

## **”NI SKA INTE TRO ATT JAG VET”**

Tvåföderskors förväntningar inför kommande förlossning

## **”DON´T EXPECT ME TO KNOW EVERYTHING”**

Multiparous women´s expectations of their forthcoming childbirth

Examensarbete inom huvudområdet  
Reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Avancerad nivå  
15 Högskolepoäng  
Hösttermin År 2018

Författare:                      Mikaela Axelsson  
   Emilia Vildhede  
Handledare:                      Stina Thorstensson

## Sammanfattning

Titel: ”Ni ska inte tro att jag vet” – Tvåföderskors förväntningar inför kommande förlossning

Författare: Axelsson Mikaela & Vildhede Emilia

Institution: Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i Reproductiv, perinatal och sexuell hälsa, RP720A, 15 högskolepoäng

Handledare: Thorstensson Stina

Sidor: 36

Månad och år: augusti, 2018

Nyckelord: *Barnmorska, gravida kvinnor, känslor, födande, hermeneutisk textanalys*

---

**Bakgrund:** Det finns samband mellan den gravida kvinnans förväntningar inför förlossning och förlossningsupplevelsen. Trots tidigare förlossningserfarenhet tycks omföderskor förvånansvärt nog inte ha mer realistiska förväntningar inför förlossning än vad förstföderskor har. **Syfte:** Att synliggöra tvåföderskors förväntningar inför kommande förlossning. **Metod:** En kvalitativ metod med hermeneutisk textanalys inspirerad av Gadamer användes. Nio tvåföderskor i åldrarna 26-33 år intervjuades med hjälp av en halvstrukturerad intervjuguide. **Resultat:** De analyserade intervjutexterna mynnade ut i fyra huvudteman: *Blandade känslor – förväntningar formas av första förlossningsupplevelsen, Partnern – en stöttepelare för vissa, Barnmorskan som vägledare genom förlossningen och ”Go with the flow” – förväntningar på kontroll under förlossning.* I resultatet framgår att det finns en uppfattning hos kvinnorna om att den första förlossningsupplevelsen har stor inverkan på förväntningarna inför kommande förlossning, på gott och ont. Det finns en rädsla hos kvinnorna att det förväntas av dem att de på grund av sin tidigare förlossningserfarenhet redan ”kan”, vilket leder till oro. **Konklusion:** Tvåföderskorna har överlag positiva förväntningar inför sin kommande förlossning. Trots positiva förväntningar ges uttryck för en oro om att barnmorskan förväntar sig att de på grund av sin tidigare förlossningserfarenhet redan ”kan”. Tvåföderskor är således i behov av barnmorskans individuella och professionella stöd.

## Abstract

Titel: "Don't expect me to know everything" – Multiparous women's expectations of their forthcoming childbirth

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Master Degree in Reproductive, perinatal and sexual health, 15 ECTS

Author: Axelsson Mikaela, Vildhede Emilia

Supervisor: Thorstensson Stina

Pages: 36

Month and year: August, 2018

Keywords: *Midwife, pregnant women, emotions, birth, hermeneutic text analysis*

---

**Background:** There is a connection between the pregnant woman's expectations of childbirth and the actual childbirth experience. **Aim:** To illustrate multiparous women's expectations of their forthcoming childbirth. **Method:** This study used a qualitative method with hermeneutic text analysis inspired by Gadamer. Nine multiparous women aged 26-33 years were interviewed using a semi-structured interview guide. **Results:** Analysis of the interviews revealed four main themes: *Mixed emotions – expectations are formed by the first childbirth experience, The partner – for some, an important source of support, The midwife as a guide through childbirth* and *"Go with the flow" - expectations of control during childbirth*. Results showed that the women held the opinion that the first childbirth experience has a major impact on their expectations for future childbirth, both good and bad. There was a concern amongst the women that because of their previous childbirth experience, they would be expected to "know what to do". **Conclusion:** Women generally have positive expectations of childbirth. Given the concern of these multiparous women that they may be considered as experienced in childbirth, it is clear that the midwife should be prepared to offer professional support to multiparous women based on their individual needs.

## **Förord**

Vi vill tacka de kvinnor som så öppenjärtigt delade med sig av sina förväntningar inför sin kommande förlossning. Utan er hade studien aldrig varit möjlig! Vi vill också tacka vår handledare Stina Thorstensson för god vägledning och fint stöd.

## Definitioner och terminologi

<i>Förfödarska</i>	<i>Kvinna som föder barn för första gången (Nationalencyklopedin, 2017).</i>
<i>Förväntan</i>	<i>Hopp om viss utveckling som också bedöms som sannolik (Nationalencyklopedin, 2017). Hopp, beräkning, mot förmodan (Malmström, Györki &amp; Sjögren, 1998).</i>
<i>Normal förlossning</i>	<i>Begreppet "normal förlossning" kan definieras på olika sätt. International Confederation of Midwives (ICM), 2014, definierar normal förlossning som en unik dynamisk process i vilken det ofödda barnet och maternella fysiologiska och psykologiska faktorer interagerar. Normal förlossning har ett förlopp med spontan start, progress och spontant framfödande med ett barn som föds i huvudbjudning, i fullgången tid, utan instrumentella, kirurgiska, medicinska eller farmakologiska interventioner. Enligt World Health Organization (WHO), 1996, är förlossningen normal när den startar spontant utan föreliggande riskfaktorer vid förlossningens start. Det ska inte heller tillstå några komplikationer under förlossningen eller vid barnets framfödande. Barnet föds spontant i huvudbjudning i graviditetslängd mellan 37 och 42 fullgångna graviditetsveckor. Efter förlossningen ska barn och mor må bra. WHO beskriver vidare att många högriskgraviteter har ett normalt förlossningsförlopp. Dessa förlossningar kan därför ofta handläggas på samma sätt som vid normal graviditet.</i>
<i>Omfödarska</i>	<i>Kvinna som föder barn för minst andra gången (Nationalencyklopedin, 2017).</i>
<i>Prenatal</i>	<i>Medicinsk term: före ett barns födelse (Nationalencyklopedin, 2017).</i>
<i>Trimester</i>	<i>Tremånadersperiod av kvinnans graviditet; denna indelas i första, andra och tredje trimestern (Nationalencyklopedin, 2017). Den första trimestern varar till 13+6 veckor, den andra mellan 14+0 och 27+6 veckor och den tredje från 28+0 veckor till förlossningen (Marsal, Hagberg &amp; Westgren, 2014).</i>

# Innehållsförteckning

INLEDNING .....	1
BAKGRUND.....	1
Barnmorskans kompetensområde.....	1
Professionellt och socialt stöd .....	2
Psykologisk utveckling under graviditet .....	2
Mödrahälsovård.....	3
Sambandet mellan förväntningar och förlossningsupplevelse .....	4
Skillnad i förväntningar mellan förstföderskor och omföderskor .....	5
Betydelsen av förlossningsupplevelsen.....	5
Teoretiska modeller .....	5
Känsla av sammanhang.....	5
Medical model of pregnancy ↔ Pregnancy as a normal life event .....	6
PROBLEMFÖRMULERING.....	6
SYFTE .....	7
METOD .....	8
Val av metod.....	8
Miljö .....	8
Urval .....	8
Inklusionskriterier .....	9
Exklusionskriterier .....	9
Datainsamling.....	9
Förförståelse .....	9
Analys.....	10
Etiska överväganden.....	10
RESULTAT .....	12
Blandade känslor - förväntningar formas av första förlossningsupplevelsen .....	12
Förväntningar formade av en tidigare positiv förlossningsupplevelse .....	12
Förväntningar formade av en tidigare negativ förlossningsupplevelse.....	13
Partnern – en stöttepelare för vissa.....	13
Partnerns närvaro .....	13
Partnerns delaktighet.....	13
Barnmorskan som vägledare genom förlossningen.....	14
Kvinnornas kommunikativa och informativa behov.....	15
Barnmorskan som länk mellan kvinnan och det ofödda barnet .....	15
”Go with the flow” – förväntningar på kontroll under förlossning .....	16
Kvinnornas förväntningar på kroppskontroll under förlossning .....	17
Kvinnornas förväntningar på smärtkontroll under förlossning .....	17
Resultatsammanfattning .....	18
DISKUSSION.....	20
Metoddiskussion.....	20
Resultatdiskussion .....	21
Konklusion .....	25
Förslag på klinisk tillämpning.....	25
Förslag på fortsatt forskning .....	26
REFERENSLISTA .....	27

<b>BILAGOR</b> .....	32
Bilaga 1. Intervjuguide .....	32
Bilaga 2. Informationsbrev till informanter via sociala medier .....	34
Bilaga 3. Arbetsfördelning .....	36

# INLEDNING

I Sverige föds ungefär 110 000 – 115 000 barn varje år. År 2015 var 44 procent av alla födande kvinnor förstföderskor och 56 procent var omföderskor (Socialstyrelsen, 2017). År 2016 var födelsetalet 1,85 barn per kvinna i Sverige (Statistiska centralbyrån, SCB, 2017) och mer än åtta av tio familjer har ett eller två barn (SCB, 2016). Att bli mamma är för de allra flesta kvinnor en av livets största händelser. Varje graviditet är en unik händelse som innebär förändring både vad gäller fysiska, psykiska och sociala aspekter. Det finns ett samband mellan den gravida kvinnans förväntningar på förlossning och förlossningsupplevelsens utfall, där positiva och realistiska förväntningar är gynnsamt för en positiv förlossningsupplevelse. Det är viktigt för modersidentiteten, självkänslan och anknytning till barnet att upplevelsen i samband med förlossning blir så positiv som möjligt. Barnmorskan behöver därför kunskap om kvinnors förväntningar för att kunna hjälpa dem att bearbeta dessa som en förberedelse inför kommande förlossning och skapa förutsättningar för en så positiv förlossningsupplevelse som möjligt. Inom den svenska mödrahälsovården träffar barnmorskan dagligen gravida kvinnor, vilka de flesta väntar sitt första eller andra barn. Forskning som gjorts på gravida kvinnors förväntningar inför förlossning belyser ofta förstföderskor eller gravida kvinnor i allmänhet. Därför är det av värde att synliggöra de förväntningar som kvinnor som väntar sitt andra barn (i studien benämnt *tvåföderskor*) har inför sin kommande förlossning.

## BAKGRUND

### **Barnmorskans kompetensområde**

Sexuell- och reproduktiv hälsa utgör barnmorskans huvudsakliga arbetsområde och barnmorskan ansvarar självständigt för den normala graviditeten, förlossningen och eftervården (Barnmorskeförbundet, 2017). Socialstyrelsen (2014) beskriver området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter som ett område med stor betydelse för varje enskild individs självkänsla, välbefinnande och nära relationer. Området innefattar individens hela livscykel och hela befolkningen. International Confederation of Midwives, ICM, (2011) identifierar barnmorskan bland annat som en ansvarfull och pålitlig professionell person som arbetar med kvinnor för att ge dem nödvändigt stöd, omvårdnad och råd. Barnmorskan har även en viktig uppgift i sin professionella relation till den gravida kvinnan avseende hälsorådgivning- och utbildning, där arbetet involverar prenatal utbildning och förberedelse för föräldraskap. ICM (2008) beskriver vidare i den etiska koden för barnmorskor att barnmorskan i sin professionella relation ska utveckla en samhörighet med den gravida kvinnan. I relationen delar barnmorskan och kvinnan relevant information, vilket leder till informerade beslut och acceptans av ansvar för resultaten av deras val. Barnmorskan är i relationen också lyhörd för emotionella, andliga, psykiska och fysiska behov hos den gravida kvinnan. Lundgren och Berg (2016) menar att det i barnmorskans professionalitet är viktigt att ta del av den gravida kvinnans situation och berättelse för att få förståelse för kvinnans specifika förväntningar och behov. För att möjliggöra detta krävs att barnmorskan värnar en hälsofrämjande relation till kvinnan som utgör basen för kvinnans välmående och hälsa både under graviditet och förlossning.



## **Professionellt och socialt stöd**

Thorstensson, Nilsson, Olsson, Hertfelt-Wahn och Ekström (2012) beskriver betydelsen av barnmorskans professionella stöd under graviditet i den hälsofrämjande relationen till kvinnan. Gravida kvinnor (avser både först- och omföderskor) anser det vara viktigt att barnmorskan delar med sig av sin kunskap och informerar om graviditeten. Det anses också viktigt att barnmorskan lyssnar på och synliggör kvinnornas personliga och unika behov av stöd för att ge dem en känsla av trygghet. Det professionella stödet minskar således oro hos gravida kvinnor (a.a). Barnmorskans professionella stöd innefattas av känslomässigt stöd, bekräftande stöd, informativt stöd och fysiskt stöd. Professionellt stöd till kvinnan är dock ofta begränsat till att ges utifrån en standardiserad och på förhand utarbetad handlingsplan. Barnmorskans professionella stöd är också begränsat på så sätt att det ges inom ramen för barnmorskans professionella kunnande. Även om barnmorskan ger professionellt stöd kan det inte likställas med socialt stöd, eftersom det professionella stödet ingår i hennes arbetsuppgift. Det sociala stödet skiljer sig från det professionella då det ges förbehållslöst och inkluderar det mesta som kan tänkas stödja kvinnan. Det sociala stödet baseras i regel på relationen till någon närstående och utvecklas och upprätthålls över tid. Liksom professionellt stöd innefattas också socialt stöd av känslomässigt stöd, bekräftande stöd, informativt stöd, och fysiskt stöd för att hjälpa kvinnan i sin vardag (Hupcey & Morse, 1997). Under graviditet, i övergången till moderskap, är både socialt och professionellt stöd mycket viktigt. Gravida kvinnor önskar att barnmorskan ger professionell stöttning i de psykiska, fysiska och sociala förändringar som sker under graviditet. De önskar också barnmorskans professionella stöd i förberedelsen inför förlossning och moderskap (Seefatvan Teeffelen, Nieuwenhuijze och Korstjens, 2009).

