höra till grundutbildningen för sjukskötare att få se hur en förlossning skall gå till, så att de kan handla tryggt när de hamnar på ett förlossningslarm?

Enligt forskning finns det två övergripande faktorer för att kvinnor ska ha en positiv förlossningsupplevelse: att uppleva egen styrka och förmåga och att ha tillitsfulla och stödjande relationer (Heli & Svensson, 2010, 33). Forskning tyder på att 0.5- 2.0% av föderskorna föder oplanerat utanför sjukhus (Erlandsson, 2015). Oplanerade födslar har fördubblats under 2000 talet. Risken för fosterdöd anses sex gånger större vid en oplanerad förlossning utanför sjukhus än en förlossning på sjukhus.

Forskningsprofessor Gissler (Pehkonen, 2018) är orolig för att oplanerade förlossningar utanför sjukhus ökar. År 2016 föddes 92 barn oplanerat utanför sjukhus, det är mer än någonsin sedan man börjat föra statistik vid THL år 1991. Sedan 1990 har man stängt 25 förlossningsavdelningar i Finland. Trots Gisslers oro över ökningen

av förlossningar på väg till sjukhuset anser Mäkikallio (TYKS, överläkare) och Vääräsmäen (OYS, överläkare) att avståndet till sjukhuset inte har någon betydelse. De säger att det är lika stor risk att någon i Helsingfors föder på väg till sjukhuset som att någon i Lappland gör det. Gissler är dock av annan åsikt. Han har studerat stängningen av Raseborgs förlossningsavdelning i södra Finland och har kommit till slutsatsen att förlossningar på vägen har ökat efter stängningen (Pehkonen, 2018).

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med min kvalitativa studie är att beskriva mammornas upplevelser vid en oplanerad förlossning utanför sjukhus. Respondenten vill veta hur den oplanerade förlossningen utanför sjukhuset påverkade kvinnan. Studiens avsikt är att vårdpersonal skall förstå vad en förlossning utanför sjukhus innebär. Respondenten hoppas att studien skall inspirera vårdpersonal att skaffa sig ökad kunskap för att tryggt kunna stödja och hjälpa till vid en oplanerad förlossning utanför sjukhus. Avsikten är också att andra skall få en inblick i vad en oplanerad förlossning utanför sjukhus innebär och vad man kan göra för att undvika att det leder till en negativ upplevelse för mamman.

Frågeställningar:

- Hur upplever mammorna en oplanerad förlossning utanför sjukhus?
- Vad kan, hos den blivande mamman, bidra till upplevelse av trygghet vid en oplanerad förlossning utanför sjukhus?

3 Bakgrund

Som bakgrund kommer jag skriva om vad en förlossning innebär för en kvinna. Hur man vet att förlossningen startat, de olika skedena av förlossningen och ta upp de vanligaste komplikationerna. Slutligen kommer jag kort berätta om en normal förlossning samt vad man vid en förlossning utanför sjukhus skall tänka på.

3.1 Vad innebär en förlossning för kvinnan?

En förlossning är en stor påfrestning för kvinnokroppen, en smärta som hon aldrig förr känt. Genom att hålla sig lugn och jobba tillsammans med kroppen istället för att jobba mot den går det lättare. Värkarbetet är uppdelat i två faser; arbete och vila (Heli & Svensson, 2010, 99). Genom att få föderskan att slappna av, andas rätt, tänka positiva tankar och ha en mörk röst kan smärtan minskas och förlossningen känns trygg och ger en positiv upplevelse (Heli & Svensson, 2010, 73). När föderskan känner sig trygg har hon också lättare att kunna slappna av och vila mellan värkarna. Om kvinnan känner rädsla, brist på stöd, kontrollförlust eller känner att hon vill ge upp, alltså känsla av otrygghet leder det till en traumatisk upplevelse (Heli, 2010, 31).

3.1.1 Tecken på att förlossningen startat

I slutskedet av en graviditet uppstår förvärkar, det upplevs inte som smärtsamt däremot känns livmodern hård och spänd (Borgfeldt et al., 2010, 90). Förvärkarna kan vara svåra att skilja från förlossningsarbetet. Andra tecken på att förlossningen är nära är bl.a somatiska problem, som blir allt fler, sammandragningarna ökar och slemproppen lossnar.

Det finns två tecken på att förlossningen startar; vattnet går eller sammandragningar kommer med 5-10 minuters intervall. Förlossningsarbetet startar oftast inom ett dygn när fostervattnet gått, men det kan ibland hända att fostervattnet går först när barnet föds. Ett säkert tecken på att förlossningen har startat när sammandragningarna blivit starkare och är regelbundna och kommer med mindre än 10 minuters intervaller (Borgfeldt et al., 2019, 87).

3.1.2 Förlossningens olika skeden

När förlossningen börjar så delar man in den i olika skeden; öppnings-, utdrivnings-, och efterbördsskede. De olika skedena har varierande längd och man vet inte på förhand hur länge det tar, eftersom det är individuellt. Förlossningen (alla skeden) tar i medeltal 6-18

timmar (Borgfeldt et al., 2019). Genom att palpera kvinnans buk kan fostrets läge och storlek bestämmas, samt får man reda på hur långt ned i förlossningskanalen fostret är. Vid en inre undersökning av kvinnan känner man livmoderhalsens läge, konsistens, utplånings- och öppningsgrad bedöms (Borgfeldt et al., 2019, 88).

Öppningsskedet

Öppningsfasen är den första fasen. Det är den smärtsammaste och längsta fasen av förlossningen. Sammandragningar och värkar gör att livmodertappen mjuknar, förkortas och börjar öppna sig. På grund av kontraktionerna stiger det intrauterina trycket och fostret trycks neråt och cervikal dilatation uppkommer (Borgfeldt et al., 2010, 90). I öppningsskedet när kvinnan är 4-10 cm öppen, brister ofta fosterhinnorna, vilket gör att ”vattnet går” (Borgfeldt et al., 2010, 96). Om fostervattnet är missfärgat, gult eller grönaktigt så har barnets första avföring avgått och det innebär att fostrets tillstånd kan vara hotat (Borgfeldt et al., 2010, 98). I slutet av detta skede ändras ofta sammandragningarnas karaktär. Före övergången till nästa fas kommer sammandragningarna oregelbundet, men med en ökad intensitet. Barnet har roterat klart och livmoderhalsen är maximalt utvidgad (Borgfeldt et al., 2019, 88).

Utdrivningsskedet

I det andra skedet, alltså utdrivningsskedet är samarbetet mellan barnmorskan och kvinnan som intensivast (Borgfeldt et al., 2010, 102). Utdrivningsskedet börjar när livmoderhalsen är helt öppen och sammandragningarna tilltar. Barnets bjudande del ska ligga så lågt ner i bäckenet kvinnan känner ett behov av att krysta. När barnets huvud är synligt får kvinnan börja krysta, huvudets föds vanligen på två till tre krystningar (Castrén et al., 2012, 368). Det upplevs positivt att få arbeta med sammandragningarna även fast det är ansträngande (Borgfeldt et al., 2019, 89). Man ska vara aktsam så att inte barnet föds fram för snabbt. Det kan ta några minuter till en timme att krysta ut barnet.

När barnet har blivit fött följs det noga med hur barnet klarar omständigheten från fosterlivet, det gör man med hjälp av Apgar (Borgfeldt et al., 2010, 102). Vårdpersonalen bedömer Apgarskalan direkt vid födseln, 5 minuter och 10 minuter efter födseln. Barnet får poäng enligt barnets hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus och retbarhet. Varje komponent poängsätts från 0-2, barnet har oftast 9-10 poäng efter 5 minuter (Borgfeldt et al., 2019, 90). Medan navelsträngen ännu pulserar får barnet fortsatt syresättning. Så länge barnet mår bra är det oftast ingen brådska med avnavlingen. Efter födseln lägger man oftast en klämma eller peang på navelsträngen. När placentan inte längre fungerar och pulsen i navelsträngen

upphört klipps den av. Man har oftast placerat två klämmor på navelsträngen och klipper mellan dem. Ett gummiband lämnas runt navelsträngen för att förhindra att barnet ska börja blöda (Borgfeldt et al., 2010, 103).

Efterbördsskede

Till sist kommer efterbördsskedet som innebär att moderkakan och resterande hinnor skall krystas ut och kontrolleras, man kontrollerar även fostersäcken och navelsträngen (Borgfeldt et al., 2010, 103). När moderkakan lossnar börjar det oftast blöda lite där den suttit. Livmodern drar ihop sig när moderkakan lossnar från livmoderväggen, allt eftersom livmodern drar ihop sig blir såret av moderkakan mindre. Om livmodern inte drar ihop sig så kan t.ex. oxytocin ges. Oxytocin påskyndar efterbördsskedet och förhindrar rikliga blödningar. Navelsträngens blodkärl ska räknas och vara tre stycken, två artärer och en ven (Borgfeldt et al., 2010, 103). Man kontrollerar om vulva och vagina är i behov av suturer. Det är viktigt att den nyblivna mamman kissar efter förlossningen, det gör att uteruskontraktionerna ökar och risken för blödning minskar. Barnet skall undersökas och börja ammas så tidigt som möjligt. Amningen ger både babyn och mamman fördelar. Via bröstmjölken får babyn antikroppar som skyddar mot infektioner. Bröstmjölken minskar också risken för födoämnesallergi (Borgfeldt et al., 2010, 117). Vid amning utsöndras oxytocin hos mamman. Oxytocin gör att livmodern drar ihop sig och efterblödningen minskar. Amningen gör att kvinnan återhämtar sig snabbare (Borgfeldt et al., 2010, 103).

3.2 Summering av en normal förlossning

En normal förlossning sker spontant mellan vecka 37 och 42 och innefattar endast ett barn. Förlossningen börjar med initialblödning, vattenavgång eller sammandragningar (Kaplan et al., 2009, 247). För att fostret ska rymmas genom förlossningskanalen roterar det så att det ligget med huvudet i bäckeningången, vilket innebär att fostret har hjässbjudning. Enligt WHO (1996) skall förlossningen förlöpa utan komplikationer från sammandragningarnas början till efter efterbördsskedet. Förlossningen skall avslutas med ett välmående barn och en välmående föderska (Borgfeldt et al., 2019, 85). Maximal blödning hos kvinnan får vara 1000 ml och moderkakan och tillhörande hinnor föds av sig själv. Barnmorskan sköter förlossningen och inga instrument används. Det man vill uppnå med förlossningsvården är att modern och barnet ska vara friska, samt att förlossningen ska upplevas positiv av kvinnan (Sandin-Bojö, 2006).

Förlossningsupplevelsen kan ha stor betydelse för kvinnans liv samt påverka hennes relation till barnet. Stödet och bemötandet från vårdpersonalen är av stor betydelse för att få en normal och positiv förlossningsupplevelse. Om föderskan känner sig delaktig i beslut kring vården, känner att hon har kontroll över situationen samt känner sig sedd och respekterad menar Lindgren och Wiklund (Borgfeldt et al., 2019, 85) att förutsättningarna för en god förlossningsupplevelse är uppfylld. Enligt Hodnett är påverkan av vårdgivarnas attityd och beteende den största faktorn för hurdana förlossningsupplevelserna blir. Förutsättningarna för en positiv förlossning är tillit och trygghet till vårdpersonalen, vårdpersonalen skapar det genom stöd och närvaro (Hodnett, 2002). Handlingsprogrammet för sexuell hälsa och fortplantningshälsa 2014-2020 menar målet för en positiv förlossning god planering. Alla föderskor har möjlighet att delta i planeringen av sin förlossning samt delta i förberedande föräldrakurser. När man planerar förlossningen planeras den i en säker och lugn miljö. Det ska finnas möjlighet för föderskan att slappna av och röra på sig samt ska hennes integritet bevaras.

3.3 Några komplikationer

Det finns många olika komplikationer som kan uppkomma i samband med en förlossning, både för mamman och barnet. Komplikationerna kan vara av olika svårighetsgrad, allt från lindrig till kritiskt tillstånd.

Sätesbjudning

Om barnet ligger med baken eller fötterna först heter det sätesbjudning. Om man upptäckt det i tid så kan läkaren försöka vända barnet rätt i vecka 36. Om det inte upptäckts eller om barnet vänt sig igen så kan det vid förlossningen behövas kejsarsnitt (Borgfeldt et al., 2010, 99). När vattnet går och barnet har sätesbjudning så är det risk att barnet får navelsträngs prolaps. Eftersom fosterkroppen inte fyller ut hela förlossningskanalen kan navelsträngen glida förbi fostret och navelsträngs prolaps uppstår. Om navelsträngen komprimeras kan fostret påverkas. Förlossningen bör avslutas snarast (Borgfeldt et al, 2010, 99).

Navelsträng runt halsen

Navelsträngen kan vara snurrad runt barnets hals eller kropp. Om den är lätt runt halsen kan man lyfta den över axeln. Om navelsträngen däremot är hårt runt halsen så ska den genast

klippas av. Ibland kan det behöva läggas en blodkärlsklämmare på navelsträngen för att sedan kunna klippa av den och genast hjälpa barnet (Castren et al., 2012, 370-371).

Navelsträngs prolaps

Navelsträngs prolaps innebär att fostret inte har kommit tillräckligt lågt ner i bäckenet när fostervattnet går (Sahlin Úlfsdóttir et al., 2009). Navelsträngen slinker ut med fostervattnet, framför och under fostret vilket leder till kompression av navelsträngen. Om navelsträngen komprimeras upphör eller försämras cirkulationen mellan placentan och fostret. Fostret kan då få syrebrist och beroende på hur graviditeten ser ut kan det i vissa fall leda till fosterdöd. Vid navelsträngs prolaps är det viktigt att agera snabbt. Om det är möjligt kan man försiktigt trycka tillbaka barnets bjudande del. Då frigörs kompressionen av navelsträngen. Om livmoderhalsen är fullt öppen och barnet kan födas inom någon minut gör navelsträngs prolaps ingen skada men ofta är kejsarsnitt nödvändigt (Lindgren et al., 2016, 601-605).

Prematur förlossning

Om en förlossning startar tidigare än vecka 37 innebär det en prematur förlossning. Den prematura förlossningen innebär en risk för både mamman och fostret. En mycket tidig förlossning räknas det när fostret föds i vecka 22-28, medan en prematur förlossning är i vecka 28-37. Det är viktigt att man noga följer med babys tillstånd, eftersom det finns risk för stora komplikationer och infektioner (Riikola och Uotila, 2012). Om den prematura förlossningen orsakats av en grundsjukdom hos modern är det viktigt att hennes tillstånd noga följs upp. Symtom på en för tidig förlossning kan vara blodblandade flytningar, smärta i nedre buken och regelbundna sammandragningar. Infektion kan vara en orsak till att en förlossning startar tidigare.

