



**Karolinska  
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Avdelningen för reproduktiv hälsa

Kurs: Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15hp

## **Obstetriskt våld**

”saker gjordes mot min kropp utan att jag var med på det”

Förstföderskors upplevelser av obstetriskt våld

- En kvalitativ intervjustudie

## **Obstetric violence**

" things were done to my body without my participation"

First-time mothers' experiences of obstetric violence

- A qualitative interview study

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp  
(Avancerad nivå), 2022

Författare:

Catharina ter Schüren

Barnmorskestudent

Handledare:

Emilija Wilson

Leg. Barnmorska  
PhD

Författare:

Camilla Wrangel

Barnmorskestudent

Examinator:

Ewa Andersson

Leg. Barnmorska  
Docent

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Obstetriskt våld förekommer över hela världen och har de senaste åren blivit mer uppmärksammat i forskning. En förlossning är en stor händelse i en kvinnas liv och har en stor påverkan på starten av föräldraskapet samt hennes reproduktiva hälsa. Kvinnor som har upplevt obstetriskt våld löper större risk för en traumatisk förlossningsupplevelse. **Syfte:** Att undersöka förstföderskors upplevelser av obstetriskt våld från vårdgivare i samband med förlossning och eftervård samt hur det påverkar tankar kring framtida födslar. **Metod:** En semistrukturerad intervjustudie med efterföljande kvalitativ innehållsanalys utfördes för att erhålla en djupare förståelse för deltagarnas erfarenheter. Den insamlade datan bestod av sex intervjuer med kvinnor som inom en treårsperiod fött ett barn i Sverige. **Resultat:** Totalt framkom fem teman som svarar på studiens syfte; *att vara i underläge, att bli behandlad som luft, våld och uteblivet samtycke, att känna sig utsatt, att inte lita på vården.*

**Slutsats:** Obstetriskt våld tog sig uttryck i olika former under både förlossning och eftervård för samtliga kvinnor i studien. Att fortlöpande erhålla information samt ha en god kommunikation med vårdgivaren ansåg kvinnorna var viktigt för att skapa trygghet under vårdtiden. **Klinisk betydelse:** För att förebygga obstetriskt våld anser författarna att det är viktigt att samtliga yrkeskategorier verksamma inom förlossning och eftervård har kunskap och förståelse för hur obstetriskt våld kan te sig i uttryck, samt hur det påverkar kvinnans upplevelse och hennes fortsatta reproduktiva hälsa.

**Nyckelord:** obstetriskt våld, förlossning, förstföderska, upplevelse, postpartum

### Författarna vill rikta ett stort TACK

till de modiga kvinnorna som deltog i studien och delgav oss sina historier.

## Abstract

**Background:** Obstetric violence occurs all over the world and has in recent years received more attention in research. A birth is an important event in a woman's life and has a major impact on the onset of parenthood and her reproductive health. Women who have experienced obstetric violence are at greater risk for a traumatic birth experience. **Aim** To examine first-time mothers' experiences of obstetric violence from caregivers in connection with childbirth and postnatal care and how it affects thoughts about future births. **Method:** A semi-structured interview study with subsequent qualitative content analysis was performed to obtain a deeper understanding of the participants' experiences. The data collected consisted of six interviews with women who gave birth to a child in Sweden within a three-year period. **Results:** A total of five themes were found that correspond to the purpose of the study; *to be at a disadvantage, to be treated as air, violence and lack of consent, to feel vulnerable, not to trust the care.* **Conclusion:** Obstetric violence manifested itself in various forms during both childbirth and the postnatal care for all women in the study. The women considered it important to continuously receive information and have good communication with the care provider, in order to create security during the care period. **Clinical significance:** In order to prevent obstetric violence, the authors believe that it is important that all professional categories active in childbirth and postnatal care have knowledge and understanding of how obstetric violence can manifest itself, and how it affects the woman's experience and her continued reproductive health.

**Keywords:** obstetric violence, childbirth, first-time mothers, experience, postpartum

## Innehållsförteckning

|                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------|----|
| 1 Bakgrund .....                                              | 1  |
| 1.1 Inledning.....                                            | 1  |
| 1.2 Barnmorskans roll .....                                   | 2  |
| 1.3 Upplevelser av förlossning och eftervård.....             | 3  |
| 1.3.1 Positiva upplevelser av förlossning och eftervård.....  | 3  |
| 1.3.2 Negativa upplevelser av förlossning och eftervård ..... | 4  |
| 1.4 Förlossningsrädsla .....                                  | 5  |
| 1.5 Beroendeställning gentemot vårdgivaren .....              | 5  |
| 1.6 Obstetriskt våld .....                                    | 6  |
| 2. Problemformulering .....                                   | 7  |
| 3. Syfte .....                                                | 8  |
| 4. Metod .....                                                | 8  |
| 4.1 Studiedesign .....                                        | 8  |
| 4.2 Urval.....                                                | 8  |
| 4.3 Datainsamling.....                                        | 9  |
| 4.4 Dataanalys .....                                          | 10 |
| 5. Etiska överväganden .....                                  | 12 |
| 6. Resultat.....                                              | 13 |
| 6.1 Att vara i underläge .....                                | 13 |
| 6.2 Att bli behandlad som luft.....                           | 15 |
| 6.3 Våld och uteblivet samtycke .....                         | 17 |
| 6.4 Att känna sig utsatt .....                                | 19 |
| 6.5 Att inte lita på vården .....                             | 21 |
| 7 Diskussion .....                                            | 23 |
| 7.1 Metoddiskussion.....                                      | 23 |
| 7.1.1 Studiedesign .....                                      | 23 |
| 7.1.2 Urval.....                                              | 23 |
| 7.1.3 Datainsamling.....                                      | 24 |
| 7.1.4 Dataanalys .....                                        | 26 |
| 8. Förförståelse .....                                        | 26 |
| 9. Överförbarhet .....                                        | 27 |
| 10. Etiska överväganden .....                                 | 27 |
| 11. Resultatdiskussion.....                                   | 28 |
| 11.1 Att vara i underläge .....                               | 28 |

