

”Jag skulle kunna fara med den där barnmorskan alla dagar och föda barn”

– En kvalitativ intervjustudie om hur finlandssvenska kvinnor upplever relationen med barnmorskan under förlossningen

Lea Nyman

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

Utbildning: Barnmorska (YH)

Vasa 2023

EXAMENSARBETE

Författare: Lea Nyman
Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa
Handledare: Terese Österberg

Titel: "Jag skulle kunna fara med den där barnmorskan alla dagar och föda barn" – En kvalitativ intervjustudie om hur finlandssvenska kvinnor upplever relationen med barnmorskan under förlossningen

Datum: 30.05.2023

Sidantal: 46

Bilagor: 4

Abstrakt

Syftet med denna studie är att beskriva finlandssvenska kvinnors upplevelser av relationen till barnmorskan under förlossningen. Studien görs för att barnmorskorna ska få hjälp att bilda goda relationer till föderskorna, vilket kan förbättra kvinnornas förlossningsupplevelser. Två frågeställningar ingår i studien: Vilka upplevelser har finlandssvenska kvinnor från relationen med barnmorskan under förlossningen? Vad anser finlandssvenska kvinnor vara det väsentliga i relationen mellan kvinnan och barnmorskan under förlossningen?

Den kvalitativa intervjustudien består av semistrukturerade intervjuer. Sex frivilliga informanter från svenskspråkiga Österbotten, som har fött barn för max två år sedan, intervjuas enskilt. Intervjuerna transkriberas på standardsvenska och en kvalitativ innehållsanalys görs. Resultatet får ett övergripande tema och delas in i fyra huvudkategorier med tillhörande underkategorier och kopplas till bakgrunden samt MIMO-modellen, vilken är Berg, Ólafsdóttir & Lundgrens (2012) teori om kvinnocentrerad vård.

I resultatet framkommer ett tema, kvinnans omvårdnad, samt fyra huvudkategorier; trygghet, delaktighet, samhörighet och bristande professionalitet. Tre av huvudkategorierna är enligt kvinnorna i studien viktiga aspekter för att kunna bilda en god relation med barnmorskan under förlossningen, medan den sista huvudkategorin lyfter fram saker som kan förbättras i förlossningsvården. Kvinnorna anser att lugn, närvaro, stöd och kunskap behövs för att de ska känna en trygghet i situationen. Påverkningsmöjlighet och tillräckligt med information är viktigt för att de ska känna sig delaktiga. Empati, gemenskap och bemötande behövs för att de ska kunna känna en samhörighet med barnmorskan. Den bristande professionaliteten anser kvinnorna att tar sig uttryck i tidsbrist, bristande information och empati samt ett dåligt bemötande. De flesta kvinnorna som deltar i studien har ändå positiva upplevelser av relationen till barnmorskan.

Språk: svenska

Nyckelord: relation mellan barnmorska och kvinna, upplevelser, förlossning, kvinna, barnmorska

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Lea Nyman
Koulutus ja paikkakunta: Kätilö, Vaasa
Ohjaaja: Terese Österberg

Nimike: ”Minä voisin mennä sen kätilön kanssa synnyttämään lapsia joka päivä” – Laadullinen haastattelututkimus miten suomenruotsalaiset naiset kokevat suhteen kätilöihin synnytyksen aikana

Päivämäärä: 30.05.2023

Sivumäärä: 46

Liitteet: 4

Tiivistelmä

Tutkimuksen tarkoitus on selittää suomenruotsalaisten naisten kokemukset suhteesta kätilöihin synnytyksen aikana. Tutkimus tehdään sen takia että kätilöt saisivat luoda synnyttäjiin hyviä suhteita, jotka voivat parantaa naisten synnytyskokemuksia. Kaksi kysymyksenasettelua kuuluu tutkimukseen: Minkälaisia kokemuksia suomenruotsalaisilla naisilla on suhteesta kätilöihin synnytyksen aikana? Mitä suomenruotsalaiset naiset pitävät olennaisena kätilösuhteessaan synnytyksen aikana?

Laadullinen haastattelututkimus koostuu puolistrukturoiduista haastatteluista. Kuusi vapaaehtoista haastatettavaa olivat ruotsinkieliseltä Pohjanmaalta ja heitä haastateltiin yksityisesti. Kriteerinä haastattelulle oli että he olivat synnyttäneet korkeintaan kaksi vuotta sitten. Haastattelut transkriboidaan vakioruotsilla ja laadullinen sisältöanalyysi tehdään. Tutkimuksen tulos saa kokonaisvaltaisen teeman ja se jakaantuu neljään pääkategoriaan ja niihin kuuluviin alakategorioihin. Tutkimus liittyy sekä taustaan että MIMO-malliin. Mallina on Berg, Ólafsdóttir & Lundgrenin (2012) teoria naiskeskeisestä hoidosta.

Tuloksessa tulee teemana esille naisen huolenpito ja siihen kuuluu neljä pääkategoria; turvallisuus, osallisuus, yhteenkuuluvuus ja riittämätön ammattimaisuus. Kolme tutkimuksen pääkategoria ovat naisten mukaan tärkeitä aspekteja luotaessa hyviä kätilösuhteita synnytyksen aikana. Viimeinen pääkategoria nostaa esille asioita jotka voivat parantaa synnytyshoitoa. Naisten mukaan rauha, läsnäolo, tuki ja tieto tarvitaan, niin että he voisivat tuntea turvallisuuden tilanteessa. Mahdollisuus vaikuttaa ja riittävä informaatio on tärkeää, niin että he saisivat tuntea osallisuuden. Empatia, yhteys ja hyvä kohtelu tarvitaan, niin että he voisivat tuntea yhteenkuuluvuuden kätilön kanssa. Riittämätön ammattimaisuus tulee naisten mukaan esille ajanpuutteessa, riittämättömässä informaatiossa ja empatiassa ja myös huonossa kohtelussa. Useimmilla naisilla jotka osallistuivat tutkimuksessa on kuitenkin positiivisia kokemuksia kätilösuhteestaan.

Kieli: ruotsi

Avainsanat: suhde kätilön ja naisen välissä, kokemukset, synnytys, nainen, kätilö

BACHELOR'S THESIS

Author: Lea Nyman
Degree Programme: Midwife, Vaasa
Supervisor: Terese Österberg

Title: "I Could Go and Give Birth Every Day with That Midwife" – A Qualitative Interview Study about How Swedish-speaking Finnish Women Experience the Relationship with the Midwife During Childbirth

Date: 30.05.2023

Number of pages: 46

Appendices: 4

Abstract

The aim of this study is to describe Swedish-speaking Finnish women's experiences of the relationship with the midwife during childbirth. The study was conducted to help midwives to establish good relationships with women who give birth, which can improve the women's experiences of childbirth. Two questions are included in the study: What kind of experiences do Swedish-speaking Finnish women have from the relationship with the midwife during childbirth? What do Swedish-speaking Finnish women think is essential in the relationship between the woman and the midwife during childbirth?

The qualitative interview study is made up of semi-structured interviews. Six voluntary informants from Swedish-speaking Ostrobothnia, who have delivered a child a maximum of two years ago, are interviewed privately. The interviews are transcribed on standard Swedish and a qualitative analysis of the content is made. The result gets an overall theme and is divided into four main categories with their own subcategories. They are then connected to the background and MIMO-model, which is Berg, Ólafsdóttir & Lundgrens (2012) theory about women-centered care.

In the result a theme appears, caring of the woman, and four main categories; safety, participation, solidarity and lack of professionalism. Three of the main categories are, according to the women in the study, important aspects for establishing a good relationship with the midwife during childbirth. The last of the main categories brings out things that can be improved in the childbirth care. The women think that calmness, presence, support and knowledge are needed to get a feeling of safety in the situation. The possibility to influence and to get enough information are important for a feeling of participation. Empathy, fellowship and treatment are needed for a feeling of solidarity with the midwife. The women think that the lack of professionalism appears as lack of time, lack of information, lack of empathy and a bad treatment. Anyhow, most of the women that participates in the study have positive experiences of the relationship with the midwife.

Language: Swedish

Key words: midwife-woman relationship, experiences, childbirth, woman, midwife

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund.....	2
2.1	Barnmorskearbetet i förfluten tid	3
2.2	Förlossningen	4
2.2.1	Öppningskedet.....	4
2.2.2	Utdrivningsskedet.....	5
2.2.3	Efterbördsskedet	6
2.3	Barnmorskans yrkesetik.....	7
2.3.1	Relationer under förlossningen	7
2.3.2	Verksamhetsområde	8
2.3.3	Ansvar	8
2.3.4	Kunskapsutveckling	9
2.4	Barnmorskans roll	9
2.4.1	Relationens uppbyggnad	10
2.4.2	Professionell relation.....	10
2.4.3	Hälsofrämjande relation.....	11
2.4.4	Stödjande relation	12
2.5	Patientens rättigheter.....	13
3	MIMO-modellen	14
3.1	Ömsesidig relation	15
3.2	Förlossningsfrämjande miljö.....	16
3.3	Grundad kunskap	17
3.4	Kulturellt sammanhang.....	18
3.5	Balanserande akt	18
4	Syfte och frågeställningar	18
5	Metod	19
5.1	Kvalitativ metod	19
5.2	Semistrukturerad intervju.....	20
5.3	Urval av informanter	21
5.4	Kvalitativ innehållsanalys	22
6	Etiska överväganden.....	23
7	Resultat.....	24
7.1	Trygghet	25
7.2	Delaktighet.....	29
7.3	Samhörighet.....	30

7.4	Bristande professionalitet.....	33
8	Diskussion	36
8.1	Metoddiskussion.....	36
8.2	Resultatdiskussion	39
9	Avslutning	42
	Källförteckning.....	44
	Bilaga 1 Intervjufrågor	
	Bilaga 2 Inlägg på Facebook.....	
	Bilaga 3 Infobrev till informanter	
	Bilaga 4 Samtyckesblankett	

1 Inledning

Vårdandet av människor i olika livsskeden samt att kunna ge alla människor en trygg och säker upplevelse av vården har alltid varit något som intresserat mig. Speciellt kvinnans hälsa och hennes egen handlingskraft, både gällande graviditet och förlossning, har under de senaste åren legat mig varmt om hjärtat. Att få vara med när ett nytt litet mirakel föds till världen och att få bidra till att göra förlossningsupplevelsen till en positiv upplevelse för föräldrarna, framför allt för kvinnan, ser jag som en fin uppgift. Det känns verkligen fint att få bidra till att ge någon en fin upplevelse av vården. Enligt Berg, Ólafsdóttir & Lundgren (2012) är en ömsesidig relation mellan barnmorskan och kvinnan en av de viktiga faktorerna i den kvinnocentrerade förlossningsvården.

Jag har därför valt att skriva mitt examensarbete om den relation som uppstår mellan kvinnan och barnmorskan under förlossningen eftersom det i så stor utsträckning kan påverka kvinnans upplevelse av den. Med studien strävar jag till att ta reda på hur de födande kvinnorna upplever relationen med barnmorskan under förlossningen. Jag anser att det är behövt för speciellt barnmorskor att fundera på hur man kan bygga upp en fungerande relation under en så kort tid och under sådana intima förhållanden som en förlossning är för kvinnan. Studien ska kunna ge insikt och förståelse i vad som är väsentligt i relationen mellan kvinnan och barnmorskan och också beskriva på vilket sätt relationen byggs upp bäst mellan dem.

Abascal (2006, s. 75) nämner i sin bok att förlossningens upplevelse kan påverkas av det stöd som barnmorskan ger, men förstås också av andra faktorer såsom självförtroendet, oron och tryggheten hos kvinnan. Hur väl kvinnan har förberett sig inför förlossningen, hur mycket hon är villig att delta, smärtans intensitet, längden på förlossningen, smärtlindringsmetoder samt tankar på barnet har också stor påverkan på hur kvinnan upplever förlossningen i efterhand.

Barnmorskan behöver ha vissa specifika egenskaper och förhållningssätt och behöver kunna se hela kvinnan samt hennes upplevelse av förlossningen. Det är viktigt att kunna se det unika i varje kvinna, kunna bygga upp en bra kommunikation, finnas till för de blivande föräldrarna och samtidigt känna sig trygg i sin roll som barnmorska utan att tvivla på sin

egen yrkeskunskap och förmåga. (Abascal, 2006, s. 163–164). Då kvinnan får det kontinuerliga stöd hon behöver vid förlossningen leder det till bättre förlossningsupplevelser för kvinnan än om stödet är bristfälligt (Lindgren, Christensson & Dykes, 2022, s. 26).

2 Bakgrund

Det finns ett flertal olika faktorer som kan påverka kvinnans upplevelser av förlossningen. Förväntningar, smärta, graviditetsrelaterade faktorer, komplikationer samt olika stöd- och vårdformer påverkar alla vilka upplevelser som barnafödandet lämnar efter sig. För att kvinnan ska kunna få en positiv upplevelse anses den viktigaste faktorn vara stöd. En viktig del i barnmorskans arbete är ansvaret att skapa och utveckla en etiskt fungerande relation med kvinnan som kan fungera som en bas för kvinnans hälsa och välmående. (Lundgren & Berg, 2007; Ampofo, 2016; Lindgren et al., 2022, s. 23)

World Health Organization (2018) förklarar att barnmorskan ska ge en respektfull vård som upprätthåller kvinnans värdighet samt ger henne avskildhet och förtroende för barnmorskan. Kommunikationen mellan kvinnan och barnmorskan behöver upprätthållas effektivt och kvinnan behöver få tillräckligt med information under förlossningen. Det rekommenderas också att kvinnan har en stödperson med sig. Detta kan förbättra kvinnans upplevelse av förlossningen. Upplevelsen kan också förbättras om man har samma barnmorska under både graviditet, förlossning och barnsängstid, men detta är tyvärr inte möjligt på alla platser.