Boland, Davis, Dawson, Stewart, Smith och Doyle (2018) har gjort en undersökning angående prematura födslar på sjukhus och de som föddes utanför sjukhuset. Resultatet visade att de som föddes utanför sjukhuset hade en större risk att vara dödfödda, döda inom 28 dagar eller inom ett år. Av de 133 barn som ingick i studien var 51 (38%) döda vid födseln (Boland, Davis, Dawson, Stewart, Smith & Doyle, 2018).

Blödningar hos mamman

I första trimestern är det inte helt ovanligt med små blödningar. Blödningar mot slutet av graviditeten kan tyda på placenta praevia eller ablatio placentae, det är viktigt att undersöka varför kvinnan blöder. Om det under själva förlossningen uppstår blödningar och livmodern ömmar kraftigt, är det ett tecken på att moderkakan har lossnat eller att den blockerar barnets utväg.

Placenta praevia. innebär att moderkakan växer nära eller över livmodermunnen och bildar en föreliggande moderkaka. Det innebär i praktiken att moderkakan blockerar barnets utväg. Kvinnan har smärtfria blödningar som kan avstanna men kommer tillbaka, då oftast kraftigare (Borgfeldt et al., 2010, 39). Beroende på hur moderkakan ligger och hur långt gången graviditeten är bestäms fortsatt vård. Placenta praevia kan utgöra en risk för barnet. Ibland kan kvinnan föda normalt, medan det i vissa fall krävs kejsarsnitt, planerat eller akut (Kaplan et al., 2009, 148).

Ablatio placentae innebär att moderkakan lossnar för tidigt, det kan innebära en stor risk för både kvinnan och fostret. Det kan vara en liten avlossning som är symptomfri eller en större avlossning som innebär stor blödning (Kaplan et al., 2009, 143). En större avlossning, när mer än halva placentan har lossnat, är allvarlig och kvinnan går in i ett chocktillstånd. Chockförebyggande åtgärder måste vidtas, det kan även behövas blodtransfusion (Borgfeldt et al., 2010, 37). Om mer än en tredjedel av placenta har lossnat påverkas fostret, hjärtljuden blir långsamma och i värsta fall avlider barnet (Borgfeldt et al., 2010, 37). Ibland märker barnmorskan efter förlossningen, att en del av moderkakan lossnat för tidigt, men då modern inte märkt något är det oftast ingen fara för kvinnan eller barnet (Sahlin Úlfadóttir, 2009).

Mamman kan få blödningar efter en förlossning, det kan bero på att livmodern inte orkar dra ihop sig eller så kan det vara en bristning i livmoderhalsen eller slidan vilket betyder att mamman måste sys. En större blödning kan också bero på att hela moderkakan inte kommit ut, därför är det viktigt att man granskar moderkakan och ser att alla delar är på plats (Borgfeldt et al., 2010).

3.4 En förlossning som startar utanför sjukhus

En förlossning är alltid unik och olik den andra. En förlossning kan vara över på ett tiotal minuter eller så tar det ett tiotal timmar. Som sjukvårdare vid en förlossning är den viktigaste uppgiften att stöda kvinnan och handleda henne så gott man kan (Isaksson & Ljungquist,

1997, 345). Som första vårdare bör man ha grundläggande kunskaper om förlossningens treskeden samt hur man som vårdare skall agera (Castrén et al., 2012, 367).

3.4.1 Vårdpersonalen vid en förlossning utanför sjukhus

När man som förstavårdare kommer till en förlossning som startat utanför sjukhuset måste man göra en bedömning, planera och förbereda sig på att eventuellt stödja föderskan under förlossningen (Isaksson & Ljungquist, 1997, 345).

När man anländer till kvinnan skall man göra en bedömning av situationen. Rutinmässigt kollar kvinnans vitala funktioner såsom; andning, syresättning och cirkulation. Man ställer frågor som gör att man kan planera förlossningen. Frågor som är viktiga att ställa för fortsatt planering är om/när sammandragningarna börjat, sammandragningarnas karaktär och frekvens samt om kvinnan är först- eller omföderska. Andra väsentliga frågor är bl.a när förlossningen är beräknad, om fostervattnet gått, om kvinnan haft blödningar och om hon väntar ett eller flera barn. Ibland kan det vara bra att veta om graviditeten varit normal och barnets läge (Isaksson & Ljungquist, 1997, 345).

När man gjort bedömningen måste man ta ställning till om man hinner till sjukhuset eller inte. Om man anser att man kanske inte kommer hinna fram måste man bestämma om förlossningen ska äga rum på nuvarande plats, t.ex. i hemmet eller som sista alternativ, i ambulansen. Oavsett gäller det att planera så man vet vad man ska göra. Om det skulle ske komplikationer vid en förlossning är sjukvårdarens viktigaste uppgift mamman, man måste se till att hon har en bra syresättning och förebygga chock (Isaksson & Ljungquist, 1997, 346).

Om förlossningen kommer äga rum i ambulansen måste hytten vara uppvärmd för att inte kyla ner barnet. Kvinnan skall ligga med huvudet i färdriktningen, hon kan halvsitta eller ligga på vänster sida. Om kvinnan ligger på rygg är det risk för blodtrycksfall eftersom det stora blodkärlet vena cava komprimeras (Isaksson & Ljungquist, 1997, 346). När barnet är framfött läggs det i hudkontakt med mamman och torkas torrt. När barnet andas/skriker kan man pusta ut. Det är ingen brådska med avnavlingen om moderkakan sitter kvar och kvinnan inte blöder (Isaksson & Ljungquist, 1997, 347). Förlossningen anses ha ägt rum där den avslutas, om barnet föds hemma men moderkakan föds på sjukhuset anses barnet vara fött på sjukhuset (Kaplan et.al. 2009, 286).

Första vårdare får endast en grundutbildning inom förlossning, en utbildning som är bristfällig när det väl gäller. Eftersom det har konstaterats bl.a vid THL att oplanerade förlossningar utanför sjukhus ökar skulle det vara nödvändigt att också utbilda mer sjukvårdspersonal.

3.5 Kvinnans upplevelse av en förlossning

Enligt WHO (1948) definieras hälsa som ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning”. En normal förlossning enligt WHO (1996) är låg risk för komplikationer, enkelbörd i huvudbjudning, startar spontant mellan vecka 37 och 42, inga komplikationer och en frisk föderska och ett friskt barn (Borgfeldt et al., 2019, 85).

En nybliven mammas tillfredsställelse av en förlossning påverkas av leveranssättet. Upplevelsen lämnar ett intryck hos kvinnan i mer än 10 år enligt forskning (Bossano et al., 2017). Många är rädda inför en förlossning, orsakerna till rädslan kan vara psykisk sjukdom eller tidigare erfarenheter av en förlossning. Vid förlossningsrädsla är det viktigt att kvinnan får träffa en barnmorska eller gå i terapi. Inför en ny förlossning kan det föreslås kejsarsnitt för att minska rädslan. Ingen skall tvingas till en vaginal födsel (Rouhe & Saisto, 2013). I en finländsk studie framkom det att finländska kvinnor upplever förlossningar svårare än bl.a amerikanska kvinnor. De finländska kvinnorna beskriver förlossningen som spännande och obehaglig, trots det är det en meningsfull händelse i kvinnans liv (Vehvilainen et al., 1994).

4 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt har jag valt att använda mig av Segestens (1994) teori om trygghet. Hon har valt att beskriva trygghet samt vad som upplevs som otrygghet för patienter i olika åldersgrupper och vid olika tillfällen. Målet är gemensamt för dem alla; patienter bör känna trygghet i vården. Man vill genom trygghet uppnå optimal livskvalitet.

Segesten (1994) poängterar att det är viktigt att förstå en persons värderingar för att förstå vad trygghet innebär för den enskilda individen. Livet blir behagligare om önskningar, som trygghet, tillfredsställs. Trygghet är ett komplicerat fenomen. Vi skapar alla vår vardag genom tolkning av olika fenomen och begrepp som för oss alla har olika betydelse. Segesten (1994) säger att man inte kan finna eller skapa förutsättningar för trygghet i vardagen,

eftersom det är individuella upplevelser av individen. Men vad innebär egentligen trygghet? Ett begrepp och fenomen med stor komplex som vi oftast tar för given.

Centrala begrepp som trygghet innefattar är bl.a säkerhet, självmedvetenhet, förtröstan, sorgfrihet, garanti, lugn och ro. Enligt Segesten (1994) är trygghet individens medvetenhet och förvissning om en viss tingens ordning. Trygghetskänslan beskrivs som balans, harmoni, lugn, glädje, lycka, tillit och energifrihet. Medan otrygghetskänslan beskrivs som oro, osäkerhet, rädsla, nervositet, frustrering och spänning. Trygghet kan delas in i yttre- och inre trygghet, vidare kan det delas in i olika resurser av trygghet som påverkar människan på olika sätt. Segesten (1994) lyfter speciellt fram trygghet i omvärlden, materiell-, själv-, miljö-, kontroll- och relationstryggheten. När man ser dessa former av trygghet kan man fundera hur man skulle göra i praktiken för att tillfredsställa dem på bästa möjliga sätt, eftersom de alla påverkar grundtryggheten hos människan.

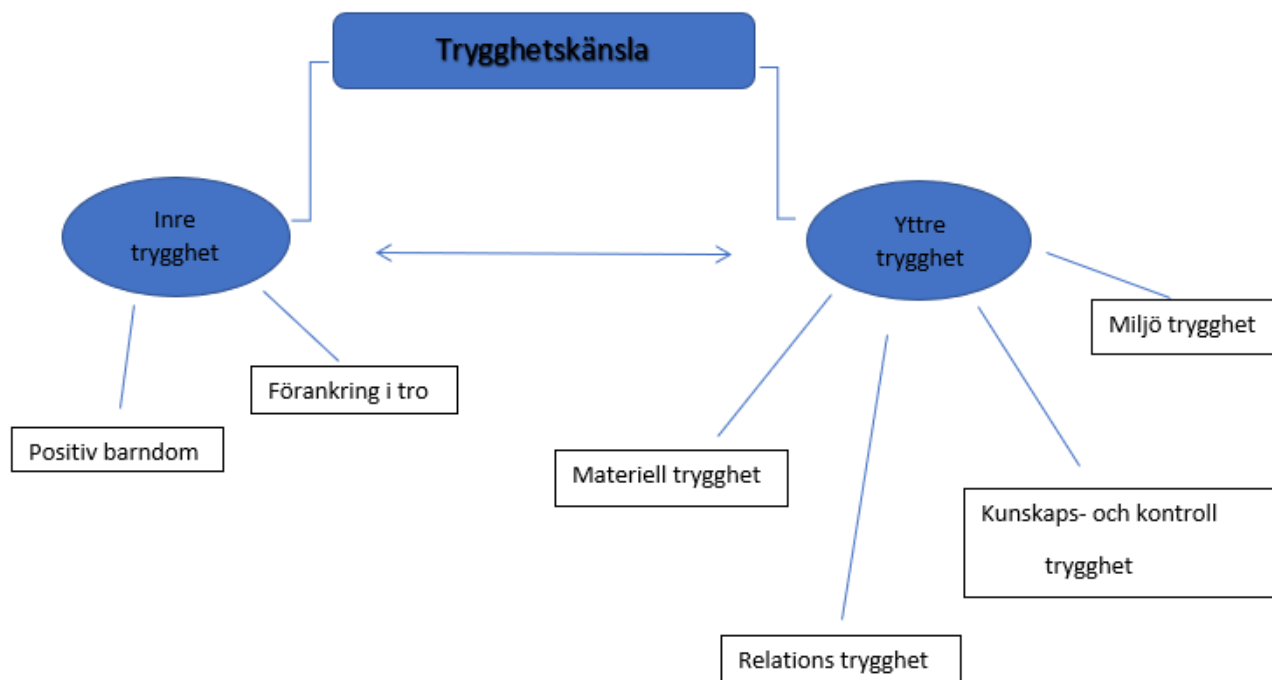


Fig.1 Bild av olika trygghetsdimensioner och deras samband (Segesten 1994)

Människors instinkt att överleva sätter de fysiologiska behoven på första plats, när de är uppfyllda kan man sedan fokusera på trygghetsbehoven (Segesten 1994). Varje gång man upplever förlust av en händelse eller förändring anses det som en störning i tryggheten. Denna störning kan leda till en känsla av hot, vilket innebär otrygghet. Av resultatet i Segestens (1994) forskning framgår det att det är hoten och inte de kända förhållandena som skapar otrygghet. Genom att som vårdare ta reda på vad som skapar hoten, alltså vad det är

som gör människan rädd och orolig. Genom att ta reda på det kan man också hjälpa patienten att eliminera otryggheten. Genom att skapa en ny rutin, ställa en enkel fråga ”är det något du funderar över?” så undviker vi otrygghet. När man har eliminerat eller bearbetat situationen återgår man till tryggheten, utifrån den nya situationen t.ex. vetskapen om att man har en sjukdom. De som anses som de värsta hoten under en sjukhusvistelse är bl.a hot som berör en sjukdoms art och grad, hot som berör vården och behandlingen samt hot om smärta, obehag eller hälsosvikt (Segersten 1994).

Betydelsen av trygghet och otrygghet har också en stor betydelse av människans psykiska hälsa. Eftersom fenomenet innehåller en rad olika begrepp och fenomenets betydelse bestäms utgående från individuella upplevelser. De centrala begreppen har ändå att göra med hur andra människor behandlar en, att man blir sedd och behandlad på ett värdigt sätt. Segersten (1994) menar att när man ska fastställa nivån av trygghet, som skall förenas med ett gott liv, är det beroende av vilken tid man lever i, var man lever, förväntningar, klasstillhörigheter, sociala normer och om man jämför sig med hur andra har det.

4.1 Tecken på att kvinnan är rädd och känner otrygghet

Förlossningsrädsla är något som ökar bland gravida kvinnor och det beror på flera orsaker (Campioni & Paulson, 2017, 169). Rädslan över att inte ha stöd, kontroll över det som händer och att kastas in i det okända är tre faktorer som gör att rädslan ökar (Campioni & Paulson, 2017, 169). Förlossningsrädsla kan delas in i fyra olika grader; lätt-, måttlig-, svår förlossningsrädsla och fobi. Rädslan kan i vissa fall bli så stor (fobi) att kvinnan undviker att skaffa barn, ibland behövs extra stöd och samtal, men de flesta kan hantera rädslan själv (Campioni & Paulson, 2017, 169).

Kvinnan kan själv påverka sin förlossning, genom fyra olika mekanismer kan hon arbeta med förlossningen, då hon känner sig trygg. Genom att kontrollera andningen, rösten, tankarna och slappna av, blir hon trygg och har en lättare förlossning. Genom att ge akt på karaktären av dessa fyra kan man förstå kvinnans känslor. Det tydligaste tecknet på rädsla är andningen. Om andningen är ljudlig, ytlig och innefattar mycket luft, förvärras också smärtan och rädslan. Eftersom balansen mellan syre och koldioxid rubbas kan hon börja hyperventilera (Heli & Svensson, 2010,76). Kvinnan har ofta en flyktinstinkt som gör att hon spänner sig, vilket kan bromsa upp förlossningen. Man märker att hela kroppen är stel, hon kurar ihop sig och ansiktet är stelt. Om kvinnan har ett ljust och pipigt tonfall är det ett tecken på rädsla, hon spänner sig och blir ännu räddare. En ljus röst är aktiverar en emotionell

reaktion (Heli & Svensson, 2010, 87). Om kvinnan säger negativa ord t.ex. ”det går inte”, ”jag vill inte mer”, är det ett tecken på stark smärta och rädsla (Heli & Svensson, 2010, 93).

