

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2018:69

Kvinnors upplevelser av förlossningsrummet; en kvalitativ innehållsanalys

Emelie Johansen
Therese Persson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Kvinnors upplevelser av förlossningsrummet; en kvalitativ innehållsanalys
Författare:	Emelie Johansen & Therese Persson
Huvudområde:	Sexuell och reproduktiv hälsa
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Barnmorskeutbildning
Handledare:	Christina Nilsson
Examinator:	Åsa Larsson

Sammanfattning

Att föda barn är en viktig existentiell upplevelse och födelseplatsen har varierat genom historien. I många århundraden födde kvinnor barn i hemmet men från mitten av 1950-talet föds de allra flesta svenska barn på speciella förlossningskliniker på sjukhus. Förlossningsrummen skiljer sig inte från sjukhusens ordinära patientsalar. Studiens syfte är att beskriva kvinnors upplevelse av förlossningsrummet. En kvalitativ metod med induktiv ansats användes. Nio kvinnor som fött barn på sjukhus intervjuades under våren 2018 och deras berättelser utgör datamaterialet som sen analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2007). Resultatet delades in i fyra huvudkategorier; *Stöd är viktigt för upplevelsen av rummet*, *Utformningen av förlossningsrummet har betydelse för känslan av trygghet*, *Färgsättning och möblering har betydelse för möjlighet till avslappning* och *Den vårdrelaterade interiören påverkar möjligheten till rörelse*. Resultatet visar att kvinnorna upplevde att barnmorskans stöd och närvaro påverkade deras uppfattning av rummet. Kvinnorna upplevde att deras partner hade svårt att ge ett gott stöd eftersom det inte fanns någon naturlig plats för honom i rummet. Kvinnorna upplevde också att rummet inte var optimalt för en förlossning och att ytorna var för små för att främja rörelse. Miljön upplevdes som steril och opersonlig och kvinnorna önskade mer ombonade rum med möjlighet till avskildhet och naturliga platser för att kunna vara tillsammans med sin partner. Kvinnorna upplevde den tekniska utrustningen som hindrande men de fysiska hjälpmedlen som främjande. Genom ökad kunskap om kvinnors upplevelse av förlossningsrummet kan barnmorskans individanpassade vård stärkas och framtidens förlossningsrum anpassas efter kvinnors erfarenheter och behov. Studien visar att förlossningsrummen inte är optimalt utformade för att skapa trygghet hos den födande kvinnan.

Nyckelord: *Kvinna, förlossningsplats, förlossningsrum, erfarenhet, födelseplats, empowerment*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<i>INLEDNING</i>	1
<i>BAKGRUND</i>	1
Förlossningsplatsens historia	1
Förlossningsmiljö	1
Oxytocin - det förlossningsfrämjande hormonet	3
Betydelse av stöd	4
Barnmorskans roll	4
<i>PROBLEMFÖRMULERING</i>	5
<i>SYFTE</i>	5
<i>METOD</i>	5
Deltagare och urval.....	6
Datainsamling.....	6
Dataanalys	7
Förförståelse	7
Etiska överväganden.....	7
<i>RESULTAT</i>	8
Stöd är viktigt för upplevelsen av rummet	9
Stöd av barnmorskans har betydelse för upplevelsen av rummet	9
Partnern har svårt finna sin plats i rummet	9
Utformningen av förlossningsrummet har betydelse för känslan av trygghet	10
Rummets begränsade yta hindrar rörelse	10
Upplevelse av integritet och skydd	10
Stela och opersonliga rum.....	11
Färgsättning och möblering har betydelse för möjlighet till avslappning	11
Möbleringen i rummet gör kvinnan obekvämt och hindrar avslappning	11
Ombonade rum för att kvinnan ska känna sig bekväm	12
Dämpad belysning gör kvinnan lugnare	12
Interiören med dess hjälpmedel både möjliggör och hindrar förmågan till rörelse	13
Tillgång till främjande hjälpmedel gör kvinnan mer aktiv	13
Medicinska hjälpmedel.....	13
Sängens funktioner är lätta att anpassa efter kvinnans önskemål	14
<i>DISKUSSION</i>	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion	16
<i>KONKLUSION</i>	19
<i>KLINISKA IMPLIKATIONER</i>	19
<i>REFERENSER</i>	20
<i>Bilaga II</i>	24

<i>Bilaga III</i>	25
<i>Bilaga IV</i>	26

INLEDNING

Att föda barn är en unik upplevelse och erfarenhet för de blivande föräldrarna. Graviditeten skapar förväntningar inför den kommande förlossningen och kvinnor har olika förväntningar på förloppet, barnet de väntar och på barnmorskan. Förlossningen är en stark existentiell upplevelse med många dimensioner som kvinnan bär med sig under hela sitt liv.

Efter att ha genomfört 15 veckors verksamhetsförlagd utbildning på förlossningsavdelning upplever vi att det är få kvinnor som uppmärksammat miljön i förlossningsrummet och hur miljön kan främja eller hindra förloppet. Smärtan under förlossning kan vara svår att lindra och ett långt förlopp är ofta förknippat med komplikationer och interventioner. Att kvinnan är trygg i förlossningsrummet underlättar förlossningsprocessen (Denker 2016).

BAKGRUND

Redan Florence Nightingale, som var en av grundarna till det moderna sjuksköterskeyrket, uppmärksamade hur vårdmiljön påverkar patienterna (Howard 2017). Hon upptäckte att patienter beter sig olika beroende på vilken miljö de vårdas i, och hur människan påverkas av ljus, ljud, lukt, ventilation och värme. Nightingale menade att om patientens omgivning var optimal, med bland annat en tavla på väggen och blommor på bordet, skulle den naturliga läkningsprocessen underlättas (Howard 2017).

Förlossningsplatsens historia

Fram till slutet av 1700-talet födde kvinnor barn i hemmet med stöd av en barnmorska och två stödkvinnor som stod på varsin sida av kvinnan och uppmuntrade (Lundgren 2016, s. 44). Barnmorskan var inte utbildad utan upplärd av tidigare barnmorskor. I slutet av 1700-talet öppnades Sveriges första barnbördshus, som främst riktade sig till fattiga och ogifta kvinnor för att minska antalet barnamord. Därefter utvecklades den medicinska kompetensen och barnmorskeutbildning startades och lagar stiftades (Lundgren 2016, s. 44). Vid 1800-talets slut födde 90 % av kvinnorna fortfarande sina barn i hemmet och 1940 var motsvarande siffra 35 %. Idag föds endast omkring 100 barn per år i hemmet i Sverige. Under 1960-talet förändrades mödravården och hemförlossning erbjöds inte längre kostnadsfritt, utan syftet var att alla barn skulle födas på institutioner där den medicinska kompetensen var centrerad (Lundgren 2016, s. 44).

Förlossningsmiljö

Kvinnor som valt att föda i hemmet uppger mer positiva förlossningsupplevelser. De betonar att atmosfären i hemmet inte är lika hektiskt som sjukvården upplevs. I sitt hem upplever kvinnan mer kontroll över sig själv och miljön och kan då bestämma över hur hon vill föda (Borques & Wiegers 2006). I de flesta medel- och höginkomstländer sker dock 97–99 % av alla förlossningar på förlossningskliniker (Bowden, Sheehan & Foureur 2016).

Kvinnor som utvecklat förlossningsrädsla efter en tidigare svår förlossningsupplevelse beskriver en miljö där de upplever förlorad kontroll, och att förlossningsprocessen fortskrider

med hjälp av interventioner och avslutas av personalen istället för av kvinnan (Nilsson 2014). Idag kan en normal förlossning innebära medicinska interventioner som epiduralbedövning (Waldenström 2016, s. 430). Dock strävar förlossningsvården efter en hemtrevlig miljö i förlossningsrummen men även att personalen ska vara välkomnande mot både kvinnan och hennes partner.

De flesta förlossningskliniker har högteknologiska förlossningsrum där förlossningssängen står centrerad i rummet och all medicinsk utrustning finns runtomkring, väl synlig (Bowden et. al. 2016). En bildanalys av 40 foton från olika förlossningsrum kom fram till att när sängen är det mest framträdande i ett förlossningsrum så är det naturligt att betraktaren förstår att sängen är det viktigaste. Detta intryck förstärks av de vita sängkläderna och den medicinska utrustningen i anslutning till sängen. Det visuella meddelandet till tittaren tolkades som att barnafödelsen bör ske i sängen och barnafödandet ska ses som något riskfyllt som bör övervakas noggrant med teknisk utrustning (Bowden et. al. 2016).

Rummets betydelse och miljön i rummet är viktig och bör spegla en hemlik miljö genom att dölja tekniken i inredningen för att låta det naturliga i förlossningsprocessen komma fram, men vid akuta tillstånd snabbt kunna användas (Symon, Dugard, Butchart, Carr & Paul 2011). Kvinnorna vill känna sig avskärmade och ha ett privat utrymme trots att de befinner sig på ett sjukhus. Integriteten stärks genom att minska störningar runt kvinnans säng och rum (Hammond, Foureur & Homer 2014). Att ha möjlighet att vara aktiv och i upprätt ställning är viktigt för förlossningsförloppet. Engagemanget och upplevelsen stärks genom att undvika långa korridorer och avstånd på avdelningen. Korta avstånd ger kvinnan en möjlighet att själv bestämma vad hon vill och därmed förstärka känslan av kontroll (Douglas & Douglas 2005).

När kvinnan känner sig otrygg kan hon lätt bli passiv (Mondy, Fenwick, Leap & Foureur 2016). Något som ytterligare kan göra kvinnan otrygg och därmed mer passiv är de många rutiner som finns på en modern förlossningsklinik; intravenöst dropp, kontinuerlig CTG-registrering och förlossningssängens centrala plats i förlossningsrummet, vilket ofta undermedvetet tolkas som att det är där hon bör befinna sig (Howard 2017). Tekniken i förlossningsrummet kan göra att kvinnor känner sig bundna och beroende av övervakning och därmed inte vågar lita på sin kropp. Det kan i sin tur leda till att kvinnan har svårt att finna sin plats i rummet (Nilsson 2014).