Relationen mellan barnmorska och kvinna kan förklaras med hjälp av några centrala begrepp som tillsammans bildar de viktigaste delarna i relationen. Från kvinnans sida kan begreppen vara överlämnande, förtroende, deltagande, ensamhet, olikhet och att skapa mening medan de från barnmorskans sida kan vara tillgänglighet, förmedling av förtroende, ömsesidighet, bekräftelse samt att stöda det unika och inge meningsfullhet hos kvinnan. (Lundgren & Berg, 2007). Eftersom kvinnans upplevelse och kapacitet i

förlossningen kan vara så beroende av relationen till barnmorskan är det väsentligt att barnmorskan vet hur hon ska bygga upp en fungerande och trygg relation samt vilka egenskaper som är nödvändiga för att lyckas (Abascal, 2006, s. 164; Ampofo, 2016). En bra relation med barnmorskan där stödpersonen kan vara med och stöda kvinnan, en närvarande barnmorska som snabbt ger stöd när det behövs men som också ger tid för avskildhet samt en normal förlossningsprocess bidrar till att kvinnan känner sig nöjd med sin förlossningsupplevelse (Sosa, Crozier & Stockl, 2018).

Nedan ges en tillbakablick i hur barnmorskans arbete var förr. Det beskrivs också hur en normal förlossning går till och vad som händer i de olika skedena. Barnmorskans yrkesetik enligt International Confederation of Midwives (2014) återges samt en beskrivning av vilken roll barnmorskan har i relationen med kvinnan under förlossningen. Dessutom finns ett kort kapitel om patientens rättigheter som också är relevant för detta ämne.

2.1 Barnmorskearbetet i förfluten tid

För länge sedan, redan före Kristi födelse, hade en barnmorska också andra uppgifter än att sköta förlossningar. De behandlade sjukdomar och verkade som förmedlare mellan makarna i äktenskapet. De var också vägledare på det andliga området och ansågs arbeta med kvinnliga mysterier samt liv och död. Barnmorskorna visades mycket stor respekt för länge sedan. (Berg & Lundgren, 2010, s. 17–18)

Under medeltiden fanns vissa krav för att en kvinna skulle få bli anlita som barnmorska eller "jordgumma" som det kallades då. Hon behövde vara gift eller vara änka samt också ha fött barn själv. Dessutom behövde hon ha en viss vishet, både medfödd och förvärvad, exempelvis skulle hon veta vilka helande förmågor olika örter hade och när de behövde plockas för att de skulle ha dessa förmågor. (Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren, 2009, s. 19; Harvala, Pietiläinen, Raussi-Lehto & Äimälä, 2021, s. 19)

Redan för flera hundra år sedan ansågs kvinnans individuella situation vara utgångspunkten för relationen mellan barnmorska och kvinna. Det beskrivs hur viktigt det var att lyssna, observera, visa tillit, öppenhet, flexibilitet och empati. Det var viktigt att vara professionell och att inte utelämna någon födande kvinna. Ett användbart redskap under förlossningen var dessutom humor. Man märker att många av dessa saker fortfarande är aktuella och viktiga idag för att upplevelsen av förlossningen och relationen mellan barnmorska och kvinna ska kunna bli så bra som möjligt. Redan då hade man alltså insett att barnmorskans agerande och varande påverkade kvinnan som skulle föda. (Berg & Lundgren, 2010, s. 21)

2.2 Förlossningen

Vanligtvis startar en normal förlossning med oregelbundna sammandragningar av livmodern, också kallat för värkar eller kontraktioner. Värkarna går neråt från högra hörnet uppe i livmodern och avtar oftast när de kommer ner i nedre delen av livmodern. För att fostret ska få tillräckligt med syre behöver det finnas pauser mellan värkarna. I vissa fall kan förlossningen också starta med att fostervattnet går men inga värkar uppstår. Värkarna brukar ändå oftast starta ganska nära fostervattenavgången så man brukar vänta åtminstone ett dygn innan man med hjälp av läkemedel sätter i gång värkarbetet. (Lindgren et al., 2022, s. 582–583)

2.2.1 Öppningskedet

Det första skedet i förlossningen kan delas in i tre faser; latensfas, aktiv fas och övergångsfas. Latensfasen startar när kvinnan känner att förlossningen har fått sin början. Då håller oftast värkarna en jämn intensitet och kommer med oregelbundna intervaller.

Livmodermunnen öppnas långsamt till och med fem centimeter och cervix, eller livmoderhalsen, förkortas en del. Latensfasen kan pågå allt från några timmar upp till flera dygn. (Lindgren et al., 2022, s. 583–584)

Den aktiva fasen börjar när värkarna blir mera smärtsamma och kommer med regelbundna intervaller samt när livmodermunnen är tillräckligt öppen. Livmodermunnen fortsätter att öppna sig och fostret tränger sig ner i bäckeningången. För att man ska kunna konstatera vilken av faserna kvinnan befinner sig i ser man också på stöd- och smärtlindringsbehov, riskfaktorer samt hur värkarbetet har framskridit. Övergången är individuell och kan vara svår att diagnostisera. (Lindgren et al., 2022, s. 584)

I övergångsfasen kan värkarna få varierande intensitet och längd samt bli oregelbundna. Skakningar, illamående och krystreflexer kan uppstå hos kvinnan. Vid för tidiga krystreflexer kan det hjälpa att ändra läge för att minska på trycket mot ändtarmsöppningen. Livmodermunnen brukar i detta skede vara ungefär sju till nio centimeter öppen. Kvinnan brukar kunna känna att hon inte har kontroll mera och detta kan leda till panikkänslor hos henne. Det är vanligt att hon inte tror på sin egen förmåga att klara av förlossningen och därför behöver barnmorskan vara ständigt närvarande och ge stöd och bekräftelse åt kvinnan. Barnmorskan ska inge trygghet, hjälpa kvinnan att kunna vila sig mellan värkarna och hitta ställningar som känns bra samt se till att smärtlindringen är tillräcklig. (Lindgren et al., 2022, s. 586)

2.2.2 Utdrivningsskedet

Förlossningens andra skede, eller utdrivningsskedet, kan delas in i två faser; nedträngningsfas och utdrivningsfas. Ända från att livmodermunnen är helt öppen tills fostrets huvud är nere i bäckenbotten, pågår nedträngningsfasen. Fasens längd varierar från föderska till föderska men i allmänhet pågår den längre för förstföderskor. Vävnaderna i bäckenbotten behöver få tid på sig så att de långsamt kan tänjas ut. Utsöndringen av oxytocin ökar eftersom nervreceptorerna i slidans övre del, bäckenbotten och

livmoderhalsen blir stimulerade av fostrets huvud. Detta leder till att krystningsreflexen blir större, mera ofrivillig och bara ökar i takt med att barnet tränger sig ner i förlossningskanalen. Det är viktigt att ge stöd åt föderskan så att hon kan andas genom värkarna när de kommer ifall krystningsreflexen kommer fastän livmodermunnen inte är tillräckligt öppen. Om kvinnan krystar för tidigt kan det leda till att förlossningen drar ut på tiden och att livmodermunnens främre del svullnar. (Lindgren et al., 2022, s. 586–587)

När kvinnan känner krystningsreflexer och fostrets huvud är slutroterat mot bäckenbotten, startar utdrivningsfasen. Tryckkänslan övergår i en smärta som känns brännande och skärande när barnets huvud tränger sig fram, också kallad "ring of fire". Det kan kännas bättre för kvinnan om man sätter en varm och fuktig duk mot underlivet. Utdrivningsskedet tar vanligtvis längre för förstföderskor eftersom de har en stramare spänning i muskulaturen än en omföderska. Utdrivningsfasen slutar när barnet är fött. (Lindgren et al., 2022, s. 587)

2.2.3 Efterbördsskedet

När barnet har fötts startar efterbördsskedet och det pågår ända tills moderkakan och fosterhinnorna har fötts fram. Det finns några tecken som visar på att moderkakan har lossnat, till exempel värkar och lösningsblödning. Vanligtvis brukar detta ta ungefär tio till femton minuter men senast efter en timme bör moderkakan vara ute. Barnmorskan kontrollerar att hela moderkakan och hinnsäcken har blivit framfödda samt att inga moderkaksrester finns kvar inuti livmodern. Rester som lämnas kvar hindrar livmodern att sammandra sig. Vid en avvaktande handläggning av efterbördsskedet avvaktar man om moderkakan föds ut av sig själv medan man vid en aktiv handläggning snabbar på skedet med hjälp av läkemedel som drar samman livmodern, kontrollerade dragningar i navelsträngen eller tidigare avnavling. Vid en normal förlossning ska blödningen inte vara mera än en liter. De första timmarna efter att en kvinna har fött ett barn övervakar man

noggrant blödningsmängden samt vilken förmåga livmodern har att dra ihop sig. (Lindgren et al., 2022, s. 587–588)

2.3 Barnmorskans yrkesetik

Den internationella etiska koden för barnmorskor, som presenteras av ICM, International Confederation of Midwives (2014), poängterar hur viktigt det är att beakta människovärdet samt att visa varandra tillit och ömsesidig respekt. Som barnmorska behöver man ta sitt ansvar och stöda hälsa och välbefinnande hos kvinnor, barn, familjer och samhällen under hela den reproduktiva livscykeln. Syftet med det internationella barnmorskeförbundet är att utveckla och utbilda barnmorskorna så att vården för kvinnor, barn och familjer kan förbättras. (International Confederation of Midwives, 2014; Lindgren et al., 2022, s. 39)

2.3.1 Relationer under förlossningen

Mellan kvinnan och barnmorskan utvecklas en relation där olika beslut görs tillsammans. Barnmorskan uppmuntrar både kvinnan och den eventuella stödpersonen att föra fram synpunkter gällande hälsofrågor som berör familjen och att aktivt delta i beslutsfattandet gällande den egna vården. Barnmorskan och kvinnan ska också tillsammans med beslutsfattare tydliggöra den enskilda kvinnans vårdbehov och se till att vården fördelas rättvist. Barnmorskorna ska i sitt arbete kunna samarbeta med andra samt stödja och stärka varandra. I de fall då barnmorskan märker att hon eller han inte har den kompetens som krävs ska man respektfullt kunna be om hjälp av andra professioner som finns tillgängliga. Dessutom ansvarar barnmorskan för att integriteten och självrespekten bevaras i arbetet. (International Confederation of Midwives, 2014)

2.3.2 Verksamhetsområde

Barnmorskan behöver ta hänsyn till olikheter i kulturer samt åtgärder som kan upplevas skadliga inom en viss kultur och ska sträva efter att ingen kvinna skulle skadas av graviditeten. Kunskapen som barnmorskan har bör vara uppdaterad och baserad på vetenskap och hon eller han behöver aktivt sträva efter att utvecklas i sin yrkesroll; personligt, intellektuellt och professionellt. De behöver vara goda hälsoförebilder för kvinnor, familjer och kollegor i alla åldrar. Det är viktigt att barnmorskan är lyhörd för olika behov som kvinnan kan ha, såsom fysiska, psykiska, andliga och emotionella behov, oberoende av kvinnans omständigheter. (International Confederation of Midwives, 2014)

2.3.3 Ansvar

Barnmorskan har ett ansvar för de beslut och handlingar som görs i vården av kvinnorna och hon eller han behöver förstå vilka skadliga inverkningar som kan uppkomma på hälsan för kvinnan och barnet om man går emot de mänskliga eller etiska rättigheterna. Integriteten hos kvinnan skyddas och klientinformation berättas inte vidare. Om barnmorskan av något moraliskt skäl inte kan utföra en viss vårdåtgärd har hon eller han ett ansvar att visa kvinnan vidare till någon annan vårdpersonal som kan utföra vårdåtgärden, om så är möjligt. Oavsett ska kvinnan inte berövas rätten till nödvändig vård ifall en barnmorska av moraliska skäl väljer att inte utöva en viss vårdåtgärd, utan det ska då ordnas på annat sätt. Barnmorskan bör också hjälpa till att utveckla riktlinjer som främjar hälsan hos kvinnor och familjer. (International Confederation of Midwives, 2014)

2.3.4 Kunskapsutveckling

Det är viktigt att utvecklas och att dela med sig av sin kunskap inom barnmorskeområdet till exempel genom forskning. Den färdigutbildade barnmorskan behöver delta i fortbildningar och också hjälpa till att utbilda nya barnmorskor. Utbildningen ska basera sig på att skydda varje kvinnas rättighet att få vara sig själv, en egen individ. (International Confederation of Midwives, 2014)

