

UPPLEVELSER AV FÖRLOSSNINGSRUMMET

Ur icke svensktalande kvinnors perspektiv

Lisa Wibeck Axelsson

Examensarbete:	15 hp
Program/Kurs:	Barnmorskeprogrammet, RPH100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt/2017
Handledare:	Marie Berg
Examinator:	Lars-Olof Persson

Titel (svensk):	Upplevelser av förlossningsrummet – ur icke svensktalande kvinnors perspektiv.
Titel (engelsk):	Experiences of the birthing room – from the perspective of non-Swedish speaking women.
Examensarbete:	15 hp
Program/Kurs:	Barnmorskeprogrammet, RPH100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt/2017
Handledare:	Marie Berg
Examinator:	Lars-Olof Persson
Nyckelord:	Förlossningsrum, platsen att föda, erfarenhet, upplevelse

Sammanfattning

- Bakgrund:** Kvinnor har på vissa håll i världen möjlighet att välja plats och omgivning för sin förlossning. Förlossning kan ske på sjukhus, på annan vårdinstitution, eller i hemmet. I Sverige ges kvinnor idag få valmöjligheter till platsen för födandet och hur denna plats är utformad.
- Syfte:** Syftet med studien var att beskriva hur icke svensktalande kvinnor, som fött barn i Sverige, upplevde förlossningsrummet samt deras synpunkter på vad som skall finnas i ett idealt förlossningsrum.
- Metod:** Intervjuer med tio kvinnor genomfördes varav två intervjuades individuellt och åtta i grupp om tre till fyra personer och utfördes med tolkning av kulturtolksdoulor. Ordagrant transkriberade intervjuer analyserades med kvalitativ innehållsanalys.
- Resultat:** Analysen av de icke svensktalande kvinnornas upplevelser av förlossningsrummet gav aspekter som sorterades i följande tre kategorier: Byggnadstekniska aspekter, inredningsaspekter samt inomhusmiljö.
- Slutsats:** Studiens resultat visade att kvinnorna som intervjuats hade synpunkter på förlossningsrummets utformning. Att själva kunna påverka ljusstyrka och temperatur, motverka insyn och välja om utrustningen skall vara synlig skulle kunna stärka kvinnorna. De önskade även badrum, väggdekorationer och

bekväma möbler. Resultatet kan bidra till utformning av nuvarande och framtida förlossningsrum.

Nyckelord: Förlossningsrum, platsen att föda, erfarenhet, upplevelse.

Abstract

Background: In some parts of the world women have a choice where to give birth and their birth setting. Birth can take place either at hospital, other birth setting or at home. In Sweden today, women have few options to choose their birth location and how this place is designed.

Aim: The aim of the study was to describe how non-Swedish speaking women, who have given birth in Sweden, experienced the birthing room and their views on what properties an ideal birthing room should have.

Method: Interviews with ten women were conducted whereof two were interviewed individually and eight in group interviews of three or four and used culture interpreter doulas as interpreters. Verbatim transcriptions of the interviews were analysed with qualitative content analysis.

Results: The analysis of the non-Swedish speaking women's experiences of the birthing room gave aspects that were sorted in the following three categories; Architectural aspects, Interior design aspects and Indoor environment.

Conclusion: The result showed that the interviewed women had views on the birthing room's design. To be able to control the lighting level and room temperature, prevent insight and whether the equipment should be visible, could strengthen the women. They also wanted a bathroom, wall decorations, and comfortable furniture. The result can contribute to the configuration of present and future birthing rooms.

Keywords: Birthing room, place of birth, experience.

Förord

Ett stort tack till de kvinnor som gjort denna studie möjlig genom att dela med sig av sina upplevelser, tack även till Födelsehusets kulturtolksdoulor och Mammaforum! Tack till min familj och vänner som ställt upp extra mycket under denna tid, utan er vore detta inte möjligt. Tack till min handledare samt språkhandledare på Göteborgs universitet för handledning och bearbetning av textinnehållet.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Födelseplatser ur ett historiskt perspektiv	1
Barnafödande kvinnor i Sverige som inte talar svenska.....	2
Kvinnans möjlighet till val av plats att föda.....	3
Tidigare forskning om plats för födandet	4
Barnmorskors syn på platsen för födandet	9
Teoretisk referensram	11
Empowerment	11
Problemformulering.....	13
Syfte	13
Frågeställningar	14
Metod	14
Urval	14
Datainsamling - intervjuer	16
Dataanalys	18
Forskningsetiska överväganden.....	20
Resultat.....	20
Byggnadstekniska aspekter.....	21
Badrum.....	21
Balkong	22
Golv.....	23
Kök samt husgeråd.....	23
Fönster.....	23
Utrymme	23

Inredningsaspekter.....	24
Väggdekorationer.....	25
Musik och TV	27
Växter.....	27
Möbler.....	27
Avskärmning.....	29
Inomhusmiljö.....	31
Belysning	31
Temperatur.....	32
Renlighet och lukt.....	32
Diskussion	32
Metoddiskussion.....	32
Resultatdiskussion	36
Slutsats	40
Referenslista	41
Bilagor	

Inledning

Kvinnor har liten möjlighet att själva påverka den plats de föder barn på. Denna magisteruppsats kommer undersöka hur icke svensktalande kvinnor som fött barn på sjukhus i Sverige upplever förlossningsrummet.

Magisteruppsatsen genomförs inom barnmorskeprogrammet och huvudområdet Reproduktiv och perinatal hälsa vid Göteborgs universitet. Examensarbetet är en del av forskningsprojektet ”Förlossningsrummet”, som drivs vid institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa i samarbete med Centrum för vårdens arkitektur vid Chalmers tekniska högskola, Högskolan i Borås och Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Bakgrund

Födelseplatser ur ett historiskt perspektiv

Stora förändringar har skett de senaste par hundra åren då det gäller att föda barn i Sverige. I Stockholm öppnades Allmänna Barnbördshuset (Allmänna BB) år 1775 och 1782 öppnade Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg en förlossningsavdelning (Lundgren, 2016). Ursprungligen födde ogifta och fattiga kvinnor på Allmänna BB, förlossningsanstalten öppnades för att bland annat minska den höga barnadödligheten. När kvinnor kunde föda där utan att avslöja sin identitet bidrog det också till att barnamorden minskade (Waldenström, 2016). Cirka 95 procent av alla förlossningar i Sverige skedde i hemmet under tidigt 1900-tal (Elmäng, 2010). Under 1930-talet föddes fortfarande flertalet barn i hemmet. 1937 blev förlossningsvården gratis för alla barnafödelskor i Sverige och förlossningsvården byggdes ut kraftigt. Från 1950-talet föddes flertalet barn på sjukhus (Waldenström, 2016).

Barnafödande kvinnor i Sverige som inte talar svenska

Statistik om antalet kvinnor som inte talar svenska, och som fött barn i Göteborg eller i Sverige saknas. Det finns varken tillgängligt via Statistiska centralbyrån och mailkontakt med Enheten för befolkningsstatistik (Avdelningen för befolkning och välfärd) vid statistiska centralbyrån meddelade att sådan statistik inte finns att tillgå från statistiska centralbyrån, (personlig kommunikation, Anders Karlsson 16 december 2016). Inte heller Västra Götalandsregionen kan tillhandahålla denna uppgift, (personlig kommunikation, Magdalena Olholm 19 december 2016).

Andelen kvinnor i Sverige i åldrarna 15 till 49 år födda i utomnordiska länder var år 2016 ca 21 procent (447 153 av totalt 2 149 200) (SCB, 2016a, 2016c). Detta kan ge en indikation på andelen barnafödande kvinnor som inte talar svenska.

Det övergripande målet för folkhälsoarbetet i Sverige är att minska skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen (Regeringen, 2002). Personer med utländsk bakgrund har en sämre hälsa i jämförelse med personer med svensk bakgrund (SCB, 2006). Enligt *Hälso- och sjukvårdslagen* är målet för hälso- och sjukvården god hälsa och jämlik vård för hela befolkningen. Krav ställs också på att patientens behov av trygghet och vårdkontinuitet tillgodoses (HSL, SFS 1982:763).

Utlandsfödda kvinnor i fertil ålder har enligt Robertson et al. (2005) en sämre självrapporterad hälsa jämfört med svenskfödda kvinnor. Dessutom löper kvinnor från subsahariska Afrika, Asien, Iran och Latinamerika en högre, åldersjusterad risk som förstföderskor, vilket kan innebära onormala förlossningar, det vill säga diagnostiserade komplikationer (Robertson et al., 2005). Bidragande faktorer för Somaliska och Etiopiska kvinnor är enligt Essén (2001) att de väntat längre med att söka vård, att tolk inte använts trots behov samt att de ges en sämre vård. Kvinnor från låginkomstländer utgör ofta den grupp som löper de största riskerna för försämrad hälsa (Ny, 2016).

Kvinnans möjlighet till val av plats att föda

I vissa länder har kvinnor möjlighet att välja platsen och formen av vård i samband med förlossning. Dessa alternativ kan vara förlossning på sjukhus, förlossning på annan vårdinstitution samt förlossning i hemmet (Waldenström, 2016). I Sverige finns i nuläget få möjligheter för kvinnan att välja platsen att föda sitt barn på eller möjlighet att påverka förlossningsrummets utformning.

De flesta förlossningar i Sverige sker idag på sjukhus, medan ungefär hälften av alla förlossningar internationellt sker i hemmet. I Sverige sker ungefär 100 planerade hemförlossningar varje år (Waldenström, 2016) och ungefär lika många föder oplanerat hemma eller på väg till sjukhuset (Födelsehuset, 2016b). Planerad förlossning i hemmet, där barnmorskor får ersättning för att bistå födslar i hemmet, erbjuds i Stockholm och i Umeå (Barnmorskeförbundet, 2015; 1177 Vårdguiden, 2015). I andra delar av Sverige får kvinnan själv bekosta sin hemförlossning.

På 1970-talet öppnades fristående ABC-enheter (Alternative Birth Centers) i USA för att öka valfrihet och inflytande i relation till barnafödande. Dessa ABC-enheter, som var ett mellanting mellan hemförlossning och sjukhusförlossning, drevs ofta av barnmorskor, som hade tillgång till en obstetriker och en barnläkare för konsultation samt avtal med ett sjukhus vid eventuella komplikationer. I samband med att de fristående ABC-enheterna öppnades, startades även sjukhusbundna ABC-enheter (Waldenström, 2016).

Sjukhusbundna ABC-enheter öppnades i Sverige i slutet på 1980-talet (Waldenström, 2016). I Göteborg fanns mellan 1988 och 1997 en sjukhusbunden ABC-avdelning. ABC-vården stod för kontinuitet, en begränsning av medicinsk teknologi samt föräldraansvar och egenvård (Berg et al., 1996). Ett rum på denna avdelning hade en bredare säng, en hemlik miljö, med badkar och levande ljus (Vatten som smärtlindring och födsloplats, 2010). I och med att ABC-enheten lades ner saknas valmöjligheter gällande platsen att föda på i Göteborg.

Södersjukhuset i Stockholm hade tidigare två ABC-liknande team. ABC-teamen arbetade med integrerad mödravård, förlossning och eftervård, men gjorde inga hembesök. Teamen

hade samma medicinska riktlinjer som den ordinarie förlossningsavdelningen, men skillnaden var att utrustning, såsom CTG-apparat var dold i inredningen samt att endast kvinnor med bedömd låg risk för komplikationer fick föda där (Waldenström, 2016).

I England har forskningsprogrammet ”Birthplace in England”, definierat två typer av förlossningsplatser, förutom traditionellt förlossningsrum på sjukhus och hemmet. En av dem är fristående barnmorskeledd enhet (Freestanding midwifery unit) där barnmorskor har det huvudsakliga vårdansvaret. Under förlossningen finns inte medicinsk vård såsom obstetrisk, neonatal och anestetisk vård omedelbart tillgänglig. Den andra är barnmorskeledd enhet på sjukhus (Alongside midwifery unit) där barnmorskor ger vård till kvinnor med okomplicerad graviditet under förlossning. Under förlossningen finns medicinsk vård såsom obstetrisk, neonatal och anestetisk vård omedelbart tillgänglig (Rowe, 2011).

Tidigare forskning om plats för födandet

Miljön där hälso- och sjukvård bedrivs har en stor betydelse för patienters säkerhet och hälsa (Ulrich & Barach, 2006). Mycket av den miljö som finns inom hälso- och sjukvården kan försämra resultatet av hälsa snarare än att förbättra den, genom att den ökar patienters och personalens stressnivåer (Stichler & Hamilton, 2008; Ulrich et al., 2008). När det gäller vårdmiljö och trivsel finns det olika faktorer som bidrar till välbefinnande vilket inkluderar ljudnivå, bra luftkvalitet, naturvyer, avskildhet, ljus och utrymme (Ulrich et al., 2008). Några randomiserade studier visar att design i vårdmiljön som innefattar naturvyer såsom fönster med utsikt mot naturen, (Ulrich, 1984), tv-skärmar som visar bilder på naturen (Tse et al., 2002) och en väggmålning kan minska smärta (Diette et al.2003).

När det gäller födelseplatsens utformning, beskrivs karaktäristika i förlossningsrummet respektive en alternativ födelseplats på sjukhus i en svensk studie av Tingstig et al. (2012). I det traditionella förlossningsrummet var den medicinska teknologin synlig. Det fanns en säng, en stol för partnern och inget angränsande badrum. Medan det i den modifierade sjukhusbundna ABC-enheten var den medicinska teknologin gömd i inredningen, miljön var hemlik, två sängar för kvinnan och partnern eller den medföljande och ett angränsande badrum. Studien handlade om kvinnors och mäns nöjdhet med en modifierad form av

sjukhusbunden ABC-enhet och resultaten utgår ifrån en enkät som skickats hem. När kvinnorna utvärderade atmosfären och miljön där barnet föddes upplevdes rummet väldigt lugnt, trivsamt och personligt.