Sterila miljöer med vita väggar, kallt klimat och patientkläder är alla faktorer som kan göra kvinnan mer passiv (Mondy et al. 2016). Kvinnan riskerar bli en individ som inte ska ta plats eller beslut och som enbart lyssnar på barnmorskans råd. Många kvinnor upplever att sängen är det enda de har mandat att styra över vilket leder till att kvinnorna stannar i sängen. Det optimala förlossningsrummet är ett eget rum med dusch, toalett och badkar. Vidare ska rummets inredning bestå av en bred säng så att både partner och kvinnan får plats, byrå och bord för personliga saker, soffgrupp eller fåtöljer och tv (Mondy et al. 2016). Väggarna ska vara målade i mörka, varma färger och belysningen ska vara dimbar och med ett mjukt ljus. Kvinnan önskar ett rum med inredning som är bekväm, pålitlig, trygg och lätt att använda (Borquez & Wieggers 2006). Rummen kan vara svåra att ommöblera efter kvinnans önskemål eftersom storleken på rummen är begränsad (Hammond et al. 2014). Om något förflyttas hindras framkomligheten till något annat.

Ett intressant projekt som drivs av American College of Nurse Midwives som syftar till att främja komforten vid tidiga och inducerade förlossningar genom att använda Human-Centered Design vilket stödjer patienternas och personalens välbefinnande (Howard 2017). Forskarna i projektet hoppas på att förbättra patientens erfarenhet av vård, förkorta förlossningens längd

genom att uppmuntra till rörelse samt att minska andelen kejsarsnitt och även den totala vårdlängden. Projektets huvudtes är alltså att vårdmiljön kan påverka en förlossning i en positiv riktning och därför har forskarna, tillsammans med barnmorskestudenter, konstruerat en avdelning som är uppbyggt som en vandringsled med olika stationer, och där barnmorskorna alltid finns närvarande genom att befinna sig i mitten (Howard 2017). Längs denna inomhus vandringsled finns rum för musik, konst, samlingsrum för vänner och familj, gym, tehörna och en bar, allt för att främja kvinnans autonomi och för att skapa en känsla av trygghet, kontroll och samtidigt uppmuntra till rörelse för att förbättra progressen (Howard 2017).

Kvinnor som valt att föda i hemmet uppger mer positiva förlossningsupplevelser. De betonar att atmosfären i hemmet inte är lika hektiskt som sjukvården upplevs. I sitt hem upplever kvinnan mer kontroll över sig själv och miljön och kan då bestämma över hur hon vill föda (Borques & Wiegers 2006). Kvinnor som utvecklat förlossningsrädsla efter en tidigare svår förlossningsupplevelse beskriver en miljö där de upplever förlorad kontroll, och att förlossningsprocessen fortskrider med hjälp av interventioner och avslutas av personalen istället för av kvinnan (Nilsson 2014).

Oxytocin - det förlossningsfrämjande hormonet

För att en förlossningprocess ska kunna fortlöpa krävs att kvinnan kontinuerligt producerar oxytocin genom hela förlossningsförloppet (Dencker 2016, s. 545). Om oxytocinproduktionen hämmas av någon anledning så kan kvinnan behöva syntetisk oxytocinstimulering för att få progress i förlossningsförloppet (Nordström & Waldenström 2001). Kvinnor som föder barn i hemmet har ingen möjlighet till syntetisk oxytocinstimulering och uppger mer positiva förlossningsupplevelser. I sitt hem har kvinnan kontroll över sin omgivning och är inte lika utlämnad till barnmorskan (Borques & Wiegers 2006).

Den livmoderssammandragande effekten av oxytocin är viktig för en normal förlossning utan fördröjd progress (Dencker 2016, s. 545). Oxytocin är dock ett skyggt hormon som lätt hämmas av starkare stresshormoner i en situation där kvinnan är otrygg eller rädd. För att främja stimulering av oxytocin behöver kvinnan befinna sig på en varm, lugn och trygg plats. Kvinnans kroppsegna oxytocin sänker blodtryck, möjliggör att mjölken rinner till och underlättar både anknytningen till barnet och parets relation. Dessutom höjer oxytocin kvinnans smärtröskel och ger även en högre tolerans mot rädsla och oro. En annan viktig del i att främja stimulering av oxytocin är att kvinnan får både professionellt och socialt stöd under förlossningen (Dencker 2016, s. 545). Information under förlossningsprocessen, avslappningsövningar och fysiskt stöd är faktorer som också har en positiv effekt på frisättningen av det kroppsegna oxytocinet. För att undvika en fördröjd förlossning och komplikationer är det viktigt att vara lyhörd för kvinnans kroppsspråk och undvika situationer som stör eller skapar mer stress och smärta hos kvinnan (Dencker 2016, s. 545).

Det finns inget bestämt kriterium för värksvaghet i litteraturen. De forskningsstudier som gjorts har inte kunnat fastställa någon exakt tidpunkt där någon form av värkstimulering ska insättas. De flesta förlossningskliniker använder sig av riktlinjen att göra någon intervention när cervixdilatation under förlossningens aktiva fas är fördröjd med 2–3 timmar. I första hand utförs amniotomi och vid ytterligare utebliven progress rekommenderas oxytocinstimulering (Nordström & Waldenström 2001). Under 2017 fick 53 % av alla förstföderskor med spontan värkstart och 17% av alla omföderskor syntetisk oxytocinstimulering (Graviditetsregistret 2017). Den vanligaste anledningen för syntetisk oxytocinstimulering är sekundär värksvaghet som kan uppstå i samband med ryggbedövning, lång förlossningsprocess, övervikt, uttröttad

moder eller felställning hos fostret (Nordström & Abascal 2016, s. 539-542). Användandet av syntetiskt oxytocin brukar delvis förklaras av att de kvinnor som har en epiduralbedövning får glesare och mindre effektiva kontraktioner och därför behöver hjälp med att få kraftigare och mer effektiva kontraktioner. Under 2017 fick 57% av alla förstfödelskor epiduralbedövning, inkluderade i siffran är både förstfödelskor med spontan värkstart och inducerade förlossningar (Graviditetsregistret 2017).

Betydelse av stöd

Många kvinnor upplever att de kan slappna av och hänge sig processen när de känner att partnern också omhändertas (Symon et al. 2011). För kvinnan är det viktigt att partnern känner sig välkommen, delaktig och får stöd under förlossningsprocessen. Kvinnans partner är mycket viktig under förlossningsprocessen då hen oftast känner till kvinnans behov vilket bidrar till trygghet och avslappning (Lunda, Minnie & Benadé 2018). Partnern behöver stöd och uppmuntran för kunna hjälpa kvinnan både psykiskt och fysiskt under förlossningen (Symon et al. 2011). Många kvinnor ser barnmorskan som medicinskt ansvarig men inte lika uppenbart stödjande som deras partner. Kvinnor har ett stort behov av trygghet och välbekanta personer i förlossningsrummet för att kunna slappna av och hänge sig till förlossningsförloppet (Lunda et al. 2018).

Känsla av trygghet och stöd är viktigt för en positiv förlossningsupplevelse men även luftkonditionering, värme, belysning, egen toalett och bra mat (Symon et al. 2011). Det är av stor vikt att ge kvinnan och hennes partner olika alternativ om mat och dryck (Borquez & Wieggers 2006). Små val att ta ställning till kan ge en känsla av kontroll hos kvinnan. Att minska störningar i form av ljud och spring samt hjälpa paret att finna ett lugn tillsammans är något som barnmorskan kan uppnå genom att vara närvarande hos kvinnan. Studien visade att om barnmorskan var närvarande så upplevde kvinnorna att de kunde hantera smärtan bättre och därmed behövde mindre smärtlindring. Kvinnor som har kontinuerligt stöd minskar antalet interventioner och mamma och barn mår bättre (Lunda et al. 2018).

Stöd är mångfacetterat och kan delas upp i undergrupperna emotionellt stöd, fysiskt stöd, närvaro, information och rådgivning. Emotionellt stöd innebär bekräftande ord, trygghet, närvaro och lyhördhet inför kvinnans rädsla men även uppmuntran till uthållighet och kvinnans inre styrka (Lunda et al. 2018). Fysiskt stöd omfattar åtgärder för att lindra smärta så att kvinnor ska bibehålla sitt välbefinnande genom förlossningen. Genom att uppmuntra till bekväma positioner, ge massage och stötta i olika andningstekniker kan barnmorskan lindra kvinnans smärtupplevelse. Kontinuerlig närvaro och information tidigt under förlossningen gör kvinnorna välinformerade, avslappnade och mer välvilligt inställda till vården (Lunda et al., 2018).

Barnmorskans roll

Enligt World Health Organization definieras sexuell och reproduktiv hälsa som ett tillstånd där individen har fysiskt, emotionellt, socialt och mentalt välbefinnande relaterat till sexualitet under hela livet (WHO 2004, s. 8). Rättigheterna innebär att alla individer har rätt att bestämma över den egna kroppen och sin egen sexualitet. Vidare ska hälso- och sjukvården möjliggöra att kvinnor genomgår en säker graviditet och förlossning. Enligt kompetensbeskrivningen för barnmorskor ska barnmorskan ha förmåga att tillämpa och vårda

kvinnor vid normal och komplicerad graviditet, förlossning och eftervård (Socialstyrelsen 2018, s. 10). Barnmorskan skall ge stöd, trygghet och vara närvarande vid förlossningen.