2.4 Barnmorskans roll

För att människan ska kunna utvecklas behövs mänskliga relationer. Speciellt i vårdarbetet har relationen en central plats eftersom de allra flesta som söker vård befinner sig i sårbara livssituationer. Det viktigaste för vårdpersonalen, eller barnmorskorna, är att kunna vårda patienterna, som i detta fall är kvinnor, medmänskligt, omsorgsfullt och kunnigt. Att arbeta professionellt trots att hon eller han inte kan förvänta sig att få någon respons på sitt handlande är en skyldighet för vårdaren. Vårdaren behöver kunna känna med kvinnorna men på samma gång inte låta sina egna känslor ta över. En yrkeskunskap är också viktig för att kunna ge en professionell vård till varje kvinna. För att allt detta ska lyckas behöver det finnas tid för att reflektera, diskutera och få handledning gällande vården som ges. (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005, s. 138–140, 143–144; Kaplan et al., 2009, s. 45)

2.4.1 Relationens uppbyggnad

Mottagandet som kvinnan får av barnmorskan när hon kommer till förlossningsavdelningen har stor betydelse för förlossningen som ligger framför. Om barnmorskan uppvisar ett lugn inger detta stor trygghet hos kvinnan. Dessutom kan eventuella rädslor inför förlossningen minskas om kvinnan ser att barnmorskan är lugn och trygg i sin roll. Oberoende av om barnmorskan ger ett bra eller dåligt bemötande så kommer det vara just den mänskliga omvårdnaden som kvinnan minns bäst, åtminstone i de flesta fall. Kvinnan kan ha både positiva upplevelser där hon känner att någon velat sätta sig in i hennes situation eller så har hon negativa upplevelser där hon känner att hon inte blivit respekterad eller tagen på allvar. (Kaplan et al., 2009, s. 31; Harvala et al., 2021, s. 222)

I början av relationen är det viktigast för barnmorskan att ordentligt uppmärksamma kvinnans önskningar och behov inför förlossningen samt att låta henne vara delaktig i de beslut som tas. Kvinnan behöver uppmuntras till att fråga allt som hon funderar på och barnmorskan har då som ansvar att framföra kvinnans önskningar gällande förlossningen så att de så långt som möjligt kan uppfyllas. Till exempel smärtlindring och krystningsställningar är bra att diskutera tillsammans. Kvinnan behöver få tillräckligt med information om förlossningen och dess förlopp för att kunna vara förberedd på vad som kommer att hända. Detta påverkar till stor del kvinnans psykiska mående och de upplevelser av förlossningen som hon kommer att utveckla. (Harvala et al., 2021, s. 222)

2.4.2 Professionell relation

Att arbeta professionellt som barnmorska innebär att kunna visa öppenhet samt att lyssna och observera kvinnans önskningar och behov. Att tillsammans kunna kommunicera öppet, visa varandra ömsesidig respekt och att barnmorskan låter kvinnan vara med och fatta beslut gör att samarbetet mellan dem löper bättre. Kvinnan känner då att hon kan vara

med och dela ansvaret för egen förlossning. Detta sammanfattas bra i den engelska benämningen för barnmorska, midwife, som betyder ”med kvinna”. Det är alltså viktigt att barnmorskan kan vara med kvinnan i hennes situation just där och då. (Lundgren, 2004; Maputle & Donavon, 2013; Lindgren et al., 2022, s. 23)

Som det tidigare nämndes har alltså kvinnan också ett ansvar för sin förlossning. Kvinnan har en skyldighet att uttrycka sig till barnmorskan om hennes egna behov och önskningar. Dessutom behöver kvinnan möta smärtan som förlossningen för med sig samt ha en vilja att genomföra förlossningen. Risk för att barnmorskan blir utbränd kan annars uppstå eftersom allt ansvar då läggs på honom eller henne. Det delade ansvaret leder också till att kvinnans självförtroende kan öka eftersom hon då har möjlighet att vara delaktig i sin egen förlossning. (Berg & Lundgren, 2010, s. 135–136)

Barnmorskan behöver kunna visa empati för kvinnan samt skapa en relation där tillit och förtroende till varandra finns. Oavsett vem den födande kvinnan är ska vården som ges vara jämlik och professionell samt ha den födande kvinnan i fokus. Här har ömsesidigheten en viktig plats. Att visa acceptans för varandra, kunna se det unika i varje kvinna och låta henne göra egna val men samtidigt finnas tillgänglig för henne gör så att en gemenskap kan byggas mellan barnmorskan och kvinnan. Barnmorskan behöver ha en god teoretisk samt praktisk kunskap och en förmåga att kunna känna in kvinnans situation och behov men ändå inte blanda in sina egna värderingar i vården. (Lundgren & Berg, 2007; Kaplan et al., 2009, s. 45; Lindgren et al., 2022, s. 24)

2.4.3 Hälsöfrämjande relation

Barnmorskan behöver kunna främja hälsa i sin verksamhet. En central del i hälsans innebörd är att man upplever en känsla av helhet, meningsfullhet och sammanhang. Barnmorskan behöver kunna förklara för kvinnan till exempel vilken mening kvinnans smärta har i förlossningsprocessen och också peka på normalitet och förmedla hopp i processen. Denna bekräftelse kan ibland minska på oron och smärtan samt inge trygghet

hos kvinnan. Mening i barnafödande kan också innebära att hänsyn tas till kultur eller andliga uppfattningar hos kvinnan. Människan vill ha harmoni samt balans i livets alla skeden och barnmorskan behöver därför ha en baskunskap också om icke farmakologiska, hälsofrämjande metoder, såsom kost och motion. Målet med kvinnans upplevelse och erfarenheter från förlossningen är att hon skulle få vara tillfredsställd med vården samt förlossningens förlopp. (Lundgren & Berg, 2007; Kaplan et al., 2009, s. 48, 67; Cornally, Butler, Murphy, Rath & Canty, 2014; Lindgren et al., 2022, s. 25–26, 590)

2.4.4 Stödjande relation

Stöd under förlossningen är en central del som påverkar förlossningens förlopp samt förlossningsupplevelsen på ett positivt sätt. Vid en viss tidpunkt i förlossningen behöver kvinnan få en person till stöd som kan finnas där kontinuerligt under förlossningen och endast vara borta korta stunder. Stödet kan ges av barnmorska och partner, men också av sjuksköterskor, läkare, vänner, doulor eller familjemedlemmar. Kvinnan behöver få beröring, närvaro, uppmuntran, lugnande ord, information, beröm samt råd om olika förlossningstekniker och ha någon som för hennes talan. Detta stöd förbättrar kvinnans självförtroende och kan ge henne en känsla av att hon klarar av att komma igenom förlossningen själv. Stödet som ges ökar chanserna för att få en positiv upplevelse av förlossningen. Det minskar också kvinnans smärtupplevelse samt behovet av att använda smärtlindring. (Kaplan et al., 2009, s. 75; Cooper & Lavender, 2013; Lindgren et al., 2022, s. 26–27, 595)

Fastän förlossningens fysiska del behöver göras av kvinnan själv behöver kvinnan någon som leder henne genom förlossningsprocessen. Barnmorskan behöver vara den person som följer med i hela förlossningen och som ger den uppmuntran och trygghet som behövs för att kvinnan ska kunna möta det okända utan att behöva känna rädsla. Samtidigt behöver barnmorskan styra förlossningsprocessen rätt och agera ifall situationen kräver. Den kontinuerliga bedömningen sker genom iakttagelse och lyssnande. Kvinnan får en ökad

känsla av trygghet om barnmorskan är närvarande och de sinsemellan har en bra fungerande relation. (Lundgren, 2004; Cornally et al., 2014; Lundgren et al., 2022, s. 27–28, 590, 596)

För att kommunikationen mellan barnmorskan och kvinnan ska fungera behöver barnmorskan vara uppmärksam på och kunna tolka den födande kvinnans kroppsspråk. När kvinnan rör sig, andas och har olika tonfall i rösten sker också en sorts kommunikation med barnmorskan. Ögonkontakten beskrivs som den viktigaste signalen mellan dem och denna icke-verbala kommunikation ökar ju längre i förlossningsprocessen kvinnan kommer. (Lundgren, 2004; Abascal, 2006, s. 164; Berg & Lundgren, 2010, s. 133)

2.5 Patientens rättigheter

Alla som bor i Finland har rätt att få en god vård samt en sådan vård som krävs utgående från patientens hälsotillstånd. Integriteten och övertygelsen hos varje människa ska respekteras och patientens människovärde får inte kränkas. Patientens modersmål och kultur ska också i mån av möjlighet beaktas i vården. (Lag om patientens ställning och rättigheter 2022/602)

Patienten ska få rätt information om tidpunkten för vården samt meddelas om eventuell förändring och orsaken till förändringen. Patienten har också rätt att få information om sitt eget hälsotillstånd, olika vård- och behandlingsalternativ samt dess betydelse för hälsan. Informationen ska ges på ett sådant sätt att patienten tillräckligt bra förstår innebörden. Om patienten har ett annat modersmål än vårdpersonalen ska en tolk användas om det är möjligt. Om patienten inte vill ha någon information om sitt tillstånd ska ingen sådan information ges åt honom eller henne. En plan för vården som ska ges ska utarbetas tillsammans med patienten och hans eller hennes anhöriga. (Lag om patientens ställning och rättigheter 2022/602)

Patienten har självbestämmanderätt gällande den vård och behandling som ges till honom eller henne. Om patienten vägrar att ta emot den erbjudna vården ska man tillsammans fundera över andra alternativ till vård. Om en patient på grund av psykisk utvecklingsstörning eller mental störning inte kan fatta egna beslut gällande sin vård ska en nära anhörig eller annan närstående höras innan vården inleds. En minderårig patients önskemål gällande vården ska höras med beaktande av den minderårigas ålder och utveckling. Om den minderåriga inte kan fatta beslut gällande sin vård ordnas vården tillsammans med vårdnadshavaren. En minderårig patient, med beaktande av ålder och utveckling, får förbjuda att information gällande hans eller hennes hälsotillstånd ges åt vårdnadshavaren. Vårdnadshavaren till en minderårig patient har inte rätt att förbjuda vård som kan förhindra livsfara för den minderåriga patienten. (Lag om patientens ställning och rättigheter 2022/602)

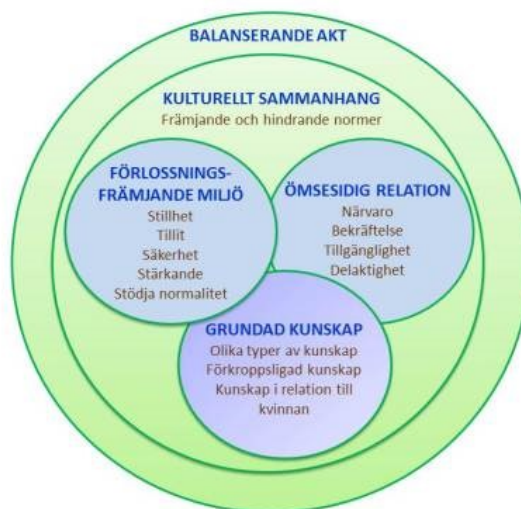
Om en patient på grund av medvetslöshet eller av annan orsak inte kan uttrycka sin vilja ska han eller hon få den vård som behövs för att förhindra livsfara. Om patienten tidigare gjort en viljeyttring, på ett giltigt sätt, gällande sin egen vård får inte vård ges som strider mot denna vilja. (Lag om patientens ställning och rättigheter 2022/602)

3 MIMO-modellen

Som teoretisk utgångspunkt har jag valt att använda mig av Berg et al. 's (2012) MIMO-modellen som beskriver barnmorskearbetet som en kvinnocentrerad vård med hjälp av fem huvudkategorier med subkategorier. Eftersom syftet med mitt examensarbete är att beskriva hur finlandssvenska kvinnor upplever relationen till barnmorskan samt faktorer som kvinnorna tycker är viktiga i deras gemensamma relation, tycker jag att denna modell är passande som utgångspunkt för arbetet.

Teorin består av fem kategorier som är sammanflätade med varandra av vilka tre av dessa är mera centrala. De centrala är *ömsesidig relation*, *förlossningsfrämjande miljö* och *grundad kunskap* och de omges av kategorierna *kulturellt sammanhang* och *balanserade*

akt. De flesta av kategorierna har dessutom flera subkategorier under sig. (Berg et al., 2012). Dessa beskrivs nu närmare och kategorierna och subkategorierna skrivs med kursiv stil för att man lättare ska se dem.



Figur 1. MIMO-modellen. (Berg et al., 2012).

