

Produktion av pedagogisk undervisningsfilm om handläggning av utdrivningsskedet under normal förlossning

FÖRFATTARE	Eva Rådström Anneli Vestlund
PROGRAM/KURS	Barnmorskeprogrammet Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa
Kurskod	RPH100 HT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Marie Berg
EXAMINATOR	Tone Ahlborg
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Produktion av pedagogisk undervisningsfilm om handläggning av normal förlossning under utdrivningsskedet
Titel (englesk):	Production of pedagogical training film on management of the expulsion stage of labour in normal childbirth
Arbetets art:	Självständigt arbete - magisteruppsats
Program/kurskod/kurs	Barnmorskeprogrammet, RPH100, Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	30 sidor
Författare:	Eva Rådström, Anneli Vestlund
Handledare:	Marie Berg
Examinator:	Tone Ahlborg

SAMMANFATTNING

Ett av lärandemålen för utbildningen inom barnmorskeprogrammet vid Göteborgs universitet (GU) är att självständigt handlägga en normal förlossning. Kliniskt träningscenter vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa ger studenter möjlighet att träna praktiska moment i handläggning av förlossning utan att involvera patienter. Då dessa träningsstillfällen är begränsade finns behov av andra inlärningsformer. Film som undervisningsmetod vid inläring av praktiska moment har visat goda resultat. Utbudet av pedagogiska filmer för blivande barnmorskor är emellertid litet eller obefintligt. Syftet med examensarbetet var att producera en pedagogisk undervisningsfilm om handläggning av utdrivningsskedet vid en normal förlossning samt redovisa produktionsprocessen från idé till färdig produkt. Med hjälp av fyra steg skapades strukturen för filmproduktionen. Dessa steg utgjordes av förproduktion, produktion, efterproduktion och validering. I förproduktionen, beslutades om filmens omfattning och innehåll. Därefter inhämtades fakta till filmmanuset och utifrån denna upprättades ett manuskript. Detta bearbetades och vidareutvecklades till ett omfattande bildmanus för att ge en god överblick över bild, text och berättarröst. Produktionen utgjordes av filminspelning, för detta steg anlätades ett professionellt kamerateam som tillsammans med lärare från institutionen ansvarade för planeringen och genomförandet. I efterproduktionen redigerades råmaterialet ner till en film som blev sex minuter lång. Med hjälp av en simulationsdocka visas handläggningen av en normal

förlossning vid utdrivningsskedet. I filmen demonstreras olika förlossningställningar, fosterövervakning, handgrepp och perinealskydd. Samtidigt betonas vikten av stöd och god kommunikation mellan barnmorska och födande kvinna. För att informationen i filmen ska vara tydlig används en berättarröst, dialog, text samt stillbilder. Till sist genomfördes en valideringen av filmen med hjälp av utvalda lärare samt två fokusgrupper bestående av barnmorskor och barnmorskestudenter. Deltagarna i fokusgrupperna samt lärarna hade åsikter om förbättringar som kunde göras framförallt rörande perinealskyddets framförande. Som helhet fick filmen ett gott omdöme och ansågs uppfylla sitt syfte.

ABSTRACT

One of the learning outcomes of education in midwifery program at the University Of Gothenburg (GU) is to independently manage a normal delivery. The Clinical Training Center of the Department of Health and Care Sciences gives students the opportunity to practice practical elements in the management of childbirth without involving patients. Since these training sessions are limited, there is a need for other forms of learning. Films as a teaching method for learning practical elements have shown good results. The range of educational films for aspiring midwives is however small or non-existent. The aim of the thesis was to produce an educational training film on the processing of the second stage at a normal birth and to present the production process from concept to finished product. Using four-steps the structure was created for the film production. These steps consisted of pre-production, production, post-production and validation. In pre-production, the film's scope and content was decided. Following this the facts for the screenplay was gathered and from this a manuscript was established. This was processed and developed into a comprehensive storyboard to give a good overview of image, text and narration. The production consisted of filming, for this step a professional camera crew was hired who along with faculty members from the department were responsible for the planning and implementation. In post-production the raw material was edited down to a film that was six minutes long. Using a simulation doll, a normal delivery at the second stage of labor is shown. The film demonstrated different birth positions, fetal monitoring, manipulation and protection of the perineum. The importance of support and good communication between the midwife and the woman giving birth is emphasized. In the interest of keeping the information clear, narration, dialogue, text and still images is used in the film. The film was validated with the help of selected teachers and two focus groups consisting of midwives and midwifery students. Participants in the focus groups and teachers had opinions on improvements that could be made, particularly regarding protection of the perineum performance. As a whole, the film received good reviews and was considered to fulfill its purpose.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	4
BAKGRUND	4
Perspektiv på barnafödande	5
Sammanvävning av tre modeller för att skapa goda förutsättningar inom förlossningsvården	5
Barnmorskans kompetens- och ansvarsområde med fokus på vård vid barnafödande	6
NORMAL FÖRLOSSNING.....	7
Definition av normal förlossning	7
Den normala förlossningens skeden.....	8
HANDLÄGGNING AV UTDRIVNINGSSKEDET VID NORMAL FÖRLOSSNING	9
Fosterövervakning under utdrivningsskedet	9
Gynnsam förlossningsställning vid barnets framfödande	10
Motverka bristningar.....	11
Främjande av interaktion mellan barnmorskan och den födande kvinnan.....	12
UNDERVISNINGFORM SOM STIMULERAR LÄRANDE OCH SAMMANLÄNKAR TEORI OCH PRAKTIK	14
Film som undervisningsmetod	15
PROBLEMFÖRMULERING	16
SYFTE	17
METOD	17
Filmproduktion i fyra steg: förproduktion, produktion, efterproduktion och validering	17
Urval till validering av filmen.....	19
Genomförande och analys av validering.....	19
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	20
RESULTAT	21
Steg 1: förproduktion	21
Steg 2: Produktion av film	22
Steg 3: Efterproduktion	23
Steg 4: Validering	24
DISKUSSION.....	27
Metoddiskussion	27
Resultatdiskussion.....	28
Konklusion.....	30
REFERENSER.....	31

Bilaga 1	
Bilaga 2	
Bilaga 3	
Bilaga 4	

INLEDNING

Ett centralt lärandemål i barnmorskeutbildning är att blivande barnmorskor utvecklar färdighet och förmåga att självständigt handlägga normal förlossning. I barnmorskeutbildningen vid Göteborgs universitet ingår teoretisk undervisning, praktiskt undervisning på ett kliniskt träningscentrum samt verksamhetsförlagd utbildning. Detta sammantaget ger studenten möjlighet att förankra sina kunskaper såväl teoretiskt som praktiskt. Emellertid är den lärarhandledda praktiska undervisningen begränsad och många studenter känner sig osäkra inför mötet med den verkliga förlossningsvården. Vi anser därför att en undervisningsfilm skulle kunna vara ett bra komplement då den ger tillgång till visuell undervisning vid upprepade tillfällen, möjlighet att se utvalda sekvenser samt tillgång till materialet närhelst studenten behöver det. Genom eftersökningar på internet har vi endast funnit en svensk undervisningsfilm som visar handläggning av förlossningens slutskede, i detta fall en sätesförlossning. Lärare inom barnmorskeprogrammet vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs universitet har uppmärksammat detta och inbjudit studenter att som del i examensarbetet utveckla en pedagogisk film som beskriver handläggningen av utdrivningsskedet vid en normal förlossning.

BAKGRUND

För att kunna skapa en pedagogisk film som visar handläggning av utdrivningsskedet vid en normal förlossning krävs fördjupning dels i det valda ämnet, dels i skapandet av en pedagogisk film. Ett centralt begrepp för denna uppsats är *didaktik* vilket, enligt Jank och Meyer (1997), innebär undervisningens och inläringens teori och praktik. Didaktiska tillvägagångssätt skapar broar för att möjliggöra sammansmältning mellan det praktiska och teoretiska i vården (Högström & Tolonen, 1990). Två andra centrala begrepp är *normal förlossning* och *handläggning vid utdrivningsskedet* vilka utgör kärnan för filmens innehåll. Som teoretisk utgångspunkt för hur förlossningen skall handläggas under utdrivningsskedet används Davis- Floyd´s beskrivning av hur element från tre rådande paradigmer inom hälso- och sjukvården kan vävas samman för en optimal förlossningsvård (Davis-Floyd, 2001). Med hjälp av denna beskrivning kan handläggning av utdrivningsskedet ses ur ett vidare perspektiv där utöver de fysiologiska processerna och praktiska momenten även det emotionella stödet står i fokus.

Perspektiv på barnafödande

Sedan uppkomsten av den industriella revolutionen kom människokroppen alltmer att betraktas som en maskin bestående av separata delar. Kvinnans kropp skiljde sig från den manliga standarden och ansågs därför bristfällig och oberäknelig, och var i behov av manipulation utifrån. Människan försökte kontrollera och dominera naturen med hjälp av tekniken. Även barnafödandet kom att ses som en kroppslig mekanisk process som kunde förbättras med tekniska hjälpmedel. Trots detta präglades synen på barnafödande av att det var ett ofullständigt och opålitligt skeende. Denna bild kom att forma den filosofiska grunden för modern obstetrik (Davis-Floyd, 2001).

I västvärlden idag dominerar det biomedicinska perspektivet som fokuserar på hormonella och biologiska förändringar under graviditet och barnafödande (Kringeland & Möller, 2006). Födelseprocessen anses fortfarande av många som kaotisk, okontrollerbar och därför farlig (Davis-Floyd, 2001) och barnafödandet behandlas som om det vore en sjukdom, inte en naturlig del av livet (Kringeland & Möller, 2006). MacKenzie och van Teijlingen (2010) anser emellertid att om barnafödandet vore endast en fysiologisk process åtskild från det övriga livet, kulturen och sociala sammanhang borde rutiner kring födandet inte skilja sig världen över. Alla myter, traditioner och tabun som finns i världen antyder att en stor del av processen kring barnafödande är en social konstruktion.

Sammanvävning av tre modeller för att skapa goda förutsättningar inom förlossningsvården

Davis-Floyd (2001) menar att det finns tre modeller som har inflytande på dagens förlossningsvård; den teknokratiska, den humanistiska och den holistiska. Genom att väva samman dessa tre modeller anser Davis-Floyd att förutsättningar finns för att skapa den bästa möjliga förlossningsvården.