4.2 Grunden för stöd, ökad trygghetskänsla

Om föderskan känner sig trygg vid förlossningen går det oftast lättare. Viktigast är att hon har någon närvarande och känner ett stöd. Närhet och kroppskontakt skapar en känsla av förtrolighet och lugn, föderskan känner sig sedd (Heli & Svensson, 2010, 115). Genom att prata ett enkelt språk, använda kraftord, upprepa sig och visa med kroppsspråket hur föderskan ska göra peppar man och hon känner trygghet (Heli & Svensson, 2010, 115). Kommunikationen utgör den största tryggheten, både verbalt och kroppsspråket. Genom att förhålla sig lugn, ha ett avslappnat ansiktsuttryck och en lugn röst skapar man en trygghetskänsla hos föderskan (Heli & Svensson, 2010, 115).

Som vårdare skall man följa KUA-modellen för optimal trygghet. KUA står för kontakt, utvärdera, agera. Man börjar med att skapa kontakt till föderskan, hon ska känna att man är närvarande och stödjande. Medan man skapar kontakt så kan man läsa av och utvärdera hennes känslor. Man läser av henne genom att lyssna, känna, titta och känner in känslorna i nuet. När man läst av och konstaterat att hon är t.ex. stressad, rädd och otrygg måste man agera. Som vårdare ska man försöka påverka och förändra hennes otrygghet till trygghet. Tryggheten skapas genom att få föderskan att använda sina fyra mekanismer (andningen, tankarna, rösten och genom att slappna av) på rätt sätt (Heli & Svensson, 2010, 127).

5 Metod

I detta kapitel beskrivs den kvalitativa forskningsmetoden, val av informanter, datainsamling, dataanalys och etiska överväganden. Respondenten har valt att göra en kvalitativ studie, eftersom det passar syftet, respondenten vill få en förståelse för hur mammor upplever en förlossning utanför sjukhus. Idén med den kvalitativa metoden är att man ska studera andra personers erfarenheter och upplevelser av en händelse, eftersom man studerar andra personer så kan man inte säga vad som är rätt eller fel. Syftet med den kvalitativa studien är att man ska lära sig av resultatet (Danielson, 2012).

5.1 Urval av deltagare

I en kvalitativ studie måste man som respondent ge akt på syftet när man väljer deltagare. I denna studie har deltagarna valts ändamålsenligt. Deltagarna måste själva ha erfarenhet av en oplanerad förlossning utanför sjukhus för att kunna delta i studien.

Idag har sociala medier stor makt och inlägg sprids snabbt. För att hitta lämpliga deltagare till studien postades ett kontaktformulär på Facebook (bilaga 1). Målet för studien var att hitta fem mammor med olika erfarenheter av en oplanerad prehospital förlossning, eftersom respondenten ville ha stor spridning på svaren (Henricson & Billhult, 2012, 134). På ett dygn hade studien fått tio intresserade deltagare från olika orter i Österbotten. Två av de som hört av sig bodde inte längre i Österbotten och förstod att det blir lite knepigt med avståndet. Men dom ställde gärna upp som reserver ifall det skulle bli för få deltagare i Österbotten. Om det inte var möjligt att träffas fanns Skype som reservplan för att genomföra datainsamlingen. Deltagarna som skulle delta i studien fick kort information om studien i ett tidigt skede.

Respondenten och deltagarna skulle delta bestämde att höras närmare datainsamlingstillfället. Vi hade hela tiden kontakt via meddelande, vilket gjorde att det var lätt att kommunicera och planera hur vi skulle genomföra intervjun. När intervjun skulle genomföras var det sex mammor som deltog. Vid förlossningen utanför sjukhus var deltagarna i åldrarna 27-35 år och ingen av dem var förstföderska när de var med om en förlossning utanför sjukhuset. Alla barnen överlevde förlossningen. Vid tidpunkten då studien genomfördes var förlossningen utanför sjukhuset den sista förlossningen för alla utom en av deltagarna. Förlossningarna utanför sjukhus hade skett mellan år 2010-2018.

5.2 Intervju som datainsamlingsmetod

Jag har valt att använda mig av intervju som datainsamlingsmetod även om det finns många olika former. I en intervjustudie anses också den som studerar ämnet som en medskapare av texten (Henricson, 2012, 133). Jag har valt att använda mig av den narrativa intervjumetoden. Det innebär att den man intervjuar får berätta sin historia fritt, medan man som intervjuare skall lyssna och inte avbryta då personen berättar om händelsen. Om det är svårt att få fram informationen spontant har man ändå rätt att ställa frågor eller be personen berätta mer specifikt om någon viss händelse (Kvale & Brinkmann, 2009, 169-171). Enligt Danielson (Henricson, 2012, 163) skall man ha syftet bestämt före man förbereder en intervju, eftersom det är utgångspunkten i det hela. Man ska ha en bra plan gällande intervju och analysarbete från början för att få ett så bra resultat som möjligt.

Det som är viktigt när platsen för intervjun bestäms är att man inte tar en plats där man kan bli avbruten. För att säkerställa att utrustningen fungerar testas den före man börjar. Intervjun börjar med att man presenterar sig själv som intervjuare, man berättar syftet med intervjun och går igenom eventuella bilagor. Man gör klart för den som skall intervjuas hur man konstruerat intervjun och vilket tidsschema man har samt att den intervjuade har rätt att stoppa eller eventuellt avsluta intervjun vid behov (Henricson, 2012, 170-172).

Den första intervjun var en pilotintervju, den skedde i deltagarens hem. Respondenten ville se att datainsamlingen fungerade som det var tänkt. Utrustningen, telefonens inspelning och bilagorna, som fungerade som stöd för intervjun, testades och uppfyllde sin funktion. Trots att intervjun bandades in gjorde respondenten anteckningar för att minnas bättre. Eftersom vi träffades i deltagarens hem, fanns det vissa störningsmoment. Förutom hundarna som lekte var också babyn vaken. Trots att intervjun pausades kort några gånger p.g.a babyn, fortsatte det där den pausats. Mamman var avslappnad och bekväm med att berätta om sina upplevelser, hon kändes fokuserad. Det skulle ha varit komplicerat att ha med babyn på en offentlig plats, det skulle ha tagit mer koncentration från intervjun. Förlossningen hade dessutom ägt rum hemma så mamman levde sig tillbaka och visade var i huset allt hänt. Intervjuformen, den narrativa metoden fungerade bra, mamman var van att berätta om sin förlossning utanför sjukhus. De flesta tilläggsfrågorna (bilaga 4) blev besvarade direkt, men det kändes bra att ha en grund. Inget i materialet ändrades efter pilotintervjun eftersom det uppfyllde sitt syfte.

5.3 Hur materialet samlades in

Respondenten postade ett kontaktformulär på Facebook (bilaga 1) i ett tidigt skede för att få tillräckligt med deltagare för att kunna genomföra studien. Urvalet av deltagare blev baserat på nuvarande ort och möjlighet att träffas. Eftersom studiens deltagare bor på olika orter i Österbotten, bestämde respondenten individuella platser med alla deltagare. Deltagaren fick själv bestämma plats på intervjun eftersom de då kunde avgöra vad som känns naturligt. De flesta intervjuer skedde i deltagarens hem, eftersom det var lättast för deltagaren. Intervjuerna som skedde i deltagarens hem, var naturliga och kravlösa. Barnen kunde vara hemma, de lekte, pratade och grät, det kändes som en naturlig miljö för mamman. Några intervjuer gjordes på café och bibliotek. De intervjuerna kändes också naturliga fast det var en obekant miljö och främmande människor i närheten, eftersom barnen inte var med kunde mamman slappna av och fokusera på intervjun. Alla intervjuer blev mer som en diskussion mellan två vänner, respondenten kände sig väldigt välkommen och deltagarna berättade glatt

om sina erfarenheter. Intervjuerna blev mellan 15 och 50 minuter långa. Ibland pausades inspelningen och vissa delar blev oväsentliga, t.ex. om barnen kom och berättade något.

Intervjuerna bandades in på respondentens telefon. Direkt efter varje intervju transkriberades den till text. Varje transkribering tog mellan 4 och 6 timmar. Respondenten har lyssnat igenom materialet flera gånger under transkriberingen gång samt efteråt för att säkerställa materialets tillförlitlighet. I Transkriberingen användes samma teckensnitt och storlek som denna. Texten var flytande och radavståndet 1,5 (samma som här). När transkriberingen var klar printades den ut på A4 papper, det blev sammanlagt 36 sidor.

5.4 Kvalitativ innehållsanalys

Respondenten har valt att använda kvalitativ innehållsanalys som dataanalysmetod. Innehållsanalys passar både kvalitativa och kvantitativa studier. Kvalitativ innehållsanalys lämpar sig vid mindre datamängd, så som få intervjuer. Innehållet kan då tolkas och beskrivas mer djupgående (Elo & Kyngäs, 2008). Själva analysen av materialet börjar när man transkriberar och samtidigt lyssnar igenom intervjun en gång till. När man lyssnar och lever sig tillbaka in i intervjun får man bättre förståelse för beskrivningen av händelsen.

Intervjuerna skall koda för att känslig information inte skall läcka ut, detta i enlighet med etiken. Man kan koda intervjuerna med siffertal eller namn. Det är nödvändigt att man lyssnar igenom och korrigerar transkriberingen för att innehållet skall vara korrekt (Danielson, 2012, 172). Respondenten hade en vision om att hitta på namn till deltagarna och presentera dem i resultatdelen, i samband med citaten. Det skulle ha gett läsaren en bättre helhetsbild av hur mammorna upplevde hela förlossningen, vem som upplevde vad osv. Men eftersom mammorna pratar olika dialekter och språk blir det lättare att känna igen dem om man vet hela upplevelsen. Den kvalitativa innehållsanalysen är en lång process som är uppdelad i flera skeden. En fördel vid innehållsanalysen är att man kan använda sig av olika tabeller eller mallar. Man lägger in intervjutexten i tabellen/mallen för att sedan bygga upp den med hjälp av koder. När man kodar intervjutexterna kan man använda färger, kategorier, teman och så vidare (Danielson, 2012, 336). Respondenten läste materialet flera gånger, för att sedan koda materialet. Kodningen började som små anteckningar i transkriberingen. När materialet lästes igenom syntes ett mönster i intervjuerna. Materialet lades in i en excel tabell (fig. 2 s. 17) och delades upp enligt kategori och kod. Eftersom temat var olika delades det upp med hjälp av olika färgkoder enligt kategori. När kategorierna var bestämda utgjorde koderna och förklaringarna underkategorier. Eftersom respondenten kodat materialet

bildades underkategorierna automatiskt utgående från koderna. Förklaringen av koden i excel tabellen var citat från intervjuerna. Citaten kunde sedan lätt plockas ut ur tabellen och användas i resultatdelen. Trots att det var mycket likheter i materialet fanns också tydliga olikheter.

Kategori	Kod	citat/förklaring
Känslor	Smärta	Vi för nu tå å, he vart bara starkare å starkare värkar
	oro, rädsla	har ju hinda tänk bakett oj gud va som sku ha kuna händ tå man på he vise int hadd nå hjälp.
	rädsla, oro, chock	he va väl no ganska chocka, en liten rädslo innan man hörd att hon grått förstås. He va väl no mest hede att man va chocka.
Kategori	Kod	citat/förklaring
Upplevelser	händelseförlopp	så sa on ja du får no kryst om du vill, åså bara rann on som ut. Ja bara krysta na lite en gang åså rann on ut tå, egentligen. Så upplevd ja e, att on bara rann ut.
	händelseförlopp	krystningskede to 1 minut. Di fundera ti 2, 3 krystningar.
	personalens handlande	Meen.. di hinda int rikti kom före on föddist. e kan ju händ di sku ha men di råka ha kaffepaus
kategori	kod	citat/förklaring
trygghet	otryggt	ja va ju ensam på he vise
	trygg i hemma miljö, anhörigt stöd->minskad rädsla/oro	Ja känd me trygg att få va jer heim. Å he va no också sko sambon ha vari nervös så sko ja kansk int vari trygg.

Fig.2 kategorischema; Exceltabellens uppbyggnad

5.5 Etiska överväganden

Det är viktigt att allt blir etiskt rätt. Det skall vara tydligt för den som deltar i studien att veta hur det går till, hur man gör med dataskyddet och att man gör det på rätt vis. Som respondent är det bra att göra en provintervju, så att man vet att utrustningen fungerar och att tidsschemat uppnås, när intervjun börjar är respondentens huvudroll att lyssna (Danielson, 2012, 171). Den första intervjun fungerade som provintervju, eftersom det fungerade som det var tänkt är den intervjun en del av studien. Utrustningen fungerade felfritt, intervjun hördes tydligt fast det var ljud i bakgrunden. Det fanns inget som var otydligt gällande informationsbrevet (bilaga 2) och samtycket (bilaga 3). Intervjumallen och tilläggsfrågorna (bilaga 4) blev besvarade redan under intervjuns gång, men respondenten ville ändå ha kvar tilläggsfrågorna för kommande intervjuer. Inget i materialet ändrades efter provintervjun. Eftersom respondenten ville behålla citaten personliga, har en översättning gjorts (bilaga 5) så alla ska förstå innebörden.

Studiens etiska utgångspunkt utgår från forskningsetiska delegationen (TENK), som har gjort forskningsetiska anvisningar vars syfte är att förebygga vetenskaplig ohederlighet och främja god forskningspraxis. Deras utgångspunkter är bl.a omsorgsfullhet och noggrannhet i dokumentering och presentation av resultaten, dataanskaffnings-, undersöknings- och bedömningsmetoder som bibehåller kriterierna för vetenskaplig forskning samt etisk

hållbarhet har tillämpats samt korrekt källhänvisning för att respektera tidigare arbeten. Meningsskiljaktigheter gällande vetenskaplig tolkning och bedömning innebär inte avvikelser från god forskningspraxis. Trots att TENK är grund för etiken i studien svarar respondenten själv för att god forskningspraxis iakttas (TENK, 2012).

Deltagarna fick varsitt informationsbrev (bilaga 2) där det framkom information om studien och deras deltagande. Studiens deltagare fick veta att det är frivilligt att delta och att de har rätt att avbryta om de vill. För att undvika missförstånd fylldes ett samtycke i (bilaga 3). Det kändes viktigt att deltagarna fick veta att de förblir anonyma i studien, vad studiens syfte är och vem som får tillgång till det.