3.1 Ömsesidig relation

Barnmorskan behöver lära känna kvinnan och hennes behov och en *ömsesidig relation* behöver skapas mellan dem. Att se till stödpersonens och familjens behov hör också till barnmorskans uppgifter. För att kunna skapa den ömsesidiga relationen behöver vissa faktorer finnas med; *närvaro, bekräftelse, tillgänglighet* och *delaktighet*. (Berg et al., 2012)

Närvaro gäller både den fysiska och mentala delen. Barnmorskan behöver vara närvarande både fysiskt och mentalt för att kvinnan ska kunna känna förtroende för honom eller henne. Närvaro är en viktig del i det första mötet med kvinnan men också senare under resten av förlossningen. Barnmorskan behöver stöda och leda kvinnan för att inge trygghet och lugn men på kvinnans egna villkor. Också när en förlossning inte blir utförd vaginalt behöver barnmorskan vara närvarande hos kvinnan. Med *bekräftelse* menas att barnmorskan visar att hon eller han ser kvinnan och tror på henne. När kvinnan känner sig bekräftad kan hon

ta mera ansvar och öka deltagandet i förlossningen. Hon kan också slappna av och vara sig själv samt känna att hon kommer att klara av förlossningen och allt som kommer efter den. (Berg et al., 2012)

Att vara *tillgänglig* innebär att vara öppen och närvarande hos kvinnan. Barnmorskan behöver se det unika i varje kvinna och vara anpassningsbar och stöda kvinnan utifrån hennes unika behov. Kvinnan behöver få känna att barnmorskan bryr sig om just henne. Kvinnan behöver också få vara *delaktig* i hela förlossningsprocessen. Barnmorskan behöver ge information om förlossningens förlopp, upprätthålla en dialog med kvinnan och lyssna på henne. Kvinnan behöver dessutom stöd i att ansvarsfullt kunna göra egna eller gemensamma beslut gällande hennes vård. När barnmorskan, kvinnan och stödpersonen tillsammans tar ett gemensamt beslut kan paret också få känna att de kan dela ansvaret med barnmorskan. (Berg et al., 2012)

3.2 Förlossningsfrämjande miljö

En *förlossningsfrämjande miljö* ska stöda det normala förloppet i förlossningen. Miljön ska vara hemtrevlig och inge känslor av säkerhet, förtroende och lugn. Kvinnan och stödpersonen ska kunna känna sig avslappnade och helt närvarande i rummet. För att kunna uppnå en förlossningsfrämjande miljö är en nödvändig komponent den ömsesidiga relationen mellan barnmorska och kvinna. Förlossningsfrämjande miljö delas in i fem subkategorier; *stillhet*, *tillit*, *säkerhet*, *stärkande* och *att stödja normalitet*. (Berg et al., 2012)

Stillhet i förlossningsrummet stöder kvinnan i att kunna vara närvarande och förbereda sig på att bli mamma. Som barnmorska behöver man lita på förlossningens naturliga process men samtidigt vara uppmärksam på avvikelser och stöda kvinnan att möta det som är okänt för henne utan rädsla. För att barnmorskan och kvinnan ska kunna arbeta tillsammans och för att kvinnan ska kunna lita på det som barnmorskan bjuder ut behövs *tillit* mellan dem. *Säkerhet* behövs också för att kvinnan ska få känna att hon är säker och har kontroll samt

att hon kan tro på sin egen kropp. Denna säkerhet upprätthålls till stor del genom att barnmorskan ger tillräckligt med information om förlossningsförloppet under förlossningens gång. (Berg et al., 2012)

Barnmorskan behöver utstråla ett förtroende för kvinnans förmåga att föda ett barn eftersom detta bildar en *stärkande* atmosfär. Kvinnan behöver stöd och vägledning genom förlossningen för att hon ska våga överlämna sin kropp helt åt förlossningens process. Att *stödja normalitet* i förlossningen kräver att det finns ett lugn, känslor av säkerhet, en tillit och en stärkande ömsesidig relation. Barnmorskan behöver kunna läsa av situationen och vara närvarande hos kvinnan genom att stöda den enskilda kvinnans förmågor. (Berg et al., 2012)

3.3 Grundad kunskap

För att kunna bilda en kvinnocentrerad vård behöver barnmorskan kunna använda sin kunskap på rätt sätt hos varje kvinna enligt hennes individuella behov. *Grundad kunskap* delas in i *olika typer av kunskap, förkroppsligad kunskap* och *kunskap i relation till kvinnan*.

Det finns *olika typer av kunskap* hos en barnmorska; teoretisk, känslö- och erfarenhetsbaserad. En grund av teoretisk kunskap om olika sjukdomar och komplikationer under graviditet och förlossning är nödvändigt för att man ska kunna känna sig säker i sin yrkesroll. Att kunna reflektera över sina erfarenheter, både självständigt samt med kollegor, är nödvändigt för att kunna utvecklas. En del av kunskapen kan också bestå av en inre kunskap baserad på till exempel erfarenhet samt en känsla av att något är rätt. En *förkroppsligad kunskap* innebär att barnmorskan kan göra kunskapen hon har till handling på ett naturligt sätt i hennes vardagliga arbete. Barnmorskan behöver vara lyhörd för kvinnans individuella behov och interagera med kvinnan för att hon eller han ska förstå vad just denna kvinna behöver. Det är detta som är *kunskap i relation till kvinnan*. (Berg et al., 2012)

3.4 Kulturellt sammanhang

Barnafödande i ett *kulturellt sammanhang* kan delas in i både *främjande och hindrande normer*. En *främjande norm* kan vara till exempel att barnmorskan är närvarande och kontinuerligt stöder kvinnans enskilda behov. Detta är väldigt viktigt eftersom också en normal förlossning kan ändra riktning väldigt snabbt. En *hindrande norm* kan vara ifall barnmorskan har flera kvinnor att ta hand om på en gång. Barnmorskan blir då tvungen att antingen gå från den ena kvinnan till den andra och endast ge minimal vård med den risken att också vara mentalt frånvarande hos alla kvinnor alternativt att hon eller han är närvarande hos en kvinna medan resten av kvinnorna får en sämre vård. (Berg et al., 2012)

3.5 Balanserande akt

Balanserande akt innebär att skapa en kvinnocentrerad vård med hjälp av alla faktorer som nämnts tidigare; ömsesidig relation, förlossningsfrämjande miljö, grundad kunskap och hantering av hindrande normer i kulturella sammanhang. Detta innebär samtidigt att visa respekt för den individuella kvinnans begränsningar och behov samt att främja hälsa under hela förlossningsprocessen. (Berg et al., 2012)

4 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att beskriva finlandssvenska kvinnors upplevelser av relationen till barnmorskan under förlossningen. Jag vill på detta sätt belysa viktiga aspekter i relationen som uppstår mellan barnmorska och kvinna. Studien ska hjälpa barnmorskor att

i sitt arbete bilda goda relationer till föderskorna, vilket i sin tur kan göra kvinnans upplevelse av förlossningen bättre.

Frågeställningarna är dessa två:

1. Vilka upplevelser har finlandssvenska kvinnor från relationen med barnmorskan under förlossningen?
2. Vad anser finlandssvenska kvinnor vara det väsentliga i relationen mellan kvinnan och barnmorskan under förlossningen?

5 Metod

Eftersom syftet med min studie är att beskriva hur finlandssvenska kvinnor upplever relationen till deras barnmorska under förlossningen samt att belysa de viktiga aspekter som bildar relationen, har jag valt att använda en kvalitativ metod för forskningsarbetet.

5.1 Kvalitativ metod

I en kvalitativ forskningsmetod studeras olika personers erfarenheter av en specifik företeelse. Insamlade data används för att man ska få insikt och förståelse i en viss företeelse och resultaten som fås är automatiskt varken helt rätt eller helt fel. Data kan samlas in till exempel med hjälp av intervjuer med informanter. Det som samlas in från informanterna består inte av siffror utan av deras egna beskrivningar som sedan blir analyserade av forskaren. (Henricson, 2017, s. 111–112)

I kvalitativa studier kan några olika förhållningssätt användas. För denna studie valdes induktion. Ett induktivt förhållningssätt betyder att man utifrån informanternas egna svar och erfarenheter kan dra olika påståenden och slutsatser som i sin tur bildar resultatet. Det är alltså det analyserade svaret som blir resultatet för studien, vilket sedan kan jämföras med passande teorier. (Henricson, 2017, s. 30, 114)

Forskaren som gör en kvalitativ studie behöver vara flexibel, kunna anpassa sig samt förhålla sig öppet mot området som det ska forskas i. Forskaren själv är instrumentet i forskningen som kommer att ha kontakt med informanten och därför behöver han eller hon i förväg fundera över sina egna erfarenheter av livet, yrket samt vilken kunskap han eller hon har om forskningsämnet. Med hjälp av den kvalitativa metoden försöker forskaren skapa kunskap om en företeelse och förklara hur den tolkas och erfars av olika människor. (Henricson, 2017, s. 113–114)

5.2 Semistrukturerad intervju

Som datainsamlingsmetod användes semistrukturerade intervjuer. Intervjuer kräver mycket planering, tid och en del resurser men de är lämpliga när beskrivningar av olika företeelser önskas eftersom upplevelserna kan vara så olika från person till person. När en intervju görs ses resultatet av den som beroende av forskaren eftersom forskaren har varit med och skapat texten i studien. (Henricson, 2017, s. 115, 143, 153)

En semistrukturerad intervju innebär att frågorna till informanten har en viss struktur men kan ställas i en annan ordning än planerat och kan anpassas till de svar som informanten ger i intervjun. Frågorna är öppna och följdfrågor relaterade till informantens svar kan ställas. Frågorna bör inte vara för detaljerade för att inte intervjuaren ska förstöra interaktionen med informanten. (Henricson, 2017, s. 144–145)

Intervjuerna utfördes via Teams eller via fysiska träffar med informanterna. Det var informanterna själv som bestämde var de ville att intervjuerna skulle utföras och de hade

heller ingen skyldighet att besvara alla frågor utan kunde avsluta när de ville. Intervjuerna tog cirka tjugo till trettio minuter var.

Intervjufrågorna skapades utifrån studiens syfte. Först ställdes några bakgrundsfrågor för att informanten skulle känna sig bekvämare med att bli intervjuad och sedan påbörjades de mera aktuella frågorna där fokuset var på kvinnans upplevelse av relationen med barnmorskan samt det väsentliga i deras relation. För att knyta ihop intervjun ställdes en avslutningsfråga gällande åsikter om att ha samma barnmorska under både graviditet och förlossning. Frågorna (bilaga 1) blev genomgångna tillsammans med handledaren och var godkända innan intervjuerna påbörjades. Alla frågor var öppna och följdfrågor ställdes också utgående från informanternas svar.

5.3 Urval av informanter

Eftersom det är en kvalitativ studie behövs inte ett lika stort antal informanter som vid kvantitativa studier. Fokuset vid urvalet är att hitta några personer som har olika erfarenheter och bakgrund och som kan beskriva upplevelserna på ett grundligt beskrivande sätt. Kravet på att delta i intervjun är att informanterna själva har varit med om upplevelsen som ska studeras och valet av informanter görs på ett sådant sätt att informanterna uppfyller dessa krav för att forskningsfrågorna ska kunna besvaras. Denna urvalsmetod kallas för ett ändamålsenligt urval. (Henricson, 2017, s. 115–116, 148–149)

Urvalet gjordes via ett inlägg i gruppen *Mammor och gravida i Österbotten* på Facebook (bilaga 2). Studiens syfte, tidsåtgång och kraven för att kunna delta skrevs ut tillsammans med mina egna kontaktuppgifter. Kraven var att kvinnan hade fött barn, antingen ett eller flera, och att den senaste förlossningen hade genomgått för max två år sedan. De som då var intresserade av att frivilligt delta som informanter samt uppfyllde de rätta kraven för att delta tog kontakt med mig. Jag fick ganska snabbt åtta frivilliga kvinnor som var intresserade av att delta i studien. De fick ett mera informativt infobrev (bilaga 3) med praktisk och etisk information skickat till sig. Eftersom jag hade bestämt att sex informanter

räckte för mitt arbete så intervjuade jag de sex första som meddelat intresse. Jag meddelade de två andra att jag tar kontakt med dem ifall jag märker att jag behöver mera information.

När jag hade gjort den första intervjun märkte jag att inspelningen var så dålig att transkriberingen inte kunde göras på ett etiskt korrekt sätt eftersom den nedskrivna texten inte blev tillförlitlig. Jag valde då att inte använda denna intervju i mitt arbete utan den blev i stället som en pilotstudie för mina intervjuer. Jag meddelade den första av de två kvinnorna som jag hade som reserv och hon ställde upp på intervjun så att jag då hade totalt sex intervjuer som kunde användas i analysen. Åldern på kvinnorna som deltog i studien var ungefär mellan 25–40.

5.4 Kvalitativ innehållsanalys

Som dataanalysmetod användes en kvalitativ innehållsanalys. Det finns några olika delar som innehållsanalysen kan delas in i. Dessa är analysenhet, domän, meningsenhet, kod, kategori och tema. Analysenheten är föremålet för studien som kan vara till exempel en eller flera personer. De data som blivit insamlade, såsom intervjutexter, räknas också som analysenheter. Med domäner menas de områden som analysmaterialet delas in i medan meningsenhet avser ett visst stycke eller vissa ord eller meningar som har gemensamma synpunkter. Koden består av ett eller ett par ord som beskriver det viktigaste innehållet i meningsenheten medan kategorierna beskriver vad texten innehåller. Kategorierna kan i sin tur delas in i subkategorier som består av olika grupper av koder. Temat beskriver innebörden och sammanfattar subkategorierna för att kunna tolka texten. Med hjälp av temadelen kan kategorierna bindas samman till en röd tråd genom hela processen. (Henricson, 2017, s. 286–287)

Analysen kan börja redan när den första intervjun har utförts men vanligast är att man gör alla intervjuer innan man börjar analysera dem. Intervjuerna förs över från ljudformat till textformat, inklusive skratt, gråt och pauser. Materialet behöver läsas igenom flera gånger

innan textdelar som svarar på forskningsfrågorna plockas ut och delas in i olika kategorier. (Henricson, 2017, s. 116)

Varje intervju blev transkriberad. Oberoende vilken dialekt informanten pratade skrevs alla svaren ner på standardsvenska och eventuella svordomar skrevs som en stjärna i texten. Inga namn skrevs ner i transkriberingen. Transkriberingarnas sammanlagda sidantal blev 31. Efter att alla intervjuer var insamlade och transkriberade försökte jag hitta olika domäner och sedan meningsenheter i analysenheterna, alltså i intervjutexterna. Utifrån meningsenheterna började jag sedan sätta ut koder för specifika ord i meningsenheten. Koderna delade jag sedan in i grupper som bildade underkategorier. Underkategorierna kunde i sin tur grupperas ihop, enligt deras innehåll, och bilda kategorier. Kategorierna bildade tillsammans temat för studien.