Empowerment är en teori som ur ett barnmorskeperspektiv används för att skapa förtroende och göra kvinnan och hennes partner medvetna och involverade i vården (Hermansson & Mårtensson 2010). Empowerment innebär att kvinnan ska känna att det är hon som föder barn och inte blir förlöst. Detta möjliggörs när barnmorskan bekräftar de blivande föräldrarna, ger dem information på en anpassad nivå så att de kan ta välinformerade beslut. Barnmorskan ska stärka och stödja paret i förlossningsprocessen och ge dem redskap för att kunna vara delaktiga och medvetna om vilka möjligheter de har (Hermansson & Mårtensson 2010). Empowerment innebär att stärka den födande kvinnan för att minska kvinnans sårbarhet och öka kvinnans kontroll och välbefinnande (Halldorsdottir & Karlsdottir 2011). En barnmorska som arbetar med empowerment kan vara nyckeln till en positiv förlossningsupplevelse.

PROBLEMFORMULERING

I Sverige, liksom i de flesta andra medel- och höginkomstländer, föds i princip alla barn på sjukhus på speciella förlossningsavdelningar. Förlossningsrummen är vita och sterila och inrymmer en centralt placerad förlossningssäng med högteknologisk utrustning i nära anslutning. Förlossningsrummet sänder ett budskap om att förlossningen är något riskfyllt som noga bör övervakas på sjukhus. För att en normal förlossning ska kunna fortlöpa utan interventioner krävs att kvinnan producerar oxytocin vilket bidrar till effektiva kontraktioner. Oxytocin är ett ”må bra”-hormon som frisätts när kvinnan är lugn och avslappnad i en miljö där hon känner sig trygg. I Sverige 2017 fick över 50% av alla förstföderskor som födde barn på sjukhus värkstimulerande dropp i form av syntetisk oxytocininfusion. I barnmorskans profession ingår att ge kvinnor vård på lika villkor där kvinnor ska ges möjlighet att vara delaktiga i sin vård. För att barnmorskan ska kunna förstå kvinnans behov och kunna ge ett gott stöd under förlossningen behöver hon ha kunskap om hur förlossningsrummet upplevs. En ökad förståelse för hur kvinnan upplever miljön i förlossningsrummet är viktigt för att kunna förbättra och utveckla förlossningsvården.

SYFTE

Syftet med denna studie var att beskriva kvinnors upplevelser av förlossningsrummet.

METOD

Då syftet med studien var att beskriva upplevelser valdes en kvalitativ metod med induktiv ansats. I kvalitativ forskning är forskaren ett redskap som tillsammans med informanter samlar in data som analyseras, bearbetas och utmynnar i ett resultat. En kvalitativ forskningsmetod med induktiv ansats innebär att forskaren försöker förstå situationen ur berättarens perspektiv (Kvale & Brinkmann 2014, s. 47). För att analysera datamaterialet har en kvalitativ innehållsanalys enligt Elo & Kyngäs (2007) använts. De beskriver hur den kvalitativa innehållsanalysen kan användas för att analysera texter som, i det här fallet, transkriberade intervjuer. Syftet med analysmetoden är att göra stora textmassor mer lättöverskådliga för att kunna bilda kategorier och kunna ge en djupare förståelse för det analyserade fenomenet.

Deltagare och urval

Ett skriftligt informationsbrev angående studiens syfte och anhållande om tillstånd skickades i december 2017 till två verksamhetschefer på vårdcentraler i södra- respektive mellersta Sverige (se *bilaga I*). Verksamhetscheferna på båda mödravårdscentraler skrev under samtycke till att studien fick genomföras. Då författarna gjorde sin verksamhetsförlagda utbildning på respektive nämnd mödravårdscentral tillfrågades de kvinnor som kom på efterkontroll efter sex till åtta veckor efter förlossningen om deltagande i studien. Författarnas handledare ställde frågan till kvinnorna om deltagande. Kvinnorna fick muntlig och skriftlig information om studien och de som gav samtycke till medverkan kontaktades senare av författarna för att bestämma plats och tid för intervju. Inklusionskriterier var förstföderskor och omföderskor som genomgått vaginal förlossning och som kunde göra sig väl förstådda på svenska. Totalt intervjuades nio kvinnor. Tre kvinnor avböjde sin medverkan redan vid efterkontrollen och en tackade nej senare vid telefonkontakt. Intervjuerna genomfördes enskilt. Deltagarna bör i ett urval skilja sig åt gällande exempelvis ålder, kön och utbildningsnivå så att en variation i upplevelsen av fenomenet kan uppstå (Henricson & Billhult 2012, s. 134). I denna studie har författarna valt att intervju kvinnor som fött barn på två medelstora sjukhus i södra- respektive mellersta Sverige. Kvinnornas åldersspann sträckte sig från 26 år till 36 år. Sex kvinnor hade minst ett barn sedan tidigare och tre kvinnor var förstföderskor. Samtliga kvinnor hade sin manliga partner med sig i förlossningsrummet.

Rummens olika design och utformning har diskuterats mellan författarna och rummen på respektive förlossningsklinik är i stort likvärdiga. De är ungefär lika stora och innehåller en säng som står centralt i rummet, vilket skapar en liten golvyta på vardera sida om sängen. CTG-apparat och teknisk utrustning finns nära sängen. Dator för journalföring står på ett möblemang vid sängens huvudända. Rummen är målade i dova gula eller gröna färger och ett fåtal av rummen är vitmålade. Rummen har egen toalett och dusch och några rum har badkar i ett separat badrum. I rummen finns möblemang i form av en eller två (bäddbara) fåtöljer och ett litet bord. En liten garderob för personliga saker och ett sängbord finns i rummet. Det finns få belysningskällor, inga växter, sparsamma väggdekorationer och ingen möjlighet att själv styra temperaturen eller ventilationen.

Datainsamling

De nio intervjuerna genomfördes på en plats där kvinnan kände sig trygg att prata om sin förlossning. Några valde att komma till barnmorskemottagning där intervjun genomfördes i ett avskilt rum medan andra kvinnor valde att intervjuas i hemmet och en kvinna på ett café. Intervjuerna genomfördes under våren 2018. Kvinnorna bjöds på fika för att skapa en trevlig stämning. Vid mötet fick kvinnorna ytterligare information om studien (se *bilaga II*) och samtliga kvinnor skrev på en samtyckesblankett (se *bilaga III*). En pilotintervju genomfördes för att kontrollera validiteten på intervjufrågorna. Författarna bedömde att frågorna höll god validitet och pilotintervjun inkluderades därför i studien. Författarna genomförde intervjuerna enskilt tillsammans med kvinnan. Intervjuerna varade mellan 20–50 minuter och spelades in efter muntligt medgivande. Intervjuerna transkriberades omgående och delades med den andra författaren. Alla intervjuer inleddes med en öppen fråga *"Kan du berätta för mig hur du upplevde förlossningsrummet?"* och följdes av ytterligare sex öppna frågor (se *bilaga IV*). Under intervjuns gång ställdes följdfrågor som *"Kan du berätta mer"*, *"När du säger...hur menar du då?"*, *"Kan du beskriva?"*. Informanterna berättade fritt om sina upplevelser och författarna avbröt inte kvinnorna utan lyssnade aktivt på det informanterna berättade och ställde sedan följdfrågor.

Dataanalys

För att analysera datamaterialet har en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Elo & Kyngäs (2007) använts. Innehållsanalys syftar till att redovisa ett fenomen på ett systematiskt och genomgående sätt. För att öka förståelsen av det undersökta fenomenet så belyses betydelsefulla områden genom att textmassan bryts ner och bildar kategorier. De olika kategorierna blir grunden till resultatet. På så sätt kan metoden bidra till ökad förståelse och ny kunskap inom det aktuella ämnet. En viktig del av innehållsanalysen är att genom hela analysprocessen sträva efter att svara till studiens syfte (Elo & Kyngäs 2007).

Innehållsanalysen kan delas in i tre delar; förberedelsefasen, organiseringsfasen och redogörelsefasen (Elo & Kyngäs 2007). Analysen inleddes med att intervjuerna transkriberades ordagrant. Transkribering innebär att den muntliga intervjun blir översatt till skriftlig varpå utskriften kontrolleras mot de inspelade intervjuerna (Kvale & Brinkmann 2009, s. 218). Transkriptionerna genomlästes noggrant upprepade gånger av båda författarna för att se helheten i intervjuerna. Därefter analyserade författarna gemensamt textmassan för att identifiera de stycken och meningenheter som svarade mot syftet. Dessa kopierades och sparades i ett separat dokument. Ett flertal meningbärande enheter kunde identifieras. För att organisera de textmassor som svarade på syftet användes en öppen kodning vilket innebär att författarna nedtecknar rubriker som beskriver de meningbärande enheterna och gör anteckningar medan materialet läses igenom (Elo & Kyngäs 2007). Författarna gick sen igenom transkriptionerna ytterligare en gång för att vara säkra på att inget innehåll som svarade mot studiens syfte hade missats. De meningbärande enheter som klippts ut och getts rubriker gick sen igenom för att finna likheter och skillnader. Efter genomgången kunde elva subkategorier hittas och subkategorierna kunde i sin tur bilda fyra huvudkategorier. Huvudkategorierna namngavs efter hur informanterna valde att beskriva sina upplevelser. Dessa huvudkategorier tillsammans med subkategorierna bildar studiens resultat (Elo & Kyngäs 2007).

Förförståelse

Författarnas förförståelse bestod i att båda har fött barn på olika förlossningsavdelningar. De har också genomfört verksamhetsförlagd utbildning under 15 veckor vardera på fyra olika förlossningsavdelningar. Genom att båda författarna sen studiens start blivit mer observanta på kvinnornas upplevelse av förlossningsrummet i samband med förlossning har en uppfattning bildats som riskerar att påverka studiens resultat. För att inte författarnas förförståelse ska påverka studiens resultat har de medvetet arbetat för att tygla sin förförståelse men även kontrollerat att analysen överensstämmer med informanternas upplevelser.