Kvinnors intresse av att föda hemma eller på en sjukhusbunden ABC-enhet i Sverige utvärderades i en artikel av Hildingsson et al. (2003) för att få kunskap om det fanns ett intresse för alternativ inom förlossningsvården. Kvinnorna tillfrågades om sitt intresse för två alternativa förlossningsval; en sjukhusbunden ABC-enhet och hemförlossning. Drygt 2500 kvinnor svarade. I resultatet framkom att en procent av kvinnorna skulle överväga hemförlossning och åtta procent hade intresse av en sjukhusbunden ABC-enhet om möjlighet fanns. Eftersom kvinnorna kunde visa intresse för båda förlossningsvalen är det okänt hur stor andel som inte var intresserade av något av dessa alternativ (Hildingsson et al. 2003).

I en öppen fråga i en svensk enkätstudie beskrev 735 kvinnor sina planerade hemförlossningar. De flesta kvinnorna nämnde att den ostörda plats de hade skapat var viktig för att de skulle kunna fortsätta i förlossningsprocessen. Frånvaron av rädsla och utanförskap var en stärkande (empowering) känsla för dem. Kvinnorna upplevde frid och lugn och de kände sig säkra i att veta att de kontrollerade vem som fick tillträde till denna plats. Kvinnorna hade ofta olika idéer om var de ville föda barn och där det faktiskt hände. Det var då viktigt för de som bistod kvinnan att följa henne och göra platsen hon valt bekväm och trivsamt (Lindgren & Erlandsson, 2010).

Sjöbloms (2014) avhandling utifrån kvinnors och barnmorskors perspektiv handlar om planerade hemförlossningar i Norden. En del i avhandlingen handlar om 12 kvinnors upplevelse av att föda hemma. I resultatet framkom att kvinnorna kände stor tilltro till sin kropp och sin möjlighet att föda, samt att kunna fokusera på födandet utan störmoment. Kvinnorna kände sig hemma, då hemmet är en trygg plats, dit barnmorskan kom som gäst och visade respekt i en miljö som inte var steril eller okänd för de gravida kvinnorna.

Anledningen till att vissa kvinnor i USA valde att föda i hemmet undersöktes i en studie med 160 kvinnor som fött hemma (Boucher et al. 2009). Vissa av kvinnorna (24 %) ansåg att hemmet var den säkraste platsen att föda barn på. Lika många kvinnor svarade att de ville

undvika medicinska interventioner, rutinprocedurer och de störningsmoment som är vanliga på sjukhus. Några kvinnor hade dåliga förlossningsupplevelser och andra uppger att de ville ha kontroll över sina förlossningsupplevelser. Flera kvinnor angav att de prioriterade att föda sitt barn på en plats som var bekväm, fridfull, lugn, kärleksfull och familjär.

I en annan studie från USA intervjuades 20 kvinnor via fokusgruppsintervjuer om sina upplevelser av hemförlossning efter en sjukhusförlossning. Det framkom att det var viktigt för kvinnorna att ha val relaterade till födelseplatsen. Vid kvinnornas första förlossning upplevde de att sjukhusförlossning var deras enda val då de inte fått information om andra alternativ såsom hemförlossning eller förlossningscentra. Frånvaro av valmöjlighet resulterade i en efterföljande saknad av autonomi och empowerment. Önskan om att få göra faktiska val och en längtan efter att skapa en stärkande erfarenhet efter en sjukhusförlossning verkade skapa motivation hos vissa kvinnor att välja hemförlossning. Att kunna föda på en utvald plats i hemmet skapade en fridfull och lugn miljö. Kvinnorna kände sig lättade över att stanna hemma och upplevde det förvånande bekvämt och behagligt att få vara i hemmet. Bekvämligheten kvinnor fick i hemmet gav dem en känsla av empowerment (Bernhard et al. 2014).

I en studie av Douglas och Douglas, (2005) undersöktes patienters uppfattning om hälsovårdande miljöer på ett sjukhus i Manchester, främst intervjuades patienter som fick kirurgisk eller medicinsk vård, endast 0,5 % fick förlossnings- samt BB-vård. I resultatet kom det fram förslag på förbättringar som önskades. Dessa var bland annat kontrollerbart ljus för en naturlig och hemlik miljö, avskildhet för patienternas värdighet, att själv kunna ändra temperaturen i rummet för bekvämlighet och avslappning. Men också tillträde till en naturlig omgivning vilket bland annat innefattade utsikt över naturen. Att ha en vy utanför fönstret eller kunna gå ut upplevdes positivt för sinnesstämningen samt att själv kunna göra en kopp te. Det var viktigt att få ha en känsla av självständighet. Det fanns en önskan om äganderätt och kontroll över rummet och att andra inte skulle gå in utan överenskommelse.

I en annan studie besvarades två enkäter, utförda år 2003 och 2005, gällande vad kvinnor önskar i förlossningsmiljön och vad som hindrar respektive främjar dem från att få den förlossningsupplevelse de vill ha. Flertalet av kvinnorna i studien födde barn på sjukhus

(82 %). De flesta av dem ansåg att den fysiska miljön kan påverka hur lätt eller svårt det är att föda barn. Det kvinnorna främst önskade sig under förlossningen var ett rent rum, att kunna stanna i samma rum under hela förlossningen samt plats att röra sig. Ytterligare önskemål var ett eget anslutande badrum med toalett och badkar/förlossningspool, en bekväm och justerbar säng och en bekväm säng för partnern. Kvinnorna ansåg att det var viktigt med en avslappnande och bekväm miljö för att främja förlossningen. De önskade även ett hemligt rum, tillgång till tv, musik och telefon, justerbart ljus, reglerbar temperatur, tillräckligt med kuddar, saccosäckar och mattor. De önskade möjlighet att koka en kopp te, stödjande inredning att luta sig mot i stående positioner, enskildhet där personer inte kom in i rummet oombdda, en fridfull miljö och ett fönster med utsikt. Förlossningsrummet upplevdes kliniskt snarare än att det hade en hemlik känsla. Att rummet upplevdes kliniskt eller att det fanns begränsade möjligheter att röra sig på upplevdes hindra kvinnorna från att ha den förlossning de ville (Singh & Newburn, 2006).

En förlossningsplats som ansågs främjande för flertalet av 16 kvinnor i Western Australia var att använda det så kallade "Snoezelen room" ett rum på ett sjukhus med olika former av sensorisk stimulans, såsom syn-, känsel-, lukt- och hörselintryck. Rummet, som var dekorerat med mjuka jordiga färger, med en tydlig koppling till naturen, hade polerade golvbrädor, pläddar, olika former av mjuka möbler och fanns på en förlossningsavdelning. Det fanns också en installation som visade mönster på en vägg, fiberoptiskt ljus, justerbart ljus, avslappnande musik samt ett akvarium med färgglada fiskar (Hauck et al. 2008).

Rummet medförde att kvinnorna upplevde sig mentalt eller fysiskt underhållna, att de hade valmöjlighet bland olika möbler som främjade bekvämlighet och bland olika funktioner. Men också att aktiviteterna sysselsatte och distraherade dem vilket fick dem att fokusera på annat än sin egna fysiska situation och komma in i ett mer avslappnat tillstånd. Rörelsefriheten i rummet noterades, även om rummet var lika stort som andra rum. Sängens position i ett traditionellt förlossningsrum sågs som något som hindrade frihet att röra sig. I snoezelenrummet upplevde kvinnan ett ökat lugn, kände mer avskildhet, att hennes integritet kunde bevaras så att hon inte kände sig hämmad. Kvinnorna uppskattade att ha kontroll över miljön under förlossningen. En skylt sattes upp på dörren för att markera att rummet användes. Kvinnorna upplevde att färre personer gick in och ut ur rummet, vilket skedde när de kom åter

till det traditionella förlossningsrummet när förlossningen närmade sig slutet. Kvinnorna upplevde säkerhet i en icke-klinisk atmosfär. Vissa kvinnor ville ha en medicinsk omgivning eftersom det symboliserade säkerhet, men ville vara i snoezelen-rummet en kortare stund ändå, medan andra också ville föda på sjukhus, men inte uppskattade den sterila miljön på förlossningsrummet. Rummet gav en tyst, privat avskildhet som kvinnorna uppskattade (Hauck et al. 2008).

I Nya Zeeland gjordes en mixad studie, dels med åtta fokusgrupper med totalt 37 deltagare och dels skickades 571 enkäter ut, för att beskriva och undersöka vad som påverkade kvinnors val av födelseplats. Kvinnorna hade antingen fött barn på sjukhus eller på en fristående barnmorskeledd enhet. Bland de kvinnor som födde på sjukhus var anledningen att det fanns möjlighet till specialistvård, säkerhet, möjligheten till medicinsk smärtlindring såsom epidural samt att de ville undvika överflyttning till sjukhus. I kontrast uppgav kvinnor som födde på en fristående barnmorskeledd enhet att de valt den enheten eftersom den var nära hemmet och gav en känsla av lugn. Andra orsaker var att kvinnorna ville undvika sjukhusmiljön och ville ha en naturlig förlossning. Kvinnorna som valde en fristående barnmorskeledd enhet talade också om säkerheten men då i att undvika onödiga interventioner (Grigg et al. 2014).

En engelsk studie utvärderade inredning och miljö på nio olika förlossningsavdelningar och inredningens och miljöns inverkan. Både traditionella förlossningsavdelningar och barnmorskeledda enheter studerades. 559 kvinnor svarade på en enkätundersökning. I det traditionella förlossningsrummet framkom att kvinnorna uppskattade ett rymligt, bekvämt rum med eget badrum och en säng för partnern men upplevde att de rum de hade erfarenhet av var opersonliga, tekniska och målade med ett institutionellt färgval. Kvinnor som födde på den barnmorskeledda enheten upplevde att förlossningsrummet var avslappnande, välkomnande, tyst, lugnt, hade en mjuk belysning och var icke-institutionellt. Ett rum på en barnmorskeledd enhet som hade ett helhöjdsfönster som vette mot en trädgård upplevdes lika stort som ett större rum på den traditionella förlossningsavdelningen (Symon et al, 2008).

En australiensisk studie undersökte hur platsen för födandet påverkar kvinnor. Studien utfördes på ett större förlossningssjukhus och ett forskningscenter för barnmorskor. Studien bestod av en enkät samt av intervjuer med tio kvinnor och två barnmorskor. I resultatet

framförde kvinnor såväl som barnmorskor att de upplevde att förlossningsmiljön var en främmande plats vilket påverkade kvinnornas upplevelse. Den högteknologiska designen i förlossningsrummen stressade och oroade kvinnorna. En del kvinnor kommenterade att de kände tillförsikt av att veta att resurser som återupplivningsapparat, operationssal och neonatalvård fanns att tillgå, men de ville inte att resurserna skulle vara synliga då de antydde att det fanns en risk för fara. En kvinna uppgav dock att hon kände sig lugn av den medicinska karaktären av förlossningsrummet och att apparaturen fick henne att känna sig lugn. Orden klinisk och steril kom upp frekvent vid alla intervjutillfällen och flertalet kvinnor upplevde att den sterila miljön skapade en opersonlig och skrämmande närvaro. Kvinnorna och barnmorskorna upplevde att rummen var vita och hade ett starkt ljus vilket skapade känslor av rädsla och oro hos flera kvinnor. Det vita förlossningsrummet uppfattades negativt och att det var motsatsen till ett säkert, varmt, bekvämt och mjukt förlossningsrum. Även barnmorskor upplevde att estetiken bidrog till oro och rädsla. En kvinna uttryckte att hon inte brydde sig om att rummet var väldigt ljust och såg ut som ett sjukhus, utan var glad över att det var rent och hade den rätta apparaturen. Att ha andra alternativ än sängen samt att ha möjlighet att bada var viktigt. Att ha tillgänglighet till och val av olika stödjande hjälpmedel såsom ett tillgängligt badrum, förlossningspall och pilatesboll upplevdes meningsfullt för kvinnorna (Sheehy et al 2011).

Barnmorskors syn på platsen för födandet

Även om denna magisteruppsats fokuserar på födande kvinnors upplevelser av förlossningsrummet, är det av intresse att få de professionellas, barnmorskors, upplevelser av platsen där förlossning sker. Detta då förlossningsrummet också är deras arbetsplats.

I en australiensisk studie av Hammond et al. (2014) som fokuserar på barnmorskors perspektiv på arkitektur, apparatur, samt estetiska aspekter av design i förlossningsrummet framkom att de åtta barnmorskor som intervjuades påverkades starkt av förlossningsplatsen. Rummen ansågs vara fulla med saker och att sängens position i mitten av rummet var en bidragande faktor till att rummet inte blev flexibelt. Badrummen ansågs svåra att arbeta i och mer ergonomiska badkar önskades både för kvinnan och för barnmorskorna. Det fanns behov av förvaringsutrymmen för utrustning och kvinnans tillhörigheter. Barnmorskorna upplevde

att rummen var obekväma och sterila, detta ledde till att de tillbringade mindre tid i förlossningsrummet. Barnmorskorna ville frambringa en stämning i ett kliniskt rum med lugnande och rogivande jordfärger, justerbara ljus och temperatur, hemtrevnad, utsikt och dekorativa inslag, vilket skulle kunna bidra till en rogivande miljö. De önskade rum med frisk luft, naturligt ljus och att säkerhetsutrustningen skulle vara dold och bara komma fram när den behövdes. Utfällbara sittplatser från väggen i badrummet skulle göra att barnmorskan kunde sitta med kvinnan i badrummet. (Hammond et al. 2014).