## **Psykologisk utveckling under graviditet**

Alla gravida kvinnor genomgår tre psykologiska utvecklingsfaser. Dessa faser synkroniseras i grova drag med indelningen av graviditetens tre trimestrar men individuella variationer ses (Raphael-Leff, 1991). Första trimestern präglas av psykisk, fysisk och social förändring. Känslor av båda lycka kring graviditeten men också känslor av ambivalens är vanligt (Lundgren & Wahlberg, 1999). Kvinnor upplever också oro, men de flesta upplever att känslan av lycka är starkare än känslan av oro (Frumer, Slütter, Petersen, Vogel & Nielsen, 2017). Hos en del kvinnor överskuggar dock negativa upplevelser som trötthet och koncentrationssvårigheter lyckan över att vara gravid (Lundgren & Wahlberg, 1999). Den gravida kvinnan pendlar ofta mellan överväldigande känslor vissa dagar medan andra dagar är hon knappt medveten om graviditeten. De första fantasierna och tankarna om barnet kommer och kvinnan ska acceptera graviditeten och föräldraskapet. (Raphael-Leff, 1991). Tankar kring livssituation och relationer till människor runt omkring är essentiellt, liksom tankar och minnen om egen barndom. Funderingar väckts också om eventuell tidigare graviditet, abort och förlossning (Lundgren & Wahlberg, 1999).

Under andra trimestern börjar den gravida kvinnan vänja sig vid tanken på att hon ska bli mamma. Känslor av att det nu inte finns någon återvändo blir tydliga. Kvinnans identifiering av barnets första rörelser bidrar till att barnet uppfattas som mer verkligt och som en egen individ. Rutinultraljudet som ofta äger rum i den andra trimestern ses för många kvinnor som en viktig milstolpe som bekräftar barnets närvaro. Perioden upplevs därför ofta som lugn och mer positiv. I takt med att barnet blir mer verkligt tilltar dock känslor av oro för att något ska hända barnet. I perioden har kvinnan mycket drömmar om familj, historia och

starka minnen. Psykiska och fysiska besvär som varit tydliga i den första trimestern minskar. Kvinnan upplever ofta känslor av att vara speciell och utvald (Lundgren & Wahlberg, 1999). Utmärkande är också att kvinnan känner att hon alltid har sällskap, oavsett om hon är ensam eller inte (Raphael-Leff, 1991).

Under den tredje trimestern börjar kvinnan göra sig redo för det okända. Perioden präglas av både ängslan, längtan och förväntan där nyfikenhet blandas med oro. Orostankar inför förlossningen framträder men längtan efter barnet dominerar oftast. Kvinnan förbereder sig genom praktiska göromål, så som att städa och shoppa, då hon upplever en stark instinkt om att allt ska vara i ordning inför barnets ankomst (Lundgren & Wahlberg, 1999). Under denna sista period går kvinnan ofta in i sig själv för att förbereda sig mentalt inför förestående förlossning. Förstföderskan använder ofta den sista korta tiden i graviditeten till att passa på att göra saker som icke-förälder. Omföderskan däremot är mer medveten om graviditetens flyktighet och dess kortvariga tillstånd på grund av sin tidigare erfarenhet av att vänta barn. Omföderskan är därav också mer medveten om den stora förändring som ett kommande barn medför. Att genomgå dessa tre faser är viktigt för att den gravida kvinnan ska vara psykologiskt förberedd för föräldraskapet (Raphael-Leff, 1991).

Att vara gravid för andra gången väcker liknande tankar som under första graviditeten och anknytningen till barnet i magen sker på samma sätt. Det väntade barnet är en lika viktig och unik individ som det första barnet. Omföderskan ägnar dock inte den andra graviditeten lika stor uppmärksamhet. Känslor av oro och sorg över att inte kunna älska ett barn till lika mycket är vanligt liksom känslor av att överge sitt första barn. Att kunna jämföra känslor inför kommande förlossning med tidigare förlossningserfarenhet kan kännas tryggt för en del kvinnor, medan andra kan uppleva oro när två olika graviditeter skiljer sig åt (Alfvén, 2009). För att ta del av barnmorskans stödjande arbete inför förlossning och föräldraskap vänder sig nästan alla svenska kvinnor, både först- och omföderskor, till mödrahälsovården under graviditet (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, SFOG, 2008).

## **Mödrahälsovård**

National Institute for Clinical Excellence (NICE) har arbetat fram en tidsplan för vård under okomplicerad graviditet. För en förstföderska med normal graviditet anses tio besök till mödrahälsovården vara adekvat och för en omföderska med normal graviditet anses sju besök vara adekvat (NICE, 2008). I Sverige finns inom varje landsting detaljerade besöksprogram, så kallade medicinska- och psykologiska basprogram. Basprogrammen grundas på ovan beskrivna nationella rekommendationer men lokala variationer avseende antalet besök förekommer i Sverige. Syftet med basprogrammen är att identifiera graviditetskomplikationer och upptäcka riskfaktorer. I mötet med den gravida kvinnan gör barnmorskan en första bedömning och hänvisar vid behov kvinnan vidare om medicinska komplikationer eller psykisk ohälsa föreligger (SFOG, 2008).

Svenska gravida kvinnor beskriver att mödrahälsovård är en möjlighet för dem att få kontroll över en situation där framtiden kan tyckas vara osäker och överklig. Kvinnorna menar att barnmorskan har en tolkande funktion när de beskriver kroppsliga förändringar, känslor, smärta och andra upplevelser. Därav möjliggör barnmorskan med sin kunskap och förståelse för kvinnan att sätta ord på sina upplevelser och få en relevant förklaring. Genom att dela tankar med ”någon som vet” kan kvinnan vila från oro och bekymmer. Det anses också vara

av vikt att barnmorskan bekräftar att allt är som det ska vara under graviditeten och att barnet mår bra, vilket upplevs som stödande och kraftgivande (Larsson, Wärnå-Furu & Näsman, 2017).

Blivande föräldrar har ofta höga förväntningar inför förlossning, avseende både medicinsk säkerhet och förlossningsupplevelsen i sig. Barnmorskan behöver därför vara lyhörd för förhoppningar och eventuell oro hos kvinnan. Ett sätt för kvinnan och eventuell partner att förbereda sig inför förlossning är att skriva en förlossningsplan som riktas till barnmorskan inom mödrahälsovården, vilken barnmorskan ska ta del av och diskutera med paret. Förlossningsplanen delges också den barnmorska som är ansvarig för kvinnan under förlossning (Lindgren, Rehn & Wiklund, 2014). Enligt basprogrammets riktlinjer görs en sammanfattning av graviditeten i graviditetsvecka 37–38 tillsammans med kvinnan, där möjlighet finns för kvinnan att uttrycka förväntningar och önskemål inför kommande förlossning. Ett annat sätt att förbereda sig inför kommande förlossning är att ta del av mödrahälsovårdens föräldrastöd i grupp. Verksamheten möjliggör en ökad trygghet för blivande föräldrar, bland annat genom diskussion kring barnafödande (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, SFOG, 2008). När gravida kvinnor får dela upplevelsen av att gå på föräldraförberedande kurser med sin partner hjälper det dem att förbereda sig inför förlossning och föräldraskap. Föräldrastöd i grupp bidrar på så sätt till partnerns förmåga att fungera som stöd för den gravida kvinnan då paret får professionellt stöd från barnmorskan tillsammans (Bäckström, Larsson, Wahlgren, Golsäter, Mårtensson & Thorstensson, 2017).

## **Sambandet mellan förväntningar och förlossningsupplevelse**

Det finns ett samband mellan den gravida kvinnans förväntningar inför förlossning och förlossningsupplevelsen. Negativa förväntningar inför förlossning associeras med negativa förlossningsupplevelser (Ayers & Pickering, 2005; Christiaens, Bracke & Varhaeghe, 2008; Pirdel & Pirdel, 2015). De kvinnor som har negativa förväntningar inför förlossning upplever i större utsträckning förlossningen som mindre positiv och mer traumatisk (Ayers & Pickering, 2005) och negativa förväntningar uppnås oftare hos kvinnor som tror att de ska bli verklighet. Förlossningssmärtans intensitet upplevs också vara högre hos de kvinnor som inför förlossning haft negativa förväntningar avseende smärta (Pirdel & Pirdel, 2015). Gravida kvinnor med oro under graviditet upplever dessutom i högre grad negativa förväntningar inför förlossning (Ayers & Pickering, 2005).

Ett samband ses även mellan positiva förväntningar inför förlossning och positiva förlossningsupplevelser (Ayers & Pickering, 2005; Green Coupland & Kitzinger, 1990). Kvinnor med positiva förväntningar upplever i högre utsträckning sin förlossning som positiv och att de har större kontroll samt mer effekt av given smärtlindring. (Ayers & Pickering, 2005). Därtill, kvinnor som förväntar sig att andning och avslappning är användbart under förlossning upplever att så också är fallet (Green, Coupland och Kitzinger, 1990). Ju större överensstämmelsen mellan förväntningar och upplevelse av förlossning är, desto nöjdare är kvinnorna med sin förlossning. Kvinnor som upplever självkontroll och kontroll avseende smärta under förlossning är nöjdare med stödet från sin partner (Christiaens & Bracke, 2007). Höga förväntningar inför förlossning är inte negativt för kvinnornas förlossningsupplevelse (Green, Coupland & Kitzinger, 1990). Däremot, trots positiva förväntningar, uppnås inte alltid en positiv förlossningsupplevelse (Pirdel & Pirdel, 2015; Christiaens, Bracke & Varhaeghe, 2008). Vidare ses skillnader avseende

förväntningar inför förlossning och förlossningsupplevelsen mellan först- och omfödorskor (Ayers & Pickering, 2005).

## **Skillnad i förväntningar mellan förstfödorskor och omfödorskor**

Förstfödorskor förväntar sig oftare mer negativa känslor, mer kontroll från vårdpersonalen avseende smärtlindring och mer effektiv smärtlindring under förlossning. De förväntar sig också förlossningen som mer traumatisk och utmanande (Ayers & Pickering, 2005). Således har förstfödorskor generellt en mer negativ förväntan inför förlossning än vad omfödorskor har (Pirdel & Pirdel, 2015). Emellertid uttrycker vissa förstfödorskor att det är svårt att jämföra förväntningar inför förlossning med förlossningsupplevelsen, eftersom de inte på förhand vet vad de ska förvänta sig (Gibbins & Thomson, 2001). Efter förlossningen tycker vissa kvinnor att deras upplevelse är bättre än vad de hade förväntat sig, medan andra tycker att upplevelsen är sämre än vad som var förväntat (Gibbins & Thomson, 2001; Lundgren, 2005).

Omfödorskor har oftast mer positiva förväntningar inför förlossning än vad förstfödorskor har (Christiaens, Bracke & Varhaeghe, 2008), men trots tidigare förlossningserfarenhet har omfödorskor förvånansvärt nog inte mer realistiska förväntningar gällande förlossningssmärta (Pirdel & Pirdel, 2015). Omfödorskor förväntar sig också i större utsträckning övervakning av barnets hjärtljud och att bli instrumentellt förlösta (Ayers & Pickering, 2005). Efter förlossning uttrycker omfödorskor oftare mer positiva känslor än vad förstfödorskor gör. Däremot upplever omfödorskor att de får mindre stöd än vad förstfödorskor får under förlossning (Norr, Block, Charles & Meyering, 1980).

## **Betydelsen av förlossningsupplevelsen**

Förlossningsupplevelsen påverkar både kvinnans och barnets välmående samt relationen dem emellan. Upplevelsen påverkar också förhållandet mellan kvinnan och hennes partner. En kvinnas förlossningsupplevelse kan påverka hennes självuppfattning och etablering av föräldrarollen (Lundgren, 2005). Det är viktigt för modersidentiteten och självkänslan att upplevelsen i samband med graviditet, förlossning och nyföddhetstid blir så positiv som möjligt (Berg & Premberg, 2010). En positiv förlossningsupplevelse kan medföra ökat självförtroende, nyförvärvad förmåga och kunskap medan en negativ förlossningsupplevelse kan medföra känslor av skuld och besvikelse. Negativ förlossningsupplevelse kan resultera i att kvinnan undviker framtida graviditet, senarelägger graviditet och kräver kejsarsnitt (Lundgren, 2005). En positiv förlossningsupplevelse ger således många kvarstående fördelar, så som positiv inverkan på föräldraskapet och anknytningen till barnet (Larkin, Begley & Devane, 2009).