Intervjuerna bandades in på respondentens telefon. Telefonen har en låsningskod, koden gör att utomstående inte kommer åt materialet, men för respondenten är materialet lätt tillgängligt. När studien avslutas kommer allt material som varit relevant för studiens syfte kasseras, det vill säga, alla intervjuerna raderas och transkriberingarna förstörs.

6 Resultat

Syftet med min studie var att ta reda på hur mammorna upplevde förlossningen utanför sjukhuset. Vilka känslor de hade samt vad som var en trygghet vid förlossningen, detta för att få en förståelse hur de känns att föda utan professionell hjälp.

Respondenten har intervjuat sex mammor som varit med om en förlossning utanför sjukhuset. Två mammor hade vårdpersonal närvarande, medan resterande inte hade någon yrkeskunnig med sig. Två mammor hade ett vårdyrke och kände att de hade hjälp av sitt yrke. Fyra av mammorna födde mellan vecka 37 och 40, två mammor födde efter 40 veckor, ingen födde prematur. Förlossningarna skedde allt mellan tre veckor före beräknad tid till en vecka över beräknad tid. Mammorna var i åldern 27-35 år när de var med om en förlossning utanför sjukhus. Pappan till barnet var närvarande i fyra av sex förlossningar, vårdpersonal var närvarande vid två av förlossningarna. Fem av sex deltagare har inte fått fler barn efter den oplanerade förlossningen utanför sjukhus. Det alla mammor hade gemensamt var att ingen av dem var förstföderskor. Avståndet till sjukhuset varierade mellan 2-70 km.

I detta kapitel kommer resultat från datainsamlingen presenteras. Materialet har delats upp i huvud- och underkategorier. I studien finns tre huvudkategorier som är markerade med **fet stil**. Huvudkategorierna är känslor, upplevelser och trygghet. Därefter delar sig huvudkategorierna i underkategorier som är markerade med *fet kursiv stil*. I studien är citat

markerade med citattecken samt *kursiv stil*. I förkortade citat används [...] för att tydliggöra utebliven text. Eftersom citaten är i sin ursprungsform finns en översättning (bilaga 5) till högsvenska.

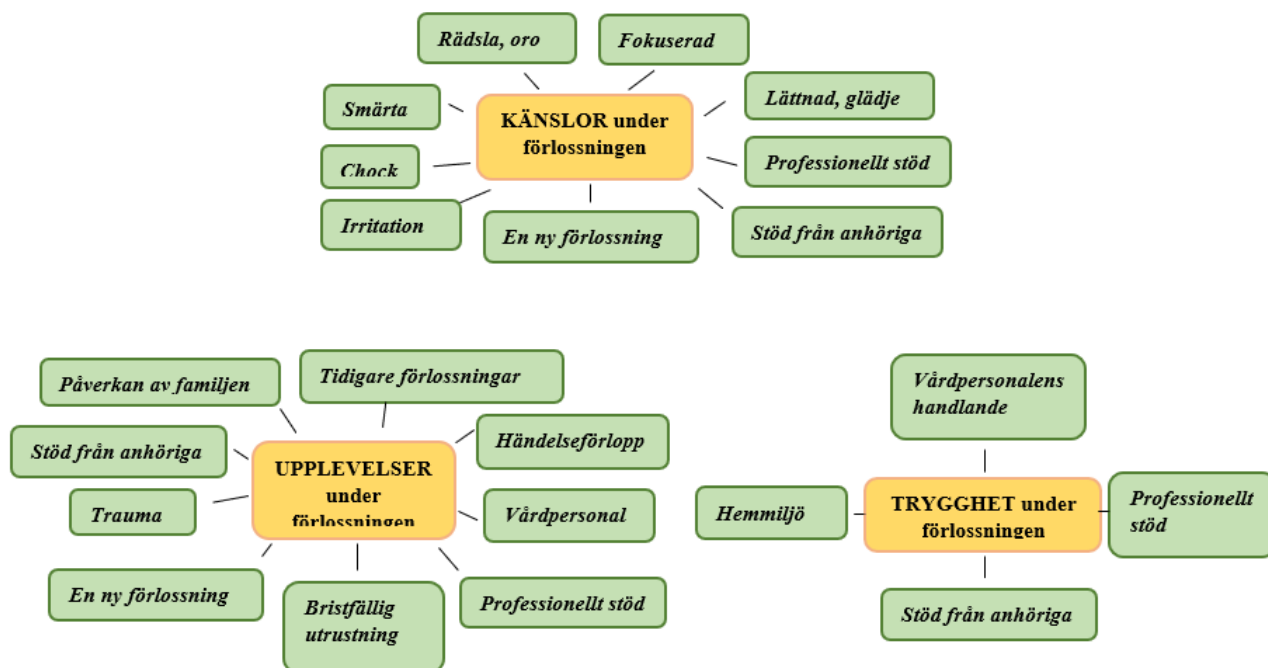


Fig 3. Huvud och underkategorier

6.1 Känslor

Känslorna vid förlossningen utanför sjukhus har varit många, inte bara för mamman utan också för familjen, anhöriga och vårdpersonalen. Mammorna har märkt att förlossningen har startat och börjat förbereda sig för att åka in till förlossningsavdelningen. Deras tidigare upplevelser är att öppningsskedet är långt och smärtsamt. Vid förlossningen utanför sjukhuset har öppningsskedet gått snabbt och nästan varit omärkbart. Smärtan har kommit blixtrande och utdrivningsskedet har börjat direkt. Pappan till barnet har utgjort ett stöd för mamman. I de förlossningar som pappan inte deltog har mamman haft mer negativa känslor. Mammorna har känt saknaden efter vårdpersonalen men samtidigt försökt skydda de anhöriga genom att inte visa sig sårbar. Hon har begränsat sina tankar och börjat fokusera. Efter förlossningen kände mamman en lätnad över att det gick bra. Det var också efter utdrivningsskedet som alla tankar kom, när hon förstod vad som hänt, drabbades hon av en känslomässig chock. Mammorna berättar om känslorna inför en ny förlossning. Underkategorier har bildats från de känslor som mammorna i studien har uttryckt *rädsla och*

oro, smärta, chock, irritation, fokuserad, lättnad, glädje, stöd från anhöriga och professionellt stöd samt känslor inför en till förlossning.

Rädsla och oro är något som uppstått hos alla mammor när de insett att dom kommer att föda utanför sjukhuset. Trots rädsla och oro har mammorna ändå behållit lugnet för att dessa känslor inte skall smitta av sig till de som var närvarande vid förlossningen. Rädsla och oro uppkommer dels för att man vet vad som kan hända om det uppstår komplikationer men också för att man känner en viss panik över hela situationen. Mammorna känner rädsla och oro eftersom de inte har någon vårdpersonal närvarande. Man kan oroa sig utan att vara rädd eller vara rädd utan oro. Men det kan också vara en kombination av dessa t.ex. oro för att det skall uppstå komplikationer, denna oro leder sedan till rädsla.

” Ja kuna int vis hur ja känd heller för tå sku ju kanske gubbin ha blivi meir nervös å.”

” Ja minns bara att ja sa åt an att si till så on int faller ur bilin. E va ju som enda ja tänkt på tå just.”

När mammorna fick något att **fokusera** på minskade de negativa känslorna. Genom att fokusera kunde man minska sin rädsla och oro. Man var fokuserad på sin uppgift och behövde inte tänka på smärtan eller på vad som skulle kunna hända.

” de blev no ett dunkel på nå vis att nu måst man handla vet du, nu måst vi gör nånting!”

” di hadd ett klistermärke av project liv i take på ambulansin, he va he ja fokusera på. Ja kuna int si ambulanspersonalen elo barnmorskon i ögonen utan ja måsta som få fokuser på en punkt å he vart hede klistermärke tå.”

Mammorna har alla känt av en stor **smärta**, de har aldrig tidigare haft likande smärtor. Till skillnad från tidigare förlossningar har smärtan börjat hastigt och varit intensiv direkt från början. Man har inte hunnit reagera på att det är förlossningssmärter eftersom kroppen reagerat annorlunda än vid tidigare förlossningar.

” [...] eftersom ja hadd prata me dem på förlossningen å di sa du känner no, å ja visst ju hur he hadd kändes första gången. Men ja tänkt att int va ja ju i närheten av den känslan ännu”

” [...] tå känd ja bara att heje tar no sjukt, heje kommer no ti ta ill”

” ja vill bara kom fram å få en epidural int na desto meir kontroller”

” no kan e händ att ja böri va pågång no att, att he böri kännas så [...] ja fick riktigt sådär att e högg till”

Vårdpersonalen hann inte fram i tid till alla förlossningar men mammorna är alla glada över att de kom. Alla mammor kände ett **professionellt stöd** när vårdpersonalen närvarade. Det professionella stödet är alltid en viktig ståndpunkt när det gäller ens hälsa. Även fast personalen har en vårdutbildning så känns det bra att de närvarar, även fast de inte har kunskap eller gör någon åtgärd. Personalen som det gäller i studien hade inte någon kunskap om förlossning, trots det så utgjorde de ett stöd. Eftersom hälften av mammorna i studien födde utan vårdpersonal så kände mammorna en stor tacksamhet när vårdpersonalen väl kom.

” Ja e glad att e gick så bra, å att ambulanspersonalen va såde snabbt på plats”

” [...] ja va mest nervös yvi tå vi va heim å int hadd najn kunnig personal me oss”

Irritation uppstår oftast i relation till anhöriga och okunnig vårdpersonal, eftersom de inte förstår hur nära förlossningen är. De personer som varit närvarande när förlossningen börjat har försökt lugna mamman och inte förstått allvaret i situationen, vilket gjort att mamman blivit irriterad. Mamman har själv insett att hon inte kommer hinna till sjukhuset och vill förbereda sig så gott det går hemma, medan den/de närvarande försökt göra allt för att börja färden mot sjukhuset. Irritation har även uppstått mot okunnig vårdpersonal som inte förstått att förlossningen kommer äga rum före ankomsten till sjukhuset.

” Ja sa du (mannen) måst hjälp mej å han sa nu att ”nåmen ja drar upp dina byxor åså bär ja dej ti bilen” ”

” ja märkt he på di att di va som ändå lite såde nervös å börja räkn upp saker å ting om förlossningen å va som va normalt [...] di visst ju int i vilket skede ja va, sko e ha vari en meir erfaren personal elo najn som ha född själv så sko dem kanske ha sitt att ja va länger hinda i förlossningen än va dom trodd att ja va”

När förlossningen är över och mamman hämtat andan och märker att babyen skriker och har det bra uppstår en **lättnad**. Mamman pustar ut, lättad över att allt gått bra.

” man har som blivi, såhär efteråt har rysningar liksom me bara tanken att tänkt att man ändå överlevd å att de gick sådär att”

” de sku säkert ha kuna bli de ena å de andra, men vi klara oss bra”

Efter förlossningen när situationen lugnar sig och mamman kan tänka igen, drabbas hon ofta av en känslomässig **chock**. Hela förlossningsförloppet har varit intensivt och gått så snabbt så hon inte har hunnit tänka eller reagera, hon hamnar i en känslomässig chock. Man inser inte att det är förlossningen som startat, kroppen arbetar per automatik och man vet inte vad man gör egentligen. När utdrivningsskedet är över och mamman hör barnets skrik börjar hon inse vad som hänt.

” Men att de va ju sen efteråt som man på nå sätt blev såhär tänk om e sku ha vari na komplikationer [...]”

” he va väl no ganska chocka, en liten rädsla innan man hörd att hon grått förstås... He va väl no mest hede att man va chocka.”

” man va så paralysera av den stunden så man kuna ju ja kuna int tänk klart... ja va ju no i chock”

Mammorna känner även en rädsla och oro över **en ny förlossning**. Alla mammor är rädda för en till förlossning, de tror att denna förlossning var den sista. Även fast allt gick bra vid förlossningen utanför sjukhuset är det ingen som kommer att glömma händelsen. Den finns i minnet med en skräckblandad förtjusning.

”Ja tror he e bra såde, att man har tanken okej he va såde men he gick bra. Ja tror att ja sko bli rädd me tanken att ja sko måst föd ännu [...]”

Mamman som haft en förlossning efter sin förlossning utanför sjukhuset beskriver det som en rädsla för hela familjen. Hon kände en stor rädsla för allt som hade med förlossningen att göra.

”då va ja rädd, tänk om de händer igen. Men sen va ja no rädd för andra saker överlag [...]”

6.2 Upplevelser

I studien fanns upplevelser som en kategori, detta för att undersöka vilka upplevelser mamman fick vid förlossningen utanför sjukhuset. Mammorna har upplevt förlossningen utanför sjukhuset som snabb och smärtfylld. Jämfört med tidigare förlossningar så har förlossningsskedena gått snabbt och man har inte förstått att förlossningen kommer ske så snart. Eftersom det gick snabbt var alla förlossningar komplikationsfria, mammorna hade mindre komplikationer och smärtor efter förlossningen. Deras kroppar har återhämtats inom några dagar efter förlossningen. Det som mammorna upplevt som viktigast är att ha någon närvarande, de vill inte vara ensamma. I de fall barnen har närvarat har mamman upplevt det jobbigt. Hon har försökt skydda barnen men p.g.a förlossningens snabba framfart varit tvungen att tänka på sig själv. Det har gjort att barnen blivit rädda och fått panik när de har sett mammans smärtor. Mammorna har alla upplevt förlossningen utanför sjukhus som skrämmande i stunden, men efteråt beskrev några mammor det som *”en häfti upplevelse [...]”*. Orsaken till att det blev en positiv upplevelse är att allt gick bra, varken modern eller barnen fick några komplikationer. Trots att allt gick bra vid förlossningen utanför sjukhus är det svårt för mammorna att föreställa sig en ny förlossning. I kategorin upplevelser har underkategorier har bildats enligt följande: *händelseförlopp, tidigare förlossningars upplevelser (jämförelse), stöd från anhöriga, professionellt stöd, vårdpersonal, bristfällig utrustning, trauma, påverkan av familjen och en ny förlossning.*

Eftersom förlossningen började snabbt och var intensiv direkt från början har mammorna upplevt *händelseförloppet* som snabbt och delvis suddigt. De olika händelserna går in i varandra och de hinner inte uppfatta vad deras kropp försöker säga. Eftersom

händelseförloppet går snabbt och mamman känner oro eller rädsla kan mamman ibland knipa igen för att hon inte är redo, även om barnet skulle vara moget att födas.

”Så e gick ju så snabbt alltihop så man hinda int rikti reagera”

”Ja to en pall där bara som ja sto å stödd me på åså kom en värk tel, så sa ja att ”Nu nu tror ja no huvu kom” på max 5 krystvärkar, ha ja ju hadd, men ja tror no he va närmare tri”

Eftersom mammorna inte var förstföderskor har de tänkt tillbaka på de tidigare förlossningarna. De har jämfört *tidigare förlossningsupplevelser* med upplevelser vid förlossningen utanför sjukhus. Det kan konstateras att de tidigare förlossningarna inte går att jämföras med denna förlossning. Förlossningen utanför sjukhuset gick snabbt och de hann inte uppfatta vad som hände. När man ska föda på sjukhus är man förberedd på situationen och har en barnmorska som går igenom förlossningen tillsammans med mamman. När man föder utanför sjukhus är man utelämnad och måste lita på sin kropp. Eftersom allt gått bra vid förlossningen utanför sjukhus och varken mamman eller barnet har fått några komplikationer, anses den vara en bättre förlossning. Mammorna har återhämtat sig snabbare och inte varit i behov av någon eftervård.