|                                         |    |
|-----------------------------------------|----|
| 11.2 Att bli behandlad som luft.....    | 29 |
| 11.3 Våld och uteblivet samtycke .....  | 30 |
| 11.4 Att känna sig utsatt .....         | 31 |
| 11.5 Att inte lita på vården .....      | 32 |
| 12. Slutsats .....                      | 33 |
| 13. Klinisk betydelse .....             | 34 |
| 14. Förslag till vidare forskning ..... | 34 |
| Referenslista .....                     | 36 |
| Bilaga I .....                          | 42 |
| Bilaga II.....                          | 43 |
| Bilaga III .....                        | 44 |
| Bilaga IIII .....                       | 45 |

# 1 Bakgrund

## 1.1 Inledning

Hälso- och sjukvården har som mål att vård ska ges på lika villkor och generera en god hälsa för alla i befolkningen samt att den ska ges med respekt för allas lika värde. Vården ska ta hänsyn till vårdtagarens behov av trygghet, säkerhet och kontinuitet samtidigt som den ska utgå ifrån respekt för vårdtagarens integritet och självbestämmande (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], 2017). Enligt Patientlagen (2014:821) får hälso- och sjukvård inte ges utan vårdtagarens samtycke och samtycket kan när som helst återkallas.

Principen om informerat samtycke är inte något nytt fenomen, enligt Sadler et al. (2016). Under 1800-talet förespråkade den amerikanska domstolen rätten varje människa har i att få sin värdighet respekterad och att beröring som ej var välkommen från en främling skulle ses som ett övergrepp. Försättningsvis beskriver Sadler et al. att onödiga ingrepp och interventioner under förlossningen skulle kunna minskas om ett förtydligande gjordes kring innebörden av informerat samtycke där även rätten att vägra medicinska insatser inkluderas.

De flesta kvinnor i Sverige väljer att föda barn på en förlossningsavdelning men möjligheten att föda på annan plats, i exempelvis sitt eget hem, är inte uteslutet om kvinnan så önskar, beskriver Lindgren (2022). Dock förklarar Lindgren att en planerad hemförlossning inte ingår i det offentliga vårdutbudet som idag erbjuds i Sverige, utan det bekostas av kvinnan själv. En alternativ vårdform som ökat i popularitet under 2000-talet är barnmorskekontinuitet inom den redan befintliga vårdstrukturen, så kallad Caseload, påpekar Waldenström (2022). Modellen för caseload kännetecknas av att kvinnan ges individualiserad vård från en och samma barnmorska, eller en liten grupp barnmorskor, under både graviditet, förlossning och eftervård (Hildingsson et al., 2021). Födelsehuset (2019) framställer i sin rapport att en förbättrad upplevelse kring förlossning och eftervård kan inbringas om kvinnan själv kan påverka vilken plats hon vill föda på. Upplevelsen förbättras ytterligare om möjlighet att delta i de projekt som finns med caseload barnmorska; exempelvis "Min barnmorska" i Stockholm kan erbjudas. Detta då hon känner trygghet och förtroende till den barnmorska som bistår födseln (Födelsehuset, 2019).

## 1.2 Barnmorskans roll

Enligt den etiska koden för barnmorskor ska hen arbeta för att ingen kvinna ska skadas genom barnafödande. Barnmorskan ska även vara införstådd med de skadliga konsekvenser som våld mot de etiska och mänskliga rättigheterna har på kvinnans hälsa (Svenska barnmorskeförbundet, 2020)

En kvinna i förlossningsarbete bör bemötas med respekt och ödmjukhet, beskriver Thies-Lagergren och Wiklund (2022). Barnmorskan ska ta del av eventuella förlossningsbrev och diskutera dess innehåll med kvinnan för att lägga upp en plan kring födseln. Barnmorskan axlar en roll som både är av medicinsk samt stöttande karaktär, och det krävs en skicklig kommunikationsförmåga och kunskap att snabbt skapa tillit och trygghet i mötet med kvinnan, menar Thies-Lagergren och Wiklund.

I en svensk kvalitativ studie av Westergren et al. (2019) gav födande kvinnor uttryck för att vilja ha en naturlig förlossning med en närvarande barnmorska som kunde ge stöd till både henne och partnern. För många kvinnor kan en positiv förlossning föranleda ett starkare självförtroende, en bättre självkänsla samt större tillit till sin nya roll som förälder. I Nicholls och Webb's (2006) systematiska litteraturoversikt framkom att de viktigaste egenskaperna som en barnmorska bör besitta är en god kommunikation med kvinnan, att finnas där som stöd för henne och ge individanpassad vård under samt efter förlossningen. I en svensk kohortstudie av Hildingsson et al. (2013) framhölls att vårdpersonal har en stor påverkan på utfallet för kvinnans upplevelse. De påpekade framförallt hur viktig roll barnmorskan besitter för att hålla förlossningen naturlig och främja en positiv förlossningsupplevelse. Att bemötande och stöd är betydelsefullt för att förlossningen ska gå framåt med ett minimum av interventioner, anser även Thies-Lagergren och Wiklund (2022). De beskriver att barnmorskan kan underlätta förlossningens progress genom att uppmuntra kvinnan att växla mellan olika positioner, gärna med redskap som saccosäck, pilatesboll eller gåbord. Barnmorskan kan exempelvis föreslå en varm dusch eller bad då detta verkar avslappnande och behovet av farmakologisk smärtlindring minskar.