## **Teoretiska modeller**

### **Känsla av sammanhang**

En modell som kan användas för att förklara en gravid kvinnas förmåga att hantera den påfrestning som känslor inför kommande förlossning innebär, exempelvis förväntan om glädje eller oro, är Aron Antonovskys modell om Känsla av sammanhang (SoC, Sence of Coherence). Antonovsky (2005) beskriver SoC utifrån de tre delarna: *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet*. *Begriplighet* avser i vilken utsträckning kvinnan upplever inre och yttre stimuli som förståeliga, ordnade och sammanhängande. *Hanterbarhet*

innefattar kvinnans resurser för att bemästra den situation hon befinner sig i. Resurserna kan finnas hos kvinnan själv eller i hennes omgivning, till exempel i form av socialt- eller professionellt stöd. En hög känsla av hanterbarhet gynnar en positiv inställning till livets händelser. *Meningsfullhet* är den delen som är viktigast och handlar om individens förmåga att finna mening med de händelser hon är med om. Även om händelserna kan vara påfrestande har de en känslomässig innebörd och är värda att investera energi i.

### **Medical model of pregnancy ↔ Pregnancy as a normal life event**

För att erhålla en helhetsbild över hur den gravida kvinnan och andra människor runt den gravida kvinnan tänker kring graviditet och förlossning, kan "Medical model of pregnancy ↔ Pregnancy as a normal life event" användas för att belysa två olika förhållningssätt. Modellen kan vara till hjälp för barnmorskan i hennes möte med den gravida kvinnan och för att förstå hennes förväntningar inför förlossning. "Medical model of pregnancy" beskriver graviditet som ett potentiellt sjukligt tillstånd som kräver medicinsk intervention. Modellen betonar vikten av fysisk vård, snarare än vård av hela människan. Graviditet behandlas som en sjukdom och gravida kvinnor uppmuntras till att se sig själva som patienter. Det är först i efterhand som graviditeten kan ses som normal och ovanliga fall är av intresse. Centralt är förebyggande av fysiska graviditetskomplikationer och läkaren är den som bestämmer. Information delas restriktivt mellan sjukvården och den gravida kvinnan. Utfallet leder till en levande, fysiskt frisk mamma och barn (Bryar & Sinclair, 2011).

Som motpol till ovan beskrivna medicinska synsätt på graviditet används "Pregnancy as a normal life event" för att belysa graviditet som en normal livshändelse. Med detta synsätt är normal graviditet förväntad och varje graviditet är en unik händelse. Graviditeten beskrivs som en period av individuell utveckling. Modellen beskriver också graviditet som en naturlig process där beslutsfattandet förbehålls kvinnan. Den gravida kvinnan har en aktiv roll där hon står i centrum, snarare än barnmorskan eller obstetrikern. Hon har själv förmågan att göra val och fatta beslut om den typ av vård hon föredrar och var hon vill föda sitt barn. Kvinnan och familjen är således de största beslutsfattarna. Underlag för beslut är beroende av information från barnmorskan eller annan involverad personal. Utfallet leder till en levande, frisk mamma och barn med tillfredsställda individuella behov (Bryar & Sinclair, 2011).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Forskning har gjorts under de senaste årtiondena för att beskriva gravida kvinnors förväntningar inför kommande förlossning. Studier har utförts på förstföderskor eller gravida kvinnor generellt men det råder delade meningar och forskningsresultaten spretar. Det finns dock samstämmiga resultat om ett samband mellan den gravida kvinnans förväntningar inför förlossning och förlossningsupplevelsen. Ju mer realistiska och positiva förväntningar kvinnan har, desto nöjdare är kvinnan med sin upplevelse. Vetskap finns också om att en positiv förlossningsupplevelse bidrar till ökat välmående hos både kvinna och barn och påverkar anknytningen dem emellan i positiv riktning. Trots tidigare förlossningserfarenhet tycks omföderskor förvånansvärt nog inte alltid ha mer realistiska

förväntningar inför förlossning än vad förstföderskor har. Dessutom upplever vissa omföderskor att de inte får samma stöd som under sin första förlossning. Omföderskor får inte heller alltid samma stöd under graviditet, då de ibland inte erbjuds lika många besök till mödrahälsovården som förstföderskor, beroende på var i landet de bor. Trots det finns vetskap om att en andra graviditet är en lika unik och viktig händelse i en kvinnas liv som den första graviditeten är. Det vanligaste är att kvinnor i Sverige föder ett till två barn. De omföderskor som barnmorskan oftast träffar är således kvinnor som väntar sitt andra barn, tvåföderskor. Det är därför av vikt att synliggöra tvåföderskors förväntningar inför förlossning för att ge barnmorskan möjlighet att uppmärksamma dessa förväntningar på samma sätt som inför förstföderskans förlossning. Därmed kan barnmorskan skapa förutsättningar för en så positiv förlossningsupplevelse som möjligt.

## **SYFTE**

Att synliggöra tvåföderskors förväntningar inför kommande förlossning.

# METOD

## Val av metod

För att besvara studiens syfte valdes en kvalitativ metod med induktiv ansats. Kvalitativa metoder är en samling forskningsmetoder vars syfte är att beskriva och noggrant undersöka egenskaper hos olika fenomen (Jakobsson, 2011). Kvalitativa studier utmärks ofta som induktiva och med en induktiv ansats närmas ämnet som ska undersökas förutsättningslöst och utan alltför många på förhand bestämda frågor och idéer att söka svar på. Istället får de upplevelser och erfarenheter av världen som lyfts fram av informanten bestämma vilka frågor som är av betydelse att söka svar på (Kvale & Brinkmann, 2014). I kvalitativa metoder består insamlade data utav text framtagen ur exempelvis intervjuer (Jakobsson, 2011) och eftersom insamlade data i den här studien bestod av intervjumaterial var metoden lämplig. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) är syftet med kvalitativ intervju som datainsamlingsmetod att förstå informantens eget perspektiv på ämnet utifrån dennes upplevelser och livssituation. Målet är därför att informanten ska få ge en så fri beskrivning av ämnet som möjligt. Den kvalitativa metod som användes vid analys av studiens intervjutext var hermeneutisk textanalys inspirerad av Gadamer (1997). Inom hermeneutiken är tolkning av text centralt och att få förståelse för intervjutextens mening. Intervjutexten kan då tolkas i ett större sammanhang, bortom intervjuens ”här och nu”. Nyström (2012) menar att den hermeneutiska forskningsmetoden lämpar sig när frågeställningen är av existentiell art. Tolkning är viktigt då information kan finnas mellan raderna. Den hermeneutiska textanalysen som metod lämpade sig därför väl för att synliggöra tvåföderskors förväntningar inför förlossning.

## Miljö

Datainsamlingen genomfördes under vintern och våren 2018. Plats för intervjuerna valdes i samråd med informanterna, där vikt lades vid att platsen skulle kännas trygg och lugn för informanten. Intervjuerna ägde rum i en västsvensk stad med ca 70 000 invånare. Staden kännetecknades av såväl tätort som mindre samhällen och landsbygd. På förlossningsavdelningen med staden som upptagningsområde föds cirka 2900 barn per år. Av stadens kvinnliga invånare har 21 procent en eftergymnasial utbildning som är tre år eller längre, vilket är cirka 1,4 procent lägre än utbildningsnivån för kvinnor i hela landet.

## Urval

Informanter till studien valdes ut genom ett strategiskt urval. Ett strategiskt urval, som ofta används i kvalitativa studier, innebär att informanter väljs ut för att ge en bra representativ bild av det som ska studeras (Jakobsson, 2011). Med hjälp av ett informationsutskick via ett inlägg i det sociala mediet Facebook eftersöktes kvinnor som uppfyllde inklusionskriterierna och som var intresserade av att delta i studien. Utskicket gav information om studien i korthet och därefter fick de kvinnor som var intresserade av att delta kontakta författarna genom att skriva ett privat meddelande och uppge sin mailadress. Tolv kvinnor tog på detta sätt kontakt med författarna. Dessa kvinnor erhöll därefter ett detaljerat informationsbrev om studien (Bilaga 2) och kunde efter genomläsning ta ställning till deltagande via författarnas kontaktuppgifter. Av dessa tolv kvinnor valdes tio kvinnor ut då variation eftersträvades i urvalet. Spridning söktes avseende kvinnornas ålder, geografisk härkomst och social

bakgrund (utbildningsnivå, arbete, civilstånd). Slutligen kvarstod totalt nio informanter då en kvinna valde att inte medverka i nära anslutning till intervjuens planerade genomförande. Åldrarna för de inkluderade var 26–33 år. Kvinnorna representerade ett spritt geografiskt område där tre informanter bodde i en stad, tre informanter bodde i tätort och tre informanter bodde på landsbygd. Informanternas utbildningsnivå varierade mellan gymnasial- och femårig högskoleutbildning. Informanternas sysselsättning var vårdyrke, lärare, kontorsarbete eller studier. Samtliga informanter levde i en samboende tvåkönad relation i vilken föräldraparet väntade sitt andra gemensamma barn. Tre av informanterna var gifta. Samtliga informanter deltog i mödrahälsövårdens basprogram.

### **Inklusionskriterier**

Svensktalande tvåföderskor i tredje trimestern med väsentligen normal graviditet.

### **Exklusionskriterier**

Tvåföderskor som upplevt sin första förlossning som komplicerad.

### **Datainsamling**

Vald datainsamlingsmetod var halvstrukturerade intervjuer. En intervjuguide utformades utifrån studiens syfte (Bilaga 1). Den kvalitativa forskningsintervjuens syfte var att försöka få en bild av individens uppfattningar och upplevelser av livet (Nyström, 2012). Med hjälp av halvstrukturerade intervjufrågor eftersöktes beskrivningar av informantens upplevelser och livssituation med syfte att tolka dess mening. I den halvstrukturerade intervjun lades tonvikten på informantens upplevelse av förväntningar inför kommande förlossning (Kvale och Brinkmann, 2014). En pilotintervju genomfördes för att säkerställa frågornas relevans och kvalitet. Informanten upplystes om att intervjun var en pilotintervju och att författarna avsåg ta ställning till om intervjun kunde inkluderas i studien efter intervjuens genomförande, beroende på intervjuguidens gångbarhet. Då pilotintervjun kunde genomföras utan att några brister identifierades gjordes inga ändringar inför resterande intervjuer avseende intervjuguidens utformning. Pilotintervjun kunde således inkluderas i studiens resultat, vilket informanten som deltog i pilotintervjun upplystes om. Intervjuerna delades upp mellan författarna, där den ena författaren genomförde fem intervjuer själv och den andra författaren genomförde fyra intervjuer själv. Intervjuerna genomfördes på så sätt att författaren ställde frågor med intervjuguiden som stöd under inspelning på inspelningsutrustning. Valet att dela upp intervjuerna mellan författarna gjordes för att undvika en allt för stor maktobalans mellan informant och författare. Intervjun inleddes med den öppna frågan: ”Berätta om vilka förväntningar du har inför din kommande förlossning?”. Målet var att låta kvinnorna ge en så fri beskrivning av sina förväntningar som möjligt. Den inledande frågan kompletterades därefter med följdfrågor av mer specifik art. Med halvstrukturerad intervju som metod fanns möjlighet att göra förändringar vad gällde frågornas ordningsföljd och form som kunde behövas för att följa upp de svar och historier som berättades under intervjuens gång (Kvale & Brinkmann 2014).

### **Förförståelse**

Författarnas egen förförståelse grundades på deras kunskap som sjuksköterskor och barnmorskestudenter och erfarenhet av att själva ha genomgått mer än en graviditet och



förlossning. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) finns vid hermeneutisk texttolkning en medvetenhet om egen förförståelse vilken har sitt ursprung i författarnas traditioner och kontext. Genom användandet av en öppen inledande intervjufråga med efterföljande halvstrukturerade frågor eftersträvade författarna att inte försöka påverka informantens svar. En medvetenhet fanns också om den egna förförståelsens inverkan på texttolkningen, vilken fick ta plats i enlighet med hermeneutikens rättesnören som beskrivs nedan (a.a).

