



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

”ANDAS SKA MAN ÄNDÅ GÖRA”

- Föräldrars förlossningsupplevelser då psykoprofylax använts som förlossningsförberedelse

REBECKA WALVE

Akademien för Hälsa, Vård och Välfärd
Examensarbete inom Vårdvetenskap,
inriktning sexuell och reproduktiv hälsa
Avancerad nivå
15 högskolepoäng
Barnmorskeprogrammet
VÅE042

Handledare: Marianne Velandia
Examinator: Elisabet Häggström-Nordin
Datum: 2013-02-25

SAMMANFATTNING

Flera faktorer påverkar föräldrars förlossningsupplevelse. Tidigare forskning har visat att föräldrautbildningen var otillräcklig. Föräldrar som deltagit i traditionell föräldrautbildning och psykoprofylaxutbildning var mer nöjda med sin utbildning jämfört med dem som deltagit i traditionell föräldrautbildning. Psykoprofylax bör uppmärksammas då den kan bidra till att kvinnan kan hantera sin smärta och ge ökat självförtroende. Syftet var att beskriva och illustrera föräldrars förlossningsupplevelser då psykoprofylax använts som förlossningsförberedelse. Materialet till studien samlades in genom sju halvstrukturerade intervjuer och dessa analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Tre självskattningsskalor användes för att illustrera upplevelser av förlossning, smärta och psykoprofylax. Resultatet visade att förlossningsupplevelsen med psykoprofylax var individuell. Psykoprofylaxen var en hjälp för att kunna hantera förlossningssmärtan för mammorna men även för papporna att hantera mammornas förlossningssmärta. Föräldrarnas samarbete och barnmorskans stöd var viktig i psykoprofylaxen. Komplicerade förlossningar med interventioner och separation från barnet bidrog till en negativ förlossningsupplevelse, trots stöd med hjälp av psykoprofylax och barnmorska. Föräldrarna menade att det fanns ett behov av psykoprofylax och flera mammor kunde inte tänka sig att föda barn utan användning av den metoden.

Nyckelord: föräldrar, intervjustudie, kvalitativ innehållsanalys, psykoprofylax, smärta

ABSTRACT

Introduction

Several factors can affect the childbirth experience among parents. Previous research showed that parental education was insufficient. Parents who participated in both regular parental classes and psychoprophylaxis education were more satisfied with the psychoprophylaxis education compared to those who participated in only traditional parental classes. Psychoprophylaxis should be more considered as it could help the woman to handle her pain and contribute to increased self-esteem. The aim was to describe and illustrate the parents' childbirth experiences when psychoprophylaxis was used as childbirth preparation. The material for the study was collected through seven semi-structured interviews analyzed by qualitative content analysis. Three self-rated scales were used to illustrate the experiences of childbirth, pain in childbirth and psychoprophylaxis. The results showed that childbirth experience with psychoprophylaxis was individual. The psychoprophylaxis was a help when coping with labor pains for the mothers but also for the fathers to manage the mothers labor pain. Parental cooperation and midwifery support was important when using the psychoprophylaxis. Complicated deliveries with interventions and separation between child and parents contributed to a negative birth experience, despite using psychoprophylaxis and support from the midwife. The parents meant that there was a need for psychoprophylaxis and several mothers could not imagine giving birth without the use of psychoprophylaxis.

Keywords: parents, interview, content analysis, psychoprophylaxis, pain

INNEHÅLL

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	1
2.1	Definitioner	1
2.1.1	<i>Amniotomi</i>	1
2.1.2	<i>Epiduralbedövning eller epiduralanalogesi (EDA)</i>	1
2.1.3	<i>Föräldrautbildning, föräldrastöd i grupp och föräldragrupp</i>	2
2.1.4	<i>Latensfas</i>	2
2.1.5	<i>Opioider</i>	2
2.1.6	<i>Oxytocin</i>	2
2.1.7	<i>Profylax, psykoprofylax, psykoprofylaxmetoden</i>	2
2.1.8	<i>Självförtroende, självkänsla</i>	2
2.1.9	<i>Transkutan nervstimulering</i>	3
2.2	Förlossningsupplevelse	3
2.3	Förlossningssmärta	3
2.4	Farmakologisk och icke-farmakologisk smärtlindring	4
2.5	Interventioner i samband med förlossning	5
2.6	Psykoprofylaxmetodens historik	5
2.7	Psykoprofylaxmetoden	7
2.7.1	<i>Andning och avslappning</i>	7
2.7.2	<i>Massage och beröring</i>	7
2.7.3	<i>Målbild</i>	8
2.7.4	<i>Barnmorskan och partners roll</i>	8
2.8	Föräldrautbildning och psykoprofylax	9
2.9	Teoretiskt perspektiv	10
2.9.1	<i>Empowerment</i>	10
2.9.2	<i>Tillämpning av empowerment</i>	11
2.10	Problemformulering	12

3	SYFTE	12
3.1	Frågeställningar.....	12
4	METOD	13
4.1	Design	13
4.2	Urval	13
4.3	Datainsamlingsmetod	13
4.4	Genomförande.....	14
4.5	Analysmetod.....	15
4.6	Etiska överväganden.....	16
5	RESULTAT	17
5.1	Individuell förlossningsupplevelse	18
5.1.1	<i>Positiv upplevelse</i>	18
5.1.2	<i>Traumatisk och negativ upplevelse</i>	18
5.1.3	<i>Olika upplevelser hos föräldraparet</i>	19
5.2	Förlossningssmärtans hanterbarhet	20
5.2.1	<i>Positiv smärta</i>	20
5.2.2	<i>Personlig kontroll</i>	21
5.3	Teamarbete	22
5.3.1	<i>Trygghet</i>	22
5.3.2	<i>Fysisk och psykisk närvaro</i>	23
5.3.3	<i>Individuell psykoprofylaxanvändning</i>	24
5.4	Barnmorskans bekräftelse	26
5.4.1	<i>Egenskaper och ledning</i>	26
5.4.2	<i>Närvarons betydelse</i>	27
6	DISKUSSION	28
6.1	Resultatdiskussion	28
6.2	Metoddiskussion	32
6.3	Etikdiskussion	35

7 SLUTSATS OCH KLINISK IMPLIKATION	35
<i>Förslag på vidare forskning.....</i>	<i>35</i>

REFERENSLISTA	37
----------------------------	-----------

BILAGA A: ARTIKELMATRIS

BILAGA B: INFORMATIONSBREV

BILAGA C: INTERVJUFRÅGOR

1 INLEDNING

Min önskan som barnmorskestudent och blivande barnmorska är att den födande kvinnan ska få uppleva att hon föder sitt barn tillsammans med sin partner och inte blir förlöst av sin barnmorska. Kurslitteratur och en föreläsning under barnmorskeutbildningen beskrev psykoprofylax som alternativ icke-farmakologisk smärtlindring och att den kunde bidra till minskade onödiga interventioner. Intresset för psykoprofylax uppstod då jag själv gick kurs under min graviditet och fick positiva upplevelser av psykoprofylax under förlossningen. Jag valde därför att skriva om föräldrars upplevelser av psykoprofylax under förlossning. Kunskapen om föräldrars förlossningsupplevelser med psykoprofylax är viktig för att kunna hjälpa och stödja par som gått utbildning samt främja en så naturlig förlossning som möjligt.

2 BAKGRUND

2.1 Definitioner

Definitioner redovisas då de är återkommande i examensarbetet och kan underlätta förståelsen för läsaren. Definitionerna är angivna i bokstavsordning.

2.1.1 *Amniotomi*

Amniotomi innebär att ta hål på fosterhinnorna och detta kan ha en värksmärtstimulerande effekt (Hagberg, Maršál och Westergren, 2008).

2.1.2 *Epiduralbedövning eller epiduralanalgesi (EDA)*

EDA är en ryggbedövning som ger en effektiv smärtlindring och minskar moderns stress under förlossningen. En anesthesiolog lägger in en epiduralkateter i ländryggen och ger lokalbedövningsmedel som blockerar smärta från livmodern genom att nerverna från ryggmärgen bedövas. Medvetandet påverkas inte av ryggbedövningen. EDA kan sänka stresshormoner samt förbättra placentacirkulationen. De negativa effekter som kan diskuteras är epiduralens påverkan på krystförmågan, förlossningsförloppet, kejsarsnittsfrekvens samt instrumentella förlossningar (Hagberg, Maršál och Westergren, 2008; Kaplan, Hogg, Hildingsson, Lundgren, 2009; Sjukvårdrådgivningen, 2013).

2.1.3 Föräldrautbildning, föräldrastöd i grupp och föräldragrupp

Föräldrautbildning kallas på många orter i Sverige för föräldrastöd i grupp eller föräldragrupp. Författaren i denna studie valde att kalla föräldrastöd eller föräldragrupp för föräldrautbildning för att förenkla läsningen då detta uttryck användes i tidigare forskning.

2.1.4 Latensfas

Förlossningen har startat men värkarna kommer med oregelbundna intervall och smärtintensiteten i värkarna ökar oftast inte under denna fas. Latensfasen kan variera mellan ett par timmar till något dygn (Hagberg, Maršál och Westergren, 2008).

2.1.5 Opioider

Opioider innebär läkemedel med olika morfinpreparat. Vissa doser under graviditeten kan ge abstinenssymtom och syrebrist hos fostret. Behandling under graviditetens sista dagar kan ge andningsdepression hos det nyfödda barnet (Hagberg, Maršál och Westergren, 2008).

2.1.6 Oxytocin

Oxytocin är ett hormon som är en av de mest centrala faktorerna i styrningen av värkarbetet under förlossningen. Hormonet frisätts även vid smekning av huden och har en lugnande och avslappnande effekt (Hagberg, Maršál och Westergren, 2008).

2.1.7 Profylax, psykoprofylax, psykoprofylaxmetoden

Malmström, Györki, Sjögren (2002) definierar profylax som förebyggande åtgärder.

Wilsby (2005) menar att psykoprofylax innebär att förebygga och förbereda sig mentalt och fysiskt inför förlossningen.

Enligt Abascal (2010) kallas psykoprofylaxmetoden "verbal analgesi" som betyder muntlig smärtfrihet. Det innebär träning med andning och avslappning som en betingad reflex i samband med förlossningen samt hjälp att distrahera sig från smärtan med hjälp av andning och visualisering.

2.1.8 Självförtroende, självkänsla

Malmström, Györki, Sjögren (2002) definierar självförtroende (self-confidence) med att tro på sig själv och sin egen förmåga att klara av saker.

Malmström, Györki, Sjögren (2002) definierar självkänsla (self-esteem) som medvetenhet om sitt eget människovärde.

2.1.9 Transkutan nervstimulering

Transkutan nervstimulering (tens) är en enkel form av smärtlindring som via en platta avger elektriska impulser till området för smärtan. Kvinnan kan sköta smärtlindringen själv (Hagberg, Maršál och Westergren, 2008).

2.2 Förlossningsupplevelse

Olika faktorer innan och under graviditet samt under förlossning kan påverka förlossningsupplevelsen. Några av de viktigaste komponenterna som påverkar kvinnors förlossningsupplevelse var förväntad förlossningsupplevelse, stöd av barnmorska och partner, delaktighet, smärta och smärtlindring, interventioner, värkarbetets längd samt komplikationer hos mor och barn. För att kvinnors förlossningsupplevelse ska bli så positiv som möjligt för kvinnan behöver fortlöpande uppföljning och utvärdering ske. Ett sätt att mäta den sammantagna förlossningsupplevelsen är att mäta på en skala från 0-10, från värsta tänkbara till bästa tänkbara upplevelse. Förlossningsupplevelsen kan förändras med tiden och därför anses det vara bra med uppföljning inom cirka 10 dagar, cirka 6-10 veckor och ett år efter förlossningen. Det är svårt att fånga förlossningsupplevelse då den inte endast är beroende av vårdens kvalitet. En del kliniker använde förlossningsupplevelsen som en komponent i sitt kvalitetsarbete, via journalen i vårdkedjan. Ytterligare forskning behövs för att kunna värdera och mäta förlossningsupplevelse på ett tillfredsställande sätt (Abascal, 2009; Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, 2004).

Kvinnors förlossningsupplevelse skattas på alla kvinnokliniker i Stockholm på en skala där 0 var negativ upplevelse och 10 var positiv upplevelse. Kvinnan får själv bestämma vad som ingår i förlossningsupplevelsen då det är svårt för vårdpersonal att definiera vilka faktorer som påverkar förlossningsupplevelsen. Det kan till exempel vara tiden hemma innan förlossningen, själva förlossningen eller BB-tiden. Skattningen får kvinnan göra vid utskrivning från sjukhusets BB-avdelning men gäller inte kvinnor med tidig hemgång vilka inte skrevs in på BB utan går hem sex timmar efter förlossningen. Kvinnor vilka skattar sin förlossningsupplevelse lägre än 4 följs upp efter förlossningen via förlossningsavdelning (L. Nordström, personlig kommunikation, 2 januari, 2013).

2.3 Förlossningssmärta

Upplevelsen av smärta är individuell och det finns inget heltäckande svar på varför det gör ont att föda barn. Inom smärtforskningen beskrivs smärtan som sensorisk (kroppslig), affektiv (känslomässig) och kognitiv (tankemässig eller bedömande). Den sensoriska smärtan skiljer sig troligtvis inte lika mycket hos kvinnor som den affektiva och kognitiva vilka påverkas av tidigare erfarenheter, förväntningar, oro och förhållningssätt. Förlossningssmärta kan till skillnad från smärta vid skada och sjukdom vara positiv då den resulterar i ett barns födelse. Smärtan upphör emellanåt med värkarbetets pauser som ger

vila och återhämtning och är även tidsbegränsad med en början och ett slut (Waldenström, 2007).

Var och en bedömer smärtan olika utifrån vilka de är och det påverkar deras beteende och hur de hanterar smärtan. Effekten av farmakologiska smärtstillande medel beror på situation, tillfälle och tolkning av händelsen. En person som får smärtlindring i en speciell situation kan uppleva lindring medan en annan person i liknande situation inte alls upplever någon lindring. Situationen hanteras, bedöms och värderas känslomässigt. Medel utan smärtstillande substanser kan ha smärtlindrande effekter genom den så kallade ”placeboeffekten”, då en person redan innan bestämt sig för att det kan hjälpa och förväntar sig att bli hjälpt. Placeboeffekten ger 35-40% av den smärtlindrande effekten. Upplevelsen av att ha kontroll över sin smärta och att förstå den är viktig då hanterbar smärta orsakade mindre lidande (Abascal, 2009).

För att främja en normal förlossning bör barnmorskan hitta nya vägar att tala om förlossningssmärta med den gravida kvinnan. Målet är att kvinnan ska kunna hantera sin smärta genom att hitta sina resurser för att stimulera kroppen att frigge egen smärtlindring i form av hormoner som främjar effektiva värkar och en normal förlossning (Downe, 2008).

Kvinnans upplevelse av förlossningssmärta styrdes av hennes nivå av självförtroende och förmåga att hantera förlossningen. Smärta var oftast inte tecken på skada eller avvikelse utan var en sidoeffekt av den normala förlossningsprocessen. Istället för att försöka få smärtan att försvinna borde barnmorskan och andra vårdgivare inom förlossningsvården hjälpa kvinnan att hantera den, vilket kan stärka hennes självförtroende och känsla av välbefinnande (Simkin & Bolding, 2004).

2.4 Farmakologisk och icke-farmakologisk smärtlindring

Ett av huvudmålen i förlossningsvården är att bistå den födande kvinnan med smärtlindring. I ett medicinskt perspektiv är det viktigaste att eliminera den fysiska förmimmelsen av smärta. En av barnmorskans viktigaste uppgifter är att stärka kvinnans inre resurser så att hon kan hantera sin smärta (Simkin & Bolding, 2004). I västvärlden blir förlossningen i högre grad påverkad av det medicinska perspektivet och därmed ökar farmakologisk smärtlindring som epidural och opioder och blir en norm. Förlossningsvården kritiserar för att ha blivit alltför medikaliserad (Johanson, Newburn & Macfarlane, 2002).

I England sammanställde en tvärvetenskaplig arbetsgrupp ”Maternity Care Working Party” (2006) uttalanden där de uppmanade till en normal förlossning och undvikande av farmakologisk smärtlindring. Uppmärksamheten borde ägnas åt att ge en bekväm, stödjande och trygg miljö för att hjälpa kvinnor under förlossningen till avslappning.

Världshälsoorganisationen (WHO) betonar även vikten av att undvika läkemedel under förlossning och att istället använda icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder som massage, andning, avslappning, olika förlossningsställningar och akupunktur (Chalmers,

Mangiaterra & Porter, 2001). Simkin och Bolding (2004) sammanställde i en litteraturstudie fördelar med icke-farmakologisk smärtlindring där de betonade att dessa har få sidoeffekter och var mer kostnadseffektiva jämfört med farmakologiska metoder. Vidare påpekade de att kvinnan fick ökad kontroll över sin smärta och blev mindre beroende av personalen. Kvinnans självförtroende ökade när hon fick en aktiv roll under sin förlossning. Waldenström, Hildingsson, Rubertsson och Rådestad (2004) konkluderade att vårdpersonalens stöd var viktigt och kunde vara mer effektivt än farmakologisk smärtlindring för att öka kvinnans positiva upplevelse av förlossningen.

