



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

"JAG VILL HA KONTROLL"

Gravida förstföderskors beskrivning av kontroll inför kommande förlossning

Hanna Perez Dahlberg
Anna Ulvås

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2019
Handledare:	Viola Nyman
Examinator:	Anna Dencker

Titel svensk:	”Jag vill ha kontroll” – Gravida förstfödorskors beskrivning av kontroll inför kommande förlossning
Titel engelsk:	”I want control” – Nulliparous women´s description of control before labour
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2019
Handledare:	Viola Nyman
Examinator:	Anna Dencker
Nyckelord:	<i>förstföderska, förväntning, graviditet, kontroll, kontrollförlust</i>

Sammanfattning

Bakgrund: Kvinnor beskriver att kontroll under graviditet och förlossning handlar om stöd, information, kontroll över kroppen och delaktighet. Att känna sig osynlig och icke deltagande leder till kontrollförlust. De förväntningar kvinnan har om kontroll under graviditeten påverkar upplevelsen av kontroll under förlossningen. Tidigare studier belyser främst födande kvinnors upplevelse av kontroll retrospektivt. Det är därför värdefullt att uppmärksamma förstfödorskors beskrivning av kontroll inför kommande förlossning.

Syfte: Att undersöka hur förstfödorskor beskriver kontroll inför kommande förlossning.

Metod: Intervjustudie utifrån ett livsvärldsperspektiv med kvalitativ innehållsanalys. Sex gravida kvinnor deltog i studien och intervjuerna utgick från en öppen fråga om kvinnans tankar och föreställningar om kontroll inför kommande förlossning.

Resultat: Resultatet redovisas i sex huvudkategorier; *Delaktighet, Inställning, Stöd, Skydd, Sårbarhet* och *Kaos* och 14 underkategorier; *Vara redo, Veta vad som sker, Chans att påverka, Positiva känslor, Följa och låta sig ledas, Engagerad partner, Samspel med barnmorskan, Möjlighet till smärtlindring, Tillgång till specialistkunskap, Vara utlämnad, Känna ovisshet, Vara orkeslös, Känna panik* och *Bli förändrad*.

Slutsats: Känsla av kontroll inför kommande förlossning beskrivs som mångfacetterat, individuellt och föränderligt. Kontroll skildras som ett dynamiskt tillstånd vilket innefattar inre och yttre resurser som bidrar till upplevelse av kontroll. Orsaker till kontrollförlust och konsekvenser det medför beskrivs. Beskrivningen av känslan av kontroll inför kommande förlossning återkommer i tidigare forskning om kvinnors berättelser om positiva förlossningsupplevelser. Kontroll under förlossningen och en positiv förlossningsupplevelse är till synes sammanflätade.

Nyckelord: *förstföderska, förväntning, graviditet, kontroll, kontrollförlust*

Abstract

Background: Women describe being in control during pregnancy and labour as having support from their partner and the midwife, getting information, sense of control over their bodies and participation. Feelings of being invisible and non-participating lead to loss of control. Women's expectations of the birth experience affect their experiences during labour. Previous studies mainly illustrate women's experiences of control retrospectively. On that account it is valuable to illuminate nulliparous women's description of control before labour.

Aim: To explore how nulliparous women describe control before labour.

Method: The interview study had a life-world perspective and was analysed using qualitative content analysis. Six pregnant women were interviewed. One open-ended question was asked, treating the subject of their description of control before labour.

Results: Two main themes were found; *Reassuring relations* and *Unsafe conditions*, six main categories; *Participation, Attitude, Support, Protection, Vulnerability* and *Chaos* and 14 subcategories; *Being ready, Knowing what is going on, Being able to influence, Positive feelings, To follow and let yourself being led, Committed Partner, Interaction with the midwife, Possibility of pain relief, Access to specialist knowledge, Being exposed, Feelings of uncertainty, Being drained, Feeling panicked* and *Changed personality*.

Conclusion: Sense of control before labour is described as multidimensional, individual and dynamic including internal and external resources, that contribute to sense of control before labour. Causes and consequences of lack of control labour are described. The description of sense of control before labour recur in previous research and contributes to a positive birth experience. Being in control during labour and having a positive birth experience seems to be connected.

Keywords: *nullipara, expectation, pregnancy, control, loss of control*

Förord

Först och främst vill vi rikta ett stort tack till Er fantastiska gravida kvinnor som genom Ert deltagande i vår intervjustudie har öppnat upp Era hem och delgett Era känslor och tankar inför en av livets viktigaste resor. Stort tack för detta!

Vi vill även tacka våra underbara familjer för all kärlek och stöttning under utbildningen.

Stort tack till vår handledare Viola Nyman för din guidning och handledning under uppsatsens gång.

Slutligen vill vi tacka varandra för ett gott samarbete!

Göteborg, den 31 maj 2019

Anna och Hanna

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Barnmorskans kompetensområde	1
Graviditetens psykologiska utvecklingsfaser	2
Förlossningsförberedelser.....	3
Föda utan rädsla	3
Barnmorskans förhållningssätt under förlossningen	4
Att värna om det normala	4
Att övervaka och informera om förlossningsförloppet.....	4
Kvinnors upplevelser av kontroll under graviditet och förlossning	5
Kontroll genom stöd	5
Kontroll genom information	6
Kontroll över kroppen.....	6
Kontroll genom delaktighet	6
Sambandet mellan förväntningar och förlossningsupplevelse	7
Teoretisk modell.....	8
Känsla av sammanhang.....	8
Problemformulering	9
Syfte	9
Metod	9
Ansats	9
Urval	10
Datainsamling	10
Dataanalys	11
Etiska överväganden.....	11
Resultat.....	12
Delaktighet.....	13
Vara redo.....	13
Veta vad som sker.....	14
Chans att påverka.....	14

Inställning	14
Positiva känslor	14
Följa och låta sig ledas	15
Stöd	15
Engagerad partner	15
Samspel med barnmorskan	16
Skydd	17
Möjlighet till smärtlindring	17
Tillgång till specialistkunskap	17
Sårbarhet	17
Vara utlämnad	17
Känna ovisshet	18
Vara orkeslös	18
Kaos	19
Känna panik	19
Bli förändrad	19
Diskussion	19
Metoddiskussion	19
Ansats	19
Förförståelse	20
Urval	20
Datainsamling	21
Dataanalys	22
Resultatdiskussion	22
Kontroll i relation till begriplighet	23
Kontroll i relation till hanterbarhet	24
Kontroll i relation till meningsfullhet	27
Slutsatser	27
Kliniska implikationer	28
Förslag till vidare forskning	28
Referenslista	29
Bilagor	35

Bilaga 1 Deltagarinformation	35
Bilaga 2 Samtyckesformulär	37
Bilaga 3 Exempel på hur kvalitativ innehållsanalys har använts i genomförd studie	38

Inledning

Våra erfarenheter från möten med gravida och födande kvinnor under vår utbildning till barnmorskor väckte ett intresse för begreppet kontroll. Begreppet tycks vara unikt och flerdimensionellt men vad döljer sig bakom meningen ”Jag vill ha kontroll” som vi upplever att många gravida och födande kvinnor uttrycker. Tidigare forskning har framför allt belyst ämnet efter förlossningen, det vill säga hur kvinnor hade upplevt kontrollen under förlossningen. För att förstå hur kvinnor tänker om kontroll inför förlossningen genomfördes en intervjustudie med förstföderskor, det vill säga kvinnor som väntar sitt första barn. I vår kommande yrkesroll som barnmorskor, på såväl barnmorskemottagning som förlossningsavdelning, är det av värde att få förståelse för vad som är betydelsefullt för kvinnan för att kunna ge god vård och möta hennes förväntningar. Även den eventuella partnerns förberedelser och förväntningar inför kommande förlossning är värdefulla men denna studie belyser kvinnors tankar och föreställningar om kontroll inför förlossningen.

Bakgrund

Barnmorskans kompetensområde

Barnmorskor har i Sverige ett självständigt arbete inom verksamhetsområdet sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, och möter i sin yrkesroll människor i livets olika faser (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). Barnmorskans arbete grundas på den internationella etiska koden för barnmorskor som utgår från mänskliga rättigheter, kvinnans rätt till jämlik hälsovård samt att barnmorskans arbete baseras på ömsesidig respekt och tillit där människovärdet respekteras (International Confederation of Midwives, 2014).

I Sverige har barnmorskan ett ansvar att självständigt handlägga normal graviditet, förlossning och eftervård (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). Det råder delade meningar kring innebörden av begreppet normal förlossning. Vad som anses ”normalt” kan variera över tid och skilja sig mellan olika länder. Globalt sett är hemförlossning det normala, i Sverige är det förlossning på sjukhus (Socialstyrelsen, 2001). Världshälsoorganisationens, WHO (1996) definition av ”normal förlossning” tar fasta på förloppet och de viktigaste kriterierna är följande: Enkelbörd, graviditetslängd mellan 37+0 och 41+6 graviditetsveckor, inga medicinska riskfaktorer föreligger vid förlossningens start som bedöms kunna påverka förlossningsförloppet eller utfallet, spontant värkarbete, komplikationsfritt förlopp från värkstart till efter moderkakans framfödande, framstupa huvudbjudning och att mor och barn mår väl efter förlossningen (ibid.). Barnmorskans uppgift är att främja normal förlossning med minsta möjliga intervention i syfte att främja hälsa för kvinnan och det ofödda barnet

(WHO, 1996). Utifrån människovärdesprincipen arbetar barnmorskan för att tillgodose kvinnors psykiska, fysiska och emotionella behov under förlossningen. Målet är stödja och stärka kvinnans självbild, värdighet och integritet samt tillgodose kvinnans rätt till självbestämmande och göra kvinnan delaktig i vård och behandling. För att uppnå detta krävs en god kommunikation där tillit och trygghet bidrar till en jämlik relation och att kvinnan upplever delaktighet (Svenska barnmorskeförbundet, 2018).

Graviditetens psykologiska utvecklingsfaser

Graviditeten indelas i tremånadersperioder; första, andra och tredje trimestern (NE, 2019). Den första trimestern pågår till graviditetsvecka 13+6, den andra mellan 14+0 och 27+6 och den tredje från graviditetsvecka 28+0 och framåt (Marsal, Hagberg & Westgren, 2014). Enligt psykologen och psykoanalytikern Raphael-Leff, verksam vid Anna Freud National Center for Children and Families i London, genomgår kvinnan tre psykologiska utvecklingsfaser under graviditeten. De tre faserna *fusion*, *differentiering* och *separation* beskriver tillsammans kvinnans psykologiska förändringar under graviditeten och sammanfaller med graviditetens trimestrar (Raphael-Leff, 1991).

Den första fasen, *fusion*, karaktäriseras av ambivalens inför graviditeten, humörsvängningar och en osäkerhet inför kroppsliga förändringar. Kvinnan pendlar mellan att känna sig överväldigad av graviditeten och att vara omedveten om graviditeten. Trötthet, glömska och koncentrationssvårigheter är vanliga upplevelser. Kvinnan tänker på sin egen barndom och relationen till sin mamma. Självbildens förändras och gradvis börjar kvinnan se barnet som en del av sin kropp och sig själv som blivande mamma. De sista veckorna i den första fasen kan innebära oro för missfall (Raphael-Leff, 1991).

Under den andra fasen, *differentiering*, fokuserar kvinnan tankarna på barnet i magen. Känslan av att inte vara ensam är påtaglig. Var hon än är, ensam eller tillsammans med andra, är barnet också med. Kvinnan börjar se barnet som en egen individ och hon är uppmärksam på barnets rörelser. Kvinnan rör vid magen, pratar med barnet, fantiserar om dess utveckling, utseende och personliga egenskaper. Kvinnan pendlar mellan att vilja spendera tid ensam och fokusera på graviditeten för att andra dagar känna att hon drunknar i graviditeten och vill vara social. Tankar om det nya livet som mamma uppstår och kvinnan förbereder för barnets ankomst (Raphael-Leff, 1991).

Den tredje fasen, *separationsfasen*, börjar då kvinnan förstår att barnet skulle kunna överleva utanför hennes kropp. Fasen präglas av förberedelse inför förlossningen. Oron för barnet ökar men de flesta kvinnor känner självtillit, de är bättre på att tyda hur barnet mår och söker vård om exempelvis barnets rörelsemönster förändras. Kvinnan både längtar till och är orolig inför förlossningen som uppfattas som en livsomvälvande händelse. Förstföderskan kan ibland tvivla på sin och den eventuella partners kapacitet att bli föräldrar, eftersom situationen är ny för dem och föräldrskapet är ett livslångt åtagande. Kvinnan längtar efter mötet med sitt barn

men kan känna oro för hur hon kommer agera, både känslomässigt och kroppsligt, under förlossningen. Förlossning på sjukhus kan förvärra dessa känslor eftersom det innebär närvaro av okända personer. Framför allt förstföderskan undrar hur förlossningen kommer bli, om kroppen kommer visa sig trovärdig eller inte och hur smärtan kommer hanteras (Raphael-Leff, 1991).