Etiska överväganden

Berörda verksamhetschefer beviljade tillstånd för att tillfråga informanter men ytterligare tillstånd har inte sökts eftersom lagen om etikprövning 2§ fastställer att tillstånd inte krävs för forskning på högskola för grund- eller avancerad nivå (SFS 2003:460). Högskolan i Borås har heller inga riktlinjer som kräver etikprövning för examensarbete på magisternivå i huvudområdet sexuell och reproduktiv hälsa. Enligt Helsingforsdeklarationen ska samtycke från informanterna inhämtas och informerat samtycke innebär att informanterna får utförlig information om studiens syfte (World Medical Association Declaration of Helsinki 2008, s. 3). Författarna diskuterade forskningsfrågan och ansåg att den inte var av sådan art att den kunde innebära skada eller obehag för deltagarna. Muntlig och skriftlig information har överlämnats

till kvinnorna om studien. De fick också information om frivillig medverkan och att de närsomhelst kunde avbryta sin medverkan samt att uppgifterna behandlas konfidentiellt och enbart av författarna. Informanterna har skrivit under ett samtyckesformulär (se bilaga III).

RESULTAT

I resultatet framkom fyra huvudkategorier och elva subkategorier. Kvinnornas erfarenheter av förlossningsrummets fysiska utformning beskrivs i huvudkategorierna; *Stöd är viktigt för upplevelsen av rummet*, *Utformningen av förlossningsrummet har betydelse för känslan av trygghet*, *Färgsättning och möblering har betydelse för möjlighet till avslappning* och *Den vårdrelaterade interiören påverkar möjligheten till rörelse*. Till varje huvudkategori finns tillhörande subkategorier.

Tabell 1. Översikt över kategorier och subkategorier.

KATEGORI	SUBKATEGORI
Stöd är viktigt för upplevelsen av rummet	Stöd av barnmorskan har betydelse för upplevelsen av rummet Partnern har svårt finna sin plats i rummet
Utformningen av förlossningsrummet har betydelse för känslan av trygghet	Rummets begränsade yta hindrar rörelse Upplevelse av integritet och skydd Stela och opersonliga rum
Färgsättning och möblering har betydelse för möjlighet till avslappning.	Möbleringen i rummet gör kvinnan obekväm och hindrar avslappning Ombonade rum för att kvinnan ska känna sig bekväm Dämpad belysning gör kvinnan lugnare
Den vårdrelaterade interiören påverkar möjlighet till rörelse	Tillgång till främjande hjälpmedel gör kvinnan mer aktiv Medicinska stjälpmedel Sängens funktioner är lätta att anpassa efter kvinnans önskemål

Stöd är viktigt för upplevelsen av rummet

Kvinnorna beskriver att barnmorskans närvaro och stöd har stor betydelse för förlossningsupplevelsen och miljön i rummet. Kvinnorna upplever att partners stöd är främjande under förlossningen, men många beskriver att partnern inte har någon given plats i rummet och att de har svårt att bli insläppta i förlossningsarbetet.

Stöd av barnmorskan har betydelse för upplevelsen av rummet

Barnmorskan kan skapa en lugnande atmosfär genom att prata lugnt och stillsamt med hjälp av låga röstnyanser. Rösläget hos barnmorskan spelar stor roll för stämningen på rummet, tonläget ska inte vara stressande utan uppmuntrande och glatt. Kvinnorna tycker att barnmorskan ska vara empatisk och förstående för att kunna inge trygghet och lugn. Med mindre spring och ökad närvaro av barnmorskan på rummet upplever kvinnorna att de finner trygghet i situationen. Om inte barnmorskan fanns på rummet upplevde kvinnorna att de snabbt fick hjälp när de påkallade personal. De flesta kvinnor kände sig inte ensamma på rummet.

”Personalen berättar vad man behöver hjälp med, man har ju ingen aning själv om vad som ska hända och hur man ska gå tillväga och då vill jag ha deras stöd och det tycker jag de är jätteduktiga på ” (intervju 2).

Kvinnorna beskriver att barnmorskans guidning och information om hur förlossningen fortgår och vad som händer just i situationen är viktig för helhetsuppfattningen av förlossningen. Det är stödjande att få information men också att bli uppbackad och att kunna släppa kontrollen till någon med kunskap om situationen. Att få en bra kontakt med barnmorskan upplever kvinnorna är viktigare än förlossningsrummets utformning.

Att uppmuntras äta eller ta en promenad kan vara jobbigt i förlossningssituationen men kvinnorna beskriver en tacksamhet för att barnmorskan ibland är uppmanande.

”Personalen är främjande, helt underbar, de vet verkligen hur de ska coacha mig. Så otroligt skönt att få information och uppbackning när jag behöver det. De berättar lugnt hur det går och vad jag ska tänka på. De påminner om att jag ska äta och dricka. Jag minns speciellt ett tillfälle; jag mådde så dåligt och de bad mig äta en piggelin, men jag sa nej, två minuter senare säger barnmorskan att en piggelin hade varit bra nu och då tackade jag ja och herregud så god den var, jag fick nya krafter på en gång (intervju 1).

Partnern har svårt finna sin plats i rummet

Kvinnorna upplever sin partner som det största stödet under förlossningen men kvinnorna beskriver också att partnern inte har någon bra plats att vara på. De beskriver hårda stolar där partnern kan sitta och hur detta gjorde att kvinnorna oroade sig över partners komfort och välbefinnande.

”Man tänker ju mycket på sin partner när man är där och hur han hade det och om han ska behöva stå upp hela tiden eller sitta på en hård stol, det kan ju ta jättelång tid med en förlossning” (intervju 4).

Många kvinnor önskade sig två bekväma fåtöljer eller stor soffa men även ett utrymme till partnern vid sängen där hen kunde stå för att vara nära kvinnan utan att störa tekniken och barnmorskans arbete. Kvinnorna upplever att förlossningsrummet inte har någon utformad och given plats för partnern, vilket gjorde att kvinnorna oroade sig för partnern. Det är partnern som finns i rummet hela tiden och många vill ha deras stöd nära och lätt tillgängligt. Några kvinnor uttryckte att rummen var små och hindrade kontakten med partnern vilket i sin tur hindrade kvinnan i förlossningen.

Utformningen av förlossningsrummet har betydelse för känslan av trygghet

Kvinnorna berättar att förlossningsrummen är för små för att uppmuntra till rörelse. De beskriver små, sterila rum där sängen verkar vara fokus. Många kvinnor uttrycker också saknad av förvaring av hjälpmedel inne på rummet för att stimulera till rörelse. Att förlossningsrummen har en sluss förbereder kvinnan på att någon kommer och skapar en trygghet för paret men framförallt för den födande kvinnan.

Rummets begränsade yta hindrar rörelse

Kvinnorna reflekterade över rummets storlek och betydelsen av storleken. De upplevde att rummen var för små vilket hos många kvinnor skapar en trygghet men även en rörelseinskränkning. Kvinnorna beskrev att rummets storlek inte främjar rörelser vilket leder till passivitet trots att många kvinnor önskade vara mer aktiva under sin förlossning. Kvinnorna vill inte röra sig i korridoren utanför rummet när de var smärtpåverkade och hade landstingets patientkläder och stora nättrosor med binda på sig.

”Jag kände mig inte bekväm att gå runt där i sjukhusrock, blöja och raggsockar så jag tror att jag varit uppe mer om jag haft mer yta på rummet” (intervju 4).

Flera kvinnor beskriver hur de provar gåstolar som hjälpmedel under förlossningen men att dessa var svåra att manövrera inne på rummet. Kvinnorna berättar att det var svårt att gå med dessa utan att krocka mot väggar eller möblemang. Kvinnorna observerade även att barnmorskans arbete försvårades av platsbristen. De upplevde att personalen hade svårt att röra sig runt sängen och många kvinnor oroade sig för säkerhetsrisken detta kunde innebära.

Upplevelse av integritet och skydd

Fönster på rummet släpper in ljus och frisk luft och kvinnorna berättade att de gillade att självständigt kunna öppna och stänga fönstret för att få in frisk luft eller kyla och värme. Kvinnorna beskriver att frisk luft gav ny energi under förlossningen. Kvinnorna beskriver också ökad oro för att någon ska kunna se in genom fönstret och vill därför ha möjlighet att använda persienner. Flera kvinnor hade ett behov av att förbereda sig när personalen knackade på dörren. Förlossningsrummen på båda förlossningsklinikerna där kvinnorna som deltar i studien har fött sina barn har en sluss in till rummet vilket kvinnorna upplevde som positivt då de hann förbereda sig på att någon var på väg in på rummet.

“Jag tycker det är bättre när de kommer in i hallen först så hinner jag förbereda mig på att någon kommer och dem kan inte bara rusa in” (intervju 3.)

Sängens placering i rummet är också viktig för att kvinnorna ska kunna känna sig trygga och skyddade. Några kvinnorna beskriver hur paret tillsammans flyttade sängen mot en vägg för att minska risken för insyn och öka känslan av skydd.

Stela och opersonliga rum

Flera kvinnor beskriver kala och sterila rum där rummen är avskalade med dova färgtoner på väggarna, slitna ytskikt och sliten interiör. Kvinnorna beskriver att miljön är sjukhuslik och många önskar miljön mer personlig och ombonad. Några av kvinnorna tycker att det ska vara sjukhusmiljö på rummen och känner sig därmed trygga medan majoriteten av kvinnorna inte känner sig bekväma i situationen då de inte upplever en tillåtande och välkomnande atmosfär. Många kvinnor önskar mer färg på väggarna och upplever att den utpräglade sjukhusmiljön gör dem obekväma. Alla rum har egen toalett och dusch på rummen vilket är positivt enligt kvinnorna, men duscharna är svåra att använda då det inte finns duschdraperi.

