



**KVINNORS UPPLEVELSE AV DELAKTIGHET VID EN
INSTRUMENTELL FÖRLOSSNING**

**WOMEN'S EXPERIENCE OF PARTICIPATION ASSOCIATED WITH
AN INSTRUMENTAL DELIVERY**

Examination

Magisterprogrammet för omvårdnadsvetenskap

Inriktning akutsjukvård 60 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Avancerad nivå

Examinationsdatum: 2014-06-16

Kurs: HT10

Författare: Marie Sjödin

Handledare: Sofia Zwedberg

Examinator: Ingela Rådestad

Sammanfattning

Att vara delaktig i sin vård och behandling har visat sig vara positivt för hur man upplever vården. I de lagar och regelverk som styr hälso- och sjukvården finns patientens delaktighet med som en viktig aspekt för en god vård. Där betonas att patienten skall involveras och göras delaktig i sin vård. Tidigare studier har visat att patienter som känner sig delaktiga i sin vård är mer nöjda. En instrumentell förlossning (sugklocka och tång) är en komplicerad förlossning. Studier har visat att en instrumentell förlossning kan vara associerad med förlossningsrädsla och en negativ förlossningsupplevelse.

Syftet med studien var att beskriva kvinnors upplevelse av delaktighet i samband med en instrumentell förlossning.

En kvalitativ semistrukturerad intervjustudie genomfördes. 16 kvinnor som fött barn med hjälp av en instrumentell förlossning intervjuades tre till fem dagar efter förlossningen på ett sjukhus i Stockholm år 2012. Som analysmetod användes innehållsanalys enligt Granheim och Lundeman, (2004).

Fyra teman framkom i analysen; att mötas och medverka, att vara ett team, att ha egenmakt och att inte vara med. Kvinnor som skattade sin förlossningsupplevelse lågt, lägre än tre på en skala där tio motsvarar högsta möjliga delaktighet upplevde sig mindre delaktiga jämfört med de som skattade sin upplevelse högre vilka var mer positiva och kände sig mer delaktiga under den instrumentella förlossningen.

De faktorer som gjorde att kvinnan kände sig delaktig var att mötas och medverka genom att bli uppmuntrad och coachad, att bli tilltalad, att vara lyhörd och att få förstå. Ytterligare faktorer som ledde till att kvinnan upplevde delaktighet var att vara ett team genom samarbete, vägledning samt ansvar. Att ha egenmakt genom medbestämmande gav en upplevelse av delaktighet. Att inte vara med beskrevs som en känsla av maktlöshet och ett introvert beteende gjorde att kvinnan inte upplevde sig delaktig under den instrumentella förlossningen.

Slutsatsen från studien visar att kvinnorna beskriver upplevelse av delaktighet i samband med en instrumentell förlossning som ”att mötas och medverka”, ”att vara ett team” och ”att ha egenmakt”. Upplevelse av att inte vara delaktig beskrivs som ”att inte vara med”.

Nyckelord: Patientdelaktighet, delaktighet, instrumentell förlossning, sugklocka, tång, vakuumentraktion

Abstract

The level of involvement has shown to be a contributing factor in how women experience their treatment, where a higher level of involvement showed to be connected to a more positive experience. The participation of patients' is also an important feature in health care laws and regulations, which is embodied through The Patient Safety Act.

Previous studies have shown that patients who feel involved in their care are more satisfied, and that it also contributes to shorter treatment times.

An instrumental delivery (ventouse and forceps) is a complicated delivery. Studies have also concluded that an instrumental delivery may be associated with fear of childbirth and a negative birth experience.

The aim of this study has been to describe womens' experience of participation associated with an instrumental delivery.

Qualitative semi- structured interviews were performed. A total of 16 women who had a baby with the help of an instrumental delivery were interviewed three to five days after giving birth at a hospital in Stockholm 2012. The analysis method used was a content analysis method according to Graneheim and Lundeman, (2004).

The analysis of the data, made from the perspective of the purpose of this study, revealed four themes: to meet and participate, being a team, having empowerment and not be involved. Women who rated their birth experience low, less than three felt that they were less involved than women who gave higher ratings. The factors that made the woman felt involved was to meet and participate by being encouraged and coached, to be spoken to, to be attentive and to get understanding. Additional factors that led to the woman experienced participation was to be a team through collaboration, guidance and accountability. Having empowerment through participatory gave an experience of participation. Not being involved was described as a feeling of powerlessness and an introvert behavior meant that the woman did not feel that they are involved in the instrumental delivery.

This study concludes that women describe the experience of participation of an instrumental delivery as "to meet and participate", "being a team", "having empowerment". Experience of not participate is described as "not be involved".

Keywords: Patient participation, patient involvement, instrumental vaginal delivery, ventouse, forceps, vacuumextraction

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	
Patientens självbestämmande	1
Delaktighet	2
Instrumentell förlossning	3
Problemformulering	5
SYFTE	5
Frågeställningar	5
METOD	5
Datainsamling	5
Urval	6
Intervjuerna	6
Databearbetning	7
Forskningsetiska överväganden	8
RESULTAT	9
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	22
Slutsats	25
Klinisk implikation	25
Fortsatt forskning	25
REFERENSER	26
BILAGOR	
Bilaga-I Intervjuguide	
Bilaga-II Studieinformationsbrev personal	
Bilaga-III Studieinformationsbrev patient	
Bilaga-IV Samtycke verksamhetschef	

INLEDNING

Denna studie har undersökt hur kvinnor upplever sig delaktiga i samband med en instrumentell förlossning (sugklocka eller tång). Att vara delaktig i sin vård och behandling har visat sig vara positivt för hur man upplever vården. I de lagar och regelverk som styr hälso- och sjukvården (SFS 2010:659; SFS 1982:763) finns patientens delaktighet med som en viktig aspekt för en god vård och där betonas att patienten skall involveras och göras delaktig i sin vård. Vid en instrumentell förlossning får kvinnan hjälp med att krysta ut barnet och det definieras som en komplicerad förlossning. Ofta är det en mer eller mindre akut situation vilket gör att det kan vara svårt för kvinnan att hinna förbereda på sig för vad som ska hända. Tidigare studier (Salmela-Aro, Halmesmäki & Saisto 2009; Hildingsson, Karlström & Nystedt, 2013) har visat att kvinnan upplever en instrumentell förlossning mer traumatisk jämfört med en vanlig förlossning. För att kunna ge kvinnan en god vård, involvera och göra kvinnan delaktig under sin förlossning är det av betydelse att få mer kunskap om hur kvinnan uppfattar sig delaktig i samband med en instrumentell förlossning.

BAKGRUND

Patientens självbestämmande

I Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) står att hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den särskilt skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Vård och behandling ska så långt som det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

Hälso- och sjukvårdslagens krav på självbestämmande är stark. Rätten till information och inflytande är av avgörande betydelse för patientens möjlighet att utöva sitt självbestämmande och vara delaktig i vården.

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Om informationen inte kan lämnas till patienten ska den i stället lämnas till en närstående till patienten.

I de lagar och föreskrifter som styr hälso- och sjukvården finns patientens delaktighet med som en viktig faktor för en god vård (SFS 2010:659; SFS 1982:763).

Delaktighet

Inom hälso- och sjukvården är patientens delaktighet en viktig grund för både medicinsk behandling och omvårdnad. Synen på patienten har förändrats och patientens ställning har alltmer förstärkts under de senaste decennierna. Den traditionella synen inom hälso- och sjukvården har ersatts av förväntningar på en aktiv patient som är involverad i sin egen vård, Socialstyrelsen (2012).

Delaktighet är ett begrepp som diskuterats inom hälso- och sjukvård och politiken. Det har olika betydelser beroende på vilket sammanhang vi pratar om och en förklaring till användningen av flera betydelser/termer kan härledas från regeringar och beslutsfattarnas olika valörer av patientens delaktighet i styrdokument (Sainio, Eriksson & Lauri, 2008). Innebörden av begreppet har undersökts i tidigare studier och i en studie av Eldh, Ehnfors och Ekman (2004) som undersökte begreppets innebörd visade resultatet att delaktighet upplevdes som att "vara säker", "förstå" och "söka och upprätthålla en känsla av kontroll". Icke-deltagande upplevdes som att "inte förstå", "inte ha kontroll", "saknar en relation" och "inte vara ansvarig". Resultaten i den studien pekar på att erfarenheterna av delaktig och icke-delaktighet kan förändras över tiden och faser av sjukdom och behandling och studien föreslår en vidare och utökad syn på begreppet delaktighet (Eldh et al., 2004).

Patientens delaktighet i samband med hälso- och sjukvård kan relateras till olika definitioner vilka olika studier visar, Jewell (1996) identifierar patientens delaktighet som företrädare av en filosofisk inställning till vården och även som en praktisk del av patientens vård. Den filosofiska strategin omfattar: individ eller holistisk vård, realistiska planer som bygger på förhandlingar, ett positivt resultat för patienter och uppmuntra patienterna att vara aktiva snarare än passiva under sin sjukhusvistelse. Den praktiska delen innebär att använda omvårdnadsprocessen, se vad patienten vill om ansvarsfrihet, egenvård, delta i vården, och informera patienter under deras sjukhusvistelse.

Henderson (2002) drar slutsatsen att patientens delaktighet innebär att vara med i beslutsprocessen när det gäller genomförande och utvärdering av patientens egen vård. Sainio, Lauri och Eriksson (2001) menar att patientens delaktighet avser att vara med i beslutsfattandet eller att uttrycka sina åsikter om olika behandlingar. Det inkluderar att dela information, kommunicera känslor och symtom samt efterlevnad av sjuksköterskor och läkares order. Det som kunde främja delaktighet enligt patienterna var patientens aktivitet, närvaro av fast vårdkontakt sjuksköterska/läkare, uppmuntran från sjuksköterskor och läkare att vara delaktig, att bli behandlad som en jämlike och att läkare och sjuksköterskor har tillräckligt med tid. Faktorer som hindrade delaktighet var patientens okunnighet, fysisk och psykisk obalans, blyghet hos patienten, att läkare och sjuksköterskor hade tendens att behandla patienten som ett objekt, rutiner, problem med informationsspridning och brist på tid.