”He va en mycke bättre förlossning än hande första, å he va en normal förlossning”

”[...] speciellt krystningsskede, att de va bara plupps å den kom ut.”

Man upplever *stödet från anhöriga* som viktigt, det är viktigare nu än vid en förlossning på sjukhuset. När förlossningen startar på sjukhuset har man stöd från barnmorskan och övrig vårdpersonal som har en bred kunskap, men när förlossningen börjar i hemmet har man inget professionellt stöd. Även om man föder i bilen eller på vägen är den anhöriges stöd viktigt, mamman känner sig annars helt utelämnad. Den anhöriga behöver inte ha kunskap eller göra något speciellt, huvudsaken är att man inte är ensam i den obekväma situationen.

”Å gubbin som int veit om, hur leis man e sjuk å hur långt ere när he kommer han bara kan si där brevi”

”Ja minns att ja fråga fleira gangor ”var e an (mannen), vaför får int an kom in i ambulansin?” [...]”

Det **professionella stödet** är alltid en viktig ståndpunkt när det gäller ens hälsa. Vårdpersonalen försöker alltid sitt bästa för att vara ett stöd för människor som behöver deras hjälp. Men p.g.a att ambulanspersonalen inte har fått skolning och därmed inte alltid har kunskap om vad en förlossning innebär, kan de inte heller ge optimalt stöd. Vissa ur vårdpersonalen var pappor eller var kvinnor som själva gått igenom en förlossning och kunde därför vägleda bättre. Mammorna är tacksam för vårdpersonalens närvaro och stödet de ger, mammorna upplever det positivt. Även stödet annan vårdpersonal ger upplevs positivt av mammorna. T.ex. när nödcentralen guidat paret genom förlossningen.

” [...] ja visst att ambulansen kommer så ja tänkt... ja hadd int na panik eller na.”

” [...] så tyckt ja ju att vi fick ju bra guidning via nödcentralen å på så vis.”

”För int va ja ju na rädd för att int hinn fram ti sjukhuse, ja vila hind ti na vårdpersonal. Ja vila ju hind fram ti ambulansin för ja vila ha vårdpersonal. För ja tänkt ju som att bara vi hinner fram ti ambulansen så var e bra...”

Vårdpersonalen som anlant först till förlossningen har upplevts som otrygga. Det har i mammornas fall varit ambulans- och förstavårdare som varit först på plats, ingen av dem har tidigare varit med om en förlossning. Ambulansmännen har en teoretisk kunskap om en förlossning, men den upplevs inte heltäckande. Vissa män ur vårdpersonalen hade varit med när deras barn blivit fött och några kvinnor hade själva gått igenom en förlossning och hade därför egna erfarenheter. Mammorna tycker ändå att vårdpersonalen borde få mer skolning för att kunna hjälpa till vid en förlossning.

” ambulanspersonalen hadd ju int heller vari me om, int veta ti najnting. Ti veta int najnting”

”Men di va ju no som me tuman mitt i handen ti sköit na toko de [...] annars kanske ja sko ha vari beredd att fød redan tå, tå vi steig in i ambulansin”

Eftersom förlossningen inte var planerad som en hemförlossning så var inte heller utrustning optimal. I hemmiljö har mammorna improviserat och tagit vad man haft hemma. I

ambulansen känns förlossnings kittet och utrustningen **bristfällig**, trots att det ska vara det nödvändigaste.

” [...] men int hadd di ju na sånt i ambulansin int (ville ha en varm vätedyna), så he va na första hjälpen, sånde lite ljummen som ja fick, men he hjälpt ju ingenstans”

Trots en oväntad förlossning upplever ingen av mammorna **trauma** efter förlossningen. Mammorna upplever att de har velat prata igenom händelsen flera gånger och gå igenom förlossningen. I vissa fall har mammorna fått remiss till ”pelkopoli”, fått besök från rådgivningen eller bearbetat händelsen med personalen. Några utav mammorna har inte alls fått gå igenom händelsen med någon professionell utan pratat med vänner och släktingar. Alla mammorna upplever ändå att de har fått diskutera och bearbeta händelsen tillräckligt.

”Di (hälsovårdarna) kom no från rådgivningen ti oss å prata me alla, di vila prata också me barnen å att di fick int nå trauma”

” ena ambulanspersonalen, en kvinna, så kom dit upp ti förlossningsavdelningen å hälsa på mej å liksom kolla hur de va å sånt här för tydligen så hadd de berört henne å ja vet int hon ville som bara kolla att hur ja hadd de å upplevd de där från att di kom å hämta mej, om de lämna å funder på nå å, hon va nu jätte sådär vänlig å sa då ännu att jaa, ere nånting så hör av dej bara”

När förlossningen startat hastigt hemma har familjen inte hunnit förbereda sig. Mamman upplever **familjen** som ett stöd när det inte finns barn närvarande, men när det även finns barn hemma, får barnen panik, när de inte förstår vad som händer. Barnen blir oftast rädda och vill vara med föräldrarna, de förstår inte varför föräldrarna är stressade och säger åt dem att gå bort. Mamman kan uppleva detta som en svår situation.

” Å dihe två äldre va där å ”ambulansen kommer...” di va lite i panik [...]”

” ”Pia vor rädd tå mamma ropa” å he e hennes exakta ord ov va hon sa såde efteråt”
(Pia är ett påhittat namn)

Trots att mammorna inte upplever något trauma efter förlossningen upplever de tanken på en *ny förlossning* som skrämmande. Efter förlossningen utanför sjukhus har mammorna kommit att tänka på allt vad som skulle ha kunnat hända och vad som hänt. Eftersom allt gick bra upplever de förlossningen utanför sjukhus som en minnesvärd, rolig och annorlunda upplevelse. Trots det vill ingen av dem gå igenom en till förlossning.

”Ja tror att dehär va bra att he va sista som vi vill, vi sko no int eller vi har int tänkt att vi ska ha nameir barn.”

”Så i dehär skede e man glad att man int behöver nå fler barn ja sku no int vila gå igenom dedär skede igen.”

6.3 Trygghet och otrygghet

I kategorin trygghet var målet att ta reda på om mammorna kände att de fick en trygg förlossning fast den var utanför sjukhuset. Anhörigas närvaro gjorde mamman trygg, speciellt om den anhöriga behöll sitt lugn. Även det professionella stödet från vårdpersonal bidrog till tryggheten, deras kunskap har betydelse. Om de visar sin okunskap och osäkerhet gör det att mamman blir rädd och orolig, vilket leder till otrygghet. När mamman har varit ensam eller inte haft någon anhörig närvarande har hon känt otrygghet. Hälften av mammorna födde hemma, vilket de ansåg vara en trygghet eftersom det var en känd miljö. De som födde i bilen anser att det finns tryggare ställe att vara på men eftersom de inte kunde påverka det då var det bara att acceptera läget. Eftersom det även kommit fram saker som bidrog till otrygghet kan man fundera vad som kunde ha gjorts annorlunda för att minska otryggheten. Trygghet gör att man kan slappna av och ha en positiv förlossning. Det är många faktorer som bidrar till trygghet, en grundtrygghet kan vara att man har någon närstående med sig. Även vårdpersonal och miljön har en betydelse för tryggheten. Underkategorier har bildats enligt följande: *Professionellt stöd, anhöriga, hemmiljö, vårdpersonalens handlande.*

Professionellt stöd är en faktor som bidrar till trygghet. Vårdpersonal utgör en trygghet bara genom att finnas tillgängliga. Om vårdpersonalen inte har tillräcklig kunskap eller visar att de är osäkra utgör de en otrygghet för mamman. För att förlossningen ska gå så bra som möjligt är det viktigt att mamman känner sig trygg att föda. Även före och efter förlossningen

är det bra med professionellt stöd. Trots bristande kunskap om en förlossning har vårdpersonalen en professionell kunskap.

”Tå barnmorskon kom int va e precis som att e sko ha sköljd na lugn över me [...] he va no hon som medfört hande största tryggheten att ja kuna föd [...].”

”Så he va ju tryggan ti kom å klippt tå (navelsträngen), fast di aldri gjort e ti heldär”

Bara genom att ha någon **anhörig** med sig gör att man känner trygghet. Om den anhöriga tar situationen som den kommer och handlar lugnt gör det också att kvinnan känner sig lugn. Mamman vet att det finns någon som kan hjälpa henne och göra det hon själv inte är benägen till.

” Å he va no också sko sambon ha vari nervös så sko ja kanskj int vari trygg”

” [...] å fick dendär rauhallinen ja turvallinen feelis när de va en annan aikuinen paikalla”

Många påpekar att de är glada att de inte hunnit åka iväg utan fått vara i sin **hemmiljö**. I sitt hem känner man sig trygg och bekväm. Hemmet bidrar till en trygghet även fast situationen är skrämmande. Det var två mammor som födde i bilen, de kände en otrygghet men kunde inte påverka situationen, de accepterade läget och gjorde det bästa av det.

” Å ja e no glad att vi int hinda hopp in i bilen å böri far, jaa, ja sko ju no int ha vila föd i bilen”

” Ja känd me trygg att få va jer heim [...]”

Trots det stöd och den kunskap vårdpersonalen besitter är det viktigt hur de använder det. **Personalens handlande** kan vara tryggt men också otryggt. Om vårdpersonalen visar sin nervositet och oro märker mamman av det och börjar känna sig otrygg. Trots att personalen är fysiskt närvarande kan mamman uppleva det som att hon är ensam, och därför känner hon en otrygghet. Om mamman är otrygg har hon svårt att föda, det är då risk för att komplikationer skall uppstå.

”Meen... di hinda int rikti kom före on föddist. e kan ju händ di sku ha men di råka ha kaffepaus”

”För tå känd ja att nu kommer on, ja kan int hald emot nameir [...]”

7 Spegling av resultatet

I detta kapitel kommer respondenten spegla resultatet mot bakgrunden, den teoretiska referensramen och tidigare forskning inom ämnet. Som teoretisk referensram används Segestens trygghetsteori (1994) samt trygg förlossning av Heli & Svenson (2010). Speglingen är uppdelad enligt kategorierna från resultatet.

Känslor

I underkategorin **rädsla och oro** framkom det att mammorna kände sig rädda och oroliga när de förstod att de inte kommer hinna fram till sjukhuset. Mammorna var mest oroliga över komplikationerna som kan uppstå samt oron över att inte ha någon kunnig vårdpersonal närvarande. När förlossningen var över och chocken lade sig kom den största rädslan över vad som kunde ha hänt. Utöver rädslan och oron har de också känt **smärta**. Smärtan mammorna har känt vid förlossningen utanför sjukhus, har de inte känt vid tidigare förlossning. Eftersom mammornas förlossning startade snabbt hann ingen av dem få smärtlindring. Trots att allt gick bra vid förlossningen utanför sjukhuset är **känslorna inför en ny förlossning** skräckblandade. Ingen av mammorna ser framemot en till graviditet, rädslan över hur förlossningen skulle gå är för stor. En mamma i studien hade haft en ny förlossning efter förlossningen utanför sjukhus. Hon beskrev förlossningen som en rädsla och handlandet inför den förlossningen var annorlunda. Eftersom förlossningsrädslan var så stor var hon tvungen att besöka ”pelkopoli” för att gå igenom allt. Det var inte bara mamman som var rädd inför förlossningen, rädslan drabbade hela familjen.

Enligt Segesten (1994) är rädsla och oro en otrygghetskänsla. Om föderskan använder sig av negativa ord är det ett tecken på stark smärta och rädsla. Uttrycker föderskan ett budskap om att ”det inte går”, ”jag vill inte mer” innebär det smärtor och rädsla (Heli & Svensson, 2010). Rädslan ökar när föderskan inte har stöd, kontroll och kastas in i det okända (Campioni & Paulson, 2017). Ett tydligt tecken på rädsla är andningens karaktär. När

människan är rädd andas hon ytligt, snabbt och ljudligt. Fel andning förvärrar smärtan och gör att rädslan stiger (Heli & Svensson, 2010).

I en studie gjord i Sverige 2015 av Erlandsson, studerar man mammors upplevelser av förlossning utanför sjukhus. I studien framkommer det att känslorna fladdrar mellan lycka och stolthet samtidigt som man är rädd och orolig över vad som kunde ha hänt. Pirdel (2009) har forskat om smärta under en förlossning. Det framkommer att graden av smärta påverkas av hur kvinnan upplever spänning och stress samt miljön vid förlossningen. I Pirdels (2009) studie framkom det att smärtan som uppstår i relation till miljön kan man som vårdare påverka. Ett trångt utrymme som begränsar rörligheten samt buller och oljud gör att föderskans smärta ökar. Smärtan vid en förlossning är den mest smärtsamma händelsen i en kvinnas liv. Rädsla inför en ny förlossning är individuella och beror på olika saker. Upplevelser från tidigare förlossningar och livserfarenheter. Rädslan inför en ny förlossning rör smärtan, ensamhet, tappad kontroll eller en likadan förlossning som den förra. Rädslan inför en ny förlossning innebär att man har ett trauma från tidigare förlossningar som inte är bearbetat. Om man inte vågar bli gravid igen eller är rädd under graviditeten har man förlossningsrädsla som gör att man inte kan leva ett normalt liv (Liljeroth, 2018).

Mammorna och även anhöriga och vårdpersonal är alla lika *chockade* under förlossningen och handlar enligt bästa förmåga. Eftersom mammorna haft någon med sig, som har varit mer chockade än mamman, har mammorna sansat sig och tagit över kommandot. När mammorna sansat sig, har också den som hjälpt mamman varit lugnare. Mammorna har blivit *fokuserade*, litat på sin kropp och handlat i nuet. När de har fokuserat på nuet, har också oron och rädslan minskat. Alla som medverkat under förlossningen har blivit chockade över vad som hänt och ingen av dem kunde föreställa sig att förlossningen skulle gå så snabbt och komplikationsfritt som den gjorde. Förståelsen för vad som hänt kommer när förlossningen är över och chocken lagt sig. När förlossningen var över och både mamman och barnet mår bra, känner föderskan *lättnad*. Lättnaden gör att hon även kan känna *glädje*. Den obekväma situationen är över och allt har gått bra, eftersom det inte uppstod några komplikationer kan föderskan känna glädje.