6 Etiska överväganden

All verksamhet och forskning som görs behöver ha etiska synpunkter och bedömningar, vara korrekta samt kunna försvaras etiskt. Forskningsetiken ska göra så att alla olika livsformer, människovärden och rättigheter försvaras. En central del i studierna är ärligheten. Ifall inte dessa krav hålls är inte forskningsresultaten trovärdiga. (Forskningsetiska delegationen, 2012; Henricson, 2017, s. 57)

Vid forskning där människor är involverade behöver informantens självbestämmanderätt respekteras, skador undvikas och skydd av personliga data samt integritet hållas. Informanterna ska få tillräcklig information om studien samt få info om att studien är frivillig att delta i. Information om hur de insamlade data används, sekretessen kring dem samt hur lång tid det tar att göra intervjun behöver också ges före. Informanten ska respekteras och frågorna behöver funderas över på förhand så att de inte blir för känsliga och privata. Den data som samlas in ska inte kunna kopplas till en skild person efter att det blivit inlagt i studien. Endast sådan information som behövs för studien samlas in och efter

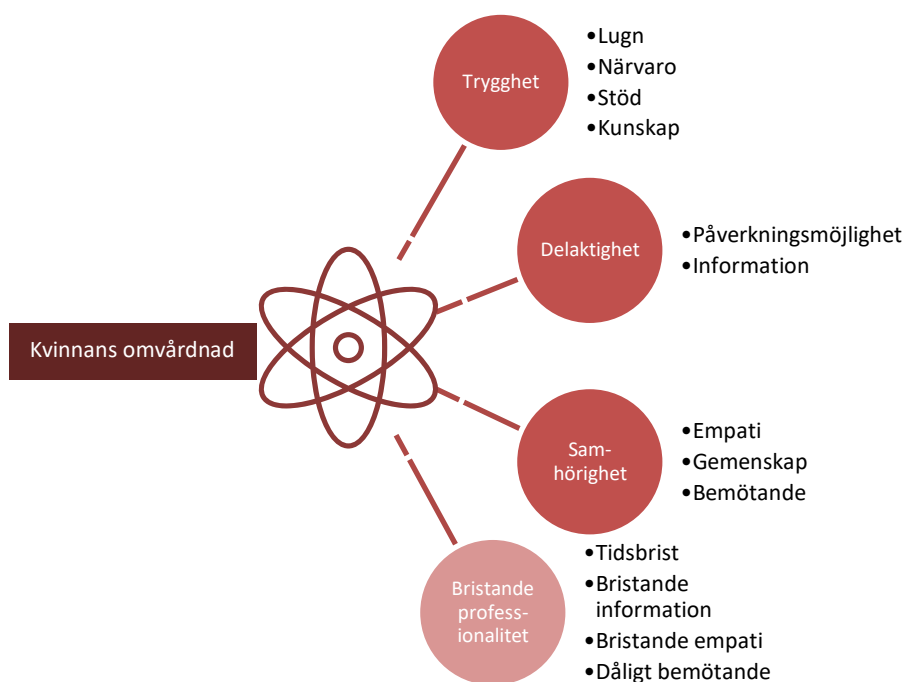
att studien avslutats förstörs informationen. (Forskningsetiska delegationen, 2009; Henricson, 2017, s. 73)

Informanterna som deltog i studien hade fått information om studiens syfte, användning och ungefär hur lång tid det skulle ta att göra intervjun. De skrev under en samtyckesblankett (bilaga 4) om att de frivilligt deltog i studien men samtidigt fick de ändå avsluta när de ville. Denna blankett gav mig samtidigt rätt att banda intervjun och använda intervjusvaren i mitt arbete. Data som blev insamlade sparades i min egen låsta dator för att inga obehöriga skulle kunna komma åt materialet och endast jag själv hade tillgång till detta material. Informanten valde själv vad och hur mycket hon ville berätta. Under hela studien behandlades intervjusvaren konfidentiellt och efter att studien hade slutförts och analysen var gjord förstördes alla insamlade data, så som ljudinspelningar, transkriberingar och samtyckesblanketter. Informanten förblev anonym, för alla utom mig som utförde studien, under hela forskningsprocessen för att inte någon skulle kunna lista ut vem som deltagit i studien.

7 Resultat

I detta kapitel kommer studiens resultat att beskrivas. Analysen baserar sig på studiens frågeställningar, alltså hur finlandssvenska kvinnor upplever relationen med barnmorskan under förlossningen samt vad kvinnorna tycker är det mest väsentliga i deras relation. Från analysen uppstod temat *kvinnans omvårdnad*, vilket symboliseras av blomman i figuren. Blomman ska på detta sätt symbolisera de fina upplevelser av förlossningen som kan uppstå om barnmorskans omvårdnad av kvinnan och relationen mellan barnmorska och kvinna baserar sig på huvudkategorierna. Fyra huvudkategorier uppstod från analysen som tillsammans svarar på frågeställningarna; *trygghet*, *delaktighet*, *samhörighet* och *bristande professionalitet*. De tre första anser kvinnorna vara de väsentliga i relationen och de är därför rödfärgade i figuren. Den sista huvudkategorin är rosafärgad eftersom denna kategori syftar på brister i förlossningsvården och är avsedd att användas till reflektion av

hur den egna vården utförs. Var och en av huvudkategorierna har dessutom underkategorier som kommer att beskrivas närmare. Alla kategorier och underkategorier syns också i figuren nedan.



Figur 2. Presentation av studiens resultat i form av en figur.

7.1 Trygghet

Eftersom det är en så känslig situation som kvinnan befinner sig i under en förlossning så är det viktigt att både hon och hennes stödperson kan känna sig trygga. Utgående från kvinnornas svar uppstod fyra underkategorier som alla är viktiga och bidrar till att öka tryggheten för dem; *lugn, närvaro, stöd* och *kunskap*.

Lugn

Att barnmorskan inger ett lugn och kan ha lite humor, fastän det är en väldigt speciell situation kvinnan befinner sig i, uppskattas verkligen av kvinnorna. En av kvinnorna förklarade det som att udden av smärtan och nervositeten som hon har inom sig tas bort när man klarar av att skratta lite. Dessutom kunde kvinnan känna sig lugnare om barnmorskan också verkade uppvisa ett lugn. En annan viktig sak som en av kvinnorna nämnde var att det känns väldigt skönt när barnmorskan försöker knyta an till kvinnan genom att försöka hitta gemensamma samtalsämnen, till exempel gällande egna barn eller hobbyer. Detta hjälpte kvinnan att slappna av och fokusera på något annat än förlossningen för en liten stund.

"...den där humorn är jätteviktig...Det tar som ändå lite udden av det när man klarar av att... skämta..."

"...att man som försöker hitta någonting som man kan som knyta an över...Det kan ju vara varifrån man är eller ifall man själv har som fött barn eller, ja, någon hobby eller vad som helst. Men att någonting som man känner att 'Okej...ja, det där har vi lite gemensamt'."

"...hon hade det där lugnet, hon var inte i panik eller stressad."

Närvaro

Närvaro anses också vara en viktig faktor för att kvinnans upplevelser av förlossningen ska bli så positiva som möjligt. Några av kvinnorna blev överraskade över att barnmorskorna hade så mycket tid medan några andra kvinnor tyckte att barnmorskorna inte var tillräckligt närvarande under förlossningens gång. De flesta kvinnor kände också att det var skönt att barnmorskan kunde fara och hjälpa andra födande kvinnor emellanåt så att kvinnan kunde få lite ensamtid med sin stödperson också mellan varven för att kunna slappna av helt. Om kvinnan och barnmorskan fick en väldigt bra relation kändes det i de flesta fall däremot inte stressande för kvinnan att barnmorskan var mycket närvarande i rummet. En av dem beskrev barnmorskans närvaro som att hon kände sig speciell när barnmorskan kunde sätta ner extra tid på henne och sätta sig in i hennes situation och behov. En uppskattad sak är att barnmorskorna märker när kvinnan behöver något utan att kvinnan själv berättat om sina önskningar. Detta bygger upp relationen mellan dem. En av kvinnorna beskrev hennes

relation med barnmorskan som väldigt härlig och berättade att de ännu också kramar om varandra om de träffas någonstans. Att dessutom få ha samma barnmorska under hela förlossningen visade sig vara väldigt positivt, dock kunde detta inte förverkligas i de flesta fall eftersom många av förlossningarna sträckte sig över skiftesbytena.

"...de var ju inne och sedan så kunde de säga att... 'Hej, nu måste jag fara och kolla någonting att...jag kommer tillbaka om...45 minuter'... 'Det är ju att ringa på klockan om det är någonting'. Så att det tyckte jag var ganska skönt också att man fick som mer det där...att man kunde slappna av. Sen var det ju stor skillnad, att hon som jag tyckte jättemycket om så hon hade jättemycket humor och så där, så med henne var det ju lättare att slappna av."

"...jag märkte som att hon satte som ner någonting extra på mig då. Någon extra tid...Hon var som mån om att det skulle gå snabbt och det skulle gå bra och jag skulle som ha så lite ont som möjligt och...att hon som verkligen som tog till sig hur jag var."

"...utan att be om någon hjälp eller liksom säga åt någon om den här situationen så märkte den här min...dåvarande barnmorska situationen och hon satt där med mig och sade att 'Hon sitter helt så länge som jag bara vill'."

"...100% kände jag att de var närvarande med mig när de var som i mitt rum..."

Stöd

Kvinnorna påpekade behovet av att barnmorskan ger dem uppmuntran och är ett stöd för både kvinnan och stödpersonen under förlossningen. En av kvinnorna förklarade det som att man inte är riktigt kapabel att göra alla beslut helt på egen hand i denna situation och att det därför är viktigt att barnmorskan kan uppmuntra och stöda kvinnan och stödpersonen i besluten. För kvinnorna kändes det också tryggt när barnmorskan med lugn röst berättade om vad som kommer att hända, också för stödpersonen så att han eller hon också får vara införstådd i situationen. De kände då att de kunde lita på att barnmorskan hade hand om dem allihop och att hon fanns där som ett stöd för dem. Stödet som barnmorskorna gav bidrog till att kvinnorna kunde känna sig trygga under förlossningen.

"...inte kanske bara det att man är ett stöd för mamman, även om det ju är som det där viktigaste. Men...att pappan också som får det där, lite stöd..."

"...man ska kunna liksom lita, tycker jag, på att veta att hon...har hand om dig och baby'n och...hennes ändamål är att allt ska gå bra, så bra som möjligt."

"...just att man är så där själv aktiv som barnmorska, berättar, lugnar, säger att 'Snart far det liksom så här'."

Kunskap

Kunskapen som barnmorskorna hade ansågs vara en viktig faktor. Kvinnorna upplevde att barnmorskorna kunde föra fram förslag på olika förlossningsställningar och smärtlindningsmetoder samt att de kunde komma på lösningar när situationen blev för överväldigande och svår för kvinnan. Kvinnorna kände också en tillit till att barnmorskorna kunde sin sak och att de hade kontroll över situationen. En av kvinnorna nämnde också att hon uppskattade att barnmorskan inte erbjöd alla olika smärtlindringar förrän kvinnan själv frågade efter dem eftersom hon då kanske inte skulle ha uppskattat effekten av dem tillräckligt. Flera av kvinnorna uppskattade också när barnmorskan visade dem vilka metoder de kunde använda sig av för att ta sig igenom värkarna lättare, till exempel genom att använda rätt andningsteknik. Att barnmorskan informerar stödpersonen i hur hon eller han kan hjälpa till har också varit en viktig sak. Barnmorskan upplevdes också ha en sådan tillräcklig kunskap så att kvinnan kunde fråga och få svar på de frågor hon undrade över. Kvinnorna förklarade att de kunde känna en tillit till barnmorskan och lita på att hon hade den kunskap som krävdes när hon inte var osäker på det som gjordes utan att hon verkade säker på sin sak. Dessutom berättade också en av kvinnorna att hon uppskattade att barnmorskan kunde erkänna lugnt och sakligt när hon inte var så säker på en specifik sak. Kvinnan kände sig då trygg med att barnmorskan kollade upp saken med läkaren och sedan återkom med svaret.

”Att det kändes nog på det sättet alltid att när jag sa att ‘Nä, nu känns det nog som att inte...jag klarar det här mera...’, så då...tyckte jag nog ändå att de alltid hade en...lösning eller en så där att det blev hanterbart igen en stund framöver...”