Tutton (2005) definierar patientens delaktighet som en dynamisk process som förändras över tid och är en integrerad del av arbetet för vårdpersonal. Denna process sker genom underlättande, partnerskap, att förstå personen och ett känslomässigt arbete där partnerskap ses som en nödvändig process som ligger till grund för delaktighet. Patientens delaktighet

måste vara en fråga för dialog mellan vårdpersonal och patient som kan förändras över tid och faser av sjukdom, vård och behandling (Sainio et al., 2001; Eldh, Ehnfors & Ekman, 2006).

Patienten ska alltid kunna lita på att den som ger vård har de professionella kunskaper och det omdöme som situationen kräver. Patientens delaktighet i den egna vården får inte innebära att patienten känner otrygghet eller rädsla för att inte få en fullgod vård utan sitt eget ingripande. Det är alltid vårdgivaren och vårdpersonalen som har ansvaret för att vården är säker. Patienter är experter på sig själv och patienten har en alldeles unik kunskap på ett område – nämligen om sig själv och sina egna levnadsförhållanden och övriga förutsättningar (Socialstyrelsen, 2012).

Studier har visat att en patient som är delaktig i sin egen vård ger ett bättre vårdresultat, till exempel minskat återinsjuknande och kortare vårdtider (Socialstyrelsen, 2012; Kiessling & Kjellgren, 2004). En annan studie visar att kvinnor som inte känt sig delaktiga i sin förlossningsvård är mindre nöjda (Waldenström, Rudman & Hildingsson, 2006).

Instrumentell förlossning (sugklocka och tång)

En instrumentell förlossning innebär att förlossningen avslutas och barnet hjälps ut med sugklocka eller tång. Med en instrumentell förlossning vill man påskynda eller underlätta utdrivningen och framfödandet av barnet. Det finns flera skäl till att man vill avsluta förlossningen instrumentellt. Anledningar kan vara att barnet börjar visa tecken på stress och syrebrist, att förlossningen inte går framåt, att kvinnan inte kan krysta ut barnet på grund av att hon är uttröttad, sjuk eller att livmoderssammandragningarna (värkarna) är för svaga. Många gånger är ingreppet akut och det finns lite eller obefintlig tid för kvinnan, hennes partner och vårdpersonalen att förbereda sig för interventionen, (Socialstyrelsen, 2011).

Den vanligaste förekommande instrumentella förlossningen är sugklocka, vilket innebär att man sätter en ”sugkopp” på fostrets huvud och låter den långsamt suga fast genom ett vakuum. Det finns också sugklockor som appliceras och som läkaren sen drar direkt. När kvinnan får en värk och krystar hjälper läkaren till och drar under tiden som kvinnan har sin värk. Detta upprepas tills barnets huvud är framfött då sugklockan tas bort.

Det andra alternativet är tång som har använts inom förlossningsvården sedan 1700-talet. Tång används inte ofta och har mer kommit att ersättas av sugklocka. En förlossningstång består av två metallskedar, som kopplas ihop och läggs som en tång runt barnets huvud. Innan dragning påbörjas så låses tången så att barnets huvud inte kan skadas. När tångskedarna är på plats drar man samtidigt som mamman krystar till barnets huvud är framfött. Om man ska avsluta förlossningen instrumentellt behöver man göra vissa förberedelser. Det är viktigt att informera kvinnan och hennes anhöriga hur en förlossning med hjälp av sugklocka eller tång ska gå till, (Socialstyrelsen, 2011).

Genom yttre palpation på magen och vaginalundersökning av kvinnan fastställs var fosterhuvudet står i bäckenkanalen. Patientens urinblåsa bör vara tömd innan interventionen påbörjas. Under interventionen får kvinnan ligga i förlossningssängen i så kallad kortbädd, liknande en gynekologisk undersökningsstol med benen i benstöd.

Vid en instrumentell förlossning bör någon form av smärtlindring ges då det blir en forcerad

förlossning och ingreppet är smärtsamt (Ahlberg, Ekéus & Saltvedt, 2013).

De smärtlindringsmetoder som kan vara aktuella är ryggbedövning (epiduralblockad, EDA), spinalanestesi (SPA), lustgas, bäckenbottenbedövning (pudendusblockad, PDB) eller infiltration.

När förberedelserna är gjorda läggs sugklockan eller tången in. Fosterhjärtljuden övervakas under hela ingreppet. Dragningen med sugklockan/tången sker värksynkront det vill säga samtidigt som kvinnan får en värk och kan krysta. Tiden för ingreppet bör inte överskrida 15-20 minuter.

Alla instrumentella ingrepp innebär en ökad risk för komplikationer både på mor och barn. Med ett forcerat utdrivningsskede ökar risken för bristningar i underlivet och har förlossningsförloppet varit långt ökar risken ytterligare då vävnaderna blivit ödematösa.

De vanligaste komplikationerna som ses hos modern efter en instrumentell förlossning är framförallt vaginalbristningar samt sphinkterskador, perineal smärta och dyspareuni (Beucher, 2008).

Hos barnet ses komplikationer på grund av den instrumentella förlossningen i form av lacerationer på fosterhuvudet, kefalhematom, subgalealhematom samt i mycket sällsynta fall intrakraniell blödning och tentoriumbristning. En studie som undersökt barns kognitiva förmåga visar att de barn som hade fötts med hjälp av sugklocka hade något lägre genomsnittliga provresultat i matematik vid 16 års ålder än barn som föds vaginalt utan instrument (Ahlberg, Ekeus & Hjern 2014; Keriakos, Sugumar & Hilal, 2013).

Det finns få publicerade data om kvinnors upplevelser av att ha haft en instrumentell vaginal förlossning. Tidigare studier (Rouhe, Salmela-Aro & Halmesmäki, 2009; Hildingsson et al., 2013; Nilsson, Bondas, & Lundgren, 2010) visar att en instrumentell förlossning påverkar förlossningsupplevelsen. Kvinnan upplever oftare en instrumentell förlossning mer traumatisk jämfört med en vaginal förlossning utan komplikationer. Detta kan i framtiden leda till stark förlossningsrädsla. Svår förlossningsrädsla är mer vanligt hos de kvinnor som hade en tidigare förlossning med sugklocka (Rouhe et al, 2009).

En studie som undersökte föräldrars erfarenhet av en instrumentell förlossning visar att en instrumentell förlossning var associerad med en negativ förlossningsupplevelse för kvinnan, en känsla av att barnet blev skadat och tankar på att de inte ville ha fler barn (Hildingsson et al, 2013). En annan studie som undersökte tidigare förlossningsupplevelse hos kvinnor med stark förlossningsrädsla visade det att kvinnan inte upplevt sig närvarande under sin förlossning. Kvinnan fick en negativ förlossningsupplevelse och hade ingen helhetskänsla, hon upplevde sin kropp inkapabel att föda och trodde att medicinska interventioner var nödvändiga för en säkert födande (Nilsson et al, 2010).

Avasarala och Mahendran, (2001) visar att en ökad rädsla för förlossning rapporterades hos 27,5% som blivit förlösta med sugklocka och 24% av kvinnorna önskade kejsarsnitt med en framtida graviditet. Genom tydlig information om fördelar och risker samt debriefing efteråt tror författarna att förlossningsrädslan och önskemål om kejsarsnitt i framtida graviditeter kan minska.

En forskningsöversikt av Hodnett, (2002) visar att fyra faktorer- personliga förväntningar, hur mycket stöd från vårdgivare, kvaliteten i relationen mellan vårdgivaren och patient och delaktighet i beslutsfattandet verkar vara så viktiga att de åsidosätter påverkan av ålder,

socioekonomisk status, etnicitet, förlossning förberedelse, den fysiska födelsemiljön, smärta, orörlighet, medicinska insatser, och kontinuitet i vården, när kvinnor utvärderar sina förlossningsupplevelser. Antalet instrumentella förlossningar årligen i Sverige är runt nio procent av alla förlossningar (Socialstyrelsen, 2011).

Problemformulering

Upplevelse av delaktighet har betydelse för hur patienter upplever sin vård. En instrumentell förlossning är en akut intervention där kvinnan krystar ut barnet med hjälp av en sugklocka eller tång. För att kunna ge kvinnan en god vård i samband med en instrumentell förlossning är det av vikt att undersöka hur kvinnor upplever delaktighet i den situationen.

SYFTE

Att beskriva kvinnors upplevelse av delaktighet i samband med en instrumentell förlossning

Frågeställningar

- Vilka faktorer gjorde att kvinnan kände sig delaktig eller inte delaktig i samband med en instrumentell förlossning?
- Vad innebär begreppet delaktighet för kvinnan i samband med en instrumentell förlossning?

METOD

Datainsamling

Studien baserar sig på semistrukturerade intervjuer med en kvalitativ induktiv ansats. Intervju är en metod som lämpar sig då kvalitativa företeelser skall studeras såsom upplevelser, tankar och attityder och är ett möte med intervjupersonen och dennes livsvärld (Dahlberg, 1999). Ansatsen i undersökningen är induktiv vilket innebär att analysen av människans upplevelse analyseras förutsättningslöst. I den här studien i förhållande till begreppet delaktighet utifrån de data som kommit fram i studien (Graneheim & Lundman, 2004).

Intervjuerna bestod av öppna frågor runt några utvalda teman som hölls med stöd av en intervjuguide. Intervjuguiden utformades av studiens författare med grund i det centrala begreppet delaktighet (bilaga I). Varje intervju började med att respondenten fritt fick berätta om sin upplevelse av förlossningen. Genom att inleda en intervju med en öppen fråga får respondenten beskriva sin upplevelse fritt och man kan hela tiden under intervjun klargöra innebörden av svaren genom att ställa följdfrågor (Kvale & Brinkmann, 2009). Utifrån vad respondenterna berättade ställdes följdfrågor kring begreppet delaktighet för att uppnå en så bred och djup förståelse som möjligt. Som en sista fråga under intervjun fick respondenterna skatta sin förlossningsupplevelse från 0-10 där noll motsvarar värsta tänkbara upplevelse och tio bästa tänkbara upplevelse.

Slutligen fick kvinnan frågan om det var något hon ville tillägga som inte kommit upp i intervjun.