## **Analys**

Den kortaste intervjun varade i 10 minuter och den längsta varade i 30 minuter, men genomsnittstiden för intervjuerna var cirka 20 minuter. Intervjuerna transkriberades ordagrant från inspelningsutrustningen så snart som möjligt efter att intervjuerna ägt rum. Det transkriberade datamaterialet omfattade cirka 90 sidor med textstorlek 12 och dubbel radavstånd. Datamaterialet lästes igenom ett flertal gånger av författarna. Textanalysen utgick från hermeneutikens rättesnören (Kvale & Brinkmann, 2014; Gadamer, 1997). Först lästes texten i sin helhet, sedan i delar och därefter åter i sin helhet enligt den hermeneutiska spiralen. Genom att tolka de enskilda delarna och sedan relatera dem till textens helhet erhöles en allt djupare förståelse för textens mening och innebörd. Kriteriet för att uppnå full förståelse för helheten var att alla enskilda delar förenade sig till en helhet. Uteblev sammanfogningen av delar och helhet uteblev också förståelsen. Delarna i textens prövades dessutom mot textens mening i sin helhet, för att säkerställa att texterna hade samma innebörd. Texten fick tala för sig själv och tolkningsprocessen av texten upprepades och avslutades när sammanhanget kändes rimligt, för att undvika övertolkning av textens innebörd (a.a). Då målet med textanalysen var att finna den sanna innebörden ställdes olika frågor till texten, som relaterades till syftet, under analysens gång. På så sätt uppmärksammades innebörden i texten så att tolkningen inte ledde fram till författarnas avsedda mening med texten utan textens sanna mening (Kvale och Brinkmann, 2014). I textanalysen fanns en medvetenhet om varje enskild människas horisont och dess betydelse för förståelsen av intervjutexten. Begreppet horisont avsåg det som från en bestämd punkt omfattade och omslöt allt synligt. Att ha horisont innebar att inte vara begränsad i tänkande och medvetande utan kunna se utöver det näraliggande. På så vis användes horisont för de frågor som uppstod under textanalysen. Intervjusamtalens sakinhåll var ett medel för att lära känna informantens horisont (Gadamer, 1997). I textanalysen fanns också en medvetenhet om egen förförståelse. När förståelsen för en text inte var fullkomlig, togs förförståelsen till hjälp för att tolka texten och bilda en enhetlig mening. Genom denna analysprocess där förförståelsen fick ta plats vidgades intervjutextens mening och bidrog till djupare förståelse för dess innebörd. Slutligen bildade texten teman, där författarna hade förståelse och kunskap om de olika teman (Kvale & Brinkmann, 2014). I början av textanalysprocessen framträdde ett antal teman som vid fortsatt analys mynnade ut i fyra huvudteman med åtta underteman. Datamaterialet raderades när uppsatsen var godkänd.

## **Etiska överväganden**

Vid insamling av datamaterial låg fyra etiska principer till grund, för att skydda de intervjuade kvinnornas identitet och integritet. I enlighet med den första etiska principen, *informationskravet*, fick kvinnorna skriftlig information, i form av ett informationsbrev. I brevet beskrevs studien och dess syfte i sin helhet. Utifrån *samtyckeskravet* beskrevs också kvinnornas rättighet att själva bestämma över sin medverkan i studien samt kvinnornas rätt att avbryta sitt deltagande när som helst under studiens gång. I brevet fick de också

information om att de uppgifter som lämnades under intervjun samt personuppgifter hanterades konfidentiellt och förvarades på en säker plats utan möjligt intrång från obehöriga, i enlighet med *konfidentialitetskravet*. Därefter klargjordes *nyttjandekravet*, vilket innebar att den information som lämnades under intervjun endast skulle användas för studiens ändamål. Vidare gavs information om att studiens resultat skulle publiceras på DIVA, en portal för bland annat studentuppsatser på internet. Kvinnorna erhöll dessutom muntlig information innan intervjuerna påbörjades (Vetenskapsrådet, 2017).

Innan studien påbörjades gjordes en risk/nyttoanalys enligt Etikprövningsnämndernas blankett om etikansökan (Etikprövningsnämnderna, 2017). Möjliga risker som deltagandet kunde medföra för forskningspersonerna ansågs som små, men en viss risk för integritetsintrång på kort eller lång sikt förelåg då frågorna var av personlig art. För att förebygga denna risk tydliggjordes kvinnornas möjlighet att avstå att svara på frågor de inte kände sig bekväma med, samt deras rätt till avbrytande som ovan beskrivet. En potentiell nytta med medverkan i studien ansågs vara att kvinnan fick möjlighet att reflektera över sina förväntningar inför förlossning. Vid litteratursökning kring ämnet sågs dessutom ett behov av vidare forskning. Därför ansågs nyttan med studien vara större än eventuella risker, vilket motiverade till genomförandet av studien. Då studien genomfördes inom ramen för utbildning på avancerad nivå, men inte kännetecknades som forskning, omfattades studien inte av Lagen om etikprövning som avser människor (SFS 2003:460).

## RESULTAT

Analysen av textmaterialet resulterade i följande fyra teman med tillhörande underteman vilka framgår av tabellen nedan.

<b>Teman</b>	<b>Underteman</b>
Blandade känslor – förväntningar formas av första förlossningsupplevelsen	Förväntningar formade av en tidigare positiv förlossningsupplevelse
	Förväntningar formade en tidigare negativ förlossningsupplevelse
Partnern – en stöttepelare för vissa	Partnerns närvaro
	Partnerns delaktighet
Barnmorskan som vägledare genom förlossningen	Kvinnornas kommunikativa och informativa behov
	Barnmorskan som länk mellan kvinnan och det ofödda barnet
Go with the flow – förväntningar på kontroll under förlossning	Kvinnornas förväntningar på kroppskontroll under förlossning
	Kvinnornas förväntningar på smärtkontroll under förlossning

### **Blandade känslor - förväntningar formas av första förlossningsupplevelsen**

Kvinnorna som väntar sitt andra barn beskriver sina förväntningar inför kommande förlossning med blandade känslor. Beskrivande ord som används är längtan, glädje, spänning, förväntansfullhet, pirrighet, positiv nervositet, lugn, oro och revanschlusta. Det finns en uppfattning om att den första förlossningsupplevelsen utgör en grundplåt som har skapat alla förväntningar och förutsättningar inför kommande förlossning. Förväntningarna upplevs också som tydligare på grund av en tidigare förlossningserfarenhet. Omgivningens beskrivningar av sina förlossningsupplevelser blir mindre viktiga denna gång, eftersom kvinnorna har sin egen förlossning att förhålla sig till.

### **Förväntningar formade av en tidigare positiv förlossningsupplevelse**

En positiv förlossningsupplevelse kan leda till att tankar kring den kommande förlossningen hanteras med lätthet, vilket inger känslor av lugn och trygghet. En tidigare positiv förlossningsupplevelse kan även höja förväntningarna inför kommande förlossning på så sätt

att kvinnorna har formulerat kriterier för vad en positiv förlossning innebär, vilket medför att deras förväntningar formas därefter. Således kan förväntningarna inför kommande förlossning vara högre än inför den första förlossningen. Samtidigt kan kvinnorna med tidigare positiv förlossningsupplevelse ha tankar om att bli besvikna om inte kommande förlossning lever upp till deras förväntningar. För att undvika det tycks kvinnorna vilja förbereda sig på och skydda sig mentalt mot att den kommande förlossningsupplevelsen inte blir lika positiv som den första.

*”Så jag tror att det påverkar jättemycket vad man har... Vi hade ju en väldigt positiv upplevelse... Så risken är ju att jag blir mer besviken den här gången... Så det är lite på gott och ont att ha en bra bild innan.”*

### **Förväntningar formade av en tidigare negativ förlossningsupplevelse**

En tidigare negativ förlossningsupplevelse kan ge en förhoppning om att kommande förlossning ska bli bättre. Kvinnorna uttrycker känslor av att vilja stå upp för sig själva och har en förväntan om att tydligare kunna förmedla barnmorskan om hur de vill ha det under sin kommande förlossning. Förväntningarna anpassas och rustar kvinnorna med större beredskap inför kommande förlossning och kan väcka känslor av att vilja ta revansch.

*”Lite gott är det väl det här att faktiskt veta vad man har för rättigheter... Men även vilka möjligheter det finns... Lite såhär revanschlusta, göra om och göra rätt på nåt vis.”*

### **Partnern – en stöttepelare för vissa**

#### **Partnerns närvaro**

Kvinnorna som väntar sitt andra barn har varierade förväntningar avseende stöd från partner inför kommande förlossning. Å ena sidan ges uttryck för att det är viktigt att partnern är med under förlossningen för sin egen skull och för att dela upplevelsen med sin kvinna, men då det inte finns några andra förväntningar avseende partnerns stöd menar kvinnorna att stödet likväl kan ges av vårdpersonal. Å andra sidan anses partnern utgöra ett viktigt stöd endast genom sin närvaro under förlossningen och är på så sätt delaktig.

*”Sådär att finnas där och liksom prata med en... Men bara känna att man liksom har kanske en hand på armen...Alltså att man känner att han är delaktig... Jag tänker bara på hur det var förra gången... Han var en klippa liksom.”*

#### **Partnerns delaktighet**

Yttringar ges också avseende förväntningar om ett mer aktivt stöd från partnern i form av uppmuntran under värdarbetet samt hjälp med praktiska göromål, så som att servera dryck. Kvinnorna förväntar sig också att partnern ger vägledning och påminner om exempelvis andning och avslappning under förlossningsarbetet, där partnern har möjlighet att efterlikna barnmorskans stödjande roll. Genom att kvinna och partner på så sätt bildar ett team finns förväntningar om ett bibehållet fokus under förlossningen, så att kvinnorna kan känna sig trygga.

*”Det kändes bra liksom att han var liksom så pass involverad i det dom sa... För han sög ju åt sig det barnmorskan sa och stötta mig... Så försökte ju han hjälpa till på liknande vis... Få in en på rätt spår igen med andning och avslappning och sånt... Så det var ju ett jättestöd.”*

När förväntningarna avseende partners stöd inte infrias under första förlossningen kan förväntningarna avseende partners stöd inför kommande förlossning sänkas. Ett försök att få dessa förväntningar infriade inför kommande förlossning är att inhämta stöd från annan stödperson, exempelvis en doula. På så sätt får partnern en möjlighet att närvara utan krav på stöd och bara göra det som han känner sig bekväm med.

*”Min man tyckte det var jätteskönt att vi anlidade doulan också för att då kan han bara vara där som partner... På nåt sätt rent som person... Han behöver inte vara den som, förlossningsstödet på nåt vis. Utan han kan bli guidad också utan den här doulan som är med oss... Så jag har inte lika höga förväntningar men jag tänker att jag ska få mer stöd än förra gången.”*

I de fall där partnern upplevdes bli förbisedd och inte fick tillräckligt utrymme för att stödja sin kvinna under första förlossningen finns en förväntan inför kommande förlossning om att partnern ska involveras och bli sedd. Det finns också en förväntan om att partnern vågar ta för sig för att kunna fungera som kvinnornas förlängda arm. Partnern förväntas då stödja sin kvinna genom att avgöra och uttrycka vad han tror blir bäst för henne när hon inte själv kan eller orkar ge uttryck för det. Således finns förväntningar om att partnern ska ha möjlighet att ge mer stöd under bättre förutsättningar.

## **Barnmorskan som vägledare genom förlossningen**

Att föda sitt andra barn innebär att genomgå sin andra förlossning, men samtidigt är det första gången man föder sitt andra barn. Det finns en rädsla hos kvinnorna som väntar sitt andra barn att det förväntas av dem att de redan ”kan” på grund av tidigare förlossningserfarenhet.

*”Även om man är samma kvinna så väntar man ju olika barn... Att inte barnmorskan förväntar sig att man borde ha varit med om saker och borde veta. Att man tänker att hon kan ju, hon borde veta, så henne behöver vi inte berätta hur hon ska göra eller så... Att jag måste informera om att ni ska inte tro att jag vet... Det tycker jag är oroande.”*

Om den första förlossningsupplevelsen varit positiv finns en önskan om att bli bemött på samma sätt under kommande förlossning. Kvinnorna vill att barnmorskan vägleder dem genom förlossningen genom att komma med konkreta råd och förslag samt påminna dem om exempelvis andnings- och avslappningsteknik. Stödet bör anpassas efter kvinnornas behov så att barnmorskan backar eller närmar sig beroende på situation. Hos kvinnorna som upplevt bristfälligheter avseende barnmorskans stöd och kommunikation under sin första förlossning finns en uppfattning om att barnmorskan inte tog hänsyn till kvinnans önskemål och rätt till självbestämmande. Det finns därför en förväntan inför kommande förlossning om att bli respekterad för sina åsikter och att inte behöva motivera sina val.

*”Säger jag nej en gång så är det en gång...Det ska inte behövas liksom argumenteras för eller behövas motiveras fyra gånger i rad, eller bli tillfrågad av sex olika personer om det är så jag verkligen har tänkt.”*

Det finns också uppfattning om att det är värdefullt med en mer styrande barnmorska som kommer med tydliga direktiv och egna åsikter, för att vägleda kvinnorna som inte själva kan ta ställning och avgöra vad som är bäst för dem i situationen. Om kvinnorna upplevt bristande vägledning i barnmorskans förhållningssätt under sin första förlossning finns en förväntan om att själv ge uttryck för en önskan om mer aktiv vägledning nästa gång.

*”Väldigt mycket såhär bara följa efter vad vi tyckte, eller vad jag tyckte. Sen kom de inte med egna åsikter. Jag har lite förväntningar att de ska komma liksom med mer tyckande tror jag. Och det kommer jag nog säga också.”*

### **Kvinnornas kommunikativa och informativa behov**

Kvinnorna som har upplevt bristfällig kommunikation och information under sin första förlossning lägger stor vikt vid att vilja få en fungerande dialog och ställer därmed högre krav på barnmorskan inför sin kommande förlossning. Kvinnorna uttrycker också förväntningar om att vårdpersonalen ska vara samstämmig och inte tala emot varandra över huvudet på den födande kvinnan då det erfarits under första förlossningen och skapat otrygghet och missnöjdsamhet. Barnmorskans vägledning upplevs då som otydlig, varför förväntningar finns om förbättrad kommunikation och tydligare engagemang från barnmorskan under kommande förlossning.