I en amerikansk studie intervjuades 14 barnmorskor och fyra kvinnor om barnmorskornas yrkesutövning respektive kvinnornas vårderfarenhet. Barnmorskorna uttryckte att de försökte skapa en miljö där kvinnans önskemål tillgodosågs, där kvinnan hölls trygg under förlossningen och där normaliteten bevarades. För barnmorskorna innebar det att ha en medvetenhet om kvinnans kontext och vårdmiljö och skapa en plats där kvinnans psykiska, fysiska och känslomässiga behov kunde mötas. Den fysiska miljön kunde anpassas genom att dämpa ljuset och ta bort medicinsk utrustning från kvinnans blickfält (Kennedy et al. 2004).

I en studie från 2016 intervjuades totalt 12 barnmorskor från Australien och Storbritannien. Barnmorskorna assisterade kvinnor vid förlossning i hemmet, på barnmorskeledda förlossningscentra eller på en traditionell förlossningsavdelning. Barnmorskorna ansåg att atmosfären var viktig för de fysiologiska och känslomässiga aspekterna av barnafödande och barnmorskorna arbetade hårt med att skapa en atmosfär som var privat och ingav lugn och ro. Olika faktorer som ansågs var viktiga för att skapa stämning var: justerbart ljus, avskildhet, samt en hemlik snarare än en klinisk karaktär. Förlossning i hemmet, men också till viss del på förlossningscentra, präglades av en hemlik karaktär medan det traditionella förlossningsrummet ofta behövde justeras för att minska eller dölja den kliniska karaktären genom att de sänkte sängen och dämpade ljuset. Barnmorskorna uttryckte att utrustningen i rummet såg medicinsk ut och påpekade att all teknisk utrustning kunde få kvinnor att känna att förlossningen kunde bli komplicerad. Barnmorskorna menade att förlossningsrummen på förlossningsavdelningarna kunde göras mer lika förlossningscentra genom att ha justerbara ljus för att skapa en rogivande stämning, flytta förlossningssängen och att ha mattor på golvet. I det traditionella förlossningsrummet upplevde barnmorskorna att vårdpersonalen störde stämningen genom att de oömbdda kom in i rummet i ärenden som inte gällde kvinnan,

likaså upplevde kvinnorna att förlossningsrummet inte var 'deras' plats. Barnmorskorna fick spendera mycket tid med att skydda kvinnans plats, att skapa en plats och en stämning som är förlossningsfrämjande beskrev de som en viktig del i barnmorskans yrke (Davies et al. 2016).

Teoretisk referensram

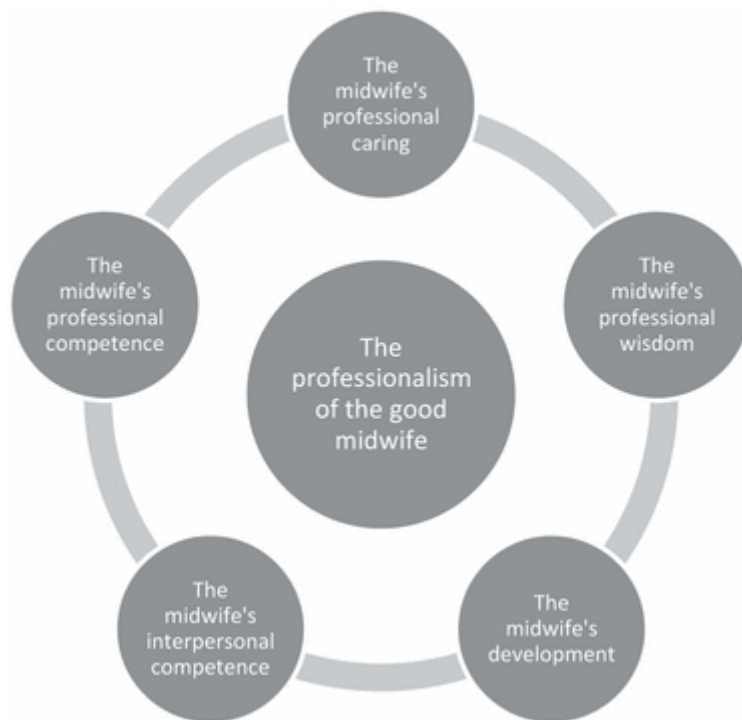
Empowerment

Det engelska ordet empowerment motsvaras av svenskans egenmakt och syftar till att individen skall känna makt över sin situation och närmiljö (Elgán & Fridlund, 2009). Ordet empowerment har sitt ursprung i begreppet power, vilket innebär styrka, makt och kraft. Empowerment för tankarna till självtillit, delaktighet, egenkontroll och samarbete. Inom hälso- och sjukvården skulle begreppet empowerment kunna översättas med ordet stärkande (Askheim & Starrin, 2007).

En förlossning kan vara stärkande för en kvinna och platsen där hon föder kan medverka till stärkandet. Födslplatsen kan således vara viktig. Eftersom kvinnor främst föder barn på ett förlossningsrum på sjukhus kan utformningen av denna plats ha betydelse för kvinnans upplevelse.

En främmande plats att föda på kan påverka kvinnans upplevelse av förlossningen (Sheehy et al. 2011). Vissa barnmorskor uppgav att de försökte skapa en plats som var förlossningsfrämjande för kvinnan att föda på (Davies et al. 2016; Igarashi et al. 2014). Brist på valmöjlighet av plats att föda sitt barn på kan resultera i en saknad av autonomi och empowerment. En kvinna kan bli stärkt när hon känner sig bekväm i sitt eget val av födslplats. Att ha en relation till sin barnmorska, kan skapa en positiv förlossningsupplevelse. När kvinnan upplevde att hon togs om hand av barnmorskan var det enklare att lita på förlossningsprocessen (Bernhard et al. 2014). Val av födslplats skulle således kunna stärka en kvinna under hennes förlossning.

Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) har utvecklat en teori som belyser stärkande (empowerment) av barnafödande kvinnor, i vilken barnmorskans professionalism är central.



Figur 1 (Halldorsdottir och Karlsdottir, 2011, Figur 1).

Teorins huvudbegrepp innefattar bland annat stärkandet av den barnafödande kvinnan, vilket enligt Halldorsdottir och Karlsdottir innebär att stärkandet minskar kvinnans utsatthet och sårbarhet. Däremot ökar kvinnans välbefinnande, förstärks hennes 'röst' i situationen och hennes känsla av kontroll över processen. Stärkandet gör det möjligt för kvinnan att stärka sig själv och på så sätt bättre hantera den situation, som den barnafödande processen innebär.

Halldorsdottir och Karlsdottirs (2011) teori består av fem huvudsakliga faktorer (figur 1). Den första faktorn handlar om att kvinnan skall ges professionell vård. Den professionella vården innefattar att kvinnan ges känslomässigt, fysiskt och mentalt stöd. Vidare ges kvinnan upppassning, närvaro, respekt och stöd i att vara självbestämmande. Enligt den andra faktorn får kvinnan del av barnmorskans professionella visdom genom att en fridfull, trivsamt och behaglig födelseplats skapas för kvinnan. Genom den tredje faktorn, den professionella kompetensen ges kvinnan en trygg plats att föda på där kvinnan och hennes familj stärks. Den fjärde faktorn; mellanmänsklig kompetens medför att kvinnan får en stärkande (empowering) kommunikation, utvecklar ett partnerskap och knyter an med barnmorskan. Kvinnans känsla av kontroll på födelseplatsen bevaras under hela den barnafödande processen. Den femte och

sista faktorn handlar om barnmorskans personliga och professionella utveckling, då barnmorskan utvecklar den egna kunskapen och de egna färdigheterna.

Halldorsdottir och Karlsdottirs teori kan kopplas till platsen för födandet, genom att förlossningsrummets utformning, oavsett var rummet är, skulle kunna stödja barnmorskan i arbetet med att stärka kvinnan.

Problemformulering

Forskning om vårdmiljöer där förlossning äger rum är otillräcklig men det som framkommit är att det finns önskemål om en annan utformning av förlossningsrummet på sjukhus.

Förlossningsrummet är den plats kvinnor vistas mest i under sitt värkarbete och strax efter förlossningen av barnet vid förlossning på sjukhus. Forskning i Sverige om hur kvinnor som inte talar svenska men har fött barn och bor i Sverige upplever förlossningsrummets miljö, har inte gått att finna i tidigare publicerad forskning. Att en person inte kan kommunicera med intervjuaren utan tolk kan förekomma som exklusionskriterier i studier (Sjöblom et al. 2006; Berg et al. 1996; Bernhard et al. 2014). Detta kan innebära att personer som inte talar landets språk är underrepresenterade i studier. Detta examensarbete är ett av två examensarbeten på magisternivå som beskriver upplevelser av förlossningsrummet. Denna uppsats inriktar sig på icke svensktalande kvinnor och den andra inriktar sig på svensktalande kvinnor.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva hur icke svensktalande kvinnor, som fött barn i Sverige, upplevde förlossningsrummet samt deras synpunkter på vad som skall finnas i ett idealt förlossningsrum.

Frågeställningar

- Hur upplevde du förlossningsrummet?
- Vad var bra med förlossningsrummet?
- Fanns det något i rummet som hindrade dig i ditt födande? (att skapa en egen plats, känna trygghet, att röra sig fritt)
- Om vi skulle skapa ett förlossningsrum: hur skulle du då vilja att det såg ut? Hade för inredning osv. Motivera ditt förslag.

Metod

Studien utfördes med en kvalitativ ansats där data samlades in genom intervjuer vilka analyserades med innehållsanalys. En kvalitativ metod valdes då syftet var att undersöka kvinnors upplevelser av förlossningsrummet. Eftersom större mängder text skulle analyseras valdes innehållsanalys för att strukturera data. Då det saknades kunskap inom ämnet valdes en induktiv ansats.

Kvalitativ innehållsanalys är en metod som används för att beskriva och analysera större mängder data, skriven text och dokument i ett studerat fenomen (Elo & Kyngäs, 2008; Henricson, 2012).

Urval

Kvinnorna rekryterades genom att kontakt togs med verksamhetsansvariga på mötesplatsen Mammaforum i Bergsjön. Mammaforum är en verksamhet som drivs inom den ideella föreningen Födelsehuset. Mammaforum är en mötesplats för gravida, nyblivna föräldrar och deras barn, där kvinnorna genom kulturtolksdoulor kan erbjuda stöd till icke svensktalande kvinnor under graviditet, förlossning och efter förlossningen. Kulturtolksdoulan är en stödperson med kulturkompetens från sitt hemland och från Sverige och har kunskap om den svenska förlossningsvården, hon ger stöd på kvinnans hemspråk, hjälper till med

kommunikationen mellan den födande kvinnan och personalen och hon är en person som kvinnan lärt känna innan förlossningen. Detta för att övervinna språkliga och kulturella svårigheter vid barnafödande samt för att ge möjligheter till en jämlik vård. Födelsehuset är en ideell förening som arbetar för större valfrihet, kontinuitet och en mänskligare atmosfär inom förlossningsvården (Mammaforum, 2016; Födelsehuset, 2016c; Doula & kulturtolk, 2016).

Efter tidsöverenskommelse besöktes forumet och en av de verksamhetsansvariga samt fyra kulturtolksdoulor som alla fick information om studien och dess inklusionskriterier.

Inklusionskriterier var att kvinnorna inte kunde tala svenska språket och hade fött barn spontant vaginalt, instrumentellt vaginalt eller via akut kejsarsnitt på en förlossningsavdelning i Sverige någon gång de senaste 12 månaderna. Kvinnor som fött barn med planerade kejsarsnitt exkluderades.

På grund av studiens tidsbegränsning och begränsade möjligheter att kontakta kvinnor, fanns en önskan om att kunna använda Mammaforums kulturtolksdoulor för att tillfråga och identifiera kvinnor för studien. Kontakt togs per e-mail samt brev till Födelsehusets styrelse för att ansöka om både tillstånd att intervjua kvinnor och använda Mammaforumets kulturtolksdoulor som tolkar. Förfrågan och godkännande från Födelsehusets styrelse accepterades muntligt och skriftligt (bilaga 3). Basdata, (bilaga 1) forskningspersoninformation (bilaga 2) samt frågeguide godkändes av handledaren samt verksamhetsansvariga på Mammaforum.

Avsikten var att få en rik variation av erfarenheter, i detta fall att kunna välja kvinnor från så många olika språkområden som möjligt inom ramen för magisteruppsatsen. De fyra kulturtolksdoulorna tog efter vårt möte kontakt med ett antal kvinnor som uppfyllde inklusionskriterierna via telefon.

Intervjuer bokades därefter in med kvinnorna via kulturtolksdoulorna och ägde rum under en vecka i november 2016 och utfördes i olika lokaler på de två verksamheterna på Mammaforum i Bergsjön samt i Gårdsten. Lokalerna valdes utifrån kvinnornas önskemål.

Tabell 1 Information om kvinnorna

Utbildning	Förlossnings-sätt	Timmar i förlossnings-rummet	Personer närvarande i förlossnings-rummet	Var personen/ personerna med under hela eller delar av förlossningen
Eftergymnasial: 16 år	Vaginalt spontant	1.75	Partner	Hela
Gymnasieskola (12 år)	Vaginalt spontant	15	Partner, kulturtolksdoula	Hela
10 år + 6 mån i Sverige	Vaginalt spontant	4.5	Kulturtolksdoula	Hela
5 år, (ej avslutad, del av grundskola)	Vaginalt spontant	1.67	Ensam	Hela
16 år + 1 år i Sverige	Vaginalt spontant	8	Partner	Hela
Grundskola: 6år	Vaginalt spontant	16	Partner, kulturtolksdoula	Hela
12 år	Akut kejsarsnitt	2	Partner	Hela
Grundskola: 6 år	Vaginalt spontant	33	Partner, kulturtolksdoula	Partner delar, kulturtolksdoula hela
14 år	Akut kejsarsnitt	36	Partner, kulturtolksdoula	Hela
9 år	Vaginalt spontant säte	9	Partner, kulturtolksdoula	Hela

Datinsamling - intervjuer

Det finns olika former av intervjuer och enligt Henricson (2012) är den vanligaste en semistrukturerad intervju - en intervju, med en viss struktur som kan innehålla flera öppna frågor i en frågeguide. Denna form av intervju är flexibel, frågorna behöver inte tas i samma ordning utan följs efter det som kommer upp i intervjun. Det är också möjligt med denna intervjuform att fokusera på det viktigaste vid tidsbegränsade intervjuer (Henricson, 2012).