Waldenström och Irestedt (2006) menar att tidigare forskning har visat att användningen av epiduralbedövning har ökat i Sverige de senaste 30 åren, vilket har bidragit till att icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder som psykoprofylax har minskat. Resultatet i deras studie visade att psykoprofylax var en av de mest effektiva icke-farmakologiska metoderna vilket borde uppmärksammas då den kan bidra till ökat självförtroende och till att kvinnan bättre kan hantera sin smärta.

2.5 Interventioner i samband med förlossning

Användning av epiduralbedövning gjorde att risken ökade för att behöva förlösa barnet med sugklocka eller tång då EDA kan försämra värkarbetet (Maternity Care Working Party, 2006). Interventioner var inte riskfria (Waldenström & Irestedt, 2006; Walsh, 2007, Maternity Care Working Party, 2006). Enligt Socialstyrelsens statistik (2011) ökade i Sverige sedan 1970-talet interventioner som instrumentella förlossningar och kejsarsnitt. Var fjärde förlossning avslutades år 2009 med kejsarsnitt eller instrumentell förlossning som sugklocka och tång (Socialstyrelsen, 2011).

Walsh (2007) rapporterade att fler barnmorskor observerade att interventioner minskade om kvinnan hade stöd av partner eller följeslagare under förlossningen. Kontinuerligt stöd till kvinnan under förlossningen minskade antalet kejsarsnitt och instrumentella ingrepp (Downe, 2008). Waldenström (2005) menade att många metoder och tekniker inom förlossningsvården användes i en omfattning som överskred gränsen för när de gav bevisad nytta. Orsaker till överanvändningen kunde vara bristande kunskap, rädsla för felbehandling och tidsbrist. Kennedy och Shannon (2006) betonade vikten av att barnmorskan skulle kunna lära sig att lita på den naturliga födelseprocessen och inte bara till de tekniska ingrepp som gav ökade sjukvårdskostnader i form av kejsarsnitt.

2.6 Psykoprofylaxmetodens historik

Psykoprofylax har sitt ursprung i Ryssland genom fysiologen och psykologen Ivan Pavlovs (1849-1936) teorier om betingade reflexer. Målet var att den gravida kvinnan automatiskt skulle lära sig förlossningens olika stadier och hur hon skulle hantera kroppens signaler. För att kunna avleda smärta kunde hon använda avslappning och andningsstrategier under

förlossningen med hjälp av denna inlärningsmetod. Psykoprofylax kom som förlossningsförberedande metod till Sverige under 1970-talet tack vare den franske läkaren Fernand Lamaze som besökte olika förlossningskliniker i Ryssland. Det var en alternativ metod som inte enbart fokuserade på teknologi och farmakologi utan även på en psykologisk process. Lamaze såg denna metod som en mental förberedelse där kvinnan fick träna aktivt inför sin förlossning för att kunna kontrollera förlossningsvärkar och sin egen kropp. Kvinnan hade huvudrollen under sin förlossning, inte läkaren. Partnern ansågs ha en viktig roll genom att vara en resurs för kvinnan vilken kunde instruera och hjälpa henne att hantera smärtan med andning och avslappning (Jansson, 2008).

Chefsbarnmorskan Signe Jansson (1937-1993) från Ystads BB importerade psykoprofylaxtekniken från Frankrike till Sverige på 1970-talet då hon inspirerades genom studieresor till läkaren Lamaze. Signe föreläste och tränade barnmorskor i profylaktisk andning och avslappning vilket kom att påverka hela den svenska förlossningsvården. Hennes utgångspunkt för förlossningen var att den skulle ske på kvinnans egna villkor där pappans medverkan och närvaro var självklar och central samt där barnet hade rätt att födas varsamt och mjukt. Personalens deltagande ansågs vara den viktigaste smärtlindringen och kallades för "Ystadsmodellen" (Wilsby, 2005).

Trenden att använda psykoprofylax i Sverige var störst mellan åren 1975-1985, en del tyckte att det fungerade bra och andra inte. Därefter minskade användningen bland både föräldrar och förlossningspersonal. Den träning och utbildning inom psykoprofylax som fanns tidigare fick mindre utrymme i barnmorskeutbildningen under senare hälften av 1980-talet och lärdes inte ut under många år men är nu åter på väg in i barnmorskeutbildningen. En del barnmorskor lärde ut tekniken själva i privat regi. Ekonomen Wilsby (2005) menade att en del av orsakerna till att tekniken försvann kunde vara på grund av; bristande kompetens hos handledare, alltför många och statiska andningskurvor där forcerad andning ofta ledde till hyperventilation. Träningen kunde upplevas som skuldbeläggande om kvinnan inte födde "smärtfritt" för då ansågs hon inte ha använt tekniken på rätt sätt. Risken fanns även att kvinnan upplevde prestationskrav och misslyckande under sin förlossning om hon dessutom använde medicinsk smärtlindring eller att den medicinska smärtlindringen ansågs göra andningsträningen onödig (Wilsby, 2005).

I Sverige infördes år 1978 nya riktlinjer för föräldrautbildningen (SOU 1978:5). Fokus var tidigare på mödragymnastik och avslappning men blev sedan mer informationsbaserad med gruppdiskussioner om graviditet, förlossning, amning och föräldraskap. Rekommenderade antal besök var åtta till tio där både den gravida kvinnan och partnern inbjöds att delta. Föräldragrupper leddes av barnmorskan på mödrahälsovårdscentralen.

Innehåll och form förändrades i föräldrautbildningen där fokus nu ligger på föräldraförberedelse och parrelation. Antalet träffar har minskat till i genomsnitt fyra och det är främst förstagångsföräldrar som erbjuds deltagande. Praktiska övningar med andning och avslappning finns inte i samma utsträckning som det gjorde under 1970- och 80-talet, men har blivit mer populära igen. Privata aktörer erbjöd förlossnings- och föräldraförberedelse som yoga och psykoprofylax till självkostnadspris, men den största delen av all

föräldrautbildning under graviditet är i mödrahälsovårdens regi och är kostnadsfri (Waldenström, 2007).

2.7 Psykoprofylaxmetoden

2.7.1 *Andning och avslappning*

Psykoprofylax är en icke farmakologisk metod för att kunna hantera förlossningssmärta genom andning och avslappning. Metoden bygger på kvinnans engagemang och insatser, oftast med hjälp av en partner. Under graviditeten kan kvinnan öva andning och avslappning regelbundet med fingerade värkar för att sedan kunna agera på samma sätt då hennes förlossningsvärkar startar (Bergström, 2010).

Barnmorskan Gudrun Abascal (i Wilsby, 2005) betonade vikten av att inte störa livmoderns sammandragningar under förlossningen. När kroppen är spänd och kvinnan inte andas ut ordentligt gör det mer ont då mellangärdet trycker på livmodern. Andningen är bland annat naturens verktyg för att hantera smärta och lösa upp spänningar, men ofta krävs det träning för att det ska fungera. Abascal menade att om alla tränade på andning och avslappning innan förlossningen startar skulle det kunna förbättra förlossningsupplevelsen.

Wilsby (2005) beskrev fördelar med avslappningsövningar för att kunna andas på ett funktionellt sätt, vid avslappning av muskulaturen blir andningen mer naturlig och avslappnad. Den gravida kvinnan kan lära sig hur djupt, lugnt och mjukt hon kan andas för att kunna hantera smärtan och samtidigt vara avslappnad. Avslappning är viktigt och får flera positiva följder under förlossningen. Syresättningen blir bättre för både mamman och barnet. Kvinnan sparar energi och hennes ork räcker längre under förlossningens gång då hon kan möta värkarna tidigare och då hon lyssnar till kroppens signaler. Smärtan minskar och blir mer hanterbar då musklerna syresätts.

Avslappning var en grundsten i föräldrautbildning under flera årtionden. Det saknades forskning som stödde avslappningens fördelar men den användes som en strategi i hela världen. Kroppsspänningar och stresshormoner kunde öka risker för förlossningskomplikationer men minskades med hjälp av avslappning (Walsh 2007).

2.7.2 *Massage och beröring*

Abascal (2010) menar att smärtlindring som massage och beröring kan vara en värdefull tillgång under förlossning. Massage kan användas som avslappningsmetod och för att minska smärtan under värkarna. Massage och beröring frisätter hormonet oxytocin vilket ger lugn och ro och kan underlätta andning och avslappning. Beröring kan bidra till att kvinnan känner sig mindre utlämnad och ensam samt bidrar till hjälp med att hantera smärtan (Wilsby, 2005).

En stödjande beröring kunde enligt Walsh (2007) vara en kommunikation mellan kvinnan och partnern eller följeslagaren vilket bidrog till att kvinnan kunde hantera sin förlossningssmärta. Chang m fl. (i Walsh, 2007) menade att de kvinnor som hade olika massageformer under sin förlossning även hade signifikant minskad smärta jämfört med kontrollgruppen och detta gällde under alla olika faser under förlossning. Studien betonade vikten av det positiva stödet som partnern bidrog till. Detta resultat gick i linje med Field och Hernandez-Riefz's (1997) studie (i Walsh, 2007) som visade att massage minskade nedstämdhet, smärta, ångest, irritation och förkortade förlossningsförloppet.

Även Yildirim och Sahin (2004) jämförde två grupper där experimentgruppen fick utbildning i andning- och massageövningar under första delen av förlossningen samt även massage av vårdpersonal. Kontrollgruppen fick ingen utbildning eller massage. Resultatet visade att experimentgruppens upplevelse av smärta var signifikant lägre. Kvinnor som hade en positiv förlossningsupplevelse kunde hantera sin förlossningssmärta bättre.

2.7.3 Målbild

Målbilder skapas genom egna bilder under graviditeten och beskriver hur upplevelse av smärta och förlossning kan vara. Det är bilder som inte bara är tänkta utan också uttalade. Målbilder kan se ut på flera sätt, där den blivande mamman och pappan ser sin nyfödda bebis framför sig eller föreställa sig själv på en plats som inger lugn och trygghet. Det kan även vara mer praktiskt med olika tekniker under värken och mellan värkarna. Förlossningsarbetet kan ses som mer pauser än värkar. Då smärtan tar överhanden kan istället partnern påminna om att värkarna är kortare än pauserna och att för varje värk är mötet med barnet närmare. Målbilder kan ge energi och drivkraft och underlätta för en persons mål (Abascal, 2006).

2.7.4 Barnmorskan och partners roll

Barnafödande är en viktig erfarenhet för kvinnan där minnen kan följa henne livet ut och påverka hennes anknytning till barnet och relationen till partnern. Stöd anses vara en av de viktigaste aspekterna under födandet. Barnmorskan var professionell, respekterade kvinnans gränser och var den som lyssnade och följde kvinnan genom förlossningen. Barnmorskans närvaro kunde hjälpa kvinnan att möta det okända utan rädsla, känna tillit till sin egen kropp och lita på sin egen förmåga (Lundgren, 2004).

Kvinnan och partnern kan bli ett team genom att tillsammans träna innan förlossningen. Partnern kan träna andningsteknik tillsammans med kvinnan, uppmuntra och massera henne. Träningen skapar trygghet hos partnern som känner till kvinnans önskemål, vet vad hon kan och klarar av och kan påminna henne då hon själv tvekar. Partners trygghet inger kvinnan trygghet vilket kan vara en hjälp för kvinnan då hon slappnar av, hittar vilan mellan värkarna och på det sättet sparar energi och orkar hela vägen (Wilsby, 2005).

Enkin m.fl. (2000) samt Walsh (2007) skrev om vikten av partners stöd under förlossningen. Kvinnan borde själv välja den stödjande person hon ville ha hos sig. Barnmorskan borde se partnern eller följeslagaren som en integrerad del av födandeprocessen och uppmuntra partners stöd till kvinnan. Kvinnans partner eller följeslagare borde inte endast vara fysiskt närvarande utan även erbjuda emotionellt stöd. Partner eller följeslagare kunde hjälpa kvinnan med assistans vid bad, dusch, massage, att inta bekväma förlossningsställningar samt att hjälpa till med andning och avslappning. Hallgren, Kihlgren, Forslin, och Norbergs (1999) visade att fadern ville vara aktiv och involverad i sin partners förlossning.

Johansson, Rubertsson, Rådestad och Hildingsson (2012) skrev att tidigare forskning visade att faderns aktiva deltagande i förlossningen kunde stärka parets relation och deras självförtroende, underlätta förlossningsprocessen och faderns anknytning till barnet. Resultatet visade att då fadern kände sig delaktig i sin partners förlossning ökade den positiva förlossningsupplevelsen även för honom. När fäder upplevde sig ignorerade med brist av stöd från vårdpersonal, fick det dem att känna sig hjälplösa och osäkra i saknad av kontroll. Detta resultat gick i linje med annan forskning som visade att fäder skulle ses som primär vårdgivare när mamma och barn var separerade i samband med barnets födelse (Erlandsson, 2007; Erlandsson & Häggström-Nordin, 2010; Velandia, Matthisen, Uvnäs-Moberg & Nissen, 2010).

2.8 Föräldrautbildning och psykoprofylax

Norling- Gustafsson, Skaghammar och Adolfssons (2011) studie visade att föräldrautbildning ska främja hälsosamma, positiva och naturliga aspekter av att föda barn och att stödja föräldrar att växa med sitt barn. Resultatet visade att föräldrarna generellt sett var nöjda med föräldrautbildningen men en del kände att de inte var tillräckligt förberedda inför att bli föräldrar. Vissa saknade detaljerad information inför förlossningen, bland annat andning- och avslappningsteknik. Författarna menade att utmaningen framöver var att utveckla föräldrafärdighet och att uppmuntra föräldrar till att ta mer eget ansvar för innehållet i föräldrautbildningen. Denna slutsats går även i linje med Fabian, Rådestad och Waldenström (2005) som menade att föräldrautbildningen borde utvecklas för att hjälpa kvinnan och hennes partner inför förlossning och föräldraskap. Resultatet visade att föräldrautbildningen inte var tillräckligt effektiv. Kvinnor vilka deltagit i föräldrautbildning använde fler smärtlindringsmetoder under förlossning än de som inte deltagit. Den höga användningen av epidural antydde att föräldrautbildningen bidrog till kvinnors medvetande av de olika smärtlindringsmetoderna, istället för att förbättra kvinnornas egen smärthantering.

Bergström (2010) visade att förlossningsförberedelse med psykoprofylax inte påverkade användningen av epidural, upplevelsen av förlossningen eller av stress i föräldraskapet hos förstagsångsföräldrar jämfört med föräldrautbildning utan psykoprofylax. Användning av psykoprofylax under förlossningen kunde däremot ha samband med lägre risk för akut kejsarsnitt. För förlossningsrädda män var föräldrautbildning med psykoprofylax positiv för

förlossningsupplevelsen. Resultatet visade att fler par vilka deltagit i psykoprofylaxutbildning var mer nöjda med sin utbildning jämfört med de par som gått traditionell föräldrautbildning, detta resultat stämmer även med Bergström, Kieler och Waldenström (2011).

Hildingsson (2012) visade att det inte var någon skillnad i stress under graviditet eller i användning av smärtstillande läkemedel under förlossningen vid intervention med psykoprofylax jämfört med traditionell föräldrautbildning. Däremot var det en skillnad i utnyttjandet av psykoprofylaxen som smärtlindringsmetod där fler i försöksgruppen använde psykoprofylaxen och dessutom var mer nöjda med den än kontrollgruppen.

Enligt Hallgren m.fl. (1999) och Fenwick, Bayes och Johanssons (2012) var en del fäder missnöjda med föräldrautbildningen och menade att den var otillräcklig och flera kände oro och hjälplöshet inför förlossningen. Flera menade att föräldrautbildningen fokuserade på kvinnan och att de saknade andning- och avslappningsövningar under föräldrautbildningen, vilket bidrog till känslor av osäkerhet under förlossningen när de såg sin partner ha ont. Detta resultat går även i linje med Erlandsson & Häggström (2010) vilka menade att föräldrautbildningen behöll traditionella könsroller. Fäderna önskade att föräldrautbildningen skulle ha innehållit diskussioner om vikten av mödrars och faders delade ansvar för barnet.