I den *humanistiska modellens* syn på barnafödandet är det omöjligt att endast behandla de fysiska symptomen utan att beakta den psykologiska aspekten. Kvinnans emotionella tillstånd ska få påverka förlossningsprocessen. Människan ses liksom andra däggdjur som en organism, som reagerar positivt på beröring och negativt på ett hårt och kallt bemötande. Interaktionen med andra och förändringar i miljön påverkar människan känslomässigt. Med detta i åtanke är det viktigt att påpeka vikten av vänlighet, omvårdnad och beröring i samband med en förlossning (Davis-Floyd, 2001).

Den *holistiska modellen* belyser människan som en helhet bestående av ande, kropp och själ. Behandlingsalternativ såsom akupunktur, homeopati och terapeutisk beröring ses som helande av människan. Med hjälp av långsiktiga förändringar skapas god hälsa. Det finns inte en enskild förklaring, medicin eller terapeutisk åtgärd som är tillräcklig för att göra personen hel igen. Denna modell möjliggör för den födande kvinnan och personalen att bilda en enhet. En kvinnas förlossning är unik och helt hennes egen (Davis-Floyd, 2001).

I den *teknokratiska modellen*, vilken Davis-Floyd riktar en del kritik emot, anses kropp och själ vara oberoende av varandra och ansvaret läggs på utövaren istället för på den födande kvinnan. Teknologi ses som det viktigaste redskapet för att trygga förlossningsvården, vilket, enligt Davis-Floyd, medför en standardisering som ofta leder till onödiga rutinmässiga interventioner utan vetenskapliga grund. Å andra sidan understryker hon teknikens möjligheter där hjälpmedel såsom ultraljudsundersökningar, CTG övervakning och värkstimulerandedropp gör det möjligt att upptäcka risker och påverka förlopp (Davis-Floyd, 2001).

I skapandet av undervisningsfilmen har vi strävat efter att hitta en balans mellan dessa tre perspektiv på barnafödandet. Davis-Floyd´s synsätt har således genomsyrat filmens innehåll och utformning.

Barnmorskans kompetens- och ansvarsområde med fokus på vård vid barnafödande

Arbetsförhållanden för barnmorskor världen över skiljer sig åt beroende på olika faktorer, men enligt Internationella barnmorskeförbundet; International Confederation of Midwives (2011) är vård vid barnafödande ett gemensamt ansvarsområde. Enligt deras riktlinjer är barnmorskan ansvarig för handläggning av normal förlossning samt att bistå den födande kvinnan med stöd, råd och vård. Denna vård omfattar att främja normal förlossning samt att förebygga och upptäcka avvikelser hos mor och barn (ICM, 2005).

I den svenska kompetensbeskrivningen för barnmorskor finns rekommendationer om yrkeskunnande, erfarenhet, förhållningssätt och kompetens. Följande riktlinjer är centrala för handläggningen av en förlossning: en barnmorska ska ha förmåga att i dialog ge trygghet, stöd och kontinuitet vid förlossning. Han eller hon ska självständigt handlägga normal graviditet, förlossning och eftervård. Vidare ska barnmorskan identifiera och

bedöma avvikelser som inte tillhör det normala förloppet och ge vård av hög kvalitet samt hålla god hygienisk standard. Patientens behov av trygghet i vården och behandlingen ska tillgodoses. Författningar och verksamhetens ledningssystem ska följas. Barnmorskan ska också ha förmåga att införa, delta i, bedriva samt evaluera utvecklingsarbete. Detta innebär att kunna reflektera över befintliga rutiner och om behov föreligger medverka till förändring. Det ligger också på barnmorskans ansvar att söka fram, analysera och kritiskt granska ny kunskap inom området. Barnmorskan ska också aktivt delta i forskningsarbete samt ombesörja att ny kunskap implementeras i verksamheten (Socialstyrelsen, 2006).

NORMAL FÖRLOSSNING

Gränserna mellan det normala och det komplicerade är inte helt fasta utan definieras av kultur, samhälle och är föränderligt över tid. I nutidens förlossningsvård är risk och komplikation centrala begrepp (Kringeland & Möller, 2006) och fokus riktas mot de medicinska och tekniska åtgärderna. Det är därför viktigt att beskriva vad som kännetecknar en normal förlossning och handläggningen av denna. En annan anledning till att definiera normal förlossning är ansvarsfördelningen mellan barnmorskor och obstetiker (Socialstyrelsen, 2001). Själva begreppet förlossning innebär processen då foster, moderkaka och hinnor drivs ut via förlossningskanalen (Martin & Hutchon, 2004).

Definition av normal förlossning

WHO har i sin definition av normal förlossning valt att fokusera på förlossningsförloppet och inte på vilka medicinska och tekniska åtgärder som kan tas i bruk under förlossningen. (Nationella medicinska indikationer, 2011).

WHO definierar en normal förlossning enligt följande:

- Enkelbörd
- Gravitetstlängd mellan 37+0 och 41+6
- Vid förlossningens start föreligger inga medicinska riskfaktorer som bedöms kunna påverka förlossningens förlopp eller utfall

- Värkarbetet startar spontant
- Förlopp utan komplikationer från värkarbetets start till efter moderkakans framfödande
- Barnet föds spontant i huvudbjudning
- Mor och barn mår bra efter förlossningen

(WHO, 1996)

Internationella barnmorskeförbundet; International Confederation of Midwives (ICM), stödjer definitionen av normalt barnafödande som en unik dynamisk process där målet är att barn och mor mår bra. För att kallas en normal förlossning ska kvinnan själv, från start till avslut, genomföra förlossningen, och barnet föds spontant med huvudet först. Inga interventioner utförs i form av kirurgiska ingrepp, läkemedel eller medicinsktekniska hjälpmedel. (International Confederation of Midwives, 2005).

Den normala förlossningens skeden

En normal förlossning delas traditionellt sett in i tre skeden: Öppningsskedet, utdrivningsskedet och efterbördsskedet (Hogg, 2009; Selman & Johnston, 2010).

Öppningsskedet delas in i latensfas och aktiv fas. I latensfasen är sammandragningar mer eller mindre intensiva och livmoderhalsen börjar påverkas. Generellt sett sker en förkortning av livmodertappen samtidigt som livmodermunnen öppnas till 3-4 cm. I den aktiva fasen, som också betraktas som förlossningens start, blir livmoderns sammandragningar regelbundna, starkare och ökar i antal. Livmoderhalsen fortsätter att öppnas tills den är fullvidgad (Selman & Johnston, 2010). För att möjliggöra passage för barnet genom förlossningskanalen behöver barnets kropp ändra läge och huvudet rotera för att på bästa sätt passa bäckenets diameter och inre form. På sin väg genom förlossningskanalen gör barnet fyra rotationer (Hogg, 2009).

Utifrån ett fysiologiskt perspektiv delas *utdrivningsskedet* in i två faser. Den första fasen innefattar tiden från det att livmoderhalsen är fullvidgad till dess att barnet tränger ner och står slutroterat mot bäckenbotten. Den andra fasen inleds i samband med att kvinnan påbörjar krystningsarbetet och avslutats då hela barnet kommit ut (Nationella medicinska indikationer, 2011). När barnets huvud är framfött roterar axlarna till mittvidd för att kunna

passera levatorspalten och under symfysbågen. Samtidigt observerar barnmorskan perineums status, att ingen framfallen fosterdel syns samt att inte navelsträngen ligger hårt virad runt barnets hals (Hogg, 2009).

Efterbördsskedet tar vid när barnet är framfött och varar tills dess att placenta med hinnor kommit ut. Efter att barnet lämnar livmodern drar denna ihop sig och därmed avstannar blodförsörjningen till placenta som lossnar. Livmodern fortsätter sedan att kontrahera sig för att driva ut placenta och hinnorna samt för att avstanna blödningen som uppstår i livmoderväggen (Selman & Johnston, 2010).

HANDLÄGGNING AV UTRIVNINGSSKEDET VID NORMAL FÖRLOSSNING

Att handlägga kan också beskrivas som att ombesörja eller ha hand om (Walter, 1991). Varje förlossning är unik men följer ändå ett slags gemensamt mönster med olika faser och skeenden. Vid utdrivningsskedet stundar det ögonblick då barnet ska möta världen, och barnmorskan ansvarar då för både barnets och mammans hälsa. Däri ingår att stötta och uppmuntra kvinnan och hennes partner, ge kontinuerlig information (Figo, 2012) upptäcka risker, motverka skador (Socialstyrelsen, 2006) och skapa förutsättningar för en positiv upplevelse (Socialstyrelsen, 2001). I det följande beskrivs centrala delar för att optimera denna handläggning.

Fosterövervakning under utdrivningsskedet

Under förlossningens aktiva fas ingår övervakning av fostrets hjärtslag (SFOG, 2010). Normal hjärtfrekvens hos ett fullgånget foster ligger mellan 110 och 150 slag per minut (Ahmer-Wählin & Herbst, 2008). De två vanligaste tillvägagångssätten för att utföra övervakningen är elektronisk registrering med hjälp av CTG eller intermittent auskultation av fostrets hjärtljud med hjälp av Pinards stetoskop eller en doppler (Devane, Lalor, Daly, McGuire & Smith, 2012). Målet med fosterövervakning är att upptäcka avvikande hypoxi så att åtgärder kan vidtas för att förhindra asfyxi hos foster. Från och med att kvinnan börjar krysta aktivt och/eller föregående fosterdel står slutroterat mot bäckenbotten, kan fosterhjärtljud avlyssnas intermittent efter varje värk. Detta förutsatt att hjärtljuden bedöms normala eller en normal CTG-registrering finns i krystningsskedets början. Om krystningsskedet pågår under mer än 30 minuter ska kontinuerligt CTG kopplas (SFOG, 2010).

CTG registrering används alltmer i dagens förlossningsvård, även då inga indikationer finns för att det är nödvändigt. Detta riskerar att göra förlossningen mer tekniskt inriktad och kan leda till en distans mellan den födande kvinnan och barnmorskan som inte ens behöver befinna sig i samma rum. När istället Pinards stetoskop används är barnmorskan närvarande och känner fostrets rörelser och hör dess hjärtslag. Kvinnan upplever dessutom beröring och kommunikation i sin relation med barnmorskan (Reinegård, 2009).