Med termen gruppintervju menas enligt Trost (2010) att flera informanter blir intervjuade samtidigt. Fördelar med gruppintervjuer kan vara att intervjuformen ger möjlighet till interaktion i gruppen, som kan leda till större insikt om egna åsikter och motiv hos individen.

Grupprocesserna kan innebära att informanterna får möjlighet att bygga vidare på varandras idéer. Gruppintervju kan således passa bra för att få fram informanters erfarenheter. Nackdelarna med gruppintervjuer kan vara att mer dominant informanter dominerar samtalet och att de blyga inte kommer till tals (Trost 2010).

Innan en intervju startar skall informanterna ha fått information om att det som sägs i rummet av andra gruppmedlemmar inte får spridas vidare (Henricson, 2012). I inledningskedet av intervjun presenterade intervjuaren sig och förklarade syftet med studien, dess längd samt övriga praktikaliteter. Personerna i rummet fick information om att inte sprida det som uppkom under intervjuerna. Forskningspersonsinformation (bilaga 2) lästes upp och kulturtolksdoulorna tolkade dokumentet för kvinnorna. Samtliga tillfrågade kvinnor godkände skriftligen och muntligen sin medverkan i studien. När underskrivna samtyckesformulär erhöles från kvinnorna och basdata antecknats av ansvarig för studien startade datainsamlingen. Stödord antecknades i samband med varje intervju. Detta, enligt Eriksson-Zetterquist och Ahre (2011) för att kunna ställa följdfrågor i intervjun.

Totalt utfördes sex intervjuer där två kvinnor intervjuades individuellt och åtta intervjuades via fyra gruppintervjuer med två kvinnor i varje grupp. Tiden från förlossningen till att intervjuer utfördes var mellan en och elva månader (median drygt 5 månader).

Kulturtolksdoulorna har fungerat som tolkar för att möjliggöra intervjuerna med kvinnorna. Intervjuerna varade mellan 43 minuter och 52 minuter.

Intervjuer baserades på en frågeguide med semistrukturerade frågor. Dessa beskrivs i bilaga 4. Inledningsvis berättade intervjuaren att intresset var att ta del av respektive kvinnas upplevelse av förlossningsrummet i samband med värkarbete och förlossning. Följdfrågor till respektive fråga ställdes för att förstå och få ut mer information.

De tio intervjuade kvinnorna var mellan 23 och 36 år gamla (medianålder 30,5 år). De talade något av följande språk; arabiska (N=4), turkiska (N=2), somaliska (N=2) samt polska (N=2) och kom från följande sex olika länder; Marocko, Syrien, Irak, Azerbajdzjan, Somalia samt Polen. Kvinnorna hade gått i skolan mellan fem och 16 år (median 11 år) och hade fött mellan ett och fyra barn (median 2 barn).

Mediangraviditetslängden för kvinnornas graviditet var 40 veckor (39 till 41). Åtta av kvinnorna hade fött vaginalt spontant, varav en hade haft en sätesförlossning och två födde barnet genom akut kejsarsnitt. Den sammanlagda tiden som kvinnorna hade vistats i förlossningsrummet var mellan knappt två timmar till 36 timmar. Mediantiden var åtta och en halv timme (spridning 1,67–36,0 timmar). Nio av de tio kvinnorna var gifta, en var ensamstående.

Nio av de tio kvinnorna hade åtminstone en stödjande person närvarande i förlossningsrummet under hela förlossningen. Sju kvinnor hade en partner med sig i rummet under hela förlossningen, en kvinna hade en partner med sig under delar av sin förlossning. Sex kvinnor av tio hade en kulturtolksdoula med sig hela tiden under förlossningen. Fem av kvinnorna hade både partner och kulturtolksdoula, en av dessa fem kvinnor hade sin partner med sig i rummet under delar av sin förlossning. En kvinna hade bara en kulturtolksdoula med under sin förlossning. Av de återstående fyra kvinnor som inte hade rekryterats av den kulturtolksdoula de haft med sig under sin förlossning, var två kvinnor väninnor till dessa. Resterande två kvinnor var antingen besökande på Mammaforum eller väninnor till kvinnorna. Antalet kvinnor som tillfrågats om intervju är oklart, men två av fyra kulturtolksdoulor uppger att de endast kontaktat de två kvinnor vardera som tackade ja till att delta.

Dataanalys

Intervjuerna har analyserats med kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats, enligt metod beskriven av Elo & Kyngäs (2008). Innehållsanalys är en metod som kan användas med antingen kvalitativ eller kvantitativ data, deduktivt eller induktivt, beroende på studiens syfte. Kvalitativ innehållsanalys är en metod som används för att analysera (Elo & Kyngäs, 2008) större mängder data (Henricson, 2012) skriven text och dokument samt för att beskriva ett fenomen (Elo & Kyngäs, 2008). Om det saknas eller inte finns så mycket tidigare kunskap om ämnet, rekommenderas en induktiv metod (Elo & Kyngäs 2008; Hsieh & Shannon 2005) Den deduktiva innehållsanalysen däremot, används när syftet är att testa en teori. Det

manifesta innehållet innebär att ange vad som sägs eller står i texten, medan det latenta innehållet innebär att till exempel tystnad och skratt noteras (Elo & Kyngäs, 2008).

Enligt Elo och Kyngäs (2008) ska analysen börja med att analysenhet väljs, hela intervjuer anses vara lämpliga analysenheter. Därefter läses texten flera gånger för att lära känna innehållet. När en induktiv innehållsanalys valts är nästa steg att anteckningar och rubriker skrivs i marginalen. Texten läses igenom igen och så många anteckningar som är nödvändiga skrivs i marginalen för att beskriva alla sidor av innehållet. Anteckningarna samlas från marginalen till kodningsblad, detta kallas öppen kodning. Data indelas sedan i specifika grupper för att kunna beskriva fenomenet, dvs. kategorier skapas. Varje kategori namnges genom att använda innehållskaraktäristiska ord. Underkategorier med liknande innehåll grupperas samman i kategorier. Resultatet består av en beskrivning av kategoriernas innehåll och underkategorier.

Tillförlitlighet innefattar bland annat hur väl kategorierna täcker data. Analysprocessen beskrivs så detaljerat som möjligt när resultatet redovisas. Bilagor och tabeller kan med fördel användas för att visa samband mellan data och resultat. En tydlig beskrivning av urval, informanter, datainsamling och analysprocessen görs för att påvisa tillförlitlighet av fynd och tolkningar samt för att göra det möjligt för någon annan att följa undersökningens tillvägagångssätt. Citat kan användas för att öka trovärdigheten och för att tillgängliggöra originaldata för läsaren. Informanterna ska dock inte gå att identifiera utifrån citaten (Elo & Kyngäs 2008).

Då frågor och upplägg av intervjun kan behöva testas innan fler informanter intervjuas, kan en provintervju göras för att intervjuaren skall komma in i rollen som intervjuare, och för att testa om frågorna och tidsplaneringen håller (Henricson, 2012). En provgruppsintervju utfördes först och då denna godkändes av handledaren togs den med i arbetet. Enligt Trost (2010) bör det material som finns tillgängligt, också användas.

Följande steg genomfördes i analysen. Först transkriberades ljudfilerna ordagrant. Varje kvinna fick ett ID-nummer (intervjuperson 1 = IP 1). Därefter skrevs de transkriberade intervjuerna ut i pappersform. Intervjutexterna genomlästes flera gånger för att få en känsla

för textens innehåll och för att få ett helhetsperspektiv på materialet. Därefter skrevs anteckningar och rubriker i marginalen (öppen kodning) när textinnehållet svarade på syftet. Texten genomlästes därefter igen. Citat, rubriker och anteckningar sattes därefter in i en tabell (kodningsblad). Därefter grupperades liknande innehåll (anteckningar) i grupper som beskrev fenomenet. Dessa grupper bildade sedan underkategorier som i sin tur bildade kategorier.

Forskningsetiska överväganden

Kvinnorna informerades innan intervjuerna startade om att inte delge varandras utsagor utanför rummet. Det finns dock alltid en risk för att information läcker ut till obehöriga (Trost, 2010). Nyttan med studien ansågs dock vara större, då kvinnorna fått en möjlighet att återberätta sina tankar och känslor kring förlossningsrummet.

Födelsehusets styrelse godkände skriftligen denna studies syfte och genomförande, det vill säga att val av kvinnor skedde genom födelsehusets kontaktlistor, samt att projektet fick använda födelsehusets kulturdoulor som tolkar (bilaga 3). Kvinnorna som deltog i studien fick information om syftet med studien samt att informationen de delgav endast skulle användas i forskningssyfte (informationskravet). Dock har inte kvinnorna fått skriftlig information på sina respektive språk. Kvinnorna informerades om att de själva hade rätt att bestämma om de ville medverka eller inte. Samtycke inhämtades innan studien påbörjades (bilaga 2).

Information gavs om att kvinnorna närsomhelst kunde avbryta sitt deltagande, utan att behöva ange varför och att det inte skulle innebära någon negativ påföljd (samtyckeskravet).

Informationen från kvinnorna som deltog i studien förvarades så att obehöriga inte skulle kunna få tillgång till den (konfidentialitetskravet) (Vetenskapsrådet, 2002).

Resultat

Analysen av de icke svensktalande kvinnornas upplevelser av förlossningsrummet gav aspekter som sorterades in i 14 underkategorier som bildade tre kategorier. Dessa underkategorier och kategorier beskrivs översiktligt i tabell 2. Kategorierna blev

Byggnadstekniska aspekter, Inredningsaspekter samt Inomhusmiljö. Resultatet exemplifieras av anteckningar som validerar textinnehållet. Anteckningar återges istället för exakt citat, då kulturtolksdoulor tolkat för kvinnorna. Underkategorierna har inte några exakta fasta gränser utan kan överlappa flera kategorier. Kvinnorna har benämnts som intervjuperson 1 till 10 (IP 1-10) för att ge exempel utifrån resultatet.

Tabell 2 – Resultatets kategorier och underkategorier

Kategori	Underkategori
Byggnadstekniska aspekter	Badrum Balkong Golv Kök och husgeråd Fönster Utrymme
Inredningsaspekter	Väggdekorationer Musik och TV Växter Möbler Avskärmning
Inomhusmiljö	Renlighet och lukt Belysning Temperatur

Byggnadstekniska aspekter

Intervjuerna visar på olika aspekter som framträdde i resultatet. I byggnadstekniska aspekter ingick relativt permanenta delar såsom badrum, balkong, golv, kök samt husgeråd, fönster samt utrymme.

Badrum

Kvinnorna nämnde att de ville ha ett eget, angränsande badrum. De ville ha ett badkar eller en förlossningspool i badrummet alternativt inne i förlossningsrummet. Några som fått tillgång till användandet av badkaren uttryckte att badet var något de upplevde som positivt under sin förlossning. Om det fanns ett angränsande badrum önskades det vara större än det var. Att spendera större delen av sin förlossning i ett badkar gav lugn och ro. Det uttrycktes

önskningar att få föda sitt barn i vatten och kvinnorna hade tankar om att förlossningen skulle gå lättare vid en vattenfödsel.

Om jag hade ett badkar i rummet skulle det varit mycket bättre, toalett och dusch saknades också. Jag skulle ha lagt mig i badet då. Jag har hört att det är många som fött barn i vatten, det skulle vara jättebra om jag kunde gjort det (IP 8).

Badkaret var viktigt i förlossningsrummet. Det fanns en önskan om att det skulle finnas ett större badkar än det standardbadkar som fanns. På ett sjukhus hade några förlossningsrum badkar och på ett annat sjukhus fanns det ett par badkar i separata rum i korridoren, som delades med andra kvinnor. De befintliga badkarens utformning gjorde det svårare att röra sig och att byta ställning. Ett större, mer ovalt eller runt badkar eller en förlossningspool önskades med möjlighet till bubbelbad, handtag och stöd under huvudet. Badet upplevdes som väldigt skönt och det önskades att alla kvinnor kunde få bada under sin förlossning.

Det skulle finnas badkar i alla förlossningsrum (IP 5).

Det upplevdes positivt när det fanns toalett i angränsning till förlossningsrummet. Det fanns också en önskan om att det skulle finnas en handdusch vid toalettstolen och att alla rum hade toalett och dusch som angränsade till förlossningsrummet men den möjligheten fanns inte för alla kvinnor.

*Jag hade inte duschrum i mitt rum, det var svårt att gå ut ur rummet, den delen var svår...
Toalett i rummet, man är svag och snurrig under förlossningen, det är svårt att gå ut ur rummet till en annan toalett (IP 8).*

Det ansågs positivt om det fanns ett badkar där det nyfödda barnet skulle kunna badas strax efter förlossningen.

Balkong

Det hade uppskattats om det fanns en balkong som angränsade till förlossningsrummet så att det fanns en möjlighet att gå ut under förlossningsarbetet.

Högst upp... om det var en balkong... skulle det vara jättebra, öppna dörren och gå ut till balkongen (IP 9).