”Just den här härliga barnmorskan sade också åt min kompis att... ‘Tryck här och massera henne här att nu måste jag gå och titta i ett annat rum och jag kommer snart. Fortsätt så här och andas så här och försök hålla sådant här ljud’. Att hon gav jätte, jättemycket som vi kunde liksom använda oss av, som liksom gjorde också så att jag verkligen kunde, tycker jag själv, hantera den där smärtan och vara fokuserad på att liksom smärtan är inne i mitt huvud och allt det som händer i min kropp är liksom nu bara bra och snart liksom kommer babyn. Så det var nog härliga verktyg som hon gav åt oss båda två...”

”...fast de kanske inte alltid vet exakt vad de håller på med, så ska de nog låtsas (skratt) som att de vet vad de håller på med...ena gjorde på ett bra sätt att då hon inte var helt säker på någonting så sade hon ändå lugnt att... ‘Nu är hon inte helt säker på den här saken men det är ingen panik. Att nu kollar hon upp det med en läkare så vet vi hur det är’. Och...liksom inte att de började tveka något...”

7.2 Delaktighet

Kvinnorna ansåg att en stor del av deras upplevelse av förlossningen berodde på om de kände att de fick vara delaktiga i processen. Kvinnorna satte stort värde i att få påverka den egna vården. Två underkategorier uppstod under denna kategori; *påverkningsmöjlighet* och *information*.

Påverkningsmöjlighet

En av faktorerna som bidrog till att kvinnan kunde känna sig delaktig och bilda positiva upplevelser var den påverkningsmöjlighet hon hade under förlossningens gång. De flesta upplevde att de hade haft möjlighet att påverka en del själv men var samtidigt tacksamma att barnmorskan hade hjälpt till att ta olika beslut i de situationer där kvinnan kände att beslutstagandet blev för tungt eller svårt. Till exempel hade kvinnorna fått delta i valet av olika smärtlindringsmetoder. Önskemål på förlossningsställningar hade också tagits i beaktande. En sak som nämndes var att barnmorskorna var väldigt stöttande och visade förståelse över kvinnans val. Kvinnan fick testa att göra enligt eget önskemål och sedan kom barnmorskan med något annat förslag om det inte fungerade.

"...hon frågade mycket vad jag ville och vad jag tyckte och vad jag hade för önskemål och så där."

"...jag tyckte att de...lyssnade väldigt bra på det vad jag hade...för önskingar före. Att jag ville försöka se hur länge jag klarar av utan, det där, smärtlindrande och...de stöttade mig i det också och liksom...förstod."

"Och det tyckte jag var ett skönt beslut på något vis för jag orkade inte då göra det beslutet själv. Så sade hon ju bara 'Jag tycker att vi...gör det' och då höll jag nog bara med och tyckte att det...var väldigt bra (skratt)."

"...det var skönt att de nog...gav möjligheten först men sedan sade de också att... 'Vet du, ska inte vi prova på det här ändå? Att jag tror att det är...det rätta nu' och...liksom hjälpte en att ändra sin åsikt i stunden, vilket inte var speciellt lätt men..."

Information

Informationen ansågs vara väldigt viktig, alltså den information som barnmorskan ger åt kvinnan under förlossningens gång. De flesta kvinnor tyckte att de hade fått tillräckligt med information om vad som hände och vilka undersökningar som gjordes. En sak som kvinnorna tyckte var viktigt var att informationen gavs på en lagom nivå så att den inte blev för ingående och svårförståelig och att de endast skulle berätta lite i taget så att så mycket som möjligt kunde förstås och tas in. Också i svåra situationer uppskattades informationen som gavs eftersom barnmorskan kunde ge den på ett lugnt och beskrivande sätt.

”Nå, med tanke på hur i panik jag är alltid om jag tappar kontroll, så det var nog det allra viktigaste att hon berättade.”

”...de sade ju nog alltid när de undersökte, som inre undersökning och följde med hjärtljuden förstås...”

”...att man får informationen kanske så där i etapper så att det inte blir allt på en gång utan att det...skulle som få komma så där 'Nu är det det här skedet och...nu har vi den här möjligheten och det...'...De ger den som i, vad ska jag säga, mindre doser. För jag upplever att jag var ju kanske inte i sådant tillstånd att jag kunde ta in jättemycket på en gång.”

”...det är viktigt att de berättar vad som händer...Men...klart man kan ju inte berätta varenda liten detalj heller och...då man som föderska inte är insatt i exakt hur allting fungerar så, vad ska man säga, på en lagom detaljnivå. Det får inte bli för ingående heller, eller så man börjar själv fundera på några detaljer...”

7.3 Samhörighet

Kvinnorna tyckte att relationen stärktes när hon kunde känna en samhörighet med barnmorskan. Kategorin samhörighet fick tre underkategorier under sig utifrån kvinnornas upplevelser och svar; *empati*, *gemenskap* och *bemötande*.

Empati

Kvinnorna nämnde att empatin och lyhördheten var en viktig del hos barnmorskorna. Att som barnmorska kunna lyssna på kvinnans tankar och funderingar och också kunna "läsa mellan raderna" är viktigt i arbetet med kvinnorna. Dessutom påpekade flera kvinnor att barnmorskan behöver se varenda förlossning individuellt, fastän förlossningar hör till vardagen för dem. Det kan ju vara så att kvinnan som kommer för att föda aldrig har fött ett barn tidigare och precis den stunden är väldigt speciell för just henne. Barnmorskan behöver då kunna känna av situationen och försöka ta reda på vad just denna kvinna har för önsknings och behov. En av kvinnorna nämnde att relationen som bildades tillsammans med barnmorskan uppskattades väldigt mycket eftersom hon kände att någon förstod situationen hon befann sig i.

"Alltså jag tror det där viktiga är ju kanske att man som just lyssnar."

"Jag tycker att hon ska komma ihåg att fast liksom hon själv har många erfarenheter av flera förlossningar varenda dag i flera år, så är det ändå olika för alla som kommer och föda. Att liksom försöka bemöta varje föderska på liksom ett så här personligt sätt. Det är inte sådan här liikutavara så att säga, att vi är inte alla likadana. Det går inte på samma sätt för alla. Vissa är väldigt rädda. Och just att ta liksom och höra, lyssna liksom, känna efter lite att...vad som passar för...en och vad som passar för andra. Just kunna liksom ta emot människor på individuella sätt."

"...all mänsklig kontakt (skratt) var som ändå som trevlig att ha och någon som förstod en."

Gemenskap

Gemenskapen som bildades mellan barnmorska, kvinna och stödperson ansågs vara viktig. Samarbetet tillsammans med barnmorskan och stämningen som bildades i förlossningssalen tyckte de flesta av kvinnorna att var bra. Att barnmorskan kunde ha humor och på så vis lätta upp stämningen lite uppskattades av dem. Kvinnorna ansåg inte heller att barnmorskorna verkade stressade fastän de hade mycket arbete. Att barnmorskan tog sig tid att prata och fundera tillsammans med kvinnorna var väldigt viktigt för dem. Barnmorskan behövde vara öppen för kvinnans behov och känslor för att kunna bilda en god relation med kvinnan.

"...jag skulle kunna fara med den där barnmorskan alla dagar och föda barn (skratt) för att det var som jättebra. Att ofta är det ju det att man...klickar som. Att ja, att det var rätt person som kom in. Och då...hade jag ju också som planerat att jag skulle som sättas i gång så då visste jag ju att det kommer bara att ta en liten stund det här och att jag kommer att ha den här samma personen hela tiden. Så...det var jättebra."

"Jag sa att jag inte ville ha någonting, att jag skulle bara ha lustgas. Och sedan så ändrade jag ju mig då där riktigt som...då det var riktigt lite kvar. Så då hade dom ju lite...roligt åt mig då och skrattade och som det blev som en sådan där lite rolig stämning då också. Att hon sade 'Nåmen, att...du har ju själv hållit på nu'...Så det blev som att man råddade bort sig då ändå i smärtan och tyckte att det var lite kul då ändå..."

Bemötande

Det första intrycket som kvinnan fick av barnmorskan när hon kom in i rummet samt det första bemötandet barnmorskan gav påverkade hela deras relation. För att kvinnan skulle kunna bilda en positiv uppfattning om barnmorskan ansågs det vara nödvändigt att barnmorskan bemöter kvinnan på ett varmt och vänligt sätt med ögonkontakt och ett leende. Om intrycket blev bra kunde kvinnan känna en samhörighet i situationen och kunde också få känna att just hennes förlossning var någonting unikt och speciellt. De flesta av kvinnorna tyckte att bemötandet från barnmorskorna hade varit bra. En av kvinnorna som hade svår förlossningskräck upplevde att barnmorskorna bemötte detta på ett bra sätt och att de utifrån detta kunde trösta och hjälpa henne. Att barnmorskan verkligen försökte hjälpa kvinnan i hennes situation gjorde att relationen mellan dem stärktes. Barnmorskans bemötande mot kvinnans stödperson har också upplevts vara viktigt. Flera av kvinnorna betonade hur viktigt det var att också stödpersonen fick information och fick vara delaktig i förlossningen.

"...riktigt liksom kommer helt nära vid örat och med en så lugn röst talar, men ändå tar i så där bestämt, till exempel då hon masserade mina lår då jag hade så sjukt. Så riktigt hårda tag men lugn röst...Vi gick liksom så noga igenom allting så där hade jag liksom total pålitlighet mot henne. Tycker nog att hon är liksom den mest fantastiska barnmorskan jag har någonsin haft."

"...hon liksom diskutera också med min man och...tog han i...beaktande också i det där och lite som hur han kunde stöda också. Så det blev som ett...teamkänsla på något vis."

"...det där första intrycket tycker jag ju är som är så viktigt. Att hur...bemöter dom mig då dom kommer in första gången. Att känner jag då att...dom är bara där för att dom måste eller var dom där för att dom tyckte att...min förlossning är...som någonting speciellt för dom."

7.4 Bristande professionalitet

En del av kvinnorna hade också dåliga upplevelser av relationen till barnmorskan. Detta kunde också i vissa fall påverka hela förlossningsupplevelsen. Fyra underkategorier bildades under denna kategori; *tidsbrist*, *bristande information*, *bristande empati* och *dåligt bemötande*.

Tidsbrist

Några av kvinnorna upplevde att stressen som barnmorskorna hade när de hade mycket arbete märktes när de var i förlossningssalen. Kvinnorna kände att barnmorskorna skulle ha velat vara längre i rummet och hjälpa kvinnan men att tiden inte fanns utan de behövde rusa i väg till nästa rum. En av kvinnorna berättade att hennes man till och med hade behövt ta emot deras ena dotter eftersom ingen barnmorska fanns närvarande. De hade ringt på klockan och ropat efter hjälp i korridoren men ingen syntes till. Paret fick då sköta födelsen på egen hand och efter att barnet hade fötts kom barnmorskorna in i rummet. Skiftesbytena som skedde under förlossningens gång kändes inte alltid så bra för kvinnorna men de flesta hade ändå behövt vara med om dem eftersom förlossningen drog ut på tiden. Dock förstod nog kvinnorna att skiftesbytena var oundvikliga.

"...då upplevde väl kanske jag att det blev väldigt mycket som byten under tiden då jag var med första barnet för att det...tog som så länge."

"...jag har ju upplevt nog faktiskt alla gånger att dom har haft det väldigt stressigt...För det har ju som varit att...man inte har haft någon egentligen i rummet någonting annat än kanske då dom har måsta vara (skratt). Och det är ju synd också för att...man har ju som sett på dom att dom skulle kunna vara längre eller dom skulle kunna prova trycka någonting eller känna någonting men så har det varit att 'Nä, vi måste rusa iväg'."

"...vi var så mycket ensamma faktiskt att min man fick liksom ta emot vår dotter då som föddes. För att...vi tryckte på knappen, jag sade att 'Jag känner nog liksom sådant tryck'. Min man ropade i korridoren att 'Nu måste dom komma!', där var ingen i korridoren och sedan skulle jag själv stiga upp liksom och gå och säga att 'Nu behöver jag hjälp' och då började hon och födas redan. Så att min man fick ju riktigt ta liksom fast henne (skratt)."

Bristande information

Flera av kvinnorna nämnde att informationen ibland var bristande, speciellt i brådskande situationer som vid akuta kejsarsnitt. Det var förståeligt för dem att barnmorskorna kanske inte alltid hann berätta allt vad som hände eftersom det var en brådskande situation, men ändå kände de att de skulle ha önskat lite mera information om vad som pågick. När informationen uteblev skapades i stället panik hos dem eftersom situationen var så oviss. En av kvinnorna tyckte att orsaken till att informationen blev bristfällig var på grund av att det var så många olika barnmorskor under förlossningens gång. Det nämndes också att barnmorskorna borde kunna ha ett professionellt beteende så att de inte grips av panik och glömmer att informera föräldrarna om något oväntat händer, detta skapar i sin tur panik hos de nyblivna föräldrarna.