Färgsättning och möblering har betydelse för möjlighet till avslappning

Kvinnorna beskriver hur de upplevde förlossningsrummen som opraktiska i allt från möblemang till väggfärg, belysning och dekoration. Flera kvinnor hade synpunkter på rummets möblemang, både sängens placering och möjligheterna att sitta tillsammans med sin partner. Många kvinnor beskriver hur det saknades sittplatser som är anpassade till födande kvinnor. Flera kvinnor beskriver väggarna i förlossningsrummet som tråkiga och slitna och beskriver överlag hur de får en känsla av att allt i rummet är gammalt. Kvinnorna beskriver att det saknas växter i fönstren och att tavlorna som sitter på väggarna är gamla och bidrar till den gammaldags känslan. Flera kvinnor upplever obehag av stark lysrörsbelysning och de kvinnor som hade möjlighet till mysbelysning i förlossningsrummet uppskattade den. Ordet hemtrevligt återkommer hos flera av kvinnorna när de beskriver hur de skulle önska att förlossningsrummet var, och andra kvinnor önskar mer hotellkänsla för att kunna slappna och känna sig bekväma i rummet.

Möbleringen i rummet gör kvinnan obekväma och hindrar avslappning

Kvinnornas första intryck av förlossningsrummen var att de är gamla och slitna. Kvinnorna berättar att det fanns tavlor, planscher och andra inredningsdetaljer som förde tankarna till 70–80-talet och samma kvinnor hade önskat en mer modern inredning och möbler som var mer estetiskt tilltalande. Kvinnorna beskriver att det bara fanns en fåtölj eller stol på rummet och flera kvinnor hade önskat en soffa eller sittgrupp där de kunde vara tillsammans med sin partner och som var lätt att komma i och ur. Några kvinnor hade synpunkter på fåtöljens material eftersom den knarrade så fort partnern rörde på sig vilket störde kvinnorna.

”Jag minns att min sambo klagade på fåtöljerna när vi var där och han uttryckte starkt att det borde finnas en soffa i rummet. En bra soffa som även kvinnan kan komma i och ur, en soffa så man kunde vila lite för de här fåtöljerna är bedrövliga” (intervju 7).

Kvinnorna beskriver att det var skönt med mycket plats runt sängen, så att det var lätt att komma åt på båda sidor och enkelt att själv kunna välja vilket håll de ville gå i eller ur sängen. Andra

kvinnor tyckte tvärtom att det inte kändes bra att sängen var så centralt placerad i rummet så att de flyttade sängen närmare väggen för att få skydd mot korridoren och få en känsla av att rummet blev mer privat och avskilt. Kvinnorna berättar att det uppskattade det fanns en TV på rummet och några av de kvinnor som hade rum utan TV påpekade att de gärna hade haft tillgång till TV, gärna med många kanaler eller möjligheter att själv koppla in sin dator.

Ombonade rum för att kvinnan ska känna sig bekväm

Alla kvinnor beskrev förlossningsrummen som stela, sterila eller som ”vanliga sjukhusrum”. Någon kvinna gillade det upplägget medan de flesta andra beskrev att de inte gillade väggfärgen eller att rummets väggar skulle behöva målas eller fräschas upp. Kvinnorna hade dock skilda uppfattningar om hur de skulle vilja ha väggarna. Några ville ha varma, glada färger medan andra hade önskat helt vita väggar eller blommiga tapeter.

”Man vill att det ska vara någon varm färg. När man har mycket ont, man vill ha ett trevligt rum” (intervju 5).

Kvinnorna beskrev att de gärna hade haft tavlor på väggarna, något som de kan titta på och fästa blicken. Många hade också önskar gröna växter i fönstren, helst levande men annars konstväxter, för att göra förlossningsrummet mer hemtrevligt. Några kvinnor nämnde ljudet i förlossningsrummet där någon önskade möjlighet att koppla in sin mobil för att kunna lyssna på egen musik i högtalare och någon annan kvinna uppskattade att det var lugnt och skönt och ingen störande musik på rummet. En kvinna gillade att det var lugn musik i badrummet och en annan kvinna beskrev att hon hade önskat ett badrum med lugnande musik.

”Och sen hade jag velat ha tavlor med vardagliga motiv, kanske blommor eller naturen eller annat lugnande. Jag hade velat få mer hotellkänsla för ju bekvämare man är och ju bättre man mår desto bättre går det ju att föda” (intervju 7).

Dämpad belysning gör kvinnan lugnare

Kvinnorna beskriver att de uppskattade dämpad belysning under förlossningen och att de tyckte att det var jobbigt med lysrörsbelysning som satt i taklamporna.

”När jag kom till förlossningen var jag i det så kallade övervakningsrummet och då var det ju mer lampor tända. Jag hade valt att ha det ljust men när jag jämför de rummen och när jag hade så där sjukt ont och var kvar i det rummet hade det nog varit skönare att ha de mer dämpat. Det var skönt att det var dämpad belysning sen, i förlossningsrummet, jag tror jag hanterade smärtan annorlunda då” (intervju 1).

Några kvinnor beskriver att det fanns en tänd fönsterlampa på förlossningssalen och att det mysiga skenet hjälpte dem att slappna av. Andra kvinnor berättar att de hade önskat fler ljuskällor och möjlighet till mer dämpad belysning, gärna med levande ljus. De beskriver att den dämpade belysningen hjälpte till att göra dem lugnare och att det tog bort lite av sjukhuskänslan.

Interiören med dess hjälpmedel både möjliggör och hindrar förmågan till rörelse

Kvinnorna berättar att de uppskattade möjligheten att använda gåbord, pilatesboll, värme och badkar för att hjälpa förlossningsprogressen framåt och för att lindra smärta. Flera kvinnor beskriver att de hade dropp och CTG samt använde lustgas kontinuerligt och att de upplevde dessa som hindrande för rörelse. Alla kvinnor nämner sängen som viktig i förlossningsrummet. Några uppskattar sängens alla finesser medan andra kvinnor främst önskar en bredare säng.

Tillgång till främjande hjälpmedel gör kvinnan mer aktiv

Kvinnorna beskriver hur de använde gåbord, pilatesboll, värmekudde och bad under förlossningen. Vad kvinnorna använde berodde på vilket hjälpmedel som presenterades för dem av personalen eller om det fanns fri tillgång på salen.

”Jag vet ju att det finns både pallar och pilatesbollar, men eftersom undersköterskan kom in med (gå)stolen så använde jag den. Hade jag haft tillgång till att se vad som fanns hade jag säkert provat vad som passade mig bäst där och då” (intervju 2).

Några kvinnor var besvikna att det inte fanns badkar på förlossningsrummets toalett och beskrev att de undvek att bada då de kände sig obehäva med att blotta sig korridoren till badet. Andra kvinnor, som hade badkar på toaletten, hade synpunkter på badkarets utformning och hade önskat ett som var större och lättare att ta sig i och ur som födande kvinna. Några kvinnor beskrev att de undvek att bada då de kände sig obehäva med att blotta sig på vägen till badrummet och i själva badkaret.

”Jag tror att bad gör nytta på många sätt för de flesta. Att få duscha eller bada är ju jätteskönt framförallt och att bada, så ett badkar eller sparum borde finnas i varje rum” (intervju 7).

Medicinska stjälpmedel

De kvinnor som fick dropp under sin förlossning eller använde lustgas beskriver hur dessa var i vägen och att det blev jobbigt för dem. När lustgasen användes blev rörelseområdet fokuserat runt sängen eftersom slangen inte räcker särskilt långt.

”Precis, den slangen, själva slangen, som kom härifrån (visar bakom huvudet) och den var alltid på mig, kramade mig. Jag undrar, kan man liksom hänga den framför huvudet så att den inte ligger mot nacken? Den krånglade så mycket. Då kunde man inte göra så mycket” (intervju 5).

Några kvinnor nämner CTG som viktig under deras förlossning, några kvinnor upplevde att dem kände att de hade kontroll när dem kunde se fosterljud och värkar, medan andra kvinnor enbart tyckte att det var stressande och upplevde som att de behövde ta ytterligare ansvar med att själva hålla koll på fosterljuden. Några kvinnor beskriver svårigheten att ta sig fram med både droppställning och gåbord samtidigt och att hon blev beroende av att någon annan hjälpte henne med droppställningen.

*”Jag gick med gästol och mannen fick gå med droppställning när vi var ute och gick”
(intervju 4).*

Sängens funktioner är lätta att anpassa efter kvinnans önskemål

Kvinnorna uppskattade förlossningssängen och tyckte att den var bekväm att ligga i. De uppskattade möjligheten att styra både fotändan och ryggstödet själva, men många kvinnor uttryckte att det var avancerat att förstå sängens knappar och hade önskat färre knappar så att den skulle bli lättare att förstå.

”Höj- och sänkbar säng, det är ju perfekt att den går att forma på så många sätt både för ryggen och fotändan, man kan ju få till så många avlastande ställningar och det är ju jätteskönt” (intervju 6).

Några kvinnor tyckte att sängen var för smal och att den borde ha varit bredare när man som födande kvinna inte alltid är så smidig. Några kvinnor önskade en säng som även partnern hade fått plats i och andra kvinnor lade till att de hade uppskattat andra sängkläder än landstingets vita och stela. Kvinnorna gillade att sängen gick att anpassa efter förlossningens skede. Först var det bara en vanlig, skön säng som när det behövdes förvandlades till en gynstol.

*”Och en större säng också, i alla fall den som jag hade var inte jättebred, för det känns om man ska vända på sig och man är lite klumpig kändes det som att sängen nästan... tog slut”
(intervju 9).*

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva kvinnors upplevelser av förlossningsrummet. Eftersom studien syftar till att beskriva upplevelser så valdes en kvalitativ metod, vilket är en metod som ger möjlighet till djupare förståelse av fenomenet (Polit & Beck 2008, s. 220). Studiens dataanalys bygger på kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Elo och Kyngäs (2007). Med induktiv ansats organiseras information som inhämtats genom en kodning som skapar kategorier och ger en ökad förståelse för innehållet.