Hos föderskan är det hot som skapar otrygghet och gör situationen obekvä. Chocken anses vara en otrygghet som skapar obalans hos föderskan (Segesten, 1994). Då föderskan börjat fokusera har kroppens instinkt att överleva satt igång. Instinkten att överleva har gjort att hon börjat handla enligt situationen (Segesten, 1994). När man fokuserar kontrollerar man andningen, rösten, tankarna och kan slappna av bättre. När man slappnar av infinner sig

tryggheten och förlossningen blir lättare (Heli & Svensson, 2010). Lättnaden och glädjen men också stoltheten över att ha klarat situationen gör att trygghet uppstår. Kontrolltryggheten infinner nu sig och gör att den yttre tryggheten är säkrad (Segesten, 1994). Som vårdare skall man känna av känslorna, titta och lyssna på föderskan så att man vet att hon mår bra (Heli & Svensson, 2010).

I studien gjord av Erlandsson (2015) framkom två egenskaper som gör förlossningen lättare. Balanserade känslor och hantering av den främmande situationen. Studien uppmanar kvinnor att lyssna och lita på sina kroppar. Om kvinnan hamnar i känslomässig chock har oftast barnmorskan bristande kunskap i hur man skall hjälpa föderskan. I studien gjord av Mutema (2007) framkommer det att 90% av barnmorskorna anser att de har för lite kunskap. Barnmorskorna säger också att de gärna skulle utbilda sig mera inom trauma hos föderskor. Enligt Erlandsson (2015) pendlar känslorna mellan lycka och stolthet samtidigt som man upplever rädsla för hur det kunde ha gått. Eftersom allt gick bra blir känslorna balanserade.

Stödet från anhöriga anser mammorna har varit det som utgjort den största tryggheten. Även det *professionella stödet* har varit viktigt och utgjort en trygghet. Mammorna anser att det har varit ett stöd att ha dem närvarande fastän de inte har gjort något. När föderskorna har märkt vad kroppen säger och försökt förklara det för dem som velat hjälpa henne. Eftersom de närvarande har varit okunniga och känt rädsla har ingen trott på föderskan utan försökt förklara bort det och lugna henne. Föderskan har upplevt *irritation*. Hon har inte fått det stöd, hon skulle ha behövt vid den tidpunkten.

Viktigaste vid en förlossning utanför sjukhuset är att föderskan har någon närvarande som inger ett stöd. Den närvarandes närhet och kroppskontakt skapar ett lugn och föderskan känner sig sedd. Genom att kommunicera med kroppsspråket eller verbalt, skapas en trygghetskänsla hos föderskan (Heli & Svensson, 2010). Självmedvetenheten hos föderskan utgör en trygghet, men när hon sedan blir frustrerad uppkommer otryggheten (Segesten, 1994). Om de anhöriga och vårdpersonalen litar på föderskan skulle relationstryggheten varit uppfylld. Föderskans rädsla ökar också i och med att hon inte hade tillräckligt med stöd och inte hade kontroll över situationen men ändå kastades in i det okända (Campioni & Paulson, 2017).

I studier tyder förlossningar utanför sjukhus på att familjemedlemmar var ansvariga för förlossningen i 50% av fallen. I förlossningarna fanns det ingen fosterdödlighet. Studier strävar efter en förlossningsvård som ska utgöra kvalitet för föderskorna. Man ska se deras behov och önskemål, tanken är att man genom professionellt arbete skall kunna utveckla

vården. Föderskorna skall få korrekt och saklig information från vårdare (Marions & Johansson, 2015).

Upplevelser

Händelseförloppet vid förlossningen utanför sjukhuset har gått snabbt, skeden går in i varandra och minnet är suddigt. Mammorna i studien har känt av att förlossningen börjar närma sig, sammandragningarna har blivit tätare och de har känt en molande smärta. Plötsligt har krystningsskedet startat. När krystningsskedet startat har det inte gått att hindra, det har startat direkt och gått snabbt. Föderskorna har inte hunnit göra något, inte kunnat tänka och inte heller fått hjälp i tid. I studien har föderskorna haft mellan 2-60 km till sjukhuset. Trots det korta avståndet har man inte hunnit iväg. Ingen av deltagarna var förstföderskor, de har kunnat jämföra sin förlossning med *upplevelser av tidigare förlossningar*. I jämförelsen är de alla överens om att det var en annorlunda och minnesvärd förlossning. När mammorna tänker tillbaka hur det var vid tidigare förlossningar konstaterar de att det hade andra erfarenheter av hur det skulle vara. Mammorna hade tid att förbereda sig på att åka in till sjukhuset och fick kämpa flera timmar med förlossningen.

Enligt Segesten (1994) är trygghet individens medvetenhet och förvissning om en viss tingens ordning. Centrala begrepp är säkerhet, självmedvetenhet, förtröstan, sorgfrihet och lugn och ro. Livet är behagligt om önskningar tillfredsställs. Ens psykiska hälsa påverkas av tryggheten. När man inte har kontroll över det som händer och kastas in i det okända ökar rädslan. Rädslan kan leda till problem genast eller i ett senare skede i livet (Campioni & Paulson, 2017). Om kvinnan kontrollerar sina tankar, tar det lugnt och försöker slappna av så ökar hennes trygghet. På så vis blir förlossningen lättare (Heli & Svenson, 2010).

Det finns flera forskningar i huruvida avståndet till sjukhuset har betydelse för födslar utanför sjukhus. Forskarna är dock oense om detta ämne. I en studie gjord vid Tammerfors universitetssjukhus mellan 1996 och 2005 undersökte man om avståndet hade betydelse. Om man hade mer än 35km till sjukhuset ansågs det vara en riskfaktor (Ovaskainen, 2015). Överläkarna vid TYKS och OYS tycker att avståndet inte har betydelse, det är lika stor risk att någon i Helsingfors trafiken föder på vägen som att någon i Lappland gör det. Trots läkarnas åsikter anser forskaren Mika Gissler vid THL att avståndet har betydelse (Pehkonen, 2018). Ekélus och Lindgren (2016) har det studerat om stört-förlossningar. Slutsatsen blev att föderskor som har en snabb förlossning har ett snabbt öppningsskede. För att förlossningen ska räknas som en stört-förlossning ska den ta mindre än 5.5 timmar.

Kvinnor som har en stört-förlossning mår bättre och är inte lika sjuka efteråt som vid en vanlig förlossning (Ekéus & Lindgren, 2016).

I de fall förlossningen skedde hemma hade mammorna med sig partnern och i vissa fall barnen. Mammorna *påverkades av familjen* eftersom familjemedlemmarna deltog vid förlossningen. Om barnen var små blev det ett störningsmoment för mamman, eftersom hon inte kunde ta hand om dem. Mamman hörde barnens rädsla eller såg att de var rädda, men hon kunde inte hjälpa dem, eftersom hon var tvungen att fokusera på sin egen kropp. Mamman kunde inte stå emot smärtorna och inte heller kämpa emot förlossningen. Mammorna är särskilt tacksamma över att de fick hjälp av utbildade vårdare. Mammorna upplever *vårdpersonalens* närvaro som lugnande. Det kändes tryggt för föderskorna att vårdpersonal var på plats eller att man visste att de var på väg. När mammorna sedan konstaterade att vårdpersonalen som var först på plats inte heller visste eller kunde något blev det skrämmande. Men trots att de inte kunde något var det extra hjälpande händer, som kan mer än grundvård ifall det skulle ha varit komplikationer. Eftersom deras kunskap inte var tillräcklig märktes det i deras språk och handlingssätt. Det gjorde även att föderskorna blev stressade. Trots att det var en annorlunda och skrärande upplevelse känner ingen av mammorna att de har fått *trauma* av händelsen. Men trots att de inte har trauma är de ändå rädda för att genomgå en ny förlossning. Det är inget de ser framemot och gärna undviker. De mammor som födde i ambulansen anser att *utrustningen var bristfällig*. Man önskade att det skulle ha funnits mer smärtlindring och att förlossnings ”kittet” skulle utvecklas mer.

Viktigaste vid en förlossning utanför sjukhuset är att föderskan känner stöd från de närvarande. Den närvarandes närhet och kroppskontakt skapar ett lugn som visar att man ser föderskan, det bekräftar lidandet (Heli & Svensson, 2010). Självmedvetenheten hos föderskan utgör en trygghet (Segesten, 1994). Om vårdpersonalen litar på föderskans känslor uppfylls hennes relationstrygghet. Föderskans rädsla ökar om hon inte känner stöd, kontroll över situationen och ändå kastas in i det okända (Campioni & Paulson, 2017). Om kvinnan känner rädsla, brist på stöd, kontrollförlust eller känner att hon vill ge upp, alltså känsla av otrygghet leder det till en traumatisk upplevelse (Heli & Svensson, 2010).

I en studie gjord 2019 framkom det att 8.8% av kvinnorna i studien kände posttraumatisk från tidigare förlossningar (Goutaudier et.al). Posttraumatisk stress kan uppkomma i samband med en traumatisk händelse. Det kan vara en reaktion från tidigare förlossning eller tanken på den kommande förlossningen. Den posttraumatiska stressen har inget med den generella smärtan att göra. Posttraumatisk stress som reaktion på den kommande

förlossningen kan bero på rädsla hur det kommer gå, ångest eller depressiva tankar. En stressig och obekvämlig miljö vid förlossningen gör att föderskan inte kan slappna av och har svårare att föda (Pirdel 2009). Som vårdpersonal skall man se föderskors behov och önskemål. Föderskorna skall få korrekt och saklig information från vårdare (Marions & Johansson, 2015). Första vårdare skall ge akutvård och ge föderskan en säker transport till sjukhuset. Första vårdare skall ha en bred kunskap för att kunna göra kliniska bedömningar och kunna fatta beslut (McLelland et.al., 2015). När man jämfört förlossningar utanför sjukhus med förlossningar på sjukhus har det framkommit att komplikationer som t.ex. att hypotermi hos barnet är vanligare vid förlossningar utanför sjukhus (Lazic, 2011). Hypotermi betyder att kroppstemperaturen sjunker, tecken på hypotermi är kall hud, pulsen, blodtrycket och andningsfrekvensen är förhöjd. Genom att förbättra utrustningen skulle barnet vara mindre sårbart.

Trygghet och otrygghet

Vårdpersonalens yrke utgör en trygghet, den kunskap och erfarenheter de besitter har en betydande faktor. För många föderskor är vårdpersonalen stödjande genom att finnas till och vara lugn. Det *professionella stödet* anses viktigt. Om vårdpersonalen visar rädsla eller okunskap blir föderskan också otrygg. *Vårdpersonalens handlande* skall vara lugnt och sansat. Om man inte vet så skall man inte utge felaktig information, eftersom föderskan är påläst inför sin förlossning. Det samma gäller *anhöriga*, rädsla och oro gör föderskan nervös och rädd. Genom att handla lugnt, vara ärlig, finnas där och göra sitt bästa blir föderskan lugn. För föderskan är *hemmiljön* trygg. Hemmiljön är lugnare och man kan välja att föda på en plats där man har bra med utrymme det gör att föderskan känner sig bekväm och lättare kan slappna av. Om det skulle bli en bilförlossning är det trångt och stressigt, bilen rör sig dessutom och gör det obekvämt för föderskan.

Enligt Segestens trygghetsdimensioner (fig. 1, s.11) kan man som vårdare bidra till kunskaps- och kontrolltryggheten. Föderskan är rädd för att kastas in i det okända och för att mista kontroll (Campioni & Paulson, 2017). Vårdarna kan även, om möjligt, påverka miljön där förlossningen skall ske. För att föderskan skall få en trygg förlossning bör man som vårdare följa KUA-modellen. KUA står för kontakta, utvärdera och agera. Genom att skapa kontakt och stödja föderskan inger man trygghet. Närhet och kroppskontakt skapar en känsla av förtrohet och lugn. Föderskan känner sig sedd och det bekräftar lidandet (Heli & Svenson, 2010).

Grundläggande kunskaper inom obsterik anses vara obligatorisk för ambulanspersonal. Ambulanspersonalen ska dessutom göra regelbundna besök till förlossningsavdelningen. De ska få observera en förlossning samt öva i födelsesimulator (Aladdin et al., 2004). Pirdel (2009) säger att en stökig och trång miljö inte är bra för föderskan. Föderskan behöver ha det lugnt runt sig och tillräckligt med utrymme för att kunna slappna av. Om miljön gör henne stressad eller spänd så förhindrar det förlossningen. Enligt Fahy (2008) framkommer det att vårdpersonalens ingripande vid en förlossning för med sig långsiktiga konsekvenser för föderskan och barnet. Fahy (2008) uppmanar vårdpersonal att försöka identifiera sätt att vända trenden. I boken "Birth territory and midwifery guardianship theory for practice education and research" finns evidensbaserade idéer för omstrukturering av födelseplats, för att underlätta en normal födsel.

8 Metoddiskussion

Metoddiskussionen kommer att granska studiens trovärdighet, styrkor och svagheter. Studien kan beskrivas med pålitlighet, giltighet och överförbarhet. Studiens trovärdighet skall visas genom att respondenten går igenom forskningsprocessen. I genomgången skall man kunna påvisa att syftet samt frågeställningarna har blivit besvarade. Dessutom skall urval, datainsamling, analys och presentation av resultatet ha granskats (Henricson, 2012, s. 340-341).

Pålitlighet

Studiens bakgrundsinformation har samlats in genom litteratur, vetenskapliga artiklar och genom online sökningar. I bakgrunden använde respondenten sig mest av aktuell litteratur gällande ämnet, respondenten ville även ha en större kunskap före intervjuerna för att vid behov kunna ställa tillägsfrågor. För att hitta pålitliga källor har respondenten använt referentgranskade artiklar, som söktes via databaser, rekommenderade av skolan. Sökningarna har gjorts med ämnesord gällande förlossning utanför sjukhus. Internetsidor har använts i en begränsad mängd eftersom de inte anses vara fullt trovärdiga. Respondenten anser att det har varit svårt att hitta relevant material eftersom utbudet var begränsat.

Enligt Henricson (2012) kan forskarens tidigare erfarenhet göra att studiens datainsamling och analys påverkas. Det innebär att respondenten har förståelse, eftersom respondenten vet och kan en del om ämnet före studiens början (Henricson, 2012). Respondenten har själv inte personliga erfarenheter utav en förlossning. Men intresset för ämnet är stort och anses

vara ett återkommande fenomen. Respondenten har fått teoretisk kunskap genom litteratur och vetenskapliga artiklar. Respondenten är mycket tacksam över att ha fått höra hur mammorna i praktiken anser att förlossningen utanför sjukhus varit.

Vetenskaplig forskning anses vara etisk godtagbart, tillförlitligt och ha ett trovärdigt resultat förutsatt att den utgår från god vetenskaplig praxis (TENK, 2012). Efter att studien fått sitt godkännande kommer allt material som berört studien förstöras och raderas. Deltagarnas integritet och anonymitet respekteras.

Giltighet

Studiens syfte var att beskriva mammors upplevelser av en förlossning utanför sjukhus, för att öka förståelsen av hur det är för mammorna. Med tanke på studiens syfte valdes den, enligt respondenten, intervjumetod som passade bäst. Intervjumetoden var narrativ intervjuform för att få så mycket och så sanningsenlig information som möjligt. Deltagarna fyllde i intervjumallen (bilaga 4) och sedan började dom berätta. De berättade självmant, men vid några tillfällen bads de berätta mer ingående. Respondenten hade även några tillägsfrågor (bilaga 4) till hjälp. Deltagarna var sex till antal och de var från hela Österbotten. Deltagarna gav studien ett heltäckande och användbart material. Giltigheten på studien skulle ha kunnat vara högre genom att ta med fler deltagare från andra orter i Österbotten.