*”Ja det är mest...Alltså sådana grejer jag tänker på. Att jag ska få bra, bra personal. Det är jag nästan mer rädd för än, än själva skedet så att säga. För jag är ganska säker på att kroppen gör det den ska liksom. Och just det här att få bra information och vägledning och allt det här. Det, det hoppas jag kanske blir lite bättre den här gången.”*

Vikten av kommunikation och fortlöpande information ifrån barnmorskan tydliggörs följaktligen inför andra förlossningen. Kvinnorna menar att det är barnmorskans ansvar att initiera till dialog. Det uttrycks också förväntningar om barnmorskans förmåga att vara lyhörd för kvinnornas behov, utan att de nödvändigtvis verbalt kommunicerar dem. Andra förväntade, önskvärda egenskaper hos barnmorskan är att hon har en mjuk och snäll personlighet, ett gott bemötande och att hon inger lugn och visar att hon tar sig tid att vara hos kvinnorna. Kvinnorna ser gärna att barnmorskan också kommer med positiv uppmuntran.

### **Barnmorskan som länk mellan kvinnan och det ofödda barnet**

Barnmorskan fungerar som en länk mellan den födande kvinnan och det ofödda barnet, där barnmorskan besitter mer kunskap om barnets mående. Kvinnorna förväntar sig stor tillit till att barnmorskan har kontroll över moderns och barnets mående och att barnmorskan gör rätt bedömningar. Att inte själv ha kontroll över barnets mående ses som utlämnande och sårbart och kvinnorna hyser stort förtroende för barnmorskans kompetens. Kvinnorna tenderar ändå att ha en avdramatiserad syn på barnafödande och eventuella avvikelser från det normala och förväntar sig ett komplikationsfritt förlopp.

*”Föda barn är någon form av normaltillstånd. Det är inte ett sjukdomstillstånd på det... Nej men jag försöker nog snarare tänka att det går bra.”*

Trots förväntningar om ett komplikationsfritt förlopp kan tankar ändå skilja sig från att inte tänka på komplikationer överhuvudtaget till att kvinnorna mentalt förbereder sig på att det värsta kan hända. Således finns mental beredskap för att hantera en akut uppkommen situation, exempelvis ett kejsarsnitt om förlossningsförloppet inte fortlöper som förväntat. Vid en eventuell separation från barnet finns förväntningar om att barnmorskan främjar det normala i största möjliga utsträckning, så som hud-mot-hudkontakt mellan mor och barn och sen avnavling. Det tenderar att finnas en större oro för barnet än för kvinnorna själva. Det finns därför en förväntan om att barnmorskan prioriterar barnet i första hand om en komplikation skulle tillstå. Om en situation skulle uppstå som indikerar att barnet inte mår bra under förlossningen förväntar sig kvinnorna rak och ärlig kommunikation ifrån barnmorskan.

*”Men också förväntningar om att, ja men, kanske att man informerar mer om det är så att barnets till exempel hjärtljud går ner. För det gjorde de inte sist utan det förstod jag ju själv på språket de använde. Men det var ingen som liksom informerade oss rakt ut.”*

Vid en eventuell komplikation efterfrågas således rak, tydlig och ärlig information. Kvinnorna önskar dessutom förklaring till val av åtgärd vid en komplikation, för ökad förståelse för händelseförloppet. Det finns en förväntan om att barnmorskan agerar snabbt om en akut situation uppstår och ger tydliga direktiv till kvinnorna om vad som bör göras. Större fokus läggs också på familjebilden inför den andra förlossningen. Vetskapen om hur det är att redan ha ett barn gör att förlusten förväntas bli större om något tillstöter, också på grund av att fler familjemedlemmar påverkas.

*”Förra gången så tänkte jag att jag är viktig för barnet, inget annat... Nu är det så mycket mer som spelar roll eftersom det är ett syskon inblandat... Så jag är nog mer rädd den här gången.”*

### **”Go with the flow” – förväntningar på kontroll under förlossning**

Tankar om att alla är olika och att det inte finns någon tydlig mall för hur en förlossning ser ut bidrar till känslor av kontrollförlust. En första förlossningserfarenhet ger insikt om att förlossningsförloppet är utom egen kontroll. Genom att känna styrka i att ha genomgått en tidigare förlossning förväntar sig kvinnorna att våga släppa kontrollen, ge sig därhän och följa sin kropp. Det upplevs som lönlöst att ställa sig in på ett visst förlossningsförlopp och planera i förväg. Fokus läggs istället på att ta ett förlossningsskede i taget där kroppen får leda.

*”Jag har väl fattat det någonstans att det är ingen idé att ha en massa förväntningar på längd och förlopp utan jag vill bara vara så förberedd jag kan va, men sen så är det ju bara go with the flow liksom.”*

Trots insikt om att förlossningens förlopp inte går att kontrollera finns ändå förväntan om att förlossningsförloppet ska gå snabbare än vid första förlossningen, men också en ödmjukhet inför att så inte behöver bli fallet. Samtidigt finns en rädsla hos kvinnorna med

tidigare snabbt förlossningsförlopp att inte hinna in till sjukhuset i tid, vilket uttrycks vara önskvärt för att ha kontroll över situationen och hinna förbereda sig på att föda. Kvinnorna uttrycker oro för de inte ska hinna landa i att de har fått barn, när förlossningen går fort, vilket de menar påverkar känslan av att knyta an till barnet. Stor vikt läggs därför vid att vara uppmärksam på kroppens signaler vid förlossningsstart.

*”Jag är lite rädd över att det ska gå lika fort. För det tog ganska lång tid innan jag kunde landa i att vi faktiskt hade fått barn... Det var svårt att känna anknytning när det hade gått så fort. Man var liksom inte med på det sättet.”*

Förväntningar finns också om ett likvärdigt förlossningsförlopp som under den första förlossningen och uttryck ges för att bli förvånad om så inte skulle bli fallet.

*”Skulle det börja med att vattnet går den här gången skulle jag nog bli lite sådär jaha vad gör vi nu då... Man är nog ganska inställd på att det ska bli som sist tror jag.”*

### **Kvinnornas förväntningar på kroppskontroll under förlossning**

Även om kvinnorna är medvetna om att förlossningens förlopp inte går att kontrollera, förväntar de sig ändå ha kontroll över situationen under sin kommande förlossning. Genom att släppa på kontrollen över förlossningsförloppet förväntar sig kvinnorna en förstärkt känsla av kontroll i förlossningssituationen då det finns ett förtroende för att den egna kroppen gör vad den ska. Samtidigt finns det stor tilltro till att barnmorskan har kunskap och vägleder om kvinnorna brister i egen känsla av kontroll.

*”Jag trodde nog att jag hade bättre förmåga förra gången... Kroppskontroll och självkontroll och lite såhär... Nu tänker jag också att nu vet jag. Jag försöker att inte ha samma både vare sig stress eller press på mig själv att faktiskt kontrollera situationen. Utan att faktiskt följa kroppen på ett annat sätt. Kroppen ska få göra sitt...Så kontroll handlar nog mer om att jag känner att jag vill styra upp förloppet runtomkring snarare än alltså själva födelseförloppet, tänker jag är kroppens uppgift och inte mitt huvud som ska styra den.”*

Tidigare förlossningserfarenhet bidrar med vetskap om hur kroppen fungerar under förlossning och ger därmed större kroppskontroll. Därmed beskrivs en känsla av att vara mer förberedd på vad som väntar. Mental och kroppslig förberedelse som yoga och mindfulness beskrivs vara verktyg att använda sig av för att behålla kontroll.

*”Just att försöka behålla fokus på andning och tänka på att man ska göra sig tung i kroppen... Att man inte försöker springa ifrån själva känslan utan att man möter den istället då... Så jag hoppas jag behåller huvudet om säger så...”*

### **Kvinnornas förväntningar på smärtkontroll under förlossning**

Erfarenheten av en tidigare förlossning kan medföra tilltro till kvinnornas förmåga att känna kontroll över förlossningssmärtan och inför andra förlossningen uttrycks ett förväntat mindre behov av smärtlindring eller samma behov som vid första förlossningen.



*”När jag födde mitt första barn... Då var jag inställd på att jag ska in och få ryggmärgsbedövning och jag vill hinna...Liksom få alla, alla möjliga bedövningar man kan tänkas få. Det var liksom min vision då. Men med tanke på att jag har gått igenom en förlossning så känner jag att jag klarar nog av utan att få någon smärtlindring.”*

Kvinnorna känner också trygghet i att använda sig av samma smärtlindringsmetod som under första förlossningen. Däremot skiljer sig inställningen till smärtlindring. Uttryck ges för att vilja föda så naturligt som möjligt och en uppfattning finns om att gå miste om känslan av en naturlig förlossning om smärtlindring används. Samtidigt ges det också uttryck för att ingen prestige föreligger avseende smärtlindring då det inte finns behov av att bevisa något utan smärtlindring ses som ett lika naturligt och accepterat val. Däremot, de som var mindre nöjda med given smärtlindring under sin första förlossning uttrycker önskemål både om mer styrning från barnmorskan vad gäller val av smärtlindring men även om mer respekt för egna smärtlindringsval. Kvinnorna förväntar sig ändå ha förtroende för att barnmorskan individanpassar val av smärtlindring och är således öppna för förslag. En aspekt som lyfts fram är att kvinnorna förväntar sig att smärtan ska vara hanterbar, vilket anses vara viktigt för att bibehålla kontroll. Däremot uttrycks ingen direkt rädsla för smärta utan tidigare erfarenhet av förlossningssmärta ger bättre förutsättningar för att hantera smärtan vilket har en lugnande inverkan på kvinnornas förväntningar avseende smärta.

*”Du kan tänka det värsta, värsta, värsta liksom. Ja men det kommer bli så. Det liksom bara är så. Och att det inte är nåt konstigt eller farligt, utan hur ont det än gör så går det över.”*

## **Resultatsammanfattning**

Kvinnorna som väntar sitt andra barn beskriver sina förväntningar inför kommande förlossning med blandade känslor. De finns en uppfattning om att den första förlossningsupplevelsen har stor inverkan på förväntningarna inför kommande förlossning. En positiv förlossningsupplevelse kan hjälpa kvinnorna att känna trygghet inför kommande förlossning, men kan också leda till att högre krav ställs på förväntningarna. En tidigare negativ förlossningsupplevelse kan rusta kvinnorna med större beredskap och inge förhoppning om att nästa förlossningsupplevelse blir bättre. Kvinnornas förväntningar avseende partners stöd under förlossning varierar. Uttryck ges för att partnern utgör ett mycket viktigt stöd men också för att stödet likväl kan ges från annan stödjande person. Det anses viktigt att partnern närvarar för den gemensamma upplevelsens skull. Det finns en rädsla hos kvinnorna att det förväntas av dem att de på grund av sin tidigare förlossningserfarenhet redan ”kan”, vilket leder till oro. Barnmorskan ses som en betydelsefull vägledare genom förlossningen som initierar till en fungerande dialog och är lyhörd för individuella uttryck och önskemål samtidigt som hon är mer styrande när situationen kräver. Barnmorskan fungerar också som en länk mellan kvinnan och det ofödda barnet och det finns stor tillit till att barnmorskan tar ansvar för både barnets och moderns mående och gör rätt bedömningar. Vid en eventuell komplikation efterfrågar kvinnorna rak och tydlig kommunikation och ärlig information. Förväntningar finns ändå om ett komplikationsfritt förlossningsförlopp och kvinnorna menar att föda barn inte är ett sjukdoms- utan ett normaltillstånd. Samtidigt finns mental förberedelse för att det värsta kan hända. En tidigare förlossningserfarenhet bidrar med kunskap om hur kroppen fungerar under förlossning och medför ökad kroppskontroll eftersom kvinnorna är förberedda på vad som väntar. Samtidigt finns insikt om att förlossningsförloppet till viss del är utom egen

kontroll, vilket hjälper kvinnorna att ge sig därefter och följa sin kropp. Kvinnorna förväntar sig ett snabbare förlossningsförlopp och oro uttrycks för att ett fort förlossningsförlopp kan leda till svårigheter avseende anknytning till barnet. Vidare förväntar sig kvinnorna att förlossningen startar på liknande sätt som vid första förlossningen. De känner trygghet i att använda sig av samma smärtlindringsmetod som under första förlossningen och förväntar sig således inte vara i behov av ytterligare smärtlindring. Det finns också förväntan och förtroende för att barnmorskan individanpassar val av smärtlindring.

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Vald metod för studien var kvalitativ metod med hermeneutisk textanalys. För att bedöma studiens trovärdighet analyserades metoden utifrån begreppen *giltighet*, *tillförlitlighet*, *delaktighet* och *överförbarhet*, vilka beskrivs av Lundman och Hällgren Graneheim, 2017.