Golv

Golvet nämndes också i förlossningsrummet. Det önskades att förlossningsrummet hade ett fint golv som var gjort av trämaterial.

Det skall vara ett fint trägolv (IP 3).

Kök samt husgeråd

Andra aspekter som kom fram var att kvinnorna ville ha ett litet eget kök i eller i angränsning till förlossningsrummet. I köket skulle det finnas ett litet kylskåp och det skulle finnas en möjlighet att själv göra en kopp kaffe eller te så att den medföljande till kvinnan inte skulle behöva lämna henne.

Ett litet kök där man kan ha ett kylskåp, jos apparat, dricka, göra kaffe och te, så att man inte behöver springa ut och hämta det (IP 9).

Om det fanns en möjlighet till ett litet kylskåp där medhavd mat kunde ställas in, att kunna värma mat i en mikrovågsugn samt ha tillgång till husgeråd som bestick och tallrikar i förlossningsrummet ansågs detta positivt.

En mikrovågsugn i förlossningsrummet, för att värma och kunna äta mat (IP 5).

Fönster

Kvinnorna uttryckte en önskan om fler och större fönster och möjlighet att titta ut genom fönstret. En fönstervy ingav trygghet och lugn.

Jag kunde se ut genom fönstret, det hjälpte mig, det gav lugn och trygghet (IP 7).

Utrymme

Utrymme innefattade möjlighet att röra sig fritt i rummet, att känna att rummet var tillräckligt stort och att kvinnornas tillhörigheter fick plats och att hjälpmedel inte tog över rummet.

De synpunkter kvinnorna hade om rumsytan var att de ville ha ett större och bredare förlossningsrum än det de vistats i under sin förlossning. Ibland fanns det inte plats för någon väska i förlossningsrummet.

Förlossningsrummet skulle vara stort och brett (IP 3).

Utrymmet i förlossningsrummet upplevdes olika av kvinnorna, troligtvis på grund av att förlossningsrummen både på de olika sjukhusen, men också inom samma förlossningsavdelning, var av olika storlek. Förlossningsrummet upplevdes således både som brett med utrymme att röra sig fritt, men även att rummet var för litet och rörelsefriheten upplevdes som hämmad. Stora hjälpmedel dominerade det mindre rummet.

Rummet var fyllt med massa saker, det var trångt, svårt att röra sig, andra saker tog plats, saccosäck och pilatesbollen var staplade på varandra (IP 8).

Inredningsaspekter

Inredningsaspekter omfattade mindre permanenta delar såsom synpunkter kring väggdekorationer, musik och TV, växter, möbler samt avskärmning.

Inredning som hade kunnat bidra till att kvinnorna kände sig som hemma, kände bekvämlighet, upplevde igenkännande och att rummet var mysigt nämndes som faktorer kvinnorna hade önskat sig av miljön i förlossningsrummet. Rummet upplevdes inte som något speciellt, en fin inredning hade kunnat bidra till en mer hemlik känsla.

Rummet var inte något speciellt, men jag önskar att jag hade en förlossning i ett rum med fin inredning: fåtölj, gardiner och belysning så att man känner sig hemma. Rummet var fint, om jag ska jämföra med mitt hemland... var det bra här (IP 8).

Inredning såsom fina gardiner och en bordslampa som matchade, som hade samma blommiga mönster upplevdes lugnande i förlossningsrummet:

Det var lugnande med matchande/samma blommiga gardiner och lampskärm, jag kände lugn i rummet (IP 7).

En kvinna uttryckte sina önskningar på följande sätt:

När man öppnar dörren till förlossningsrummet syns en soffa, ett bord, blommor, färgglada väggar och fint och bra ljus (IP 9).

Andra önskemål var en brasa som mysfaktor och igenkännande sedan barndomen. Det fanns önskemål om att förlossningsrummet skulle vara bekvämt för att kunna känna sig avslappnad som hemma. Det kom också upp motsatsen, att ett förlossningsrum skall vara just ett förlossningsrum och inget annat och därmed inte vara hemligt:

Förlossningsrummet ska vara lite annorlunda än hemma (IP 10).

Alla funktioner finns som behövs. Önskar inget annat, det är bara ett förlossningsrum, det ska vara så, jag var upptagen av förlossningsarbetet (IP 4).

Väggdekorationer

Synpunkter som kom fram under intervjuerna var önskemål om olika former av väggdekorationer såsom bildkonst, väggfärg, affirmationer samt speglar. Möjligheten att kunna titta på fin bildkonst, såsom tavlor, foto, bilder och fototapet skulle kunna bidra till glädje. Men också mer praktiska bilder som visade kvinnor i olika förlossningspositioner, såsom huksittande, ett ben på en stol och det andra i golvet eller sitta på en pilatesboll vilket kunde ses som ett praktiskt hjälpmedel att använda under förlossningsarbetet.

Bilder på väggarna med kvinnor i olika förlossningspositioner som man kan härma för att underlätta förlossningen (IP 5).

Det fanns också en önskan att det skulle finnas fina bilder på väggarna som föreställde glada barn som skrattade. Foton, tavlor eller målningar direkt på väggen av en nyfödd baby, kunde påminna kvinnorna om det kommande moderskapet.

..Saker som gäller bebisen också, som foto på bebisar, saker som tillhör bebisar som påminner att det kommer ett barn. Foto av en nyfödd bebis på väggen, så man påminns om att det kommer en baby efter dessa värkar... målningar eller direkt på väggarna (IP 9).

Tavlor på väggarna som föreställde gravida kvinnor som var i förlossningsarbete var motiv man kunde identifiera sig med.

En målad vägg med tavlor som föreställer en födande kvinna och en natur man känner igen (IP 3).

Önskvärt var också väggar dekorerade med kopplingar till naturen. En tapet med naturvy föreställande ett uterum med blommor, små stolar och ett litet bord, skulle ge kvinnorna en hemkänsla.

En vägg med tapetmönster med mycket blommor, ett bord och två stolar eller en tapet med blommor, fjärilar och natur, så känns det som om man går i en skog inne i rummet (IP 8).

En annan fototapet, en naturvy med småblommor i olika färger skulle ge känslan av att det var ett fönster i förlossningsrummet som vette ut mot en gård. Men också olika naturmotiv med en skog och djur ifrån olika delar av världen. Ytterligare en annan väggmålning skulle föreställa en kvinna som födde barn eller som ammade.

Naturtapet med skog, massor av olika färger, skog med olika träd, det skulle vara naturligt – att man känner sig välkommen när man kommer in i förlossningsrummet (IP 3).

Kvinnorna hade gärna sett att väggarna hade någon annan färg än vit. De önskade sig varma väggfärger, glada, fina färger, blommiga väggar och levande färger som gav energi.

Det finns ingen färg på väggarna (IP 9).

Affirmationer föreslogs kunna skrivas på olika språk, som exempelvis: ”Du kommer snart att bli mamma”. Om personalen skrivit affirmationer på kvinnornas eget språk skulle detta ge känslan av att personalen också brydde sig om kvinnor som inte talade svenska.

En helkroppsspegel önskades vara uppsatt på väggen där kvinnan skulle kunna se hela sin kropp innan och efter förlossningen.

Musik och TV

Musik i badrummet och i förlossningsrummet saknades. Det framkom att det spelades musik på toaletten i hemlandet. Att kunna lyssna till lugnande musik skulle kunna ge kvinnan avslappning i förlossningsarbetet. Det uppkom också önskemål om att det skulle finnas en TV inne i förlossningsrummet.

Musik saknas.. i hemlandet spelas musik på toaletten. Lugnande musik, det är avslappnande med lugnande musik i förlossningsrummet (IP 8).

Växter

Växter av olika slag saknades i förlossningsrummet. Antingen plastblommor eller levande blommor och växter i ett hörn i förlossningsrummet efterfrågades.

Jag hade tyckt om att det fanns levande blommor i rummet, växter, det hade varit finare (IP 6).

Möbler

Det fanns önskemål om möbler som skulle finnas på förlossningsrummet: sängbord, sminkbord, en bekväm, fin och mjuk fåtölj, en soffa eller säng så att partnern och eller medföljande kan sitta bredvid kvinnan eller vila/sova en stund. Men även en garderob/ ett skåp eller en byrå där även barnets kläder skulle kunna finnas. Ett litet bord och några stolar att sitta på för gemenskap och trivsel.

Om jag skulle skapa ett förlossningsrum skulle det innehålla mycket ljus, fönster, fina gardiner, och fin belysning. En bekväm fåtölj, ett bord, en väggtapet med naturvy, levande blommor och växter (IP 8).

Det uttrycktes att det saknades möbler i förlossningsrummet, fler möbler hade kunnat bidra till att kvinnorna kunde vara på en annan plats än i sängen hela tiden, med möjlighet till en upprätt position.

En fåtölj fanns till anhörig, önskar en bekväm fåtölj, det blir bättre med lite fler möbler, för kvinnan och medföljande, jag vill inte ligga i sängen hela tiden, önskar sitta i en annan form ... Två fåtöljer och ett bord, alla kan sitta tillsammans och ha kul under förlossningen (IP 8).

Soffa så att mannen kan sitta bredvid mig (IP 9).

Kvinnorna uppgav att de ville ha en större/bredare, bekvämare, mjukare och bättre säng.

En bredare säng, känns som att jag skall ramla när jag vänder mig, jag vill ha en bredare säng (IP 10).

En fin säng, jag tänker att det ska vara som hemma, man känner sig hemma, som i sitt sovrum, inte som ett förlossningsrum (IP 8).

Till sängen fanns en önskan om fina sängkläder, mjukare och tjockare kuddar i glada färger.

Fina färgglada sängkläder och kuddar (IP 1+2).

I de fall då det var fullt på BB och kvinnan fick stanna många timmar i förlossningsrummet kom det upp önskemål om att det skulle finnas en extrasäng i rummet och en sängplats till barnet.

När det inte finns tillgängliga BB platser behövs det finnas saker och en plats till bebisen på förlossningsrummet (IP 8).

Avskärmning

Avskärmning innehöll dels huruvida utrustning såsom instrument, förbrukningsmaterial, apparatur samt hjälpmedel skulle synas och dels att kunna hindra insyn i förlossningsrummet.

Instrument, såsom sax och sprutor låg synliga på ett rullbord strax innan kvinnan skulle föda. Eftersom ingen förklarar vad de skulle användas till skapade de en rädsla och det fanns en önskan om att inte behöva se dem.

Jag hade ingen aning om vad instrumenten skulle användas till, innan förlossningen, och varför de skulle användas. Jag önskade att jag aldrig hade sett dem... när jag såg att de kom in med sax och spruta strax före förlossningen så blev jag rädd....(IP 6).

Sax och sprutor...jag såg dem.. sakerna som låg där, jag såg dem, jag blev rädd, det vore bra om de täcktes så man inte kunde se dem (IP 10).

Det ansågs vara bra att det fanns förbrukningsmaterial som till exempel bindor nära tillhands men det kändes inte positivt att se dessa material i öppna skåp.

Det fanns flera skåp med bindor och annat material... kändes konstigt. Inte roligt att se dem. (IP 1).

För att slippa känslan av att ha hamnat i en gymnastiksal föreslogs att hjälpmedel som gåbord och pilatesbollar inte skulle vara synliga. Fungerande benstöd och en dävert önskades på sängen. Pilatesboll och andra hjälpmedel upplevdes som bra hjälpmedel och de skulle finnas nära till hands, i varje förlossningsrum, så att de kunde användas direkt när kvinnan önskade det. Det skulle föredras om en värmekudde kunde värmas direkt i rummet så att medföljande slapp gå ut ur rummet för att få den värmd eller behöva ringa på klockan och be personalen värma den. En önskan var att det skulle finnas en massageapparat och en duschstråle som kunde massera kvinnans rygg i duschen så att kvinnan inte behövde be andra personer om massage hela tiden.

Pilatesbollen... allt som minskar smärta skulle vara bra att ha nära mamman så de kunde användas direkt... pilatesbollar ska finnas i varje rum....jag vill ha tillgång till en värmekudde, som kan värmas i rummet (IP 5).

Det framkom olika åsikter kring apparaturen. Aspekter som kom upp var att det upplevdes som att det var mycket apparatur på rummet, vilket gav en känsla av att kvinnan var på väg till en operation. Apparaturen upplevdes som ett hinder mentalt, den gav en känsla av att man kanske skulle komma att behöva den och att det inte var naturligt att föda barn. Det fanns önskemål om att apparaturen skulle vara inbyggd eller gömd så att den inte syntes och att förlossningsrummet skulle se ut som ett helt vanligt rum när man kom in i det. Det första man såg när dörren öppnas till förlossningsrummet var slangar och apparatur. Det fanns en rädsla för lustgasen och de slangar som hängde på väggen och ibland lossnade lustgasslangen och fungerade inte optimalt. Men det nämndes också det positiva med att lustgasen fanns tillgänglig i förlossningsrummet.

Alla saker som man kan bli rädd av ska vara i en byrå eller ett skåp, så man inte ser dem. Lustgas, slangar och allt ska täckas (IP 9).

Som motsats fanns det också en upplevelse av att känna sig räddad av apparaturen och att den ingav kvinnan möjligheter eftersom hon inte mådde bra när hon kom in på förlossningsrummet.

Apparatur i rummet ingav känslan av att det fanns möjligheter, jag mådde inte bra, jag kände mig räddad av tekniken (IP 8).

Det fanns tankar kring hur kvinnans integritet skulle kunna skyddas genom att det fanns en sluss eller att förlossningsrummet hade ett vardagsrumsliknande rum mot korridoren för att kvinnan inte skulle blottas när dörren till förlossningsrummet öppnades.

När man öppnar dörren (till förlossningsrummet) ser man personen i rummet direkt, det vore bra om man inte kunde se personen direkt (IP 9).