Förlossningsförberedelser

Barnmorskan ska enligt kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska (2018) erbjuda gravida kvinnor stöd individuellt och i grupp inför förlossning och föräldraskap. I Sverige ingår sedan 1980-talet förberedelse inför förlossningen som en del i föräldrautbildningen, FUB, (Socialstyrelsen, 1984). FUB syftar till att stärka blivande föräldrar och ge dem verktyg under graviditet, inför kommande förlossning och framtida föräldraskap (SOU 2008:131). Från och med september 2018 erbjuds förstföderskor och kvinnor med tidigare kejsarsnitt samt deras eventuella partner och stödperson inom Närhälsan i Göteborg att kostnadsfritt delta i den förlossningsförberedande kursen Föda utan rädsla, FUR (personlig kommunikation med L. Swanson, samordningsbarnmorska i Göteborg, 10 maj 2019).

Föda utan rädsla

FUR är en metod som vänder sig både till förstföderskor och omföderskor. Kvinnor med förlossningsrädsla eller som önskar redskap för att hantera förlossningen har användning av metoden (Heli, 2009). Modellen är välanvänd och riktar sig såväl till gravida kvinnor som barnmorskestudenter och barnmorskor verksamma på barnmorskemottagning eller på förlossning (Heli & Svensson, 2017).

Metoden bygger på fyra verktyg som hjälper den födande kvinnan att undvika stress och rädsla. Målet är att öka aktiveringen av det parasympatiska nervsystemet vilket genererar lugn och ro. De fyra verktygen grundas på fysiologisk kunskap och fungerar därför helt fristående eller som kombination till andra tekniker att hantera förlossningen. Verktygen innebär att kvinnan med hjälp av sin andning, avspänning, röst och med tankens kraft motverkar rädsla och aktivt arbetar för att bryta tillstånd av stress för att istället skapa kraft och trygghet att föda. Andningen är lugn och ljudlös genom hela värken. Kvinnan strävar efter att vara avspänd och tung i kroppen. Rösten har ett mörkt läge. Tankens kraft är ett av de mest kraftfulla verktygen där kvinnan och hennes eventuella partner genom kognition hanterar förlossningen. Modellen fokuserar även på att ge partnern möjlighet att hjälpa den födande kvinnan genom förlossningen. Verktygen är enkla för både kvinnan och partnern att använda under födandets alla faser och kan användas var för sig eller tillsammans (Heli, 2009).

Barnmorskans förhållningssätt under förlossningen

Kontinuerligt stöd från en barnmorska och tillförsikt är viktiga faktorer för kvinnor under förlossningen men barnmorskor har olika arbetssätt. En del barnmorskor utför medicinska interventioner i större utsträckning än andra med avsikt att påskynda förlossningsförloppet. Barnmorskans ideologi och förståelse för yrkets profession påverkar hur möjligheten att ge kontinuerligt stöd utnyttjas. Ju bättre barnmorskan känner till effekterna av kontinuerlig närvaro under förlossningen desto mer engagerad är hen i att göra kvinnan trygg och självsäker. Genom kontinuerlig närvaro bidrar barnmorskan till en lyckad förlossningen utan att rutinmässigt utföra interventioner. Dock kan den gravida kvinnan påverka huruvida barnmorskan väljer att utföra interventioner eller inte. En möjlig orsak kan vara att kvinnan är ivrig att avsluta förlossningen (Aune, Amundsen & Skaget Aas, 2014).

Att värna om det normala

Barnmorskor strävar efter att främja den normala förlossningsprocessen (Dahlen & Caplice, 2014). Balans mellan aktivitet och vila, icke-medicinsk smärtlindring och en lugn miljö skapar förutsättningar för detta (Aune, Holsether, Kristensen & Tinholt, 2018). Rädsla för att orsaka en negativ förlossningsupplevelse för kvinnan, vilket inkluderar att störa förlossningsförloppet, utföra medicinska interventioner eller orsaka trauma förekommer. Den största rädslan är perinatal eller neonatal död (Dahlen & Caplice, 2014). Enligt Copeland, Dahlen och Homer (2014) har barnmorskor kunskap och förståelse om fördelar med normal förlossning. Genom att kvinnan informeras om förlossningsförloppet görs hon delaktig och en tillitsfull, vårdande relation kan skapas (ibid.). Målet är att kvinnan ska känna delaktighet och kontroll under förlossningen. Ibland vägleder barnmorskan kvinnan i förlossningsarbetet, exempelvis genom att föreslå olika positioner och smärtlindringsmetoder i syftet är att främja en normal förlossning och minimera risken för komplikationer för mor och barn (Aune m.fl., 2018). Enligt Copeland m.fl. (2014) upplever barnmorskor att de behöver försvara sitt ansvarsområde, den normala förlossningen, för att kunna företräda kvinnan. Medicinska riktlinjer och samarbete mellan barnmorskor och obstetiker kan påverka barnmorskans handläggning av den normala förlossningen med risk för konflikter och fler medicinska interventioner (ibid.). Barnmorskor behöver inte involvera obstetiker under en normal förlossning. Barnmorskors åsikter går isär kring huruvida detta önskemål respekteras av obstetiker eller inte (Aune m.fl., 2018).

Att övervaka och informera om förlossningsförloppet

Uppmärksamhet på den fysiologiska processen och kontroller för att se att förlossningen går framåt, exempelvis genom vaginala undersökningar prioriteras av barnmorskan. Barnmorskors främsta anledning att vistas i förlossningsrummet är att utföra medicinska kontroller. I samband med dessa får kvinnan dock barnmorskans fulla uppmärksamhet och barnmorskan inväntar kvinnans godkännande i syfte att förmedla trygghet. Barnmorskan bjuder in kvinnan och hennes eventuella partner att delta i olika beslut. Barnmorskan ger främst praktisk och medicinsk information (Thorstensson, Ekström, Lundgren & Hertfelt

Wahn, 2012). Enligt Aune m.fl. (2014) är barnmorskans egen åsikt om vård och stöd under förlossningen avgörande för vilket stöd kvinnan får under förlossningen. Barnmorskor upplever en otillräcklighet på grund av alltför låg bemanning på förlossningsavdelningen, vilket leder till att barnmorskor vårdar flera födande kvinnor samtidigt. I dessa situationer är det vanligare att barnmorskor förlitar sig på kontinuerlig fosterövervakning med kardiokografi (CTG) och smärtlindring i form av epiduralbedövning istället för att erbjuda kontinuerligt stöd (ibid.).

Kvinnors upplevelser av kontroll under graviditet och förlossning

Begreppet kontroll är omfattande, har många betydelser inom olika genrer och är synonymt med övervakning, tillsyn, granskning och styrning (NE, 2019). Social kontroll omfattar de strukturer som påverkar individer att utföra handlingar utifrån rådande normer och regler i samhället. Intern kontroll är ett förlopp där individen införlivar samhällets normer som en del av sin personlighet (NE, 2019). Politiskt är begreppet förknippat med rätten att styra, döma och fatta beslut. Ur ett tekniskt perspektiv kan kontroll ses som ett hjälpmedel för reglering eller för att styra en produkt. Inom forskning används en kontrollgrupp för jämförelse av resultat mellan två grupper (Free Dictionary, 2019). Inom förlossningsvården är kontrollförlust förenat med sämre förlossningsupplevelse, postpartumdepression och posttraumatiska stressymtom (Ford, Ayers & Wright, 2009). I en begreppsanalys med syfte att kartlägga kvinnors förlossningsupplevelser framkommer att kontrollförlust leder till sämre perinatalt utfall vilket medför hälsoekonomiska konsekvenser (Larkin, Begley & Devane, 2009).

Kontroll genom stöd

Enligt Lundgren (2004) benämns graviditet och förlossning som barnafödande. Barnafödandet beskrivs som en transition, en övergång till det okända där kvinnan möter sin livssituation på ett oåterkalleligt sätt. Upplevelsen av kontroll är väsentlig för kvinnan när det okända infinner sig. Barnmorskans stöd i samband med förlossningsprocessen beskrivs med begreppet förankrad följeslagare. Att öka kvinnans självförtroende och uppmuntra den födande att närvara i transitionen är en konst som kräver en förtroendefull vårdrelation. Genom närvaro kan barnmorskan hjälpa kvinnan att möta det okända utan rädsla, öka kvinnans tilltro till den egna kroppen och på hennes förmåga att hantera förändringen (ibid.). Omfödelskor upplever en högre känsla av kontroll än förstfödelskor där begreppet associeras till den kroppsliga dimensionen av att ha kontroll över sin kropp. Bristande stöd från barnmorskan genererar en sämre förlossningsupplevelse (Hildingsson, 2015). I en Cochrane review framkommer att kontinuerlig närvaro av barnmorskan under förlossningen påverkar förlossningsupplevelsen positivt, minskar antalet interventioner under förlossningen samt minskar behovet av smärtlindring (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2012). Barnmorskor som skämtar och småpratrar under förlossningen inger trygghet, då kvinnan tolkar det som att barnmorskan har kontroll över situationen (Thorstensson m.fl., 2012).

Kontroll genom information

Kommunikation mellan barnmorskan och den födande kvinnan är en av grundstenarna för upplevelsen av kontroll under förlossningen. Extern kontroll innebär kontroll över miljön, vad som sker och över beslut som fattas. Detta påverkar kvinnans subjektiva känsla av kontroll och hennes copingstrategier (O'Hare & Fallon, 2011). Att få kontinuerlig information om det normala förlossningsförloppet är stärkande för kvinnan. Det ökar hennes känsla av kontroll över vad som görs och vilka beslut om åtgärder som sker tillsammans med eller för kvinnan (Namey & Lyerly, 2010). Kommunikation är mer än det som sägs och innefattar såväl kroppsspråk, barnmorskans förmåga att visa närhet och beröring med kvinnan samt förmågan att lyssna och vara tyst. Barnmorskor beskrivs som goda kommunikatörer. Barnmorskan har en betydelsefull roll i att förbereda kvinnan för den oförutsägbara händelse som förlossningen innebär men skall samtidigt framhäva förlossningen som en fullständigt normal och fysiologisk händelse (O'Hare & Fallon, 2011).

Kontroll över kroppen

Kvinnor upplever ängslan för att känna sig blottade och utsatta under förlossningen. De är osäkra kring huruvida detta kommer hindra dem att hantera förlossningen. Med en närvarande och uppmärksam barnmorska, upplever kvinnan en känsla av styrka under förlossningen (Dahlberg m.fl., 2016). Den kroppsliga dimensionen av kontroll hos födande kvinnor beskrivs som kvinnans förmåga att känna kontroll över sin kropp, känslor och smärtupplevelsen (Dahlen m.fl., 2009). Enligt Hildingsson (2015) associeras kontroll främst till kvinnans förmåga att ha kontroll över kroppen. Att barnmorskor använder varma handdukar mot perineum under barnets framfödande bidrar till en ökad känsla av kroppslig kontroll (ibid.). Smärta kan bidra till kontrollförlust vilket långsiktigt bidrar till en negativ förlossningsupplevelse (Henriksen, Grimsrud, Schei & Lukasse, 2017). Henriksen m.fl. (2017) får stödjer Namey och Lyerly (2010) som konstaterar att smärtlindring kan öka kvinnans känsla av kontroll då kvinnan ges möjlighet att fokusera på annat än enbart smärtan. Att kvinnan genom smärtlindring kan kontrollera ett oönskat beteende, som svordomar eller skrik, ger även en ökad känsla av kontroll (Namey & Lyerly, 2010). Enligt Ford m.fl. (2009) kan dock negativa biverkningar av ryggbedövning, såsom mental påverkan av opioider, minska upplevelsen av kroppslig kontroll.

Kontroll genom delaktighet

Känslan av att vara osynlig och icke-delaktig leder till kontrollförlust (Elmir, Wilkes & Jackson, 2010; Stankovic, 2017). Enligt 1 §, kap. 5, i patientlagen (2014:821) ska *hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten*. Enligt Namey och Lyerly (2010) kan barnmorskan öka kvinnans känsla av kontroll under förlossningen genom att främja hennes självbestämmande. Om kvinnan känner sig delaktig i de beslut som fattas ökar hennes känsla av självbestämmande vilket bidrar till en förbättrad förlossningsupplevelse (ibid.). Kvinnans känsla av kontroll ökar då personalen tar hänsyn till hennes behov och önskemål (Ford m.fl., 2009). Dock finns det tillfällen då kvinnor istället uppskattar när personalen tar över beslutsfattandet vilket leder till ökad känsla av trygghet

(Tiedje & Price, 2008). Enligt Bibeau (2014) beskrivs delaktighet som möjlighet att framföra önskemål, besluta om interventioner samt att ställa frågor till personalen. Avsaknad av valmöjligheter och otillräcklig kontroll över processen leder till missnöje hos kvinnorna. Upplevelsen av att vara involverad i förlossningsrelaterade företeelser som val av vårdgivare, förlossningsplats och medicinska interventioner leder till ökad känsla av kontroll (ibid.). Födelseplats och rätt till självbestämmande är viktiga delar för den upplevda kontrollen (Lindgren & Erlandsson, 2010). Kvinnan kan själv öka sin delaktighet inför förlossningen. Genom ett skrivet förlossningsbrev förbereder sig kvinnan aktivt inför förlossningsförloppet, tar kontroll och får därigenom en bättre förlossningsupplevelse (Kuo m.fl., 2010).