Gynnsam förlossningsställning vid barnets framfödande

Det föreligger olika uppfattningar om vad som är ett normalt framfödande (Berg & Lundgren, 2010). Runt om i världen är det fortfarande vanligt att kvinnor föder liggande på rygg med benen i benstöd (Davis-Floyd, 2001; Figo, 2012). Den här positionen togs i bruk i samband med det ökade biomedicinska inflytandet och obstetrikerns tilltagande makt inom förlossningsvården. Detta är ingen optimal position för kvinnan och barnet som fick stå tillbaka för obstetrikerns bekvämlighet (Davis-Floyd, 2001).

Inom den svenska förlossningsvården har kvinnan rätt att själv välja den förlossningsställning som känns bäst. Dagens forskning visar på fördelar med alternativa förlossningsställningar såsom bättre syretillförsel till barnet, snabbare progress och mindre smärta (Nordström & Wiklund, 2008). I en kvantitativ studie som undersökte samband mellan förlossningsställningar och påverkan på perineum visade det sig att när kvinnan föder liggande på sidan ökar chansen till att perineum hålls intakt (Shorten, Donsate & Shorten, 2002; de Souza, da Costa, & Gonzalez Riesco, 2006). Roberts & Hanson (2007) lyfter i sin review fram stöd för att en upprätt förlossningsposition ger ett kortare utdrivningsskede, färre avvikande fosterhjärtljud och mindre allvarlig smärta. Det framkommer också att antalet assisterade förlossningar reducerades och så gjorde även antalet episiotomier vid en upprätt position (a.a.).

Enligt Figo (2012) ska barnmorskan under förlossningen uppmuntra den födande kvinnan att röra sig och använda sig av den förlossningsställning som känns mest bekväm. Rygggläge bör dock undvikas (a.a.). Under förlossningens öppnings- och utdrivningsskede ger forskningen tydligt stöd för att rygggläge är ogynnsamt för såväl modern som för barnet (Davis-Floyd, 2001). När en gravid kvinna ligger platt på rygg utgör livmodern ett tryck mot vana cava inferior, nedre hålvenen. Detta medför ett försämrat blodåterflöde till kvinnans hjärta vilket i sin tur kan leda till att blodtrycket sjunker och syretillförseln till barnet försämras (Nordström & Wiklund, 2008). Det finns också stöd för att rygggläge gör progressen långsammare och ökar risken för episiotomi samt att förlossningen måste avslutas med instrument (Gupta, 2002).

Motverka bristningar

I samband med att barnets huvud passerar slidöppningen utsätts mjukdelarna för stora påfrestningar och behöver tid för att tänjas ut. Om så inte är fallet och framfödandet går för fort finns det risk för allvarliga skador i underlivet (Nordström & Wiklund, 2008). För att skona perineum vid förlossningen utför barnmorskan olika handgrepp som kontrollerar framfödandet av barnets huvud (de Souza et al., 2006). Vid en normal förlossning får emellertid de flesta kvinnor någon form av bristning. Bristningar uppstår i olika omfattning i förlossningskanalen, mellangården och analsfinktern. Dessa delas in i en fyrgradig skala där grad 3 och 4 involverar sfinktermuskeln i olika omfattningar och är de mest allvarliga bristningarna (Zetterström, 2008). Förstföderskor löper större risk än omföderskor att drabbas av sfinkterruptur. Andra riskfaktorer för denna grad av bristning är barn med hög födelsevikt (Albers, Sedler, Bedrick, Teaf, & Peralta, 2005; Groutz, Hasson, Wengier, Gold, Skornick-Rapaport, Lessing, & Gordon, 2010), instrumentell förlossning (Bauman, Hammoud, McNeely, DeRose, Kudish, & Hendrix, 2007; Groutz et al, 2010) och rutinmässiga klipp (Bauman et al, 2007).

Enligt socialstyrelsen (2011) ökade antalet bristningar av grad 3 och grad 4 under 1990-talet och fram till år 2004. Under den här perioden ändrades inställningen till att använda aktivt perinealskydd och ett mer passivt handhavande vid utdrivningsskedet togs i bruk. Detta skulle kunna ha påverkat ökningen av sfinkterskador (Zetterström, 2008). Denna ökning har uppmärksammats av förlossningsvården som vidtagit åtgärder och från år 2005 ses återigen en minskning av dessa allvarliga bristningar (Socialstyrelsen, 2011).

Laine, Phironen, Rolland & Phironen (2008) studerade om ett interventionsprogram kunde sänka frekvensen av analsfinkterrupturer. Interventionsprogrammet innebar att barnmorskorna styrde framfödandet av barnets huvud med hjälp av ett speciellt handgrepp och samtidigt gavs instruktioner till kvinnan att inte krysta. Förlossningsställningen som användes var gynnsam för observation av perineum samt för att handgreppet skulle bli så optimalt som möjligt. Andra faktorer såsom nära kontakt med den födande kvinnan och korrekt indikation och teknik vid episiotomi ingick också i interventionsprogrammet. Episiotomier utfördes således inte rutinmässigt utan vid risk för ruptur. Studien inkluderade 12369 kvinnor med vaginal förlossning. Resultatet visade att analsfinkter skador sjönk signifikant, antalet episiotomier däremot ökade. Studien visar också på lägre siffror av analsfinkterskador även vid instrumentell förlossning. Episiotomier i sig har setts som en riskfaktor, men studieresultat av detta fenomen har varit motsägelsefulla. I denna studie har antalet episiotomier ökat samtidigt som analsfinkter rupturer minskat (a.a.) .

I en kontrollerad studie av de Souza et al. (2006) som omfattade 70 förstföderskor jämfördes två olika tekniker, "hands-on" och "hands-Off" avseende perinealskydd. "Hands-on" innebar att barnmorskan utförde skydd av perineum med hjälp av olika handgrepp, vilket gör att utdrivningen blir kontrollerad och barnets huvud styrs för att skona perineum. Vid "hands-off" rörde inte barnmorskan den födande kvinnan men fanns där för att ta emot barnet. Studien visade att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan de grupperna när man ser till frekvens, grad och lokalisation av perinealbristningar. Det finns därmed inte tillräckligt med vetenskapliga bevis för att stödja eller dementera någon av dessa metoder för skydd av perineum. Vidare menar författarna att underlivsskador är mer associerade med andra faktorer såsom förlossningsställning, oxytocindropp, kvinnans insatser under utdrivningsskedet och personligt stöd (a.a.). Liknande resultat framkom i en review av Aasheim, Nilsen, Lukasse & Reinart (2011) vilka gjorde en sammanställning av resultat för olika perinealtekniker som syftade till att förhindra perinealskador. De fann ingen signifikant skillnad i sambandet mellan ett intakt perineum och metoderna "hands-on" och "hands-off". Emellertid reducerade "hands-off" tekniken användningen av episiotomi (a.a.).

Meningarna går isär angående vad som är ett optimalt handläggande. Laine et al. (2008) säger att perinealskydd är av största vikt för att motverka allvarliga bristningar medan studieresultat från Aasheim et al. (2011) och de Souza et al. (2006) visar att perinealskydd inte har någon effekt på antal och grad av allvarliga bristningar. Emellertid är majoriteten eniga om att det är flera komponenter som påverkar perineum vid utdrivningsskedet, som till exempel stora barn, interventioner, förlossningsställningar och interaktioner mellan personal och födande kvinnor (Aasheim et al., 2011; de Souza et al., 2006; Laine et al., 2008).

Trots att forskningsresultaten går isär visar statistiken i Sverige på att ett aktivt perinealskydd reducerar antalet bristningar (Zetterström, 2008). Ingen av ovan angivna studier visar att skydd av perineum skulle utgöra någon ökad risk för bristningar i underlivet.

Främjande av interaktion mellan barnmorskan och den födande kvinnan

Förlossning är inte enbart en fysiologisk process utan lika mycket en social konstruktion (MacKenzie och van Teijlingen, 2010). I en studie av Nicholls & Webb (2006) kännetecknas en barnmorska främst av god kommunikationsförmåga. Andra viktiga

egenskaper är att han eller hon ska vara vänlig, medkännande, stödjande, kunnig, skicklig samt närvarande. Att vara ”good” är inte samma sak som att vara kompetent. Det uppfyller den psykologiska tryggheten genom att vara närvarande, snäll och visa medkänsla. Om de medicinska interventionerna tar över, och barnmorskans roll får stå tillbaka, finns risk för att denna omvårdnad går förlorad (a.a.). En kvinna som under förlossningsarbetet uppmuntras till att vara aktiv och delaktig löper minskad risk för komplikationer och får ofta en positiv förlossningsupplevelse (Nordström & Wiklund, 2008). God information och möjlighet att delta i beslut kan främja kvinnans delaktighet i födandet. Hon har rätt till ett respektfullt bemötande och en individanpassad vård (Figo, 2012).

När den födande kvinnan kommer till det stadiet att hon vill krysta är kommunikationen mellan henne och barnmorskan av största vikt. I denna interaktion bör hänsyn tas till kvinnans upplevelse och situationen bör präglas av en positiv syn på det naturliga barnafödandet. Kvinnans förmåga att själv genomföra sin förlossning på ett tillfredsställande sätt ska också beaktas. Under förlossningen bör de närvarande fokusera på kvinnans process istället för vad som borde ske enligt ett givet manus (Bergstrom, Seidel, Skillman-Hull, & Roberts, 1997). För att förhindra uppkomst av stora bristningar i perineum bör kvinnan under framfödandet av barnets huvud få instruktioner angående krystandet (Nordström & Wiklund, 2008). Det krävs kommunikation, synkronisering och delat ansvar mellan kvinna och barnmorska för att framfödandet ska gå långsamt och försiktigt (Albers et al., 2005). I en studie om hemförlossningar ansågs god kommunikation som den viktigaste faktorn för att undvika skador vid förlossningen. Barnmorskorna i studien träffade kvinnorna minst en gång under graviditeten, då fick de veta vilka förväntningar och rädslor kvinnan hade. Kunskapen om eventuella rädslor möjliggjorde för barnmorskan att kunna stötta kvinnan under förlossningen (Lindgren, Brink, & Klingberg-Allvin, 2011).