I studien användes kvalitativ innehållsanalys som dataanalysmetod. Det var tidskrävande att göra och transkribera alla intervjuerna. Innehållsanalysen var lämplig för studiens syfte. Materialet kodades och delades in i kategorier, sedan bildades underkategorier automatiskt (fig. 2, s.17.). Kodningen var en aning utmanande, eftersom alla intervjuer skulle analyseras mycket noga. Det var krävande att bestämma till vilken kategori materialet hörde, eftersom det delvis gick in i varandra. När kategorischemat var klart var det lätt att analysera (fig. 3, s.19). Respondenten har förklarat alla steg i forskningsprocessen. Eftersom några deltagare i studien pratade dialekt och hade finska som modersmål har alla citat översatts till högsvenska. Översättningen gör det möjligt för en större grupp att läsa och förstå studiens resultat. Det kändes svårt att förklara hur studien hade gjorts eftersom respondenten ansåg att det var klart och tydligt, t.ex. när materialet var utprintat och blev 36 sidor. Respondenten tyckte det var förståeligt att det var flytande text men efter att ha tänkt på det så insåg jag att det är svårt för utomstående att veta hur jag tänkt och gjort. Respondenten är nöjd eftersom

det har gjorts efter bästa förmåga. Syftet med studien är uppnått och frågeställningarna är besvarade

Överförbarhet

Eftersom studien är gjord med kvalitativ innehållsanalys kan man inte dra allmänna slutsatser av resultatet. Vid en ny studie kommer man inte heller komma fram till samma resultat. Dock kan man använda sig av resultatet vid liknande studier inom samma ämne (Henricson, 2012). Trots att studiens resultat i speglingen stöds av den teoretiska referensramen och tidigare forskning kommer troligen inte en ny studie inom samma ämne komma fram till samma resultat. Eftersom människors upplevelser är individuella och upplevs olika blir också resultatet ett annat. I respondentens studie hade deltagarna liknande upplevelser eftersom utgångspunkten och resultatet var samma. Ingen av deltagarna hade förlorat sitt barn vid förlossningen utanför sjukhuset, inte heller hade någon av dem fått några komplikationer. Rädslan inför en ny förlossning drabbades alla mammorna av. Förlossningar utanför sjukhus är något som det inte talas om så ofta, trots att de blir allt vanligare. Deltagarna delade gärna med sig av sina upplevelser, genom att berätta om händelsen bearbetar deltagarna också vad som hänt.

9 Resultatdiskussion med slutledning

I slutledningen kommer respondenten föra en diskussion om resultatet och hur man kan utveckla vården gällande oplanerade förlossningar utanför sjukhus. Respondenten tar också upp några förslag på hur man kan fortsätta studera inom ämnet. Diskussionen består till största del av respondentens egna tankar och funderingar.

I resultatet framkommer det att deltagarna har mycket gemensamt men de har också vissa olikheter. Alla deltagare var omföderskor, alla barn överlevde och därför blev det mest en positiv upplevelse för alla deltagare. Om något barn skulle ha dött eller någon mamma skulle ha fått komplikationer skulle resultatet blivit annorlunda. Trots den positiva upplevelsen är alla mammor skeptiska inför en ny förlossning. Det som i resultatet skiljer sig åt är att en mamma faktiskt haft en ny förlossning efter den oplanerade utanför sjukhuset. Men det var inte lätt eftersom tankarna på vad som kan hända fanns i bakhuvudet, inte bara för mamman utan för pappan till barnet och nära anhöriga. Mammorna säger att de inte har trauma efter den oplanerade förlossningen utanför sjukhuset, men de är rädda inför en ny förlossning ifall det skulle gå på samma vis. Det är inte förlossningen i sig de är rädda för, det är rädslan för

vad som kan hända ifall det igen skulle ske oplanerat utanför sjukhuset. Jag tror att en förlossning utanför sjukhus gör att kvinnor inser vad en förlossning faktiskt innebär. Varje förlossning är unik, eftersom alla är människor kan vad som helst hända. Det finns inga garantier på att en förlossning förlöper komplikationsfritt och har man varit med om en omtumlande förlossning minns man det. Det skulle vara spännande med en studie som undersöker mammors negativa upplevelser av en oplanerad förlossning utanför sjukhus, samt orsak till upplevelsen. Det skulle också vara intressant att jämföra oplanerade förlossningar utanför sjukhus med planerade hemförlossningar.

Alla deltagare nämnde vårdpersonalen de hade olika upplevelser gällande personalen. En mamma hade inte fått ha någon anhörig med sig. En annan mamma har fött helt ensam, eftersom sjukhuspersonalen hade kaffepaus och pappan till barnet febrilt försökte få dem att komma och hjälpa. Vårdpersonal utgör ett visst stöd men det är de närstående som utgör det största stödet samt inget trygghet. Jag anser att en förlossning är en stor händelse i en kvinnas liv att ingen ska behöva föda ensam. Jag förstår inte hur man som professionell kan prioritera en kaffepaus istället för att ta en födande kvinna på allvar. Generellt framkom det att den vårdpersonal som var först på plats, ambulanspersonalen, inte hade kunskap om en förlossning, men utgjorde ett stöd. Mammorna tyckte att det kändes bra att ha ett professionellt stöd ifall det skulle uppstå komplikationer. I studien var ambulanspersonalen med på två förlossningar, men deras kunskap var inte till någon hjälp. I fyra fall kom ambulanspersonalen när babyn var född, det kändes tryggt för mammorna. Eftersom det ständigt framkommer att ambulanspersonalen har en bristfällig kunskap tycker jag att alla som jobbar på ambulans, inte bara några utvalda, ska få delta i en skolning. Det skulle också vara bra om det finns möjlighet att se hur en förlossning går till i verkligheten. Två mammor födde hemma och hade tidigare barn närvarande. Mamman ville att barnen inte skulle närvara för att inte få trauma. Barnen blev rädda och hade panik när de inte förstod vad som hände. Även mammorna hade rädsla och oro. Det framkommer tydligt i resultatet, men rädslan och oron har minskats när deltagarna har haft någon närvarande och genom att fokusera. Deltagarna hamnade i en egen bubbla och tänkte bara på att föda för att smärtan skulle ta slut. Resultatet tyder på att pappan till barnet är viktig för deltagaren, han överför ett lugn och skapar trygghet. Även vårdpersonal har en positiv inverkan på deltagarna. Fast vårdpersonalen inte kan hjälpa inget lugn hos de flesta, men om deltagaren har mer kunskap än vårdpersonalen, så upplevs det som störande.

I Finland är man orolig över att födelseantalet sjunkit varje år. I Finland har man funderat vad man borde göra för att höja antalet födslar. Det kanske inte helt beror på att unga är för

bemästrade i sin karriär. Gissler, forskare på THL har följt med Finlands födelsestatistik under många år. Han känner en stor oro över att år 2016-2017 minskade födelseantalet med 5%. I Finland stänger man förlossningsavdelningar, i början på 2019 finns 23 förlossningsavdelningar medan man 1975 hade 62 stycken (THL, 2019). Samtidigt stiger antalet bilförlossningar i hela Norden. I Sverige är det många som inte skaffar barn, de känner en rädsla för det långa avståndet till förlossningssjukhuset (THL, 2019). Eftersom mammorna i studien hade varierat avstånd till sjukhuset är det inte avståndet som gör att de väljer att inte få fler barn. Det framkom att mammorna som bodde långt från sjukhuset hade lika stor chans som mammorna med få kilometer till sjukhuset kan vara med om en oplanerad förlossning utanför sjukhuset. I studien var det inte avståndet som var avgörande för en ny förlossning, mammorna känner rädsla och därför väljer de att inte få fler barn.

Källförteckning

- Abascal, G., 2012. *Att föda: En barnmorskas tankar, råd och erfarenheter* ([Ny, utök. och uppdaterad utg.]). Stockholm: Bonnier fakta.
- Aladdin, B. H., Jacobsson, B., Sandberg, K. & Lilja, H., 2004. *Unexpected out-of-hospital deliveries--experiences from the Gothenburg area. Centralized obstetrical care requires competent ambulance staff.* *Lakartidningen*, 101(41), p. 3148.
- Bengtsson K., 2018. *Förlossningens olika faser* [Online] <http://www.1177.se> [Hämtad 7.10.2018].
- Boland, R. A., Davis, P. G., Dawson, J. A., Stewart, M. J., Smith, J. and Doyle, L.W., 2018. Very preterm birth before arrival at hospital. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 58: 197-203.
- Borgfeldt, C., Åberg, A., Anderberg, E., Andersson, U-B., 2010. *Obsterik och gynekologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Borgfeldt, C., 2019. *Obsterik och gynekologi: För sjuksköterskor* (Upplaga 5:1.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Bossano, C. M., Townsend, K. M., Walton, A. C., Blomquist, J. L., & Handa, V. L., 2017 The maternal childbirth experience more than a decade after delivery. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 217(3), 342-342.
- Campioni, N. & Paulson, E., 2017. *Vattnet går: Att vänta och föda barn och den första omtumlande tiden med din bebis*. Stockholm: Harper Collins Nordic.
- Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Lautila, K., Paakkonen, H., Pousi, J., Väsäomem, O., 2012. *Ensihoidon perusteet*. Keuruu: Otavan kirjapaino.
- Danielson, E., 2012. *Kvaliativ forskningsintervju* Ingår i: Henricsson, M., 2012. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Denscombe, M., 2007. *The good researchguide: for small-scale social research projects*. (3. ed.) Maidenhead: Open University Press.
- Ekéus, C., & Lindgren, H., 2016. Induced Labor in Sweden, 1999-2012: A Population-Based Cohort Study. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 43(2), 125–133.

- Erlandsson, K., 2015. Women's experience of unplanned out-of-hospital birth in Sweden – a phenomenological description. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(4), pp. 226-229.
- Fahy, K., Foureur, M., & Hastie, C., 2008. *Birth territory and midwifery guardianship: Theory for practice, education, and research*. Edinburgh: Books for Midwives.
- Goutaudier, N., Bertoli, C., Séjourné, N., & Chabrol, H., 2019. Childbirth as a forthcoming traumatic event: pretraumatic stress disorder during pregnancy and its psychological correlates. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 37(1), 44–55.
- Gunnarsson, B., 2017. Why babies die in unplanned out-of-institution births: An enquiry into perinatal deaths in Norway 1999–2013. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(3), pp. 326-333.
- Haglund, A., 2017. *Stort intresse för kurs i bilförlossning* [Online] <https://www.vasabladet.fi/> [Hämtad 17.9.2018].
- Heli, S., 2017. *Trygg förlossning: En omvårdnadsmodell för minskad stress och rädsla* (Första upplagan.). Stockholm: Gothia Fortbildning AB.
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), pp. 160-172.
- Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I., 2009. *Lärobok för barnmorskor* (3., omarb. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Kitzinger, S., 1998. *Att vänta och föda barn* ([ny utgåva]). Stockholm: Albert Bonniers förlag.
- Klemetti R., Raussi-Lehto E., 2013. *Edistä, ehkäise, vaikuta - Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020* [Online] <http://www.thl.fi> [Hämtad 27.3.2019].
- Koivisto, S., Båskman, J., Wikberg, A., 2018. *Vård i fokus 3/18* [Online] [https://ejulkaisu.grano.fi/Fram/Vard i fokus 3 2018#p=28](https://ejulkaisu.grano.fi/Fram/Vard%20i%20fokus%203%202018#p=28) [Hämtad 17.12.2018].
- Kvale, S. & Brinkmann, S., 2009. *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Landstinget sörmland, 2018. *Komplikationer vid förlossning* [Online] <https://www.landstingetsormland.se/> [Hämtad 7.10.2018].

Lazić, Z., 2011. Outcomes and risk factors for unplanned delivery at home and before arrival to the hospital. *Wiener klinische Wochenschrift*, 123(1), pp. 11-14.

Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A., 2016. *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (Upplaga 1:1.). Lund: Studentlitteratur AB.

Loughney, A., 2006. Birth before arrival at delivery suite: Associations and consequences. *British Journal of Midwifery*, 14(4), pp. 204-208.

Marions, L., Johansson, S., 2015. *Transparent teamarbete krävs för säker förlossningsvård* Läkartidningen.

McLelland, G., Morgans, A., Mckenna, L., 2015. Victorian paramedics' encounters and management of women in labour; an epidemiological study. *BMC Pregnancy & childbirth*, 15 (1), 1-7.

Mutema, E. K., 2007. 'A tale of two cities': Auditing midwifery practice and perineal trauma. *British Journal of Midwifery*, 15(8), pp. 511-513.

Ovaskainen, K., 2015. Out-of-hospital deliveries have risen involving greater neonatal morbidity: Risk factors in out-of-hospital deliveries in one University Hospital region in Finland. *Acta Paediatrica*, 104(12), p. 1248.

Pehkonen, K., 2018. *Matkasynnytysten määrä kaksinkertaistui 2000-luvulla-kuolemanriski sairaaloissa syntyneisiin verrattuna kuusinkertainen* [Online] <https://www.maaseuduntulevaisuus.fi/ihmiset-kulttuuri/artikkeli-1.221334> [Hämtad 17.12.2018].

Pirdel, M., 2009. Perceived Environmental Stressors and Pain Perception During Labor Among Primiparous and Multiparous Women. *Journal of Reproduction & Infertility*, 10(3), pp. 217-223.

Rikola, T. och Uotila, J., 2012. *För tidig förlossning* [Online] <http://www.terveyskirjasto.fi> [Hämtad 7.10.2018].

Rouhe, H., & Saisto, T., 2013. *Fear of childbirth Duodecim*; Laaketieteellinen Aikakauskirja, 129(5), 521–527.

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

Sandin-Bojö, A-K., 2006. *WHO:s rekommendationer för vård vid normal förlossning* Karlstad University Studies [Online] <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:5214/FULLTEXT01.pdf&sa=U&ei=8GBbU7OeD6bs2gW2koGYCA&ved=0CDsQFjAG&usg=AFQjCNFM1M5rXEKx3wA12ITbEIPbLmCGNA> [Hämtad 17.1.2019].

Segesten, K. 1994. *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Göteborg: Segesten Förlag.

Söderman, E. & Sundsten, I., 2018. *Från spänning till glädje: En kvalitativ studie om ambulanspersonalens upplevelser vid prehospital förlossning*. Yrkeshögskolan Novia.

THL *Perinatalstatistik – föderskor, förlossningar och nyfödda 2017*. [Online] http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137072/Tr38_18.pdf?sequence=5&isAllowed=y [Hämtad 17.12.2018].

TENK *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland 2012*. [Online] https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [Hämtad 29.3.2019].