Kvalitativ innehållsanalys är användbar inom flera områden men används främst inom vårdvetenskap, humanvetenskap samt beteendevetenskap. Trovärdigheten av resultatet bedöms utefter fyra begrepp: giltighet, tillförlitlighet, delaktighet och överförbarhet (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s. 222). Under giltighet bedöms om typiska fakta inom området presenteras men även om spridningen av informanter är tillfredställande. I föreliggande studie fanns en god spridning av deltagare avseende ålder, fördelning mellan först- och omföderskor samt geografisk spridning. En svaghet för studien är att socioekonomiska status och utbildningsnivå inte efterfrågades, vilket kan minska läsarens möjlighet att ta ställning om studiens överförbarhet. Tillförlitlighet ökar om fler forskare läser och analyserar materialet (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s. 223). Delaktigheten i denna studie omfattar att författarna tillsammans och enskilt läst och analyserat för sedan tolka och skriva resultatet gemensamt. Författarna har valt att analysera intervjuerna gemensamt för att identifiera

skillnader och likheter och för att upptäcka variationer. Likheter och skillnader skapade kategorier och subkategorier. Giltigheten stärks genom att alla nio intervjuer lyfts fram och citerats i resultatet (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s. 223). Trovärdigheten ökar om båda författarna är delaktiga, vilket fallet var med denna studie. Författarna har i samförstånd tagit fram intervjufrågor och båda författarna är delaktiga i intervjuer, men det är informantens upplevelser som redovisas (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s. 224). För att ett resultat ska vara tillförlitligt ska det vara överförbart och det är läsaren som avgör om resultatet är överförbart.

Författarna hade som mål att intervjua fem kvinnor var från två olika barnmorskemottagningar. Kvinnorna tillfrågades om deltagande i studien vid efterkontrollen ca sex-åtta veckor efter förlossningen. Eftersom författarna gjorde sin verksamhetsförlagda utbildning på två olika vårdcentraler med olika stora barnmorskemottagningar så medverkade författarna vid olika många efterkontroller. Antalet tillfrågade kvinnor blev därför inte jämt fördelade. På barnmorskemottagningen i södra Sverige är flödet större och därmed tillfrågades fler kvinnor från denna del av landet. En intervjustudie bör ha 15 +/-10 informanter och att många genomförda studier borde fokusera mer på analysen än antalet informanter (Kvale och Brinkmann 2014, s. 156). Eftersom informanterna fött barn på två olika sjukhus har rummens olika design och utformning diskuterats mellan författarna som kommit fram till att rummen på respektive förlossningsklinik är i stort likvärdiga.

En pilotintervju utfördes för att se om svaren på forskningsfrågorna besvarade studiens syfte. Frågorna bedömdes ge utförliga varierande svar som svarade bra mot syftet och därför inkluderades pilotintervjun i studien. Pilotintervjuer kan användas om intervjun är väl genomförd och om materialet svarar mot syftet i arbetet (Trost 2010, s. 144). Den introducerande frågan ska vara enkel och konkret vilket kan ge varierande svar och olika synvinklar av kvinnors upplevelser (Kvale & Brinkmann 2014, s. 175–176). Författarna ställde uppföljande frågor *"varför?"*, *"förklara mer?"*, *"vad?"* och *"hur menar du?"* Detta för att visa intresse av det informanterna säger och för att fördjupa kunskapen om informantens upplevelse. Författarnas förförståelse har diskuterats mellan författarna och även under grupphandledning. Förförståelse ska diskuteras för att författarna ska bli medvetna om sin egen bild av fenomenet för att inte påverka resultatet (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s. 222). Förförståelse omfattar författarnas erfarenheter, kunskap och förutfattade meningar. Författarna har under arbetet med studien varit medvetna om förförståelsen och därför ställt öppna frågor till kvinnorna för att inte påverka kvinnornas svar. Vidare har författarna kontrollerat resultatet med de transkriberade intervjuerna för att kontrollera att det är kvinnors uppfattningar som sammanfattats och inte egna tolkningar (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s. 222).

Författarna har valt att intervjua kvinnorna enskilt. Informanten kan känna underläge om två personer medverkar vid intervjuer och risken för att författarna avbryter varandra ökar vilket bidrar till att följsamheten i intervjun förloras (Trost 2010, s. 66–67). Samtidigt kan det en vara fördel av vara två för att stödja och kunna ta in både verbalt språk och kroppsspråk. Författarna kände sig trygga i intervjutekniken och har tillsammans övat på att intervjua varandra för att ha ungefär samma intervjuteknik.

Författarna diskuterade möjligheten att intervjua samma antal kvinnor med bedömde att några intervjuer i så fall skulle ha skett via telefon vilket skulle innebära att kroppsspråket skulle gå förlorat. När kvinnorna hade samtyckt till att medverka i studien fick de välja plats för intervjun. Intervjun genomförs i en lugn miljö utan störande moment (Kvale & Brinkmann 2014, s.137). Några kvinnor valde att intervjuas i ett avskilt rum på barnmorskemottagningen, några kvinnor

valde hemmet som intervjuplats och en kvinna valde ett café. Författarna upplevde att platsen inte påverkade resultatet. Målet var att kvinnorna skulle känna sig trygga att fritt kunna berätta om sina upplevelser.

Resultatdiskussion

Resultatet av denna studie bygger på nio intervjuade kvinnors berättelser om deras upplevelse av förlossningsrummet. Efter analys framkom fyra huvudkategorier som beskriver deras upplevelse; *Stöd är viktigt för upplevelsen av rummet*, *Utformningen av förlossningsrummet har betydelse för känslan av trygghet*, *Färgsättning och möblering har betydelse för möjlighet till avslappning* och *Den vårdrelaterade interiören påverkar möjligheten till rörelse*.

I kategorin *Stöd är viktigt för upplevelsen av rummet* beskrivs hur kvinnorna upplevde att barnmorskans närvaro och stöd var en stor del av hur förlossningsrummets miljö upplevdes. Kvinnorna kände stor trygghet i att barnmorskorna var lugna under förlossningen och barnmorskornas lugn påverkade atmosfären i rummet. Liknande resultat ses i en studie om barnmorskor som förespråkar att normala förlossningar bör ske i hemmet som visar att den födande kvinnan måste få uppmuntran och positiv feedback för att finna sin inre styrka (Aune, Hoston, Kolshus & Larsens 2017). Vidare bekräftar Aune et al. (2017) även att barnmorskan bör uttrycka sig med eftertänksamhet då barnmorskans ord återspeglar hennes tankar. Kvinnan kan få svårt att lita på förlossningsprocessen om barnmorskan uttrycker exempelvis att hon har ”svaga sammandragningar”. För att kvinnan ska finna sin inre styrka och känna sig trygg i förlossningsmiljön menar barnmorskorna i studien av Aune et al. (2017) att det är av stor vikt att stärka kvinnorna att lita på den egna kroppen men även att respektera och ge kvinnan och paret ett privat utrymme. Kvinnan känner sig som hemma där tryggheten finns och barnmorskan ska se sig själv som gäst i rummet (Aune et. al. 2017). Kvinnorna i vår studie beskrev värdet i att barnmorskorna var lugna, uppmuntrande och bekräftande förloppet för både kvinnan och hennes partner. Att välkomna partnern i förlossningsrummet är av stor vikt (Symon et al. 2011). Partnern saknar ofta en bekväm plats och saknar barnmorskans stöd för att själv kunna stödja kvinnan. Kvinnorna i vår studie upplevde att de inte kunde slappna av och hänge sig förlossningsförloppet på grund av oro för sin partners komfort.

Kvinnorna i vår studie beskrev att de ville känna sig bekräftade och väl omhändertagna för att bli trygga i rummet. Vikten av att barnmorskan utför stärkande åtgärder blir därmed påtaglig. Empowerment är en teori som belyser en stor del av barnmorskans profession. Teorin omfattar att barnmorskans stärkande av födande kvinnor leder en till minskad sårbarhet hos kvinnorna (Halldorsdottir & Karlsdottir 2011). Empowerment utgörs av fem faktorer; professionell vård, förankrad vård, kompetens, anknytning och barnmorskans professionella utveckling. Modellen av empowerment kan kopplas till att förlossningsrummets utformning stärker barnmorskans roll i att stödja kvinnan (Halldorsdottir & Karlsdottir 2011). Kvinnor är trygga i rummet när barnmorskan är lugn och bekräftande (Aune et al. 2017). Professionell vård omfattar både känslomässigt och fysiskt stöd i form av närvaro och respekt (Halldorsdottir & Karlsdottir 2011). Förankrad vård kan relateras till att barnmorskans kunskap skapar en lugn och behaglig plats för den födande kvinnan. Barnmorskans kompetens bidrar till en trygg plats för kvinnan och hennes partner att föda i, vilket medför att anknytning etableras mellan barnmorskan och kvinnan och en stärkande kommunikation utövas. Att barnmorskan ständigt utvecklar sin kunskap och sina färdigheter är den sista faktorn i teorin som medför att kvinnor får empowerment (Halldorsdottir & Karlsdottir 2011). Dessa fem faktorer finns även med i

barnmorskans kompetensbeskrivning som belyser barnmorskans stödjande och stärkande roll under förlossningen (Socialstyrelsen 2018). Författarna har diskuterat utifrån studiens resultat att utan one-to-one care och närvarande barnmorska uteblir tryggheten i rummet. För kvinnan innebär det att förlossningsupplevelsen blir sämre och att hon inte får optimal möjlighet att tro på sin egen förmåga. Författarna har funnit att vikten av närvaro i rummet är av stor betydelse och barnmorskan ska bekräfta kvinnan. För att hjälpa partnern att finna sin plats i rummet kan barnmorskan bland annat informera om att möblerna kan justeras efter parets önskemål och barnmorskan kan även informera och visa partnern profylax och andningsövningar.