### *Giltighet*

Studiens informanter eftersöktes via det sociala mediet Facebook där informanterna själva fick initiera kontakt med författarna om de ansåg sig lämpliga och hade intresse av att delta. En fördel med denna strategi var att författarna inte påverkade informanternas val av att delta, utan medverkan var på informantens egna initiativ. Samtidigt kan en nackdel med denna urvalsstrategi ha varit att andra lämpliga informanter förbisågs av författarna. En annan fördel var att informanterna som deltog ville delge sina erfarenheter av ämnet och var villiga att berätta, eftersom forskningsintervjun innebär ett samtal om ett ämne som är av gemensamt intresse (Kvale & Brinkmann, 2014). Insamlad data gav på så sätt därför en bred bild av ämnet. För att svara på studiens syfte användes halvstrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod. Metoden var relevant eftersom intervjun kunde anpassas efter vad informanten ville berätta och följdfrågor kunde användas när författarna önskade få ökad förståelse för ett resonemang (Nyström, 2012). Möjligen gav datainsamlingsmetoden mindre utrymme för att helt ärligt berätta om sina förväntningar, på grund av en icke anonym situation. En alternativ datainsamlingsmetod som eventuellt hade kunnat medföra sådana uttryck av privat karaktär hade kunnat vara skrivna berättelser. Samtidigt upplevde författarna att de svar som gavs under intervjuerna generellt var innehållsrika och öppenhjärtiga, det vill säga att den sanna meningen tycktes komma fram, vilket Kvale och Brinkmann (2014) menar är eftersträvansvärt med intervju som datainsamlingsmetod. Diskussion har förts om intervjuguidens mer specifika följdfrågor kan ha påverkat studiens resultat, då vissa ämnen kanske inte hade berörts av informanterna med endast en öppen fråga att utgå ifrån. Samtidigt menar Kvale och Brinkmann (2014) att intervjuguiden är en hjälp för att täcka så många aspekter av ämnet som författarna sökte svar på. Antalet informanter som inkluderades i studien var tio kvinnor, där en kvinna slutligen avböjde att medverka. Då insamlade data gav en betydelsefull variation av ämnet, sågs inget behov av att inkludera fler informanter. Möjligtvis hade ytterligare aspekter av ämnet kunnat undersökas om fler informanter inkluderats, men det är inte säkert att studiematerialets kvalitet hade ökat med fler informanter. Informanterna representerade ett spritt geografiskt område, samt spridning avseende ålder och utbildningsnivå, vilket ökade möjligheten att synliggöra ämnet utifrån olika kvinnors perspektiv (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

### *Tillförlitlighet*

Genom att noggrant beskriva metoden och analysförfarandet, stärktes resultatets tillförlitlighet. Eftersom intervjuerna delades upp mellan författarna sågs en möjlighet att författarna delgavs varierande beskrivningar av ämnet, vilket kan ha varit en fördel för att belysa ämnet utifrån många olika perspektiv. En nackdel med en sådan uppdelning av informanter skulle kunna ha varit att informanterna fick olika följdfrågor under intervjuerna,

men genom att båda författarna läste samtliga intervjutexter och analyserade dem gemensamt ökade tillförlitligheten i resultatet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Dessutom sågs risken för maktobalans, om intervjuerna genomförts av författarna tillsammans, vara större än risken för ett icke samstämmigt intervjuförfarande. Författarna hade ändå ömsesidig förståelse för att maktobalans mellan författare och informant trots allt är helt oundvikligt (Kvale & Brinkmann, 2014). Den hermeneutiska texttolkningen som analysmetod bedömdes som relevant då syftet innebar att synliggöra förväntningar. Analysmetoden hjälpte författarna att få en djupare förståelse för textens mening då författarna återkommande diskuterade och reflekterade över innehållet under hela analysförandet, i enlighet med den hermeneutiska spiralen (Kvale & Brinkmann, 2014; Gadamer, 1997). Samtidigt kan metodens utrymme för tolkning i kombination med att författarna var noviser bidragit till en eventuell ofullständig tolkning eller övertolkning. En alternativ analysmetod som eventuellt hade gett tydligare riktlinjer för författarna att förhålla sig till, med fokus på intervjutextens likheter och skillnader, skulle kunna vara kvalitativ innehållsanalys (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Diskussion lyftes om hur författarnas förförståelse kan ha påverkat studiens resultat. Före studiens genomförande reflekterade författarna över förförståelsen, både gemensamt och individuellt. Reflektionen medvetandegjorde på så sätt författarnas tankar om egen förförståelse kring ämnet som då fördes i ljuset. Då metoden för dataanalysen var hermeneutisk texttolkning fick förförståelsen ta plats under tolkningen av intervjutexten eftersom förförståelse är en förutsättning för att överhuvudtaget kunna förstå. Efter genomförandet av intervjuerna jämförde författarna intervjutextens innebörd gentemot varandra, vilket ytterligare bidrog till studiens tillförlitlighet (Kvale & Brinkmann, 2014; Norberg & Fagerberg, 2017).

### *Delaktighet*

Under analysförandet fanns en medvetenhet om att författarna medverkade till intervjuens textinnehåll eftersom det är omöjligt att förhålla sig helt oberoende i en intervjusituation. Genom att textanalysen genomfördes gemensamt av författarna säkerställdes att det var informantens röst som lyftes fram, vilket var en fördel. För att styrka de beskrivningar som kvinnorna gav uttryck för under intervjuerna användes citat, vilka beskrevs ordagrant för att bekräfta studiens resultat (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

### *Överförbarhet*

Eftersom författarna tydligt redogjorde för urval, informanter, datainsamling, analys och plats för intervju fanns det goda förutsättningar för resultatet att överföras till andra tvåföderskor i liknande kontext som studiens informanter (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). En viktig aspekt som författarna reflekterade över var att trots detta inte generalisera sitt resultat till alla tvåföderskor, utan snarare synliggöra denna studiens informanters perspektiv utifrån deras unika sammanhang (Kvale & Brinkmann, 2014).

## **Resultatdiskussion**

I studiens resultat framgick tydligt den första förlossningsupplevelsens inverkan på förväntningarna inför kommande förlossning, vilket kvinnorna uttryckte vara både på gott och ont. En positiv förlossningsupplevelse beskrevs kunna hjälpa kvinnorna att känna trygghet inför sin kommande förlossning. Ayers och Pickering (2005) bekräftar att det finns ett samband mellan den gravida kvinnans förväntningar inför förlossning och

förlossningsupplevelsen där positiva förväntningar associeras med en positiv förlossningsupplevelse (a.a). Kvinnorna i studien menade också att en tidigare positiv förlossningsupplevelse även kunde leda till att högre krav ställdes på förväntningarna och kvinnorna uttryckte en rädsla för att bli besvikna om deras förväntningar inte infriades. Ayers och Pickering (2005) beskriver vidare att negativa förväntningar associeras med en negativ förlossningsupplevelse medan Pirdel och Pirdel (2015) menar att negativa förväntningar oftare uppnås hos de kvinnor som tror att de ska bli verklighet (a.a). Kvinnorna i studien menade dessutom att en tidigare negativ förlossningsupplevelse kunde rusta dem med större beredskap och en förhoppning om att nästa förlossningsupplevelse skulle bli bättre. Det kunde också skapa förväntningar om få ta revansch. Det tycks därför vara av vikt att barnmorskan har förståelse för den tidigare upplevelsens inverkan på förväntningarna för att kunna möta kvinnans individuella behov. Genom att barnmorskan hjälper kvinnan att synliggöra sina förväntningar och samtala om dem i positiv riktning kan förutsättningar skapas för en så positiv förlossningsupplevelse som möjligt.

Kvinnorna i studien förväntade sig ett snabbare förlossningsförlopp än under den första förlossningen och Lindgren och Wiklund (2016) beskriver att förlossningsförloppet vanligen är snabbare för en omfödelska än en förstfödelska, framförallt vad gäller utdrivningsskedet (a.a). Kvinnorna förväntade sig också att förlossningen skulle starta på liknande sätt som första gången, vilket kan förklaras av att den första förlossningen är den enda bild som kvinnorna har att förhålla sig till. Kvinnorna gav uttryck för att de skulle bli förvånade om förlossningen startade på ett annat sätt än hur den första förlossningen startade. Det kan antas att tvåfödelskor bör ha mer realistiska förväntningar avseende förlossningen, men anmärkningsvärt nog menar Pirdel och Pirdel (2015) att så inte alltid är fallet. Det fanns också en rädsla hos kvinnorna att det förväntades av dem att de på grund av sin tidigare förlossningserfarenhet redan ”kan”. Vidare beskriver Norr, Block Charles och Meyering (1980) att omfödelskor får mindre stöd under sin förlossning i jämförelse med stödet kvinnor som föder sitt första barn får (a.a). Tankar väcks om det finns en uppfattning hos barnmorskan att tvåfödelskan är ”van” föderska, vilket i sin tur resulterar i att hon inte får lika mycket stöd som förstfödelskan under förlossning. Genom att barnmorskan blir medveten om tvåfödelskans rädsla och att hennes förväntningar inte alltid är realistiska får barnmorskan insikt om tvåfödelskans behov av stöd.

Inför andra förlossningen tydliggjordes vikten av rak kommunikation och ärlig information ifrån barnmorskan. Hupcey och Morce (1997) beskriver att barnmorskans informativa stöd är en viktig del av hennes professionella stöd (a.a). Kvinnor som erhåller adekvat och noggrann information under förlossning får bättre förutsättningar för en positiv förlossningsupplevelse, på så sätt att det bidrar till att kvinnorna känner kontroll över situationen vilket inger lugn (Levander, Walkinshaw & Walton, 1999). Med dialogen som verktyg ska barnmorskan arbeta för att stödja patientens självbild, värdighet, integritet och autonomi för att kunna skapa tillit, trygghet, delaktighet och jämlikhet (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). Kvinnorna i studien såg barnmorskan som en betydelsefull vägledare genom förlossningen, som initierar till en fungerande dialog och är lyhörd för individuella uttryck och önskemål, samtidigt som barnmorskan är mer styrande när situationen kräver. Kvinnorna förväntade sig också att barnmorskan är uppmärksam på deras behov, utan att de nödvändigtvis verbalt uttrycker dem. Berg, Lundgren, Hermansson och Wahlberg (1996) bekräftar dessa förväntningar avseende barnmorskans intuitiva förmåga att uppmärksamma och tillgodose kvinnornas behov (a.a). Det kan ses som anmärkningsvärt att

kvinnorna har denna förväntan på barnmorskan och det kan tänkas vara svårt för barnmorskan att uppmärksamma alla dessa ”dolda” behov hos kvinnan. Enligt den etiska koden för barnmorskor (ICM, 2008) ska barnmorskan uppmuntra kvinnor att ha realistiska förväntningar avseende barnafödande (a.a). Med det i åtanke skulle det kunna vara av värde att barnmorskan redan under graviditeten, exempelvis i samband med utformandet av kvinnornas förlossningsplan, klargör vikten av att ha realistiska förväntningar så att inte förlossningsplanen utgör en falsk trygghet för kvinnorna. Pirdel och Pirdel (2015) understryker också betydelsen av att barnmorskan försäkras sig om att gravida kvinnor är tillräckligt förberedda för vad en förlossning faktiskt innebär, för att minimera risken att förväntningarna skiljer sig allt för mycket ifrån förlossningsupplevelsen (a.a). Det kan också tänkas vara relevant att barnmorskan informerar de gravida kvinnorna om vikten av deras egen tydlighet under förlossningen för att erhålla optimalt stöd från barnmorskan.

Kvinnorna i studien gav uttryck för att det i en förlossningssituation kan vara svårt att förmedla sina behov av information, vilket kan ses som en sårbarhet. Kvinnorna som upplevt bristande kommunikation och information under sin första förlossning hade högre förväntningar avseende informativt stöd inför sin kommande förlossning. Behovet av informativt stöd kan förstås utifrån Antonovskys (2005) begrepp Meningsfullhet, som i detta sammanhang kan handla om kvinnornas förmåga att känna mening i de situationer som uppstår under en förlossning. Genom att barnmorskan exempelvis ger information om val av åtgärd, kan kvinnan känna mening med de åtgärder som görs och därigenom se vikten av sitt egna engagemang i situationen. Reflektion väcks kring vikten av barnmorskans fingertoppskänsla avseende kvinnornas individuella informativa behov. Det tycks vara så att förväntningar avseende tillfredsställande information är en viktig faktor för kvinnornas förlossningsupplevelse, som barnmorskan har stor förmåga att påverka.

Kvinnornas förväntningar avseende partners stöd under förlossning varierade. Å ena sidan ansåg kvinnorna att partners stöd likväl kunde ges från annan stödjande person, men att det var viktigt att partnern var med för sin egen skull och för att dela upplevelsen med sin kvinna. Å andra sidan kunde partnern utgöra ett viktigt stöd endast genom sin närvaro. Förväntningar uttrycktes också om ett mer aktivt stöd från partnern där kvinnorna förväntar sig att partnern ger vägledning och har möjlighet att efterlikna barnmorskans stödjande roll. Partnern förväntas då stödja sin kvinna genom att han fungerar som hennes förlängda arm och uttrycka hennes behov när hon inte själv har förmåga att göra det. Somers-Smith (1999) bekräftar att kvinnor förväntar sig varierande stöd från sin partner under förlossning. Kvinnorna bygger ofta sina förväntningar avseende stöd på vilka erfarenheter de har av stöd från sin partner i stressfulla situationer generellt i livet (a.a). Oavsett vilken typ av stöd som kvinnorna förväntar sig av sin partner, är partnern oftast den som kvinnorna vänder sig till i första hand om hon önskar stöd och uppmuntran under sin förlossning (Aune, Torvik, Selboe, Skogås, Persen & Dahlberg, 2015). Vilket stöd tvåföderskor förväntar sig av sin partner under förlossning väcker tankar om att det till viss del verkar vara styrt av partners personlighet och förmåga att ge stöd (a.a). Tvåföderskor tycks grunda sina förväntningar avseende partners stöd på erfarenheter från tidigare förlossning. Barnmorskan bör därför vara lyhörd för det enskilda paret upplägg avseende stöd för att inte förvänta sig att partnern ska kliva in i en mer aktivt stödjande funktion som han inte känner sig bekväm med. Barnmorskan bör också vara ödmjuk inför att kvinnorna inte heller alltid förväntar sig sådant stöd av sin partner. Likväl kan det vara av stor betydelse för kvinnornas

förlossningsupplevelse att låta partnern som vill bli involverad få utrymme att stödja sin kvinna.