”Men de sade ju inte åt mig någonting...de sade bara liksom åt varandra att ’Okej, ring dit. Vi måste förbereda operationssalen’. Och vid det skedet så fick jag ju sådan panik som inte visste alls vad som kommer att hända och det tog länge förrän någon sade någonting åt mig. Först då jag började gråta så var det då en som...sade att ’Jo, inte är det någon fara att...han sitter där och du kan inte föda normalt och eftersom det är 10 dagar redan över så...måste det bli kejsarsnitt’. Så då blev jag nog väldigt ensam med den saken, så att jag till och med var riktigt rädd sedan att då jag väntade mitt andra barn att ’Hur ska det här gå till?’, då det var så dålig erfarenhet den där första gången.”

”Jag har hatat det att måsta alltid fråga, eller då som jag har måstat fråga, ’Vad är det här? Varför tar det så här ont? Ska jag dö?’”

”Men den här barnmorskan hade inte hört en baby skrika på det där sättet så hon fick helt panik. Hon sade ingenting åt oss, hon sprang i väg och ropade i korridoren att man skulle ringa efter någon och sedan kom hon in i rummet och sade åt min man liksom att...’Vi måste be läkaren hit...den här babyn ska inte låta så här...’. Alltså jag minns inte helt exakt allt för...man blev ju själv helt hysterisk då man ser att en professionell som jobbar med det här är själv rädd, så då måste det ju vara verkligen något farligt.”

Bristande empati

Flera av kvinnorna påpekade den bristande empatin hos vissa barnmorskor. Till exempel upplevde de att de inte blev tillräckligt hörda när de sade att det gjorde för ont eller att de ville testa på något annat sätt. De upplevde då ibland att barnmorskorna ändå ville köra på deras egna vis fastän kvinnorna hade önskat att de skulle bli uppmuntrade till egna val. Någon av kvinnorna lyfte också fram hur de kunde känna av om barnmorskorna faktiskt

brydde sig om dem eller om de bara gjorde sitt jobb. Den bristande empatin hos någon av barnmorskorna gjorde då att relationen mellan dem inte blev så bra som den skulle ha kunnat bli samt att kvinnorna då kände sig förminskade.

"Där kände jag ibland att jag inte liksom blev kanske lyssnad på, för jag hade nervsmärta i vänstra benet. Så jag hade svårt att...stöda på benet och det gick inte att vara i olika ställningar och de var som bara att 'Nämen, att...nu provar vi det här.' Och jag var nog som inställd på det, att det hade jag ju som tänkt innan att om de säger att man provar i typ tre, fyra värkar och så. Men att det var som faktiskt att det gjorde så ont i benet så att det gick inte. Och de var som ändå bara 'Jo, men nu ska vi prova.' och jag bara 'Nä, alltså, det går inte.' (skratt)."

"...jag fick som en kommentar att...dom tyckte att jag nästan var som onödig...och då kände jag ju mig väldigt som förminskad, för att det var ju mina känslor det att jag tyckte att det var jätte som jobbigt nog."

"...om jag inte har känt så där riktigt lika nära kontakt med de här andra just, att det känns faktiskt att de gör bara sitt jobb."

Dåligt bemötande

En del av kvinnorna kände att de inte hade blivit bemötta på ett rätt sätt. En av dem berättade att en av barnmorskorna kallade henne för helt fel namn under hela förlossningen, vilket inte kändes bra för henne. En kvinna upplevde också att barnmorskan övervakade rummet och att hon och hennes partner aldrig fick vara ensamma, vilket påverkade synen på barnmorskan negativt. En annan berättade att hon blivit så hysterisk under förlossningen på grund av sömnbrist och att en barnmorska blivit arg på henne för detta. Hon hade sedan tagit upp det med barnmorskan efteråt men barnmorskan tyckte fortfarande inte att hon hade gjort något fel utan riktade felet tillbaka mot kvinnan. Den nyblivna mamman fick inte heller några gratulationer från barnmorskan och detta var en stor besvikelse för henne.

"...efteråt då vi sedan skulle tala och gå igenom så sade jag liksom att 'Det blev lite sådan där upplevelse att...jag tyckte att jag skämdes för att hon blev så arg att jag skulle ta det lugnt'. Och till det så sade hon att 'Nä, nog var du ju ganska hysterisk'. Så att hon som fortfarande, tycker jag, försvarade det här hennes beteende."

"...alla barnmorskor har alltid sagt 'Grattis!' då man har liksom fått sitt barn i famnen men hon sade ingenting."

"...hon var som inte borta ur rummet heller annat utan att äta...hon var som hela tiden som en liten hök (skratt), eller någonting."

8 Diskussion

Nedan följer en diskussion kring metoden som använts i studien kopplat till begreppen trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. Resultatets huvudfynd kopplat till tidigare forskning som tagits upp i bakgrunden samt den teoretiska utgångspunkten sammanfattas också. Ny forskning har också tagits in i resultatdelen.

8.1 Metoddiskussion

I detta kapitel kommer studiens säkerställande av kvalitet att diskuteras. Studiens styrkor och svagheter tas upp med hjälp av ett kritiskt förhållningssätt. För att en studie ska kunna ha en bra vetenskaplig kvalitet behöver man fundera på begreppen trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. (Henricson, 2017, s. 412, 431)

Trovärdighet anses vara ett samlingsnamn för de fyra begreppen. Begreppet trovärdighet innebär att kunskapen som uppkommit i studiens resultat är aktuell och tänkbar. Detta förstärks genom att se på frågeställningarna ur olika perspektiv, också kallat triangulering. Det kan göras genom att intervjua personer i olika livssituationer, analysera det insamlade materialet med olika synsätt samt att ta med andra forskare i analysen som har andra perspektiv. (Henricson, 2017, s. 431–432). Resultatet som uppkom i studien anses vara trovärdigt och aktuellt. En del av forskningen och litteraturen i bakgrunden anses i efterhand vara lite för gammal för att resultatet enbart ska kunna kopplas till den, men nyare forskning lyfts då i stället fram i resultatdiskussionen. Man kan också anse att detta är ett sådant ämne som inte förändras så mycket med tiden, jämfört med ett medicinskt ämne, utan som har varit ganska oföränderligt under flera år, så därav kan studien ändå betraktas som trovärdig. Som teori användes Berg et al.'s (2012) teori, eftersom den anses vara passande med temat kvinnocentrerad vård.

Pålitlighet innebär att man beskriver den föreställning man har haft om ämnet innan studiens inledning. Man behöver också diskutera hur insamlingen och analyseringen av data påverkats av tidigare erfarenheter. Dessutom ska det i studien beskrivas vem som har gjort intervjuerna, vilken utrustning som använts för inspelningen samt hur det insamlade materialet blivit transkriberat för att den ska vara pålitlig. (Henricson, 2017, s. 432). Pålitligheten i studien anses uppfylla kriterierna för att det i metodkapitlet blivit bra beskrivet angående datainsamlingens upplägg och hur transkriberingen blivit gjord. Inställningen till ämnet innan studiens början har också blivit beskrivet i inledningen men skulle kanske ha kunnat göras ännu mera specifikt.

Bekräftelsebarhet innebär att man tydligt beskriver hur analysen har blivit gjord och att man kontrollerar de slutsatser man drar under hela processen. Egna åsikter ska inte blandas in utan man ska vara neutral. Det kan vara till stor hjälp om någon annan då kan läsa igenom det insamlade materialet, analysen och resultatet. (Henricson, 2017, s. 432). För att få en ökad bekräftelsebarhet skulle någon annan ha kunnat läsa igenom materialet, vilket inte gjordes. Ändå anses studien kunna bekräftas eftersom analysen blivit tydligt beskriven ur en objektiv synvinkel.

Överförbarhet syftar på om andra grupper, miljöer och situationer kan ta del av resultatet. För att resultatet ska kunna föras över till andra behöver de tre föregående begreppen vara säkerställda och resultatet behöver vara ordentligt beskrivet. (Henricson, 2017, s. 433). Studien anses ha säkerställt de tre föregående begreppen och kan därför överföras till andra för att de ska kunna ta del av resultatet. Resultatet är ordentligt beskrivet och har ett tydligt upplägg.

I studien användes en kvalitativ metod, vilket anses vara en lämplig metod eftersom studiens syfte var att ta reda på kvinnors upplevelser. En kvantitativ metod skulle inte ha svarat på studiens syfte. Förhållningssättet var induktivt, vilket betyder att man drar slutsatser och påståenden utifrån informanternas svar. Detta anses också vara ett lämpligt förhållningssätt för studien eftersom resultatet blir så trovärdigt som möjligt när informanternas egna svar används.

Från studiens början valdes direkt semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod. Det anses vara rätt val eftersom man då får insamlat tillräckligt med nödvändig information och informanterna orkar också oftast ge längre svar än om man till exempel skulle ha

använt enkäter. Man behöver dock tänka på att personen som utför intervjun ofta kan påverka resultatet en del med de frågor som används. Därför bör en neutral ställning intas. Det som skulle ha kunnat göras annorlunda med intervjuerna är att utföra pilotstudier på flera än en person. Då skulle frågorna ha kunnat bearbetas efter att pilotstudien blivit genomförd och på så vis skulle man ha fått en stadigare grund för intervjufrågorna. Dessutom kunde inte den första inspelade intervjun användas eftersom ljudkvaliteten var bristfällig, vilket visar på att det skulle ha funnits behov av flera pilotstudier. Enda kravet för att få delta i studien var att kvinnorna skulle ha fött barn för max två år sedan, vilket kallas ändamålsenligt urval. Kvinnorna fick frivilligt meddela ifall de var intresserade att ställa upp och automatiskt befann de sig i olika åldersgrupper. Detta ökar också studiens trovärdighet eftersom de då befinner sig i olika livsskeden.

En kvalitativ innehållsanalys användes som dataanalysmetod. Intervjuerna blev transkriberade ord för ord och skratt eller gråt sattes också in i texten för att få en bättre helhetsbild av materialet. Allt material skrevs ner på standardsvenska för att ingen dialekt skulle kunna kopplas till en viss kommun. För att få en så korrekt bild av svaren som möjligt skulle svaren ha kunnat transkriberas på den dialekt de blev sagda, men detta anses ändå inte ha påverkat studiens pålitlighet. Informanternas privatliv har respekterats och de blev informerade om att intervju svaren bevaras konfidentiellt under studiens gång. Etiken har bevarats under arbetsprocessen och de som meddelat intresse men ångrat sig och inte ville delta i intervjun blev respektfullt behandlade.

Syftet med studien, vilket var att beskriva finlandssvenska kvinnors upplevelser av relationen till barnmorskan under förlossningen, har kommit fram i studien. Frågeställningarna har besvarats så att jag nu som blivande barnmorska har en ökad förståelse i vad kvinnorna önskar och vad de anser vara viktigt i relationen med barnmorskan, utifrån deras egna upplevelser.

8.2 Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva finlandssvenska kvinnors upplevelser av relationen till barnmorskan för att få en bild av vilka aspekter som är de viktigaste för att bilda en bra relation. Den första frågeställningen var: "Vilka upplevelser har finlandssvenska kvinnor från relationen med barnmorskan under förlossningen?". Resultatet visar att de flesta av kvinnorna hade positiva upplevelser av relationen till barnmorskan men en del av dem berättade också om tillfällen där barnmorskans agerande hade bidragit till att bilda en negativ upplevelse hos kvinnan. Den andra frågeställningen var: "Vad anser finlandssvenska kvinnor vara det väsentliga i relationen mellan kvinnan och barnmorskan under förlossningen?". I resultatet framkom då flera olika faktorer där huvudgrupperna ansågs vara trygghet, delaktighet och samhörighet.

I texten som följer kommer resultatet att kopplas till den tidigare forskningen och teoretiska utgångspunkten från studiens bakgrund. Huvudkategorierna som uppstod i resultatet kommer att diskuteras var för sig, *trygghet*, *delaktighet*, *samhörighet* och *bristande professionalitet*.

Trygghet

Att barnmorskorna uppvisade ett lugn och kunde ha lite humor i den svåra situationen gjorde att kvinnorna kunde känna sig lugnare. De kunde då fokusera på något annat för en liten stund och glömma smärtan de hade. Berg & Lundgren (2010, s. 21) tar också upp att betydelsen av humor som ett av barnmorskans verktyg var viktig redan för flera hundra år sedan. Man hittar också bekräftelse i litteraturen där lugnet hos barnmorskan anses stärka kvinnans trygghetskänsla (Harvala et al., 2021, s. 222).

Barnmorskornas närvaro under förlossningens gång ledde till att kvinnorna kände sig speciella och sedda av dem. I ordet barnmorska på engelska beskrivs detta som att barnmorskan är med kvinnan och är öppen för just hennes behov (Lindgren et al., 2022, s. 23). Berg et al. (2012) bekräftar att närvaro är en viktig del under hela förlossningen.

Kvinnan anses kunna känna förtroende för barnmorskan om barnmorskan är närvarande både fysiskt och mentalt.

Uppmuntran och stöd från barnmorskan till både kvinnan och stödpersonen ansågs vara en trygghetsfaktor för kvinnorna i studien. Stödet under förlossningen anses vara den viktigaste faktorn för att kvinnan ska kunna få en positiv upplevelse, enligt Lundgren & Berg (2007). Berg et al. (2012) tar också upp att varje kvinnas individuella och unika förmågor ska stödas. Att stöda hälsan hos kvinnor och familjer under hela den reproduktiva livscykeln ligger också i barnmorskans ansvarsområde (International Confederation of Midwives, 2014).