Sambandet mellan förväntningar och förlossningsupplevelse

Kvinnors förväntningar inför förlossningen gällande stöd från barnmorska och partner, delaktighet, känsla av kontroll och barnmorskans närvaro skiljer sig beroende på sociodemografiska faktorer som ålder, paritet, utbildningsnivå och civilstånd. Då förväntningar inte uppfylls upplever samtliga kvinnor en mindre positiv förlossningsupplevelse. Förstföderskor har högre förväntningar än omföderskor på stödet från barnmorskan och från sin partner. Kvinnor yngre än 25 år har högre förväntningar på att vara delaktiga i beslutsfattande och att behålla sin kontroll genom förlossningen. Kvinnors psykiska välmående och hälsa påverkar deras förväntningar och kvinnor med negativa känslor inför förlossningen uttrycker mer behov av stöd från barnmorskan. Förstföderskor och kvinnor som genomgår akut kejsarsnitt skattar sin delaktighet lägre än övriga kvinnor. Omföderskor och kvinnor med högre utbildningsnivå upplever ökad känsla av kontroll under förlossningen. Barnmorskans närvaro under förlossningen är högre än vad kvinnor förväntar. Trots detta är det upplevda stödet från barnmorskan under förlossningen mindre än förväntat (Hildingsson, 2015).

I en begreppsanalys av kontroll under förlossningen framkommer att de förväntningar kvinnan har om kontroll under graviditeten påverkar upplevelsen av kontroll under förlossningen (Meyer, 2013). Det finns ett samband mellan kvinnors förväntningar om deras kommande förlossning och deras skattade förlossningsupplevelse. Hög inkongruens mellan kvinnans förväntningar och den upplevda erfarenheten leder till sämre förlossningsupplevelse. Den mer medicinskt inriktade förlossningsvården kan påverka kvinnans känsla av kontroll och leda till en mindre positiv förlossningsupplevelse. Kvinnor som upplever extern kontroll har mer positiva känslor och är mer nöjda med vården. Extern kontroll definieras som kontroll över miljön och medverkande personal. Det är av stort värde att diskutera kvinnors förväntningar inför kommande förlossning med syfte att uppnå ökad tillfredsställelse (Preis, Lobel & Benyamini, 2019).

Teoretisk modell

Känsla av sammanhang

Teorin ”känsla av sammanhang” (KASAM) bygger på tre komponenter; *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet* (Antonovsky, 1987). Sociologen Antonovsky mötte under 1960-talet kvinnor som överlevt andra världskriget med god psykisk hälsa och började studera vad som orsakade hälsa (Antonovsky, 1979). Begreppet *salutogenes*, hälsans ursprung, är centralt i KASAM där fokus riktas mot faktorer som leder till och vidmakthåller hälsa istället för vad som orsakar sjukdom. Komponenterna i KASAM styr en persons mående när den ställs inför komplicerade situationer. Hög grad av KASAM leder till bättre förmåga att hantera stressiga och komplicerade händelser (Antonovsky, 1987).

Begriplighet innebär en förståelse för inre och yttre stimuli. Det som sker bör vara förutsägbart, strukturerat och begripligt. Hög känsla av begriplighet innebär att personen förväntar sig att framtida händelser är förutsägbara. När händelser inträffar oväntat går de åtminstone att tolka. *Hanterbarhet* omfattar upplevelsen av att ha verktyg och resurser för att bemästra livshändelser. Hög känsla av hanterbarhet innebär att personen lättare klarar av svåra händelser och ser dessa som viktiga erfarenheter. *Meningsfullhet* betyder att de situationer en person ställs inför anses värda att kämpa för och att livet har en känslomässig betydelse. Hög känsla av meningsfullhet innebär att personen känner delaktighet och känner att en svår situation har ett syfte (Antonovsky, 1987).

Antonovsky (1987) menar att KASAM från 30-årsåldern är stabilt under resten av livet. Enligt Hildingsson (2017) är KASAM högre två månader efter förlossningen jämfört med i tidig graviditet och är kopplat till kvinnans sociodemografiska bakgrund, attityder och känslor. Ett år efter förlossningen har KASAM återgått till samma nivå som under tidig graviditet. Vara ensamstående, födelseland utanför Sverige, rökning, låg utbildningsnivå samt ålder yngre än 25 år är enskilda faktorer som var för sig leder till lägre KASAM. Stress och osäkerhet i föräldraskapet är även mer förekommande hos kvinnor med låg KASAM (ibid.).

Problemformulering

Att barnmorskan arbetar förebyggande och hälsofrämjande genom att möta, lyssna och uppmärksamma den gravida kvinnans förväntningar inför kommande förlossning är avgörande för den kommande förlossningsupplevelsen. Begreppet kontroll återkommer i flertalet tidigare studier med varierande förklaring av dess innebörd. Kvinnan förbereder sig praktiskt och mentalt inför förlossningen, framför allt under graviditetens tredje trimester. Kvinnans förväntningar om kontroll under graviditeten inför den kommande förlossningen påverkar den upplevda kontrollen senare under förlossningen. För att vårda den gravida kvinnan under förlossningen utifrån hennes individuella behov av kontroll behövs ökad kunskap om vad som ingår i begreppet kontroll utifrån den gravida kvinnans perspektiv. Den ökade kunskapen kan ge barnmorskor större möjlighet att möta den enskilda kvinnan och tillgodose hennes individuella önskemål. Förstföderskor riskerar i större utsträckning att uppleva en negativ förlossningsupplevelse där bristande kontroll är en bidragande orsak. Tidigare studier har främst fokuserat på att efter förlossningen ta reda på hur kvinnans upplevelse av kontroll var under förlossningen. Det saknas kunskap om hur kvinnor som väntar sitt första barn beskriver kontroll inför den kommande förlossningen.

Syfte

Att undersöka hur gravida förstföderskor beskriver kontroll inför kommande förlossning.

Metod

Ansats

En kvalitativ intervjustudie som utgår från ett livsvärldsperspektiv har valts. Livsvärldsperspektivet innebär en vilja att försöka förstå kvinnans levda värld (Dahlberg, 2014). För att uppnå förståelse för kvinnans tankar om kontroll inför kommande förlossning startade intervjuerna med en öppen fråga, därefter ställdes följdfrågor utifrån kvinnans berättelse. Kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) har valts för att undersöka hur förstföderskor beskriver kontroll inför kommande förlossning. Trovärdighet handlar om hur forskarens förförståelse har påverkat arbetet. Förförståelsen utgörs av forskarens tidigare kunskap om fenomenet, ökar möjligheten att inhämta ny kunskap och därmed bidra till en större förståelse (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Att inte använda en intervjuguide med i förväg formulerade frågeområden var ett medvetet val i syfte att minska förförståelsens påverkan på resultatet. Under analysprocessen jämfördes kontinuerligt meningsenheter och koder mot den transkriberade texten för att säkerställa att förförståelsen inte påverkade tolkningen.

Urval

Sex kvinnor intervjuades. Kvinnorna rekryterades via ett offentligt delat inlägg på Facebook där studien beskrevs i korta drag. Vid intresse för att delta tog kvinnorna kontakt för mer information om deltagande i studien. Kvinnor som uppfyllde studiens inklusionskriterier välkomnades att delta. Deltagarinformation (Bilaga 1) och blankett för informerat samtycke (Bilaga 2) skickades via mail. Inklusionskriterier: gravid förstföderska, ålder ≥ 18 år, enkelbörd, normal graviditet och graviditetsvecka 28+0 - 41+6. Exklusionskriterier: icke svensktalande, kvinnor som ska föda med planerat kejsarsnitt eller kvinnor som under graviditeten vårdats av någon av ansvariga för studien. En kvinna som anmälde sitt intresse att delta valde att före intervjun avbryta sitt deltagande. Deltagarna var mellan 20 och 32 år gamla, med ett medelvärde på 29 år. De befann sig mellan graviditetsvecka 28+1 och 37+2. Samtliga var gravida för första gången och sammanboende med den blivande medföräldern. Två kvinnor hade gymnasial utbildning och fyra eftergymnasial utbildning. Samtliga var födda i Sverige.

Datainsamling

Datainsamling genomfördes med intervjuer på en plats som kvinnorna själva valde. Alla kvinnor valde att intervjuas i det egna hemmet. Intervjuerna genomfördes i Västra Götalandsregionen under april månad 2019 och varade mellan 24 till 48 minuter med en medellängd på 36 minuter. Efter intervjupersonernas godkännande genomfördes samtliga intervjuer gemensamt där en huvudsakligen höll i intervjun. Antalet intervjuer fördelades lika. Bisittaren förde anteckningar och ställde vid behov följdfrågor. Intervjuerna spelades in med hjälp av diktafon. Samtliga intervjuer startade med muntlig genomgång av deltagarinformationen (Bilaga 1) och kvinnorna gavs tillfälle att bekräfta att de förstätt studiens syfte och fick skriva på ett informerat samtycke (Bilaga 2). Alla intervjuer inleddes med frågan: "Kan du berätta för oss hur du tänker om kontroll inför och under din kommande förlossning? Därefter ställdes uppföljande och sonderande frågor. Livsvärldsperspektivet tillämpades genom att utgå från en öppen fråga där kvinnans berättelse kom i fokus. Slutligen tillfrågades kvinnorna om de hade något att tillägga. Bisittaren gavs möjlighet att ställa kompletterande frågor.

Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) användes som analysmetod. De inspelade intervjuerna lyssnades igenom flera gånger och transkriberades därefter i nära anslutning till intervjutillfällena. Texterna infogades i ett gemensamt dokument för vidare bearbetning och analys. Genom att texten lästes igenom flera gånger identifierades meningsenheter, delar av texten som genom sitt innehåll och sammanhang hör samman. Dessa kondenserades, det vill säga texten förkortades, utan att väsentliga delar förlorades. Den kondenserade meningsenheten abstraherades sedan och försågs med en kod som är en kort beskrivning av innehållet i en meningsenhet. Koder med likartat innehåll sammanfördes och bildade underkategorier som sedan bildade kategorier. Analysprocessen presenteras i bilaga 3. Kategorierna täckte den insamlade datan och ingen data uteslöts för att det saknades en lämplig kategori. Kategorier svarade på frågan vad och gav en beskrivande återspeglning av innehållet i koderna.

Etiska överväganden

Det grundläggande syftet med forskningsetik är att skydda den enskilda individens integritet och att skydda tilltron till vetenskapssamhället (Cöster, 2014). Kvinnorna erhöll tydlig skriftlig information gällande deras rättigheter samt datahantering. All insamlad data och personuppgifter förvarades i ett låst skåp i enlighet med konfidentialitetskravet (Vetenskapsrådet, 2002). Hantering av personuppgifter reglerades till och med maj 2018 av personuppgiftslagen (SFS 1998:204) som därefter ersattes av dataskyddsförordningen, The General Data Protection Regulation, GDPR, (Dataskyddsförordningen, 2016/679). All persondata har behandlats konfidentiellt enligt Helsinforsdeklarationen (World Medical Association, 2013) i avsikt att minska för att skada deltagarnas integritet och personlighet.

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) syftar till att skydda enskilda individer och respektera människovärdet. Studien har utförts i enlighet med Nürnbergkodexen det vill säga informerat samtycke från deltagarna inhämtades och att målet med studien är att bidra till goda konsekvenser för samhället (Codex, 2018).

Information om studien (Bilaga 1) skickades via mail till deltagarna inför intervjuerna. Informerat samtycke insamlades från deltagarna inför intervjuernas start och information gavs om deras möjlighet att avbryta sitt deltagande om så önskades. Kvinnorna informerades om möjligheten att ta del av examensarbetet efter studiens avslut. Etiskt godkännande har inte begärts inför studien då forskningsstudier eller teoretiskt arbete som genomförs inom ramen för högskolearbete på grund- eller avancerad nivå är undantag från lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460).

Insamlad data kommer enbart användas till detta examensarbete, vilket kvinnorna informerades om i enlighet med nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Samtliga deltagare erbjöds efter avslutad intervju att samtala om såväl intervjusituationen som graviditet och kommande förlossning.

Resultat

Efter analysprocessen av intervjuerna med förstföderskor om deras beskrivning av kontroll inför kommande förlossning framkom sex kategorier och 14 underkategorier som presenteras i tabell 1.