Urval och rekrytering

Studien genomfördes på ett sjukhus i Stockholm under perioden maj till juli 2012. Kvinnor som fött barn med hjälp av en instrumentell förlossning tillfrågades konsekutivt om deltagande i studien. Kriterierna för att delta i studien var att kvinnan skulle ha fött barn med hjälp av sugklocka eller tång och att hon skulle förstå och tala svenska så pass mycket att hon kunde genomföra intervjun och förstå och svara på frågorna. Exklusionskriterie var om kvinnans barn vårdades på neonatalavdelning.

Informanterna rekryterades på eftervårdsavdelningen (BB) där de vårdades efter att de fött med hjälp av sugklocka eller tång. Innan studien startade fick barnmorskorna på de eftervårdsavdelningar (BB) där studien genomfördes skriftlig information om studien.

De kvinnor som fött barn med hjälp av instrumentell förlossning med sugklocka eller tång identifierades av författare eller tjänstgörande barnmorska på BB. Kvinnan fick en skriftlig information om studien av tjänstgörande barnmorska och tillfrågades därefter om de ville delta i studien. De informerades också om att deltagandet var frivilligt och inte påverkade deras vård i övrigt. Intervjuerna genomfördes under perioden 2012-05-11 och 2012-07-09. Totalt tillfrågades 19 kvinnor om deltagande i studien. En kvinna som tillfrågades tackade nej till att delta. Av de tillfrågade informanterna valde en att inte delta då hon vid intervjutillfället inte kände sig bra och en annan hade vid intervjutillfället ångrat sig och ville inte delta i studien. Totalt intervjuades sexton kvinnor två till fem dagar efter att de fött barn med hjälp av sugklocka eller tång.

Intervjuerna

Intervjuerna genomfördes av två personer, författaren och författarens handledare som är specialistbarnmorska. Respondenten intervjuades på eftervårdsavdelningen (BB) i vådrummet (enkelrum) där kvinnan och hennes familj vårdades innan hemgång från sjukhuset eller i ett enskilt rum vid återbesöket på sjukhusets återbesöksmottagning. Anledningen till att kvinnan intervjuades antingen på vårdavdelningen innan hemgång från sjukhuset eller vid återbesöket på återbesöksmottagningen var att vårdtiderna var korta, en-tre dagar vilket gjorde att intervju inte hann genomföras med alla respondenter innan hemgång. Respondenten fick vid intervjutillfället själv besluta om hon ville ha sin partner med vid intervjun eller om hon ville vara själv. Innan intervjun startade fick informanten återigen information om studiens syfte och att hon kunde avbryta sin medverkan om hon önskade. Intervjuerna spelades in i sin helhet och genomfördes med hjälp av en intervjuguide. Intervjuguiden bestod av frågor som hade fokus på begreppet delaktighet. Alla intervjuerna inleddes med en öppen fråga där kvinnan fritt fick reflektera och berätta om sin förlossning. Frågor ställdes vid behov under intervjuerna från intervjuguiden och följdfrågor ställdes vid behov för att klargöra det kvinnan sagt. Informanterna fick avslutningsvis skatta sin förlossningsupplevelse på en tiogradig skala, där noll motsvarade värsta tänkbara upplevelse och tio bästa tänkbara förlossningsupplevelse.

Innan intervjun avslutades tillfrågades kvinnorna om det var något mer de ville få sagt eller tillägga innan intervjun avslutades. Kvinnorna gav skriftligt sitt samtycke för författare att läsa patientjournalen. Alla studiedeltagare fick kontaktuppgifter till författaren ifall de hade frågor eller om de i efterhand hade behov av att prata om något.

En pilotintervju genomfördes för att testa intervjuguiden som sen inkluderades i datamaterialet då den svarade mot studien syfte. Intervjuerna var mellan 24-63 minuter långa och spelades in i sin helhet.

Databearbetning

Som dataanalysmetod användes kvalitativ innehållsanalys. Analysen gjordes enligt Lundman & Graneheim, (2004) modell för kvalitativ innehållsanalys. Vid analys med kvalitativ innehållsanalys så tolkas verkligheten och fördjupad förståelse och perspektiv av livsvärlden kan synliggöras. Kvalitativa data innehåller många innebörder vilket innebär att det alltid finns en grad av tolkning i analysen. När analysen av data påbörjas börjar också kommunikationen mellan forskaren och texten. En text innehåller många olika meningar som kan tolkas på olika sätt. När forskaren tolkar texten är tolkningen påverkad av forskarens egen historia och förförståelse. Man kan säga att vid kvalitativ innehållsanalys behöver forskaren å ena sidan låta texten tala utan att tillskriva texten meningar som inte finns. Samtidigt är det omöjligt för forskaren att inte lägga till perspektiv till fenomenet man studerar. Det är därför av största vikt att forskare noggrant an beskriva hur analysen genomförts för att nå en hög trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004; Cutcliffe & Mc Kenna, 1999; Kvale & Brinkmann 2009).

Analysprocessen följdes noggrant enligt Graneheim & Lundman, (2004). Det inspelade datamaterialet lyssnades igenom av studiens författare i sin helhet. Därefter transkriberades intervjuerna ordagrant i sin helhet. Intervjuerna numrerades och datummärktes för att kunna härleda citatens ursprung. Författaren läste vidare igenom alla intervjuer ett flertal gånger för att få en helhetsbild av materialet. Det transkriberade materialet analyserades med fokus på att med beskriva kvinnornas upplevelse av delaktighet i samband med en instrumentell förlossning.

Intervjuerna bearbetades utifrån manifest och latent innehållsanalys och ur det kunde kategorier, subkategorier och teman identifieras där den manifesta analysen tolkade det konkreta som datamaterialet visade och den latent analysen det mer underliggande resultatet i texten som framkommer i temat.

Meningsbärande enheter som var relevanta för frågeställningarna identifierades i varje intervju. De meningsbärande enheterna analyserades sedan vidare (kondenserades) då det centrala budskapet i varje mening lyftes fram utan att betydelsen förändrades. Därefter kodades datamaterialet vilket innebar att det bärande budskapet lyftes till en högre abstraktionsnivå vilket utgör det manifesta innehållet. Koderna sorterades vidare till kategorier och subkategorier. Till sist formulerades teman där det latent innehållet blev tydligt.

Exempel på analysprocessen.

Tabell I.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori
<i>”jag lyssnade på henne när hon sa det här är sista gången som vi försöker och händer ingenting så får vi operera”</i>	Jag lyssnade när hon sa om inget händer så får vi operera	Lyssna	Att lyssna på informationen	Att vara lyhörd

Forskningsetiska överväganden

De forskningsetiska principerna om information, samtycke, nytta och konfidentialitet följdes enligt de krav som finns beskrivna i Helsingforsdeklarationen, 2010 och SFS 2013:460.

Chefbarnmorskor och vårdpersonal vid de avdelningar och mottagningar där studiedeltagarna rekryterades och studien genomfördes fick muntlig och skriftlig information med ett informationsbrev om studien och studiens syfte (bilaga II).

Alla kvinnor som tillfrågades och deltog i studien fick muntlig och skriftlig information om studien och studiens syfte, datahantering och spridning av resultat innan de tackade ja eller nej till att medverka. Informationsbrevet tog upp att studien inte skulle påverka vården, att deltagandet var frivilligt och att deltagarna när som helst kunde gå ur studien om de så önskade (bilaga III).

Möjliga studiedeltagare som fött barn med en instrumentell förlossning identifierades via avdelningarnas beläggningstavla av inneliggande patienter. Författare och handledaren kontaktade patientansvarig barnmorska för att se att kvinnan uppfyllde studiens kriterier. Författaren diskuterade också med patientansvarig barnmorska och efterhörde att kvinnan mådde så pass bra att hon skulle orka en intervju. Vidare gav patientansvarig barnmorska kvinnan skriftlig information om studien och tillfrågade kvinnan om hon kunde tänka sig delta i studien. När kvinnan lämnat sitt samtycke till att delta i studien bokade studiens författare in tid med kvinnan för intervju.

I samband med intervjustart fick respondenten återigen information om att deltagandet var frivilligt och att hon när som helst kunde avbryta sitt deltagande. Vidare gavs information om hur intervjun skulle genomföras och att följdfrågor skulle ställas för att klargöra vad respondenten hade svarat.

Studiens författare tog hänsyn till att respondenten skulle kunna uppleva det negativt att återuppleva sin förlossning men att det också kunde upplevas positivt att få bearbeta och tala om det. Studiedeltagarna fick kontaktuppgifter till författaren och fick information att de kunde kontakta författaren om behovet fanns. De fick också information om att det fanns möjlighet att få kontakt med läkare och barnmorska för samtal om sin förlossning om de skulle få behov av det.

Allt datamaterial behandlades konfidentiellt och endast författare och handledare hade tillgång till datamaterialet och kände till vad respondenterna hade lämnat för svar.

Nyttan med studien får anses befogad då ökande kunskaper inom detta område kan ge kunskaper som kan leda till en bättre vård för kvinnor som ska föda barn med hjälp av sugklocka eller tång.

Denna studie är godkänd av Karolinska Institutets etikprövningsnämnd (dnr. 2012/399-31/4). Skriftligt tillstånd att genomföra studien inhämtades av verksamhetschefen på kliniken där studien genomfördes (bilaga IV).

RESULTAT

Informanternas bakgrund

Av de som ingick i studien var 14 förstföderskor och två omföderskor, totalt 16 kvinnor. Deras ålder var mellan 18 och 34 år med en medelålder på 27 år. Kvinnorna hade olika utbildningsbakgrund. En var student och övriga hade utbildning på grundskole-, gymnasial och högskolenivå. Fem av deltagarna hade invandrarbakgrund.

Fyra teman identifierades vilka är ”att mötas och medverka”, ”att vara ett team”, ”att ha egenmakt” och ”att inte vara med”.

Att mötas och medverka

”Att mötas och medverka” genom kommunikation var ett av de övergripande teman som framkom vid dataanalysen. För att kvinnan ska kunna vara delaktig behöver hon möta vårdpersonalen och vårdpersonalen möta kvinnan. I mötet blir kvinnan sedd och kan kommunicera med vårdpersonalen. I mötet ser vårdpersonalen kvinnan och kan hjälpa henne och ge henne uppmuntran att klara av sin situation. Att kvinnan har möjlighet och ges förutsättningar att medverka är väsentligt för att kvinnan ska uppleva delaktighet.