2.9 Teoretiskt perspektiv

2.9.1 Empowerment

Rodwell (1996) definierade i sin begreppsanalys empowerment ur ett hälsoperspektiv som kunde bidra till ökad självkänsla och kontroll över sitt liv samt en hjälp att sätta egna mål och sedan uppnå dem. Gibson (1991) utvecklade i en begreppsanalys av empowerment en definition av begreppet sedd ur ett "midwifery- och nursingperspektiv" som en process för att hjälpa människor att få kontroll över faktorer som påverkade deras hälsa;

A social process of recognizing, promoting and enhancing peoples' abilities to meet their own needs, solve their own problems and mobilize the necessary resources in order to feel control of their lives (Gibson, 1991, s. 359).

Hermansson och Mårtenssons (2011) begreppsanalys av empowerment gav flera olika dimensioner av begreppet. Empowerment bidrog till en förtroendefull relation mellan barnmorskan och paret under förlossningen. Barnmorskan ska stödja paret så att föräldrarna kan reflektera och bli medvetna över de olika förändringarna i förlossningsprocessen. Paren ska involveras och få möjlighet till aktiva val.

2.9.2 Tillämpning av empowerment

Världshälsoorganisationen (WHO):s principer är bland annat att normal graviditet och förlossning bör främjas genom att minimera användningen av teknologi och onödiga interventioner. Vården bör vara evidensbaserad och grunda sig på aktuell forskning. Kvinnans intellektuella, kulturella och sociala behov bör bemötas utifrån en holistisk människosyn. Vården bör vara familjecentrerad och inkludera kvinnans anhöriga. Kvinnan bör vara med och fatta beslut i vården samt att kvinnans integritet, värdighet och anonymitet ska respekteras (Chalmers m.fl., 2001).

Enligt Socialstyrelsen (2006) ska kompetensbeskrivning för barnmorskor tydliggöra barnmorskans roll och professionella kompetens samt bidra till att ge en god och säker vård. Patienten ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) visas omtanke och respekt, vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (Socialstyrelsen, 2006).

Enligt den internationella etiska koden för barnmorskor ska barnmorskor respektera kvinnans rätt till val, stödja kvinnan att aktivt delta i beslut om sin vård och även stödja hennes val (Svenska Barnmorskeförbundet, 1999). Fraser (2000) betonade vikten av att barnmorskan borde vara medveten om kunskapens betydelse för kvinnans upplevelse av individuell kontroll. Om barnmorskan behöll kunskapen för sig själv behöll hon också kontrollen över en annan individ, istället borde hon ge kunskapen vidare till kvinnan, vilket kan leda till empowerment.

I Statens offentliga utredning (SOU) 1997:161 beskrivs vikten av att ta vara på föräldrars initiativ och kompetens, stärka deras självförtroende och självtillit för att kunna stärka deras förmåga att klara sin situation. Föräldrar ska inte behöva känna att andra bestämmer åt dem utan att de själva kan påverka sina villkor och att de har makt över sina liv (SOU, 1997).

Parry (2008) visade att kvinnor värdesatte om de fick ha en aktiv roll under förlossningen där de kunde vara delaktiga i beslut och kunde uppleva att de hade kontroll över sin smärta. I studien beskrevs empowerment som när kvinnorna med sina egna resurser ville föda sina barn. Detta stärks av Simkin och Bolding (2004) som betonade vikten av att kvinnan fick möjlighet att använda sina resurser vilket bidrog till känsla av välmående, minskat lidande och av att klara av förlossningen på ett bättre sätt.

Leap, Sandall, Buckland och Huber (2010) beskrev begreppet empowerment som då kvinnorna fick ha samma barnmorska under hela föräldrautbildningen och förlossningen. Barnmorskan arbetade utifrån begreppet empowerment och satte kvinnan i centrum vilket bidrog till att kvinnan kände stolthet och upprymdhet över sin förlossning och även kunde hantera sin smärta utan farmakologisk smärtlindring. Detta resultat gick i linje med Simkin och Bolding (2004) som menade att kvinnan blev mindre beroende av barnmorskans ledande roll när hon använde icke-farmakologiska metoder och istället blev assisterad av barnmorskan. Trots att kvinnan hade ont kunde hon känna glädje, tillfredsställelse och empowerment.

Personlig kontroll hade enligt Goodman, Mackey och Tavakoli (2004) ett tydligt samband med en positiv förlossningsupplevelse. Kvinnor som hade förberett sig inför förlossningen kände en ökad tillfredställelse av partners engagemang. Det var viktigt att hjälpa kvinnor att känna personlig kontroll under sin förlossning då det kunde öka deras tillfredställelse av förlossningen.

2.10 Problemformulering

Den normala förlossningen har medikaliserats i västvärlden vilket bidragit till ökade medicinska interventioner och ökade kostnader för samhället samt risker för den födande kvinnan och barnet. Barnmorskans roll i det normala barnafödandet har förändrats. Den traditionella föräldrautbildningen under graviditet är inte tillräcklig som förberedelse inför förlossning. Forskning om föräldrars förlossningsupplevelser där psykoprofylax använts och ingått som förberedelse inför förlossning är begränsad. Kvinnor som kan hantera sin förlossningssmärta får oftast en mer positiv förlossningsupplevelse. Vikten av att undersöka föräldrars erfarenheter av psykoprofylax skulle kunna bidra till att utveckla barnmorskans bemötande och agerande för att stödja och utveckla parets egna resurser under graviditet och barnafödande. Detta skulle även kunna innebära för föräldrarna att de får en mer positiv förlossningsupplevelse.

3 SYFTE

Syftet var att beskriva och illustrera föräldrars förlossningsupplevelser då psykoprofylax använts som förlossningsförberedelse.

3.1 Frågeställningar

Hur ser kvinnornas upplevelser ut, avseende:

- Förlossning
- Smärta
- Psykoprofylax

Hur ser männens upplevelser ut, avseende:

- Förlossning
- Psykoprofylax

4 METOD

4.1 Design

Studien hade både en kvalitativ induktiv ansats och en mindre kvantitativ del. Den huvudsakliga delen bestod av halvstrukturerade intervjufrågor och en kvalitativ induktiv ansats valdes då syftet var att försöka förstå föräldrars sätt att resonera eller reagera samt urskilja och särskilja olika handlingsmönster (Trost, 2010). Induktiv ansats innebär en förutsättningslös analys av texter och kan vara baserade på människors berättelser om sina upplevelser (Granskär & Höglund-Nilsson, 2008; Polit & Beck, 2012). Den kvantitativa delen bestod av tre självskattningsskalor vilka användes för att mäta och illustrera upplevelser av förlossning, smärta och upplevelsen av psykoprofylax. En kombination av en så kallad "mixed methods" av kvalitativ och kvantitativ och design (Molina-Arzorin 2012; Rowell 2008) användes för att få en bättre och djupare förståelse för föräldrarnas upplevelser. Enligt Polit och Beck (2012) innebär "mixed methods" att samla data, integrera resultatet och dra slutsatser med både kvalitativ och kvantitativ ansats.

4.2 Urval

Inklusionskriterier var par som hade deltagit i psykoprofylaxutbildning tillsammans under graviditeten och kunde tala svenska. Intervjuerna genomfördes 3-15 månader efter barnets födelse för att ta del av deras upplevelser av psykoprofylaxutbildningens användbarhet. Kontakt med paren skedde via e-mail, BB-avdelningar samt snöbollsmetoden. Enligt Polit och Beck (2012) var snöbollsmetoden en tidsbesparande metod. Nio par visade intresse för att delta i studien. Två par exkluderades då det ena parets barns födelse låg mer än ett och ett halvt år tillbaka i tiden och det andra parets barns förlöstes med akut kejsarsnitt och paret uttryckte att de inte hade kunnat använda sig av psykoprofylax. Målsättningen var sex till åtta intervjuer och totalt deltog sju par.

4.3 Datainsamlingsmetod

Datainsamlingsmetoden var intervjuer med semistrukturerade frågor som utfördes under maj till september 2012. Enligt Cluett och Bluff (2006) innebär en halvstrukturerad intervju ett färdigt problem som ska besvaras med förberedda frågor. Insamlingen av data kan ske på det sätt forskaren vill men det ska ändå finnas möjlighet för deltagarna att uttrycka det som är viktigt för dem (Cluett & Bluff, 2006). Enligt Polit och Beck (2012) är intervjuer den vanligaste datainsamlingen i kvalitativa studier. Intervjuerna spelades in på band och transkriberades. Transkribering innebar att överföra det talade språket ordagrant till skriftlig form (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuguiden (se Bilaga C) skapades av handledare och

barnmorskestudent tillsammans utifrån tidigare forskning. Intervjuguiden med de kvalitativa frågorna skrevs först i en kronologisk ordning enligt rekommendationer från Polit och Beck (2012), från förberedelsen inför förlossningen till upplevelser från förlossningen. Därefter utformades som komplement till de kvalitativa frågorna, en kvantitativ del med tre självskattningsskalor under intervjutillfället för att skatta och illustrera informanternas upplevelser av förlossning, smärta och psykoprofylax. Självskattningsskalorna användes för att få en bättre och djupare förståelse för föräldrarnas upplevelser jämfört med om antingen en kvalitativ eller kvantitativ metod hade använts (Molina-Arzorin, 2012). Kvinnorna och männen fick skatta sina upplevelser av förlossningen (se *Figur 1*). Kvinnorna fick skatta sina upplevelser av smärta (se *Figur 2*). Dessutom fick kvinnorna och männen skatta sina upplevelser av psykoprofylax (se *Figur 3*). De fick sätta ett kryss på en linje från 0 till 10 cm, där siffran 0 var värsta tänkbara upplevelse och 10 var bästa tänkbara upplevelse.

En pilotintervju genomfördes för att pröva frågornas trovärdighet och begriplighet. Enligt Cluett och Bluff (2006) är syftet med en pilotstudie att kontrollera att metod och forskningsprocess fungerar enligt forskningsplanen. Efter pilotintervjun ändrades intervjuguiden (se Bilaga C). Frågan om hur smärtsam upplevelse av förlossningen kvinnan hade ändrades till hur hon upplevde smärtan. Nya frågor skapades 5, 6, 7, 12, 11, 13, 15, 18 och 19. Pilotintervjun användes i resultatet då intervjumaterialet svarade på studiens syfte.

4.4 Genomförande

Ett informationsbrev (se Bilaga B) skickades efter godkännande av handledare till en barnmorska som undervisat i psykoprofylax under flera år. Barnmorskan läste och godkände informationsbrevet, gav e-mailadresser till författaren till de par vilka gått psykoprofylaxutbildning under våren och hösten 2011. Informationsbrevet skickades till paren som sedan själva fick ta kontakt med författarna om de önskade delta i studien. Datasamlingen utfördes av författaren samt en annan barnmorskestudent. Informationsbrevet sattes även upp på BB-avdelningar på ett sjukhus och ett par tog kontakt för att delta i studien. Snöbollsmetoden användes sedan då paret tipsade om ett annat par som barnmorskestudenten tog kontakt med och som därefter deltog i studien. Ett par kontaktades via en bekant och deltog även de i studien. Tre intervjuer med samma intervjufrågor (se Bilaga C) genomfördes, spelades in och transkriberades av den andra barnmorskestudenten.

Då paren hade fått skriftlig och muntlig information inhämtades informerat samtycke och paren hade möjlighet att välja tid och plats för intervjuerna. Alla intervjuer skedde i parens hem och båda föräldrarna intervjuades samtidigt. Intervjuerna genomfördes i Mellansverige och Sydsverige och var 33-70 min långa. Vissa par hade ordnat barnvakt för att minska risken för att intervjun skulle avbrytas eller störas och vissa intervjuer utfördes sent på kvällen då barnen sov. Polit och Beck (2012) betonar vikten av en lugn och ostörd miljö vid intervjutillfället. I början av intervjun informerades paret om vikten av att båda skulle komma till tals och att de skulle undvika att prata samtidigt. Författaren och medhjälpare

barnmorskestudent försökte ha en neutral hållning för att inte bli känslomässigt engagerade då det kan påverka resultatet (Polit och Beck, 2012).

4.5 Analyismetod

Intervjuerna analyserades med en kvalitativ innehållsanalys för att granska och tolka texten (Söderlund & Lundman i Granskär och Höglund-Nilsson, 2008). Det transkriberade materialet lästes igenom flera gånger för att få en helhetsbild av innehållet. Varje intervju analyserades enskilt och meningsenheter, meningsbärande delar av texten, valdes sedan utifrån studiens syfte. Meningsenheterna kondenserades därefter för att göra texten mer lätthanterlig och beskrivs enligt Graneheim och Lundman (2003) som en process för att göra texten kortare och samtidigt bevara det centrala innehållet. Koder skapades utifrån meningsenheterna och beskriver kortfattat meningsenheternas innehåll. Koderna som hörde samman grupperades ihop och utifrån dessa skapades ett flertal underkategorier och kategorier. Exempel på analysen visas i *Tabell 1*.

Tabell 1: Exempel på analys från meningsbärande enhet, kondensering, kod, underkategori till kategori

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
"Som <u>hanterbar</u> och att den gjorde något, så att det hände saker, det <u>var inte bara som fruktlös smärta som jag upplevde med första barnet utan här</u> hände det grejer varje gång de var inne och kollade, så bara åhh..nu är det 2 centimeter till eller sådär, så att det gör ju att man kan hantera det på ett annat sätt så att man vet att det går framåt".	Smärtan var hanterbar och inte bara som fruktlös smärta som jag upplevde med första barnet.	Hanterbar och inte bara fruktlös.	Positiv smärta	Förlossningssmärtans hanterbarhet
"Mmm... så för henne var det också viktigt med andningen. Det var inte bara epiduralen eller alla mediciner utan det var, <u>för henne verkade det viktigt med hur man andades också. För att hon verkade tro på det liksom, hur det skulle hjälpa</u> ".	Det var viktigt för henne hur man andades för hon verkade tro på det.	Viktigt med andningen, hon verkade tro på det.	Egenskaper och ledning	Barnmorskans bekräftelse

Självskattningsskalorna har illustrerats i resultatet i form av figurer.

4.6 Etiska överväganden

Vetenskapsrådets (2011) fyra krav beaktades under arbetet med studien. Dessa krav var: informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet. Informationsbrevet (se Bilaga B) skrevs med hänsyn till personers rätt till självbestämmande där frivilligheten att delta och möjligheten att när som helst avbryta var beskriven. Skriftlig och muntlig information gavs även till deltagarna vid början av intervjutillfället. De blev även informerade om att allt material behandlas konfidentiellt och avidentifieras innan materialet presenteras samt att endast författaren och handledaren skulle ta del av datamaterialet.

Enligt paragraf 2 i lagen (SFS 2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor, behöver inte etisk prövning ske inom utbildning på högskolan på grundnivå eller på avancerad nivå;

2 § I denna lag avses med forskning: vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund, dock inte sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller på avancerad nivå ... (SFS, 2003 460).

5 RESULTAT

Sju par deltog i studien och av dessa par var det fem förstföderskor och två omföderskor varav en tvåföderska och en treföderska. En av de sju förlossningarna avslutades med akut kejsarsnitt, en med sugklocka och en manuell lösning av moderkakan. Under analysen av det transkriberade intervjumaterialet skapades tio underkategorier, fyra kategorier och ett tema (se *Tabell 2*). Citat redovisas från intervjuerna för att illustrera resultatet. Namnen bakom citaten är fingerade, nämns i bokstavsordning och paren har namn som började med samma bokstav, till exempel var Andreas och Amanda ett par.