Tabell 1 Kategorier och underkategorier

KATEGORIER	UNDERKATEGORIER
Delaktighet	Vara redo Veta vad som sker Chans att påverka
Inställning	Positiva känslor Följa och låta sig ledas
Stöd	Engagerad partner Samspel med barnmorskan
Skydd	Möjlighet till smärtlindring Tillgång till specialistkunskap
Sårbarhet	Vara utlämnad Känna ovisshet Vara orkeslös
Kaos	Känna panik Bli förändrad

Resultatet redovisas utifrån de sex kategorierna där innehållet beskrivs under respektive underkategori. Använda citat redovisas bokstavligen och respektive deltagare refereras till med en siffra. Mindre grammatiska korrigeringar i citaten har utförts för att underlätta läsningen.

Delaktighet

Vara redo

Ett behov av att förbereda sig inför sin kommande förlossning för att uppleva kontroll uttrycktes men det var svårt i en okänd situation. Att veta när det är dags att åka in och vetskapen om att på förlossningen mötas av en barnmorska var positiv och ansågs leda till en känsla av kontroll.

Genom att själva via Internet läsa på om olika avslappningstekniker, läkemedel, smärtlindringsmetoder och kejsarsnitt förberedde sig kvinnorna aktivt. Ett annat sätt att förbereda sig var genom att ta del av andra kvinnors upplevelser av graviditet och förlossning. Öppenhet inför olika typer av förberedelser och en hunger efter kunskap beskrevs. I samtal med barnmorskan på barnmorskemottagningen fick kvinnorna fördjupad information om andnings- och avslappningstekniker, smärtlindringsmetoder samt stress- och smärthantering. Dessa samtal bidrog till lugn och kontroll. Barnmorskan spelade också en roll i att påminna kvinnorna om vad de borde läsa på inför förlossningen. Kvinnorna beskrev att informationen från barnmorskan bör inriktas på vad kvinnan själv kan styra under förlossningen, exempelvis positioner som underlättar födandet och tillgängliga hjälpmedel. Oavsett tidigare kunskaper bör informationen vara uttömmande och lika till alla. Förlossningen var en oförutsägbar händelse som kan starta när som helst. Att veta hur förlossningen kan starta, hur förvärkar och sammandragningar känns och hur det normala förlossningsförloppet kan se ut underlättade för att ändå känna sig förberedd och ha kontroll.

För att vara redo inför förlossningen deltog många kvinnor och deras partners i förlossningsförberedande kurser som till exempel Föda utan rädsla. Kursen ansågs värdefull framför allt för partnern. Att på förhand veta att smärtan under värkarbetet är ofarlig och positiv sågs som ett verktyg för att känna kontroll. Den samlade kunskapen från egen inläsning, samtal med barnmorskan och förlossningsförberedande kurser bidrog till lugn och en vilja att föda. Genom att samla fokus och kraft förberedde kvinnorna sig inför förlossningen. Ett skrivet förlossningsbrev hjälpte dem på vägen och gav en känsla av kontroll.

Just vara medveten om att det inte behöver gå 40 veckor eller 42 veckor vet jag ju liksom det att det kan hända närsomhelst, det får mig till att känna mig trygg också även att jag oftast är hemma på dagarna. Jag har allt hemma som jag behöver ha, ehm jag har nära och kära runt omkring som vet att det kan hända när som helst och är redo att släppa sådana saker får till att bidra med kontroll och trygghet (1)

Veta vad som sker

Det fanns en vilja att vara närvarande i tid och rum under förlossningen. En förutsättning för detta var att barnmorskan kontinuerligt berättar vad som händer och vad hon gör, exempelvis om barnets nedträngande, undersökningar och medicinska interventioner. Det ansågs även värdefullt att förberedas inför fysisk beröring.

Det krävdes nödvändigtvis inte detaljerad information under förlossningen utan essensen var att bli förankrad i vad som görs och varför. Att förstå vad som händer i kroppen ansågs värdefullt för att ha kontroll. Förståelsen att det som sker inte är farligt, att smärtan är positiv, ansågs kunna ge kvinnan kontroll under förlossningen. I en oväntad, akut situation eller när kvinnan inte själv kan se eller känna vad som händer, exempelvis vid vaginala undersökningar, är det värdefullt att barnmorskan berättar då förståelse skulle bidra till kontroll. För att veta och förstå vad som sker är kvinnorna beredda att ställa frågor till barnmorskan. Dialogen mellan den födande och barnmorskan ansågs viktig där barnmorskan bör vara rak och tydlig. Repetition av tidigare inhämtad kunskap från förlossningsförberedande kurser, samtal med barnmorska på barnmorskemottagningen samt egen förberedelse ansågs värdefullt. Att fysiskt känna när barnet föds förväntades ge kontroll.

Man vill ju va med på det som händer annars kan ju alltså, jag vet ju det är väl ganska vanligt att man får sån här förlossningsdepression och det är väl kanske ännu vanligare om man då inte har känt av att det har kommit ut ett barn liksom. Att det att det kanske blir att man förnekar det på nåt vis då (4)

Chans att påverka

En vilja att själv få välja och ta beslut i så hög utsträckning som möjligt under kommande förlossning beskrevs. Möjligheten att vara fysiskt aktiv under förlossningen leder till en känsla av kontroll. Att kunna påverka, ha önskemål, ställa krav och säga ifrån innebär att ha kontroll. Vikten av att själv kunna välja smärtlindring och möjlighet att påverka smärtlindringen under förlossningens gång, exempelvis genom att ge sig själv bolusdoser, återgavs. Närvaro av studenter ville de själva styra över, där barnmorskestudenter ansågs se individen vilket bidrar till kontroll. Att barnmorskan respekterar den personliga sfären betraktades värdefullt. Känslan av att förväntningar införlivades, att barnmorskan genom sina handlingar visade att hon hade hört kvinnan upplevdes som positivt och gav kontroll.

Jag föreställer mig i alla fall att jag kommer ha bra möjligheter att påverka, jag tror att dom kommer lyssna på vad jag säger och känner och tycker (3)

Inställning

Positiva känslor

Att ha en lugn, öppen och positiv attityd samt att känna hopp under förlossningen leder till upplevd kontroll. Det fanns tillit till att barnmorskan alltid gör sitt yttersta för den födande

och det ofödda barnet under förlossningen. Att föda barn sågs som en spännande livshändelse delvis då det upplevdes häftigt att inte veta hur förlossningen kunde vara. Kvinnorna försökte visualisera att förlossningen kommer gå bra då generationer av kvinnor har gått igenom samma sak. Målbilden, att efter förlossningen ha ett barn, var drivkraften i födandet. Kvinnorna behöll sin känsla av kontroll genom att inte tänka det värsta, det vill säga att kvinnan eller det ofödda barnet skulle skadas eller dö.

Att man försöker hålla rätt, då menar jag en lugn mindset helt enkelt och försöka hålla den under tiden som förlossningen sker. Försöker och ta det, försöker vara lite öppen flexibel och förstå att nu är vi på gång nu ska vi köra (2)

Följa och låta sig ledas

För att hantera det som kommer under förlossningen behövdes tillit till den egna kroppens förmåga att föda barn vilket bidrog till en känsla av kontroll. Att vara i nuet underlättades av tillit och gav vägledning att hantera värkarbetet samt att se varje värk som ett steg närmre mötet med barnet. För att hantera smärtan ansågs det grundläggande att behålla lugnet och följa kroppen.

Jag försöker ha en inställning att jag ska "go with the flow" hela förlossningen liksom att, jag kan inte veta hur det kommer att bli, det blir som det blir (3)

För att låta sig ledas av barnmorskan var tillit till barnmorskan avgörande och gav en känsla av kontroll. Tillit och förtroende medförde en förmåga att låta barnmorskan komma med förslag och genomföra olika åtgärder under förlossningen. I situationer som inte gick att påverka, exempelvis kejsarsnitt, uttrycktes att det var barnmorskans ansvar att ta över för att lösa problemet. I den nämnda oväntade situationen kunde tillit göra att kvinnorna överlämnade kontrollen över sitt och det ofödda barnets liv till barnmorskan med lugnet i behåll. Att lämna över kontrollen beskrevs som frivilligt och nödvändigt.

Stöd

Engagerad partner

Att känna stöd och trygghet från en närvarande partner var för kvinnorna en betydelsefull och väsentlig del för att uppleva kontroll inför och under kommande förlossning. Genom att vila på en gemensam grund, vara överens och samspelta uttryckte kvinnan att hon tillsammans med sin partner skulle klara förlossningen. Kvinnan och partnern var överens men förlossningen ansågs främst vara kvinnans ensak då det handlade om hennes kropp. Partnern förberedde sig hemma om hur stödet kunde se ut och genom att vara eniga kunde risken för att känna sig överkörda under förlossningen minskas och kontroll bibehållas.

Eftersom ens partner hela tiden är på rummet tänker jag att då kanske man pratar om hur man känner och alltihopa och slippa berätta det en gång till så kan han berätta det för barnmorskan (5)

En förutsättning för att kvinnan skulle känna kontroll var att partnern var påläst och insatt i förlossningsprocessen samt flexibel och öppen inför att förloppet och kvinnans önskemål kunde ändras. Kvinnan föreställde sig att partnern tar kontroll under förlossningen då hon själv inte kan genom att lyssna, säga ifrån, förmedla hennes önskemål och vara hennes röst. Att samarbetet mellan förlossningspersonalen och partnern skulle fungera var betydande för känslan av kontroll. Partnern var även en symbol för lugn och trygghet för kvinnan. Förlossningen antogs vara påfrestande även för partnern. Kvinnan uppskattade och upplevde kontroll om partnern då hade strategier att hantera situationen, komma ner i varv samt gavs möjlighet till vila. Att få hjälp och stöd från den person som står kvinnan allra närmast uttrycktes som en ynnest.

Samspel med barnmorskan

Kvinnorna litade på att bli omhändertagna vid ankomst till förlossning. Barnmorskan beskrevs som en trygg person som känner av vad den födande behöver och den som ger lugnande råd. Det fanns förtroende och tillit till barnmorskor som arbetar på förlossningen vilket ledde till ökad känsla av kontroll inför kommande förlossning. Genom att bli lyssnade på och sedda trodde kvinnorna att en tillitsfull relation kunde skapas. Barnmorskorna avbildades som säkra, kompetenta och handfasta personer. Önskemål om rådgivning och vägledning under förlossning beskrevs och samarbetet med barnmorskan var ett medel för att nå kontroll. Samspel med och stöd från barnmorskan ansågs särskilt betydelsefullt under barnets framfödande.

Man ska förlösa sitt barn och lägga så mycket tillit till någon annan att det går bra eller ja att det ska gå bra att man då litar på att människan som jobbar med det gör sitt bästa i alla situationer oavsett vad som händer (1)

Kontroll under förlossningen var tillika förknippat med barnmorskans kontroller för att bedöma modermunnens öppningsgrad och hur förlossningen framskred. Förslag om smärtlindring och lägesändringar samt rekommendationer om alternativ gav lugn och verkade stöttande. Att barnmorskan ser, är tillgänglig, bekräftar och är viktig för både kvinnan och hennes partner uttrycktes. Det är kvinnan som föder men båda ska bli föräldrar. Föreställningen var att barnmorskor på förlossningen lyssnar, är förberedda och ger stöd åt kvinnan i den nya situationen. Samtidigt fanns en ovisshet kring att de inte ”klickar” med alla och en möjlighet att byta barnmorska önskades då. Tillsammans med barnmorskan skulle kvinnan klara av sin kommande förlossning där personalen uppmärksammade och bemötte kvinnan beroende på vilket tillstånd hon befann sig i. Att barnmorskan skulle veta om

kvinnans eventuella svagheter och vad kvinnans panik kunde bero på gav kvinnan en känsla av kontroll.

Skydd

Möjlighet till smärtlindring

Koppling mellan möjligheten till smärtlindring och kontroll, där en effektiv smärtlindring gav ökad känsla av kontroll. Smärtlindring som inte påverkar förmågan att föda barn genom inskränkt rörlighet och nedsatt känsel efterfrågades. En öppenhet fanns för användandet av smärtlindring och samtidigt önskemål om att föda utan smärtlindring så länge kvinnan orkade för att bibehålla kontroll. Smärtlindringsmetoder som ryggbedövning kunde även ses som en säkerhet under förlossningen om något akut skulle tillstå och stod då för kontroll i livräddande syfte. Hur smärtan skulle hanteras och upplevas under förlossningen var osäkert. Smärtlindring beskrevs som ett hjälpmedel till återhämtning och återtagande av kontroll.