Målet med eftervården, för en kvinna som fött ett friskt välmående barn, är att vårdgivaren<sup>1</sup> ger föräldrarna stöd i deras nya roll, samt hjälp och råd kring amningen, enligt en litteraturöversikt av Wiklund et al., 2018. Forskarna belyste att det inbringade en trygghet för kvinnan om samma barnmorska som närvarat under förlossningen även tog hand om familjen på eftervården. Att båda föräldrarna gavs möjlighet att vara delaktiga kring beslut som togs ökade känslan av kontroll och en ökad tillit till sin egen förmåga.

## **1.3 Upplevelser av förlossning och eftervård**

### **1.3.1 Positiva upplevelser**

Caseload modellen ses som en viktig aspekt när det kommer till att skapa positiva förlossningsupplevelser för den födande kvinnan, enligt en kohortstudie med 226 deltagande kvinnor av Hildingsson et al. (2021). I en randomiserad studie av Forster et al. (2016) påvisar att kvinnor inom caseload modellen i mindre utsträckning använder medicinsk smärtlindring samt att risken för interventioner som kejsarsnitt och klipp i perineum, så kallad episiotomi, under födseln minskar. Att äga känslan av kontroll, få vara delaktig i beslut samt erhålla adekvat information och stöd ansågs mycket viktigt för en positiv förlossningsupplevelse (Hildingsson et al., 2013). För att erhålla en positiv förlossningsupplevelse anses det viktigt att kvinnan känner tillit och trygghet till den person, eller de personer, som är närvarande under födseln, menar Thies-Lagergren och Wiklund (2022). De påpekar att en känsla av trygghet för kvinnan endast kan uppnås genom en god relation till barnmorskan. För att kunna etablera en sådan relation krävs det att barnmorskan är närvarande inne på rummet och kontinuerligt bistår med psykologiskt och emotionellt stöd. Hildingsson et al. (2013) förespråkar att kvinnans självkänsla, tilltro till sin egen förmåga samt självförtroende som nybliven mamma ökar avsevärt om hennes förväntningar kring förlossningen uppfylls. Dessa förväntningar handlar om att förlossningen startar spontant samt att föda vaginalt utan inblandning av medicinska interventioner.

Forster et al. (2016) menar att caseload modellen även kan bidra till kortare vårdtider på eftervården. Vidare skriver författarna att om nyblivna föräldrar känner att de får det stöd de behöver gällande amning, hur de bäst ser efter det nyfödda barnet samt sin egen hälsa och

---

<sup>1</sup> Med vårdgivare syftas till all vårdpersonal involverade i förlossningen samt tiden på eftervården



återhämtning efter förlossningen så upplever de vården som mer kompetent och trygg. En annan aspekt som ger trygghet och en positiv upplevelse av tiden på förlossningen och eftervården är kontinuiteten av personalen (Wiklund et al., 2018). Kontinuiteten när samma barnmorska som bistod förlossningen även tog hand om kvinnan på eftervården skapade trygghet. Vidare beskriver Wiklund et al. (2018) att kvinnan på så sätt fick tillfälle att prata igenom och få svar på frågor om vad som hänt under förlossningen. Att få kontinuerliga och konsekventa råd under förlossningen och eftervården från hälso- och sjukvårdspersonal beskrivs som viktigt för kvinnor med nyfödda barn. Enligt Wiklund et al. är positiv bekräftelse och uppmuntran i att kvinnan gör rätt och tolkar barnets signaler på rätt sätt en viktig källa till trygghet och en bra start i föräldralivet.

### **1.3.2 Negativa upplevelser**

Födande kvinnor som känner trygghet och närvaro från vårdpersonalen upplever många gånger förlossningen som positiv trots eventuella komplikationer som kan uppstå, menar Henriksen et al. (2017). Kvinnor som enligt journalen haft en okomplicerad förlossning kan emellertid upplevt den som negativ på grund av att tryggheten uteblivit, fortsätter Henriksen et al. Huruvida en förlossning upplevs som traumatisk eller inte är enligt Reed et al. (2017) upp till kvinnan själv att definiera. En kvinna som upplevt en negativ förlossning har en ökad risk att utveckla postpartum depression och posttraumatiskt stressyndrom [PTSD] som i sin tur kan ha en negativ påverkan på anknytning och amning (Henriksen et al., 2021; Westergren et al., 2017). I de studierna rapporterades även att en negativ förlossningsupplevelse kan vara en orsak till att modern begär kejsarsnitt vid nästa förlossning. I en studie av Eide et al. (2019) var det flera kvinnor som berättade att de hade en rädsla inför att bli gravida på nytt, vilket grundades i en tidigare traumatisk förlossning. Antingen fördröjde de graviditeten eller blev till slut ofrivilligt gravida, och för många var ett planerat kejsarsnitt den enda utvägen för att kunna tänka sig en ny graviditet.

I en kvalitativ intervjustudie av Annborn och Finnbogadóttir (2021) uttryckte att flera av kvinnorna kände sig otrygga och lämnades ensamma både under och efter förlossningen vilket gjorde att många upplevde detta som ett trauma. Ingen frågade om deras mående och barnmorskorna verkade väldigt upptagna. En förlossningsupplevelse där kvinnan känt sig sviken, missnöjd och/eller traumatiserad är bidragande faktorer som påverkar hennes psykiska mående efter födseln, menar Hildingsson et al. (2013). Eide et al. (2019) visar på sambandet

mellan att ha en negativ förlossningsupplevelse med en känsla av att inte kunna ta hand om sitt barn på bästa sätt efter förlossningen. I den studien listades bland annat ett långsamt förlossningsförlopp, ett akut kejsarsnitt samt en instrumentellt avslutad förlossning som exempel på negativa upplevelser. Efter förlossningen kände sig kvinnorna i för dåligt skick för att kunna omhänderta barnet på bästa sätt. Framförallt om deras partner skickades hem och de saknade tillräckligt stöd från personalen (Eide et al., 2019). Nyblivna mödrar som, på eftervården, erhöll inkonsekventa och motsägelsefulla råd kring amningen kände sig missnöjda och otrygga, enligt Wiklund et al. (2018).