Tabell 2: Underkategorier, kategorier och tema vilka framkom i analysen av intervjuerna

Underkategorier	Kategorier	Tema
<ul style="list-style-type: none"> • Positiv upplevelse • Traumatisk och negativ upplevelse • Olika upplevelser hos föräldraparet 	Individuell förlossningsupplevelse	Individuell förlossningsupplevelse med stöd av psykoprofylax och barnmorska
<ul style="list-style-type: none"> • Positiv smärta • Personlig kontroll 	Förlossningssmärtans hanterbarhet	
<ul style="list-style-type: none"> • Trygghet • Fysisk och psykisk närvaro • Individuell psykoprofylaxanvändning 	Teamarbete	
<ul style="list-style-type: none"> • Egenskaper och ledning • Närvarons betydelse 	Barnmorskans bekräftelse	

5.1 Individuell förlossningsupplevelse

5.1.1 Positiv upplevelse

Ett par som fick en negativ förlossningsupplevelse med första barnet beskrev förlossningsupplevelsen med det andra barnet som positiv. Den första förlossningen var längre än den andra och epiduralbedövningen gjorde att mamman upplevde att hon inte kände några krystvärkar och att hon var oförmögen att föda sitt eget barn. Den avslutades med sugklocka. Inför den andra förlossningen gick paret psykoprofylaxutbildning för första gången och de beskrev den andra förlossningen som positiv då de hade den tidigare att jämföra med och nu kände sig mer förberedda än tidigare;

... en anledning till att den blev så positiv var ju för att man hade den tidigare att jämföra med. Och för att vi var förberedda och visste vad som vi hade att vänta, vad vi ville ha ut utav den och vad vi skulle få till slut. (Birgitta)

... vi var väl inställda på att den kunde ju inte bli värre liksom än den första. Nej, jag tyckte det var ju en bra upplevelse... både fysiskt och psykiskt, vi var ju mer utvilade och förberedda... den andra höll vi ju på så länge, så många timmar så man var ju helt tvärslut både i huvudet och kroppen... Här var det ju liksom igångsättning och från samma dag... var vi klara... Det vart ju liksom en helt annan grej. (Benjamin)

Ett par som skulle få sitt första barn beskrev förlossningsupplevelsen som positiv då de hade förberett sig innan och förlossningen blev som de hade förväntat sig. Deras uppfattning var att de var mest nöjda med förlossningen, jämfört med sina vänner;

... jag tror att... det gick så bra som det gjorde... var för att vi kände verkligen att vi hade gjort aktiva val själva för att förbereda oss... vi var ett helt gäng som fick barn under samma månad... vi är dem som är absolut mest nöjda med förlossningen, att det gick så bra och var så kul... Det blev verkligen precis vad jag hade hoppats på. Snabbt och lugnt och skönt... inga liksom komplikationer och frisk bebis. (Cecilia)

Ett annat par beskrev förlossningen som positiv då de var förberedda, inte var rädda och att förlossningsförloppet gick bra;

... den är ju positiv... det handlar jättemycket om de här med att allting flöt ju på, man hann aldrig bli orolig eller bli trött, hann aldrig bli less på personal... förvånansvärt bra. (Erik)

5.1.2 Traumatisk och negativ upplevelse

Ett långdraget förlossningsförlopp som avslutades med ett akut kejsarsnitt och där barnet efter födseln separerades från föräldrarna påverkade förlossningsupplevelsen negativt samtidigt som barnmorskans stöd beskrevs som positivt. Om de inte hade haft barnmorskans

stöd uttryckte mamman att det skulle ha varit ännu värre. Pappan menade att det varit svårt att inte kunna hjälpa kvinnan, han kände sig hjälplös när hon hade ont; ”Värsta dagen i livet men även den bästa kan man väl enkelt uttrycka den.” (Andreas). Ett annat par beskrev förlossningen som negativ på grund av förlossningsförloppet med mycket smärta, kvarvarande moderkaka med operation och narkos som följd;

... utdragen, lång och väldigt jobbig och tyvärr negativt med tanke på att för min del var det inte bara att vara med barnet och ta det lugnt efteråt utan det var en... jag fick ju ta narkos och ha flera timmars minneslucka för att då sov jag ju och opererades och sen när jag vaknade mårde jag jättedåligt så att då tyckte jag mest... att det kändes jobbigt att ha fött barn ... (Felicia).

Pappan upplevde det svårt att se sin partner panikslagen av smärtan innan epiduralbedövningen kom. Anknytning till barnet var svårt för pappan på grund av separationen till den nyblivna mamman då hon skulle opereras. Det var svårt för honom att fokusera på det nyfödda barnet då han oroade sig för henne; ”... jag upplevde det som väldigt uppslitande och kaosartat...” (Fredrik)

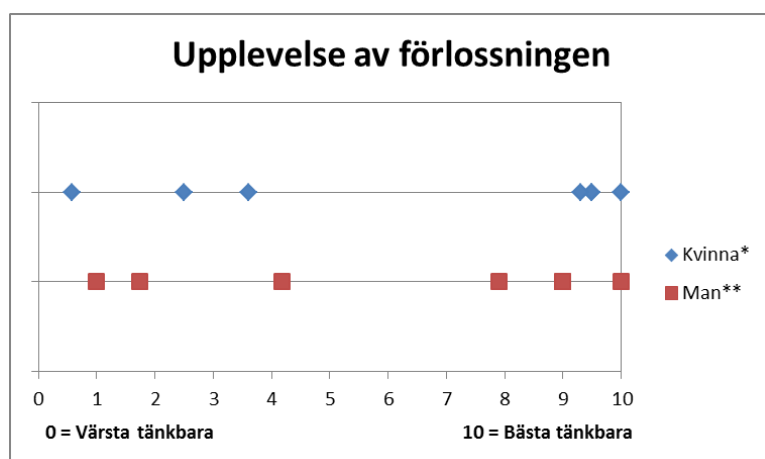
Förlossningsförloppet påverkades av interventioner med amniotomi, sugklocka och klipp som bidrog till en negativ förlossningsupplevelse. Pappan beskrev att förlossningen var positiv fram till dess att barnmorskans tog håll på hinnorna och då blev det tufft. Innan sugklockan anlades upplevde pappan bristande kommunikation med vårdpersonal som negativt och att det på slutet blev dramatiskt. Mamman uttryckte att det var en jobbig förlossning för att bebisen ”låg fel” och att hon var trött men att stödet från partnern, personalen och psykoprofylaxen hade fungerat bra;

... jag tycker personalen var jättebra och jag hade jättebra stöd från både Gustav och grundstöd från profylaxen ... men jag tycker det var jobbigt... mycket för att hon låg fel och för att jag var trött ... (Gabriella)

5.1.3 Olika upplevelser hos föräldraparet

Ett par som fick sitt tredje barn och hade gått psykoprofylaxutbildning med sina två första barn hade olika förlossningsupplevelser från sin tredje förlossning. Mamman fick en negativ förlossningsupplevelse. Förväntningarna innan den tredje förlossningen var att den skulle likna de två första som gått bra. Förlossning nummer tre var mer mekanisk då mamman gick över tiden, blivit igångsatt och barnets vikt skattades till 4,6 kg. Hon var trött innan förlossningen på grund av sammandragningar och de två andra barnen tog mycket av hennes tid. Pappan fick en positiv förlossningsupplevelse då det fanns en rutin, ett sätt att arbeta efter; ”... tryggheten och vetskapen att du hade en rutin, du hade ett sätt att arbeta som du hade bestämt dig för, gav ju trygghet för mig...” (David). De två psykoprofylaxutbildningarna de hade gått gjorde att de två första förlossningarna gick bra. De visste vad de hade att förvänta sig inför den tredje förlossningen och pappan kände sig trygg.

I *Figur 1* redovisas resultatet av kvinnorna och männens upplevelser av förlossningen.



Figur 1: Kvinnornas (n=7) och männens (n=7) skattning av sina upplevelser av förlossningen på en 10-gradig skala från 0-10.

*Två av sju kvinnor svarade 9,5.

**Två av sju män svarade 9,0.

5.2 Förlossningssmärtans hanterbarhet

5.2.1 Positiv smärta

Det fanns många olika förväntningar inför förlossningen utifrån vilken smärtlindring kvinnan önskade sig. Psykoprofylaxutbildningen hade gett dem ökad kunskap om de olika smärtlindringsmetoderna innan förlossningen. För en del kvinnor blev det som de hade tänkt sig med smärtlindringen och för en del blev det inte alls som de hade tänkt sig. En del hade högre förväntningar på barnmorskans ledning och hade trott att de skulle bli tillfrågade och erbjuda olika alternativ till smärtlindring. De flesta önskade klara sig igenom förlossningen med icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder; akupunktur, tens, bad, massage, andning och avslappning. Många var även öppna för att ändra sig om barnmorskan rekommenderade något annat. Somliga, vilka inte valde att få någon farmakologisk smärtlindring mer än lustgas, fick en positiv förlossningsupplevelse och de var stolta att de hade klarat sig utan den; ”... det känns ändå bra, jag är stolt över mig själv att det gick...” (Cecilia)

Flera pappor uttryckte att de inte innan förlossningen hade föreställt sig att det var möjligt att föda barn utan bedövning som deras partner hade gjort. Någon pappa uttryckte att synen på smärtan under förlossningen påverkades av psykoprofylaxutbildningen;

... man såg smärta som något positivt ... man skulle ta emot smärta och inte kämpa emot... det påverkade helt klart hur jag såg på förlossningen ... att smärta var något att inte gömma sig ifrån utan att ta emot den och vara förberedd och hantera den istället...(Erik)

En del upplevde smärtan som hanterbar och till och med positiv. De smärtsamma värkarna var kroppens sätt att hjälpa barnet ut vilket enligt föräldrarna var viktigt att förstå. Föräldrarna beskrev att psykoprofylaxutbildningen bidrog till den kunskapen. Andningen och avslappningen var viktigt för att hantera denna smärta;” Som hanterbar och att den gjorde något, så att det hände saker, det var inte bara som fruktlös smärta som jag upplevde med första barnet” (Birgitta). En del föräldrar hade föreställt sig att det skulle göra mer ont än vad de sedan upplevde;

... jag tyckte inte det var så hemskt som jag trodde det skulle vara... jag trodde nog att det skulle vara värre... själva förlossningen tyckte jag var positiv... det gjorde skitont, man var ju mörbultad men ja... men det gjorde inte så ont som jag trodde det skulle göra... (Emelie)

5.2.2 Personlig kontroll

Några uppgav att de var rädda för epiduralbedövning, både bland dem som var förstagsångsföräldrar och en av omföderskorna. En del uttryckte att det var viktigt att ha kontroll över situationen och några ville därför inte ha epiduralbedövning för att de var rädda för att tappa kontrollen;

... jag ville nog känna hur det känns för att kunna veta... gör det skitont? Och föda barn och krysta... och jag kände om jag får epidural så är det inte jag som har kontroll...(Emelie)

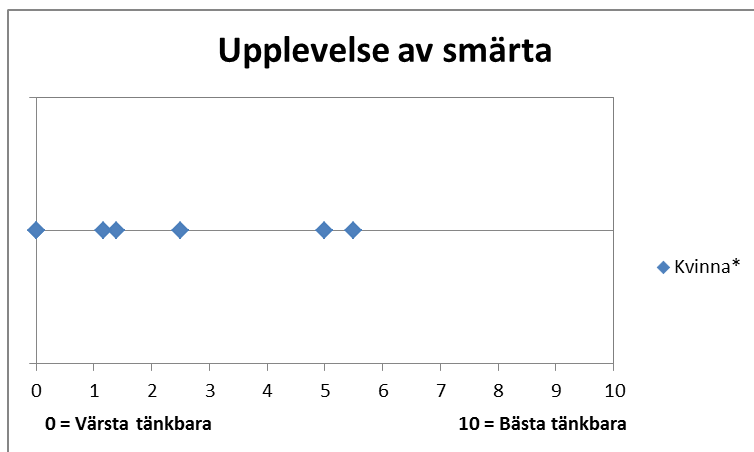
Det fanns både positiva och negativa tidigare erfarenheter av epiduralbedövningen hos dem som var omföderskor;

... det är ju ingen duktighetsgrej och föda barn så jag har ju inte enbart kunnat klara mig på profylax, men den har varit en jättetrygghet för mig, i grunden. Jag har använt mig av tens tillsammans med psykoprofylaxen och även EDA... (Daniella)

De kvinnor som fick epiduralbedövning under förlossningen hade olika upplevelser, en del hade positiva erfarenheter och en del negativa. För någon fungerade inte epiduralbedövning och för någon blev den lagd väldigt sent, precis innan barnets födelse, och de fick därför endast hjälp av den en kort stund. För en del gav epiduralbedövningen en viktig andningspaus i förlossningsarbetet.

En del upplevde att de inte kunde hantera smärtan. Några beskrev att smärtan varit hanterbar tills interventioner med amniotomi skedde vilket gjorde att smärtan tilltog i styrka och påverkade smärtupplevelsen negativt. En lång latensfas och en besvärlig graviditet med foglossning, sammandragningar och brist på sömn gjorde att det var svårare att hantera smärtan under förlossningen.

I *Figur 2* redovisas resultatet av kvinnornas smärtupplevelser under förlossningen.



Figur 2: Kvinnornas (n=7) skattning av sina upplevelser av smärta under förlossningen, skattad på en 10-gradig skala från 0-10.

*Två av sju kvinnor svarade 0,0.

5.3 Teamarbete

5.3.1 Trygghet

Psykoprofylaxutbildningen och träningen innan förlossningen ingav trygghet till både mammorna och papporna. Alla gick den vanliga föräldrautbildningen och flera menade att det var psykoprofylaxutbildningen som bland annat ingav trygghet. En pappa beskrev att han kände sig hjälplös på grund av situationen då det blev ett akut kejsarsnitt men att han trodde att det skulle blivit värre om han inte gått psykoprofylaxutbildningen. Pappan kände sig trygg när barnmorskan informerade om att det skulle bli ett akut kejsarsnitt;

... det var ju ändå bra att vi gick den (psykoprofylaxkursen)... för de gick ju in på såna saker också på psykoprofylaxkursen, vad som kan hända om det blir kejsarsnitt... så man kände sig ganska trygg när dem sa att det skulle bli det ändå. Hade man inte gått den här kursen och fått den informationen, så hade man väl kanske, visst man fick lite grann på den där föräldragruppen, men de gick inte in lika mycket på det. Så då hade man nog inte varit lika trygg i det, tror jag. (Andreas)

Mammorna var trygga med att de visste hur papporna kunde stötta dem och papporna upplevde trygghet för att de visste hur de kunde stötta sin partner. Flera beskrev att deras partner var oersättliga och att de inte skulle kunna tänka sig att föda barn med någon annan. En del mammor beskrev att deras partner gjorde precis det som de hade tränat på innan förlossningen. Han kunde påminna om andning och avslappning, vara hjälpsam med praktiska saker till exempel att ordna med mat och dryck, hämta en blöt handduk och olika

redskap som pilatesboll och gåbord. De flesta mammorna uppskattade då deras partner frågade om de kunde göra någonting för dem och då de kom med olika förslag;

... du frågade ju hela tiden vad du skulle göra eller om det var något jag behövde, du kom med tips och råd om jag skulle prova gåstol, ska jag hämta en gåstol, ska vi prova bollen, jag går och hämtar en boll och du var ju... alltså du hjälpte ju till på ett bra sätt. (Birgitta)

5.3.2 Fysisk och psykisk närvaro

En pappa uttryckte att det inte var han som skulle bestämma någonting under förlossningen utan att det var kvinnan och att det framgick tydligt att hon ville det. Han upplevde att hans partner var mycket fokuserad inåt och ville inte störa det fokus som hon hade. Han försökte vara följsam och reagera på hennes behov. Mamman var nöjd med hur samarbetet hade fungerat då hon menade att det var på hennes villkor. Hon var glad att hon fick styra och nöjde sig med att han var närvarande. Några av papporna kände sig utelämnade för att de var närvarande men ändå vid sidan om. Överlag var dock de allra flesta pappor nöjda med sina insatser under förlossningen.

Närvaron beskrevs som en viktig del i samarbetet men upplevdes på olika sätt av mammorna och papporna. Flera mammor beskrev att den fysiska närvaron hade betytt mycket då deras partner hade funnits vid deras sida. En mamma upplevde ett stöd av sin partner då han höll hennes hand eller hade en hand på henne. En pappa uppskattade att partnern inte endast varit fysiskt närvarande utan också psykiskt då hon inte hade någon farmakologisk smärtlindring. De hade roligt tillsammans och kunde skämta med varandra stora delar av förlossningen då hon inte var påverkad av läkemedel.

En mamma som hade en tidigare förlossning att jämföra med upplevde att samarbetet hade fungerat mycket bättre den här förlossningen; ”Andra gången så var det ju jag och Benjamin som arbetade tillsammans mot smärtan så att det blev mycket mindre smärtlindring överhuvudtaget.” (Birgitta). Hon hade haft hjälp av andningen, avslappningen och lustgasen. Lustgasen hade hon tagit den sista timmen innan barnets födelse och under första förlossningen hade hon använt lustgasen i många timmar. Hennes partner upplevde att hon tog hjälp av lustgasen vid första förlossningen och av honom andra förlossningen, vilket han upplevde positivt.

Samarbetet som par, beskrevs som mycket viktigt för att psykoprofylaxen skulle fungera bra under förlossningen. Det var flera mammor och pappor som uttryckte att den bästa psykoprofylaxen var arbetet tillsammans vilket de beskrev som ett teamarbete;

Någonting som jag tycker är viktigt är att folk pratar om att det är jobbigt för kvinnan... det är jobbigt att vara gravid och jobbigt att föda och det är jobbigt med det ena och det tredje och det är jobbigt många gånger men... det är jobbigt för den andra partnern också... för det här är någonting som vi gör tillsammans... vi är ett team. (Gabriella)

5.3.3 Individuell psykoprofylaxanvändning

En del uttryckte att kunskapen de fått från psykoprofylaxutbildningen ingav dem trygghet under de olika förlossningsfaserna och en vetskap om var i förlossningsarbetet de befann sig. Det gav ökad insikt om varför undersköterskan och barnmorskan gjorde som de gjorde i förlossningsrummet. Psykoprofylaxens olika delar; andning, avslappning, massage och beröring samt målbild användes olika mycket och upplevdes individuellt;

... allting som man går igenom på profylaxutbildningen... det är inte allt som du kommer att använda och mycket för att en stor del du lär dig är faktiskt individuellt ... en övning som funkar jättebra för oss kanske funkar jättedåligt för någon annan. (Gabriella)

Förlossningsförloppet påverkade hur mycket paren kunde använda sig av psykoprofylaxens olika delar. En del hade en snabb förlossning och kunde använda delar av den och några hade användning för allt men under en kortare tid.