I kategorin *Utformningen av förlossningsrummet har betydelse för känslan av trygghet* framkom att kvinnorna upplevde rummen som alltför små och därmed hindrade spontan rörelse. Kvinnorna upplevde att personalens förvaringsmoduler för medicintekniska hjälpmedel tog för stor plats och att förlossningsrummen gav ett slitet intryck. Kvinnorna beskrev att de saknade hjälpmedel så som gåbord och pilatesboll tillgängliga på rummet och de berättade att den trånga golvytan bidrog till sängläge trots att flera ville röra på sig. Sängens centrala plats i rummet uppmuntrar till sängläge och att sängen alltid är tillgänglig (Mondy et al. 2016). Eftersom sängen står centralt skapas smala ytor runt sängen vilket inte främjar mobilisering. Sängen ofta har medicinskt teknisk utrustning omkring sig vilket försvårar platsen för själva förlossningen på annat ställe än i sängen (Bowden et al. 2016). Samtidigt förmedlar tekniken att förlossningen är riskabel och medicinsk övervakning och utrustning krävs. Ett förlossningsrum med en dubbelsäng i bakgrunden och ett badkar i rummets centrum upplevs som mer avslappnat och tillåtande vilket förmedlar en tro på kvinnans egen förmåga att föda (Bowden et al. 2016). Det som ögat faller först på tolkas oftast som viktigast. Eftersom barnmorskan vill främja rörelse hos kvinnan och skapa trygghet för paret blir sängens centrala placering kontraproduktiv.

Vid en förlossning i hemmet, där kvinnan har sina personliga saker, tar egna beslut och känner sig trygg, främjas oxytocinproduktionen. Kvinnor som föder hemma upplever mindre smärta och hade bättre kontakt med sin barnmorska. Dessutom skattar kvinnor sin förlossning högre när de fött hemma (Borques & Wiegers 2006). Ocytocin är ett skyggt hormon som gärna hämmas av stresshormoner vid rädsla och otrygghet (Dencker 2016, s. 545). Författarna har diskuterat om användningen av syntetisk oxytocinstimulering, vilket användas hos mer än hälften av alla förstföderskor med spontan värkstart, kan minskas om kvinnan ges större möjlighet till kontroll över förlossningsrummet. Med relativt små medel, som att visa var filter, sängkläder, badlakan och hjälpmedel finns och uppmuntra till att kvinnan självständigt får ta det som hon känner behov av, kan kvinnans självständighet öka. På förlossningsrummet skulle det kunna finnas ett litet kylskåp och en mikro för att kvinnan och hennes partner själva ska kunna bestämma över föda- och vätskeintag.

I kategorin *Färgsättning och möblering har betydelse för möjlighet till avslappning* beskrivs hur kvinnorna i studien upplever att förlossningsrummets miljö är för steril och kall. De uttrycker att väggfärgerna som oftast är målade i lugnande dova gula och gröna färger upplevs som tråkiga. Kvinnorna önskade pigga färger men hade svårt att precisera vilken färg eller mönster. Kvinnorna hade även önskemål om en mer ombonad miljö med gardiner, tavlor, färgade sängkläder och gröna växter. Kvinnorna efterfrågade en mer hemlik miljö för att känna sig säkra och bekväma i rummet. Kvinnor vill ha glada färger som är upplyftande och skapar en positiv känsla (Hammond et al. 2014). Blommor och växter utgör en lugnande effekt på rummets atmosfär (Mondy et al. 2016). Flera kvinnor i denna studie beskrev att de saknade levande växter eller växter av plast. Växterna behöver inte vara levande för att ge en lugnande effekt eftersom växterna symboliserar den naturliga processen (Bowden et al. 2016). Vidare

beskrivs att gardiner runt fönster skapar en skyddande sfär och enligt studien får gardinerna gärna vara blommiga och färgglada. Tavlor på väggarna innehållande konst på naturen, barn eller praktiska bilder med tips för förlossningen kan vara främjande (Bowden et al. 2016).

Att kunna sänka belysningen och använda flera belysningskällor är kvinnor och barnmorskor överens om att vara främjande för förlossningsprocessen (Davis & Homers 2016; Mondys et al. 2016). Möjligheten att kunna justera ljuset ökar kvinnans välbefinnande och en roigande miljö kan skapas. Flera kvinnor i vår studie upplevde att lysrörsbelysning var för skarp, de ville ha en dämpad belysning och uppskattade ljuset från lampan i fönstret. Författarna har diskuterat barnmorskans ansvar vad gäller belysning och funderar på om barnmorskan kan visa kvinnan hur lamporna tänds och informera om att kvinnan och hennes partner får justera ljuset efter deras önskemål. En dämpad belysning och gärna levande ljus ger en ombonad känsla vilket ökar tryggheten i rummet (Douglas & Douglas 2005).

I kategorin *Den vårdrelaterade interiören påverkar möjligheten till rörelse* beskrivs hur kvinnorna upplevde att utrymmet för egna tillhörigheter var minimalt och den plats som fanns blev svåråtkomligt under förlossningen. Flera förlossningsrum har utrymme för personliga tillhörigheter i ett hörn av rummet vilket skulle kunna tolkas som att kvinnan och hennes partner ska ta så liten plats som möjligt (Bowden et al. (2016). Kvinnor som upplever sig ha sin egen plats för sig och sina tillhörigheter uttrycker mindre smärta, kräver mindre smärtstillande och rankar sin förlossningsupplevelse mer positivt än de som inte kände sig bekväma och avslappnade (Borquez & Wiegers 2006).

Kvinnorna beskrev ett behov av att skydda sin integritet i förlossningsrummet. Kvinnor hamnar i underläge redan vid ankomst till förlossningen då de uppmuntras till att byta om till sjukhusrock och därmed förlorar en del av sin personliga identitet (Mondy et al. 2016). Kvinnorna i vår studie beskriver en känsla där de vill röra på sig men inte vill vistas i korridoren med sjukhuskläder. Kvinnorna berättar även om en önskan att kunna bada men beskriver hur de inte vill vara till besvär genom att behöva fråga om att få bada. Kvinnorna ville även undvika att blotta sig på vägen till badet. Kvinnor väntar ofta på tillstånd eller förslag från barnmorskan för att använda exempelvis pilatesboll (Mondy et al. 2016). Kvinnor beskriver att de kvarstannar i en obekväm ställning eller känner sig otrygga i miljön istället för att ändra om i rummet eller ändra ställning vilket bidrar till att kvinnorna förlorar sin självständighet. Det beskrivs hur barnmorskor kan arbeta för att främja kvinnors trygghet och integritet under förlossningen (Davis & Homers 2016). Barnmorskan ska knacka på dörren innan entré för att förbereda paret. Detta leder till att kvinnor upplever mindre spring på rummet och en lugnare atmosfär. I studien beskriver barnmorskor att de har en stor roll i att bevara kvinnornas integritet exempelvis genom att visa paret hur sängen kan förflyttas och hur en matta kan placeras på golvet så att de kan arbeta tillsammans. Vidare är det barnmorskans uppgift att dölja medicinteknisk utrustning när den inte behövs (Davis & Homers 2016). Ett draperi kan avskärma utrustningen och minska insyn utifrån.

Denna studie visar att små detaljer i förlossningsrummen påverkar kvinnans integritet och trygghet. Närvarande barnmorskor som erbjuder kontinuerligt stöd enligt evidens och beprövad erfarenhet ökar tryggheten. För att det kroppsegna oxytocinet ska stimuleras behöver kvinnan förutom stöd även befinna sig på en trygg, varm och lugn plats (Dencker 2016, s. 545). Den normala förlossningen har blivit mer medicinsk och interventionerna ökar. Författarna har diskuterat om detta är en följd av otrygghet hos kvinnorna. Ur ett hållbarhetsperspektiv borde förlossningsvården prioriteras där det friska och normala hos kvinnors förlossning ska vara i fokus. Rummets miljö ska anpassas efter kvinnors behov för att stärka deras tilltro till

förlossningsprocessen, minska risken för medicinska interventioner och förbättra utfallet av förlossning hos mor och barn. En närvarande och stödjande barnmorska ökar kvinnors upplevelse och trygghetskänsla i rummet visar resultatet av föreliggande studie. Enligt Aune et al. (2014) upplever barnmorskor att avsaknad av deras närvaro skapar en osäkerhet och att interventionerna då ökar. Oxytocininfusion är en vanlig intervention som är svårinställd då känsligheten är individuell och vid överstimulering ökar risken för överstimulering och fosterasfyxi (Nordström och Abascal 2016, ss. 462). Att anpassa förlossningsrummet efter kvinnans önskemål bidrar därmed både till social, ekonomisk och ekologisk hållbarhet genom nöjdare kvinnor och förlossningar med mindre risk för onödiga interventioner.