## **1.4 Förlossningsrädsla**

Det finns tre grader av förlossningsrädsla enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2021), den kan delas upp i lindrig, måttlig och svår förlossningsrädsla. Förlossningsrädsla kan ses som ett paraplybegrepp för emotionella svårigheter som hänger ihop med barnafödandet och graviditeten. Rädslan kan uttrycka sig på olika sätt som till exempel en rädsla för bristningar i underlivet, att tappa kontrollen eller att barnet ska dö eller skadas under förlossningen. Det är även vanligare med planerade kejsarsnitt bland kvinnor med förlossningsrädsla. I Sverige lider ungefär 14% av kvinnorna av förlossningsrädsla, enligt SBU.

Att utveckla sekundär förlossningsrädsla är starkt förknippat med att tidigare erfarit en negativ förlossningsupplevelse, enligt Størksen et al. (2013). Det sambandet har visat sig vara större än sambandet mellan att ha varit med om tidigare obstetriska komplikationer och rädsla inför att föda. Størksen et al. påtalar dessutom att risken för att utveckla en sekundär förlossningsrädsla reduceras genom att vårdpersonalen ger den födande kvinnan fortlöpande information under födelseprocessen samt utstrålar trygghet och lugn så att kvinnan känner sig väl omhändertagen.

## **1.5 Beroendeställning gentemot vårdgivaren**

Något som, Swahnberg och Wijma (2010) anser inte uppmärksammas tillräckligt av hälso- och sjukvården är att patienter kan känna sig kränkta och till och med bli traumatiserade i mötet med vården. En kränkande handling kan vara oavsiktlig eller avsiktlig och vara fysisk,

psykisk eller sexuell, menar Swahnberg och Wijma. Barnmorskan, och övrig personal som den födande möter, bör vara medveten om den obalans som råder där kvinnan står i beroendeställning till sin vårdgivare och många gånger litar helt på dennes ord (Westergren et al., 2019). Den kunskap och de resurser som vårdpersonal besitter skapar automatiskt en maktposition gentemot den patient de vårdar, i detta fall den födande kvinnan, enligt Annborn och Finnbogadóttir, 2021. I den studien påvisas även att den födande inte kunde säga nej i situationer som uppstod, även om hon ville det, på grund av att hon var i beroendeställning till vårdgivaren. Det finns olika tillvägagångssätt för att förebygga en ojämnbalans, enligt Swahnberg och Wijma (2010). Att prata med patienten om tidigare erfarenheter samt att läsa det medhavda förlossningsbrevet kan vara en bra utgångspunkt. Därefter kan en plan utarbetas tillsammans där kvinnan får ge sin åsikt kring vad som underlättar för henne vid exempelvis jobbiga undersökningar. Utöver detta kan det vara en god idé att bryta tystnaden kring det i arbetsgruppen och föra en diskussion kring hur kränkningar kan förhindras (Swahnberg & Wijma, 2010).

## **1.6 Obstetriskt våld**

Obstetriskt våld kan citeras i texter från 1800-talet men det är sedan början på 90-talet som det aktivt diskuterats i modern tid, enligt Sadler et al. (2016). Venezuela var först ut med att definiera begreppet år 2007 genom lagen om kvinnors rätt till ett liv fritt från våld, vilket medförde att obstetriskt våld därigenom blev straffbart (Sadler et al., 2016).

Många kvinnor världen över uppger att de bemötts med respektlöshet och kränkningar under sin förlossning, enligt en rapport från World Health organization, Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR, 2015). Bland annat har det rapporterats om fysisk misshandel och verbala hot och kränkningar. Att kvinnan inte fått tillgång till smärtlindring under förlossningen samt att vårdgivaren ej inhämtat samtycke inför medicinska interventioner som gjorts. I en nordisk studie av Annborn och Finnbogadóttir (2021) beskrivs obstetriskt våld som en osynlig form av våld mot den födande. Ur ett feministiskt perspektiv innebär det att en kvinna som tidigare varit fri och kunnat göra självständiga val kring den egna kroppen, förvandlas till ett passivt objekt som andra tar kontroll och bestämmer över, menar Annborn och Finnbogadóttir. Cohen Shabot (2015) reflekterar över obstetriskt våld som ett fenomen där kvinnokroppar i förlossningsarbete uppfattas som icke-feminina och att

våld därför är nödvändigt för att dominera kvinnan till underkastelse och passivitet. Våldet blir ett verktyg för att disciplinera den födande kroppen till att återta sitt feminina uttryck. För att exemplifiera obstetriskt våld listar Annborn och Finnbogadóttir (2021) bland annat vaginala undersökningar, yttre fundus press under födseln, episiotomier, kejsarsnitt samt medicinska interventioner som kvinnan ej gett samtycke till. Fortsättningsvis påvisas även att kvinnor som tidigare erfarit sexuellt våld är en synnerligen sårbar grupp födande att uppleva obstetriskt våld under och efter en förlossning, då detta kan trigga minnen från de sexuella övergrepp som de utsatts för (Annborn & Finnbogadóttir, 2021).

Sadler et al. (2016) redogör i sin studie att obstetriskt våld har varit en av de mest osynliga och allmänt accepterade former av våld mot kvinnor och att det utgör en allvarlig kränkning mot de mänskliga rättigheterna. Vidare skriver Sadler et al. att det finns en ökad oro angående de skadliga effekterna av obstetriska interventioner hos kvinnor som inte är kliniskt nödvändigt. Genom att följa den grundläggande principen om informerat samtycke inför en undersökning eller behandling, där även vägran av medicinska insatser inkluderas, skulle onödiga obstetriska interventioner kunna minskas. Födelsehuset (2019) har publicerat en FN-rapport som redogör för hur det obstetriska våldet tar sig uttryck inom svensk förlossningsvård. I rapporten framgår det att i samband med MeToo<sup>2</sup> rörelsen hösten 2017 vågade kvinnor öppna upp sig och berätta om sina traumatiska förlossningsupplevelser. Dessa vittnar bland annat om svåra förlossningsskador, psykisk och fysisk misshandel, felaktig information som givits, bristande informerat samtycke eller total brist på inhämtat samtycke inför interventioner av olika slag.