Andningen var viktig under förlossningen. En del menade att andningen var som mest till hjälp under förvärkarna och andra menade att det var det i den aktiva fasen av förlossningen. Vissa hade hjälp av den under hela förlossningsförloppet. Flera pappor uttryckte att andningen var till hjälp för dem då det fanns en tydlig struktur och någonting att förhålla sig till. Det gav trygghet att veta på vilket sätt de kunde stötta kvinnan genom att påminna henne om andningen;

... jag tror det var framförallt de här som kille att känna att jag hade nånting att förhålla mig till... visste att man ändå kunde vara till hjälp och jag kunde läsa Emelie mycket bättre vad som hände, genom andning så jag tyckte ändå det var det som guidade oss/mig genom det hela... det fanns en tydlig struktur på så sätt rakt igenom. Jag tyckte det var ... väldigt hjälpsamt... jag upplevde också Emelie vara väldigt fokuserad på det och att det hjälpte henne väldigt mycket också... det var ett väldigt bra sätt att kontrollera smärtan och rida ut stormarna som kom...(Erik)

De flesta hade positiva upplevelser av att använda psykoprofylaxandning för att kunna hantera smärtan, några var förvånade att de kunde andas igenom smärtan. En del använde endast psykoprofylaxandning och avslappning som smärtlindring. Koncentrationen på att andas istället för smärtan beskrevs som positiv;

Det hjälpte med andning. Andas igenom jobbiga grejer fungerar, vad som helst som får en att koncentrera sig på något annat än smärtan, det är perfekt. Andas ska man ändå göra. (Cecilia)

En del använde andningen tillsammans med annan smärtlindring som tens, massage, bad, värme; ”... smärtan försvann ju inte men man kunde ta toppen utav den ...” (Gabriella). För en mamma fungerade inte epiduralbedövningen och då var andningen tillsammans med lustgasen det enda som hjälpte. Flera mammor menade att det var svårt att använda psykoprofylaxandningen under krystvärkarna och tillsammans med lustgasen. Någon mamma önskade att personalen skulle ha berättat vid instruktionen till hur lustgasen

fungerade att psykoprofylaxandningen inte fungerade utan att hon skulle ha andats djupare andetag istället;

Det gick inte så bra att kombinera med lustgas... det är svårt att ställa om från att ha andats på ett sätt till att helt plötsligt ska man dra de här jättedjupa för att få in lustgasen. (Birgitta)

En mamma upplevde att hon inte hade lärt sig rätt andningsteknik under psykoprofylaxutbildningen. När hon kom till förlossningen berättade barnmorskan att hon gjorde allt rätt men att hon var tvungen att slappna av i munnen när hon skulle andas ut. Enligt mamman hade ingen sagt det under psykoprofylaxutbildningen.

Avslappningen var viktig för att andningen skulle fungera och var även viktig för att hantera smärtan. En mamma upplevde att smärtan ökade då hon spände sig. Andningen och avslappningen var viktiga tillsammans då andningen tog bort topparna av smärtan och avslappningen minskade smärtan;

... den sitter i ryggmärgen så bara det börjar, bara värken börjar komma så alltså, ja, jag vet inte hur fort jag nu kunnat lära mig det där men jag slappnar av på en gång, få för mig är det a och o. Jag kan inte föda barn utan profylaxen. (Daniella)

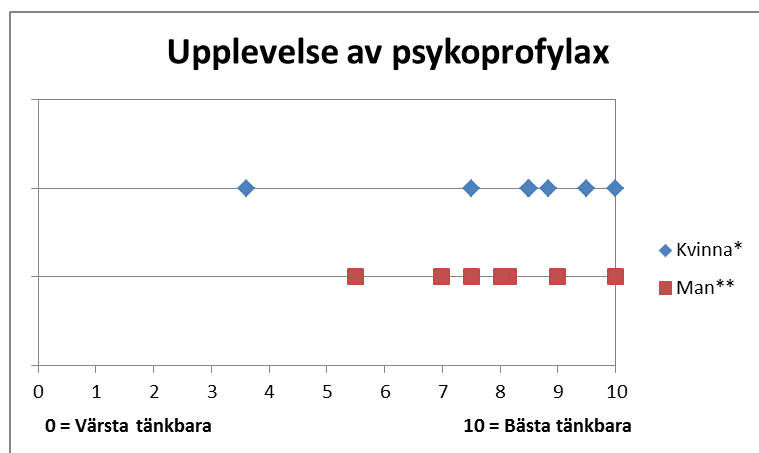
Vissa upplevde att massagen eller olika former av beröring var en hjälp till avslappning under förlossningen; "... du hjälpte mig igenom beröring just på axlar och nacke och ryggen, för det är ju där jag spänner mig... du hjälpte mig att slappna av." (Birgitta)

Vissa mammor ville inte ha massage och andra upplevde att det endast var irriterande och obehagligt; De som upplevde att det inte var möjligt med massage, var de som haft en lång latensfas och var mycket trötta och mindre rörliga.

Några tyckte att målbild och den mentala träningen inte var någonting de kunde ta till sig. En del av paren menade att målbilden som de pratat om och fokuserat på under graviditeten inte fanns utrymme till att tänka på under själva förlossningen. En del upplevde att målbilden ändrades under förlossningen och upptäckte även att den inte var det viktigaste. En av mammorna upplevde att det var viktigt att ha målbilden i fokus särskilt under krystvärkarna. Alla som använde sig av målbilden hade fokus på att få träffa sin bebis på olika sätt; "Att vi skulle komma hem med bebisen och första gången man sitter i soffan..."(Amanda)

Alla mammor och pappor kunde tänka sig att praktisera psykoprofylax igen om de skulle få fler barn och de flesta kunde tänka sig att gå psykoprofylaxutbildning igen.

I *Figur 3* redovisas resultatet av kvinnorna och männens upplevelser av psykoprofylax under förlossningen.



Figur 3: Kvinnornas (n=7) och männens (n=7) upplevelser av psykoprofylax under förlossningen skattad på en 10-gradig skala från 0-10.

*Två av sju kvinnor svarade 8,5.

**Två av sju män svarade 8,0.

5.4 Barnmorskans bekräftelse

5.4.1 Egenskaper och ledning

En mamma där förlossningen avslutades med ett akut kejsarsnitt beskrev vikten av att barnmorskan var lugn, informerade hela tiden och avslutade det hon påbörjade; ”Och jag trodde att jag skulle dö och jag skrek och härjade, men hon var väldigt lugn hela tiden och hon kändes väldigt trygg och visste vad hon höll på med...” (Amanda). När mamman blev stressad och fick svårt med andningen, påminde barnmorskan henne om andningen och andades med. Mammans upplevelse var att barnmorskan tyckte det var viktigt med andningen och att hon verkade tro på att det skulle hjälpa. Majoriteten av mammorna upplevde också att de fick hjälp med andningen av barnmorskan; ”... jag hade inte riktigt utrymme i huvudet och tänka på det då men jag har för mig att barnmorskan guidade med såhär; kom igen nu, in genom näsan och ut igenom munnen.” (Cecilia)

En mamma beskrev att de två barnmorskor som hon hade var bra då de var tillmötesgående och lyhörda. Barnmorskans olika positiva egenskaper beskrevs även i termer som tydlighet och ärlighet;

... När bebisen skulle ut precis så sa hon det, att nu kommer det göra fruktansvärt ont men det är under några sekunder sen går det över... hon vägledde bra och att hon var tydlig och ärlig. (Birgitta)

Barnmorskan gav bekräftelse vilket var betydelsefull för flera mammor. De uttryckte vikten av att barnmorskan bekräftade läsningen av förlossningsbrevet och sedan gick igenom det tillsammans med paret. Barnmorskan kunde då även fråga om hon uppfattat vissa saker rätt. Det var även betydelsefullt att barnmorskan bekräftade att hon visste om att föräldrarna hade gått psykoprofylaxutbildning;

... de sa ju nästan på en gång att; vi ser att ni har gått psykoprofylaxkurs och då kör vi på det. Så de guidade ju jättebra... och väldigt duktiga på att få en och känna sig såhär speciell och duktig, att inte som man själv tänkt innan att såhär man föder barn eller senare, det går alltid bra till slut. (Cecilia)

En pappa beskrev ledningen från barnmorskan under förlossningen som mycket positiv då han skulle hjälpa sin partner med andning och massage;

... det var ju väldigt bra att de hjälpte till. Man har ju lite svårt att tänka eller såhär, det hade nog ramlat bort mycket. Det gjorde det ändå fast de sa till, så en minut senare stod jag där som en fågelholk och i lite chock ... och de såg till att jag inte svimma och de pratade med mig och alltså de var ju lika skojfriska som vi var och det var ju skönt.... vi pratade lite om allt runt omkring. Det var så avslappnat... då satt ju hon barnmorskan eller nu vem det var utav dem bak i fåtöljen i hörnet bara såhär, lite avslappnat och pratade med mig... och det fick mig väldigt lugn... stödet var fantastiskt hela tiden. (Christian)

En mamma beskrev en negativ upplevelse de hade av en barnmorskestudent under parets tredje förlossning. Barnmorskestudenten saknade erfarenhet och personkemin stämde inte alls då de ville olika saker. Mamman ville ha en epiduralbedövning och studenten ville istället sätta dropp för att få igång mer värkar och var rädd att de skulle avta om mamman skulle få epiduralbedövning. Det tog även mycket tid för barnmorskestudenten att utföra vissa arbetsmoment och mamman upplevde inte att hon lyssnade på henne utan istället förlitade sig på sin egen kunskap. Det som var bra var ändå att de kunde prata om psykoprofylaxen tillsammans, den var barnmorskestudenten positiv till.

5.4.2 Närvarons betydelse

Ett par beskrev stödet som mindre bra då barnmorskan var frånvarande större delen av förlossningen men att hon gjorde ett bra arbete när hon väl var närvarande. Mamman upplevde att barnmorskan var bestämd och inte särskilt stöttande eller peppande förutom vid utdrivningsskedet vilket hon upplevde som mest positivt under hela förlossningen;

... hon var ju inte så mycket med i början och det saknade man men när hon väl gjorde sitt jobb så tycker jag hon var jätte, jättebra... det var ju undersköterskan som gjorde all omvårdnad och barnmorskan gjorde allt som kom sen och då tycker jag att hon gjorde det med bravur och jättestöttande och tog tag i allting... man kan säga att det var synd att hon inte var lika engagerad tidigare...(Fredrik)

En pappa som skulle få sitt andra barn beskrev sin upplevelse av sambandet mellan arbetssituationen och barnmorskans stöd och närvaro; ”... de kan inte förlösa barn liksom, man måste göra jobbet själv men sen hur mycket hjälp man får på vägen hänger nog på hur mycket de har att göra.” (Benjamin)

Paret där förlossningen avslutades med akut kejsarsnitt beskrev att barnmorskan varit närvarande och ett bra stöd trots en pressad arbetssituation för barnmorskan. Mamman upplevde att barnmorskan tog sig tid och var hos dem då de behövde det. Barnmorskan visade aldrig att hon var stressad trots att hon hade mycket att göra. Pappan uttryckte att barnmorskan visade att hon brydde sig när barnet väl var framfött. Barnmorskan valde att vara hos honom och barnet vilket var en trygghet för pappan då det var första gången han höll i sitt barn och mamman var frånvarande då hon skulle sys efter kejsarsnittet på operation.

Barnmorskans tillgänglighet och närvaro beskrevs även som möjlig när de behövde hennes hjälp;

... jag tyckte de hade en bra avvägning hur mycket de skulle vara där och kolla av så man kände sig trygg och att de fanns där men vi fick ändå pyssla på själv... sen när det väl började hända grejer så var det ju full backning och alla var där... proffsiga men ändå lite peppande... jag tycker de var jättebra verkligen. (Erik)

Några par hade olika uppfattningar om barnmorskans närvaro. Mammorna upplevde att barnmorskan var närvarande större delen av förlossningen och papporna upplevde att de var där när det behövdes.

... hon var inte där stora stunder men hon var där när det behövdes och faktiskt när det betydde någonting... hon var faktiskt där utöver det också men det var ju stora stunder där du faktiskt bara var du och jag ... deras stöd var bra... man fick väldigt bra gehör... de var snabba med att komma in till en och de lyssnade verkligen... (Gustav)

6 DISKUSSION

6.1 Resultatdiskussion

Syftet var att beskriva och illustrera föräldrars förlossningsupplevelser då psykoprofylax använts som förlossningsförberedelse. Förlossningsupplevelsen var individuell och även användningen av psykoprofylax under förlossningen. Teamarbetet som par och barnmorskans bekräftelse var viktiga för användningen av psykoprofylax.

Förlossningsförlopp och interventioner med separation från barnet och partnern påverkade förlossningsupplevelsen negativt trots bra stöd från partnern och barnmorskan. Syftet kunde inte begränsas till föräldrarnas upplevelser med användning av psykoprofylax då förlossningsupplevelsen innehöll fler aspekter som till exempel förlossningskomplikationer, smärta, separation från partner och anknytning till barnet.

Flera föräldrar uttryckte att psykoprofylaxutbildningen innan förlossningen gav trygghet och påverkade synen på smärta positivt. De vågade hantera smärtan och var inte rädd för den. Även tidigare forskning visade att förlossningsvården inte borde eliminera smärtan utan hjälpa kvinnan att hantera den vilket kunde bidra till ökat självförtroende (Simkin & Bolding, 2004). De flesta studier fokuserar på hur mamman borde få hjälp med hanteringen av smärtan men i denna studie beskrev även papporna att de fick hjälp att hantera smärtan via psykoprofylaxutbildningen de gått. De beskrev att det fanns en tydlig struktur och ett arbetssätt för hur de kunde hjälpa sin partner med smärtan. Det var sparsamt med kvalitativ forskning gällande pappors förlossningsupplevelser med psykoprofylax. Tidigare forskning om män och psykoprofylax har haft fokus på förlossningsrädsla (Bergström, 2010). Denna studie kan ge en ökad förståelse för hur både mammor och pappor upplever sin förlossning med användning av psykoprofylax.

Enligt skattningsskalan om upplevelsen av smärta skattade flera kvinnor sin smärtupplevelse högt. Det var några få mammor som upplevde att de hade förväntat sig att det skulle göra mer ont men de allra flesta upplevde att de upplevde mycket smärta även om vissa fick lindring av farmakologisk smärtlindring, psykoprofylax och barnmorskans stöd. Enligt skattningsskalan om förlossningsupplevelsen tillsammans med mammornas beskrivningar av förlossningssmärta och förlossningsupplevelse, beskrev somliga mammor att de hade haft en positiv förlossningsupplevelse trots att de skattat sin förlossningssmärta högt. En mamma som inte hade någon farmakologisk smärtlindring hade skattat sin förlossningssmärta som värsta tänkbara smärta men hade ändå skattat sin förlossningsupplevelse som bästa tänkbara. ”Ja, jag tyckte det gjorde otroligt ont. Sådär så att jag tittade på sköterskan... för jag tänkte dom måste ju avbryta det här snart, det måste ju vara det mest onda nån någonsin har haft... så tänkte jag. Men dom bara... det är helt normalt.” Mamman var mycket stolt över att hon klarade förlossningen utan farmakologisk smärtlindring, vilket hon även hade hoppats på. Detta stämmer överens med Simkin och Bolding (2004) vilka beskrivit att icke-farmakologisk smärtlindring bidragit till att kvinnan kunde få ett ökat självförtroende. En annan mamma uttryckte att det inte handlade om att vara duktig att föda barn och att hon inte kunde klara sig enbart med psykoprofylax som smärtlindring. Psykoprofylaxen var en viktig grund och hon ville inte vara utan den när hon skulle föda barn. Användningen av psykoprofylax som smärtlindring var individuell men alla mammor hade hjälp av den. Resultatet visade att psykoprofylax kunde ses som ett komplement till farmakologisk smärtlindring och inte behövde ses som den enda alternativa smärtlindringsmetoden.