UNDERVISNINGFORM SOM STIMULERAR LÄRANDE OCH SAMMANLÄNKAR TEORI OCH PRAKTIK

Det är en konstant utmaning för institutioner att finna nya undervisningsformer som stimulerar inläring inför mötet med den kliniska verksamheten (McKenny, 2011). För att möjliggöra sammansmältning mellan det praktiska och teoretiska i vården är didaktiska strategier en förutsättning. Didaktik är undervisningens och inläringens teori och praktik (Jank & Meyer, 1997). I den didaktiska verksamheten finns fyra intresseområden där målet för studenten är att i både handling och tanke få en beredskap som täcker följande: Det teoretiska – det konkreta – det abstrakta – det praktiska vilket ger ett integrerat perspektiv på inläring, undervisning och handledning (Högström & Tolonen 1990).

Lejsgaard Cristensen & Huus Jensen (2004) har identifierat fyra centrala frågeställningar inom didaktiken som skall vara vägledande vid planering av undervisning: Vad ska läras ut? Varför ska det läras ut? Hur ska det läras ut? För vem ska det läras ut? Didaktiska kunskaper handlar om att förstå och förhålla sig kritisk till undervisningens innehåll, mål och metoder. Vidare innefattar dessa kunskaper mottagarens situation och förutsättningar för inläring. Att se mottagarens helhet, situation och inlärningsförutsättningar är centralt. Didaktiken strävar efter att skapa en konstruktiv lärmiljö som omfattar de yttre ramarna, mänskliga relationer och en fysiskt välfungerande miljö (a.a.)

Ett centralt lärandemål för barnmorskeutbildningen i Sverige är att studenter utvecklar förmåga att arbeta systematiskt samt identifiera och lösa problem. De ska också kunna förstå vårdtagarens behov och utifrån det handlägga vården. Utöver detta ingår kompetensutveckling inom forsknings- och utvecklingsarbete för att kunna analysera vårdrutiner och teknologier (Ransjö-Arvidson, 2010). För att studenterna ska kunna uppnå dessa mål ställs krav på ett integrerat perspektiv på inläring och undervisning med olika undervisningsformer som stimulerar sammansmältningen mellan det praktiska och teoretiska (Högström & Tolonen, 1990).

Simulationsbaserad undervisning är en metod som tillåter studenter att träna nya färdigheter utan att involvera riktiga patienter. Denna inlärningsform blir allt vanligare som komplement till traditionell undervisning då den är effektiv och visar på goda resultat. Det finns en stor variation av dessa simulationshjälpmedel, alltifrån enklare attrapper till datoriserade helkroppar (Weller, Nestel, Marshall, Brooks & Conn, 2012). På barnmorskeprogrammet vid Göteborgs universitet används ett simulationshjälpmedel som består utav en docka som efterliknar en nyfödd bebis samt ett kvinnligt bäcken, se bild ett. Dockan väger fyra kilo, är 45 cm lång och innehåller ett rörligt skelett av metall som är utvecklat så att det efterliknar skelettet hos en mänsklig bebis. Det kvinnliga bäckenet har rörliga leder för att kunna simulera rörelserna under en förlossning. Dockan passerar, som

vid en riktig förlossning, födelsekanalen genom bäckenet innan huvudet kan födas fram (Model-med, u.å.).



Bild 1. Simulationshjälpmedlet dockan Sophie med tillhörande kvinnligt bäcken (Model-med, u.å.).

Film som undervisningsmetod

Inom litteraturen finns det litet skrivet om film som undervisningsmetod för barnmorskor. Emellertid har det gjorts ett antal studier på andra studentgrupper som pekar på dess effektivitet (Comiskey & McCartan, 2011; Chan, 2010). Bland sjuksköterskestuderande har film använts för att stimulera lärandet inför praktiska, kliniska moment med goda resultat (Baratt, 2010; Kelly, McGrath & Cannon, 2009; McKenny, 2011). I en studie av McKenny från USA (2011) visade det sig att undervisningsfilm online gav goda resultat i praktiska färdigheter för blivande sjuksköterskor. Sjuksköterskestudenterna fick möjlighet att se en demonstration, utförd av en expert, obegränsat antal gånger. Det fanns ingen signifikant skillnad i färdigheter mellan de studenter som fick se demonstrationen på video gentemot de som blev direkt instruerade av lärare. Emellertid visade resultatet att de studenter som presterade över genomsnittet på examinationen var de som sett på filmen upprepade gånger (a.a.).

I en kvalitativ studie genomförd i Storbritannien (Barrats, 2010) delades sjuksköterskestudenter in i två fokusgrupper. Båda grupperna fick tillgång till en undervisningsvideo innehållande simulering av kliniska praktiska färdigheter. Samtliga deltagare var överens om att filmen var viktig för att möjliggöra visuellt lärande. En majoritet av studenterna ansåg att denna undervisningsform passade dem bäst och att videospelning stärkte deras inlärningsprocess. Vid självständig inläring fungerade videon som en försäkran på att det studenten gjorde var rätt. Flera av studenterna uttryckte

att de föredrog visuell inläring och att de inför examinationer lättare kunde minnas vad de lärt sig med hjälp av de visuella minnesbilderna (a.a.).

I en annan studie i Storbritannien av Comiskey & McCartan (2011) där de undersökte arkitektstudenters attityder till undervisningsfilm var studenterna positiva till detta. Uppfattningen var att när undervisningsfilm används på rätt sätt, kan det ha en positiv inverkan på inlärningsprocessen (a.a.). Detta stöds också i en studie av Chan (2010) på fakulteten för kreativ multimedia i Malaysia. Därifrån rapporteras om studenters användning och övertygelser om instruktionsfilm som ett verktyg för inläring.

Enligt McKenny (2011) skapar film som undervisningsmetod förutsättningar för att studenter ska kunna vara mer delaktiga i sin egen inlärningsprocess. Corbally (2005) menar att undervisningsfilm som alternativ inlärningsform innebär en möjlighet för studenter att förfinas sina kunskaper i kliniska färdigheter. Enligt Kelly, Lyng, McGrath & Cannons (2009) studie bör emellertid inte undervisningsfilmer ersätta lärarledda demonstrationer utan användas som ett komplement.

PROBLEMFÖRMULERING

Barnmorskan ansvarar självständigt för handläggning av det normala barnafödandet. Detta innefattar den födande kvinnans fysiska och psykiska hälsa samt barnets hälsa. Vid utdrivningsskedet ställs höga krav på barnmorskans förmåga att kunna stödja den födande kvinnan och samtidigt integrera kunskap om fysiologin, fosterövervakning, förlossningsställningar, perinealskydd och handgrepp vid framfödandet.

Målet för barnmorskestudenterna är att i både handling och tanke få en beredskap som täcker det teoretiska, konkreta, praktiska och abstrakta. Vid Göteborgs Universitet ges barnmorskestudenterna möjlighet att träna handläggning av utdrivningsskedet med hjälp av en simulationsdocka, vilket gör dem bättre förberedda inför mötet med den kliniska verksamheten. Då dessa träningsstillfällen är begränsade skulle en undervisningsfilm kunna bidra ytterligare till att stödja lärandet. Utbudet av denna sorts undervisningsfilm är litet, kanske obefintligt. Vi ser därför ett uppdämt behov och vill medverka till att skapa en film som kan stimulera inlärningsprocessen hos studenter och vara ett lättillgängligt och tidsenligt alternativ.

SYFTE

Syftet var att producera en pedagogisk undervisningsfilm om handläggning av utdrivningsskedet vid en normal förlossning samt redovisa produktionsprocessen från idé till färdig produkt.

METOD

Produktionen av filmen var del i ett pedagogiskt projekt med övergripande syfte att utöka undervisning genom tillhandahållande av undervisningsfilmer. Det fanns ingen dokumenterad metodik för att som examensarbete producera en undervisningsfilm. Processen från idé till färdig film har utvecklats i samråd med handledare och tillika huvudansvarig för det pedagogiska projektet, samt med övriga lärare delaktiga i projektet.


Filmproduktion i fyra steg: förproduktion, produktion, efterproduktion och validering

En artikel om pedagogisk filmproduktion beskriven i tre steg, utvecklad och redovisad av Corbally (2005) fick utgöra en mall för skapandet av filmen. Denna beskrivning utgår ifrån en tidigare produktion av pedagogisk undervisningsfilm för sjuksköterskestudenter. Produktionen, från början till slut, delas enligt Corbally (2005) in i tre steg: *förproduktion*, *produktion* och *efterproduktion*. Därutöver beslutades att lägga till ett fjärde steg för detta examensarbete vilket innebär att en *validering* av filmen genomförs och redovisas. Nedan följer en beskrivning av stegen.

Förproduktion innefattar all planering som krävs inför filminspelningen. Tiden det tar att skriva ett manuskript är underskattat och författaren liknar det vid en husritning, där varje detalj beaktas. Manuskriptet är således basen som man går tillbaka till under arbetets gång och när det upprättas är det viktigt att tänka på att fakta som skrivs ner är aktuell och korrekt. Språket ska vara detsamma skriftligt som muntligt, texten i manuskriptet måste därför anpassas till ett lämpligt talspråk och vara både lättförståeligt och noggrant. Andra faktorer som bör tas i beaktning när ett manuskript skrivs i syfte att producera en pedagogisk undervisningsfilm är dess omfattning, längd och sekvensindelning. Genom att

därefter upprätta ett bildmanus underlättas illustrerandet och timingen av produktionens innehåll, för mall se figur nedan (Corbally, 2005).

Bildmanus			
Berättarröst	Filmbilder	Filmdialog (röst till kamera)	Andra effekter



Figur 1. Mall för bildmanus (Corbally, 2005).

Med *Produktion* avses inspelningen av film och ljudupptagning. Arrangerandet av ljussättning, kameravinklar och skådespelares positioner är en tidskrävande arbete. Upprepade omtagningar krävs och det är då viktigt att upprätthålla kontinuiteten, att till exempel skådespelaren är i rätt position. För att undvika att filmen blir monoton kan med fördel två kameror användas, där en filmar på nära håll och den andra på avstånd. För att ge tittarna en realistisk känsla kan med fördel någon tagning förläggas till en verklig plats som till exempel ett sjukhus (Corbally, 2005).