Vehvilainen K, Lauri S, Kivivirta L, Callister LC., 1994. *Childbirth experiences among women in different cultures: a comparative study of Finnish and North American women* *Hoitotiede*, 6(3), 99–106.

Kontaktformuläret på Facebook

Hej!

Jag är en sjukskötarestuderande från Yrkeshögskolan Novia som gör mitt examensarbete om mammors upplevelser av en oplanerad förlossning utanför sjukhuset. Jag söker nu efter mammor från Österbotten som inte hunnit till sjukhuset och haft en förlossning i t.ex ambulansen, som kan tänka sig ställa upp på en intervju. Intervjuerna skulle genomföras efter nyår (vb. även före). Om det är just dig jag söker så ta kontakt så kan vi diskutera vidare! 😊
Dela gärna inlägget!

Informationsbrev

Hej mamma!

Det här är ett informationsbrev till studien ”Mammors erfarenheter av en oplanerad prehospital förlossning”. Statistiken visar att oplanerade förlossningar utanför sjukhusen ökar varje år och allt fler föder på vägen. Studien görs som examensarbete vid yrkeshögskolan Novia och utförs av sjukskötarstuderande Patricia Granholm. Syftet med studien är att ta reda på hurdana upplevelser mammor har av en oplanerad förlossning utanför sjukhus. Det är tacksamt att du deltar i studien eftersom du har värdefulla erfarenheter som inte studerats särskilt mycket.

När studien är klar finns den tillgänglig för allmänheten på <http://www.theseus.fi/>.

Studien består av en enskild intervju/samtal som tar ca 1 timme. Ditt deltagande i studien är frivilligt. Du har rätt att avbryta när du vill utan någon förklaring. Intervjun kommer att bandas in, renskrivas i text och analyseras. Text kommer aidentifieras för att ingen ska känna igen dig och inga namn kommer användas. När studien är avslutad kommer allt material som berör dig förstöras.

Med vänliga hälsningar,

Sjukskötarstuderande

Patricia Granholm
patricia.granholm@edu.novia.fi
0505605626
Yrkeshögskolan Novia

Handledande lärare

Anita Wikberg
anita.wikberg@novia.fi
063285326
Yrkeshögskolan Novia

Samtycke

Jag har fått information om studien ”Mammors erfarenheter av en oplanerad prehospital förlossning”. Jag samtycker till intervju och vet att mitt deltagande är frivilligt. Jag har rätt att avbryta när som helst utan någon förklaring.

Jag ger tillåtelse att intervjun bandas in, renskrivs i text och analyseras. Jag ger också tillåtelse till användning av citat för att studien ska bli personligare. Allt material behandlas konfidentiellt och jag förblir anonym. När studien är avslutas kommer allt material som berör mig att förstöras.

Jag har fått ta del av informationen och ger mitt samtycke

Underskrift och namnförtydligande

Ort och datum

Tack för ditt deltagande!

Patricia Granholm, Sjukskötarestuderande
Patricia.Granholm@edu.novia.fi
0505605626

Anita Wikberg, Handledande lärare
Antia.Wikberg@novia.fi
063285326



Informationsbrev

Hej mamma!

Det här är ett informationsbrev till studien ”Mammors erfarenheter av en oplanerad prehospital förlossning”. Statistiken visar att oplanerade förlossningar utanför sjukhusen ökar varje år och allt fler föder på vägen. Studien görs som examensarbete vid yrkeshögskolan Novia och utförs av sjukskötarestuderande Patricia Granholm. Syftet med studien är att ta reda på hurdana upplevelser mammor har av en oplanerad förlossning utanför sjukhus. Det är tacksamt att du deltar i studien eftersom du har värdefulla erfarenheter som inte studerats särskilt mycket.

När studien är klar finns den tillgänglig för allmänheten på <http://www.theseus.fi/>.

Studien består av en enskild intervju/samtal som tar ca 1 timme. Ditt deltagande i studien är frivilligt. Du har rätt att avbryta när du vill utan någon förklaring. Intervjun kommer att bandas in, renskrivas i text och analyseras. Text kommer avidentifieras för att ingen ska känna igen dig och inga namn kommer användas. När studien är avslutad kommer allt material som berör dig förstöras.

Med vänliga hälsningar,

Sjukskötarestuderande

Patricia Granholm
patricia.granholm@edu.novia.fi
0505605626
Yrkeshögskolan Novia

Handledande lärare

Anita Wikberg
anita.wikberg@novia.fi
063285326
Yrkeshögskolan Novia

Översättning av citat

1.1 Känslor

” Ja kuna int vis hur ja känd heller för tå sku ju kanske gubbin ha blivi meir nervös å.” **Jag kunde inte visa hur jag kände för då skulle pappan till barnet ha blivit nervös**

” Ja minns bara att ja sa åt an att si till så on int faller ur bilen. E va ju som enda ja tänkt på tå just.” **Jag minns att jag sa åt honom att kolla så babyn inte faller ur bilen, det var det enda jag tänkte på just då**

” de blev no ett dunkel på nå vis att nu måst man handla vet du, nu måst vi gör nånting!” **det blev ett mörker, nu måste vi handla, vi måste göra något!**

” di hadd ett klistermärke av project liv i take på ambulansin, he va he ja fokusera på. Ja kuna int si ambulanspersonalen elo barnmorskon i ögonen utan ja måsta som få fokuser på en punkt å he vart hede klistermärke tå.” **I taket på ambulansen fanns ett klistermärke av project liv, det var det som jag fokuserade på. Jag kunde inte se ambulanspersonalen eller barnmorskan i ögonen. Jag behövde fokusera på en punkt, det blev klistermärket**

” [...] eftersom ja hadd prata me dem på förlossningen å di sa du känner no, å ja visst ju hur he hadd kändes första gången. Men ja tänkt att int va ja ju i närheten av den känslan ännu” **Jag hade pratat med förlossningsavdelningen och de sa att du känner nog, jag visste ju hur det kändes första gången. Men jag var ju inte i närheten av den känslan ännu**

” [...] tå känd ja bara att heje tar no sjukt, heje kommer no ti ta ill” **då kände jag bara; det här gör nog ont, det här kommer nog att göra ont**

” ja vill bara kom fram å få en epidural int na desto meir kontroller” **jag vill bara komma fram och få epidural smärtlindring och inga destomera kontroller**

” no kan e händ att ja böri va pågång no att, att he böri kännas så [...] ja fick riktigt sådär att e högg till” **Det känns som [...] det högg till riktigt**

” Ja e glad att e gick så bra, å att ambulanspersonalen va såde snabbt på plats” **jag är glad att allt gick bra och att ambulanspersonalen var snabbt på plats**

” [...] ja va mest nervös yvi tå vi va heim å int hadd najn kunnig personal me oss” **Det jag var mest nervös över att vi var hemma och inte hade någon kunnig personal med oss**

” Ja sa du (mannen) måst hjälp mej å han sa nu att ”nåmen ja drar upp dina byxor åså bär ja dej ti bilen” ” **jag sa du måste hjälpa mig och mannen svarade ”jag drar upp dina byxor och bär dig till bilen”**

” ja märkt he på di att di va som ändå lite såde nervös å börja räkn upp saker å ting om förlossningen å va som va normalt [...] di visst ju int i vilket skede ja va, sko e ha vari en meir erfaren personal elo najn som ha född själv så sko dem kanske ha sitt att ja va länger hinda i förlossningen än va dom trodd att ja va” **jag märkte på dem att de var nervösa och räknade upp vad som var normalt vid en förlossning [...] de visste inte i vilket skede jag var i. Skulle personalen varit mer erfaren eller genomgått en förlossning själv så skulle dom vetat att jag var längre gången i öppningskedet**

” man har som blivi, såhär efteråt har rysningar liksom me bara tanken att tänkt att man ändå överlevd å att de gick sådär att” **man har rysningar efteråt med tanken på att man överlevde och att allt gick bra**

” de sku säkert ha kuna bli de ena å de andra, men vi klara oss bra” **det skulle ha kunnat uppstå komplikationer, men det gick bra**

” Men att de va ju sen efteråt som man på nå sätt blev såhär tänk om e sku ha vari na komplikationer [...]” **det var efter förlossningen man började tänka, tänk om det skulle varit några komplikationer**

” he va väl no ganska chocka, en liten rädsla innan man hörd att hon grått förstås... He va väl no mest hede att man va chocka.” **man var chockad, rädslan före man hörde att babyen grät**

” man va så paralysera av den stunden så man kuna ju ja kuna int tänk klart... ja va ju no i chock” **man blev paralyserad av stunden och kunde inte tänka, jag var i chock**

”Ja tror he e bra såde, att man har tanken okej he va såde men he gick bra. Ja tror att ja sko bli rädd me tanken att ja sko måst föd ännu [...]” **jag tror det är bra såhär. Nu gick det såhär men det gick ju bra. Jag skulle nog vara rädd med tanken att genomgå en till förlossning [...]**

”då va ja rädd, tänk om de händer igen. Men sen va ja no rädd för andra saker överlag [...]” **då var jag rädd. Rädd för att genomgå en likadan förlossning, men också för andra saker**

1.2 Upplevelser

”Så e gick ju så snabbt alltihop så man hinda int rikti reagera” **det gick så snabbt så man hann inte reagera**

”Ja to en pall där bara som ja sto å stödd me på åså kom en värk tel, så sa ja att ”Nu nu tror ja no huvu kom” på max 5 krystvärkar, ha ja ju hadd, men ja tror no he va närmare tri” **Jag tog en pall som jag stödde mig på och så kom en sammandragning, så sa jag ”Nu tror jag nog huvudet kom” på max fem krystvärkar, men jag tror det var närmare tre**

”He va en mycke bättre förlossning än hande första, å he va en normal förlossning” **det var en bättre förlossning än den första och det var en normal förlossning**

”[...] speciellt krystningsskede, att de va bara plupps å den kom ut.” **Speciellt krystningsskedet, det kändes bara plupps och så kom babyn ut**

”Å gubbin som int veit om, hur leis man e sjuk å hur långt ere när he kommer han bara kan si där brevi” **och mannen som inte vet om man är sjuk och hur nära förlossningen är, han kan bara sitta bredvid**

”Ja minns att ja fråga fleira gangor ”var e an (mannen), vaför får int an kom in i ambulansin?”” **Jag minns att jag frågade flera gånger ”var är han, varför får han inte komma in i ambulansen?”**

” [...] ja visst att ambulansen kommer så ja tänkt... ja hadd int na panik eller na.” **jag visste att ambulansen är på väg så jag hade inte panik)**

” [...] så tyckt ja ju att vi fick bra guidning via nödcentralen å på så vis.” **jag tycker att vi fick bra guidning via nödcentralen**

”För int va ja ju na rädd för att int hinn fram ti sjukhuse, ja vila hind ti na vårdpersonal. Ja vila ju hind fram ti ambulansin för ja vila ha vårdpersonal. För ja tänkt ju som att bara vi hinner fram ti ambulansen så var e bra...” **jag var inte rädd för att inte hinna fram till sjukhuset. Jag ville hinna till ambulansen för att få vårdpersonal, för jag tänkte när vi kommer till ambulansen så blir det bra**

” ambulanspersonalen hadd ju int heller vari me om, int veta ti najnting. Ti veta int najnting”
ambulanspersonalen hade aldrig varit med om en förlossning, de visste ingenting

”Men di va ju no som me tuman mitt i handen ti sköit na toko de [...] annars kanske ja sko ha vari beredd att föd redan tå, tå vi steig in i ambulansin”
ambulanspersonalen visste inte hur en förlossning går till [...] annars kanske jag skulle ha varit redo att föda när vi steg in i ambulansen

”[...] men int hadd di ju na sånt i ambulansin int (ville ha en varm vätedyna), så he va na första hjälpen, sånde lite ljummen som ja fick, men he hjälpt ju ingenstans”
men inte fanns något sånt i ambulansen, så jag fick något som hörde till första hjälpen, det hjälpte ingenstans

”Di (hälsovårdarna) kom no från rådgivningen ti oss å prata me alla, di vila prata också me barnen å att di fick int nå trauma”
hälsovårdarna kom från rådgivningen och pratade med oss alla, de pratade också med barnen för att de inte skulle få något trauma

” ena ambulanspersonalen, en kvinna, så kom dit upp ti förlossningsavdelningen å hälsa på mej å liksom kolla hur de va å sånt här för tydligen så hadd de berört henne å ja vet int hon ville som bara kolla att hur ja hadd de å upplevd de där från att di kom å hämta mej, om de lämna å funder på nå å, hon va nu jätte sådär vänlig å sa då ännu att jaa, ere nånting så hör av dej bara”

” Å dihe två äldre va där å ”ambulansen kommer...” di va lite i panik [...]”
de två äldre va där å sa ”ambulansen kommer...” de hade panik

” ”Pia vor rädd tå mamma ropade” å he e hennes exakta ord ov va hon sa såde efteråt”
”Pia blev rädd när mamma ropade”, det är hennes exakta ord av vad dottern sa efteråt

”Ja tror att dehär va bra att he va sista som vi vill, vi sko no int eller vi har int tänkt att vi ska ha nameir barn.”
jag tror det var bra att det var sista, vi vill inte eller vi har inte tänkt skaffa mer barn

”Så i dehär skede e man glad att man int behöver nå fler barn ja sku no int vila gå igenom dedär skede igen.”
i det här skedet är man glad att man inte behöver genomgå en ny förlossning, jag skulle nog inte vela gå igenom en till förlossning

1.3 Trygghet och otrygghet

”Tå barnmorskon kom int va e precis som att e sko ha sköljd na lugn över me [...] he va no hon som medfört hande största tryggheiten att ja kuna föd [...]” **när barnmorskan kom in sköljdes ett lugn över mig, de va hon som medförde tryggheten så jag kunde föda**

”Så he va ju tryggan ti kom å klippt tå (navelsträngen), fast di aldri gjort e ti heldär” **det var tryggare att ambulanspersonalen klippte navelsträngen fast de aldrig hade gjort det heller**

”Å he va no också sko sambon ha vari nervös så sko ja kansk int vari trygg” **skulle sambon varit nervös skulle jag varit otrygg**

” [...] å fick dendär rauhallinen ja turvallinen feelis när de va en annan aikuinen paikalla” **fick en lugn och trygg känsla när de va en annan vuxen på plats**

”Å ja e no glad att vi int hinda hopp in i bilin å böri far, jaa, ja sko ju no int ha vila föd i bilin” **tacksam över att vi inte hunnit sätta oss i bilen, jag skulle inte ha velat föda i bilen**

”Ja känd me trygg att få va jer heim [...]” **jag kände mig trygg hemma**

”Meen... di hinda int rikti kom före on föddist. e kan ju händ di sku ha men di råka ha kaffepaus” **de hann inte komma före hon föddes, de skulle kanske hunnit men de råkade ha kaffepaus**

”För tå känd ja att nu kommer on, ja kan int hald emot nameir [...]” **Då kände jag att nu kommer hon, jag kan inte kämpa emot mer**