De kategorier som framkom var att bli uppmuntrad och coachad, att bli tilltalad, att vara lyhörd och att förstå.

Tabell II. Visar tema ”att mötas och medverka” med kategorier och subkategorier.

Tema	Kategori	Subkategori
Att mötas och medverka	Att bli uppmuntrad och coachad	Att bli stärkt och växa Medverkan
	Att bli tilltalad	Ingen dialog Bristande samverkan
	Att vara lyhörd	Att bli lyssnad på Att lyssna på information
	Att förstå	Information om händelseförloppet Bristande information

Att bli uppmuntrad och coachad

Det som gjorde att kvinnorna kände sig delaktiga var hur de upplevde mötet och med barnmorskan och läkaren. Genom barnmorskans och läkarens uppmuntran och coachning upplevde kvinnorna att de kunde medverka i det som hände. Kvinnorna beskrev att barnmorskan eller läkaren kommunicerade genom att uppmuntra, ”peppa” och coacha vilket var positivt. Det gjorde att kvinnorna kunde medverka och känna sig delaktiga. Kvinnorna växte och kände sig stärkta att klara av förlossningen.

En respondent beskrev det så här:

”jag kände ju bara en positiv lättnad att äntligen nu är det inte långt kvar, nu får vi köra den sista energin här, så det var inte något att jag blev rädd eller så, nu kör vi” (intervju 4, förlossningsupplevelse 7-8)

Barnmorskan och läkaren uppmuntrade och coachade kvinnan dels genom att säga att kvinnorna var bra, duktiga och att de gjorde rätt. De fick kvinnorna att själva klara av situationen genom att säga att kvinnan själv måste delta vilket gav kraft och gjorde att kvinnan ”växte”.

”läkaren säger att jag är duktig för att jag försöker även den här sista gången och hon sa försök, försök snälla, vi kan inte göra nånting, bara du kan hjälpa dig själv”(intervju 9, förlossningsupplevelse 0)

Att bli uppmuntrad och coachad gjorde att kvinnan med egen insats klarade av förlossningen och hennes medverkan var viktig. Att känna sig delaktig under den instrumentella förlossningen var möjligheten att få medverka i det som hände och kunna påverka situationen vilket skedde i mötet genom kommunikation.

Att bli tilltalad

Flera kvinnor upplevde brist på stöd i kommunikationen genom att de inte blev involverade. Det ledde till en känsla av att inte bli tilltalad och att de inte kände sig delaktiga. Det kunde visa sig genom att vårdpersonalen pratade över huvudet på kvinnan eller att kvinnan upplevde att personalen inte talade till henne alls. Det gjorde också att kvinnorna blev oroliga för att vårdpersonalen höll inne med information om vad som hände.

”när dom prata med varandra bakom huvet blev man mer rädd istället för att dom kunde ha pratat till en samtidigt som dom pratade med varandra. (intervju 2, förlossningsupplevelse 1)

Något som flera kvinnor beskrev var att flera av vårdpersonalen talade med kvinnan samtidigt. Det gjorde det svårt för kvinnorna att uppfatta och förstå vad de sa.

”det är bättre om bara två personer pratar och jag vet om jag ska lyssna eller inte på en person” (intervju 9, förlossningsupplevelse 0)

Att ha en bristande dialog eller ingen dialog alls med vårdpersonalen gjorde att kvinnan inte upplevde sig delaktig. Det kunde vara att vårdpersonalen inte pratade med kvinnan eller att de talade flera stycken samtidigt så att kvinnan inte kände att hon hade kontakt eller hörde vad de sa.

”nä dom kom inte och prata med mig i alla fall” (intervju 4, förlossningsupplevelse 7-8)

Att vara lyhörd

Lyhördhet från vårdpersonalen att lyssna på kvinnan och ”se” henne samt att kvinnan lyssnade på vårdpersonalen gav en känsla av delaktighet.

”delaktighet med att föda barn är att du får gehör för vem du är” (intervju 7, förlossningsupplevelse 1)

Att kunna förstå och samverka från bägge håll dels att kvinnan förstod och kunde få samverka med barnmorska och läkare men också att de lyssnade på kvinnan var betydelsefullt för att kvinnan skulle känna delaktighet.

”vi kommunicerade jättebra med varandra allihopa det kändes skönt att de lyssnade på mig när jag sa jag får panik och när jag sa ”nu räcker det” ” jag har inte ork”(intervju 3, förlossningsupplevelse 4-5)

Att bli lyssnad på och att vårdpersonalen tog sig tid att svara på frågor upplevde kvinnorna som delaktighet. Det gjorde också att de kände sig sedda, att inte vara en i mängden. En kvinna beskriver delaktighet som att få gehör för vem du är.

”det var väl att dom lyssnade på mig, att det var inte att jag gör det här tio gånger om dagen, så du ska veta att du klarar det”(intervju 3, förlossningsupplevelse 4-5)

Att förstå

Att kvinnan förstod vad som hände och kände möjlighet att kunna samverka i beslut till exempel att man skulle avsluta förlossningen med en sugklocka gjorde att kvinnan upplevde sig delaktig.

”delaktighet innebär att man blir informerad och känner att man har möjlighet att påverka....delaktigheten för min del ligger i att bli informerad i vad som händer och varför så det inte bara sker, att man förstår” (intervju 5, förlossningsupplevelse 8)

Att få information om händelseförloppet, vad som hände och vad som skulle hända upplevde kvinnorna positivt och det bidrog till att de kände sig delaktiga.

”så jag tycker jag fick jättebra information hela tiden om vad som hände, att dom frågade hela tiden är det okey om vi gör så här o förklarade och frågade egentligen under hela tiden” (intervju 16, förlossningsupplevelse 7-8)

Bristande information och kommunikation genom att vårdpersonalen och kvinnan inte hade en dialog eller samverkade på ett bra sätt ledde till att kvinnorna inte kände sig delaktiga. Några kvinnor upplevde att de hade svårt att kommunicera och att det var svårt att ställa frågor. De kunde också uppleva att de inte fått någon information om den instrumentella förlossningen. Kvinnorna förklarade det med att de var smärtpåverkade, trötta eller att de upplevde att det var en akut situation så att det inte fanns tid att kommunicera eller få information.

”men jag hade väl egentligen uppskattat en riktig förklaring, det är ju svårt i den situationen när man har ont och ligger där och ja begära mer information och ställa ingående frågor, så att jag hade kunnat bilda mig en egen uppfattning”. (intervju 16, förlossningsupplevelse 7-8)

Brist på information och en upplevelse att man inte fått information om vad som hände skapade en oro och osäkerhet hos kvinnan. Något som kvinnorna pekade på var att det var en akut situation, bråttom, vilket gjorde att ingen eller bristande information gavs. Det skapade en känsla hos kvinnan av att något var allvarligare än vårdpersonalen sa, att situationen var värre än den var.

”alltså det jag hann tänka det var mest att jag var rädd för att det var nånting som inte skulle gå bra eftersom det verkade vara så bråttom och att det var obehagligt att inte ha fått någon information, då tyckte jag lite att det kändes som att dom inte berättar för mig för kanske är det värre än, ja det är därför dom inte vill säga någonting”(intervju 2, förlossningsupplevelse 1)

En respondent sade: *”jag hade en förnimmelse av att det kanske fanns något som dom höll inne med” (intervju 16, förlossningsupplevelse 7-8)*

Att vara ett team

”Att vara ett team” framkommer som ett tydligt tema och samarbetet mellan vårdpersonalen och kvinnan är väsentligt. Delaktighet beskrivs som att kvinnan och vårdpersonalen samarbetar, att man är flera som arbetar ihop och att man gör tillsammans. Kvinnorna talar om och ser sig själva och vårdpersonalen som ett team.

De kategorier som framkom var samarbete, vägledning och ansvar.

Tabell III. Tema ”att vara ett team” med kategorier och subkategorier.

Tema	Kategori	Subkategori
Att vara ett team	Samarbete	Dialog och samverkan Att arbeta tillsammans
	Vägledning	Handledning Fysisk närvaro och fysisk kontakt
	Ansvar	Att dela ansvar Att vara med och bestämma

Samarbete

Vårdpersonalens handlande var mycket viktig för kvinnans upplevelse av delaktighet i samband med den instrumentella förlossningen. Teamarbetet mellan kvinnan och vårdpersonalen innebar att arbeta tillsammans och att kvinnan, barnmorskan och läkaren samarbetade under förlossningen. De var ett team, som var beroende av varandra. Delaktighet beskrivs som att man är ett team som jobbar ihop.

”läkaren var väldigt duktig att prata med mig och informera mig om vad som skulle hända och varför jag skulle invänta nästa krystvärk och inte krysta på den här... han var väldigt duktig på att prata med mig och det var också barnmorskan väldigt noga med, ”tänk på vad han säger så du är med” de såg till att jag var delaktig” (intervju 5, förlossningsupplevelse 8)

”jag styrde ju mest för jag måste ju trycka och sen är det ju han eller läkaren, för att han ska kunna få ett bra grepp för att kunna dra ut den, så jag måste ju se till att den är i en viss gräns så han kan dra ut den” (intervju 12, förlossningsupplevelse 5)

I intervjuerna beskriver kvinnorna sig själv och vårdpersonalen som ett team vilket blir tydligt i kvinnornas ordval att använda ordet vi istället för jag eller dom när de beskriver situationen.

”det var framförallt barnmorskan som pratade mest, läkaren var väl mer fokuserad på sugklockan, men de var på hela tiden, vi skulle invänta värkarna och sen krysta så där så det var inget dragande mellan värkarna”(intervju 8, förlossningsupplevelse 5-6)

Vägledning

Att kvinnan får vägledning framkommer som centralt för upplevelsen av delaktighet. Vårdpersonalen hjälpte kvinnan att styra hur hon skulle krysta och när hon inte skulle krysta. Kvinnorna upplevde att de blev guidade och fick vägledning vilket upplevdes positivt.