Kvinnorna i studien tenderade att ha en avdramatiserad syn på barnafödande och eventuella avvikelser från det normala. Ändå kunde tankar skilja sig från att förbereda sig mentalt på att det värsta kan hända till att inte tänka på komplikationer överhuvudtaget. Kvinnorna förväntade sig dock ett komplikationsfritt förlossningsförlopp och menade att föda barn inte är ett sjukdoms- utan ett normaltillstånd. Bryar och Sinclair (2011) beskriver i den teoretiska modellen "Medical model of pregnancy ↔ Pregnancy as a normal life event" två förhållningssätt vad gäller synen på barnafödande. I enlighet med "Pregnancy as a normal life event" ses det som positivt att kvinnorna uttrycker att barnafödande är en naturlig process, eftersom det är eftersträvänsvärt för barnmorskor att också få arbeta utifrån det perspektivet. När även barnmorskan ser på barnafödande som en normal livshändelse står den födande kvinnan i centrum. Hon får då en aktiv roll under förlossning som beslutsfattare, vilket är av värde då det finns en förväntan hos kvinnorna i studien om att bli respekterade för sina åsikter och inte behöva motivera sina val under förlossning. Trots tankar om att barnafödande är en normal process hade kvinnorna mental beredskap för att en akut situation skulle kunna uppstå under förlossningen. Vetskapen om hur det är att redan ha ett barn gjorde att kvinnorna förväntade sig en större förlust om något skulle hända under förlossningen, också på grund av att fler familjemedlemmar påverkas denna gång. Enligt Raphael-Leff (1991) är kvinnor som redan har fött barn mer medvetna om förändringen som ett ytterligare barn medför (a.a). Kvinnorna i studien förväntade sig att känna stor tilltro till att barnmorskan övervakar mor och barn under förlossningen. Barnmorskan fungerar därmed som en länk mellan kvinnan och det ofödda barnet och det finns stor tillit till att barnmorskan tar ansvar för både barn och mors mående och gör rätt bedömningar. Även Lindgren, Rehn och Wiklund (2014) menar att blivande mödrar har höga förväntningar avseende barnmorskans ansvar vad gäller medicinsk säkerhet under förlossning (a.a). Vikten av barnmorskans vägledande roll tydliggörs särskilt om en komplikation skulle uppstå. (Karlström, Nystedt och Hildingsson, 2015). Det kan tänkas att födande kvinnor därmed släpper på kontrollen i framförallt akuta situationer och överlämnar sig själva och det ofödda barnet i barnmorskans händer, eftersom förväntningarna på tillit till barnmorskans kompetens är stor.

I resultatet framgick att en tidigare förlossningserfarenhet bidrog med kunskap om hur kroppen fungerar under förlossning och medförde förväntningar om ökad kroppskontroll eftersom kvinnan var förberedd på vad som väntade. Samtidigt fanns insikt om att förlossningsförloppet till viss del är utom egen kontroll, vilket hjälper kvinnan att ge sig därefter och följa sin kropp på ett annat sätt än vid den första förlossningen. Kvinnorna uttryckte förväntan om att det är lönlöst att ställa sig in på ett visst förlossningsförlopp och planera i förväg, fokus läggs istället på att ta ett förlossningsskede i taget där kroppen får leda. Resultatet överensstämmer med studien av Aune et al. (2015) som också beskriver att kvinnor ger uttryck för att de förlitar sig på sin egen kropps inneboende styrka under förlossning och att inte på förhand lägga fokus på att planera ett förlossningsförlopp som ändå är omöjligt att kontrollera (a.a).

Vidare beskrivs att känslan av kontroll också associeras med en aktiv roll där kvinnorna uttrycker vikten av att de själva är beslutsfattare under förlossningen. Lika viktigt som kontroll är förmågan att släppa taget och lita på kroppen. Fysisk och mental förberedelse inför förlossning uttrycks vara viktigt för att uppnå känsla av kontroll under förlossning

(Karlström, Nystedt och Hildingsson, 2015). Kvinnorna i studien hade också förväntningar om att förberedelse genom yoga och mindfulness kunde vara till hjälp under kommande förlossning och kvinnorna förväntade sig att barnmorskan skulle påminna dem om andnings- och avslappningsteknik under förlossningen. Green, Coupland och Kitzinger (1990) beskriver att kvinnor som innan förlossningen förväntat sig ha nytta av god andnings- och avslappningsteknik också upplevde att det var till hjälp under sin förlossning (a.a). För att förstå sig på den födande kvinnans egna resurser för att bemästra den situation hon befinner sig i, kan barnmorskan ta hjälp av Antonovskys (2005) begrepp Hanterbarhet. Barnmorskan bör vara medveten om att resurserna kan finnas hos kvinnan själv eller i hennes omgivning så som genom det professionella stöd barnmorskan erbjuder. Genom att barnmorskan på så vis hjälper kvinnan att känna hanterbarhet under förlossning gynnas en positiv upplevelse (a.a). Således tycks det vara positivt att kvinnan har verktyg för att hantera sin kommande förlossning, vilket barnmorskan bör uppmärksamma och stödja för att skapa förutsättningar för en positiv förlossningsupplevelse.

Erfarenhet av en tidigare förlossning kan medföra tilltro till kvinnornas förmåga att känna kontroll över förlossningssmärtan och kvinnorna uttryckte ingen rädsla vad gäller förlossningssmärta. Kvinnorna förväntade sig att känna trygghet i att använda sig av samma smärtlindringsteknik som under första förlossningen och förväntade sig således inte vara i behov av ytterligare smärtlindring, utan snarare mindre. Inställning till smärtlindring tycktes dock variera med både tankar om att smärtlindring tar bort känslan av en naturlig förlossning och att det inte finns någon prestige i att använda smärtlindring, utan det viktiga är att situationen är hanterbar. Även Aune et al. (2015) beskriver att kvinnor menar att smärtlindring kan störa den naturliga barnafödandeprocessen och att smärta är ofarligt (a.a). Det ses som positivt att kvinnorna inte uppger sig vara rädda för förlossningssmärtan, då Pirdel och Pirdel (2015) beskriver att negativa förväntningar avseende förlossningssmärta leder till att förlossningssmärtan upplevs som värre (a.a). Det kan därför vara värdefullt att barnmorskan är medveten om kvinnans inställning till smärta för att kunna bemöta hennes önskemål och behov av eventuell smärtlindring. Det kan också vara av värde att barnmorskan är medveten om att kvinnorna förväntar sig vara i behov av mindre smärtlindring under sin andra förlossning och att de reflekterar över hur kvinnans förlossningsupplevelse påverkas om så inte blir fallet.

## **Konklusion**

Det finns en uppfattning hos tvåföderskor om att den första förlossningsupplevelsen har skapat alla förväntningar och förutsättningar inför kommande förlossning. Tvåföderskorna har överlag positiva förväntningar inför sin kommande förlossning. Trots positiva förväntningar ges uttryck för en oro om att barnmorskan förväntar sig att de på grund av sin tidigare förlossningserfarenhet redan ”kan”. Tvåföderskor är således i behov av barnmorskans individuella och professionella stöd.

## **Förslag på klinisk tillämpning**

I studiens resultat framkommer det att tvåföderskorna förväntar sig lika mycket stöd från barnmorskan som vid sin första förlossning. Ett förslag till klinisk tillämpning är att barnmorskor redan inom mödrahälsovården uppmärksammar tvåföderskors förväntningar och bjuder in till samtal om dessa inför deras kommande förlossning. Genom att barnmorskan hjälper tvåföderskan att tydliggöra sina förväntningar inför sin kommande



förlossning ges förutsättningar för kvinnan att skapa så positiva och realistiska förväntningar som möjligt, vilket är gynnsamt för förlossningsupplevelsen. Med vetskap om tvåföderns oro för att betraktas som att de redan "kan" föda barn har barnmorskan dessutom en viktig uppgift i att erbjuda individuellt, professionellt stöd.

### **Förslag på fortsatt forskning**

I studien synliggörs tvåföderns förväntningar inför sin kommande förlossning. Förslag på fortsatt forskning är att undersöka hur tvåfödern upplevde sin andra förlossning och hur väl deras förväntningar faktiskt överensstämde med verkligheten. Vidare vore det av intresse att veta om tvåfödern upplever att förlossningsupplevelsen påverkas om de får sätta ord på sina förväntningar.

## REFERENSLISTA

- Alfvén, M. (2009). Psykologiska aspekter på graviditet. I A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lundgren (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (s. 109-113). Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Aune, I., Torvik, H-M., Selboe, S-T., Skogås, A-K., Persen, J. & Dahlberg, U. (2015). Promoting a normal birth and a positive birth experience — Norwegian women's perspectives. *Midwifery*, 31, 721-727.
- Ayers, S. & Pickering, A.D. (2005). Women's expectations and experience of birth. *Psychology and Health*, 20, 79-92. Doi: 10.1080/0887044042000272912.
- Barnmorskeförbundet (2017). *Barnmorskan*. Hämtad 2017-12-19, [från http://www.barnmorskeforbundet.se/barnmorskan](http://www.barnmorskeforbundet.se/barnmorskan)
- Berg, M., Lundgren, I., Hermansson, E. & Wahlberg, V. (1996). Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*, 12, 11-15.
- Berg, M. & Premberg, Å. (2010). Att bli förälder. I M. Berg & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka vårdande vid barnafödande* (s. 69- 83). Lund: Studentlitteratur.
- Bryar, R. & Sinclair, M. (2011). Conceptualizing midwifery. I R. Bryar & M. Sinclair (Red.), *Theory for midwifery practice* (s. 16- 58). Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Bäckström, C., Larsson, T., Wahlgren, E., Golsäter, M., Mårtensson, L. & Thorstensson, S. (2017). 'It makes you feel like you are not alone': Expectant first-time mothers' experiences of social support within the social network, when preparing for childbirth and parenting. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 12, 51-51.
- Christiaens, W. & Bracke, P. (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7, 1-12. Doi: 10.1186/1471-2393-7-26
- Christiaens, W., Bracke, P. & Verhaeghe, M. (2008). Childbirth expectations and experiences in Belgian and Dutch models of maternity care. *Journal of reproductive and Infant Psychology*, 26, 309-322.
- Etikprövningsnämnderna (2017). *Ansökan om etikprövning*. Hämtad 2017-12-13, från <http://www.epn.se/>
- Gadamer, H-G. (1997). *Sanning och metod*. Göteborg: Daidalos
- Gibbins, J. & Thomson, A.M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17, 302-313. Doi: 10.1054/midw.2001.0263

Green, J. M., Coupland, V.A. & Kitzinger, B.A. (1990). Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: A Prospective study of 825 women. *Birth*, 17, 15-24.

Hildingsson, I. (2016). Hälsovård under graviditet. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde* (s. 273-284). Lund: Studentlitteratur.

Hupcey, J. & Morse, J. (1997). Can a Professional Relationship Be Considered Social Support? *Nursing Outlook*, 45, 270-276.

International Confederation of Midwives (2011). *ICM International Definition of the Midwife*. Hämtad 2017-12-19, från [http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Definition of the Midwife - 2011.pdf](http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Definition_of_the_Midwife_-_2011.pdf)

International Confederation of Midwives (2008). *International Code of Ethics for Midwives*. Hämtad 2017-12-14, från [http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008\\_001\\_V2014 ENG International Code of Ethics for Midwives.pdf](http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001_V2014_ENG_International_Code_of_Ethics_for_Midwives.pdf)

International Confederation of Midwives (2014). *Keeping Birth Normal*. ICM: Haag.

Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer och begrepp – En ordbok*. Lund: Studentlitteratur.

Karlström, A., Nystedt, A. & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 1-8. Doi: 10.1186/s12884-015-0683-0

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

Larkin, P., Begley, C. & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25, 49-59.

Larsson, Å., Wärnå-Furu, C. & Näsman, Y. (2017). The meaning of caring in prenatal care from Swedish women's perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, 702–709. Doi: 10.1111/scs.12383

Levander, T., Walkinshaw, S-A. & Walton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*, 15, 40-46.

Lindgren, H., Rehn, M. & Wiklund, I. (2014). *Barnmorskans handläggning vid normal förlossning*. Lund: Studentlitteratur.