Jag är inte rädd att förlora kontroll i samband med nån smärtlindring utan snarare kanske tvärtom att om man hittar nåt sätt oavsett vad det är om det är epidural eller kvaddlar eller sitta och hoppa på en boll alltså bara nånting som hjälper så är jag öppen för det ifall det kan få mig att hålla mig lugn och bibehålla kontroll (6)

Tillgång till specialistkunskap

Att välja förlossningsklinik där tillgången till medicinsk specialistvård och hög kompetens fanns gav en känsla av säkerhet och ökade känslan av kontroll inför kommande förlossning. Medicinska kontroller som CTG, avlyssning av fosterljud och ultraljud var för kvinnorna verkliga kvitton på hur hennes ofödda barn mårde och sågs även som ett hjälpmedel för barnmorskan att ha kontroll under förlossningen. De medicinska kontrollerna av det ofödda barnet kunde ge ett lugn men kunde även upplevas som påfrestande. Kontroll uttrycktes även som att det var kvinnans ansvar att hålla koll på fosterrörelser och uppmärksamma tidiga signaler på att barnet inte mårde bra vilket upplevdes krävande. Det fanns därför önskemål om att få göra en kontroll av det ofödda barnets hälsotillstånd på sin ordinarie barnmorskemottagning.

Sårbarhet

Vara utlämnad

Att inte bli lyssnad till eller utebliven respons från barnmorskan genererade rädsla för att förlora kontrollen. Att lämnas ensam på förlossningsrummet eller att inte få hjälp i tid av en stressad och oerfaren barnmorska beskrevs som skrämmande då förlossningen var beräknad till sommarperioden som innebär högt tryck på förlossningen. En oro uttrycktes för att inte hinna in till förlossningen i tid och att föda i bilen. Att skapa förtroende för ny personal vid skiftbyte ansågs problematiskt och beskrevs som en möjlig orsak till att förlora kontrollen.

Förlossningen uttrycktes som en utlämnande resa utan återvändo mot en ny situation där det fanns en bävan för stunden. Tankar om döden uppstod i samtalet kring förlossningen där insikten kom att kvinnan eller det ofödda barnet kunde dö under förlossningen, men det kom inte alltid upp i samtal med barnmorskan på barnmorskemottagningen. Känsla av maktlöshet uppkom av tanken att under kommande förlossning inte se eller känna vad som händer i kroppen, exempelvis med bedövning eller vid kejsarsnitt. Förlossningspersonal som pratar över huvudet eller som inte respekterar den egna sfären kunde öka känslan av att vara utlämnad och objektifierad under kommande förlossning. När inget längre spelar någon roll var det omöjligt att ha eller släppa kontrollen.

I en sån här situation då blir man mer utlämnad på nåt vis... Visst dom vet ju vem jag är, vad jag heter och hur gammal och bla bla bla bla bla men på nåt vis så blir man ju ändå den här, det är hon som ligger och föder (2)

Känna ovisshet

Det var svårt att ha kontroll på grund av ovisshet om hur förlossningen och dess förlopp skulle gå och det var svårt att förbereda sig på något nytt. Det blir inte alltid som önskat och det går inte att planera en förlossning fullt ut. Att inte veta hur smärtan kommer kunna hanteras under förlossningen var otäckt och därför förträngdes den känslan. Insikten fanns att allt kunde gå fel och att det skulle bli svårt att kontrollera akuta situationer. Ett sätt att hantera känslan av ovisshet var tankar om att hellre genomgå ett planerat kejsarsnitt för att bibehålla känslan av kontroll. Förlossningen gestaltades som en dramatisk livshändelse där spelreglerna snabbt kunde förändras. Att inte få svar på sina frågor eller om information uteblev skulle leda till stress, frustration och ilska. Att inte veta vilken personal som gör vad på förlossningsrummet ansågs skapa osäkerhet och kunde leda till minskad kontroll. Kontrollförlust innefattade tillika en känsla av att vara vilsen och orolig. Det fanns en nervositet och ovisshet över att vara hemma under förlossningsarbetet och oro för det ofödda barnet då kvinnan inte kunde styra över förlossningen.

I och med att jag inte vet hur allting går till så blir det ju väldigt svårt att ha kontroll också... eh så att alltså jag har ju lite kontrollbehov liksom av att ha allting planerat in i minsta detalj och det blir ju väldigt svårt att ha det inför en förlossning för det kan ju hända saker som jag inte är alls är redo för eller liksom... köra... om det ligger fel eller nånting och man måste göra kejsarsnitt liksom och det är ju inte lätt att ha kontroll om det blir nåt akut sånt (4)

Vara orkeslös

En långdragen förlossning förväntades inverka på känslan av kontroll då ett utdraget förlopp ansågs påverka energi och ork. Påtaglig trötthet beskrevs kunna orsaka kontrollförlust under kommande förlossning då det saknas tillräcklig ork för att längre bry sig om vad som händer. Information blir då oviktig. Smärta och trötthet går hand i hand och kunde båda ses som komponenter av kontrollförlust. Initiativlöshet kunde uppstå vid utmattning och orkeslösheten var orsaken till att tappa ”allt”.

Man är kanske väldigt trött... man kan nog känna sig att, då tappar man ju sin kontroll och kan känna sig, ja men utlämnad och att man inte orkar och man kanske bara vill att alla ska låta en vara egentligen... (5)

Kaos

Känna panik

Att förlora kontrollen var förenat med panik och av känslan att befinna sig i ett läge av “fight or flight” där hon antingen ville kämpa emot eller springa därifrån. Resultatet av panik beskrevs kunna leda till att kvinnan under kommande förlossning blev blockerad, inte kunde vara lugn och lyssna eller att hon kände sig helt borta. Att känna panik vid ankomsten till förlossningen skulle påverka förståelsen av vad som skedde och leda till ilska. Upplevelsen att kontrollförlust och känslan av panik skulle påverka och försvåra barnets födsel då en panikslagen kvinna inte lyssnar på kroppen utan istället motarbetar den.

Att jag skriker att jag inte kan va still att jag kan att jag inte kan andas och bara liksom börjar panikandas och blir i sin tur svimfärdig för att jag inte får nån luft eller liksom inte får i mig nåt att dricka och... att jag bara blir för rädd helt enkelt (6)

Bli förändrad

Rädsla och osäkerhet beskrevs över hur kvinnan kommer att agera under sin kommande förlossning. Kontrollförlust kunde medföra att släppa spärrar, göra och säga saker som sedan ångras. Att i efterhand se tillbaka på minnet att inte vara sig själv beskrevs som smärtsamt och skamligt. Smärta beskrevs kunna generera ilska, stress och högre krav på vården eller att kvinnan går in i sig själv.

Så tror jag man kan tappa mer humöret för det är liksom svårare att styra alla känslor och alltihopa, och det är ju nånting man egentligen inte vill, och det är ju egentligen att tappa kontrollen över sig själv (5)

Diskussion

Metoddiskussion

Ansats

Studiens syfte var att undersöka hur gravida förstföderskor beskriver kontroll inför kommande förlossning. Om målet är att försöka förstå människors sätt att agera eller resonera, eller att urskilja olika handlingsmönster är kvalitativ metod förstahandsvalet (Trost, 2010). Kvalitativ forskning har ett holistiskt synsätt med syfte att förstå en helhet.

Forskningsprocessen har vanligtvis en induktiv utgångspunkt, där ny kunskap skapas genom observation av verkligheten i fenomenets naturliga kontext och slutsatser från dessa observationer (Polit & Beck, 2018). För att få en djupare förståelse för personers tankar och känslor valdes individuella intervjuer. Ett alternativ till intervjuer hade kunnat vara fokusgrupper eller enkäter. Fördelen med enkäter är att kvinnan avidentifieras och att hon på grund av denna anonymitet eventuellt svarar mer ärligt. En nackdel med enkäter hade kunnat vara att själva formuläret satte ramar för vad som skulle diskuteras. Frågornas utformning styrs till viss del av vår egen förförståelse. Dessutom finns ingen möjlighet att ställa följdfrågor. Fördel med fokusgrupper kan vara att samtalet fördjupas i interaktion med andra deltagare som står inför samma livshändelse. En nackdel skulle kunna vara att kvinnan inte vågar uttrycka sina känslor inför sin kommande förlossning i grupp.

Enligt Dahlberg (2014) innebär livsvärldsperspektivet att studera människors upplevelser, tankar och känslor, i detta fall öka förståelsen för hur förstföderskor tänker och talar om kontroll inför kommande förlossning. Det handlar om att genom öppenhet och följsamhet försöka förstå den levda världen. Genom kommunikation och med öppna frågor kan förståelse skapas för vad den enskilda kvinnan behöver för att känna trygghet och för att få sina unika behov tillfredsställda (ibid.).

Förförståelse

Inför studien diskuterades vår egen förförståelse bestående av tidigare forskning, erfarenheter från verksamhetsförlagd utbildning samt egna erfarenheter från graviditet och förlossning. För att medvetandegöra förförståelsen fördes en öppen diskussion och kontinuerlig reflektion mellan intervjutillfällena och under analysprocessen. I takt med att intervjuerna genomfördes ökade gradvis vår förförståelse för hur förstföderskor beskriver begreppet kontroll.

Urval

Syftet i kvalitativa studier är inte att kvantifiera, jämföra eller värdera kvinnors erfarenheter varför antalet intervjuer ändå ansågs tillräckligt för att besvara studiens syfte (Polit & Beck, 2010). Det är möjligt att ett större antal intervjuer hade kunnat ge en djupare förståelse för hur förstföderskor beskriver kontroll inför kommande förlossning.

Kvinnor i graviditetens tredje trimester deltog. Initialt planerades kvinnor från graviditetsvecka 37+0 att inkluderas då de kanske hade hunnit reflektera mer inför förlossningen. Enligt Raphael-Leff (1991) förbereder sig kvinnan under den tredje trimestern mentalt inför förlossningen. Efter inläsning av och förståelse för de psykologiska utvecklingsstadierna valdes därför att inkludera kvinnor från graviditetsvecka 28+0 till 41+6.

Tidigare studier har främst belyst kvinnors erfarenheter om kontroll under förlossningen retrospektivt. Enligt Meyer (2013) påverkar kvinnans förväntningar inför den kommande förlossningen hur hon faktiskt upplever själva förlossningen. Därför väcktes ett intresse för att samtala med kvinnor inför deras första förlossning. Ett alternativ hade varit att istället

intervjua omfödorskor. Det är möjligt att omfödorskor skulle kunna ge en mer nyanserad bild av sina känslor inför förlossningen men också att dessa hade präglats mer av den tidigare förlossningsupplevelsen, vilket tidigare studier belyst.

En diskussion har förts kring lämpligheten att rekrytera via Facebook där risk finns att kvinnor utan Facebook utesluts. Rekrytering via en barnmorskemottagning hade eventuellt minskat risken att exkludera någon. En nackdel med rekrytering direkt via en barnmorskemottagning kan dock vara att personen känner sig tvingad att delta, en risk som minskade via ett inlägg på Facebook då det inte riktades till en specifik person.

Förstfödorskor med normal graviditet, enkelbörd och planerad vaginal förlossning inkluderades i studien. Detta urval gjordes på grund av antagandet att kvinnor med graviditetskomplikation som graviditetsinducerad diabetes, tvillinggraviditet eller som planerar att föda med kejsarsnitt kan ha andra tankar om begreppet kontroll än kvinnor med en normal graviditet. Då barnmorskan självständigt handlägger den normala graviditeten valdes dessa inklusionskriterier.

På grund av tidsbrist, svårigheter att tolka och ställa relevanta följdfrågor exkluderades kvinnor som inte förstår eller talar svenska. Enligt Ternström, Hildingsson, Haines och Rubertsson (2015) är förlossningsrädsla tre gånger vanligare hos utlandsfödda kvinnor jämfört med kvinnor födda i Sverige. Därför hade det varit av värde att inkludera icke-svensktalande kvinnor.

Datainsamling

Initialt planerades kvinnorna att rekryteras via fyra barnmorskemottagningar i Västra Götalandsregionen efter godkännande av berörda enhetschefer och mödrahälsovårdsöverläkare (MÖL). Patientansvariga barnmorskor ombads att tillfråga kvinnor som uppfyllde studiens inklusionskriterier om deltagande. Kvinnorna skulle därefter själva kontakta ansvariga för studien. Tiden gick men inga kvinnor valde att delta. Information skickades därför till ytterligare sex barnmorskemottagningar. För att effektivisera rekryteringen besöktes tre av dessa mottagningar under två dagar. Då detta inte heller gav resultat valdes istället att rekrytera kvinnor via Facebook. En möjlig anledning till varför det var svårt att rekrytera kvinnor från valda barnmorskemottagningar var att dessa är lokaliserade på mindre orter och landsbygd. Med facit i hand skulle mottagningarna istället valts utifrån var flest förstfödorskor vårdas. Ytterligare en lärdom var att rekryteringen med fördel hade kunnat genomföras direkt av ansvariga för studien genom att besöka olika barnmorskemottagningar och informera aktuella kvinnor.

Samtliga intervjuer genomfördes gemensamt, men huvudansvaret för att leda samtalet delades lika mellan de sex intervjuerna. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) kan det innebära både för- och nackdelar. Det kan ha bidragit till att kvinnorna fick olika följdfrågor men det kan också öka chanserna att fånga upp variationer i deras beskrivningar om kontroll

inför förlossningen. Eftersom genomförandet av intervjustudier var främmande för oss båda krävdes koncentration av intervjuaren för att aktivt lyssna och ställa följdfrågor. Att genomföra intervjuerna gemensamt innebar att bisittaren kunde följa upp spår som intervjuaren eventuellt missade att följa.