”nä jag blev styrd eftersom jag inte direkt kände att jag ville krysta, så blev jag styrd och fick hjälp hela tiden men det var ju bara skönt att dom guidade mig för annars hade det kanske bara tagit längre tid om jag fått styra mer själv”(intervju 14, förlossningsupplevelse 6-7)

Den fysiska kontakten mellan kvinnan och vårdpersonal uttrycks i intervjuerna. Det kan vara beskrivning av närvaro, fysisk kontakt och att vårdpersonalen är nära kvinnan. Att barnmorskan lutar sig fram mot hennes ansikte och är mycket nära när hon talar till kvinnan, att barnmorskan håller i henne, känner på hennes mage eller att vårdpersonalen hjälper och stöttar med att hålla i kvinnans ben. Den fysiska kontakten bidrar till kvinnans upplevelse av delaktighet.

”hon höll på min mage och liksom hjälpte mig, nu tycker jag det känns som en värk och nu är det dags att krysta”(intervju 16, förlossningsupplevelse 7-8)

Allt ifrån ögonkontakt, massage, att man håller i kvinnans hand, håller och stödjer hennes ben, stryker på hennes mage, är nära kvinnan när man talar, tittar nära in i ögonen beskrivs av kvinnorna som en del i närvaro och delaktighet.

”så det kändes tryggt att dom stod bredvid här. Ja dom pratade ju med mig hela tiden och försökte få mig att må bättre, höll i mina ben och hjälpte till och försökte, lite till, dom var jätteduktiga”(intervju 3, förlossningsupplevelse 4-5)

Ansvar

Att ta ansvar eller att överlåta ansvar beskriver respondenterna som en del i att vara delaktig under den instrumentella förlossningen.

Kvinnorna beskriver å ena sidan att de tar ansvar och att de vill ta ansvar. Kvinnan har möjlighet att bestämma. Å andra sidan uttrycker en del av kvinnorna att hon överlåter ansvaret till vårdpersonalen vilket av kvinnan upplevs positivt. Skälet till det kan vara att kvinnan inte var närvarande i situationen, hon var trött, smärtpåverkad eller inne i en "bubbla".

"jag upplevde det väldigt skönt att få lägga över ansvaret på andra för jag var så borta" (intervju 7, förlossningsupplevelse 1)

"den här situationen maktlös är fel så lägger jag ju gärna ansvaret på dom som kan så det känns ju fel att säga att man inte har makt över situationen för det är inte så jag upplever det utan mer att inte ta ansvaret utan överlåta det" (intervju 5, förlossningsupplevelse 8)

Att ha egenmakt

"Att ha egenmakt" var det tredje temat som framkom efter databearbetning och i analysen framträdde kategorierna medbestämmande och maktlöshet.

Att ha egenmakt innebär bland annat att kunna säga nej och medbestämmande.

Kvinnan vill kunna påverka sin situation och vara med och bestämma.

Här tolkas delaktighet som att kunna påverka och fatta beslut eller att kunna påverka men inte ta besluten. Att ha egenmakt är en förutsättning för delaktighet och att inte ha egenmakt ger en känsla av maktlöshet.

Tabell IV. Tema att ha egenmakt med kategorier och subkategorier.

Tema	Kategori	Subkategori
Att ha egenmakt	Medbestämmande	Vara med och bestämma Tillit Att vara viktig och betydelsefull
	Maktlöshet	Känsla av maktlöshet Känsla av besvikelse

Medbestämmande

Att kvinnan har egenmakt att påverka sin situation var avgörande för upplevelsen av delaktighet. Upplevelsen att man hade egenmakt under den instrumentella förlossningen innebar att man var med och diskuterade sig fram och fattade beslut om vad som var bäst att göra.

"dom lyssnade jättemycket och tog det i min takt, så vänta lite, jag bestämde allting dom hjälpte till och gav tips, det var inte som dom gör det varje dag det var som att

jag fick lära dom, dom lyssnade verkligen på hur jag kände och hur jag ville ha det när jag hade ont och allting” (intervju 3, förlossningsupplevelse 4-5)

Att vara delaktig innebar för respondenterna att innan man som läkare eller barnmorska fattade beslut så skulle man diskutera med kvinnan så att hon hade full förståelse för händelseförloppet och bestämt hur mycket hon ville delta i beslutsfattandet om vad som skulle hända.

”utan dom kan ju inte bara bestämma eller ta beslut utan att patienten själv har gått med på det” (intervju 13, förlossningsupplevelse 2)

En respondent beskrev att kvinnan hade egenmakt att själv bestämma genom att barnmorskan innan hon gjorde något frågade om hon gick med på det, hur kvinnan ville göra och hur hon tänkt sig. Att få vara med och bestämma och påverka vad som hände gav kvinnorna en känsla av delaktighet.

”nämen innan barnmorskan gör någonting liksom ställer frågan först om man går med på det eller hur vill du göra eller vad har du tänkt dig. Då känner man sig delaktig i besluten som fattas” (intervju 13, förlossningsupplevelse 2)

När respondenterna skulle beskriva vad delaktighet var svarade de medbestämmande, att få vara med och påverka och bli lyssnad på. En respondent beskrev det som *”att man är med”* (intervju 15, förlossningsupplevelse 7). Medbestämmandet innefattade också att kunna ha inflytande och medverka, att vårdpersonalen gjorde som man sa och önskade eller att ett förlossningsbrev togs på allvar och hade betydelse.

”jag hade skrivit ett förlossningsbrev å alla hade läst det å då kändes det kul liksom. Att alla som kom in var pålästa och visste vad jag ville och vad jag tyckte” (intervju 13, förlossningsupplevelse 2)

Kvinnan upplevde sig delaktig när det hon sa och önskade hörsammades av vårdpersonalen.

”jag kommer ihåg att jag bara skrek hämta den där sugklockan o då hämta dom den” (intervju nr 3, förlossningsupplevelse 4-5)

Maktlöshet

Att kvinnan inte själv kunde klara av situationen att krysta ut sitt barn utan behövde få hjälp med en sugklocka beskrevs som en känsla av maktlöshet. Det kunde också upplevas som en besvikelse hos kvinnan att inte själv kunna klara av det utan hjälp.

”och den här känslan av maktlöshet lite granna, att jag liksom själv inte kunde, jag fick lite sådär vad dålig jag är som inte kan krysta ut mitt barn liksom” (intervju 11, förlossningsupplevelse 1)

”alltså det var hemskt, jag trodde jag skulle gå sönder och jag ville inte det där, jag var förberedd på att det skulle göra ont men det där var värre än någonsin kände jag” (intervju 2, förlossningsupplevelse 1)

Flera kvinnor beskriver upplevelser av maktlöshet då det blev en akut situation och det blev bråttom att avsluta förlossningen. I den akuta situationen har kvinnorna upplevt att de inte haft något att säga till om. Vårdpersonalen gav lite eller ingen information och i vissa fall ett bristande bemötande. Några av kvinnorna upplevde att vårdpersonalen var okänsliga i sitt bemötande. En respondent beskriver att hon fick panik under förlossningen med sugklockan.

”jag tyckte det var jättedåligt, man kunde lika gärna beskriva till mig då det va ju så många människor därinne, en av dom kunde ta sig tid att säga; du det ligger till såhär å såhär så därför behöver vi stressa istället för att bara tala om för mig att vara tyst och göra som dom säger” (intervju 12, förlossningsupplevelse 5)

Känsla av maktlöshet gjorde att respondenterna inte kände sig delaktiga.

Att inte vara med

”Att inte vara med” under den instrumentella förlossningen upplevs av kvinnorna som att de förlorar kontrollen men det kan också vara ett introvert beteende som en strategi för att klara av förlossningsarbetet. Att inte vara med kan vara ett aktivt val som kvinnan gör, men det kan också vara att hon inte själv kan styra över det på grund av att hon är för trött eller smärtpåverkad. För att känna sig delaktig behöver kvinnan känna att hon är med på vad som händer. Det beskrivs som att vara i centrum och att känna tillit till sig själv och till vårdpersonalen. När kvinnan upplever att hon inte är med i vad som händer känner hon sig inte delaktig.

Tabell V. Tema att inte vara med med kategorier och subkategorier.

Tema	Kategori	Subkategori
Att inte vara med	Kontrollförlust	Känsla av utanförskap och att vara utlämnad Rädsla Traumatisk upplevelse
	Introvert beteende	Fokus på att vara i mig själv Inte närvarande, frånvarande Smärtpåverkan

Kontrollförlust

Att ha kontroll innebär att det inte tas beslut över huvudet på kvinnan. För att uppleva känsla av kontroll behöver det tas gemensamma beslut som alla är med på.

Flera av respondenterna upplevde kontrollförlust på olika sätt. Det kunde bestå i att kvinnan kände en bristande självkontroll genom att hon upplevde att situationen var rörig, det var ”mycket folk” (vårdpersonal) på rummet och att man hade svårt att få ihop vad man skulle göra. Det kunde också vara att kvinnan inte kunde göra sin röst hörd. Det fanns en känsla av utanförskap vilket kvinnorna beskriver bland annat med att vårdpersonalen inte kommunicerade direkt med kvinnan och att vårdpersonalen höll på med saker som kvinnan inte anade eller visste om.

”det vart lite konstigt, nån dom skulle hålla i var sitt ben och nån och dom höll på olika sätt och det vart svårt och jag skulle trycka, ja jag upplevde det jättesvårt” (intervju 11, förlossningsupplevelse 1)

Några respondenter beskriver att de upplevt rädsla under den instrumentella förlossningen. Rädslan kunde bero på att de är var rädda för vad som skulle hända då man förstod att det var allvarligt när så många personer kom in på förlossningsrummet, att barnet inte skulle klara sig eller att de var rädda för smärtan. En kvinna beskriver att hon inte tror att det kommer att gå men att hon är för rädd för att fråga.

”jag tror inte jag vågade alltså för jag var så rädd, jag försökte fråga vad som hände, jag var så inställd på att det här kommer inte gå för det kändes så” (intervju 2, förlossningsupplevelse 1)

”på slutet var det jättemånga människor och det var också en del av det som jag tyckte var obehagligt just att det kommit såhär många människor så måste det nog vara allvarligt” (intervju 16, förlossningsupplevelse 7-8)

”bara barnet överlever, det var det enda jag tänkte på” (intervju 2, förlossningsupplevelse 1)

Några av kvinnorna beskriver situationen under den instrumentella förlossningen som en traumatisk upplevelse. En kvinna säger att hon inte vill bli gravid igen på grund av upplevelsen under den instrumentella förlossningen. Flera av respondenterna upplever att den akuta situationen, där allt måste gå fort gör att kvinnan inte hinner få tillräcklig information och inte hinner förstå vad som händer och att smärtan gör henne traumatiserad.