KONKLUSION

Studiens resultat visar att förlossningsrummen inte är optimalt utformade för att skapa trygghet hos en födande kvinna. Resultatet visar att barnmorskans stöd och närvaro under förlossningen, tillsammans med partners stöd, är viktigast för kvinnans upplevelse av förlossningsrummet. I studien framkommer att *Stöd är viktigt för upplevelsen av rummet, Utformningen av förlossningsrummet har betydelse för känslan av trygghet, Färgsättning och möblering har betydelse för möjlighet till avslappning och Den vårdrelaterade interiören påverkar möjligheten till rörelse*. Utökad forskning om kvinnors upplevelse av förlossningsrummet behövs. Det behövs även mer forskning om hur förlossningsrummet påverkar kvinnans förlossningsupplevelse och hur barnmorskan kan stödja kvinnans autonomi under förlossningen. Utifrån resultatet har barnmorskan en stor och ansvarsfull roll för att stödja och stärka kvinnan under förlossningen.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Studien visar att förlossningsrummen med relativt små medel kan anpassas för att tillmötesgå kvinnornas önskemål om förlossningsrummet. Genom att ge kvinnorna tillgång till ökat utrymme för personliga tillhörigheter, möjlighet att möblera efter eget tycke och tillgång till hjälpmedel som främjar rörelse kan kvinnornas rätt till självbestämmande öka. Kvinnorna bör också erbjudas möjlighet att själv kunna reglera ljus, ljud och ventilation. Förlossningsrummens interiör är i behov av renovering för att bättre anpassas till dess användningsområde och gröna växter bör placeras i fönstren. Resultatet i denna studie kan bidra till utformning av förlossningsrum både i nuvarande förlossningssalar och för planering av framtida rum. Genom att ta del av resultatet kan barnmorskan och organisationen anpassa rummen för att tillgodose kvinnans behov och därmed stärka dem under förlossningen.

REFERENSER

- Abascal, G. & Nordström, L. (2016). Fosterövervakning. I Lindgren, H., Christensson K., & Dykes, A-K. (red.) *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur, ss. 457-473.
- Abascal, G. & Nordström, L. (2016). Primär och sekundär värksvaghet. I Lindgren, H., Christensson K., & Dykes, A-K. (red.) *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur, ss. 539-545.
- Aune, I., Hoston, M., Kolshus, N. & Larsen C. (2017). Nature works best when allowed to run its course. The experience of midwives promoting normal births in a home birth setting. *Midwifery*, 50, ss. 21-26.
- Borquez, H. & Wieggers, T. (2006). A comparison of labour and birth experiences of women delivering in a birthing centre and at home in the Netherlands. *Midwifery*, 22, ss. 339–347.
- Bowden, C., Sheehan, A., & Foureur, M. (2016). Birth room images: Wath they tell us about childbirth. A discourse analysis of birth rooms in developed countries. *Midwifery*, 35, ss. 71-7.
- Danielsson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, ss. 285-297.
- Davis, L., & Homer, C. (2016). Birthplace as the midwife's work place: How does place of birth impact on midwives? *Women and Birth*, 29, ss. 407–415.
- Dencker, A. (2016). Omvårdnad för att förebygga långsam förlossningsprogress. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A-K. (red.) *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur, ss. 545 - 547.
- Douglas, C. & Douglas M. (2005). Patient-centred improvements in health-care built environments: perspectives and design indicators. *Health Expectations*, 8, ss. 264–276.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 62(1), 107-115.
- Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur, 129-139.
- Graviditetsregistret. (2017). *Årsrapport 2017*. Stockholm:
- Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(4), 806-817.

Hammond, B., Foureur, M., & Homer, C. (2014). The hardware and software implications of hospital birth room design: A midwifery perspective. *Midwifery*, 30(7), ss. 825-830.

Hermansson, E. & Mårtensson, L. (2011). Empowerment in the midwifery context—a concept analysis. *Midwifery*, 27(6), 811–816.

Howard, E. (2017). Optimizing the Birth Environment With Evidence-Based Design. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 31(4), ss. 290-293.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (red). (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lunda, P., Minnie, C. & Benadé, P. (2018). Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), ss. 167-178.

Lundgren, I. (2016) Den svenska barnmorskeprofessionens historia. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A-K. (red.) *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur, ss. 41-45.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. 2. uppl.*, Lund: Studentlitteratur, ss. 211-226.

Mondy, T, Fenwick, J., Leap, N. & Foureur, M. (2016). How domesticity dictates behavior in the birth space: Lessons for designing birth environments in institutions wanting to promote a positive experience of birth. *Midwifery*, 43, ss. 37–47.

Nilsson, C. (2014). The delivery room: Is it a safe place? A hermeneutic analysis of women's negative birth experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(4), ss. 199-204.

Nordström, L., & Waldenström, U. (2001). *Handläggning av normal förlossning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Socialstyrelsen (2018). Kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf> [2018-10-26]

Socialstyrelsen (2015). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – Medicinska födelseregistret 1973–2014 – Assisterad befruktning 1991–2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Symon, A., Dugard, P., Butchart, M., Carr, V. & Paul, J. (2011). Care and environment in midwife-led and obstetric-led units: A comparison of mothers' and birth partners' perception. *Midwifery*, 27, ss. 880–886.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Waldenström, U. (2016). Plats för födandet. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A-K. (red.) *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur, ss. 429-435.

WHO (2004). *Reproductive health strategy*.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68754/1/WHO_RHR_04.8.pdf [2017-05-14]

World Medical Association Declaration of Helsinki (2008).

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> [2018-10-06]

Bilaga I

Godkännande av verksamhetschef för datainsamling

Vi är två sjuksköterskor som studerar på barnmorskeutbildningen vid Högskolan i Borås. En del av utbildningen består av att skriva ett examensarbete. Vår uppsats har som syfte att beskriva kvinnors erfarenhet av förlossningsrummets design och utformning. Vi önskar genom detta arbete kunna få större förståelse och kunskap kring kvinnors olika behov vid förlossning för att kunna ge bästa möjliga vård.

Vi kommer att intervjua sex till tio kvinnor som fött barn på förlossningsavdelning vid Hallands sjukhus Halmstad och Universitetssjukhuset i Örebro. Vi önskar ett brett spektrum av kvinnors erfarenheter och önskar intervjua kvinnor olika i relation till paritet, ålder samt riskbedömning av förlossning (låg och hög risk). Kvinnorna ska kunna tala och förstå svenska. Kvinnorna kommer att tillfrågas vid efterkontroll på barnmorskemottagning.

För att kunna genomföra studien önskar vi Er tillåtelse att tillfråga kvinnor som uppfyller kriterierna för att ingå i studien. Kvinnorna kommer att få skriftlig och muntlig information om studien och om de önskar delta fylla i ett samtyckesformulär. Intervjuerna kommer att spelas in och därefter transkriberas ordagrant. All insamlade data behandlas konfidentiellt och kommer i studien att presenteras på så sätt att ingen information kan knytas till enskilda individer. Deltagandet i studien är helt frivilligt och alla deltagare kan när helst de önskar välja att avsluta sitt deltagande utan att uppge orsak.

Examensarbetet utförs under handledning av Christina Nilsson, barnmorska och universitetslektor vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Vid eventuella frågor är ni välkomna att kontakta henne på telefon: 033-435 4792 eller e-mail: christina.nilsson@hb.se

Godkännande

Härmed godkänner jag att Therese Persson och Emelie Persson kan genomföra studien.

Namn
Namnförtydligande
Datum och Ort

Med vänliga hälsningar

Therese Persson, Halmstad
Tel: 073-956 31 64
Mail: therese.persson87@telia.com

Emelie Persson, Örebro
Tel: 070-414 40 96
Mail: emelie.c.persson@gmail.com

Bilaga II

Information om studie rörande kvinnors erfarenheter av förlossningsrummets design och utformning

Vi är två sjuksköterskor som studerar på barnmorskeutbildningen vid Högskolan i Borås. En del av utbildningen består av att skriva ett examensarbete. Syftet med vårt examensarbete är att beskriva kvinnors upplevelse av förlossningsrummets design och utformning för att därigenom få större förståelse och kunskap för kvinnors behov under förlossning.

Vi frågar Dig om Du frivilligt vill bli intervjuad om Din upplevelse. Intervjuerna kommer göras utav en av oss två studenter. Du själv väljer önskad tid och plats för intervjun som kommer ta ca 30-60 minuter. Den kommer att spelas in och ordagrant överförs till text. Allt material hanteras konfidentiellt och förvaras på så vis att ingen, utöver intervjuerna, kan få tillgång till det. I resultatet avidentifieras dina personuppgifter. Intervjun är helt frivillig och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan att motivera varför.

Om du önskar delta i studien, vänligen meddela oss på barnmorskemottagningen, e-mail, telefon eller SMS före 2018-03-01. Vi kommer därefter kontakta dig via telefon för att bestämma plats och tid för intervjun. Samtyckesformulär erhålles i samband med intervjutillfället. Om du har frågor eller önskar ytterligare information kring studien är du välkommen att kontakta oss. Vi nås på telefon eller e-mail på nedanstående uppgifter.

Examensarbetet utförs under handledning av Christina Nilsson, barnmorska och universitetslektor vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Vid eventuella frågor är ni välkomna att kontakta henne på telefon: [033-435 4792](tel:033-4354792) eller e-mail: christina.nilsson@hb.se

Med vänliga hälsningar

Therese Persson, Halmstad
Tel: 073-956 31 64
Mail: therese.persson87@telia.com

Emelie Persson, Örebro
Tel: 070-414 40 96
Mail: emelie.c.persson@gmail.com

Bilaga III

Samtyckesformulär

Jag har tagit del av medskickad information angående intervjustudie om kvinnors erfarenheter av förlossningsrummets design och utformning och är väl införstådd med informationen. Jag är även medveten om att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan att behöva motivera mitt val. Jag har också fått information om vilka jag ska vända mig till för eventuella frågor kring studien.

Jag samtycker till att delta i studien

Namn

Namnförtydligande

Ort och datum

Bilaga IV

Intervjuguide Kvinnors erfarenhet av förlossningsrummet

Kan du berätta för mig hur du upplevde förlossningsrummet?

Vad var ditt första intryck av förlossningsrummet?

Vad tyckte du om förlossningsrummets design och utformning?

Hur var atmosfären i förlossningsrummet?

Kan du beskriva vad du upplevde som främjande i förlossningsrummet?

Kan du beskriva vad du upplevde var hindrande i förlossningsrummet?

Om du fick "drömma" vad hade du velat ändra i miljön för att förbättra miljön?

Finns det någonting som du tänker på som vi inte pratat om?