Bådas närvaro under intervjuerna kan eventuellt bidragit till att kvinnan upplevde sig vara i underläge. För att minska denna risk fick kvinnan godkänna eller neka bådas deltagande under intervjun. För att ytterligare stärka kvinnans delaktighet skedde intervjun på en plats kvinnan själv valde där samtliga kvinnor valde att intervjuas i hemmet. Detta tolkas som att kvinnorna kände sig trygga i sin egen miljö där intervjuerna istället blev gäster. Efter varje intervju informerades deltagarna om att vid frågetecken eller tankar kontakta oss för samtal, förtydligande eller råd. Efter avslutad intervju fortsatte samtalet mellan 15 och 30 minuter och kvinnan pratade om vad hon helst önskade, vilket möjligen blev ett tillfälle för reflektion för kvinnan.

Dataanalys

Analysprocessen upplevdes bitvis svår. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) är målet att ingen data ska passa in i flera kategorier. Det är dock vanligt att människors upplevelser är svåra att separera ifrån varandra och därför är det möjligt att de kan passa in i mer än en kategori. Vår strävan har varit att genomföra hela analysprocessen tillsammans. Genom bådas deltagande under intervjuerna, gemensam inläsning och tolkning av texten ökar tillförlitligheten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Resultatdiskussion

Gravida förstföderskor beskrev kontroll inför kommande förlossning som ett dynamiskt tillstånd där kontroll kunde besittas, släppas frivilligt, förloras ofrivilligt och återtas. Förlossningen gestaltades som en berg- och dalbana. Resan omgavs av förväntan och ovisshet. Delaktighet, inställning, stöd och skydd kunde stärka kvinnans känsla av kontroll och ge henne en känsla av att kunna bestiga berg. Färden förväntades snabbt kunna ändra riktning. Sårbarhet och kaos kunde då infinna sig med kontrollförlust som konsekvens. Att släppa kontrollen för att sedan återta den kan illustreras med att kvinnan färdas genom en loop där kvinnan under en stund svävar fritt för att därefter återigen sitta stadigt i vagnen. Resultatet i genomförd studie visade att upplevelsen av kontroll kunde påverkas av inre och yttre omständigheter. Det fanns en tydlig skillnad i att släppa kontrollen och att förlora den. Kontrollförlust beskrevs som kaosartat och sårbart. En förutsättning för att släppa kontrollen var att någon annan kunde ta emot den. Genom att frivilligt släppa kontrollen kunde upplevelsen av kontroll ändå bibehållas. Tankar om kontroll inför kommande förlossning i genomförd studie överensstämmer med beskrivningen av graviditetens tredje psykologiska utvecklingsfas, där kvinnor känner självtillit och förlossningen ses som en livsomvälvande händelse. Längtan efter mötet med barnet är stor men en oro finns för känslomässigt och kroppsligt agerande under förlossningen (Raphael Leff, 1991)

KASAM är förbindelsen mellan *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet* (Antonovsky, 1987). Resultatdiskussionen kommer utgå från hur komponenterna i KASAM kan förbindas med upplevelsen av kontroll och kontrollförlust inför kommande förlossning. Komponenterna i KASAM påverkar varandra och beståndsdelarna kan stundtals vara svåra att separera från varandra. Resultatet i genomförd studie visar att kvinnans begriplighet påverkar hennes hanterbarhet. För att kunna hantera förlossningen behöver kvinnan begripa vad som sker. De båda komponenterna påverkar i sin tur känslan av meningsfullhet. Begriplighet innefattar underkategorierna *Vara redo*, *Veta vad som sker*, *Vara utlämnad* och *Känna ovisshet*. Hanterbarhet var den komponent som kvinnorna främst associerade till kontroll inför kommande förlossning. Hanterbarhet innefattar underkategorierna *Chans att påverka*, *Positiva känslor*, *Följa och låta sig ledas*, *Engagerad partner*, *Samspel med barnmorskan*, *Möjlighet till smärtlindring*, *Tillgång till specialistkunskap*, *Vara orkeslös*, *Känna panik*, och *Bli förändrad*. Meningsfullhet kunde ses i underkategorierna *Följa och låta sig ledas* och *Positiva känslor* och uttrycktes främst som det positiva förlossningen skulle leda till, det vill säga mötet med barnet.

Kontroll i relation till begriplighet

Förberedelser inför förlossningen och kontinuerlig dialog bidrar till upplevd kontroll. Enligt Antonovsky (1987) innebär begriplighet en förståelse för vad som händer i den egna kroppen och runt omkring. För att uppnå begriplighet bör det som sker vara förutsägbart. Förlossningen beskrevs i genomförd studie som en oförutsägbar händelse vilket enligt Antonovsky (1987) innebär låg begriplighet. Resultatet i genomförd studie visade att begriplighet kunde nås genom förberedelser trots förlossningens oförutsägbarhet. Kunskap och förståelse om värkarbetet och att smärtan är positiv ledde exempelvis till ökad begriplighet. Att få kontinuerlig information om förlossningsförloppet ansågs värdefullt och är enligt Namey och Lyerly (2010) stärkande och bidrar till en ökad känsla av begriplighet och kontroll.

Resultatet i genomförd studie redogör även för upplevelsen av kontrollförlust. Den kommande förlossningen beskrevs som hölj i dunkel, omöjlig att förutspå. Utebliven kommunikation bidrog till risk för kontrollförlust och låg grad av begriplighet. Att inte veta vad som sker och på så vis vara frånvarande under förlossningen och barnets framfödande ansågs kunna orsaka förlossningsdepression. Enligt Bielinski-Blattmann m.fl. (2016) kan ovisshet om vad som sker under förlossningen leda till akuta stressreaktioner efter förlossningen. Minskad närvaro från partnern ökar risken för att kvinnan uppvisar depressiva symtom efter förlossningen (ibid.). Minskad kontroll under förlossningen och en negativ förlossningsupplevelse kan öka risken för förlossningsdepression. Ytterligare bidragande orsaker som ökar risken är oförmågan att göra informerade val och minskad tillgång till stöd från närstående. Upplevelsen av kontroll kan påverkas av platsen för födandet. Kvinnor som föder i hemmet skattar sin känsla av kontroll högre än kvinnor som föder på sjukhus. Kontroll skattas allra lägst av kvinnor som genomgått kejsarsnitt (Bland, 2009).

Enligt Hollander m.fl. (2017) är bristande kontroll och kontrollförlust en av de främsta anledningarna till traumatiska förlossningsupplevelser. Förbättrad kommunikation, att personalen lyssnar och ger ökat stöd både emotionellt och praktiskt beskrivs av kvinnorna som möjliga förbättringsområden. Förstföderskor med traumatiska förlossningsupplevelser tillskriver även den egna förberedelsen som en möjlig orsak till den bristande kontrollen. Att förbereda sig bättre, skriva ett förlossningsbrev och att de under förlossningen skulle sagt ifrån beskrevs som orsaker som kunde förbättrat utfallet (Hollander m.fl., 2017).

Resultatet i genomförd studie visade att låg begriplighet till följd av att förlossningen beskrevs som en händelse som inte kunde planeras och var omöjlig att förutspå kunde påverka kvinnans hanterbarhet. Ett sätt att hantera det oförutsägbara var tankar om att hellre genomgå ett planerat kejsarsnitt för att bibehålla känslan av kontroll. Enligt Ferguson m.fl. (2016) påverkas utfallet av förlossningen av den gravida kvinnans KASAM där hög KASAM halverar sannolikheten för att uppleva kejsarsnitt och bidrar därigenom till ökad möjlighet att genomgå en vaginal förlossning (ibid.). Sekundär förlossningsrädsla på grund av en tidigare traumatisk förlossningsupplevelse leder till att kvinnor önskar planerat kejsarsnitt för att undvika en ny traumatisk upplevelse. Det kan även fördröja en ny graviditet (Tislevoll Eide, Morken & Bærøe, 2019). Enligt patientlag (SFS 2014:821) ska vård erbjudas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska prioriteras. Ur ett hållbart perspektiv bör samhället därför fokusera på att ge förstföderskan förutsättningar att efter genomgången graviditet och förlossning känna sig nöjd och stärkt. Konsekvenserna av en traumatisk förlossningsupplevelse kan drabba den enskilda kvinnan och samhället då det har hälsoekonomiska konsekvenser till följd av längre vårdtider och behov av ökade vårdresurser (Tislevoll m.fl., 2019). Detta tolkas som att ökad begriplighet ökar känslan av kontroll vilket minskar risken för en traumatisk förlossningsupplevelse, sekundär förlossningsrädsla och för framtida kejsarsnitt.

Hög begriplighet kan påverka kvinnans hanterbarhet. I resultatet framkom att förtroende och tillit till barnmorskor på förlossningen bidrog till en känsla av kontroll. Förlossningen gestaltades som ett samspel mellan kvinnan, partnern och barnmorskan där barnmorskans roll var att ge råd och vägledning under förlossningens gång vilket bidrog till ökad begriplighet. Hög begriplighet ansågs således stärka kvinnans möjligheter att hantera förlossningen och uppleva kontroll.

Kontroll i relation till hanterbarhet

Hanterbarhet innefattar hur individen möter påfrestande situationer och vilken möjlighet personen har att finna alternativa lösningar. Resurser för att möta den kommande förlossningen kopplas till komponenten hanterbarhet (Antonovsky, 1987).

Ett framträdande resultat var att den egna inställningen påverkade möjligheten att uppleva kontroll under kommande förlossning. Att med en lugn och positiv så kallad "mindset" med

öppen attityd möta förlossningen bidrog till upplevelsen av kontroll inför kommande förlossning. Enligt Greer, Lazenbatt och Dunne (2014) påverkas hanterbarhet av kvinnans inre resurser att hantera stressfulla händelser. Ett sätt för kvinnorna i genomförd studie att hantera den kommande förlossningen var genom att föreställa sig att förlossningen skulle gå bra, då andra kvinnor före dem har gått igenom samma sak. Detta kopplas ihop med kvinnans inre resurser att hantera nya och okända händelser. Enligt Karlström, Nystedt och Hildingsson (2015) finns ett samband mellan kvinnans egen inställning och hennes förlossningsupplevelse. Att känna tilltro till kroppens förmåga att föda, ha en positiv inställning och självförtroende som leder till en positiv förväntan på kommande förlossningen bidrar till förbättrad förlossningsupplevelse.

Resultatet i genomförd studie visade att förlossningsförberedande kurser så som FUR gav önskvärd och nödvändig information samt praktiska verktyg inför den kommande förlossningen vilket bidrog till en vilja att föda och känsla av kontroll. Enligt Heli och Svensson (2017) är tankar kraftfulla redskap för kvinnan att använda under förlossningen. Positiva tankar och ord stärker den födande kvinnans möjlighet att arbeta med kroppen i födandet (ibid.). Genom att gravida kvinnor erbjuds en salutogen förlossningsförberedande utbildning kan kvinnans KASAM stärkas och utfallet av normal förlossning öka (Ferguson m.fl., 2016). Genom att identifiera positiva copingstrategier redan under graviditeten kan barnmorskan hjälpa kvinnan att öka hennes känsla av hanterbarhet under förlossningen (Greer m.fl., 2014).

Upplevt stöd från partnern och barnmorskan identifieras som viktiga beståndsdelar för kvinnans känsla av hanterbarhet (Greer m.fl., 2014). Resultatet i genomförd studie visade att stöd och trygghet från en närvarande partner var betydelsefullt för upplevelsen av hanterbarhet och kontroll under kommande förlossning. Partnern beskrevs kunna ta över kontrollen om situationen krävde. Att partnern hade strategier för att hantera förlossningen var betryggande. Enligt Karlström m.fl. (2015) spelar partnern en viktig roll för den skattade förlossningsupplevelsen där en stödjande och förtroendefull relation med partnern bidrar till en positiv erfarenhet. Att partnern bekräftar och tror på kvinnans förmåga att föda bidrog till en känsla av trygghet vilket beskrevs som en viktig beståndsdel för en positiv förlossningsupplevelse (ibid.).

Möjligheten att ta egna beslut och att kunna påverka beskrevs i genomförd studie som faktorer som ökade upplevelsen av kontroll under kommande förlossning. Enligt Karlström m.fl. (2015) ökar kvinnans möjlighet att uppleva en positiv förlossning då hon känner sig sedd och hörd samt får stöd utifrån sina egna önskemål. En stödjande miljö bidrar till en ökad känsla av säkerhet vilket är nödvändigt för kvinnan för att uppleva kontroll under förlossningen (ibid.). Förlossningen beskrivs som en okänd transition där kvinnan för att uppleva kontroll behöver stöd och närvaro från barnmorskan för att hantera förlossningen (Lundgren, 2004). I genomförd studie beskrevs samspelet med barnmorskan under kommande förlossning som en förväntad beståndsdel i att uppleva kontroll. Vårdgivare runt den gravida

och födande kvinnan bör sträva efter att skapa en relation som bygger på ett ömsesidigt förtroende för varandras kompetenser (Karlström m.fl., 2015).