”om jag tänker på den här perioden vill jag aldrig mera bli gravid en gång till” (intervju 9, förlossningsupplevelse 0)

”det gick så snabbt, så där höll jag på, jag upplevde det verkligen som traumatiskt förlossningen, det var värre än jag någonsin kunnat föreställa mig” (intervju nr 7, förlossningsupplevelse 1)

Introvert beteende

I motsats till att känna utanförskap kunde en del kvinnor välja att gå in i sig själva och stänga ute omgivningen. Det var då en medveten strategi för att kunna hantera exempelvis smärta. När de var i sin ”bubbla” orkade de inte bry sig om vad som hände.

Kvinnorna beskriver att det var svårt att vara delaktig i vad som hände då de hade fokus på att vara i sig själva. De fokuserade på att klara av förlossningen och värkarna. De gick in i sig själva i en ”bubbla och kunde inte koncentrera sig på vad som hände runt omkring och var inte medvetna om situationen. Kvinnorna hade svårt att koncentrera sig och kommunicera. De var mitt inne i ett förlossningsarbete och koncentrerade sig på att ta värkarna, hantera smärtan och att försöka att slappna av. De beskriver det som att de inte var där och inte var mottagliga för något. En kvinna säger att det inte går att samarbeta eller vara delaktig när man är mycket smärtpåverkad. Att kvinnorna var inåtvända och smärtpåverkade gjorde det svårare att vara delaktig.

”jag var som sagt i min egen bubbla, det kändes nästan som jag var borta i det skedet, jag var någon annanstans, jag var inte här” (intervju 4, förlossningsupplevelse 7-8)

”asså jag var helt borta, jag vet att det är jättemånga människor i rummet och dom frågade mig saker som var enkla och jag kunde inte ens svara på det” (intervju 7, förlossningsupplevelse 1)

”jag var inte så medvetande om vad dom gjorde, jag hade så ont då och var så trött att jag liksom struntade i vad alla höll på med runt omkring” (intervju 3, förlossningsupplevelse 4-5)

Förlossningsupplevelse

Som en sista fråga under intervjun fick respondenterna skatta sin förlossningsupplevelse från noll till tio (0-10) där noll motsvarar värsta tänkbara förlossningsupplevelse och tio bästa tänkbara förlossningsupplevelse. Genom en numerisk skala (NRS) graderades förlossningsupplevelsen utan mätinstrument genom att välja en siffra mellan noll (värsta tänkbara förlossningsupplevelse) och tio (bästa tänkbara förlossningsupplevelse). Alla respondenterna skattade sin förlossningsupplevelse.

6/16 (37,5%) skattade sin förlossningsupplevelse mellan 0-2, 6/16 (37,5%) skattade sin förlossningsupplevelse mellan 4-5 till 7 och 4/16 (25%) från 7-8 till 10.

De respondenter som skattade sin förlossningsupplevelse lågt beskriver en sämre upplevelse av delaktighet och de som skattade sin upplevelse högre var mer positiva och kände sig mer delaktiga under den instrumentella förlossningen.

Fördelning av svar förlossningsupplevelse.

Skattad förlossningsupplevelse 0-10

0 motsvarar värsta tänkbara förlossningsupplevelse och 10 bästa tänkbara förlossningsupplevelse

0	0-1	1	1-2	2	2-3	3	3-4	4	4-5	5	5-6	6	6-7	7	7-8	8	8-9	9	9-10	10
1	1	3		1					1	1	1	1	1	1	2	1				1

DISKUSSION

Syftet med studien var att undersöka hur kvinnor upplever sig delaktiga i samband med en instrumentell förlossning.

Metoddiskussion

Metoden som valdes för denna studie är en kvalitativ intervjustudie med en induktiv ansats vilket är en vanlig metod som används när man vill beskriva människors upplevelser och erfarenheter. Resultatet baserar sig på granskning och tolkning av de transkriberade texterna där data analyserats förutsättningslöst utifrån begreppet delaktighet. Eftersom studien ville undersöka kvinnors upplevelse av delaktighet i samband med en instrumentell förlossning kändes vald metod rätt för studiens syfte.

Som analysmetod användes innehållsanalys enligt modell efter Graneheim & Lundman, (2004) som ofta används vid kvalitativa studier. De begrepp som används för att beskriva trovärdigheten i kvalitativ innehållsanalys är giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet.

För att få svar på studiens syfte utarbetades en intervjuguide med frågor som var relevanta för att undersöka upplevelse av delaktighet. Vid samtliga intervjuer användes intervjuguiden som stöd för att kunna ställa följdfrågor vilket gjorde att intervjuerna fördjupades och svarade mot studiens syfte. Begreppet delaktighet i detta sammanhang kan kanske vara svårt för kvinnan att se och beskriva men genom att kvinnan fick starta intervjun med att fritt berätta om sin förlossning blev det lätt att med hjälp av intervjuguiden leda in kvinnan på begreppet delaktighet.

En styrka i studien är att begreppet delaktighet kunnat undersökas djupare med hjälp av intervjuguiden. Den gav stöd för författarna att ställa ytterligare frågor vilket ledde till att respondenterna kunde fördjupa och utveckla sina svar kring begreppet delaktighet. För att testa intervjuguiden gjordes en pilotintervju som sen inkluderades i materialet då den svarade mot studiens syfte då inga ändringar behövdes göras i intervjuguiden.

Alla intervjuer genomfördes tre till fem dagar efter att kvinnan fött barn. Tidpunkten för intervjun gjordes av bekvämlighetsskäl då det var lätt att rekrytera och få tid till intervju när respondenterna befann sig på sjukhuset eller hade tid för återbesök på sjukhusets återbesöksmottagning. En fråga att ställa sig är vid vilken tidpunkt som är bäst att göra en intervjustudie efter att man fött barn och om resultatet hade blivit annorlunda om valt en annan tidpunkt efter förlossningen.

Respondenterna var under intervjutillfällena både ineliggande och utskrivna från sjukhuset då intervjuerna gjordes på BB-avdelningen innan kvinnan åkte hem eller vid återbesöksmottagningen då kvinnan var på återbesök. Om det kan ha påverkat kvinnorna med att de kan ha haft olika distans till sin upplevelse beroende på om de varit på sjukhuset eller hunnit bli utskrivna och kommit hem är svårt att säga.

Vid intervjutillfället fick kvinnan själv bestämma om hon ville ha sin partner med eller inte för att hon skulle känna sig så bekväm som möjligt. De flesta valde att vara själva vid intervjun men några av respondenterna valde att ha sin partner och sitt barn med vid intervjun. Om det kan ha påverkat hur kvinnan svarade går inte att säga men författaren uppfattade att respondenten kunde uttrycka sig fritt och att partnern fungerade som ett stöd under intervjun genom att ta hand om barnet.

Ett av inklusionskriterierna för att delta i studien var att respondenten skulle tala och förstå svenska. Hos två av respondenterna visade det sig vid intervjutillfället att de hade svårighet att förstå några svenska ord men kunde förstå dem efter att fått dem förklarade för sig. Författaren beslutade att inkludera dessa två intervjuer då de tillförde perspektiv för upplevelse av delaktighet.

Totalt intervjuades 16 kvinnor då antalet intervjuer kändes tillräckligt för att få perspektiv och nyanser. En styrka i studien är att 16 kvinnor intervjuades vilket gav en rik mängd data.

Det var två intervjuledare som intervjuade åtta kvinnor var. Att det var två intervjuledare kan vara en svaghet i studien. För att stärka tillförlitligheten läste intervjuledarna igenom datamaterialet efter de första intervjuerna för att se att fokus kunde hållas på studiens tema.

Samtliga steg i forskningsprocessen har beskrivits så transparent som möjligt. Analysprocessen har noggrant beskrivits från att det inspelade materialet transkriberades och vidare hur kategorisering gått till fram till resultatet för att öka tillförlitligheten och giltighet i studien. Studiens resultat utmynnade i fyra teman vilka redovisas i de kategorier och subkategorier som framkommit i analysprocessen och som belysts genom citat. Trovärdigheten i resultatet har visats med hjälp av citaten som belyser de kategorier som framkom i analysprocessen. Författaren har lagt sig vinn om att noggrant beskriva analysprocessen alla steg så noggrant som möjligt.

Innan studien startade och genom hela processen av studiens genomförande har forskningsetiska övervägande tagits i beaktande som finns uttalade i Helsingforsdeklarationen, 2010.

I intervjuprocessen har respondenten som första fråga fått beskriva sin förlossning helt fritt innan ytterligare frågor från frågeguiden ställdes då det kändes etiskt viktigt att kvinnan fick möjlighet att styra vad hon valde att ta upp. Därefter ställdes frågor utifrån studiens syfte som var att beskriva upplevelse av delaktighet i samband med en instrumentell förlossning med hjälp av intervjuguiden. Författaren lade stor vikt på respondenterna fick information både muntligt och skriftligt och att de hade klart för sig studiens syfte. De fick information om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde utgå ur studien. Datamaterialet behandlades konfidentiellt vilket respondenterna informerades om.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att begreppet delaktighet i samband med en instrumentell förlossning var ”att mötas och medverka”, ”att vara ett team”, ”att ha egenmakt” och ”att inte vara med”. Faktorer som gjorde att kvinnan kände sig delaktig eller inte delaktig vid en instrumentell förlossning belyses i kategorierna. Syftet med studien var att med kvinnans berättelse beskriva upplevelse av delaktighet i samband med en instrumentell förlossning. I dessa teman har respondenterna beskrivit både upplevelser av delaktighet och att inte vara delaktiga under en instrumentell förlossning. Inga tidigare studier har identifierats som tittat på just delaktighet i samband med en instrumentell förlossning. Däremot finns det studier (Eldh et al.2006; Kiessling et al.2004, Henderson, 2002) som undersökt patienters upplevelser av begreppet delaktighet i andra situationer inom vården och studier som tittar på upplevelse av förlossning (Hodnett, 2002; Berg et al.,2007; Nilsson et al. 2010; Waldenström et al. 2006).