Barnmorskornas kunskap kring till exempel olika förlossningsställningar och smärtlindningsmetoder uppskattades av kvinnorna. Detta gjorde att de kunde känna en tillit till att barnmorskorna hade kontroll över situationen. Redan under medeltiden behövde barnmorskorna ha en viss sorts vishet (Harvala et al., 2021, s. 19). Den teoretiska och praktiska kunskapen som barnmorskan har idag behöver vara uppdaterad och vetenskapligt baserad. Barnmorskan behöver också hjälpa till att utbilda nya barnmorskor och delta i fortbildningar. (Lundgren & Berg, 2007; Berg et al., 2012; International Confederation of Midwives, 2014)

Delaktighet

Kvinnorna i studien ansåg att delaktigheten under förlossningen, så som att få påverka i olika beslut, var en viktig del som kunde påverka förlossningsupplevelsen. I Maskálová, Mazúchová, Kelčíková, Samselyová & Kukučiarová (2021) studie kommer det också fram att kvinnornas möjlighet att få vara med och påverka under förlossningen gör att de får en positivare upplevelse. De beslut de kan påverka kan vara till exempel förlossningsställningar och smärtlindringar. Harvala et al. (2021, s. 222) lyfter också upp det viktiga i att uppmärksamma kvinnans önskningar och behov samt att låta henne få vara delaktig i beslutsfattandet.

En förståelig information som gavs i lagom stora doser under förlossningens gång var viktigt för kvinnorna i studien. Behovet av information till kvinnorna bestyrks och anses vara en viktig del (Berg & Lundgren, 2012; World Health Organization, 2018). Harvala et al. (2021, s. 222) menar att informationsgivningen påverkar kvinnans förlossningsupplevelse och psykiska mående. Lagen om patientens ställning och rättigheter (2022/602) står också upp för kvinnans rätt att få den information som är väsentlig för henne i en sådan form att hon kan förstå informationen.

Samhörighet

Kvinnorna i studien ansåg att det var viktigt att barnmorskorna visade empati och lyssnade på kvinnan samt att de såg varje förlossning som något individuellt. Att se situationen som något individuellt och att lyssna och observera kvinnan var något som man redan för flera hundra år sedan ansåg vara utgångspunkten för barnmorskans och kvinnans relation (Berg & Lundgren, 2010, s. 21). Andra källor tar också upp denna viktiga del i det professionella arbetet som barnmorska, alltså att lyssna på kvinnan och vara mottaglig för varje kvinnas unika berättelse. Tillsammans med flera andra faktorer kan man på så sätt skapa en kvinnocentrerad vård. (Berg et al., 2012; Lindgren et al., 2022, s. 23)

Att kunna samarbeta tillsammans med barnmorskan och att tillsammans skapa en trevlig stämning i förlossningssalen kändes bra för kvinnorna i studien. Berg et al. (2012) bekräftar att en förlossningsfrämjande miljö stöder förlossningens normala förlopp. Om rummet är hemtrevligt inger detta säkerhet, lugn och förtroende till kvinnan och stödpersonen. De menar också att om kvinnan får bekräftelse av barnmorskan kan hon slappna av och ta ännu mera ansvar under förlossningen.

Kvinnorna påpekade att ett varmt och vänligt första bemötande från barnmorskan påverkade hela relationen. Det ansågs viktigt att barnmorskan också gav ett gott bemötande åt stödpersonen. Harvala et al. (2021, s. 222) säger att ett bra mottagande är väldigt viktigt för den kommande förlossningen. Det minskar eventuella förlossningsrädslor och ökar tryggheten hos kvinnan. Ett välkomnande bemötande och en ordentlig informationsgivning till stödpersonen under förlossningen förbättrar också nöjdheten hos

stödpersonen och ger en känsla av bekräftelse (Santos, Santos, Rennó, de Cássia Bitencourt & Alves, 2018).

Bristande professionalitet

En del av kvinnorna i studien hade förutom positiva upplevelser också haft negativa upplevelser kopplat till barnmorskornas agerande i vissa situationer. Kvinnorna lyfte speciellt fram den stressiga stämningen, ofullständig information, förbiseende av kvinnans önskemål samt ett otrevligt bemötande, så som medverkande orsaker till en negativ upplevelse. Rajkumari, Devi, Ningombam, Ingudam & Devi (2021) presenterar i sin studie flera olika faktorer där kvinnorna inte behandlats optimalt under förlossningen. Detta visade sig som brist på värdighet, respekt, stöd, omvårdnad, integritet, förtroende, kommunikation, självbestämmande och tillit. Flera kvinnor upplevde att de inte fick påverka beslut, fick tillräckligt med information samt att de inte kallades vid deras egna namn. Det framkom också att förlossningsmiljön och de möjligheter som gavs samt skötseln av kostnadsfrågor kunde vara bristande. Om det bristfälliga stödet skulle förbättras så att kvinnorna verkligen får det stöd de behöver under förlossningen skulle förlossningsupplevelserna bli bättre för kvinnorna (Lindgren et al., 2022, s.26).

9 Avslutning

Kvinnorna upplever oftast relationen till barnmorskan som något positivt och flera av dem blev överraskade över att en sådan nära relation bildades. Jag känner att jag genom arbetet med studien har fått en bild både av de positiva och negativa upplevelserna hos kvinnorna. Jag har också fått en bredare bild av vad de flesta kvinnor anser vara viktigt i relationen och vad som uppfattas som negativa ageranden. Tidigare forskning har kunnat bekräfta

resultatet som uppkom. Studien anses till exempel vara till nytta för barnmorskor som aldrig har fött barn själv för att på så sätt mera kunna sätta sig in i situationen och förstå kvinnans önskemål. Också barnmorskor i andra situationer, studerande eller utexaminerade kan ha användning av denna.

Källförteckning

Abascal, G. (2006). *Att föda: En barnmorskas tankar, råd och erfarenheter*. U.o.: Bonnier fakta.

Ampofo, E. A. (2016). Ethical Issues in Childbirth: the Need for Relational Ethics. *West African Journal of Nursing*, 27(1), 46–55.

Berg, M. & Lundgren, I. (2010). *Att stödja och stärka: Vårdande vid barnafödande* (Upplaga 2). Lund: Studentlitteratur AB.

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

Cooper, T. & Lavender, D. T. (2013). Women's perceptions of a midwife's role: An initial investigation. *British Journal of Midwifery*, 21(4), 264–272. <https://doi.org/10.12968/bjom.2013.21.4.264>

Cornally, P., Butler, M., Murphy, M., Rath, A. & Canty, G. (2014). Exploring women's experiences of care in labour. *Evidence Based Midwifery*, 12(3), 89–94.

Forskningsetiska delegationen. (2009). *Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprovning*. Hämtat 05.05.2022. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/etiskaprinciper.pdf>

Forskningsetiska delegationen. (2012). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Hämtat 05.05.2022. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Harvala, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A. (2021). *Kättilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika* (Upplaga 6-8). Keuru: Edita.

Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur AB.

- International Confederation of Midwives. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. Hämtat 28.10.2022. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (2009). *Lärobok för barnmorskor* (Upplaga 3). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. (2005). *Grundläggande omvårdnad: del 1*. Stockholm: Liber AB.
- Lag om patientens ställning och rättigheter 2022/602. (2022). Hämtat från <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A. (2022). *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde* (Upplaga 2). Lund: Studentlitteratur AB.
- Lundgren, I. (2004). Releasing and relieving encounters: experiences of pregnancy and childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(4), 368–375. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00300.x>
- Lundgren, I. & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 220–228. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00460.x>
- Maputle, M. S. & Donavon, H. (2013). Woman-centred care in childbirth: A concept analysis (Part 1). *Curationis*, 36(1), 1–8. <https://doi.org/10.4102/curationis.v36i1.49>
- Maskálová, E., Mazúchová, L., Kelčíková, S., Samselyová, J. & Kukučiarová, L. (2021). Satisfaction of Women with Childbirth. *Central European Journal of Nursing & Midwifery*, 12(4), 537–544. <https://doi-org.ezproxy.novia.fi/10.15452/CEJNM.2021.12.0031>
- Rajkumari, B., Devi, N., Ningombam, J., Ingudam, D. & Devi, N. S. (2021). Assessment of Respectful Maternity Care during Childbirth: Experiences among Mothers in Manipur. *Indian Journal of Public Health*, 65(1), 11–15. https://doi-org.ezproxy.novia.fi/10.4103/ijph.IJPH_430_19
- Santos, J. A. dos, Santos, D. F. da C., Rennó, G. M., de Cássia Bitencourt, A & Alves, G. E. (2018). Perception of the Companion in Relation Their Welcoming during Childbirth.

Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE, 12(10), 2535–2545. [https://doi-org.ezproxy.novia.fi/10.5205/1981-8963-v12i10a235934p2535-2545-2018](https://doi.org.ezproxy.novia.fi/10.5205/1981-8963-v12i10a235934p2535-2545-2018)

Sosa, G. A, Crozier, K. E. & Stockl, A. (2018). Midwifery one-to-one support in labour: More than a ratio. *Midwifery*, 62(2018), 230–239. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.016>

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Hämtat 08.11.2022. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>

Bilaga 1 Intervjufrågor

1. Vad är din ålder?
2. Hur många förlossningar har du haft? Vilka årtal har du fött?
3. Vilka förväntningar hade du av barnmorskan inför förlossningen?
4. Kan du berätta om dina upplevelser från din relation till barnmorskan?
5. Vad anser du att krävs för att man ska känna förtroende för barnmorskan vid förlossningen? Motivera!
6. Kände du tillit till att barnmorskan hade den kunskap som krävdes? Kan du ge något exempel?
7. Hur viktigt anser du att det är att få information om vad som händer under förlossningen och möjlighet att delta i vårdbeslut?
8. Hur mycket var barnmorskan närvarande i rummet under förlossningen? Hade du önskat att hon var mera i rummet med dig? Motivera!
9. Hur upplevde du stämningen i förlossningssalen?
10. Hur var relationen jämfört med vad du hade tänkt dig?
11. Påverkades din förlossningsupplevelse av relationen med barnmorskan? Motivera!
12. Hur anser du att man bygger upp en relation på så kort tid?
13. Hur tror du det skulle vara att ha samma barnmorska under både graviditet och förlossning?

Bilaga 2 Inlägg på Facebook

Mitt namn är Lea Nyman och jag studerar till barnmorska vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Jag håller just nu på att skriva mitt examensarbete om hur finlandssvenska kvinnor upplever relationen med barnmorskan under förlossningen. Med arbetet vill jag få en bild av vad som är viktigt i relationen mellan barnmorska och kvinna. Jag vill också lära mig hur man kan bilda en god relation till kvinnan som ska föda och på detta sätt kanske göra kvinnans förlossningsupplevelse bättre.

Skicka gärna privat meddelande här på facebook om du är intresserad av att delta i en intervju. Kraven för att delta är att du har fött barn, antingen ett eller flera, och att det är max två år sedan din senaste förlossning. Intervjun kan enligt ditt eget önskemål utföras antingen via Teams eller via en fysisk träff i Vasa- eller Jakobstadsregionen. Du förbinder dig inte till deltagande fastän du meddelat ditt intresse. Mera information fås via PM. Du kan också nå mig via mejl eller telefon:

Telefonnummer: 0453171488

Mejladress: leafal2@edu.novia.fi

Bilaga 3 Infobrev till informanter

Mitt namn är Lea Nyman och jag studerar till barnmorska vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Jag håller just nu på att skriva mitt examensarbete om hur finlandssvenska kvinnor upplever relationen med barnmorskan under förlossningen. Med arbetet vill jag få en bild av vad som är viktigt i relationen mellan barnmorska och kvinna. Jag vill också lära mig hur man kan bilda en god relation till kvinnan som ska föda och på detta sätt kanske göra kvinnans förlossningsupplevelse bättre.

Kraven för att delta i intervjun är att du har fött barn, antingen ett eller flera, och att det är max två år sedan din senaste förlossning. Intervjun kan enligt ditt eget önskemål utföras antingen via Teams eller via en fysisk träff i Vasa- eller Jakobstadsregionen. Intervjun tar ungefär 20–30 minuter att genomföra och du har rätt att avsluta intervjun när du vill. Intervjun kommer att bandas.

För att jag ska kunna använda dina svar kommer du att behöva skriva under en samtyckesblankett. Fastän du skriver under denna blankett förbinder du dig inte att delta i intervjun. Resultatet av dina svar kommer i någon form att ingå i mitt examensarbete men man kommer inte att kunna koppla svaren till dig utifrån arbetet. Under arbetets gång förvaras svaren i min egen låsta dator. Endast min handledare och jag kommer att ha tillgång till svaren under processen och endast jag själv kommer att veta ditt namn. Efter arbetets slut förstörs svaren.

Hör av dig om du har några frågor. Du kan också nå mig via mejl eller telefon:

Telefonnummer: 0453171488

Mejladress: leafal2@edu.novia.fi

TACK för ditt deltagande!

Handledande lärare: Terese Österberg

Bilaga 4 Samtyckesblankett

Jag har fått information om studien och syftet med examensarbetet som Lea Nyman gör. Jag tillåter att mina intervjusvar används anonymt i examensarbetet och att intervjun bandas och sparas under tiden arbetet görs. Jag deltar frivilligt i studien.

Underskrift

Datum

Ort