- Lindgren, H. & Wiklund, I. (2016). Förlossningens förlopp. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (s. 446-456). Lund: Studentlitteratur.
- Lou, S., Frumer, M., Schlütter, M.M., Petersen, O.B., Vogel, I., & Nielsen, C.P. (2017). Experiences and expectations in the first trimester of pregnancy: A qualitative study. *Health Expect*, 20, 1320–1329. Doi: 10.1111/ hex.12572
- Lundgren, I. (2005). Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery*, 21, 346-354. Doi: 10.1016/j.midw.2005.01.001
- Lundgren, I. & Berg, M. (2016). Professionellt förhållningssätt. I H. Lindgren., K. Christensson & A-K, Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde* (s. 19-25). Lund: Studentlitteratur.
- Lundgren, I. & Wahlberg, V. (1999). The Experience of Pregnancy: A Hermeneutical/Phenomenological Study. *The Journal of Perinatal Education*, 8, 12–20. Doi: 10.1624/105812499X87196
- Malmström, S., Györki, I. & Sjögren, P (1998). *Bonniers svenska ordbok*. Stockholm: Albert Bonniers förlag.
- Marsal, K., Hagberg, H. & Westgren, M. (2014). Fostrets utveckling och fysiologi. I H. Hagberg, K. Marsal & M. Westgren (Red.), *Obstetrik*. (s. 37- 51). Lund: Studentlitteratur.
- Nationalencyklopedin (2017). *Förstföderska*. Hämtad 2017-12-12, från <http://www.ne.se/>
- Nationalencyklopedin (2017). *Förväntan*. Hämtad 2017-12-12, från <http://www.ne.se/>
- Nationalencyklopedin (2017). *Långförförståelse*. Hämtad 2017-12-13, från <http://www.ne.se/>
- Nationalencyklopedin (2017). *Omföderska*. Hämtad 2017-12-12, från <http://www.ne.se/>
- Nationalencyklopedin (2017). *Prenatal*. Hämtad 2017-12-19, från <http://www.ne.se/>
- Nationalencyklopedin (2017). *Trimester*. Hämtad 2017-12-20 från <http://www.ne.se/>
- National Institute for Clinical Excellence (2008). *Antenatal care for uncomplicated pregnancies*. NICE: London
- Norberg, A. & Fagerberg, I. (2017). Fenomenologisk hermeneutik. I B. Höglund-Nielsen. & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 241-253). Lund: Studentlitteratur
- Norr, K., Block, C., Charles, A. & Meyering, S. (1980). The Second Time Around: Parity and Birth Experience. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 1, 30-36.

Nyström, M. (2012). Hermeneutik. I M. Granskär. & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 155-172). Lund: Studentlitteratur.

Pirdel, M. & Pirdel, L. (2015). A comparison of women's expectations of labour and birth with the experiences in primiparas and multiparas with normal vaginal delivery. *Journal of Kathmandu Medical College*, 4, 16-25.

Raphael-Leff, J. (1991). *Psychological processes of childbearing*. London: Chapman & Hall.

Seefat-van Teeffelen, A., Nieuwenhuijze, M. & Korstjens, I. (2009). Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. *Midwifery*, 1-6. Doi:10.1016/j.midw.2009.09.006

SFOG (2008). *Mödravård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa*. Stockholm: SFOG SFS 2003:460. *Lag om etikprovning som avser människor*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 13 december, 2017, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)

Socialstyrelsen. (2014). *Underlag till nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. Stockholm: Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19564/2014-10-26.pdf>

Socialstyrelsen (2017). *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2015*. Hämtad 2017-12-07, från [http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/graviditeter\\_forlossningarochnyfodda](http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/graviditeter_forlossningarochnyfodda)

Somers-Smith MJ (1999). A place for the partner? Expectations and experiences of support during childbirth, *Midwifery*, 15, 101-108.

Statistiska centralbyrån (2017). Antal födda barn per kvinna 1960-2016 och prognos 2017-2060. Hämtad 2018-01-03, från <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningsframskrivningar/befolkningsframskrivningar/pong/tabell-och-diagram/sveriges-framtida-befolkning-20162060/antal-fodda-barn-per-kvinna-och-prognos/>

Statistiska centralbyrån (2016). Var tionde barnfamilj är en ombildad familj. Hämtad 2018-01-03, från <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/barn-och-familjestatistik/pong/statistiknyhet/barn--och-familjestatistik-2015/>

Svenska barnmorskeförbundet (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 2018-05-24, från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>

Thorstensson, S., Nilsson, M., Olsson, L., Hertfelt-Wahn, E. & och Ekström, A. (2012). Women's Experiences of Midwifery Support during Pregnancy A step in the Validation of the Scale: "The Mother Perceived Support from Professionals". *Journal of Nursing and Care*, 4, 1-6, Doi: 10.4172/2167-1168.1000241

Vetenskapsrådet (2017). *Forskningsetiska principer inom humanistisk- och samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2017-12-13, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

World Health Organization (WHO). (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneve: World Health Organization, Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health.

# BILAGOR

## Bilaga 1. Intervjuguide

- Information om intervjun och dess syfte.
- Information om frivilligt deltagande och rätten till avbrytande när som helst under intervjuns gång.
- Information om att deltagande i intervjun innebär godkännande om deltagande i studien.
- Bakgrundsfakta om kvinnan:

Namn:

Ålder:

Bostadsort:

Civilstånd:

Arbete:

Utbildningsnivå:

Antal födda barn:

Graviditetsvecka:

Följs din graviditet via barnmorskemottagningen?

1. Berätta om vilka förväntningar du har inför din kommande förlossning?  
(Hur du tror du att det kommer att bli under din förlossning?)
2. Berätta om vilka förväntningar du har om:
  - Stöd från barnmorskan under förlossning?
  - Stöd från din partner under förlossning?
  - Förlossningens förlopp? (Dvs t.ex. start, längd)
  - Egen förmåga att känna kontroll över situationen under förlossning?  
(Exempelvis, kontroll över smärta, kontroll över barnet)

- Smärtlindring under förlossning?
  - Eventuella komplikationer under förlossning? (Dvs att någonting tillstöter med dig/barnet)
3. Hur tror du att dina tidigare förlossningsupplevelser påverkar dina förväntningar nu inför kommande förlossning?
  4. När du tänker på din förlossning, med vilken känsla skulle du beskriva dina förväntningar? (Tex, oro, rädsla, glädje, upprymdhet, förväntansfull)
  5. Har du något mer du skulle vilja berätta om dina förväntningar inför kommande förlossning?
  6. Frågor?

Om vi under analysprocessen av intervjumaterialet skulle uppleva att vi behöver något förtydligande ifrån dig gällande det du har sagt under intervjun. Är det då okej att vi kontaktar dig igen?



## **Bilaga 2. Informationsbrev till informanter via sociala medier**

### **Bakgrund och syfte**

Hej! Vi heter Emilia och Mikaela och är två barnmorskestudenter som läser på barnmorskeprogrammet vid Högskolan i Skövde. Under vår- och höstterminen 2018 skriver vi en magisteruppsats, som bygger på en intervjustudie, som en del av utbildningen. Tidigare studier om förväntningar inför förlossning belyser ofta förstfödorskör eller gravida kvinnor generellt. Syftet med vår studie är därför att: **synliggöra tvåfödorskors förväntningar inför kommande förlossning** (med tvåfödorska avses kvinnor som väntar barn för andra gången).

### **Förfrågan om deltagande**

I studien eftersöks svensktalande tvåfödorskör i tredje trimestern (efter graviditetsvecka 28) med nuvarande väsentligen normal graviditet. Med väsentligen normal graviditet avser vi att inkludera kvinnor utan sådana graviditetskomplikationer som kan tänkas påverka förlossningsförväntningar i en viss riktning, exempelvis stark förlossningsrädsla, tvillinggraviditet etc. Din tidigare förlossning ska också ha upplevts som normal. Vi har fått Ditt namn genom att Du har tagit kontakt med oss via ett inlägg i sociala medier, där vi efterfrågat lämpliga personer som kan tänkas ingå i studien. Om du tackar ja till att delta i studien ber vi Dig göra det via mail. Vi kommer då kontakta Dig igen och bestämma tid och plats för intervjun.

### **Hur går studien till?**

Studien bygger på intervjuer med frågor som berör tvåfödorskors förväntningar inför kommande förlossning. Intervjun går till på så sätt Du träffar en av oss studenter för intervju. Intervjun kommer att spelas in för att möjliggöra sammanställning av intervjusvar. Intervjumaterialet hanteras konfidentiellt, dvs uppgifter som lämnas under intervjun förvaras på en säker plats utan möjligt intrång från obehöriga. När studien är examinerad och godkänd kommer intervjumaterialet raderas. Intervjuerna kommer äga rum på en av oss tillsammans överenskommen plats där Du känner dig trygg. Avsatt tid för varje enskild intervju beräknas vara ca en timme. Intervjun kräver ingen förberedelse av Dig.

### **Vilka är riskerna?**

Möjliga risker som Ditt deltagande kan medföra för Dig anses vara små, men en viss risk för integritetsintrång på kort eller lång sikt föreligger då frågorna är av personlig art. För att förebygga denna risk vill vi tydliggöra Din rättighet att avstå att svara på frågor du inte känner dig bekväm med. Du har också rätt att när som helst avbryta intervjun. Vid ett eventuellt avbrytande kommer vi inte ta ytterligare kontakt utan respekterar Ditt beslut.

### **Finns det några fördelar?**

En tänkbar nytta med Din medverkan i studien kan vara att Du får möjlighet att reflektera över Dina förväntningar inför kommande förlossning, vilket kan vara värdefullt.

### **Hantering av data och sekretess**

I enlighet med personuppgiftslagen (1998:204) kommer dina svar och resultat behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Personuppgifter hanteras konfidentiellt och endast av

oss två studenter som genomför intervjun samt vår handledare. Intervjutexterna avser mynna ut i magisteruppsatsens resultat. Dina intervjusvar hanteras konfidentiellt och i studiens resultat kommer det inte gå att identifiera att det är just Dina intervjusvar som ligger till grund för textmaterialet. Det kommer inte heller vara möjligt att identifiera var intervjun har ägt rum.

### **Hur får jag information om studiens resultat?**

Magisteruppsatsen kommer att publiceras på DIVA, en portal för bland annat studentuppsatser på internet. Om Du har önskemål om att få ta del av studiens resultat, kan en kopia skickas till Dig via mail eller brev.

### **Försäkring, ersättning**

Ingen ersättning för Din medverkan kommer att utgå.

### **Frivillighet**

Deltagande i studien är frivilligt. Du har när som helst under studiens gång, utan särskild förklaring, rätt att avbryta Ditt deltagande. Om Du väljer att inte delta i intervjun eller väljer att avbryta intervjun kommer det inte att påverka Dina framtida kontakter med mödrahälso- och förlossningsvården. Om Du väljer att avbryta ditt deltagande efter genomförd intervju, när sammanställningen av intervjutexten har påbörjats, kan vi inte radera Ditt intervjumaterial. Om önskemål finns efter ett eventuellt avbrytande, att åter delta i studien, vänligen kontakta oss enligt kontaktuppgifter nedan.

### **Deltagande i intervjun innebär samtycke att medverka i studien.**

### **Frågor?**

Du är när som helst välkommen att kontakta ansvariga studenter eller handledare vid frågor som rör studien.

### **Handledare:**

Stina Thorstensson  
Biträdande professor  
Legitimerad barnmorska  
E-post: -  
Tel. nr: -

### **Ansvariga studenter för studien:**

Emilia Vildhede  
Legitimerad sjuksköterska  
Barnmorskestudent  
Tel. nr: -  
E-post:

Mikaela Axelsson  
Legitimerad sjuksköterska  
Barnmorskestudent

### Bilaga 3. Arbetsfördelning

Mikaela Axelsson

Emilia Vildhede

Utförande av informationsbrev	Utförande av informationsbrev
Genomläsning av och sammanställning av etiska riktlinjer	Genomläsning och sammanställning av etiska riktlinjer
Uttalad sökning av vetenskapliga artiklar inför bakgrund.	Uttalad sökning av vetenskapliga artiklar inför bakgrund.
Sammanställning av tidigare forskning och bakgrund	Sammanställning av tidigare forskning och bakgrund
Formalia	Formalia
Genomläsning av metodböcker och formulering av analysmetod	Genomläsning av metodböcker och formulering av analysmetod
Utformning av intervjufrågor	Utformning av intervjufrågor
Utförande av pilotstudie (1)	Samanställning av informanter
Utförande av intervju 1,3,6 och 7	Utförande av intervju 2,4,5,8 och 9
Sammanställning och nedskrivning av resultat	Samanställning och nedskrivning av resultat
Dataanalys (hermeneutisk texttolkning)	Dataanalys (hermeneutisk texttolkning)
Formulering och bearbetning av resultat, metoddiskussion, resultatdiskussion, resultatsammanfattning, konklusion, förslag på klinisk tillämpning och förslag till vidare forskning	Formulering och bearbetning av resultat, metoddiskussion, resultatdiskussion, resultatsammanfattning, konklusion, förslag på klinisk tillämpning och förslag till vidare forskning
Formulering och bearbetning av resultatdiskussion	Formulering och bearbetning av resultatdiskussion
Bearbetning av konklusion	Bearbetning av konklusion
Korrekturläsning	Korrekturläsning