Efterproduktion utgörs av redigering och utvärdering av materialet. För Corbally (2005) var det absolut nödvändigt att slutprodukten skulle vara lätt att följa, korrekt och tydligt. Både filmens producenter och vårdläraren lade stor vikt vid att innehållet skulle granskas noggrant och att det skulle vara estetiskt rätt för att vara en instruktionsvideo för sjuksköterskestudenter. Somliga sekvenser behövde filmas om igen. I Corbally's produktion visades utkastet av filmen för utvalda lärare och yrkesverksamma sjuksköterskor, och inför den slutgiltiga produkten sammanställdes deras kommentarer och rekommendationer (a.a.).

Det fjärde steget *validering* är en modifiering av Corbally's tredje steg vilket innebär en fördjupning av utvärderingen av filmen. Syftet med detta steg var att öka trovärdigheten, möjliggöra en revidering av filmen, beskriva valideringsprocessen samt redovisa de synpunkter som framkom. Beslutet togs att utöka inhämtandet av synpunkter genom att använda fokusgrupper. Enligt Mclafferty (2004) är fokusgrupper som strategi för datainsamling en stor källa till information. En fokusgrupp utgörs av en grupp interagerande individer med ett gemensamt intresse eller kännetecken, som sammanförts av en moderator vars syfte är att inhämta information om t ex ett specifikt problem eller viktig fråga (Subramony, Lindsay, Middlebrook & Fosse, 2007).

Urval till validering av filmen

Validering gjordes med hjälp av fokusgruppsdiskussioner med studenter och verksamma barnmorskor samt genom individuella intervjuer med institutionens lärare. Fyra lärare på institutionen, alla barnmorskor, inbjöds av produktionsteamets ansvariga lärare till deltagande. Alla tackade ja, en person fick dock förhinder och antalet blev därmed 3 stycken. Därutöver bidrog två av lärarna från produktionsteamet med sina åsikter. Inbjudan till deltagande i fokusgrupperna skickades via sociala medier till samtliga barnmorskestudenter, de personer som först anmälde sitt intresse fick delta. Via e-post kontaktades två utvalda barnmorskor vid olika kliniker. Barnmorskorna ombads i sin tur att välja ut några lämpliga deltagare från sina respektive arbetsplatser. Endast en av klinikerna hade möjlighet att medverka. Totalt deltog sex yrkeserfarna barnmorskor inom förlossningsvården och fyra barnmorskestudenter i termin tre vid GU. Antalet personer i fokusgrupperna begränsades utifrån Wibeck´s (2010) rekommendationer på fyra till sex personer.

Genomförande och analys av validering

Två fokusgruppsdiskussioner genomfördes, den ena bestod av yrkesverksamma barnmorskor och den andra av barnmorskestudenter. Med hjälp av åtta frågor genomfördes en semistrukturerad diskussion. För frågor se bilaga 1. Först visades filmen i sin helhet. Med frågorna som utgångspunkt gjordes sedan en första reflektion. Därefter visades utvalda sekvenser utifrån önskemål. Ljudupptagning användes under diskussionen samtidigt som anteckningar skrevs ner. Samma process genomfördes med lärarna som såg filmen och intervjuades enskilt. Detta genomfördes och dokumenterades av en lärare i produktionsteamet.

Målet med att tolka och analysera data är att reducera den stora mängden insamlade rådata till en hanterbar mängd. I en tape-base analys, lyssnas video- och ljudupptagning av noggrant, och en förkortad transkription utförs. För den här typen av analys är det vanligtvis rekommenderat att moderatoren också utför analysen (Beyea & Nicoll, 2000). Som ett första steg vid analysutförandet av data från fokusgruppsintervjuerna lyssnades ljudupptagningen igenom flera gånger av oss båda studenter och en förkortad transkription utfördes. Åsikter som delades av fler än en person skrevs ner. Därefter identifierades och sammanfördes synpunkterna från de båda fokusgrupperna i övergripande teman då detta enligt Beyea & Nicoll (2000), underlättar processen att finna nyckelkategorier och gemensamma nämnare. I nästa steg identifierades nyckelfynden som skapade tre

huvudrubriker. Detta i sin tur gjorde att likheter och skillnader mellan grupperna blev tydliga. Alla synpunkter sorterades under huvudrubrikerna och sammanställdes i en löpande text. Analysen av synpunkter från lärarna genomfördes därefter och baserades på nedskrivna text och knöts samman med de huvudteman som tidigare framkommit. Åsikter från lärarna och fokusgrupperna presenteras tillsammans med hänvisning till respektive grupp eller lärare i löpande text.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

I Vetenskapsrådets forskningsetiska principer beskrivs forskningskrav som innebär att befintliga kunskaper ska utvecklas och fördjupas samt att metoder förbättras (Vetenskapsrådet, 2002). Magisteruppsatsen som är ett utvecklingsarbete uppfyller detta krav och nyttan består i att en undervisningsfilm kompletterar andra undervisningsformer med syfte att förstärka lärandet. Studenterna får möjlighet att ytterligare förankra sina praktiska kunskaper och på så vis blir de bättre förberedda inför mötet med den födande kvinnan.

Genom att använda ett simulationshjälpmedel för att visa handläggningen av utdrivningsskedet undviks alla de etiska dilemman som filmandet av en riktig förlossning innebär. Att filma en verklig förlossning skulle innebära en omfattande process både juridiskt och praktiskt. Dessutom skulle de blivande föräldrarna hamna i ett känsligt och utsatt läge om något oväntat inträffar.

Samtliga deltagarna i fokusgruppsintervjuerna för valideringen av filmen behandlades enligt Vetenskapsrådets (2002) grundläggande individskyddskrav vilket innefattar informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitets- och nyttjandekravet. Samtliga deltagare delgavs forskningspersonsinformation samt informerades om samtycke, se bilaga tre och fyra. Vidare kontaktades universitetsjuristen av en av projektets lärare för att säkerställa att den rättsliga processen under utvecklandet av filmen följdes. Detta rörde bland annat upphovsrätten och rätten av distribuering av materialet.

RESULTAT

I följande resultatdel beskrivs produktionen av filmen i de fyra stegen: *förproduktion, produktion, efterproduktion* och *validering* .

Steg 1: förproduktion

Förproduktionen innefattade all planering som krävdes inför filminspelningen såsom sammanställande av projektgrupp, ansvarsfördelning, filmens innehåll och utformning samt inspelningsplats. Projektansvarig tillika handledare för examensarbetet, utsåg förutom oss studenter, ett produktionsteam som bestod av en universitetslektor, anställd på institutionen, samt en erfaren barnmorska och huvudhandledare i den kliniska verksamheten.

Filmens omfattning kom att begränsas till utdrivningsskedet vid en normal förlossning, från det att krystningsarbetet är aktivt till dess att barnet är framfött. Därefter gjordes omfattande eftersökningar inom det utvalda ämnet. Fakta kring handläggning av förlossningens utdrivningsskede inhämtades från Socialstyrelsens state of the art Polices (2001), Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för barnmorskor (2006), SFOG fosterövervakning vid aktiv förlossning (2010), vetenskapliga publikationer från år 2005 och framåt, samt läroböcker för barnmorskeutbildning som användes vid Göteborgs universitet.

Det materialet som valdes ut till filmens innehåll sammanställdes i ett manuskript som bearbetades i samråd med en erfaren barnmorska från produktionsteamet. Justeringar gjordes fortlöpande. Språket skulle vara tydligt och lättförståeligt och innehållet stämma överens med de källor som använts. I detta stadie formulerades även tankar om hur berättarröst, dialog, stillbilder samt bildsekvenser skulle ta form. Genom att titta på andra undervisningsfilmer fick vi inspiration till filmens upplägg. Beslutet att använda berättarröst samt komplettera med text i vissa sekvenser togs för att informationen lättare skulle nå fram. För att förtydliga vissa moment fick en gravid kvinna gestalta olika förlossningsställningar som sedan kom att användas för stillbilder i filmen, se bild 2 nedan. Dessa bilder arrangerades och togs av produktionsteamet i institutionens lokaler. I syfte att skapa dynamik och variation användes privata foton på nyfödd bebis och en gravid kvinnas mage.



Bild 2. Förlossningsställning

Texten från manuskriptet lades in bildmanuset under respektive rubrik. Arbetet var tidskrävande men väl värt mödan då det gav en god överblick över filmens olika sekvenser, dialog och språk. För exempel se bilaga 2.

Projektansvariga anlätade ett professionellt kamerateam för att skapa de bästa förutsättningarna för god kvalitet. De fick i uppgift att tillsammans med lärare och barnmorska i produktionsteamet, ansvara för inspelning och redigering av filmen.

Steg 2: Produktion av film

Under ett par dagar i augusti 2012 genomfördes inspelning och redigering av den föreliggande pedagogiska undervisningsfilmen. Aktörer och berättarröst utgjordes av deltagare i projektgruppen. Som ett första steg spelades berättarröst in i en studio. Flera omtagningar gjordes då ytterligare ändringar av manustexten krävdes för att språket skulle anpassas till talspråk. Därefter spelades filmen in i en av lokalerna på kliniskt träningscentrum vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Miljön arrangerades så att den återspeglade ett förlossningsrum i den kliniska verksamheten. För att visa handläggningen av en normal förlossning användes ett simulationshjälpmedel som efterliknar en nyfödd bebis samt ett kvinnligt bäcken. En av aktörerna styrde dockan manuellt för att efterlikna ett autentiskt förlopp medan den andra agerade barnmorska. Två kameravinklar användes för att göra filmen mer levande och dynamisk. Omtagningar

gjordes efter behov och ljussättning arrangerades för att handläggningen skulle vara så tydlig som möjligt.



Bild 3. Från inspelning av filmen

Steg 3: Efterproduktion

Bearbetningen av råmaterialet, såsom klippning av bild- och ljudsekvenser utfördes av filmteamet i kommunikation med lärarna i produktionsteamet. Resultatet blev till slut en sex minuter lång film som visar handläggning av utdrivningsskedet vid normal förlossning med följande innehåll och upplägg.

Filmen inleds med att redogöra för förlossningens olika faser med fokus på utdrivningsskedet. Samtidigt betonas att varje förlossning är unik och variationen stor när det rör sig om händelseförlopp, duration och upplevelse av denna. Vidare beskrivs vikten av kommunikation och stöd vid förlossning. Med hjälp av stillbilder visas exempel på gynnsamma positioner vid utdrivningsskedet såsom sidoläge, knästående, halvsittande och upprätt position. I denna sekvens understryks också att kvinnan ska uppmuntras till att använda sig av de förlossningsställningar som känns mest bekväma för henne. Det betonas

att rygggläge bör undvikas då det kan medföra vena cava syndromet och vad detta är förklaras.