## **2. Problemformulering**

Enligt litteraturen förekommer obstetriskt våld över hela världen, således även i Sverige. Sekundär förlossningsrädsla är något som många kvinnor lider av, där det till stor del är på grund av att kvinnorna erfarit obstetriskt våld under tidigare förlossning. Forskning visar på att bristfällig eller utebliven information, dålig kommunikation samt avsaknad av samtycke bidrar till negativa känslor kring födandet vilket kvinnan kan uppleva som traumatiskt. Det föreligger en önskan om att erhålla en djupare förståelse för hur kvinnan upplevt obstetriskt våld under sitt barns födelse och tiden på eftervården samt hur det påverkar tankarna kring en

---

<sup>2</sup> me too-rörelsen är en kvinnorörelse mot sexuella trakasserier och övergrepp (Nationalencyklopedin, u.å.)

framtida födsel.

### **3. Syfte**

Att undersöka förstföderskors upplevelser av obstetriskt våld från vårdgivare i samband med förlossning och eftervård samt hur det påverkar tankar kring framtida födslar.

### **4. Metod**

#### **4.1 Studiedesign**

En kvalitativ induktiv ansats användes för att få svar på studiens syfte. Valet föll på en semistrukturerad intervjustudie, vilket är en passande metod att tillämpa för att förstå ett fenomen eller en persons erfarenheter (Kallio et al., 2016). Enligt Henricson och Billhult (2017) innebär en induktiv ansats att forskarna utgår ifrån deltagarnas erfarenheter. För det finns det olika kvalitativa ansatser, dock skiljer dessa sig inte nämnvärt under analysen. Författarna kommer använda sig av Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys.

#### **4.2 Urval**

Inklusionskriterier var förstföderska, endast fött ett barn i Sverige inom de senaste tre åren, vaginalt eller med kejsarsnitt, svensktalande samt upplevt obstetriskt våld från vårdgivare i samband med förlossning och/eller eftervård. Informanter valdes ut enligt ändamålsenligt urval för att få så informationsrika beskrivningar av valt fenomen som möjligt (Henricson & Billhult, 2017). Att begränsa sig till förstföderskor grundades i en önskan att endast få upplevelser från en och samma födsel samt för att få svar på frågeställningen. Då obstetriskt våld förekommer runt om i Sverige har författarna inte begränsat urvalsgruppen till någon specifik ort eller stad. En tidsram inom tre år har beslutats på grund av en förhoppning att få tag i relativt ny data samtidigt som det rådde en viss oro att en kortare tidsram skulle ge ett för litet urval. Danielson (2017) beskriver att intervjustudier tar mycket tid. Med tanke på studiens tidsram begränsades deltagarantalet till sex informanter initialt, då det antogs ta ca

1 - 2 veckor att boka in och genomföra intervjuerna.

### **4.3 Datainsamling**

Deltagare rekryterades genom den sociala medieplattformen Instagram. Via meddelandefunktionen i appen kontaktade författarna ett flertal Instagramkonton vars profil var inriktad eller på något sätt kopplad till kvinnohälsa (Bilaga I). Bakgrunden till studien beskrevs kortfattat samt inklusionskriterierna. Efter att den ansvariga för Instagramkontot godkänt publiceringen lades därefter ett inlägg ut. I inlägget framgick information kring studien samt vilka deltagare som eftersöktes tillsammans med en nyskapad mailadress dit intresserade deltagare kunde höra av sig. Det var ett medvetet val att inte ha med efternamn eller personliga kontaktuppgifter till författarna i den text som publicerades på Instagram. Detta på grund av att informationen når ut till väldigt många människor och författarna ville inte vara så personliga i detta moment i rekryteringen. Totalt hörde 32 intressenter av sig. Deltagarna tog frivilligt kontakt via mail. Då deltagarna kunde befinna sig varsomhelst i Sverige samt på grund av den rådande Covid-19 pandemin valdes digitala möten för att i största mån efterlikna ett fysiskt möte. Polit och Beck (2021) framhäver att platsen för intervjun bör vara en plats där informanten känner sig avslappnad och där inga störande ljud finns i bakgrunden. Digitala intervjuer möjliggör därför intervjuer ansikte mot ansikte med deltagare på distans där informanten själv kan välja plats att sitta på som känns lugn och bekväm.

En intervjuguide utformades utifrån studiens syfte med stöd av Kvale och Brinkmann (2014), denna kan utvecklas och anpassas under intervjuens gång för att få en djupare förståelse för det informanten berättar (Bilaga II). De förutbestämda frågorna underlättar även till att samtalet håller sig till ämnet om informanten eller intervjuaren kommer in på annat spår (Kallio et al., 2016).

Av 32 intressenter var sex stycken omfödorskör, fem stycken hade inte fött barn inom tre år och fyra stycken svarade ej på inbjudan till intervju. De resterande 17 stämde in på samtliga inklusionskriterier. Av dessa 17 bokades en intervju in med de sju intressenter som först hörde av sig. Resterande 10 intressenter fick ett mail med stort tack för visat intresse. Innan bokning av intervju skedde fick de sju inkluderade deltagarna ta del av ett kortare informationsbrev

(Bilaga III). Initialt bestämdes sex stycken men på grund av ett missförstånd mellan författarna bokades sju stycken. En av dessa deltagare avbokade utan att svara vid nytt kontaktförsök, och föll därför bort. Beslut togs att först intervjua de sex inbokade för att därefter se om ytterligare deltagare behövde rekryteras för att svara på syftet.