Ett skyddande draperi var en annan önskan för skydd av kvinnans integritet. Dels att medföljande skulle kunna vara på utsidan av draperiet under vissa delar av förlossningen och dels att draperiet skulle kunna skydda kvinnan mot dörren som vette ut mot förlossningsavdelningens korridor. Ett draperi skulle finnas antingen direkt innanför dörren så att de som öppnade dörren inte såg kvinnan direkt eller på vardera sidan av sängen.

Om dörren var på en sida och när man öppnar ser man inte mamman, utan ett draperi direkt innanför dörren (IP 5).

Det framkom också att ett draperi kunde skapa en hemlighetskänsla som upplevdes obekvämt, eftersom kvinnan inte visste vem som kom in eller gick ut ur rummet. Ett önskemål var att det istället hade funnits ett glasfönster där kvinnan kunde se vad som hände och vilka personer som var i rummet.

Inomhusmiljö

I kategorin inomhusmiljö ingick delar såsom belysning, temperatur samt renlighet och lukt.

Belysning

Olika former av ljuskällor önskades. Belysningen i rummet kunde upplevas kall. Rummet upplevdes då som kallt och att det varma ljuset saknades. Men ett par motsatser framkom också som att belysningen skulle vara mycket starkare än den var och att det dämpade ljuset upplevdes som obekvämt.

Ljuset var inte bekvämt, jag vill ha starkare ljus (IP 5).

Kvinnorna ville att det skulle finnas små lampor, att ljuset skulle kunna dämpas och att det skulle finnas någon golvlampa i rummet. Det fanns även önskemål om elektriska stearinljus och levande ljus. När ljuset släcktes ner i förlossningsrummet och medhavda elektriska stearinljus togs fram skapades en mysig känsla i rummet.

Det skulle vara finare i förlossningsrummet om det fanns levande ljus... Om det är någonting som hade kunnat ge mig en bra känsla hade det varit levande ljus (IP 6).

Temperatur

Det framkom att förlossningsrummets temperatur var kall och önskemål var att förlossningsrummet skulle vara varmt.

Ett varmt rum, förlossningsrummet skall inte vara kallt (IP 8)."

Renlighet och lukt

Kvinnorna hade synpunkter kring renligheten i förlossningsrummet. Det framkom att kvinnorna tyckte att deras förlossningsrum var jätterent, fräscht, doftade desinfektionsmedel och frisk luft medan det också uppkom motsatsen, att rummet skulle varit rent.

Rummet kändes rent och fräscht. Doftade desinfektionsmedel och frisk luft, rummet kändes bra (IP 7).

Doften nämndes i förlossningsrummet, det fanns en önskan om att ha doftljus eller något annat som ger en behaglig lukt.

Man kan ha ljus som doftar... något som doftar vore fint att ha, en fin doft på förlossningsrummet (IP 5).

Diskussion

Metoddiskussion

Eftersom syftet med studien var att beskriva hur icke svensktalande kvinnor, som fött barn i Sverige, upplevde förlossningsrummet, samt deras synpunkter på vad som skall finnas i ett idealt förlossningsrum, valdes en kvalitativ metod. För att ta del av kvinnornas upplevelser

genomfördes intervjuer via kulturtolksdoulor. Intervjuerna analyserades med innehållsanalys. Eftersom de intervjuade kvinnornas upplevelser av förlossningsrummet har framförts i resultatet anses att lämplig metod valts för studien. (Elo & Kyngäs, 2008).

Antalet kvinnor som intervjuades var tio. Enligt Kvale & Brinkmann (2014) beror antalet nödvändiga intervjupersoner på syftet med undersökningen. Trost (2010) menar att intervjumaterialet behöver vara hanterligt och att ett mindre antal, inte mer än åtta, att intervjuas är att föredra. Då en person intervjuat samtliga kvinnor själv samt att det fanns en tidsram för magisteruppsatsen ansågs sex intervjuer med totalt tio kvinnor vara rimligt.

För att försöka möjliggöra överförbarhet är det av vikt att en noggrann beskrivning ges av urval, deltagare, datainsamling, dataanalys samt av studiens sammanhang (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Detta har beskrivits, dock är det svårt för någon annan att få samma resultat eftersom varje forskare tolkar data enligt sitt subjektiva perspektiv (Elo & Kyngäs, 2008).

Graneheim & Lundman (2004) menar att genom att välja deltagare med olika erfarenheter ökar möjligheten att få fler synpunkter på undersökningsfrågan. Kvinnorna var både först- och omföderskor, samt att minst två kvinnor hade fött flera barn i ett annat land än Sverige, vilket gav en viss variation. Det hade varit intressant att få kunskap om kvinnornas erfarenheter av förlossningar i andra länder än Sverige samt deras upplevelse av den miljön, men den informationen inhämtades inte via basdata. Två kvinnor uppgav dock att de hade fött barn i andra länder (fem barn totalt) och en av dem, som hade fött tre barn i ett annat land uppgav att förlossningsmiljön var bättre i Sverige, men hade ändå många synpunkter på och önskemål om hur det svenska förlossningsrummet skulle kunna utformas. Hur kvinnornas tidigare förlossningar i andra länder har påverkat deras upplevelse av det svenska förlossningsrummet är omöjligt att säga, men det kan ha haft en betydelse för kvinnornas svar på frågorna och således påverkan på resultatet. En lämplig fråga i basdata hade varit; i vilka länder och på vilka platser (sjukhus, hem, annan) föddes dina tidigare barn?

Kvinnorna kom från länder i Europa, Asien och Afrika. De kom från sex olika länder och talade fyra olika språk. Huruvida resultatet hade skiljt sig om de tio kvinnorna hade kommit från samma land är svårt att säga.

Sex av tio kvinnor hade gått fler år i skolan än den svenska nioåriga grundskolan. Som jämförelse hade 69 % av utlandsfödda kvinnor mellan 16 och 44 år i Sverige mer än en nioårig grundskoleutbildning. Av svenskfödda kvinnor i samma åldersgrupp hade 84 % mer än en nioårig grundskoleutbildning. För samtliga kvinnor 16-44 år var andelen 81 % (SCB, 2016e).

Mellan den yngsta och äldsta kvinnan skiljde det 13 år. Medianåldern på kvinnorna var 30 år. Medianåldern på först- och omfödelskor i Sverige 2016 var 31 år (SCB, 2016d).

Sex av de tio kvinnorna som intervjuats hade haft en kulturtolksdoula med sig under sin förlossning. Det är möjligt att de kvinnor som hade en kulturtolksdoula under förlossningen hade andra eller fler synpunkter kring förlossningsrummets utformning, än de kvinnor som inte hade detta stöd, på grund av kulturtolksdoulornas arbetssätt. Det är således svårt att säga om kvinnorna hade uppgett andra svar om ingen av dem hade haft en kulturtolksdoula med sig under sin förlossning.

Eftersom kulturtolksdoulorna själva kontaktade kvinnor för intervju är bortfallets storlek oklar, men två av fyra kulturtolksdoulor uppgav att de endast kontaktat de två kvinnor vardera som tackade ja till att delta.

För att öka tillförlitligheten av studien menar Elo & Kyngäs (2008) att samband kan visas mellan resultat och data genom att analysprocessen beskrivs så detaljerat som möjligt, vilket beskrevs i metodavsnittet. Å ena sidan kan det varit en fördel att en enda person har intervjuat kvinnorna, eftersom en intervjuare kan minska risken för att den intervjuade känner sig i underläge. För intervjuaren skulle dock ytterligare en intervjuperson kunna vara ett stöd, utvinna mer information och kunna ge en bättre intervju (Trost, 2010). Å andra sidan stärks inte tillförlitligheten av att en enda person har utfört intervjuer, transkriberat samt genomfört analysprocessen (Lundman & Graneheim 2012).

Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) går det inte att utesluta att förförståelsen påverkat dataanalysen samt resultatet. Eftersom författaren dels hade vistats många timmar i förlossningsrummet under verksamhetsförlagd utbildning, dels hade egna upplevelser av olika förlossningsrum som barnaföderska och dels hade tankar om förlossningsrummet innan studien startade går det inte att bortse från författarens förförståelse av förlossningsrummet.

Även om informanterna får information om att det som sägs i rummet inte får spridas vidare (Henricson, 2012) finns det ingen garanti för konfidentialitet mellan gruppdeltagare i samband med en gruppintervju (Trost, 2010). Fokusgruppsintervjuer tillsammans med individuella intervjuer avsågs som metod för denna studie vilket skrevs i forskningspersonsinformation. Under intervjuerna blev det sällan någon diskussion på grund av praktiska skäl. Kvinnorna var i behov av tolk och därav förde intervjuaren aldrig en enskild intervju med någon av kvinnorna. Fyra av sex intervjuer utfördes i grupp. Anledningen till att gruppintervjuer framförallt gjordes var att det fanns begränsningar i möjligheten att använda Födelsehusets kulturtolksdoulor, då kulturtolksdoulorna fick göra avkall på sina uppdrag på Mammaforum under de tider då intervjuerna utfördes.

Plats för intervju valdes av kvinnorna själva. Dessa platser innebar ofta störningsmoment och vid två intervjuer utfördes intervjuer i rum där det fanns andra åhörare, vilket Trost (2010) menar inte skall förekomma. De intervjuade skall dock känna sig trygga i miljön, (Trost 2010) vilket antagits att kvinnorna gjorde, då de även erbjöds andra rum utan åhörare. Huruvida andra människor i rummet hindrade kvinnorna från att prata fritt och öppet om förlossningsrummet är svårt att säga.

För att kunna ställa följdfrågor utifrån respondentens svar och därmed kunna leda intervjun vidare bör intervjuaren vara uppmärksam (Ahrne & Svensson, 2011). Detta blev en utmaning vid arbetets genomförande; att under intervjuer följa upp kvinnornas svar på ett bra sätt. Det var svårt att ställa bra följdfrågor, att ta tag i de trådar som kom upp och följa upp svaren på ett flexibelt sätt (Kvale & Brinkmann 2014) trots att stödord antecknades i samband med varje intervju (Eriksson-Zetterquist och Ahre, 2011). Den höga ljudnivån kan ha medfört att både kvinnorna och intervjuaren haft svårt att hålla fokus på frågorna. Detta kan i sin tur ha

bidragit till att svaren inte alltid har följts upp på ett tillfredsställande sätt. Denna brist av uppföljning av frågor upptäcktes först vid transkribering av data. Dessa intervjuer hade kunnat göras på ett bättre sätt, men då det ändå fanns betydelsefullt material i resultatet, ansågs att arbetet kunde fortsätta. Kvale & Brinkmann (2014) menar att för att bli en bra intervjuare krävs träning på att intervjua. Eftersom det var första gången intervjuer utfördes, ledde det till brister i intervjutekniken.

Resultatdiskussion

Analysen av de icke svensktalande kvinnornas upplevelser av förlossningsrummet gav aspekter som sorterades i tre kategorier: Byggnadstekniska aspekter, inredningsaspekter samt inomhusmiljö. Resultatet visade att kvinnorna i studien uppgav liknande behov och önskningar. Ett fåtal motstridiga önskemål framkom dock.

Kvinnorna önskade ett badrum i anslutning till förlossningsrummet. Badrummet skulle inkludera en toalett, en handdusch, en dusch och ett badkar eller en förlossningspool med ett handtag och något som kvinnorna kunde stödja huvudet på. Detta resultat är samstämmigt med andra studier där eget badrum med en dusch och en toalett samt förlossningspool i anslutning till förlossningsrummet upplevdes positivt (Borquez et al. 2006; Symon et al. 2008; Singh & Newburn, 2006). Flera av kvinnorna hade badat under sin förlossning. Positiva aspekter av badrummet var att badkaret upplevdes som det viktigaste i förlossningsrummet och att det var fantastiskt och lugnande att kunna bada under sin förlossning. Det framkom önskemål om att kunna få föda sitt barn i vatten, att det skulle finnas ett badkar på varje rum och möjlighet att kunna bada sitt barn efter förlossningen. Även i en studie av Sheehy et al (2011) upplevdes badet som viktigt för de flesta kvinnor och barnmorskor som intervjuades. I resultatet i denna studie ansågs badkaret vara ett stödjande hjälpmedel och kvinnorna önskade ett angränsande badrum under förlossningen. Negativa aspekter av badrummet var att det var svårt att byta ställning i badkaret då badkaret upplevdes vara för litet. Att inte ha tillgång till ett badrum ansågs negativt då kvinnan behövde lämna sitt rum och gå igenom korridoren för att få tillgång ett gemensamt badrum. Barnmorskors aspekter på badrummen, i en studie av Hammond et al. (2014) var att badrummen var svåra att arbeta i. Enligt barnmorskorna var det svårt för kvinnorna att gå i och ur badet och barnmorskorna önskade mer ergonomiska

badkar. Utfällbara sittplatser från väggen i badrummet skulle göra att barnmorskan kunde sitta med kvinnan i badrummet.

Fönster som gav utsikt mot naturen upplevdes ge lugn. Generellt önskades fler och större fönster i förlossningsrummen. I en studie av Singh & Newburn, (2006) önskade kvinnorna ett fönster med utsikt. En randomiserad studie av Ulrich (1984) visade att en fönstervy gav mindre smärta i jämförelse med att titta på en tegelvägg.