Resultatet visar att mötas och medverka är viktig ur flera aspekter för att uppleva sig delaktig eller inte delaktig. Att kvinnan fick stöd, uppmuntran och blev stärkt att klara av situationen vilket skedde genom uppmuntran och coaching från vårdpersonalen under förlossningen gjorde att hon ”växte”, blev stärkt och kände att hon kunde klara av situationen, att hon kände sig delaktig.

Att vara lyhörd, att kvinnorna blev lyssnade på är viktigt för att kvinnan ska uppleva sig delaktig. Man beskriver vårdpersonalen som att de lyssnade på vad kvinnan ville och hade för önskemål och behov. När kvinnorna kände sig lyssnade på och sedda upplevde de sig delaktiga.

En studie som undersökt kvinnor som haft en traumatisk förlossningsupplevelse efter sugklocka visar på att kvinnan upplevde att hon inte blivit tillräckligt lyssnad på av barnmorskan och läkaren och inte tillräckligt med stöd under förlossningen (Uotila, Taurio, Salmelin & Kirkinen, 2005). Vikten av att vårdpersonalen är lyhörd är troligtvis viktigt för upplevelse av delaktighet.

Det har visat sig att kommunikation och vårdpersonalens agerande är mycket betydelsefullt för upplevelsen av delaktighet (Fossum, 2007; Kiessling & Kjellgren, 2004).

En aspekt som flera respondenter tog upp som ett problem var att vid en akut situation upplevde kvinnorna inte att de kunde mötas och medverka med vårdpersonalen. Det skedde genom brister i kommunikationen då vårdpersonalen pratade med kvinnan samtidigt eller att vårdpersonalen talade över huvudet på kvinnan. Det kunde också vara att kvinnan inte fick någon eller för lite information om vad som hände, att man upplevde situationen rörig och hade svårt att förstå. Det ledde till att kvinnan blev orolig och rädd och inte kände sig delaktig.

En studie som tittat på intensivvårdssjuksköterskor uppfattningar om patientdelaktighet i akuta situationer av svårt akut sjuka patienter visar att vårdpersonalen måste utveckla färdigheter, förståelse och kompetens i just de specifika vårdsituationerna och möta de etiska dilemman som kan uppstå i den specifika akuta vårdsituationen. Studien pekar också på behovet av att arbeta tvärprofessionellt och i team för att möta patientens behov och krav på delaktighet (Kvanarsnes, Torheim, Hole & Öhlund, 2013).

Att vara ett team hade stor betydelse för kvinnors upplevelse av delaktighet. Här är det samarbetet, vägledning och ansvar som kvinnorna beskriver. Att vara ett team innebär att kvinnan är och ser sig som en part vilket visas med att kvinnan talar om teamet inklusive sig själv som "vi gjorde", "först måste vi", "sen beslutade vi", "nu kör vi". Samarbetet med vårdpersonalen upplevs mycket positivt och här beskriver kvinnorna delaktighet. Samarbetet innebar dialog och vårdpersonalen gav kvinnan vägledning vilket gjorde henne delaktig. Den fysiska kontakten och fysiska närvaron av vårdpersonalen förstärkte känslan av delaktighet.

Att vara ett team innebar ansvar där kvinnan upplevde att hon fick bestämma och ta ansvar eller att hon kunde överlåta ansvar utifrån hennes förutsättningar.

En studie som undersökt patienters upplevelser av delaktighet och icke-delaktighet i sin egen vård visar att för att ge förutsättningar för verklig patientmedverkan behöver yrkesverksamma erkänna varje patients unika kunskap och respektera individens beskrivning av sin situation snarare än att bara bjuda in en person att delta i beslutsfattandet (Eldh et al., 2006).

Begreppet empowerment benämns som bemyndigande och som ofta finns med när man talar om patientens delaktighet. I den konkreta vårdsituationen är vårdpersonalens handlande mycket viktig för hur empowerment-processen utvecklas, hur samverkan kan ske. Patientens empowerment påverkar inte bara patienten utan kan också påverka vårdpersonalen vilket kan leda till att båda parter får en ökad kompetens (Fossum, 2007).

Resultatet från denna studie visar att ha egenmakt påverkar kvinnors upplevelse av delaktighet eller inte delaktighet. Att ha egenmakt innebär medbestämmande och att kunna påverka sin situation. I att ha egenmakt låg också att ha medinflytande och att vårdpersonalen tog hänsyn till kvinnans önskemål till exempel ett förlossningsbrev. Hade kvinnan medinflytande i beslutsprocessen var hon delaktig. Å andra sidan upplevde kvinnorna sig maktlösa vilket kunde bero på en besvikelse av att förlossningen behövdes avslutas instrumentellt eller att det blev en akut situation vilket gav en känsla av att inte vara delaktig.

En studie av Waldenström et al.,(2006) som studerat förlossningsvård och kvinnors upplevelse och riskfaktorer för att inte bli nöjda visar att en riskfaktor för att inte bli nöjd var att kvinnan inte blir involverad i beslutsprocessen. "Att inte vara med" påverkar hur kvinnan upplever sig delaktig. Flera respondenter upplevde en förlust av kontroll under den instrumentella förlossningen vilket gav en känsla av utanförskap och att känna sig utlämnad. En studie som undersökt förlossningsupplevelsen av tidigare förlossningar hos kvinnor med svår förlossningsrädsla visar att kvinnan i sina tidigare förlossningsupplevelser kände ett utanförskap, att hon inte kunde ta plats och att hon inte fick tillräckligt med stöd av barnmorskan (Nilsson et al.,2010).

Några respondenter beskriver förlossningen som en traumatisk upplevelse. Det som kvinnorna upplever som traumatiskt är den akuta situationen då de inte har kontroll på vad som händer och smärtan de upplevde.

En studie av Ahlberg, Saltvedt & Ekéus, 2013 som tittat på smärtlindring vid en instrumentell förlossning visar att ett stort antal kvinnor har en förlossning med sugklocka utan smärtlindring. Det kan återspegla att vårdpersonalen inte alltid överväger och prioriterar smärtlindring vid en instrumentell förlossning. En annan studie av Hildingsson et al. visar att kvinnor som hade en instrumentell vaginal förlossning var mer benägna att rapportera känslor som barnet skulle skadas under förlossningen vilket också resultatet från denna studie visade.

Under förlossningen beskriver kvinnorna ett introvert beteende som innebär att kvinnan måste fokusera på förlossningsarbetet. Det innebär att hon går in i sig själv vilka flera beskriver som att vara i en ”bubbla” eller att koncentrera sig på att slappna av och att andas och försöka hantera smärtan. Kvinnan är så trött och slut av förlossningsarbetet att hon inte orkar bry sig eller kommunicera. Det försvårar möjlighet till delaktighet för kvinnan.

Tillsammans med vårdpersonalen kunde kvinnan vara delaktig vilket stöds av en studie som visar att relationen mellan barnmorskan och kvinnan är avgörande för en positiv upplevelse för kvinnan under förlossningen. Förtroende, delaktighet, stöd och bekräftelse är väsentliga för vården under förlossningen enligt Berg och Lundgren, (2007).

En forskningsöversikt som sammanfattat vad som är känt om tillfredsställelse med förlossning med särskild hänsyn till smärta och smärtlindring visade att påverkan av attityder och beteende hos vårdpersonalen var mer uppenbara och kraftfulla än smärtlindring och medicinska interventioner (Hodnett, 2002).

En studie Eldh et al. (2006) undersökte patienters upplevelser av delaktighet och icke-delaktighet i sin egen vård. Resultatet visade att villkoren för patientens delaktighet uppstod när information lämnades utifrån individuella behov och åtföljdes av förklaringar, när patienten betraktades som en individ och när patientens kunskap erkändes av vårdpersonalen. För att ge förutsättningar för patientmedverkan och delaktighet behöver vårdpersonal erkänna varje patients unika kunskap och respektera individen.

Den här studien som belyser hur kvinnan upplever delaktighet har därför möjlighet att ge kunskaper så att förlossningen blir en positiv upplevelse.

SLUTSATS

Kvinnorna beskriver upplevelse av delaktighet i samband med en instrumentell förlossning som ”att mötas och medverka”, ”att vara ett team” och ”att ha egenmakt”. Upplevelse av att inte vara delaktig beskrivs som ”att inte vara med”.

”Att mötas och medverka” innebär att kvinnan kan medverka tillsammans med vårdpersonalen och att vårdpersonalen ser kvinnan och möter henne som en unik individ. För att delaktighet ska kunna uppstå behöver kvinnan och vårdpersonalen vara ett team som arbetar tillsammans. ”Att vara ett team” innebär att vårdpersonalen stödjer och hjälper kvinnan att klara av förlossningen genom samarbete och vägledning. ”Att vara ett team” betyder också att kvinnan får vara med och ta ansvar eller att överlåta ansvar vilket gör att hon upplever sig delaktig. Delaktighet under den instrumentella förlossningen beskrivs som ”att ha egenmakt” där kvinnan har makt att bestämma och påverka vad som händer. Kvinnorna beskriver att de inte kände sig delaktiga på grund av en känsla av maktlöshet. Det kunde bero på en besvikelse av att inte kunna föda barnet själv eller att det blev en akut situation. Att inte vara delaktig beskriver kvinnorna som ”att inte vara med” vilket kvinnan själv kunde valt eller en upplevelse av att de förlorade kontrollen.

Kvinnor som skattade sin förlossningsupplevelse lågt, lägre än tre, på en skala där noll = värsta tänkbara förlossningsupplevelse och tio = bästa tänkbara förlossningsupplevelse, upplevde sig mindre delaktiga än de som skattade sin förlossningsupplevelse högre.

Klinisk implikation

Studiens resultat kan ge barnmorskor och läkare djupare förståelse och kunskap för hur kvinnor upplever sig delaktiga vid en instrumentell förlossning. Resultatet från denna studie skulle kunna användas i utbildningssammanhang vid till exempel teamträning av instrumentell förlossning.