Samtliga inkluderade informanter erhöll ett samtyckesbrev till sin mailadress dagen innan intervjun ägde rum (Bilaga IIII). Alla informanter godkände att bli inspelade samt att ha kameran på innan intervjun startade. Intervjuerna tog ca 35–65 min vardera och genomfördes mellan den 31 januari och 10 februari 2022. Båda författarna deltog under intervjuerna, varav den ena höll i frågorna och den andra observerade samt ställde eventuella kompletterande frågor vid behov. Den som höll i intervjun transkriberade materialet i direkt anslutning till intervjun. Detta anser Polit och Beck (2021) är ett bra sätt för att på en gång börja fördjupa sig i datan.

En ordagrann transkription gjordes på datorn, inkluderad med exempelvis pauser och skratt samt kodades med ett nummer för att avidentifieras. Då sex intervjuer var genomförda ansåg författarna att datamättnad uppnåtts då samtliga informanter gav informationsrika berättelser och liknande områden berördes. Enligt Polit och Beck (2021) kan datamättnad uppnås med ett mindre antal deltagare om dessa kan reflektera och kommunicera sina erfarenheter på ett, för forskaren, förståeligt och öppet sätt. Ljudfiler samt mailkonversation med samtliga intressenter raderades i samband med att transkriptionerna var färdigställda och utskrivna. Den transkriberade datan förstörs i samband med att uppsatsen är godkänd.

En av författarna genomförde en provintervju med en bekant innan intervjuerna för studien påbörjades. En provintervju är, enligt Gill et al. (2008) ett bra tillvägagångssätt för att testa om frågorna är tydliga, lättförståeliga, besvarar studiens syfte samt för att vid behov kunna åtgärda justeringar i intervjuguiden.

Efter provintervjun förtydligades ett par frågor för att intervjuerna skulle flyta på bättre.

#### **4.4 Dataanalys**

Datamaterialet analyserades med stöd av Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys. Med denna metod kan likheter och skillnader i det transkriberade materialet hittas och sorteras

in i olika subteman och teman. Det transkriberade datamaterialet lästes först igenom av författarna, ett flertal gånger var för sig, för att få en uppfattning av textens helhet. Efter diskussion författarna sinsemellan togs sedan meningsbärande enheter ut, vilket innebär meningar och textstycken som innehöll information relevant för studiens syfte. Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna för att korta ner texten utan att förlora det centrala innehållet (Tabell I). De kondenserade enheterna kodades för att kort sammanfatta dess innehåll. Koderna jämfördes sedan utifrån likheter och skillnader och delades in i 14 stycken subteman; *att bli kränkt, ej bli lyssnad på, bristfällig information, övergrepp, skev maktbalans, ej samtycke, utlämnad, att ej bli sedd, att bli överkörd, att bli lämnad ensam, intrång på integriteten, att föda på sina villkor, kejsarsnitt känns tryggt, avsaknad av förtroende*. Utifrån dessa subteman uppstod fem teman som presenteras under resultat.

Tabell I: Exempel på tillvägagångssätt vid innehållsanalys

| Meningsbärande enhet                                                                                                                                                                                            | Kondenserad enhet                                                                   | Kod                               | Subtema         | Tema                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------------------|
| när jag fick ont utav hur hon gjorde då stannade hon inte utan hon tog i mer och den andra barnmorskan försökte håller fast mig så jag skulle ligga still (paus) ähm så det kändes ju absolut som ett övergrepp | Den andra barnmorskan försökte hålla fast mig, det kändes absolut som ett övergrepp | Att vara utsatt för ett övergrepp | Övergrepp       | Våld och uteblivet samtycke |
| vi fick ingen information och då ligger jag och tror att jag ska dö och det är ingen som lugnar mig (paus) ingen som säger jag är här                                                                           | Vi fick ingen information, jag tror jag ska dö, ingen som lugnar mig                | Ingen bemöter min ångest          | Att ej bli sedd | Att vara i underläge        |



|                                                                                                                                                            |                                                                                                                 |                                                 |                         |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------|
| hade det bara liksom funnits eh kommunikation och information i de här situationerna så hade de troligtvis inte blivit så traumatiska som de faktiskt blev | Hade det funnits kommunikation och information i de situationerna hade de troligtvis inte blivit så traumatiska | Kommunikation och information förebygger trauma | Bristfällig information | Att bli behandlad som luft |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------|

## 5. Etiska överväganden

Enligt Helsingforsdeklarationen (WMA, 2018) behöver forskaren ta hänsyn till olika etiska standarder, för att skydda människors hälsa och rättigheter.