Några förstagångsföräldrar beskrev att deras förlossning med psykoprofylax kunde vara en placeboeffekt eftersom de inte hade någon annan förlossning att jämföra med. De uttryckte att de var mycket nöjda med psykoprofylaxen och att om det hade varit en placeboeffekt var de ändå tacksamma för den hjälp de hade av den. Detta resultat skulle kunna stämma

överens med beskrivningen av placeboeffekten som kan ge 35-40% smärtlindrande effekt (Abascal, 2009). Flergångsföräldrarna hade tidigare förlossningar att jämföra med och även de upplevde en lindring av psykoprofylax. Ett par hade en negativ förlossningsupplevelse med första barnet men en positiv förlossningsupplevelse i samband med andra barnets födelse som de hade gått psykoprofylaxutbildning inför, för att på så sätt vara mer förberedda. Alla deltagande mammor och pappor kunde tänka sig att praktisera psykoprofylax igen om de skulle få fler barn och flera av dem uttryckte att de inte kunde tänka sig att föda barn utan psykoprofylax vilket tyder på att de oavsett upplevelse av förlossningen var nöjda med psykoprofylaxen. Tidigare forskning har visat att föräldrar var nöjda med psykoprofylax under förlossningen (Bergström m.fl., 2009; Bergström 2010; Hildingsson, 2012). Samtidigt visade tidigare forskning att den vanliga föräldrautbildningen var otillräcklig och behövde utvecklas och att föräldrar saknade utbildning i olika andnings- och avslappningsövningar (Fabian m.fl., 2005; Norling- Gustafsson m.fl., 2011). Psykoprofylax borde uppmärksammas mer då den kan bidra till ökat självförtroende och till att kvinnan kan hantera sin smärta bättre, helt i linje med Waldenström och Irestedt (2006). De som kunde hantera sin förlossningssmärta bättre och hade personlig kontroll kunde få en positiv förlossningsupplevelse (Goodman m.fl., 2004; Yildirim & Sahin, 2004). Önskvärt vore att alla blivande föräldrar fick ta del av psykoprofylax under föräldrautbildningen inom mödrahälsovården och fick träna innan förlossningen för att få möjlighet att kunna använda den under förlossningen.

Då psykoprofylaxmetoden fungerade beskrevs den av flera mammor och pappor som ett teamarbete. Samarbetet var viktigt för att psykoprofylaxen skulle fungera bra under förlossningen. Närvaro var en viktig del i samarbetet och upplevdes olika av mammorna och papporna. Den kunde vara både fysisk och psykisk. Mammorna beskrevs som psykiskt närvarande av papporna när hon kunde samtala med sin partner. En mamma menade att samarbetet hade fungerat bra då hon fick styra och bestämma och förlossningen var på hennes villkor men där han var närvarande. Några av papporna kände sig utelämnade trots att de var närvarande och vid sidan om mamman. De var ändå nöjda med sina insatser under förlossningen. De flesta mammorna var nöjda med samarbetet och att partnern agerat som de hade tränat på innan förlossningen och även gett dem det stöd de behövde. Enligt Enkin m.fl. (2000) samt Walsh (2007) borde partnern inte endast vara fysiskt närvarande utan även erbjuda emotionellt stöd till mamman. Mammorna upplevde att de fick hjälp med till exempel andning, avslappning, massage och beröring. Flera pappor såg sin uppgift i att påminna sin partner om det som de hade tränat på. Träningen hade gett en rutin och ett sätt att arbeta på. En del mammor beskrev att de kände ett stöd av att ha partnern vid sin sida och att ha en fysisk länk mellan dem, som till exempel att hålla varandras händer. Stödjande beröring kunde enligt tidigare forskning vara en kommunikation mellan kvinnan och partnern för att bemöta kvinnans smärta under förlossningen och därmed vara ett positivt stöd (Enkin, m.fl., 2000; Walsh, 2007). Förberedelsen innan förlossningen med träning bidrog till trygghet både för mammorna och papporna och skapade ett teamarbete. Föräldrautbildningen inom mödrahälsovården kunde återuppta mer kontinuerlig träning och andning- och avslappningsövningar för att involvera både kvinnan och partnern, vilket var

målsättningen när föräldrautbildningen startade (SOU 1978:5). Uppmuntran borde även ges till att träna psykoprofylax hemma som förberedelse inför förlossningen.

När förlossningen avslutades med av akut kejsarsnitt eller lösning av kvarvarande moderkaka blev separationen något som påverkade förlossningsupplevelsen negativ. Det var svårt för både mamman och pappan att separeras från varandra och för mamman även från barnet. Partnern och barnmorskans närvaro samt stöd från psykoprofylaxen kunde inte väga upp de negativa upplevelserna vid separationen. Detta skulle även kunna vara en förklaring till varför flera mammor och pappor skattade sina upplevelser av förlossningen lågt. Det kan vara svårt att använda skattningsskalor kliniskt då olika individer kunde skatta förlossningsupplevelsen på olika sätt. Detta stärks av L. Nordström, kvalitetsutvecklare på ett av Stockholms sjukhus (personlig kommunikation, 2 januari, 2013) som menade att det var svårt att definiera förlossningsupplevelser då det inte gick att veta vad mammorna hade inkluderat i sin bedömning. Tre mammor och tre pappor skattade sina förlossningsupplevelser lägre än 4. Förhoppningsvis följdes dessa par upp via förlossningsvården eller mödrahälsovården. Det är viktigt att ha en fortlöpande uppföljning vilket är i linje med Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2004).

En mamma uttryckte att upplevelsen av förlossningen kanske skulle ha varit ännu sämre om hon inte hade haft ett sådant bra stöd av barnmorskan. Några pappor beskrev att de var oroliga för sin partner samtidigt som de skulle försöka ta hand om sitt nyfödda barn vilket beskrevs som uppsplitande och kaosartat. Vissa mammor beskrev att det tog längre tid för henne med anknytningen till barnet i jämförelse med deras partner som fick ha barnet hos sig direkt efter förlossningen. Tidigare forskning visade även betydelsen av att föräldrar och barn bör vara tillsammans och att separation bör undvikas efter förlossningen (Erlandsson, 2007; Velandia, Matthisen, Uvnäs-Moberg & Nissen, 2010).

Barnmorskans närvaro och ledande roll var viktig för mamman då hon kunde stödja och påminna om bland annat andning och avslappning. Närvaron beskrevs som viktig vilket även Hildingsson (2003) och Lundgren (2004) menade då barnmorskans närvaro kunde hjälpa kvinnan att våga känna tillit till sin egen kropp och lita på sin egen förmåga. Flera mammor uttryckte det positivt när barnmorskan tyckte att det var viktigt med andningen och att hon verkade tro på att det skulle underlätta. Barnmorskans stöd till pappan var även viktigt för att han skulle kunna vara ett bra stöd till sin partner under förlossningen. Partners stöd bidrog i sin tur till en positiv förlossningsupplevelse för både mamman och pappan. Även tidigare forskning visade att barnmorskan borde uppmuntra pappans stöd och att pappans möjlighet att bidra under förlossningen påverkade förlossningsupplevelsen positivt (Enkin m.fl., 2000; Goodman m.fl., 2004; Johansson m.fl., 2012; Walsh, 2007). Om barnmorskan varit avig mot psykoprofylax kunde det eventuellt ha bidragit till osäkerhet hos paren. Detta skulle i sin tur kunna bidra till minskad empowerment, om barnmorskan inte kunde hjälpa paren att lita till sina kunskaper inom psykoprofylax samt kvinnans tillit till sin kropp och egen förmåga.

Barnmorskans ledande roll att visa föräldrarna vägen genom förlossningsprocessen var även viktig för paren. Flera beskrev vikten av att barnmorskan informerade kontinuerligt, vilket gav trygghet och gjorde att de kunde förstå var i faserna de befann sig i förlossningsförloppet.

Detta resultat gick i linje med tidigare forskning som menade att barnmorskan borde hjälpa paret till medvetenhet för att de skulle kunna reflektera över de olika förändringarna i förlossningsprocessen och bli involverade och delaktiga i beslut och på så sätt leda till empowerment (Chalmers m.fl., 2001; Hermansson & Mårtenssons, 2011; Parry, 2008). Enligt SOU (1997) var målet att involvera föräldrar i beslut vilket ibland kunde vara svårt om förlossningsförlopp avvek från det normala. Resultatet i denna studie visade att förlossningsupplevelsen påverkades negativt av långdragna förlossningar och interventioner vilka bidrog till icke-hanterbar smärta och förlorad kontroll. Bristande kommunikation och stöd från vårdpersonal påverkade även förlossningsupplevelsen negativt och bidrog till känslor som osäkerhet och hjälplöshet hos pappan när de såg att deras partner hade ont (Fenwick m.fl., 2012; Hallgren m.fl., 1999; Johansson m.fl., 2012).

Fraser (2000) menade att barnmorskans kunskap kunde ge mammor upplevelse av individuell kontroll vilket mammorna i denna studie beskrev när de fick information under förlossningsförloppet. En mamma uttryckte att hon under förlossningen fick veta av barnmorskan att hon hade fel andningsteknik och att hon skulle slappna av i munnen när hon andades ut. Barnmorskan kunde ha valt att inte säga något, men det hade inte varit rätt enligt Fraser (2000) som menade att om barnmorskan behöll kunskapen för sig själv behöll hon kontrollen över en annan individ. Vidare menade även Simkin och Bolding (2004) att kvinnan skulle ges möjlighet att använda sina resurser vilket ledde till empowerment och gjorde att hon kunde hantera förlossningen bättre.

En mamma var missnöjd med en barnmorskestudents ledande roll under deras förlossning. Flera faktorer påverkade upplevelsen negativt och mammans upplevelse var att barnmorskestudenten förlitade sig på sin egen kunskap och inte lyssnade till mammans önsknings och behov av smärtlindring. Parry (2008) menade att det var viktigt för kvinnan att ha upplevelse av kontroll över sin smärta och känna sig delaktig i olika beslut vilket mamman till denna studie inte upplevde. Barnmorskestudenten skulle kanske inte ha fått det ansvar som hon hade under parets förlossning. Det hade varit intressant att få veta om vården hade upplevts annorlunda om den ansvarige barnmorskestudentens handledare hade varit mer närvarande inne på förlossningsrummet.

6.2 Metoddiskussion

Urvalsgruppen begränsades till de föräldrar som gått psykoprofylaxutbildning och talade flytande svenska. Om inte föräldrarna talade flytande svenska skulle eventuellt missförstånd uppstå, vilket skulle kunna ha gett missvisande resultat. Tidsbristen gjorde att det var svårt att få informanter där förlossningen skulle ha ägt rum inom ett år tillbaka och därför valdes vid intervjutillfället personer vars förlossningar låg 3-15 månader tillbaka. Några av informanterna uttryckte vid intervjutillfället att det ibland varit svårt att minnas delar av förlossningen, vilket kunde ha påverkat resultatet, så kallade "minnesfel" eller "recall bias" enligt Polit och Beck (2012). Det skulle också kunna vara ett selekterat urval då informanterna som valde att vara med var speciellt positiva till psykoprofylax. Studiens

resultat går inte att generalisera till alla som gått psykoprofylaxutbildning då studiens design och syfte var kvalitativt. Studien gav däremot en förståelse för intervjupersonernas upplevelser. Informanterna upplevde att de kunde använda psykoprofylax och resultatet i denna studie skulle kanske ha påverkats om par som inte kunde använda psykoprofylax hade inkluderats. Det var fördelaktigt att urvalsgruppen inte endast bestod av förstagsångsföräldrar utan att även flergångsföräldrar som hade erfarenheter från tidigare förlossningar.

Datainsamlingen bestod av halvstrukturerade intervjuer. Denna teknik kunde ge intervjuaren den information som behövdes men gav ändå informanterna frihet att ge så många förklaringar och illustrationer som de ville (Polit & Beck, 2012). Det var första gången som författaren till denna studie genomförde intervjuer och en van intervjuare skulle eventuellt haft en annan teknik för att få föräldrarna att öppna sig och berätta mer under intervjuerna. Pilotintervjun ledde till att frågorna utökades då det var svårt för föräldrarna att berätta mer djupgående om sina förlossningsupplevelser där psykoprofylax använts. De nya frågorna bidrog till mer uttömmande svar under nästkommande intervjuerna. Författaren lärde sig även med tiden att vara mer lyssnande och inte avbryta för tidigt med följdfrågor. Pauserna gav informanterna tid att tänka innan de fortsatte att berätta mer om sina upplevelser. Under vissa intervjuer fick fler följdfrågor eller andrafrågor ställas för att få föräldrarna att berätta lite mer utifrån de inledande frågorna. Kvale och Brinkmann (2009) beskrev intervjuarens förmåga att aktivt lyssna på informanterna med andrafrågor. Polit och Beck (2012) menar att dessa frågor kan ge mer detaljerad information. Till exempel ställdes följdfrågor för denna studie; ”berätta lite mer” eller ”hur kände du då?”. Enligt Polit och Beck (2012) är det viktigt att inte bli känslomässigt engagerad för att resultatet inte skulle påverkas. Författaren till denna studie försökte därför ha en neutral hållning genom att undvika att ge synpunkter eller kommentarer och istället låta informanterna berätta om sina upplevelser. Förförståelsen kunde ha påverkat resultatet då författaren själv fött barn med hjälp av psykoprofylax och upplevde det positivt. Författaren försökte under datainsamlingen och dataanalysen ha en öppenhet för att inte påverka resultatet med sin egen förförståelse. Det var två intervjuare som båda försökte använda en neutral hållning för att inte påverka informanterna.

Enligt Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2004) kan förlossningsupplevelsen mätas på en självskattad skala 0 -10, från värsta tänkbara till bästa tänkbara upplevelse. För att komplettera de kvalitativa frågorna användes i denna studie tre skalor för att försöka skatta informanternas upplevelser av förlossningen, smärta och psykoprofylax. Skalan om upplevelse av smärta skulle kunna uppfattas omvänd eftersom många under förlossningen använder VAS-skalan (Visuell analog skala) som är en självskattad upplevelse. Vanligtvis används den inom förlossning som smärtskala där 0 är ingen smärta och 10 är värsta tänkbara smärta. Risker kunde då vara att skalorna om upplevelser av förlossningen och psykoprofylax skulle kunna missuppfattas. Det betonades dock vid intervjutillfället att skalan om smärta kunde uppfattas omvänd. Det var endast kvinnorna som fick skatta sina upplevelser av smärta då det inte uppfattades relevant att fråga männen. Det hade dock varit intressant att fråga männen om deras upplevelser av sin partners smärta, då det framkom i resultatet att de kunde beskriva kvinnans smärta även om de stod vid sidan av henne.

Informanterna gav uttömmande svar och berättelser från sina förlossningsupplevelser. Ett komplement till insamlingsmetoden kunde ha varit dagboksanteckningar. En mamma hade innan intervjun läst dagboksanteckningar från sin graviditet och förlossning och enligt henne hade minnen gjort sig påmind och blivit tydligare efter att hon läst dem. Det hade varit intressant att göra en intervjustudie där både mammorna och papporna skulle ha skrivit dagboksanteckningar från sina förlossningar och läst dem innan intervjun. Det skulle kunna ha lett till ännu mer djupgående berättelser från informanterna.

Föräldraren intervjuades i sina hem och både mamman och pappan intervjuades vid samma tillfälle. Informanterna fick själva välja plats, vilket kunde ses som fördelaktigt då det kunde vara en trygg miljö. Fördelen med att ha intervjuat både mamman och pappan var att få tillgång till bådas upplevelser. Det gav en möjlighet för dem att få ta del av varandras upplevelser och hjälpa varandra att minnas olika delar av förlossningen. Nackdelen med att intervjua dem tillsammans var att den som var mindre pratsam kunde få mindre utrymme. I början av intervjun gavs informationen att bådas upplevelser var viktiga och att det var önskvärt att de inte skulle prata samtidigt. Ibland ville båda ändå prata samtidigt vilket gjorde att en av dem tystnade. Det var tidvis svårt att komma tillbaka till samtalet där en av dem tystnade. Det hade eventuellt kunnat bli ett annat resultat om det hade varit individuella intervjuer men då hade inte samspelet mellan föräldrarna kunnat följas. Intervjuerna spelades in på band vilket kan ha påverkat informanterna och gjort dem nervösa, men författaren upplevde att de var trygga och de hade fått skriftlig och muntlig information om bandinspelningen.

För att beskriva studiens trovärdighet identifierades resultatets tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet. För att stärka resultatets tillförlitlighet hade det eventuellt varit önskvärt att vara två författare till studien. Nu var det endast en författare som läste och analyserade datamaterialet med synpunkter och kommentarer från handledaren. Hällgren Graneheim och Lundman i Granskär och Höglund-Nielsen (2008) menar att ett resultat som lyfter fram det typiska som ska studeras anses giltigt och att genom att ge en utförlig redogörelse av urval och analysarbete ökar giltigheten. För att öka studiens giltighet läste och granskade barnmorskestudenten som genomförde tre av intervjuerna denna studie. Även en sakkunnig barnmorska som undervisar blivande föräldrar inom psykoprofylax läste denna studie och gav kommentarer och synpunkter. För att tydliggöra resultatet och öka studiens trovärdighet redovisades citat från intervjuerna. Analysens samtliga steg följdes och genomfördes enligt Graneheim och Lundmans (2003) beskrivning av kvalitativ analys från meningsbärande enhet, kondensering, kodning, underkategori till kategori. Exempel på genomförandet har redovisats i tabell.