I nästa sekvens beskrivs hur barnmorskan övervakar fosterhjärtljuden i syfte att upptäcka hotande asfyxi hos barnet. Från och med att föregående fosterdel står slutroterat mot bäckenbotten och kvinnan börjar krysta aktivt, avlyssnas fosterhjärtljuden intermittent med hjälp av trätratt. I form av dialog och med hjälp av simulationshjälpmedlet skildras den sista fasen i utdrivningsskedet. Barnets huvud står nu i genomskärning och det är viktigt för kvinnans vävnader att den sista delen av framfödandet sker långsamt och kontrollerat. Den agerande barnmorskan vägleder kvinnan genom kommunikation och god kontakt, och på så vis styr hon framfödandet i syfte att motverka bristningar. För att undvika att kvinnan krystar i slutskedet uppmanas hon att flåsa och på så vis avleds krystningsimpulserna. För att illustrera handgreppet som utgör perinealskyddet placerar barnmorskan sin ena hand över simulationsdockans perineum, tummen och pekfingeret håller ihop vävnaden och resterande fingrar utgör ett tryck ”uppåt” på barnets huvud i syfte att avlasta perineum. Den andra handen placeras på barnets huvud och utgör mottryck för att göra utdrivningen långsammare och styra framfödandet.

I den sista sekvensen visas barnets sista rotation, huvudet är nu framfött och axlarna roterar till mittvidd för att möjliggöra passage genom bäckenet. Barnmorskan kontrollerar navelsträngen, i detta fall ligger den virad runt barnets hals och förs därför över huvudet. Därefter bockas barnets huvud tills främre axeln skymtas. För att skona perineum förs barnet sedan uppåt i bäckenaxelns riktning samtidigt som barnmorskan har noga uppsikt över perineum.

Steg 4: Validering

I detta steg validerades filmen genom enskilda intervjuer med tre lärare, två lärare ur produktionsteamet och två fokusgruppsdiskussioner. Den ena gruppen bestod av fyra barnmorskestudenter och den andra av sex barnmorskor verksamma i den kliniska vården. Nedan följer en sammanfattning av deras synpunkter.

Helhetsintryck av filmen

Deltagarna i fokusgrupperna tyckte att filmen var bra och lärarna poängterade att den var verklighetstrogen. Lärarna ansåg att aktörerna, som är erfarna barnmorskor, spelade sina roller väl. Samtliga var överens om att den uppfyllde sitt syfte med undantag för några justeringar. Det fanns en enighet om att filmen var viktig ur ett pedagogiskt perspektiv. Studenterna menade att filmen gav en god överblick över utdrivningsskedet med de olika delarna såsom till exempel fosterövervakning och perinealskydd. Barnmorskorna uttryckte fördelen med att ha en gemensam utgångspunkt i handledningen av studenter och lärarna ansåg att filmen var ett bra komplement till läroböckerna. Studenterna hade under sin kliniska praktik upplevt att det var svårt att komma ihåg handgreppet de lärt sig i skolan och de ansåg att filmen kan utgöra ett bra verktyg för repetition. En av lärarna tyckte att det var övervikt på medicinsk information.

Åsikter om filmens innehåll och utformning

Uppfattningarna varierade avseende tempo vid presentation av fakta. Studenterna tyckte att den presenterades i lagom takt medan barnmorskorna upplevde att tempot på berättarrösten och sekvenserna var snabba medan pauserna var för korta.

Angående filmsekvensen som visar perinealskydd påpekade både studenter och barnmorskor bristen av uppsikt och frånvaro av händer som skyddar perineum då huvudet står i genomskärning. Detta trots att information ges om vikten av inte lämna perineum oövervakat. Barnmorskestudenterna reflekterade över svårigheten att i värkpaus lyssna av hjärtljuden med tråtratt alternativt doppler och samtidigt ha kontroll och uppsikt över perineum. I sekvensen som visar när barnet lyfts upp i bäckenaxelns riktning ansåg barnmorskorna att tempot var bra och att barnmorskan i filmen då har bra uppsikt över perineum. En av lärarna tyckte att barnmorskan tar tag i barnets huvud för snabbt vid den fjärde rotationen. Vidare ansåg läraren att krystningen var forcerad och att barnmorskan drar i barnet.

Barnmorskorna menade att bockningen som utförs i filmen snarare är en sänkning. De påpekade också att pauserna mellan värkarna var för korta och att rygggläge inte bara ger vena cava syndrom utan innebär också att kvinnan arbetar mot tyngdkraften, och föder i uppförsbacke. En lärare säger att rygggläge inte är lika farligt vid snabba förlossningar men bör undvikas under längre stunder. Sekvensen där barnmorskan löser navelsträngen tyckte merparten av barnmorskorna var irrelevant, barnmorskestudenterna å andra sidan tyckte att denna sekvens skulle göras tydligare.

Förbättringsförslag

Båda fokusgrupperna tyckte att perinealskyddet med fördel kunde genomföras långsammare och tydliggöras med hjälp av sekvens i slowmotion eller stillbilder på handgreppet. Vidare ansåg de att kameran bör fokusera på barnmorskans händer vid framfödandet. Barnmorskorna efterfrågade även textremsa som komplement i denna sekvens.

Några barnmorskor i fokusgruppen ansåg att handgreppet behöver korrigeras, då den undre handen skymmer sikten över perineum. Samtidigt menade ett flertal barnmorskor att de ändå kunde kontrollera perineums status genom att i värkpaus lyfta undre handen och observera. Detta tillvägagångssätt ansåg de kunde vara en användbar metod att visa i filmen. För att underlätta en korrekt bockning samt möjliggöra rätt utförande av handgreppet föreslog barnmorskorna att simulationsdockans rumpa bör höjas. Att använda sig av kortbädd tyckte de var ett annat alternativ för att på ett tydligare sätt visa perinealskyddet, detta skulle även innebära en bättre arbetsställning för barnmorskan vilket också efterfrågades.

Det fanns information i filmen som kunde förtydligas. Ett förslag från en lärare var att med hjälp av text påpeka att kvinnan kan vara i olika positioner, men här visas utdrivningsskede i halvsittande ställning för att lättare pedagogiskt kunna visa hur perinealskydd utförs. Studenterna efterfrågade en klarare redogörelse till uppdelningen av utdrivningsskedet och den tidsaspekt som där anges. Från lärares håll framkom att barnmorskan i filmen säger att krystvärkarna kommer tätare i utdrivningsskedet än i öppningsskedet, detta bör ändras till att det är värkarna som kommer tätare i utdrivningsskedet än i öppningsskedet. Både barnmorskor och barnmorskestudenter tyckte att det tydligare skulle framkomma hur viktigt det är att i god tid informera om vad som kommer ske i krystningsfasen. De båda fokusgrupperna diskuterade att barnet kan framfödas på en eller två värkar, denna information saknade de i filmen.

Varumärket ”libero” som är synligt i filmen på Pinards stetoskopet måste redigeras bort enligt både lärare och barnmorskor. Barnmorskorna tyckte också att scenen med uppdukning av rondskålen borde tas bort då de ansåg att den var överflödigt och symboliserade tidig avnavling. Fokusgruppen med barnmorskor hade som förslag att visa fler alternativa förlossningshjälpmedel som till expempel förlossningpall, varmt bad och pilatesboll. De var också eniga om att ordet ”framfött” skulle användas istället för ”förlöst” då det är viktigt att påtala att det är kvinnan som själv föder fram barnet.

DISKUSSION

Vid val av ämne för examensarbete erbjöd institutionen oss möjligheten att vara del av ett projekt vars syfte var att skapa en pedagogisk undervisningsfilm. Vi tog oss an möjligheten med stor entusiasm och fulla av förväntan. Ingen av oss har någon erfarenhet av filmproduktion eller arbete med andra liknande mediala medel. Inte heller har institutionen tidigare genomfört något liknande projekt.

Metoddiskussion

Trevande startades en process utan att riktigt veta vilken form arbetet skulle ta. Att stegvis söka sig fram till en struktur och mall som fungerade var tidskrävande. Utbudet av artiklar och böcker inom området visade sig vara begränsat. Den artikel som fick utgöra grunden för vår metod är skriven av en sjuksköterska, även hon amatör inom området. Artikeln skrevs i syfte att vägleda andra i skapandet av film. Den är således inte vetenskapligt validerad men passade med sitt enkla upplägg och tydliga planering bra för oss oerfarna filmskapare.

Fakta till filmens innehåll och utformning inhämtades dels genom sökande av artiklar i olika databaser dels genom läroböcker. Därutöver har barnmorskor, tillika lärare, vid Göteborgs institution bidragit med sin kunskap och erfarenhet med förankring i den teoretiska och kliniska verksamheten. På så vis bygger innehållet på både vetenskap och evidensbaserad kunskap. Användandet av olika sorters källor valdes utifrån strävan att skapa en trovärdig och verklighetsförankrad bild av handläggningen vid en normal förlossning. Vi är emellertid medvetna om att lärarnas bidrag kan ha färgat innehållet med institutionens rådande syn på handläggning vid normal förlossning. Men då filmen är tänkt som ett komplement till undervisningen av barnmorskestudenter vid Göteborgs Universitet bör innehållet överensstämma med det förhållningssätt som lärs ut vid institutionen.

Vår tanke var från början att vi skulle vara delaktiga under hela processen från bakgrund till färdig film. Efterhand kom arbetet emellertid att fördelas mellan lärare och oss studenter. Vi blev tillsammans med en barnmorska och en lärare ur produktionsteamet ansvariga för att skapa manuset till filmen samt genomföra en validering. Filminspelningen, som i sig är ett omfattande steg, utfördes av ett professionellt kamerateam samt två lärare från projektgruppen. Justeringar av manuset gjordes fortlöpande, även under inspelningen, vilket innebar att en del av våra ursprungliga tankar om framförande och klippning kom att ändras. Att som manusskrivare inte ha möjligheten

att vara med under inspelningen kändes i efterhand som en förlust, dock blev omfattningen av detta arbete större än vad vi räknat med och därför var det nödvändigt att lämna vissa delar.