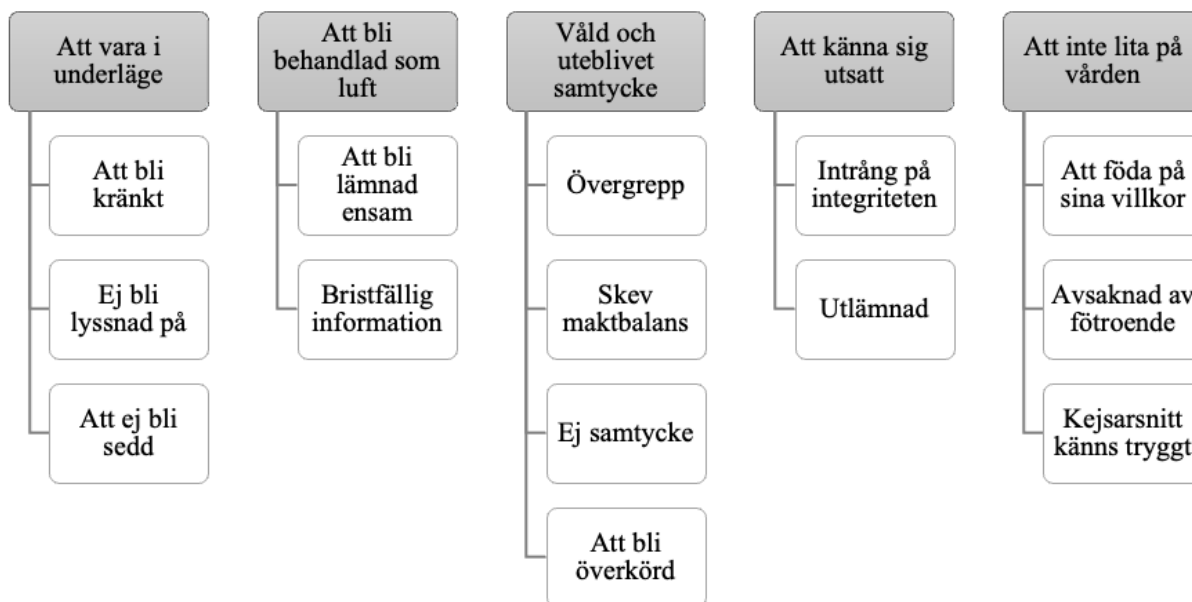
Under studien använde sig författarna av vetenskapsrådets fyra forskningsetiska principer; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Deltagarna ska erhålla information, både muntligt och skriftligt om studiens innebörd och ge sitt samtycke till att delta - detta har informanterna i denna studie fått via mail innan intervjun genomfördes. När som helst under studiens gång kan informanten välja att avstå vidare deltagande utan att förklara varför (Polit & Beck, 2021). I samtyckesbrevet framgick det tydligt att intervjun ej bör ses som ett terapeutiskt tillfälle. Om behov av fortsatt samtalsstöd uttrycktes under intervjun, hänvisades informanten att söka vårdcentral eller barnmorskemottagning.

Konfidentialitet är en viktig aspekt att ta hänsyn till då det innebär att obehöriga ej ska få tillgång till deltagarnas personuppgifter som kan möjliggöra identifikation av de medverkande (Kjellström, 2017). En icke nätverksansluten mobiltelefon användes för att spela in intervjuerna. Efter transkriptionen var utförd raderades ljudfilerna. Informanterna avidentifierades genom tilldelning av ett nummer (Informant nr 1, Informant nr 2 etc.). Datorerna som arbetet skrevs på var lösenordskyddade genom författarnas fingeravtryck, därav har ingen obehörig kunnat få tillgång till materialet.

Enligt Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor är det ej aktuellt med ansökan om etiskt godkännande för denna studie. Detta på grund av att lagen inte omfattar examensarbete på magisternivå.

## 6. Resultat

Fem teman har framkommit som illustreras i Figur 1; *att vara i underläge*, *att bli behandlad som luft*, *våld och uteblivet samtycke*, *att känna sig utsatt*, *att inte lita på vården*. Under varje tema återfinns en sammanfattande text samt citat som stärker innehållet.



Figur 1: Illustration över subteman och teman

### 6.1 Att vara i underläge

Kvinnorna upplevde kränkande bemötande från barnmorskor, läkare och undersköterskor. Bland annat ges exempel på kommentarer som att en av kvinnorna skulle skylla sig med en handduk i badet eftersom hon ansågs visa för mycket nakenhet eller för en av de andra kvinnorna som bemöttes av en undersköterska som krävde betalning för att bistå henne med bland annat byte av binda. Det framkom sedan att det var ett skämt men kvinnan upplevde inte att personalen läste av situationen utan fortsatte att dra detta skämt, vid upprepade tillfällen under vårdtiden.

*Jag glömmer aldrig, hon sa du kan väl lägga en handduk över dig nog för att vi gillar nakna kvinnor men du kan väl ta en handduk, och så gick hon bara... ”var ju verkligen inte roligt att höra... då ville jag ju bara därifrån - Informant nr 3*

*Hon bad om pengar fyra eller fem gånger den natten och jag var i smärtor, trött... jag fattar att man kanske skämtar men jag kände också att någonstans får man ju kanske känna av rummet lite - Informant nr 5*

Flera berättade om att det fanns en föreställning kring att vara duktig och lite stå ut med smärtan kring att föda barn. De fick höra kommentarer som “är du duktig nu ska du få mer smärtstillande” eller “tror du inte det gör ont att föda barn eller?”. Kvinnorna vittnar dessutom om personal som inte presenterar sig, som ber den födande att tänka på att inte skrika när de ska rulla ut henne i korridoren bort till operation samt kommentarer om den höggravida kvinnans vikt.

*Och det första hon säger är oj jävlar vad tjock du är...Ja jo jag är 38 veckor gravid så att ja...Hon bara nej asså det här skojar man inte bort du är jättetjock - Informant nr 5*

Kvinnorna upplevde sig vara i underläge gentemot vårdgivarna och vara beroende av deras hjälp. En del av informanterna hade snittkontrakt, det vill säga att de under förlossningens gång hade möjlighet att bryta för ett kejsarsnitt. Detta framgick i den planering som gjorts tillsammans med läkare och/eller barnmorska på specialistmödravården inför förlossningen. Upplevelsen var dock att detta inte följdes. Kvinnorna berättade att de bönade och bad om att få kejsarsnitt, att de blivit lovade det, men att ingen lyssnade.

*O sen ville dom använda sugklocka o det har jag uttryckligen skrivit att jag absolut inte vill ha för jag vet riskerna... och jag ville verkligen ha kejsarsnitt istället men till slut så säger hen då att vi måste använda sugklocka - Informant nr 4*

Upplevelsen var att personalen pratade över huvudet på kvinnorna och att de inte hade någon talan. De kände sig inte sedda eller bekräftade. De upplevde inte att de fick tillräcklig hjälp med förflyttningar eller smärtlindring trots att de bad om detta. Att vårdpersonalen inte märkte eller brydde sig om att kvinnorna var ledsna, hade ångest, kände oro eller rädsla. Flera av kvinnorna upplevde att de hamnade i ett läge av att frysa till is och bli nästintill apatiska när de inte fick gehör för sina känslor. Ingen fångade upp deras behov utan de blev bara en

kropp som personalen gjorde vad de ville med.