En noggrann beskrivning av urvalet gjordes och informanterna valdes utifrån studiens syfte. För att öka studiens giltighet hade en kvantitativ studie varit att föredra med ett större urval men till denna studie var en kvalitativ metod mer lämplig då syftet var att beskriva upplevelser. Polit och Beck (2012) menade att överförbarhet var hur användbart resultatet i en studie var och hur det kunde tillämpas på andra grupper och situationer. Resultatet till denna studie gick inte att generalisera men gav ändå en förståelse för informanternas

upplevelser. En större kvalitativ studie med fler informanter skulle kunna ge ett resultat som var mer överförbart.

6.3 Etikdiskussion

Det fanns en risk att informanterna blev känslomässigt påverkade vid datainsamlingen. Vid intervjuer finns det risk för integritetskränkning enligt Olsson och Sörensen (2011) och med denna studie kunde eventuellt deltagarna uppleva obehag vid intervjutillfället för att obehagliga minnen av förlossningen kunde uppstå. Författaren tog med visitkort med namn och telefonnummer till den lokala kvinnoklinikens kurator om det skulle förekomma att deltagarna förmedlade obehag eller svåra minnen av förlossningen. Författaren upplevde inte att det uppstod någon svår situation där visitkortet behövde delas ut.

7 SLUTSATS OCH KLINISK IMPLIKATION

I resultatet framkom tio underkategorier, fyra kategorier och ett övergripande tema. Den första kategorin visade att förlossningsupplevelsen med användning av psykoprofylax var högst individuell. Den andra kategorin visade att förlossningssmärtans hanterbarhet påverkades av profylaxutbildningens kunskap om smärtan som positiv. Förlossningsförlopp med interventioner och separation från barnet bidrog till icke-hanterbar smärta och negativ förlossningsupplevelse trots bra stöd från psykoprofylaxen och barnmorskan. Den tredje kategorin visade att teamarbetet mellan kvinnan och partnern gav trygghet och var nödvändig för att den individuella användningen med psykoprofylax skulle fungera bra. Alla föräldrar var positiva till psykoprofylax och kunde tänka sig att praktisera den igen om de skulle få fler barn. Flera uttryckte att de inte skulle kunna tänka sig att föda barn utan psykoprofylax. Fjärde kategorin visade att barnmorskans bekräftelse var viktigt för att användningen med psykoprofylax skulle fungera bra.

Resultatet i denna studie kan öka förståelsen för de par vilka deltagit i psykoprofylaxutbildning och deras behov av stöd under förlossning. Denna kunskap kan komma till nytta i klinisk verksamhet bland barnmorskor inom mödrahälsovård, psykoprofylaxutbildning och förlossningsvård.

Förslag på vidare forskning

Tidigare forskning visade att föräldrautbildningen var otillräcklig och att föräldrar vilka gått traditionell föräldrautbildning och psykoprofylaxutbildning var mer nöjda med psykoprofylaxutbildning. För fortsatt forskning skulle barnmorskor inom mödrahälsovården kunna intervjuas om sin syn på psykoprofylax som föreberedelse inför förlossningen. Det

vore intressant att veta hur viktigt barnmorskor anser att psykoprofylax är som förberedelse inför förlossning och om den motsvarar den förberedelse som föräldrarna uttryckt behov av. Intressant vore även att intervjua barnmorskor på förlossningen för att veta om de anser att psykoprofylax är till stöd för den födande kvinnan och hennes partner samt hur de ser på barnmorskans stöd till dem som gått psykoprofylaxutbildning. Framtida ovan föreslagen forskning kan även bidra till kunskap för barnmorskestudenter. De kan få kunskap om hur de kan stötta par vilka deltagit i psykoprofylaxutbildning, under förlossningen. Avslutningsvis skulle en större kvalitativ studie i en annan kontext med fler informanter göras för att pröva denna studies resultats överförbarhet. Intressant vore att till exempel intervjua invandrarpar i Sverige och deras förlossningsupplevelser med användning av psykoprofylax.

REFERENSLISTA

- Abascal, G. (2006). *Att föda: en barnmorskas tankar, råd och erfarenheter*. Stockholm: Månpocket.
- Abascal, G. (2010). *Att möta förlossningssmärtan*. Stockholm: Månpocket.
- Bergström, M., Kieler, H., & Waldenström, U. (2011). A randomised controlled multicentre trial of women's and men's satisfaction with two models of antenatal education. *Midwifery*, 27, s. 195-200.
- Bergström, M. (2010). *Psychoprophylaxis - Antenatal preparation and actual use during labour*. Diss. (sammanfattning). Stockholm: Karolinska institutet, 2010. Stockholm.
- Chalmers, B., Mangiaterra, V., & Porter, R. (2001). WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. *BIRTH*, 28, s. 202-207.
- Cluett, E., & Bluff, R. (2006). *Principles and practice of research in midwifery*. London: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Downe, S. (red.) (2008). *Normal childbirth: evidence and debate*. Edinburgh; Churchill Livingstone/Elsevier.
- Enkin, M., Kierse, M.J.N.C., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., & Hofmeyr, J. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. (3. ed.) Oxford: Oxford University.
- Erlandsson, K. (2007). *Caring of the newborn infant during maternal-infant separation: the father as primary caregiver immediately after birth and the mother's experiences of separation and later reunion with the infant*. Diss. (sammanfattning). Stockholm: Karolinska institutet, 2007, Stockholm.
- Erlandsson, K. & Häggström-Nordin, E. (2010). Prenatal parental education from the perspective of fathers with experience as primary caregiver immediately following birth: a phenomenographic study. *J Perinat Educ*, 19, s. 19-28.
- Fabian, HM., Rådestad, IJ., & Waldenström, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 84, s. 436-43.
- Fenwick, J., Bayes, S., & Johansson, M. (2012). A qualitative investigation into the pregnancy experiences and childbirth expectations of Australian fathers-to-be. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3, s. 3-9.
- Fraser, D. (2000). *Professional studies for Midwifery practice*. London: Churchill Livingstone/Elsevier.

- Gibson, H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, s. 354-361.
- Goodman, P., Mackey MC., & Tavakoli AS. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), s. 212-219.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, s. 105-112.
- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red). (2008). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård. Lund: Studentlitteratur.
- Hagberg, H., Maršál, K., & Westergren, M. (2008). *Obstetrik*. Lund: Studentlitteratur.
- Hallgren A, Kihlgren M, Forslin L., & Norberg, A. (1999). Swedish father's involvement in and experiences of childbirth preparation and childbirth. *Midwifery*, 15, s. 6-15.
- Hällgren Graneheim U, Lundman B. Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i: Granskär M, Höglund-Nielsen B. (2008) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Hermansson, E., & Mårtensson, L. (2010). Empowerment in the midwifery context—a conceptual analysis. *Midwifery*, 27, s. 811-816.
- Hildingsson, I. (2003). *Kvinnors förväntningar på och upplevelser av vården under graviditet och förlossning*. Diss. (sammanfattning). Stockholm: Karolinska institutet, 2003. Stockholm.
- Hildingsson, I. (2012). Mental training during pregnancy. Feelings and experiences during pregnancy and birth and parental stress 1 year after birth - a pilot study. *Sexual Reproductive Health Care*, 3, s. 31-36.
- Jansson, C. (2008). *Maktfyllda möten i medicinska rum. Debatt, kunskap och praktik i svensk förlossningsvård 1960-1985*. (Akademisk avhandling). Lund: Sekel bokförlag.
- Johansson, M., Rubertsson, C., Rådestad, I., & Hildingsson, I. (2012). Childbirth - an emotionally demanding experience for fathers. *Sexual Reproductive Health Care*, 3(1), s. 11-20.
- Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. (2002). Has the medicalization of childbirth gone too far? *BMJ*, 324, s.892–895.
- Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I., & Lundgren, I. (2009). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.

- Kennedy, HP., & Shannon, MT. (2006). Keeping birth normal: research findings on midwifery care during childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33(5), s. 554-560.
- Kvalie, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Leap, N., Sandall, J., Buckland, S., & Huber, U. (2010). Journey to confidence: women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. *Journal Midwifery Womens Health*, 55(3), s. 234-242.
- Lundgren, I. (2004). Releasing and relieving encounters: experiences of pregnancy and childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18(4), s. 368-375.
- Malmström, S., Györki, I., & Sjögren, P. (2002). *Bonniers svenska ordbok*. Stockholm: Alberts Bonniers Förlag AB.
- Maternity Care Working Party (2007). Making normal birth a reality: Consensus statement from the Maternity Care Working Party—our shared views about the need to recognise, facilitate and audit normalbirth. London: NCT/RCM/RCOG. Hämtad 2013-01-04 från: <http://www.rcog.org.uk/catalog/book/standards-maternity-care-report-working-party>
- Molina- Azorin, J, F. (2012). Mixed Methods Research in Strategic Management: Impact and Applications. *Organizational Research Methods*, 15, s. 33-56.
- Nordström, L., kvalitetsutvecklare på ett av Stockholms sjukhus (personlig kommunikation, 2 januari, 2013).
- Norling- Gustafsson, A., Skaghammar, K., & Adolfsson, A-S. (2011). Expectant parents' experiences of parental education within the antenatal health service. *Psychology Research and Behavior Management*, 4, s. 159-162.
- Olsson, H., & Sörensen, s. (2011). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.
- Parry. C. D. (2008). "We Wanted a Birth Experience, not a Medical Experience"; Exploring Canadian Women's Use of Midwifery. *Health Care for Women International*, 29, s. 784-806.
- Polit; D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practise*. Ninth edition, Philadelphia, USA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rodwell, R. (1996). An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 305-313.

- Rowell, M.R., & Polipnick, J. (2008). A pilot mixed methods study of patient satisfaction with chiropractic care for back pain. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics Volume*, 31, s. 602-610.
- Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49, s. 489-504.
- SFS (2003:460). Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Ändrad t.o.m. SFS 2008:192. Hämtad 2013-01-04 från:
<http://www.lagboken.se/files/SFS/2008/080192.PDF>
- Sjukvårdsrådgivningen. (2013). Ryggbedövning vid förlossning. Hämtad 2013-02-25 från:
<http://www.1177.se/Skane/Fakta-och-rad/Behandlingar/Ryggbedovning-vid-forlossning/>
- Socialdepartementet SOU 1997:161(1997). Stöd i Föräldraskapet. Hämtad 2013-01-04 från:
<http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/25100>
- SOU (1978:5). *Föräldrautbildning: betänkande från barnomsorgsgruppen. 1, Kring barnets födelse*. Stockholm: LiberFörlag/Allmänna förlag.
- Socialstyrelsen (2006). Kompetensbeskrivning för barnmorskor. Hämtad 2013-01-04 från:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf
- Socialstyrelsen. (2009). Folkhälsorapport. Hämtad 2013-01-04 från:
http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/9_Sexuell.pdf
- Svenska barnmorskeförbundet (1999). Den internationella koden för barnmorskor. Hämtad 2012-01-04 från:
http://www.barnmorskeforbundet.se/images/content/documents/forbundet/etiska_koden.doc
- Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (2004). *Förlossningsrädsla*. Stockholm: SFOG.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet (2011). God forskningsed. Hämtad 2013-01-04 från:
http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/2011_01.pdf
- Waldenström, U. (2005). Det medicinskt möjliga gör oss fartblinda - Interventionskaskaden vid barnafödande måste ifrågasättas. *Läkartidningen*, nr 24-25, volym 102, s. 1882-1886.
- Waldenström, U. (2007). *Föda barn: från naturligt till högteknologiskt*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.

- Waldenström, U., & Irestedt, L. (2006). Obstetric pain relief and its association with remembrance of labor pain at two months and one year after birth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 27(3), s. 147-156.
- Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C., & Rådestad I. (2004). A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. *BIRTH*, 31(1), s. 17-27.
- Walsh, D. (2007). *Evidence-based care for normal labour and birth: a guide for midwives*. Abingdon: Routledge.
- Velandia, M., Matthisen, A-S., Uvnäs-Moberg, K., & Nissen, E. (2010). Onset of vocal interaction between parents and newborns in skin-to-skin contact immediately after elective cesarean section. *BIRTH*, 37, s. 192-201.
- Wilsby, A. (2005). *Innan du föder. En inspirerande guide till den nya psykoprofylaxtekniken*. Värnamo: Wahlströms.
- Yildirim, G., & Sahin, NH. (2004). The effect of breathing and skin stimulation techniques on labour pain perception of Turkish women. *The Journal of the Canadian Pain Society*, 9(4), s. 183-187.

BILAGA A: ARTIKELMATRIS

Författare Titel Tidsskrift, utgivningsdata. Ursprungsland	Syfte	Metod	Resultat/ Konklusion
Bergström, M., Kieler, H., & Waldenström, U. A randomised controlled multicentre trial of women's and men's satisfaction with two models of antenatal education. <i>Midwifery</i> , 2011; 27, 195-200. Sverige.	Syftet var att studera kvinnor och mäns tillfredsställelse med två modeller av prenatal utbildning: naturlig förlossning förberedelse med psykoprofylax, och standard prenatal utbildning med förberedelser inför förlossning och föräldraskap men ingen psykoprofylax.	Design: Kvantitativ ansats. Randomiserad kontrollerad multicenterstudie. Analys: X2 test Urval: 1087 kvinnor och 1064 av deras partners som väntade sitt första barn. Insamlingen skedde tre månader post partum.	Resultatet visade att fler par med psykoprofylaxutbildningen var nöjda med sin utbildning jämfört med de par som gått den vanliga föräldrautbildningen.
Chalmers, B., Mangiaterra, V., & Porter, R. WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. <i>BIRTH</i> , 2001; 28, 202-207. Västvärlden	World Health Organization (WHO) rekommendationer och meta-analyser av kontrollerade studier kom fram till att olämplig perinatal vård och teknik fortsattes att praktiseras i stor utsträckning över hela världen, trots godkännande av evidensbaserade principer.	Design: Rekommendationer från WHO inom förlossningsvård. Analys: - Urval: -	Riktlinjer för hur vård av gravida kvinnor och förlossning borde vara världen över. Utformning av en kurs för att dessa riktlinjer skulle kunna implementeras. Dokumentet var en vägledning för beslutsfattare och vårdgivare över hela världen inom förlossningsvård.
Erlandsson, K. & Häggström-Nordin. Prenatal parental education from the perspective of fathers with experience as primary caregiver immediately following birth: a phenomenographic study. <i>J Perinat Educ</i> , 2010; 19, 19–28. Sverige.	Syftet med denna studie var att fånga faders uppfattningar om föräldrautbildning, upplysta av sina erfarenheter som primär vårdgivare för sina barn omedelbart efter födseln.	Design: Kvalitativ ansats. Intervju. Analys: Fenomenografi. Urval: 15 fäder blev intervjuade 8 dagar—6 veckor efter födseln	Föräldrautbildningen betonade vikten av en normal födsel och avdramatiserade komplicerade förlossningar. Föräldrautbildningen behöll traditionella könsroller. Resultatet kunde underlätta arbetet till att nå målet att integrera jämlikhet mellan mödrar och fäder i deras föräldraroller.
Fabian, HM., Rådestad, IJ., & Waldenström, U. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. <i>Acta Obstetrica et Gynecologica</i> , 2005;84, 436-43. Sverige.	Syftet var att undersöka förstfödorskors syn på förlossning och föräldrautbildning och deras kontakt med andra deltagare och jämföra deltagande och icke-deltagande i hänsyn till smärtupplevelse, användning av smärtlindring, förlossningsupplevelse, amningslängd och bedömning av föräldrarnas kompetens i helhet.	Design: Kvantitativ kohort-studie baserad på tre enkäter. Analys: SPSS (statistikprogram) Urval: 1197 svensktalande kvinnor fick svara på tre frågeformulär: under tidig graviditet, 2 månader respektive 1 år efter förlossningen.	Föräldrautbildningsgruppen använde epidural i högre skala jämfört med de icke deltagande. Deltagarna ökade deras sociala nätverk då de träffade andra nyblivna mammor. Däremot sågs ingen skillnad på deltagande och icke-deltagande när det gällde den totala förlossningsupplevelsen och föräldrakunskaper.
Fenwick, J., Bayes, S., & Johansson, M. A qualitative investigation into the pregnancy experiences and childbirth expectations of Australian fathers-to-be. <i>Sexual & Reproductive Healthcare</i> , 2012; 3, 3–9. Australien.	Syftet var att utforska och beskriva mäns upplevelser av graviditet och förväntningar inför förlossning.	Design: Beskrivande kvalitativ ansats. Intervju Analys: Tematisk analys Urval: Tolv australiska förväntansfulla pappor deltog i mellan 1 och 2 intervjuer under graviditeten och 1 efter förlossningen.	Att anpassa sig till nyheten om graviditet var en förvirrande tid för en förväntansfull far. Detta var oftast associerat med ökad oro och ångest. De kände också sig utanför och ignorerade av vårdpersonal.
Goodman, P., Mackey MC., & Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 2004; 46, 212-9. USA.	Syftet var att undersöka hur olika faktorer hade samband med kvinnors förlossningstillfredsställelse och den totala förlossningsupplevelsen.	Design: Kvantitativ beskrivande ansats. Frågeformulär. Analys: En korrelational beskrivande studie Urval: Totalt 60 kvinnor med lågrisk förlossningar från två olika medicinska center fick svara på fyra olika frågeformulär.	Personlig kontroll under förlossning var en viktig faktor för att kvinnan skulle känna tillfredsställelse under sin förlossning.