Vidare forskning

Det vore intressant att undersöka hur kvinnor upplever sig delaktiga vid en okomplicerad förlossning. Även hur kvinnans partner upplever sig delaktig i samband med en instrumentell förlossning skulle kunna studeras.

Hur kan vi förbättra och utveckla vårt bemötande och arbetssätt så att kvinnan får en positiv förlossningsupplevelse och känner sig delaktig? Ett område som skulle kunna studeras är hur vårdpersonalen ser på och upplever arbetssättet vid en instrumentell förlossning.

REFERENSER

Ahlberg M., Ekeus C. & Hjern A. (2014) Birth by vacuum extraction delivery and school performance at 16 years of age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 210(4),361,1-8.

Ahlberg M. Saltvedt S. & Ekeus C. (2013) Insufficient pain relief in vacuum extraction deliveries: a population-based study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92 (3),306-11.

Avasarala S. & Mahendran M. (2001) A survey of women's experiences following instrumental vaginal delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 29(6),504-6.

Berg M. & Lundgren I. (2007) Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2):220-8.

Beucher G.(2008) Maternal morbidity after operative vaginal delivery. *Journal Gynecology Obstetrics and Biology Reproduction (Paris)*,37, (8), 244-59.

Cutcliffe, J. & Mc Kenna, H. (1999) Establishing the credibility of qualitative research findings: the plot thickens. *Journal of Advanced Nursing* 30 (2), 374-380.

Dahlberg, K. (1997) *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur AB

Eldh, AC., Ehnfors M.& Ekman I. (2004) The phenomena of participation and non-participation in health care--experiences of patients attending a nurse-led clinic for chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3 (3), 239-46.

Eldh, AC., Ehnfors M.& Ekman I. (2006) Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nursing Ethics*, 13(5):503-14.

Eldh AC., Ehnfors M. & Ekman I. (2006) The meaning of patient participation for patients and nurses at a nurse- led clinic for chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 45–53.

Fossum, B. (Red.). (2007) *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur AB.

Graneheim, U.H & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Helsingforsdeklarationen (2010) WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects Hämtad den 15 mars 2014:
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Hendersson S. (2002) Influences on patient participation and decision-making in care. *Professional Nurse*, 17,(9),521-5.

Hildingsson I., Karlström A. & Nystedt A. (2013) Parents' experiences of an instrumental vaginal birth findings from a regional survey in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4,3-8.

Hodnett ED. (2002) Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186,(5)160-72.

Jewell S. (1996) Elderly patients' participation in discharge decision making: 2., *British Journal of Nursing*, 26,(9),1065-71

Kiessling, T. & Kjellgren, K. (2004) Patienters upplevelse av delaktighet i vården. *Vård i Norden*, 74, (24),31-35.

Kvangarnes M., Torheim H., Hole T. & Öhlund L.S. (2013) Intensive care unit nurses' perceptions of patient participation in the acute phase of chronic obstructive pulmonary disease exacerbation: an interview study. *Journal of Advanced Nursing* 69(2), 425–434.

Keriakos R., Sugumar S. & Hilal N. (2013) Instrumental vaginal delivery- back to basics. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 33,781-786.

Kvale, S & Brinkmann, S (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun.* (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur AB.

Nilsson, C., Bondas T. & Lundgren I. (2010) Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing; JOGNN*, 39,298-309.

Rouhe H., Salmela-Aro K., Halmesmäki E. & Saisto T. (2009) Fear of childbirth according to parity, gestational age and obstetric history. *BJOG*, 116, 67-73.

Sahlsten M., Larsson I., Sjöström B. & Plos K. (2008) An Analysis of the Concept of Patient Participation. *Nursing Forum*, 43,(1)

Sainio C., Eriksson E. & Lauri S. (2001) Patient participation in decision making about care. *Cancer Nursing*, 24,(3),172-9.

Saisto T., Ylikorkala O. & Halmesmäki E. (1999) Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstetrics & Gynecology Science*, 94,(5),679-82.

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslagen. Hämtad 6 mars, 2012, från:
http://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhet-slag-2010659_sfs-2010-659/?bet=2010:659

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Hämtad 6 mars, 2012, från:
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 2003:460 Lag om etikprövning av forskning som avser människor- Hämtad: 12 maj, 2014 från:
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

Socialstyrelsen. (2012) *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Hämtad 6 mars, 2012, från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18552/2012-1-5.pdf>

Socialstyrelsen.(2011) *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn– Medicinska födelseregistret 1973–2009 – Assisterad befruktning 1991–2008* .
Hämtad 6 mars, 2012, från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18267/2011-3-19.pdf>

Tutton EM (2005) Patient participation on a ward for frail older people. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2),143-52.

Uotila J., Taurio K., Salmelin R. & Kirkinen P.(2005) Traumatic experience with vacuum extraction-influence of personal preparation, physiology and treatment during labor. *Journal of Perinatal Medicine*, 33, 373-378.

Waldenström U., Rudman A. & Hildingsson I. (2006) Intrapartum and postpartumcare in Sweden: women´s opinions and riskfactors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica*,85, 551-560.

WHO (2001) ICF International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization; 2001.

Intervjuguide: Kvinnors upplevelse av delaktighet i samband med en instrumentell förlossning

Författare: Marie Sjödin

Handledare: Sofia Zwedberg

Datum för intervju:

Frågeställningar:

Vilka faktorer gjorde att kvinnan kände sig delaktig alternativt inte delaktig vid en instrumentell förlossning?

Vad innebär begreppet delaktighet i samband med en instrumentell förlossning?

Kan du berätta om din förlossning?

Hur uppfattade du orsaken till att man använde sugklocka/tång för att avsluta förlossningen?

Hur upplevde du situationen när läkaren beslutat om sugklocka/tång?

Kan du berätta om hur du upplevde krystningsskedet?

Kände du dig delaktig under krystningen?

Kände du dig delaktig under den instrumentella förlossningen med sugklockan/tången?

Skulle du kunna beskriva vad begreppet delaktighet innebär för dig?

Kan du ge exempel på när du har upplevt dig delaktig?

Finns det andra ord/betydelser som du lägger i begreppet delaktighet?

I samband med att föda barn, vad innebär delaktighet för dig då?

Skattad förlossningsupplevelse 0-10

(0 motsvarar värsta tänkbara upplevelse och 10 bästa tänkbara upplevelse)

Namn:

Ålder:

Yrke:

Utbildning:

Para

Samtycke att gå in och läsa i din journal

Ja

Nej

Underskrift:

Namnförtydligande:

Ort och datum:

2012-04-16

Informationsbrev till personalen på BB angående intervjustudie

Jag är barnmorska och studerar omvårdnad på Sophiahemmet Högskola. Som en del i dessa studier ska jag genomföra en intervjustudie.

Det jag kommer att undersöka är hur kvinnor som fött barn med en instrumentell förlossning (sugklocka eller tång) upplevt sig delaktiga under förlossningen.

Jag kommer att intervjua cirka 14-18 kvinnor.

Kriterier för att delta i studien är:

- Att kvinnan fött barn med hjälp av en instrumentell förlossning (sugklocka eller tång).
- Att kvinnan kan tala och förstå svenska.
- Att kvinnans barn mår bra och inte vårdas på neonatalavdelning.

Verksamhetschef har gett tillstånd att genomföra studien och studien har fått etiskt tillstånd.

Intervjun är halvstrukturerad vilket innebär att patienten fritt får berätta sin upplevelse men också kommer få svara på frågor.

Deltagandet i intervjun är helt frivilligt och anonymt och patienten kan när som helst avsäga sig att delta i studien. Intervjun kommer att ta ca 30-45 minuter och kommer att bandas i sin helhet och allt datamaterial kommer behandlas konfidentiellt. Intervjun kommer att ske på sjukhuset innan hemgång från BB eller vid besöket på återbesöksmottagningen.

Om patienten vill kan hon kontakta mig vid behov, kontaktuppgifter kommer att lämnas till patienten.

Med vänliga hälsningar,

Marie Sjodin

Om du har några frågor ang. studien kan du ringa eller skicka e-post till:

marie.sjodin@karolinska.se

Mb. 0736-204315

Informationsbrev angående intervjustudie

Jag är barnmorska och studerar omvårdnad på Sophiahemmet Högskola. Som en del i dessa studier ska jag genomföra en intervjustudie.

För att få mer kunskap vill jag undersöka hur kvinnor som fött barn med en instrumentell förlossning (sugklocka eller tång) upplevt sig delaktiga.

Intervjun är halvstrukturerad vilket innebär att du dels fritt kommer att berätta din upplevelse men också kommer att få svara frågor.

Deltagandet i intervjun är helt frivilligt och anonymt och du kan när som helst avsäga dig att delta i studien. Intervjun kommer att ta ca 30-45 minuter och kommer att bandas i sin helhet. Vare sig du väljer att delta i studien eller inte delta kommer detta inte påverka din fortsatta vård. All data från intervjun kommer att behandlas konfidentiellt.

Om du vill delta i studien kommer jag boka in tid för intervju. Intervjun kommer att ske innan du går hem från BB eller i samband med återbesöket på återbesöksmottagningen.

Om du har några frågor kan du ringa eller skicka e-post till:

Marie Sjödin

marie.sjodin@karolinska.se

Mb. 0736-204315

Tack på förhand för din medverkan!

Marie Sjödin

Till

Verksamhetschef

Jag studerar magisterprogram med inriktning akutsjukvård vid Sophiahemmet Högskola. I mitt examensarbete, omfattande 15 poäng, har jag valt att studera kvinnans upplevelse av delaktighet i samband med en instrumentell förlossning (var god se projektplan för studiens innehåll och uppläggning).

Har Du frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta mig eller min handledare.

Vänlig hälsning

Marie Sjödin

Telefonnummer: 0736-204315

E-postadress: marie.sjodin@karolinska.se

Sofia Zwedberg handledare

Telefonnummer: 0705-453260

E-postadress: sofia.zwedberg@karolinska.se

Jag godkänner härmed att Marie Sjödin får utföra studien "Kvinnors upplevelse av delaktighet i samband med en instrumentell förlossning" under följande tidsperiod mars-juni 2012.

Ort, datum

Namnteckning, Verksamhetschef

Namnförtydligande