Förlossningsrummet upplevdes både som rymligt och som trångt beroende på vilket rum kvinnorna hade vistats i under sin förlossning. De kvinnor som fått mindre rum upplevde dels att de inte kunde röra sig fritt, dels att deras tillhörigheter inte fick plats. De upplevde att hjälpmedlen tog över rummet. Detta i likhet med Hauck et al. (2008) där kvinnorna som vistats i det traditionella förlossningsrummet upplevde att de kände sig hindrade i sin frihet att röra sig, på grund av sängens position. I en annan studie beskrevs önskemål samt hindrande och främjande aspekter med förlossningsrummet. Det kvinnorna främst önskade sig under förlossningen var plats att röra sig (Singh & Newburn, 2006). I ett modifierat rum på en förlossningsavdelning som kvinnor kunde vistas i under förlossningsarbetet upplevdes friheten att röra sig som större, även om rummet var lika stort som traditionella förlossningsrum (Hauck et al. 2008). Ett rum på en barnmorskeledd enhet med ett helhöjdsfönster som vette mot en trädgård upplevdes lika stort som ett större rum på den traditionella förlossningsavdelningen (Symon et al, 2008). Barnmorskor i en studie av Hammond et al. (2014) menade att eftersom det inte fanns tillräckligt med plats i förlossningsrummet såsom en plats att sitta och observera kvinnan eller att skriva anteckningar tillbringade de mindre tid i rummet.

I denna studie upplevdes väggarna färglösa i förlossningsrummet, det gavs även förslag på blommiga, färgstarka och levande färger på väggarna som kunde ge kvinnorna energi under förlossningsarbetet. Ett liknande resultat framkom i en studie av Symon et al. (2008) där kvinnorna upplevde att de traditionella förlossningsrummen var målade med ett institutionellt färgval. I en annan studie (Mondy et al. 2016) beskrevs flertalet traditionella förlossningsrums väggar som vita, medan förlossningscentrat hade väggar målade i varma mörka färger.

Kvinnorna önskade se vackra ting såsom konst med gravida och födande kvinnor eller bilder på glada barn. Även praktiska bilder som underlättade och främjade förlossningsarbetet önskades liksom att se naturvyer på en fototapet. I en studie av Tse et al. (2002) beskrevs en videoskärm som visade naturvyer. Naturvyerna ledde till en bättre smärthantering.

Växter, antingen levande eller i plast som kunde pryda rummet och göra förlossningsrummet finare, saknades. I en observerande studie av Mondys et al. (2016) beskrevs rummet, där blommor stod i vaser i vardagsrummet. Växter upplevdes mer lugnande än tavlor i en annan studie (Dijkstra et al. 2008).

Kvinnorna hade önskat att sängen var större och bekvämare, att det fanns fler möbler såsom en soffa där de kunde sitta nära sin medföljande och att det skulle finnas andra alternativ till sängen, som möjliggjorde en upprätt position. Sängen i det traditionella förlossningsrummet i Mondy et als studie (2016) beskrevs som en enkelsäng med vita lakan medan sängen på förlossningscentrat var en dubbelsäng i trä. I en annan studie av Tingstig et al.(2012) fanns även en enkelsäng i det traditionella förlossningsrummet, medan det fanns två sängar på den modifierade sjukhusbundna ABC-enheten för kvinnan och den medföljande. En bekväm och justerbar säng för kvinnan och en bekväm säng för partnern önskades i en studie av Singh & Newburn, (2006) som handlade om vad som ansågs hämmande och främjande i förlossningsmiljön. På det traditionella förlossningsrummet önskades det att det hade funnits en säng för partnern (Symon et al, 2008). Även studier som fokuserar på barnmorskors perspektiv belyser sängen. Hammond et al. (2014) menar att sängens position i mitten av rummet var en bidragande faktor till att rummet inte blev flexibelt. Att ha andra alternativ än sängen var viktigt för kvinnorna (Sheehy et al. 2011). Sängens position i ett traditionellt förlossningsrum ansågs vara något som hindrade frihet att röra sig (Hauck et al. 2008). Sängen sänktes eller flyttades för att minska den kliniska karaktären (Davies et al. 2016).

Kvinnorna i denna studie talade om att de önskade möjlighet till avskärmning av olika slag; både när det gällde utrustningen samt att hindra insyn i förlossningsrummet. Utrustning, såsom instrument, hjälpmedel, apparatur och förbrukningsmaterial hade varit synlig i förlossningsrummet. Det fanns önsknningar om att denna utrustning skulle vara dold bakom skåp eller draperier i likhet med Mondys et al. (2016) där traditionella förlossningsrum på två

olika sjukhus upplevdes fyllda med medicinsk utrustning, medan den medicinska utrustningen hölls antingen utanför rummet eller var ur synhåll på förlossningscentrat. Södersjukhusets tidigare ABC-teams förlossningsrum präglades av att utrustningen var dold i inredningen (Waldenström, 2016). I resultatet i denna studie framkom att utrustningen i förlossningsrummet skapade rädsla och tankar om att det inte var naturligt att föda barn vilket också beskrivs i en studie med barnmorskors syn på platsen för födandet (Davies et al. (2016). I andra studier som belyser barnmorskors syn på platsen för födandet, uppmärksammades behovet av förvaringsutrymmen för utrustning. Det fanns en önskan om att säkerhetsutrustningen skulle vara dold och bara komma fram när den behövdes (Hammond et al. 2014) samt en förhoppning om att förlossningsrummets miljö anpassades så att utrustning togs bort från kvinnans synfält (Kennedy et al. 2004;Sheehy et al. 2011). Motsatsen framkom också i denna studie där det upplevdes att den synliga utrustningen ingav förtroende om att hjälpmedel fanns att tillgå. En studie av Sheehy et al. (2011) visade också att apparatur kunde skapa lugn. Således kan möjligheten att själv välja att ha utrustning synlig genom ett skåp som kan öppnas eller stängas alternativt ett draperi som kan dras för eller göra utrustningen synlig vara av värde för kvinnor som föder barn.

Kvinnorna hade föredragit om det fanns ett draperi som skydd för insyn till förlossningsrummet från korridoren. Antingen ett skyddande draperi direkt innanför eller vid vardera sidan av sängen, alternativt någon form av sluss eller att förlossningsrummet bestod av två rum, där det första, som vetter mot korridoren var ett vardagsrumliknande rum följt av ett rum som hade en säng, så att kvinnorna inte behöver uppleva oro inför att bli blottade när dörren öppnades. I en studie av Hauck et al. (2008) upplevdes att ett modifierat förlossningsrum kunde bevara integriteten så att kvinnan inte kände sig hämmad eftersom en skylt sattes upp på dörren för att markera att rummet användes. Denna avskildhet gav kvinnorna en känsla av kontroll över miljön under förlossningen. Kvinnorna upplevde att färre personer gick in och ut ur rummet, i motsats till det traditionella förlossningsrummet.

Önskemål om olika former av källor till ljus framkom. Det fanns både kvinnor som önskade sig starkare ljus och kvinnor som ville kunna dämpa ljuset, i likhet med Sheehy et al (2011). Ulrich et al. (2008) menar att ljus kan bidra till välbefinnande i en vårdmiljö. I Mondys et al. (2016) beskrev kvinnorna att de önskade möjlighet att påverka ljusstyrkan i

förlossningsrummet, vilket även beskrivs i studier av Singh & Newburn (2006) och Douglas och Douglas (2005). Det upplevdes främjande att ha kontroll över ljuset, det vill säga justerbart ljus på födsloplatsen även i andra studier (Borquez et al. 2006; Hauck et al. 2008). I denna studie framkom att elektriska stearinljus och levande ljus var faktorer som hade kunnat ge en bra känsla i förlossningsrummet. I två studier som belyser barnmorskors syn på födsloplatsen önskades justerbara ljus (Hammond et al. 2014), möjligheten till ett justerbart ljus var viktigt för att stämningen i rummet skulle vara rogivande (Davies et al. 2016; Igarashi et al. 2014; Morison et al. 1998).

I resultatet framkommer olika önskemål om en födelseplats som upplevs behaglig, komfortabel och trygg. Aspekter som belyste trygghet var fönster med utsikt mot naturen, möbler, avskärmning samt belysning. En trivsamt miljö önskades i form av väggdekorationer och bekväma möbler. Även belysning kunde bidra till trivsamhet. Liksom Halldorsdóttir och Karlsdóttirs (2011) teori skall en fridfull, trivsamt och behaglig födelseplats skapas för kvinnan. En trygg plats att föda på och där kvinnan och hennes familj stärks.

Slutsats

Studiens resultat visade att kvinnorna som intervjuats hade synpunkter på förlossningsrummets utformning. Att själva kunna påverka ljusstyrka och temperatur, motverka insyn och välja om utrustningen skall vara synlig skulle kunna stärka kvinnorna. De önskade även badrum, väggdekorationer och bekväma möbler. Resultatet kan bidra till utformning av nuvarande och framtida förlossningsrum.

Referenslista

- 1177 Vårdguiden. (2015). Om man inte föder på sjukhus. Hämtad 2016-12-15 från <http://www.1177.se/Stockholm/Fakta-och-rad/Behandlingar/Om-man-inte-foder-pa-sjukhus/>
- Ahrne, G., & Svensson, P. (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*.
- Askheim, O. P., & Starrin, B. (2007). *Empowerment i teori och praktik*.
- Barnmorskeförbundet. (2015). Föda hemma i Umeå. Hämtad 2016-12-15 från <http://www.barnmorskeforbundet.se/aktuellt/vasterbotten/foda-hemma-i-umea/>
- Berg, M., Lundgren, I., Hermansson, E., & Wahlberg, V. (1996). Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*, 12(1), 11-15.
- Bernhard, C., Zielinski, R., Ackerson, K., & English, J. (2014). Home birth after hospital birth: women's choices and reflections. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(2), 160-166.
- Borquez, H. A., & Wiegers, T. A. (2006). A comparison of labour and birth experiences of women delivering in a birthing centre and at home in the Netherlands. *Midwifery*, 22(4), 339-347.
- Boucher, D., Bennett, C., McFarlin, B., & Freeze, R. (2009). Staying home to give birth: why women in the United States choose home birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(2), 119-126.
- Davis, D. L., & Homer, C. S. (2016). Birthplace as the midwife's work place: How does place of birth impact on midwives?. *Women and Birth*, 29(5), 407-415.
- Dijkstra, K., Pieterse, M. E., & Pruyn, A. (2008). Stress-reducing effects of indoor plants in the built healthcare environment: The mediating role of perceived attractiveness. *Preventive medicine*, 47(3), 279-283.
- Diette, G. B., Lechtzin, N., Haponik, E., Devrotes, A., & Rubin, H. R. (2003). Distraction therapy with nature sights and sounds reduces pain during flexible bronchoscopy: A complementary approach to routine analgesia. *Chest Journal*, 123(3), 941-948.
- Doula & kulturtolk. (2016). Varför doula & kulturtolk. Hämtad 2016-12-22 från <http://www.doulakulturtolk.se/varfor-doula-kulturtolk/>

- Doula & kulturtolk. (2017). Vad vi gör. Hämtad 2017-06-07 från <https://www.doulakulturtolk.se/vad-vi-gor/>
- Douglas, C. H., & Douglas, M. R. (2005). Patient-centred improvements in health-care built environments: perspectives and design indicators. *Health expectations*, 8(3), 264-276.
- Elgán, C., Fridlund, B. (2009). Vuxet vardagsliv. I Friberg, F. & Öhlén, J. (Red.), *Omvårdnadens grunder–Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 151). Lund: Studentlitteratur.
- Elmäng, C. (2010). Jordemor har blivit högutbildad. Hämtad 2016-11-15 från http://guspegeln.gu.se/tidigare_nummer/guspegeln-nr-1-10/jordemor-har-blivit-hogutbildad
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115.
- Eriksson-Zetterquist, U och Ahre, G. (2011). Intervjuer. I G. Ahrne, & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder*.(s. 36-56).Stockholm: Liber.
- Essén, B. (2001). *Perinatal mortality among immigrants from Africa s Horn: the importance of experience, rationality, and tradition for risk assessment in pregnancy and childbirth*. Department of Obstetrics and Gynecology, Lund University.
- Födelsehuset. (2016a). ABC-kampanjen. Hämtad 2016-11-15 från http://fodelsehuset.se/wordpress/?page_id=274
- Födelsehuset. (2016b). Föda hemma. Hämtad 2016-11-14 från http://fodelsehuset.se/wordpress/?page_id=181
- Födelsehuset. (2016c). Välkommen till Födelsehuset. Hämtad 2016-11-12 från <http://fodelsehuset.se/>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Grigg, C., Tracy, S. K., Daellenbach, R., Kensington, M., & Schmied, V. (2014). An exploration of influences on women's birthplace decision-making in New Zealand: a mixed methods prospective cohort within the Evaluating Maternity Units study. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 210.

- Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(4), 806-817.
- Hammond, A., Foureur, M., & Homer, C. S. (2014). The hardware and software implications of hospital birth room design: a midwifery perspective. *Midwifery*, 30(7), 825-830.
- Hauck, Y., Rivers, C., & Doherty, K. (2008). Women's experiences of using a Snoezelen room during labour in Western Australia. *Midwifery*, 24(4), 460-470.
- Henricson, M. (Red.). (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Hildingsson, I., Waldenström, U., & Rådestad, I. (2003). Swedish Women's Interest in Home Birth and In-Hospital Birth Center Care. *Birth*, 30(1), 11-22.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288.
- Hälso- och sjukvårdslag* (SFS 1982:763). Hämtad från Riksdagens webbplats:
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--ochsjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763
- Igarashi, T., Wakita, M., Miyazaki, K., & Nakayama, T. (2014). Birth environment facilitation by midwives assisting in non-hospital births: A qualitative interview study. *Midwifery*, 30(7), 877-884.
- Kennedy, H. P., Shannon, M. T., Chuahorm, U., & Kravetz, M. K. (2004). The landscape of caring for women: a narrative study of midwifery practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(1), 14-23.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Lindgren, H., & Erlandsson, K. (2010). Women's Experiences of Empowerment in a Planned Home Birth: A Swedish Population-based Study. *Birth*, 37(4), 309-317.
- Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A. (red.) (2016). *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde*. (Upplaga 1:1). Lund: Studentlitteratur.
- Lundgren, I. (2016). Den svenska barnmorskeprofessionens historia. I H. Lindgren, K. Christensson, & A. Dykes. (red.) *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde*. (Upplaga 1:1). Lund: Studentlitteratur.