BILAGA A: ARTIKELMATRIS

<p>Gibson, H.</p> <p>A concept analysis of empowerment. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 1991; 16, 354-361. USA.</p>	<p>Syftet var att utföra en objektiv begreppsanalys för att undersöka attribut, egenskaper och användningsområden av begreppet empowerment.</p>	<p>Design: - Analys: Begreppsanalys Urval: -</p>	<p>Empowerment definierades som en process för att hjälpa människor att få kontroll över de faktorer som påverkar deras liv. Denna process genomsyrade både det individuella ansvaret i vården och samhällets ansvar att göra det möjligt för människor att ta ansvar för sin egen hälsa.</p>
<p>Hallgren A, Kihlgren M, Forslin L., & Norberg, A.</p> <p>Swedish father's involvement in and experiences of childbirth preparation and childbirth. <i>Midwifery</i>, 1999; 15, 6-15. Sverige.</p>	<p>Syftet var att belysa mäns förväntningar på föräldrautbildning och förlossning i syfte att bidra till en grund för reflektioner i barnmorskans yrke.</p>	<p>Design: Kvalitativ ansats. Intervju Analys: Hermeneutisk analys Urval: Totalt 11 män deltog med partner i föräldrautbildning. Tre inspelade intervjuer utfördes: före och efter föräldrautbildningen, och en intervju 3 veckor efter födseln.</p>	<p>Förlossningen var generellt mer krävande än männen väntat sig. De kände sig oförberedda. De män som författarna ansågs vara mer involverade i kvinnans graviditet, tycktes kunna stödja kvinnan bättre under förlossningen.</p>
<p>Hermansson, E., & Mårtensson, L.</p> <p>Empowerment in the midwifery context—a concept analysis. <i>Midwifery</i>, 2010; 27, 811-816. Sverige.</p>	<p>Syftet var att analysera empowerment i barnmorskans perspektiv. Att klargöra dess innebörd för att möjliggöra förståelse och användning i klinisk praxis, utbildning och forskning.</p>	<p>Design: - Analys: Begreppsanalys Urval: -</p>	<p>Empowerment definierades som en medveten process, vilket gör det möjligt för föräldrarna att reflektera över den förändrade situationen, vidare att barnmorskan agerar utifrån föräldrarnas villkor, får dem engagerade och möjliggör aktivt beslutsfattande.</p>
<p>Hildingsson, I.</p> <p>Mental training during pregnancy. Feelings and experiences during pregnancy and birth and parental stress 1 year after birth - a pilot study. <i>Sexual Reproductive Health Care</i>, 2012; 3, 31-6. Sverige.</p>	<p>Syftet var att jämföra föräldrar som genomgått utbildningsprogram i mental träning under graviditet med en kontrollgrupp för att mäta känslor och upplevelser under graviditet och förlossning.</p>	<p>Design: Kvantitativ ansats. Frågeformulär Analys: Deskriptiv statistik och t-test användes. Urval: I experimentgrupp 46 självanmälda föräldrar och i kontrollgrupp 1408 föräldrar som bodde i samma upptagningsområde. Data samlades in i mitten av graviditeten, 2 månader och 1 år efter födseln.</p>	<p>Deltagande i mental träning hade inget samband med föräldrarnas upplevelse av förlossning, men föräldrarna använde psykoprofylax i högre grad som smärtlindrig.</p>
<p>Johansson, M., Rubertsson, C., Rådestad, I., & Hildingsson, I.</p> <p>Childbirth - an emotionally demanding experience for fathers. <i>Sexual Reproductive Health Care</i>, 2012; 3, 11-20. Sverige.</p>	<p>Syftet var att undersöka svenska fäders erfarenheter av förlossning och faktorer som har samband med en mindre positiv förlossningsupplevelse.</p>	<p>Design: Kvantitativ och kvalitativ ansats. Frågeformulär Analys: Innehållsanalys och beskrivande statistik Urval: Totalt 827 pappor.</p>	<p>Det var viktigt att involvera fäder under förlossning genom engagemang och stöd för att förbättra sannolikheten för en positiv upplevelse</p>
<p>Kennedy, HP., & Shannon, MT.</p> <p>Keeping birth normal: research findings on midwifery care during childbirth. <i>Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing</i>, 2006; 33, 554-560. USA.</p>	<p>Syftet var att beskriva processer och resultat av barnmorskors vård utifrån barnmorskors berättelser.</p>	<p>Design: Kvalitativ ansats. Narrativa intervjuer Analys: Systematisk analys av intervjudata tolkades tills enighet uppstod i all text och koder. Resultatet jämfördes med två tidigare kvalitativa studier gjorda av den första författaren Urval: 14 barnmorskor utvalda från en stor nationell Delphi panel.</p>	<p>Barnmorskorna trodde att förlossningen var normal och många av deras handlingar var särskilt inriktade mot stöd som en fysiologisk snarare än patologisk process. Vårdprocesser kunde identifieras som är inriktade på att möta kvinnans individuella behov och utnyttja hennes styrka</p>

BILAGA A: ARTIKELMATRIS

Leap, N., Sandall, J., Buckland, S., & Huber, U. Journey to confidence: women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. <i>Journal Midwifery Womens Health</i> , 2012; 55, 234-42. England.	Kvinnor som har haft en och samma barnmorska var betydligt mindre benägna att använda farmakologisk smärtlindring vid jämförelser med de kvinnor som haft flera olika. Denna studie hade som syfte att undersöka kvinnors syn på detta fenomen.	Design: Kvalitativ ansats. Semistrukturerade intervjuer Analys: Tematisk analys Urval: Tio kvinnor intervjuades.	Kvinnor återspeglade positivt på hur deras barnmorska främjade deras förmåga att klara av sin förlossning. Detta förbättrade kvinnornas förmåga att övervinna rädsla och hantera smärta. Kvinnorna kände då stolthet, upprymdhet och empowerment efter födseln.
Lundgren, I. Releasing and relieving encounters: experiences of pregnancy and childbirth. <i>Scandinavian Journal of Caring Science</i> , 2004; 18, 368-375. Sverige.	Syftet var att beskriva kvinnors och barnmorskors erfarenheter i mötet under förlossningen, grundad på fyra utvalda studier.	Design: Kvalitativ ansats. En syntes grundad på resultat från utvalda studier Analys: Fenomenologi och hermeneutik Urval: Fyra kvalitativa studier.	Barnmorskan skulle vara en tillgänglig person som lyssnade till och följde kvinnan genom förlossningsprocessen. Barnmorskan skulle visa respekt för kvinnans egen förmåga till att föda sitt barn.
Norling- Gustafsson, A., Skaghammar, K., & Adolfsson, A-S. Expectant parents' experiences of parental education within the antenatal health service. <i>Psychology Research and Behavior Management</i> , 2011; 4, 159-162. Sverige.	Syftet var att fokusera på mindre undersökta aspekter av föräldrars erfarenheter av att delta i föräldrautbildning i MVC regi.	Design: Kvalitativ ansats. Deltagarna fick svara på två öppna frågor genom ett frågeformulär. Analys: fenomenologisk, hermeneutisk metod Urval: 20 par deltog som väntade sitt första barn och slutfört föräldrautbildningen på MVC.	Föräldrarna hade få eller inga förväntningar på föräldrautbildningen men var generellt nöjda. De ville träffa andra i liknande situation och upplevde barnmorskan som en professionell person.
Parry, C. D. "We Wanted a Birth Experience, not a Medical Experience"; Exploring Canadian Women's Use of Midwifery. <i>Health Care for Women International</i> , 2008;29, 784-806. Canada.	Syftet var att undersöka kanadensiska kvinnors uppfattning om den allt mer medikaliserade synen på graviditet/förlossning.	Design: Kvalitativ ansats. Intervju. Analys: Innehållsanalys. Urval: Åtta kvinnor anmälde sig till studien och blev intervjuade.	Kvinnorna hade ett motstånd mot medikaliseringen och efter en djupare analys av intervjuerna blev grundbegreppet empowerment.
Rodwell, R. An analysis of the concept of empowerment. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 1996, 23, 305-313. England.	Syftet var att utreda definitionen av empowerment. Genom att förtydliga begreppet, blir det lättare att använda empowerment i vården.	Design: - Analys: Begreppsanalys. Urval: -	Empowerment var en hjälpsamt process, beslutsfattande på ömsesidigt nivå, och hade friheten att ta ansvar över sitt eget liv och att göra egna val.
Simkin, P., & Bolding, A. Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. <i>Journal of Midwifery & Women's Health</i> , 2004; 49, 489-504. USA.	Syftet var att undersöka effekten på icke farmakologiska smärtlindrings-metoder under förlossning.	Design: Litteraturgenomgång på både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Analys: Review Urval: Artiklar som berörde 13 icke farmakologiska metoder.	Kvinnan fick kontroll över sin egen smärta och blev mindre beroende av personalen. Kvinnans självförtroende ökade när hon fick en aktiv roll under sin förlossning.

BILAGA A: ARTIKELMATRIS

<p>Velandia, M., Matthisen, A-S., Uvnäs-Moberg, K., & Nissen, E.</p> <p>Onset of Vocal Interaction Between Parents and Newborns in Skin-to-Skin Contact Immediately After Elective Cesarean Section. <i>BIRTH</i>, 2010, 37, 192-201. Sverige.</p>	<p>Syftet var att utforska och jämföra förälder-nyfödda vokala interaktion när barnet var placerad hud mot hud antingen med modern eller fadern omedelbart efter ett planerat kejsarsnitt.</p>	<p>Design: Kvantitativ ansats. Ljud- och videoinspelningar. Analys: SPSS 17.0. Urval: Randomiserat urval. 42 par med planerat kejsarsnitt.</p>	<p>Hud mot hud kontakt mellan nyfödda och barn omedelbart efter planerat kejsarsnitt främjade vokal interaktion. När barnet placerades hud mot hud och hörde föräldrarnas röst kommunicerade barnet med föräldern inom 15 minuter efter födseln. Föräldrar borde uppmuntras till hud mot hud kontakt efter planerat kejsarsnitt för att stödja den tidiga vokala kommunikationen.</p>
<p>Waldenström, U., & Irestedt, L.</p> <p>Obstetric pain relief and its association with remembrance of labor pain at two months and one year after birth. <i>Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology</i>, 2006; 27, 147-56. Sverige.</p>	<p>Syftet var att undersöka sambandet med epidural och andra former av smärtlindring och minnet av förlossnings-smärta vid två och tolv månader efter förlossning.</p>	<p>Design: Kvantitativ kohort studie baserad på tre enkäter. Analys: Chi-square-test Urval: 2482 svensk-talande kvinnor med vaginal förlossning eller akut kejsarsnitt.</p>	<p>Minnet av kraftig smärta var associerat med epidural som smärtlindringsmetod.</p>
<p>Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson, C., & Rådestad I.</p> <p>A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. <i>BIRTH</i>, 2004; 31, 17-27. Sverige.</p>	<p>Syftet var att undersöka riskfaktorer för en negativ förlossningsupplevelse.</p>	<p>Design: Kvantitativ longitud kohort studie baserad på tre enkäter Analys: Chi-square-test Urval: 2541 svensk-talande kvinnor från hela landet.</p>	<p>Riskfaktorer: Övuntade medicinska komplikationer, sociala problem, brist på kontroll under förlossning och administrationen av analgetika. Av de etablerade metoder för att förbättra kvinnors förlossningsupplevelse, verkade förlossningsförberedelse och obstetrisk smärtlindring vara mindre effektiva, medan stöd under förlossning och att lyssna på kvinnans egna ord kunde vara mer effektiva.</p>
<p>Yildirim, G., & Sahin, NH.</p> <p>The effect of breathing and skin stimulation techniques on labour pain perception of Turkish women. <i>The Journal of the Canadian Pain Society</i>, 2004; 9, 183-187. Turkey.</p>	<p>Syftet var att undersöka effekten av andningstekniker och massage på gravida kvinnor under förlossning, hur de påverkade deras smärtupplevelse.</p>	<p>Design: Kvantitativ ansats. Observation. Analys: X2 analys Urval: 20 kvinnor i kontrollgrupp respektive 20 kvinnor i experimentgruppen. Ej slumpmässigt urval.</p>	<p>Massage och andningsteknik var effektiva för att minska upplevelsen av smärta under latensfasen, vilket ledde till en mer tillfredsställande förlossningsupplevelse.</p>

BILAGA B: INFORMATIONSBREV



INBJUDAN TILL DIG SOM MAMMA/ PAPPA ATT DELA MED DIG AV DIN UPPLEVELSE AV PSYKOPROFYLAX UNDER FÖRLOSSNING

Psykoprofylax används idag som en förberedelse inför förlossningen för par som väntar barn. Det finns begränsade studier och kunskap om användningen av psykoprofylax under förlossningen. Syftet med denna studie är att beskriva föräldrars erfarenheter och upplevelser av psykoprofylax under förlossning. Vi hoppas med denna studie att få fördjupade kunskaper inom ämnet och då bättre kunna förstå vilket stöd vi som blivande barnmorskor kan ge till de par som gått psykoprofylaxkurs.

Undersökningen görs inom ramen för uppsatsarbete på barnmorskeprogrammet vid Mälardalens högskola. Du inbjuds att delta i en intervju tillsammans med din make-a/sambo och samtala om din upplevelse/erfarenhet av psykoprofylax under förlossningen. Samtalet beräknas ta ca 60 min och spelas in på band.

Om ytterligare förtydliganden av samtalsmaterialet behövs under bearbetningens gång hoppas vi kunna återkomma för eventuellt förtydligande. Materialet kommer att bearbetas och resultatet planeras vara färdigt januari 2013. Ditt deltagande är naturligtvis frivilligt och kan när som helst avbrytas. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt och förstöras efter bearbetningen. Resultatet kommer att redovisas på ett sådant sätt att det inte kan härledas till dig personligen. Om du önskar ta del av resultatet, kommer det att ordnas.

Vi planerar att genomföra sex till åtta intervjuer med föräldrapar. Ni som kan tänka er att bli intervjuade i vår eller sommar, vänligen kontakta;

Västerås, 2012-05-29

Rebecka Walve, telefonnummer: 073-8095147, e-mail: rwn05001@student.mdh.se

Louise Brattström, telefonnummer: 076-9499120, e-mail: lbm12001@student.mdh.se

Marianne Velandia, Universitetslektor,Handledare, Mälardalens Högskola.

e-mail: marianne.velandia@mdh.se

BILAGA C: INTERVJUFRÅGOR

Skala 0-10

- Skala 0-10. Upplevelse av psykoprofylax under förlossning, där 0 är värsta tänkbara och 10 är bästa tänkbara.
- Skala 0-10. Upplevelse av smärta under förlossning, där 0 är värsta tänkbara och 10 är bästa tänkbara.
- Skala 0-10. Upplevelse av förlossning, där 0 är värsta tänkbara och 10 är bästa tänkbara.

Intervjufrågor

Inledande frågor

1. Berätta om vad det var som fick er att välja att gå psykoprofylaxutbildningen?
2. Vilka förväntningar hade ni inför psykoprofylaxutbildningen?
3. Vad var bra med psykoprofylaxutbildningen?
4. Vad var mindre bra med psykoprofylaxutbildningen?
5. Hur tränade ni psykoprofylax innan förlossningen?
6. Hur ofta hade ni möjlighet att träna innan förlossningen?
7. Hur hade ni tänkt med smärtlindring innan förlossningen?

Intervju frågor relaterade till förlossningsupplevelsen

8. Berätta om er upplevelse av er förlossning?
9. Berätta om vilka erfarenheter ni har av psykoprofylax under förlossningen?
10. Vad var bra med psykoprofylax under förlossningen?
11. Vad var mindre bra med psykoprofylax under förlossningen?
12. När var psykoprofylaxen som bäst under förlossningen?
13. När var psykoprofylaxen som sämst under förlossningen?
14. Hur upplevde ni samarbetet mellan er som par under förlossningen?
15. Hur upplevde du smärtan under förlossningen? (fråga till kvinnan).
16. Hur upplevde ni barnmorskans stöd under förlossningen?
17. Hur upplevde ni barnmorskans närvaro under förlossningen?

Avslutande frågor

18. Hur var anknytningen till barnet vid första kontakten med barnet?
19. Kan ni tänka er att praktisera psykoprofylax igen om ni får fler barn?



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se