Vi valde att granska filmens innehåll och utformning med hjälp av fokusgrupper och enskilda intervjuer. I en fokusgruppsdiskussion får deltagarna möjlighet att dela erfarenheter och argument med varandra vilket enligt Leijsgaard Christensen & Huus Jensen (2004) leder fram till en klarare mening. På grund av magisteruppsatsens tidsram vände vi oss endast till studenter och lärare vid vår egen institution samt barnmorskor från kliniker som samarbetar med institutionen. Vi är medvetna om att urvalet till utvärderingen kan kritiseras för att vara homogent och återspegla ett visst synsätt. Att vi själva höll i fokusgruppen där studenterna, som även är våra kurskamrater, deltog skulle kunna påverka deras utvärdering. Deras solidaritet skulle kunna göra dem mindre benägna att framföra kritik. Vid genomförandet av fokusgrupperna uppmanades därför samtliga deltagare att vara ärliga och delge oss sina sanna åsikter. När materialet från utvärderingen bearbetades försökte vi vara objektiva i vårt förhållningssätt. Vi såg synpunkter och kritik som konstruktivt och en möjlighet att förbättra filmen. De enskilda intervjuerna med erfarna lärare sågs som ett bra komplement då dessa kunde bidra med sin pedagogiska erfarenhet. Genomförandet och insamlingen av deras synpunkter bistod en lärare i produktionsteamet oss med. I efterhand kan vi se att det har varit bättre om de istället hade sammanförts i en tredje fokusgrupp då denna uppdelning skapar obalans i sammanställningen av synpunkterna. I fokusgrupperna sorterades åsikter som bara framhölls av en person bort, däremot lärarnas enskilda synpunkter ges utrymme och kan därför anses väga tyngre.

Resultatdiskussion

För att inte bidra till att skapa en alltför stereotyp syn på barnafödande har vi under hela processen haft Davis-Floyds (2001) tre paradigmer i åtanke. Vi ansåg därför att det var viktigt att visa olika sorters förlossningsställningar, påtala vikten av god kommunikation och understryka att det finns flera olika handgrepp vid utförande av perinealskydd. Trots detta menade en av lärarna att det var övervikt på medicinsk information. Vi anser emellertid att fokus riktas på den normala förlossningens förlopp utan komplikationer, men i enlighet med Socialstyrelsen (2006) har vi valt att beskriva fosterövervakning då det ligger inom barnmorskans ansvarsområde att identifiera och bedöma avvikelser som inte tillhör det normala förloppet.

Som redovisats i bakgrunden visar forskningen på olika resultat när det handlar om perinealsskyddets betydelse. Situationen är komplex och flera komponenter verkar spela

in. Detta skapade en viss tveksamhet inför om det var möjligt att välja ut ett ”rätt” sätt att visa perinealskydd. Enligt Zetterström (2008) pekar socialstyrelsens (2011) statistik på att ett aktivt handläggande under utdrivningsskedet reducerar allvarliga brisningar av grad tre och fyra. Handgrepp som utgör en av komponenterna i ett aktivt perinealskydd kan utföras på olika sätt (de Souza et al., 2006). Vi beslutade oss för att använda ett sorts handgrepp som idag används av många ute i verksamheten och som också lärs ut på barnmorskeutbildningen vid Göteborgs Universitet. Tanken med filmen var att ge en tydlig bild av hur perinealskydd kan utföras och ge studenterna möjlighet till repetition av tidigare lärarhandledd undervisning. När filmen utvärderades med hjälp av fokusgrupperna framkom det dock brister som de ansåg behövde åtgärdas. Det rörde framförallt filmens utförande och tempo avseende perinealskyddet. För att möjliggöra rätt utförande av handgreppet samt underlätta en korrekt bockning föreslog barnmorskorna att simulationsdockans rumpa bör höjas. Att använda sig av kortbädd tyckte barnmorskorna var ett annat alternativ för att på ett tydligare sätt visa perinealskyddet, detta skulle innebära en bättre arbetsställning för barnmorskan vilket också efterfrågades.

Under arbetets gång har det blivit tydligt att kommunikationen och interaktionen mellan barnmorska och födande kvinna är betydelsefulla komponenter under förlossningen. Detta stöds av både forskning och beprövad erfarenhet. Detta samspel skapar förutsättningar för en positiv förlossningsupplevelse samtidigt som allvarliga bristningar reduceras (Lindgren, Brink, & Klingberg-Allvin, 2011, Nordström & Wiklund, 2008, Bergstrom et. al., 1997). Därför valde vi att i filmens inledning betona just vikten av kommunikation och stöd vid en förlossning. Enligt båda fokusgrupperna skulle detta budskap kunna lyftas fram ännu mer. De tyckte att det tydligare skulle framkomma hur viktigt det är att i god tid informera om vad som kommer ske i krystningsfasen.

Ovärderlig var den granskning och de reflektioner som fokusgrupperna och lärarna bidrog med. Utifrån deras synpunkter kan filmen revideras och göras än mer tydlig, pedagogisk och aktuell. Det hade varit intressant att använda sig av studenter och barnmorskor från andra delar av landet för att se om deras inställning till handläggning av utdrivningsskedet skiljer sig mycket åt. Det hade också varit intressant att låta barnmorskestudenter som inte varit ute i den kliniska verksamheten få se och utvärdera filmen då de inte har samma förförståelse med sig.

Enligt didaktiken är målet för studenten att i handling och tanke få en beredskap som täcker det teoretiska, konkreta, abstrakta och praktiska. För att hjälpa studenten att få ett integrerat perspektiv på kunskapen kan till exempel film och simulationshjälpmedel bidra på olika vis. Film som ett sätt att uttrycka sig skapar en möjlighet att förstå vårdvetenskap. Genom att sätta teori i ett konkret och levande sammanhang ges möjlighet till en fördjupad och vidare förståelse (Hörberg & Ozolins, 2012).

Att ha en nyanserad syn på undervisning och förmedla sina kunskaper via mediala medel anser vi ligger helt rätt i tiden. Utbudet av undervisningsfilm inom barnmorskans ämnesområde är dock litet, knappt befintligt, vilket öppnar upp för stora möjligheter att utveckla detta projekt. Att gå vidare och göra en film som visar sätesförlossning anser vi vara ett lämpligt nästa steg. Detta är en kunskap som är på väg att förloras då barnmorskan alltmer sällan stöter på denna komplikation och när det kommer in en odiagnostiserat sätesbjudning är det få som innehar denna kunskap. Det finns såklart många fler områden att fördjupa sig i, och göra undervisningsfilm om, både inom barnmorskans ansvarsområden men också inom andra vård- och omvårdnadsrelaterade utbildningar.

Konklusion

Tanken med magisteruppsatsen var att producera en pedagogisk undervisningsfilm avseende handläggning av utdrivningsskedet vid en normal förlossning, samt att redovisa processen från idé till färdig produkt. Meningen var att på så vis ge barnmorskestudenter ett komplement till lärarhandledd undervisning och samtidigt ge vägledning inför framtida liknande projekt. Syftet har uppnåtts så till vida att vi skapat en oreviderad undervisningsfilm, och redovisat processen bakom filmskapandet. Men hur användningen av filmen kommer att se ut och hur den kommer att påverka inlärningsprocessen återstår ännu att utvärdera. Vi förhåller oss dock positiva och tror att filmen har ett undervisningsvärde då vi upplever att den ger en autentisk bild av barnmorskans handläggning av utdrivningsskedet. Tidigare studier har dessutom visat på goda erfarenheter av film som undervisningsmetod vid inläring av praktiska moment (Baratt, 2010; Kelly, McGrath & Cannon, 2009; McKenny, 2011). Sammantaget var deltagare i fokusgrupperna och lärarna var positiva till filmen som helhet. Studenterna poängterade särskilt möjligheten till repetition som filmen gav och att den kan vara till stor hjälp inför mötet med den verkliga förlossningsvården.

REFERENSER

- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Lukasse, M., & Reinar, L. M. (2011). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. (Review). *The Cochrane Library*, 12, 1-42.
- Ahmer-Whålin, I. , & Herbst, A. (2008). Fosterövervakning under förlossningen. I Hagberg, H. Marsál, K., & Westgren, M. (Red.) *Obstetrik*. Lund: Författarna & Studentlitteratur.
- Albers, L., Sedler, K. D., Bedrick, E. J., Teaf, D., & Peralta, P. (2005). Midwifery Care Measures in the Second stage of Labor and Reduction of Genital Tract Trauma at Birth: A Randomized Trial. *Journal of Midwifery & Women´s Health*, 50, 365-372.
doi:10.1016/j.jmwh.2005.05.012
- Barrat, J. (2010). A focus group study of the use of video-recorded simulated objective structured clinical examinations in nurse practitioner education. *Nurse Education in Practice*, 10(3), 170-175.
- Bauman, P., Hammoud, A.O., McNeely, S.G., DeRose, E., Kudish, B., & Hendrix, S. (2007). Factors associated with anal sphincter laceration in 40.923 primiparous women. *International Urogynecology Journal*. 18, 985-990.
- Berg, M., & Lundgren, I. (2010). *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. Lund: Studentlitteratur.
- Bergstrom, L., Seidel, J., Skillman-Hull, L., & Roberts, J. (1997). "I got to push. Please let me push!" social interactions during the change from first to second stage labor. *BIRTH*, 4(3), 173-180.
- Beyea, S. C., & Nicoll, L. H. (2000). Collecting, analyzing, and interpreting focus group data. *AORN Journal*, 71(6), 1278, 1281, 1283.
- Chan, Y. M. (2010). Video instructions as support for beyond classroom learning. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 9, 1313-1318.
- Comiskey, D., & McCartan, K. (2011). Video: an Effective Teaching Aid? *An Architectural Technologist's Perspective*. *CEBE Transactions* 8(1), 25-40.
- Corbally, M-A. (2005). Considering video production? Lessons learned from the production of a blood pressure measurement video. *Nurse Education in Practice*, 5, 375-379.
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 5-23.

de Souza, A., da Costa, C., & Gonzalez Riesco, M. L. (2006). A Comparison of "Hands Off" Versus "Hands-on" Techniques for Decreasing Perineal Lacerations During Birth. *Journal of midwifery & Women's Health*, 51(2), 106-111.

Devane, D., Lalor, J. G., Daly, S., McGuire, W., & Smith, V. (2012). Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing (Review). *Cochrane Database System Review*, 2, CD005122.

Figó. (2012). Management of the second stage of labor. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 119, 111-116.