Möjlighet till effektiv smärtlindring var enligt genomförd studie en bidragande faktor till upplevd kontroll. En osäkerhet fanns för hur smärtan skulle hanteras under förlossningen och därför sågs smärtlindring som en säker utväg för att bibehålla eller återfå kontroll och hantera förlossningen. Enligt Greer m.fl. (2014) är smärtlindring en av de främsta faktorerna som påverkar kvinnans känsla av hanterbarhet. Smärta är enligt Henriksen m.fl. (2017) en bidragande orsak till kontrollförlust vilket kan orsaka en negativ förlossningsupplevelse. Namey & Lyerly (2010) bekräftar att smärtlindring kan öka kvinnors känsla av kontroll då kvinnan genom smärtlindring kan förändra eller hantera ett oönskat beteende och även få möjlighet att rikta sin uppmärksamhet på annat än bara smärta.

I genomförd studie beskrevs kontrollförlust kunna medföra oönskade beteenden och handlingar, exempelvis gap och skrik samt att vara otrevlig mot förlossningspersonalen som i efterhand kunde ångras. Att inte känna vad som händer i kroppen under förlossningen, exempelvis vid kejsarsnitt eller kraftig bedövning, beskrevs även kunna leda till en känsla av maktlöshet och kontrollförlust. Ford m.fl. (2009) menar att kvinnor kan uppleva negativa biverkningar av smärtlindring vilket minskar deras upplevelse av kroppslig kontroll vilket stärker resultatet i genomförd intervjustudie.

Specialistkunskap och möjlighet till medicinsk övervakning beskrevs i genomförd studie som bidragande faktorer för upplevelsen av kontroll. Medicinska kontroller som CTG, avlyssning av fosterljud och ultraljud var för kvinnorna konkreta kvitton på det ofödda barnets hälsotillstånd. Men den allt mer medicinskt inriktade förlossningsvården beskrivs påverka kvinnans känsla av kontroll negativt vilket leder till sämre förlossningsupplevelse (Preis m.fl., 2019). Resultatet i genomförd studie visade att tillgång till specialistkunskap och medicinska kontroller ansågs bidra till ökad känsla av kontroll. Således identifieras en diskrepans mellan förväntningar och vad tidigare forskning säger om hur medicinska interventioner påverkar förlossningsupplevelsen.

Enligt Copeland m.fl. (2014) upplever barnmorskor en konfliktfylld kamp för att försvara sitt ansvarsområde där medicinska riktlinjer och samarbetspartners påverkar handläggningen av den normala förlossningen. Enligt Çalik, Karabulutlu och Yavuz (2018) leder interventioner såsom igångsättning av förlossningen, kontinuerlig fosterövervakning med CTG, täta vaginala undersökningar, aktiv krystning, funduspress, sugklocka och episiotomi till försämrade förlossningsupplevelser. Hodnett m.fl. (2012) menar att kontinuerlig närvaro av barnmorskan under förlossningen påverkar förlossningsupplevelsen positivt, minskar antalet interventioner under förlossningen samt minskar behovet av smärtlindring. Enligt patientlagen (2014:821) ska patienten erhålla sakkunnig vård som är av god kvalitet och överensstämmer med forskning och beprövad erfarenhet. Hypotetiskt skulle detta kunna innebära ett dilemma för barnmorskan som självständigt ansvarar för den normala graviditeten och förlossningen.

Svårigheten blir att tillgodose kvinnans önskemål, i syfte att bibehålla kvinnans känsla av kontroll och samtidigt värna om den normala förlossningen med minsta möjliga intervention och följa patientlagen (2014:821).

Kontroll i relation till meningsfullhet

Meningsfullhet handlar om huruvida en situation har ett syfte och är värd att kämpa för eller inte (Antonovsky, 1987). Enligt Heli och Svensson (2017) kan meningsfullhet vanligtvis förstås först efter genomgången förlossning. Det kan innefatta känslan av ha klarat av en förlossning trots att kvinnan under förlossningen tvivlade på sin förmåga (ibid.). Resultatet i genomförd studie visade att barnmorskan förväntas lyssna, vara förberedd och stötta kvinnan i den nya situationen för att uppnå meningsfullhet. Enligt Karlström m.fl. (2015) kan en intresserad barnmorska ses som en aktiv guide genom graviditet och förlossning och bör uttrycka en tro på kvinnans förmåga att föda vilket bidrar till en mer positiv förlossningsupplevelse (ibid.). Den positiva upplevelsen tolkas kunna leda till meningsfullhet då känslan att få stöd och att inte vara ensam ger förlossningen mening. I resultatet beskrevs förlossningen som en spännande livshändelse och det ansågs värdefullt att ha en målbild. Mötet med barnet framställdes som en målbild att fokusera på under förlossningsarbetet. Meningsfullheten i kommande förlossning var födseln av barnet. Kvinnorna uttryckte att det viktigaste var att allt skulle gå bra för henne och det ofödda barnet, ibland på bekostnad av att inte ha kontroll över vad som skulle hända. I sådana fall blev allt annat oväsentligt.

Syftet med genomförd intervjustudie var att undersöka hur förstfödorskor beskriver kontroll inför kommande förlossning. Begreppet kontroll beskrevs som ett dynamiskt tillstånd där upplevelsen av kontroll och kontrollförlust skiftade under förlossningen. Att befinna sig i ett tillstånd av kontroll innebar att känna delaktighet, ha en positiv och flexibel inställning, uppleva stöd från partnern och barnmorskan samt skydd i form av smärtlindring och specialistkunskap. Kontrollförlust innebar för kvinnan att känna sig sårbar och uppleva ett kaotiskt tillstånd. Vägen till kontroll underlättades av god kommunikation och inställningen att förlossningen är en ny erfarenhet som inte går att kontrollera i detalj.

Slutsatser

Begreppet kontroll är mångfasetterat, individuellt och föränderligt. I genomförd studie beskrivs känsla av kontroll kunna uppnås genom som delaktighet, inställning, stöd och skydd vilka innefattar inre och yttre resurser som bidrar till upplevelse av kontroll under kommande förlossning. Känsla av kontrollförlust under kommande förlossning beskrivs kunna orsakas av sårbarhet och leda till kaos. Samtliga delar i känsla av kontroll återkommer i tidigare forskning om kvinnors berättelser om positiva förlossningsupplevelser. Kontroll inför kommande förlossning och en positiv förlossningsupplevelse är till synes sammanflätade.

Resultatet överensstämmer med tidigare forskning som belyst ämnet retrospektivt där upplevelsen av kontroll beskrivs med orden stöd, information och delaktighet. Resultatet i genomförd studie visar också att den egna inställningen påverkar kvinnans upplevelse av kontroll inför kommande förlossning.

Kliniska implikationer

Efter genomförd studie har ökad kunskap och förståelse för vad förstföderskor beskriver som värdefullt för att uppleva kontroll och vad som kan leda till förlust av kontroll inför kommande förlossning erhållits. Den nya kunskapen anses värdefull då sambandet mellan kontroll och förlossningsupplevelse samt betydelsen av den egna inställningen synliggjorts. Att känna till sambandet möjliggör för barnmorskan att locka fram kvinnans tilltro till sig själv och skapa tillit inför kommande förlossning. Att förstå innebörden i meningen "Jag vill ha kontroll" kommer vara till nytta i mötet med gravida och födande kvinnor på såväl barnmorskemottagning som förlossning. För barnmorskan är det värdefullt att fokusera på att stärka kvinnors begriplighet genom information och kunskap om den kommande förlossningen. Barnmorskan bör även sträva efter att öka kvinnans känsla av hanterbarhet genom att identifiera hennes copingstrategier, inge förtroende och vara en stödjande samarbetspartner för kvinnan och hennes eventuella partner före och under förlossningen. Då kvinnans egen inställning är betydelsefull för upplevelsen av kontroll bör barnmorskan möjliggöra för kvinnan att med en positiv och öppen attityd inför förlossningen känna tilltro till den egna kroppens förmåga att föda. Målet är att kvinnan under och efter förlossningen ska känna sig stark och stärkt, samt uppleva den nya erfarenheten som meningsfull och få en positiv förlossningsupplevelse.

Förslag till vidare forskning

Studier om barnmorskors erfarenheter av vad som bidrar till en positiv inställning hos förstföderskor inför kommande förlossning är önskvärt då resultatet i genomförd studie beskriver den egna inställningens betydelse för känsla av kontroll. En uppföljande studie om huruvida kvinnornas beskrivning av och förväntningar om kontroll införlivades under förlossningen eller inte vore värdefullt. Ytterligare en intressant aspekt vore att undersöka hur förstföderskor med tolkbehov beskriver kontroll inför förlossningen då kvinnor enligt Ternström m.fl. (2015) med annat modersmål än svenska har ökad risk för att drabbas av förlossningsrädsla.

Referenslista

- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 8-11.
- Aune, I., Amundsen, H. H. & Skaget Aas, L. C. (2014). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery*, 30(1), 89-95. doi:10.1016/j.midw.2013.02.001
- Aune, I., Holsether, O. V. & Tinholt Kristensen, A. M. (2018). Midwifery care based on a precautionary approach: Promoting normal birth in maternity wards: The thoughts and experiences of midwives. *Sexual and Reproductive Healthcare* 16, 132-137.
- Bibeau, A. (2014). Interventions during labor and birth in the United States: A qualitative analysis of women's experiences. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 5(4), 167-173.
- Bielinski-Blattmann, D., Gürber, S., Lavallee, K., Grob, A., Surbek, D. & Stadlmayr, W. (2016). Labour experience and postpartum stress and depression: a quantitative and qualitative examination. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1-13.
- Bland, M. (2009). The influence of birth experience on postpartum depression. *Midwifery today with international midwife*, (89).
- Çalik, K.Y., Karabulutlu, Ö. & Yavuz, C. (2018). First do no harm - Interventions during labor and maternal satisfaction: A descriptive cross-sectional study. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 18(1).
- CODEX, centrum för forskning och bioetik. (2018). *Forskning som involverar människan*. Hämtad den 2019-04-15 från, <http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>
- Copeland, F., Dahlen, H. & Homer, C. (2014). Conflicting contexts: Midwives' interpretation of childbirth through photo elicitation. *Women and Birth*, 27(2), 126-131.
- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet - vård, social omsorg och skola*. Stockholm: Liber.

- Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A-K., Selboe, S-T., Torvik, H. M. & Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 2-7.
- Dahlen, H. & Caplice, S. (2014). What do midwives fear? *Women and birth*, 27(4), 266-270.
- Dahlen, H.G., Homer, C.S.E., Cooke, M., Upton, A.M., Nunn, R.A. & Brodrick, B.S. (2009). 'Soothing the ring of fire': Australian women's and midwives' experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. *Midwifery*, 25, 39-48.
- 2016/679 Dataskyddsförordningen. (GDPR). *Om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning)*. Bryssel: Europaparlamentet och europeiska unionen. Hämtad 2019-04-09, från <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&rid=1>
- Elmir, R., Wilkes, L. & Jackson, DB. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142-2153.
- Ferguson, S., Browne, J., Taylor, J. & Davis, D. (2016). Sense of coherence and women's birthing outcomes: A longitudinal survey. *Midwifery*, 34, 158-165.
- Ford, E., Ayers, S. & Wright, DB. (2009). Measurement of maternal perceptions of Support and Control in Birth (SCIB). *Journal of Women's Health*, 18(2), 245-252. doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1089/jwh.2008.0882
- Free Dictionary. (2019). Control. Tillgänglig: <https://www.thefreedictionary.com/control>
- Greer, J., Lazenbatt, A. & Dunne, L. (2014). 'Fear of childbirth' and ways of coping for pregnant women and their partners during the birthing process: a salutogenic analysis. *Evidence Based Midwifery*, 12(3), 95-100.
- Heli, S. (2009). *Föda utan rädsla*. Bokförlaget Bonnier Existens.
- Heli, S. & Svensson, L. (2017). *Trygg förlossning – En omvårdnadsmodell för minskad stress och rädsla*. Gothia Fortbildning: Stockholm.

- Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B. & Lukasse, M. (2017). Factors related to a negative birth experience - A mixed methods study. *Midwifery*, 51, 33-39.
- Hildingsson, I. (2015). Women's birth expectations, are they fulfilled? Findings from a longitudinal Swedish cohort study. *Women and Birth*, 28(2), 7-13.
- Hildingsson, I. (2017). Sense of coherence in pregnant and new mothers - A longitudinal study of a national cohort of Swedish speaking women. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 11, 91-96.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J. & Sakala, C. (2012). Continuous support of women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub4
- Hollander, M.H., van Hastenberg, E., van Dillen, J., van Pampus, M.G., de Miranda, E. & Stramrood, C.A.I. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Archives of Women's Mental Health*, 20(4), 515-523.
- International Confederation of Midwives, ICM. (2014). International Code of Ethics for Midwives. Hämtad 2019-03-27, från <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- Karlström, A., Nystedt, A. & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 15, 251-259.
- Kuo, S-C., Hsu, C-H., Yang, C-C., Chang, M-Y., Tsao, C-M. Lin, L-C. (2010) Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 806-814.
- Kvale, S & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Larkin, P., Begley, C.M. & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25, 49-59.
- 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.