- Lundman B & Hällgren Graneheim U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Mammaforum. (2016). Doula/kulturtolk. Hämtad 2016-11-14 från <http://www.mammaforum.org/doula-kulturtolk-18904999>
- Mondy, T., Fenwick, J., Leap, N., & Foureur, M. (2016). How domesticity dictates behaviour in the birth space: Lessons for designing birth environments in institutions wanting to promote a positive experience of birth. *Midwifery*, 43, 37-47.
- Morison, S., Hauck, Y., Percival, P., & McMurray, A. (1998). Constructing a home birth environment through assuming control. *Midwifery*, 14(4), 233-241.
- Ny, P. (2016). Barnmorskan I ett mångkulturellt samhälle. I H. Lindgren, K. Christensson, & A. Dykes. (red.) *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde*. (Upplaga 1:1). Lund: Studentlitteratur.
- Regeringen. (2002). Mål för folkhälsan, Proposition 2002/03:35. Hämtad 2017-01-25 från <http://www.regeringen.se/rattsdokument/proposition/2002/12/prop.-20020335/>
- Robertson, E., Malmström, M., & Johansson, S. E. (2005). Do foreign-born women in Sweden have an increased risk of non-normal childbirth? *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 84(9), 825-832.
- Rowe R. Birthplace terms and definitions: consensus process. Birthplace in England research programme. Final report part 2: NIHR Service Delivery and Organisation programme; 2011.
- Sheehy, A., Foureur, M., Catling-Paull, C., & Homer, C. (2011). Examining the Content Validity of the Birthing Unit Design Spatial Evaluation Tool Within a Woman-Centered Framework. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56(5), 494-502.
- Singh, D., & Newburn, M. (2006). Feathering the nest: what women want from the birth environment. *RCM midwives: the official journal of the Royal College of Midwives*, 9(7), 266-269.
- Sjöblom, I. (2014). *Planerade hemförlossningar i Norden: kvinnors och barnmorskors perspektiv*. Malmö högskola, Fakulteten för Hälsa och samhälle.
- Statistiska centralbyrån. (2006). Ohälsa och sjukvård 1980-2005 (Levnadsförhållanden rapport 113). Hämtad från http://www.scb.se/statistik/publikationer/LE0101_1980I05_BR_LE113SA0601.pdf

- Statistiska centralbyrån. (2016a). Befolkning efter ålder och kön. År 1860 - 2015. Hämtad 2016-12-23 från <http://www.statistikdatabasen.scb.se/sq/23182>
- Statistiska centralbyrån. (2016b). Levande födda efter region, kön och moderns ålder. År 1968 – 2015. Hämtad 2016-12-11 från http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101H/FoddaK/table/tableViewLayout1/?rxid=09445036-f000-4362-a53f-52ff400ec8e8
- Statistiska centralbyrån. (2016c). Utrikes födda efter födelseland, ålder, kön och år. Hämtad 2016-12-23 från <http://www.statistikdatabasen.scb.se/sq/23103>
- Statistiska centralbyrån. (2016d). Levande födda efter region, kön och moderns ålder. År 1968 – 2016. Hämtad 2017-05-19 från <http://www.statistikdatabasen.scb.se/sq/31481>
- Statistiska centralbyrån. (2016e). Befolkning 16-74 år efter kön, ålder, nationell bakgrund, utbildningsnivå och år. Hämtad 2017-05-20 från <http://www.statistikdatabasen.scb.se/sq/31486>.
- Stichler, J. F., & Hamilton, D. K. (2008). Theoretical and conceptual frameworks in research and practice. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 1(4), 4-6.
- Symon, A., Paul, J., Butchart, M., Carr, V., & Dugard, P. (2008). Maternity unit design study part 2: perceptions of space and layout. *British Journal of Midwifery*, 16(2).
- Tse, M. M., Ng, J. K., Chung, J. W., & Wong, T. K. (2002). The effect of visual stimuli on pain threshold and tolerance. *Journal of clinical nursing*, 11(4), 462-469.
- Tingstig, C., Gottvall, K., Grunewald, C., & Waldenström, U. (2012). Satisfaction with a Modified Form of In-Hospital Birth Center Care Compared with Standard Maternity Care. *Birth*, 39(2), 106-114.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224, 42–421.
- Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H. B., Choi, Y. S., .. & Joseph, A. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), 61-125.
- Ulrich, R., & Barach, P. (2006). Designing safe healthcare facilities-What are the data and where do we go from here. Konferensbidrag från *Healthcare Environments Research Summit, Atlanta, USA, 8-9 februari 2006*.

- Barnmorskebilens blogg (2010). Vatten som smärtlindring och födsloplats. Hämtad från <https://barnmorskebilens.wordpress.com/2010/12/01/vatten-som-smartlindring-och-fodsloplats/>
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad från <http://codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. (Vetenskapsrådets rapportserie 1:2011). Hämtad från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>
- Waldenström, U. (2016). Plats för födandet. I H. Lindgren, K. Christensson, & A. Dykes. (red.) *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde*. (Upplaga 1:1). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1 – Basdata

Id nr:

- Datum för intervjun:
- Förlossningsdatum:
- Graviditetsvecka:
- Ålder:
- Civilstånd:
- Paritet:
- Utbildningsnivå: grundskola/gymnasieskola/eftergymnasialutbildning (antal år du gått i skolan)
- Förlossningssätt: vaginalt spontant/instrumentell/kejsarsnitt
- Antal timmar på förlossningsrummet:
- Vilka personer var med i förlossningsrummet: partner/doula/annan närstående
- Var personen/personerna med under hela eller delar av förlossningen:

Bilaga 2 – Forskningspersonsinformation/samtyckesformulär



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA
Forskningspersonsinformation

Studiens bakgrund

I Sverige föds årligen ungefär 115 000 barn, då i princip alla kvinnor föder på sjukhus behövs en ökad förståelse vad som i förlossningsrummet hämmar och främjar kvinnor i förlossningsprocessen.

Studiens syfte

Studien vänder sig till dig som nyligen fött barn med syfte att kartlägga hur kvinnor som fött barn upplever förlossningsrummet. Intervjuerna är en del i en större studie som avser ge en djupare förståelse för hur förlossningsrummet påverkar förlossningsrummet. Studien vänder sig till dig som fött barn vaginalt eller via akut kejsarsnitt senaste året på en förlossningsavdelning i Sverige, men som inte pratar svenska.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras genom individuella intervjuer eller genom fokusgruppsintervjuer av utvalda patienter som fött barn. Beräknad tid för samtalet är ca 30 minuter för individuell intervju och 60-90 minuter vid en fokusgruppsintervju. En enskild intervju sker med hjälp av en kulturtolksdoula som fungerar som tolk i samtalet. Intervjun sker på Mammaforum. Fokusgruppsintervju innebär att några kvinnor blir intervjuade tillsammans i grupp med en kulturtolksdoula på Mammaforum som talar Ditt språk och som fungerar som tolk i samtalet. Intervjun kommer att bestå av öppna frågor som berör förlossningsrummet, där Du med egna ord får berätta om Dina tankar och känslor kring ämnet. Ljudupptagning under samtalet kommer ske, efter avslutad intervju kommer materialet genomlysas samt skrivas ut i textformat för vidare analys.

Den information som framkommer under intervjun kommer endast att användas i forskningssyfte. Materialet kommer handskas konfidentiellt, samtlig hantering av personuppgifter regleras utifrån personuppgiftslagen (SFS 1998:204). För att säkerställa att enskilda individer inte kan identifieras i resultatet så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med alias.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt, Du kan när som helst välja att avbryta ditt medverkande utan att behöva specificera varför. Ett beslut att avbryta det fortsatta deltagandet

i studien kommer inte att på något vis påverka den övriga vården som tillhandahålls. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå. Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna personer.

Ansvariga för studien
Lisa Wibeck Axelsson
Leg. Sjuksköterska,
barnmorskestudent
Tel: 0737-385371
gusaxelsli@student.gu.se

Handledare
Marie Berg
Professor/barnmorska
Tel: 031-7866084
marie.berg@fhs.gu.se



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Samtycke till deltagande i studie

Jag har erhållit muntlig tillika skriftlig information angående en studie om patienters upplevelser av förlossningsrummet. Jag har fått möjlighet att ställa frågor samt har fått dessa besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan välja att avbryta mitt deltagande. Härmed samtycker jag till att bli intervjuad.

Datum: _____

Namnunderskrift:

Namnförtydligande:

Ansvariga för studien
Lisa Wibeck Axelsson
Leg. Sjuksköterska,
Barnmorskestudent
Tel: 0737-385371
gusaxelsli@student.gu.se

Handledare
Marie Berg
Professor/barnmorska
Tel: 031-786 60 84
Marie.berg@fhs.gu.se

Bilaga 3 – Brev till Födelsehusets styrelse



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Till Födelsehusets styrelse

Förfrågan om att göra intervjuer med kvinnor som inte talar svenska med hjälp av kulturtolksdoulor på Verksamheten Mammaforum i Göteborg

Jag är sjuksköterska och blivande barnmorska som genomför min magisteruppsats i reproduktiv och perinatal hälsa. Jag skriver till Er med anledning av att jag med denna studie vill studera kvinnor som fött barn avseende deras upplevelse av förlossningsrummet. Jag vill med kulturtolksdoulors hjälp intervju kvinnor som fött barn, men som inte talar svenska. Med detta brev önskar jag få tillåtelse att genomföra studien med hjälp av kulturtolksdoulor på Verksamheten Mammaforum.

Studiens bakgrund

I Sverige föds årligen ungefär 115 000 barn, varav i Göteborg ungefär 10 000. I dagsläget har vi två olika förlossningssjukhus i Göteborgsområdet, som nästa år skall bli ett. Då flertalet kvinnor föder på sjukhus behövs en ökad förståelse vad som i förlossningsrummets miljö hämmar och främjar kvinnor i förlossningsprocessen.

Studiens syfte

Med denna studie vill vi studera kvinnor som fött barn avseende deras upplevelse av förlossningsrummet. Denna kunskap kan ligga till grund för utformning av kommande förlossningsrum. Studien vänder sig till kvinnor som fött barn senaste året på en

förlossningsavdelning i Sverige, men som inte pratar svenska, med syfte att få en djupare förståelse för hur kvinnan upplevde att förlossningsrummet påverkade hennes förlossning.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras genom intervjuer, enskilda och/eller fokusgruppsintervjuer med kvinnor som senaste året fött barn på en förlossningsavdelning men inte talar svenska. En kulturtolksdoula som talar kvinnans språk kommer fungera som tolk i samtalen. Beräknad tid för samtalet är cirka 30-90 minuter beroende på intervjuform. Intervjun kommer att bestå av öppna frågor som berör förlossningsrummet, där kvinnan med egna ord får berätta om sina tankar och känslor kring ämnet. Samtalet kommer att spelas in med ljudupptagning, efter avslutad intervju kommer den att avskilt lyssnas igenom samt skrivas ut i textformat för vidare analys.

Hantering av data och sekretess

Den information som framkommer under intervjun kommer endast att användas i forskningssyfte. Endast berörd forskningspersonal samt handledare från Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet. Samtlig hantering av personuppgifter regleras utifrån Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). För att säkerställa att enskilda individer inte kan identifieras i det resultat som presenteras i den vetenskapliga studien så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med alias.

Frivillighet, ersättning, ansvariga för studien

Kvinnans deltagande i studien är helt frivilligt, hon kan när som helst välja att avbryta medverkandet utan att behöva specificera varför. Ett beslut att avbryta det fortsatta deltagandet i studien kommer inte att på något vis påverka den övriga vården som tillhandahålls. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå. Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna personer.

Ansvariga för studien

Lisa Wibeck Axelsson
Leg. Sjuksköterska,
Barnmorskestudent
Tel: 0737-38 53 71
gusaxelsli@student.gu.se

Handledare
Marie Berg
Professor/Barnmorska
Tel: 031-786 60 84
marie.berg@fhs.gu.se



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Samtycke till utförande av studie på Mammaforum

Härmed ger jag mitt samtycke till att studien genomförs enligt beskrivning ovan.

Födelsehusets styrelse:

Datum: _____

Namnunderskrift:

Namnförtydligande:

Ansvariga för studien

Lisa Wibeck Axelsson
Leg. Sjuksköterska,
Barnmorskestudent
Tel: 0737-38 53 71
gusaxelsli@student.gu.se

Handledare
Marie Berg
Professor/Barnmorska
Tel: 031-786 60 84
marie.berg@fhs.gu.se

Bilaga 4 – Frågeguide

- Hur upplevde du förlossningsrummet?
- Gå tillbaka till känslan du upplevde när du kom in i rummet, vad var din första tanke/känsla?
- Hur var atmosfären i rummet?
- Vad var bra med förlossningsrummet?
- Fanns det något i rummet som fick dig att känna dig trygg?
- Fanns något i rummet som hindrade dig i ditt födande?
(att skapa en egen plats, känna trygghet, att röra sig fritt)
- Var det något som gjorde dig rädd eller otrygg i förlossningsrummet?
- Fanns det något du saknade?
- Om vi skulle skapa ett förlossningsrum: hur skulle du då vilja att det såg ut? Hade för inredning osv. Motivera ditt förslag.
- Om du tänker på hur du har/vill ha det hemma. Vad ville du ha för att denna hemlikkänsla kunde skapas i förlossningsrummet?