Groutz, A., Hasson, J., Wengier, A., Gold, R., Skornick-Rapaport, A., Lessing, J. B., & Gordon, D. (2011). Third- and fourth-degree perineal tears: prevalence and risk factors in the third millennium. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 204 (4), 347.e1-347.e4.

Gupta, J. & Hofmayer, G. (2004). Position for women during the second stage of labour. *Cochrane Database System Review*, 1, CD002006.

Hogg, B. (2009). Den okomplicerade förlossningen. I Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I., & Lundgren, I. (Red.) *Lärobok för Barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.

Högström, M-B., & Tolonen, L. (1990). *Från teori till praktik: att tänka, känna och handla vård inom vårdutbildningen*. Lund: Studentlitteratur.

Hörberg, U., & Ozolins, L-L. (2012). Film as Support for Promoting Reflection and Learning in Caring Science. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*. 12, 1-12.

International Confederation of Midwives. (2005) *Definition of Midwife*. Hämtad 2012-12-26, från <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2010/Core%20docs%202010/5.%20ICM%20Definition%20of%20midwife%20ENG-2005.pdf>

International Confederation of Midwives. (2011). *Midwifery: An Autonomous Profession*. Hämtad 2012-12-26, från http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/jedfiles/Position_statements_Eng_2011/P2011_011%20ENG%20Midwifery%20an%20Autonomous%20Profession.pdf

Jank, W., & Meyer, H. (1997). Nyttan av kunskaper i didaktisk teori. I Uljens, M. (Red.), *Didaktik: -teori, reflektion och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Kelly, M., Lyng, C., McGrath, M., & Cannon, G. (2009). A multi-method study to determine the effectiveness of, and students attitudes to, online instructional videos for teaching clinical nursing skills. *Nurse Education Today*, 29, 292-300.

Kringeland, T., & Möller, A. (2006). Risk and security in childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(4), 185-191.

- Laine, K., Pirhonen, T., Rolland, R., & Pirhonen, J. (2008) Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *American College of Obstetrics and Gynecology*, *111*(5), 1053-1057.
- Lejsgaard Cristensen, S., & Huus Jensen, B. (2004). *Didaktik och patientutbildning*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindgren, H. E., Brink, Å., & Klingberg-Allvin, M. (2011). Fear causes tears- perineal injuries in home birth settings. A Swedish interview study. *BMC pregnancy and childbirth*, *11*(6). doi:10.1186/1471-2393-11-6
- MacKenzie, H., & van Teijlingen, E. (2010). Risk, theory, social and medical models: A critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*, *26*(5), 488-496.
- McKenny, K. (2011). Using an online video to teach nursing skills. *Teaching and Learning in Nursing*, *6*(4), 172-175.
- McLafferty, I. (2004). Focus group interviews as a data collection strategy. *Journal of advanced Nursing*, *48*(2), 187-194.
- Model-med international Pty. Ltd. (u.å). The Model-med Sophie and her Mum Full Birth Obstetric Trainer. Hämtad 2012-12-26 från http://www.modelmed.com.au/sophie_trainer.html
- Nationella Medicinska Indikationer (2011). *Indikation för värkstimulering med oxytocin under aktiv förlossning* (Rapport 2011:08). Hämtad 2012-12-26 från http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=3ddb2190-c60b-4109-ac7f-26fe2c355854&FileName=Indikation_f%C3%B6r_v%C3%A4rkstimulering_med_oxytocin.pdf
- Nicholls, L., & Webb, C. (2006). What makes a good midwife? An integrative review of methodologically-diverse research. *Journal of advanced nursing*, *56*(4), 414-429.
- Nordström, L. & Wiklund, I. (2008). Förlossningens fysiologi och handläggning. I Hagberg, H. Marsál, K., & Westgren, M. (Red.) *Obstetrik*. Lund: Författarna & Studentlitteratur.
- Ransjö-Arvidsson, A-B. (2009). Barnmorskans arbets- och forskningsfält. I Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I., & Lundgren, I (Red.). *Lärobok för Barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Reinegård, H. (2009). Övervakning av barnets hälsa under förlossning. I Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I., & Lundgren, I. (Red.) *Lärobok för Barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.

Roberts, J., & Hanson, L. (2007). Best practices in Second Stage Labor Care: Maternal bearing down and positioning. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(3), 238-245.

Selman, T., & Johnston, T. (2010). Mechanisms and management of normal labour. *Gynaecology & Reproductive Medicine*, 20(7), 201 - 206.

SFOG- Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (2010). *Fosterövervakning vid aktiv förlossning - Samlade erfarenheter SBF SFOG SNS*. Hämtat 2012-12-26 från https://www.sfog.se/media/96557/fosterovervakning_samlade_erfarenheter_sbf_sfog_sns_-_november_2010.pdf

Shorten, A., Donsate, J., & Shorten B. (2002). Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. *Birth*, 29(1), 18-27.

Socialstyrelsen (2011). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn*. Hämtat 2012-12-26 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18267/2011-3-19.pdf>

Socialstyrelsen. (2001). *Handläggning av normal förlossning- state of art*. Hämtad 2012-12-26 från <http://www.sfog.se/PDF/2001-123-1.PDF>

Socialstyrelsen (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2012-12-26 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf

Subramony, D. P., Lindsay, N., Middlebrook,, R. H., & Fosse, C. Using focus groups interviews. *Performance Improvement*, 41(8).

Vetenskapsrådet (u.å.). *Forskningsetiska principer- inom humanistisk - samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2012-12-26 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.

Walter, G. (1991). Handläggga. I *Bonniers synonymordbok*. Storbritannien: Bonnier Fakta Bokförlag.

Weller, J. M., Nestel, D., Marshall, S. D., Brooks, P. M., & Conn, J. J. (2012). Simulation in clinical teaching and learning. *The Medical Journal of Australia*, 196 (9) 594. doi:10.5694/mja10.11474

Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod* Falun: Studentlitteratur.

William, L. M., & Hutchon, P. S. (2004). Mechanism and manahement of normal labour. *Current Obstetrics and Gynaecology*, 14(5), 301-308.

World health organization. (1996). *Safe motherhood. Care in Normal birth: a practical guide*. Hämtad 2012-12-26 från http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

Zetterström, J. (2008). Perinealbristningar. I Hagberg, H. Marsál, K. Westgren, M. (Red.). *Obstetrik*. Lund: Författarna & Studentlitteratur.

Följande frågor användes vid validering av filmen:

- Är filmens innehåll tydligt?
- Är det lätt att förstå?
- Kan något tas bort?
- Saknas någon fakta?
- Är filmen lätt att följa?
- Uppfyller filmen sitt pedagogiska syfte?
- Förslag på förbättringar?
- Vad är helhetsintrycket av filmen?

Bildmanus

Berättarröst

Filmbilder

Filmdialog
(röst till kamera)

Andra effekter

X

Stillbild bebisfötter:



X

Text som skrivs fram:

*Denna film visar
handläggningen av
utdrivningsskedet vid en
normal förlossning och är
tänkt som ett hjälpmedel i
undervisningen för
barnmorskestudenter och
annan vårdpersonal.*



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Utvärdering av undervisningsfilm för handläggning av utdrivningsskedet vid en normal förlossning

Vi tillfrågar dig i egenskap av yrkesverksam barnmorska/student/lärare om du vill vara med och utvärdera en undervisningsfilm för handläggning av utdrivningsskedet vid en normal förlossning.

Studiens bakgrund

Tidigare studier har visat på goda resultat när undervisningsfilm används som komplement till lärarhandledd undervisning. Utbudet av svenska pedagogiska undervisningsfilmer gällande handläggning av normal förlossning i utdrivningsfasen är begränsat eller obefintligt. Vi vill med denna film ge studenter möjlighet att förankra sina praktiska kunskaper, och vara bättre förberedda inför den verksamhetsförlagda utbildningen och mötet med den födande kvinnan.

Syftet är därför att skapa en pedagogisk undervisningsfilm om handläggning av utdrivningsskedet vid en normal förlossning. Med hjälp av en simulationsdocka kommer vi att iscensätta en normal förlossning och de olika momenten i handläggandet vid utdrivningsskedet.

Utvärderingens genomförande

För att utvärdera filmens kvalitet kommer vi använda oss utav två fokusgrupper. Den ena gruppen kommer att utgöras av studenter och den andra utav yrkesverksamma barnmorskor. Varje grupp kommer att bestå av två till fyra deltagare och en diskussionsledare. Det kommer att ställas ett antal öppna frågor angående filmens innehåll, utformning och kvalitet. Syftet är att var och en delar med sig av sina åsikter och på så vis bidrar till förbättringar. Ljudupptagning kommer att användas under diskussionerna.

Dina åsikter kommer att behandlas så att inte obehörig kan ta del av dem. Då data från utvärderingen eventuellt redovisas kommer enskilda individer inte kunna identifieras. Ljudinspelningen kommer att raderas efter det att materialet har analyserats och bearbetats. Positiva och negativa aspekter på filmens innehåll, utformning och kvalité kommer att sammanställas och presenteras i uppsatsen.

Deltagandet är frivilligt. Du kan avbryta ditt deltagande när du vill utan att ange skäl. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.

Ansvariga

Eva Rådström, barnmorskestudent, leg ssk

e-post gusradev@gu.se

tel. 070 6863218

Anneli Vestlund, barnmorskestudent, leg ssk

e-post gusvestlan@gu.se

tel. 070 7534202

Marie Berg, handledare
Professor, barnmorska

e-post

tel.



Informerat samtycke

- Jag bekräftar att jag fått skriftlig information och möjlighet att kontakta författare och handledare av magisteruppsatsen för att ställa ytterligare frågor.
- Jag ger mitt samtycke till att utvärdera undervisningsfilmen: Produktion av pedagogisk undervisningsfilm avseende handläggning av utdrivningsskedet under normal förlossning, och därmed medverka i magisteruppsatsen.
- Jag är medveten om att mitt deltagande är helt frivilligt, samt att jag kan avsluta mitt deltagande när som helst och utan förklaring.

.....
Datum Deltagarens namnteckning Namnförtydligande

Undertecknad person har lämnat skriftlig information om studiens syfte för ovanstående deltagare samt erhållit deltagarens samtycke. Deltagaren har även fått en kopia av forskningsinformationen.

.....
Datum Namnteckning Namnförtydligande

.....
Datum Namnteckning Namnförtydligande