- Lundgren, I. (2004). Releasing and relieving encounters: experiences of pregnancy and childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 368-375.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund-Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. s. 219-234. Lund: Studentlitteratur.
- Marsal, K., Hagberg, H. & Westgren, M. (2014). Fostrets utveckling och fysiologi. I H. Hagberg, K. Marsal & M. Westgren (Red.), *Obstetrik*. s. 37-51. Lund: Studentlitteratur.
- Meyer, S. (2013). Control in childbirth: a concept analysis and synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 218-228.
- Namey, E.E. & Lyster, A.D. (2010). The meaning of 'control' for childbearing women in the US. *Social Science & Medicine*, 71, 769-776.
- Nationalencyklopedin [NE]. (2019). Kontroll. Tillgänglig: <https://www.ne.se/sök/?t=uppslagsverk&q=kontroll>
- Nationalencyklopedin [NE]. (2019). Social kontroll. Tillgänglig: <https://www-ne-se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/social-kontroll>
- Nationalencyklopedin [NE]. (2019). Trimester. Tillgänglig: <https://www-ne-se.ezproxy.ub.gu.se/sök/?t=uppslagsverk&q=trimester>
- O'Hare, J. & Fallon, A. (2011). Women's experience of control in labor and childbirth. *British Journal of Midwifery*, 19(3), 164-170.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2018). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Preis, H., Lobel, M. & Benyamini, Y. (2019). Between Expectancy and Experience: Testing a Model of Childbirth Satisfaction. *Psychology of Women Quarterly*, 43(1), 105-117.
- Raphael-Leff, J. (1991). *Psychological processes of childbearing*. London: Chapman & Hall.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2019-03-04, från <http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=1982:763>
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet. Hämtad 2019-04-09, från <http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=1998:204>

- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad 2019-03-04, från <http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=2003:460>
- SFS 2014:821. Patientlag. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2019-05-15, från <http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=2014:821>
- Socialstyrelsen. (1984). *Föräldrautbildning: kring barnets födelse och första levnadsår*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2001). *Handläggning av normal förlossning - State of the Art*. Hämtad 2019-03-28, från https://www.sfog.se/media/66770/state_of_the_art_pn.pdf
- SOU 2008:131. *Föräldrastöd – en vinst för alla: nationell strategi för samhällets stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Stankovic, B. (2017). Women's Experiences of Childbirth in Serbian Public Healthcare Institutions: a Qualitative Study. *International Journal of Behavioural Medicine*, 24(6), 803-814.
- Svenska barnmorskeförbundet. (2018). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. Hämtad 2019-03-27, från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>
- Thorstensson, S., Ekström, A., Lundgren, I. & Hertfelt Wahn, E. (2012). Exploring Professional Support Offered by Midwives during Labour: *An Observational and Interview Study*. *Nursing Research and Practice*, 2012, 1-10.
- Tiedje, L.B. & Price, E. (2008). Childbirth is changing. What now? *Maternal and Child Nursing*, 33(3), 144-150.
- Tislevoll Eide, K., Morken, N-H. & Bærøe, K. (2019). Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway: a qualitative study. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 19(1).
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk- och samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2019-04-03, från https://gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf

Världshälsoorganisationen, WHO. (1996). *Care in normal childbirth: a practical guide. Safe Motherhood, Family and Reproductive Health*. Hämtad 2019-04-15, från http://www.midwiferyservices.org/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf

World Medical Association, WMA. (2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subject. Hämtad 2019-03-03, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Bilagor

Bilaga 1 Deltagarinformation



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Information om studien om förstfödorskors beskrivning av kontroll inför kommande förlossning

Bakgrund och syfte

Vi är två barnmorskestudenter som genomför vår magisteruppsats. Syftet med denna studie är att undersöka hur kvinnor som väntar sitt första barn beskriver kontroll inför den kommande förlossningen. Målet är ökad kunskap och förståelse för vad begreppet kontroll innebär för den enskilda kvinnan.

Förfrågan om deltagande

Du väntar ditt första barn och är gravid och befinner dig i graviditetens tredje trimester, graviditetsvecka 28+0 till 41+6. Vi vill veta vilka tankar Du har om kontroll inför förlossningen.

Hur går studien till?

Deltagandet innebär att Du intervjuas på en plats Du själv väljer. Du kommer att tillfrågas om Dina upplevelser av kontroll och vi kommer båda närvara under samtalet. Intervjun beräknas ta cirka 45 minuter.

Finns det några fördelar?

Om Du väljer att delta i studien kommer Du att få möjlighet att tala om Dina tankar om kontroll inför förlossningen. Att delge sina erfarenheter kan ibland upplevas positivt och gravida kvinnor och barnmorskor kan i framtiden få nytta av de kunskaper vi får genom studien.

Vilka är riskerna?

I djupgående intervjuer som undersöker upplevelser och tankar kan man komma nära känsliga och privata händelser men vi bedömer inte att samtalet vid denna intervju är integritetskränkande. Det kan eventuellt av några personer uppfattas som svårt att samtala om eventuella missnöjen av den vården som de varit/är i kontakt med men intervjun är fullständigt anonym och alla personuppgifter avidentifieras.

Fortsättning av bilaga 1

Hantering av data och sekretess

Intervjuerna kommer att ljudinspelas. Den information som framkommer under intervjun kommer endast att användas i studiesyfte. Endast vi två barnmorskestudenter som genomför studien samt ansvarig handledare från Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet. Samtlig hantering av personuppgifter regleras utifrån Dataskyddsförordningen (GDPR). För att säkerställa att enskilda individer inte ska kunna identifieras i det resultat som presenteras i studien så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med alias. Efter studiens publicering kasseras intervjumaterialet.

Hur får jag information om studiens resultat?

Resultatet av studien kan Du ta del av genom kontakt med nedan angivna personer och kommer att redovisas i en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet.

Frivillighet

Ditt deltagande är frivilligt och Du har full rätt att när helst Du önskar, dra dig ur studien utan att ange något skäl. Om du väljer att avbryta medverkan i studien så kommer det inte att påverka Din vård.

Ansvariga:

Anna Ulvås, Leg. Sjuksköterska, vid institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet. Tfn: 0707-95 50 10 e-post: gusulvaa@student.gu.se

Hanna Perez Dahlberg, Leg. Sjuksköterska, vid institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet. Tfn: 0721-87 13 28 e-post: guskarhah@student.gu.se

Handledare:

Viola Nyman, Fil. Doktor, Barnmorska, Universitetslektor vid institutionen för vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet samt arbete som barnmorska vid Norra Älvsborgs Länssjukhus. Tfn: 010-435 68 95 e-post: viola.nyman@gu.se

Bilaga 2 Samtyckesformulär

Samtyckesformulär till att delta i studien:

"Att undersöka hur förstföderskor beskriver kontroll inför kommande förlossning"

Jag har läst informationen och jag har fått tillfälle att ställa kompletterande frågor angående min medverkan i denna intervjustudie. Jag samtycker till att medverka i denna intervjustudie som handlar om förstföderskors förväntningar av kontroll inför kommande förlossning. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande utan att det får några konsekvenser.

Samtycke:

Plats: _____ den: _____

Namn: _____

Namnförtydligande: _____

Tfn: _____

E-post: _____

Undertecknad har gått igenom och förklarat studiens syfte för ovanstående forskningsperson samt erhållit forskningspersonens samtycke. Forskningspersonen har fått en kopia av deltagarinformationen.

Plats: _____ den: _____

Namn: _____ Namn: _____

Namnförtydligande: _____ Namnförtydligande: _____

Bilaga 3 Exempel på analysprocessen i genomförd studie

MENINGSENHETER	KONDENSERADE MENINGSENHETER	KODER	UNDERKATEGORIER	KATEGORIER
<i>Att man är redo redan från första alltså från hemmet tills man kommer dit. Alltså vad kan man göra på vägen. Eller kan man göra någonting på vägen?</i>	Vara redo från hemmet tills man kommer dit och vad man kan göra	Vara redo och veta vad man kan göra	Vara redo	Delaktighet
<i>Att liksom kunna prata med mig när jag är där även om jag kanske är svår att prata med så vill jag ju ändå va med i det som händer</i>	Prata med mig även om det är svårt så vill jag vara med i det som händer	Vad med i det som händer	Veta vad som sker	
<i>Har jag möjlighet att ställa kanske lite krav eller ha önskemål på hur jag vill att just kanske själva förlossningen ska gå till</i>	Möjlighet att ställa krav eller önskemål på hur förlossningen ska gå till	Ställa krav och ha önskemål	Chans att påverka	
<i>För att se framåt och det är nog bra att ha och känna också att den här situationen är, nån gång går den över och då har man ett barn</i>	Situationen nån gång är över och då har man ett barn	Efter förlossningen har man ett barn	Positiva känslor	Inställning
<i>Jag försöker ha en inställning att jag ska "go with the flow" hela förlossningen liksom att, jag kan inte vet hur det kommer att bli, det blir som det blir</i>	Försöker ha en inställning att jag ska "go with the flow"	Ta det som det kommer	Följa och låta sig ledas	
<i>Vi har sådan tur som får ha med oss våran partner idag, att det är ett jätte stort stöd, det är ju den personen som kan ge mig bäst stöd av alla i hela världen</i>	Partnern kan ge bäst stöd av alla	Partnern är största stödet	Engagerad partner	Stöd

Fortsättning av bilaga 3

MENINGSENHETER	KONDENSERADE MENINGSENHETER	KODER	UNDERKATEGORIER	KATEGORIER
<i>Blir lyssnad på att då man märker att man dom tar in det och det tror jag skapar stor tillit i sådana sammanhang</i>	Barnmorskan lyssnar och tar in skapar tillit	Barnmorskan lyssnar	Samspel med barnmorska	Stöd
<i>Smärtlindring kan ju ändå få en... ehm vad heter det... kanske att man återhämtar sig, om man är väldigt trött, och är man väldigt trött kan man också tappa kontrollen och om man får smärtlindring, kanske lyckas vila lite, så får man ju mer energi och får tillbaka sin kontroll</i>	Man kan återhämta sig med smärtlindring och få tillbaka energi och kontroll efter vila	Smärtlindring ger återhämtning	Möjlighet till smärtlindring	Skydd
<i>Men eh det finns ju en anledning till kanske varför jag hellre vill föda på Östra just på grund av att man har hört att det finns ju mer specialister där eh än kanske nån annanstans</i>	Vill föda på Östra där specialister finns	Föda där specialistkompetens finns	Tillgång till specialistkunskap	
<i>Visst dom vet ju vem jag är, vad jag heter och hur gammal och bla bla bla bla men på nåt vis så blir man ju ändå den här det är hon som ligger och föder</i>	Man blir hon som ligger och föder	Hon som föder	Vara utlämnad	Sårbarhet
<i>I vissa situationer är det väldigt många som är med och det kan ju vara lite jobbigt att det är för många personer för då blir man ju såhär, men "vem gör vad"</i>	Jobbigt att många personer är med, vem gör vad?	Osäkert vem som gör vad på förlossningsrummet	Känna ovisshet	

Fortsättning av bilaga 3

MENINGSENHETER	KONDENSERADE MENINGSENHETER	KODER	UNDERKATEGORIER	KATEGORIER
<i>Du kanske heller inte liksom har energin kvar att ligga där och ha panik och va förbannad och irriterad och stressad heller utan man kan helt enkelt va helt slut av sig alltså rent kroppsligt och rent psykiskt också där man kanske inte reagerar på nåt större på stimuli</i>	Man kan vara helt slut kroppsligt och psykiskt och inte ha energi för att ha panik och vara förbannad, irriterad eller stressad och reagerar inte på stimuli	Att vara helt slut och inte orka reagera	Vara orkeslös	Sårbarhet
<i>Man motarbetar sig själv väldigt mycket då om man kommer upp i den här skräckpaniken att man bara skriker i falsett och kniper ihop med benen helt enkelt jag tror att det är dåligt för en själv</i>	Skräckpanik gör att man motarbetar sig själv skriker i falsett och kniper ihop med benen	Panik motarbetar kroppen	Känna panik	Kaos
<i>Det är ju egentligen att tappa kontrollen över sig själv, att man kanske kan bli irriterad och att man jag vet inte, kan säga saker man egentligen inte menar, till personer och det är ju lite att tappa kontrollen</i>	Bli irriterad och säga saker man inte menar till personer är att tappa kontrollen över sig själv	Säga saker man inte menar	Bli förändrad	