*Det va ju som att de pratade över huvudet på mig fastän jag sa att jag va med. Jag va ju liksom vid medvetande, alltså jag ville bara inte...liksom fortsätta i flera timmar o försöka föda vaginalt, o ha den smärtan...o jag kände att de inte bemötte mig i det alls överhuvudtaget - Informant nr 4*

*Jag möter min man som sitter med en orange filt med nåt i eh... i en rullstol och jag bara ligger och blundar såhär alltså totalt avstängd - Informant nr 1*

## **6.2 Att bli behandlad som luft**

Att löpande erhålla tydlig information, om vad det är som händer och varför, under vistelsen på förlossningen och eftervården upplevdes som viktigt av kvinnorna. Under förlossningen var det flera som berättade att stämningen kändes stressad och att ingen riktigt hade tid för dem. Undersökningar och behandlingar bara gjordes utan tydlig information innan och kvinnorna upplevde att de blev överkörda. Deras tankar och idéer var inte viktiga utan känslan var att kvinnan endast skulle följa vårdgivarnas uppmaningar utan vidare diskussion.

*Om jag hade fått den informationen så kanske hon hade fått prova en gång till till exempel för att undvika sugklocka och klipp men jag fick ju som inte den informationen den har jag fått efteråt, just att få information att känna sig delaktig - Informant nr 6*

För de som tvingats separera från sina barn direkt efter födseln framkommer en avsaknad av information kring barnets mående som något stressande. Kvinnorna upplevde inte att någon tog sig tid att uppdatera dem angående barnets status och en del vittnade om att de inte ens visste om barnet levde eller inte. Upplevelsen var att personalen inte brydde sig eller inte hade tid att svara på frågor. Informationen som uteblev eller var bristfällig bidrog till att kvinnorna uppfattade situationen som otrygg och de kände sig exkluderade i de beslut som togs gällande vården av dem själva eller deras barn.

*Varför säger ni inte bara att mitt barn är död? Jag fattar ju att ni ha dödat mitt barn liksom men de stängde in mig där i nåt rum ensam, det står också i mitt*

*förlossningsbrev att jag vill inte vara själv för att jag kommer tänka det värsta möjliga - Informant nr 5*

Många var pålästa inför sina förlossningar och blev stressade när de hörde hjärtljuden försvinna eller att fostervattnet var grönt. När de då inte blev lugnade av barnmorskan förvärrades deras oro och stress vilket ledde till en otrygg känsla.

*När vattnet kom ut var det grönt, där började jag känna mig lite orolig...och särskilt då med de här hjärtljuden som svajade beroende på hur jag la mig och sen blev då det där skifbytet...upplevde den nya barnmorskan som lite hård och förvirrad - Informant nr 1*

*Vi fick ingen information och då ligger jag och tror att jag ska dö och det är ingen som lugnar mig...ingen som säger - "Jag är här". "...jag vill gråta så att de förstår hur jag mår men jag kunde inte gråta för jag var så trött - Informant nr 3*

Kvinnorna uppgav att om de fått information inför en händelse hade undersökningen eller behandlingen känts mer acceptabel. Exempelvis varför ett klipp med sax i perineum rekommenderades, varför tryck på magen, så kallad yttre press, behövde göras, vad det innebar att lägga en sugklocka eller varför personalen tryckte så hårt på magen efter förlossningen. Bristfällig, eller total avsaknad av information orsakade stress och oro hos kvinnorna.

*Och hon bara kommer in och börjar trycka på magen, ingen information, ingenting utan hon som bara kör på och jag ber henne sluta men hon lyssnar inte...alltså ingen så information ingen oj ursäkta att jag som inte informera - Informant nr 6*

*Jag tror det hade känts lugnare om de kanske hade förklarat lite mer just det här med sugklocka vad det innebar...jag upplevde inte att nån förstod hur stressad jag var, det blev att jag krystade fast jag inte hade värkar för att jag ville ju bara att han skulle komma ut - Informant nr 2*

Vårdgivare som såg och fångade upp kvinnornas rädslor och farhågor samt tillgodosåg behovet av information, kunde bidra till att skapa trygghet och tillit. Detta, menar kvinnorna, kunde uppnås genom att personalen hade läst förlossningsbrevet eller den planering som

gjorts inför deras ankomst till kliniken. Personalen hade då haft rätt förutsättningar för att kunna ge stöd och förmedla trygghet på bästa sätt till den individ de hade framför sig. Flera upplevde att de lämnades ensamma väldigt mycket både under förlossningen och på eftervården. Partnern uppmanades ofta av personalen att försöka vila vilket då berövade kvinnan på hennes enda stöd. Dropp och smärtlindring glömde kopplas bort, fulla urinblåsor som ingen tömde och när de väl ringde på personalen var de stressade och hann inte riktigt lyssna på vad kvinnorna egentligen ville. Detta fick kvinnorna att känna sig i vägen och oviktiga.

*De glömde bort jag kunde ju inte kissa då när jag hade fått epiduralen så de glömde ju tömma min blåsa så den var ju alltså den var ju på bristningsgränsen - Informant nr 1*

### **6.3 Våld och uteblivet samtycke**

Kvinnorna beskrev hur de behandlats omänskligt och upplevt våld och övergrepp under förlossningen. Hur deras kroppar tvingades till positioner som inte kändes bra med ben som skulle säras och hållas i och armar som drogs i för att utdrivningen av barnet skulle påskyndas. Helt utan att den födande förstod varför. Urinkatetrar som trycktes in med sådant våld att smärtan i urinröret kvarstod i flera dagar. Hur de motsade sig vaginala undersökningar eller försökte få stopp på en redan pågående undersökning utan resultat. De kände sig utsatta för övergrepp av vårdgivaren, i detta fall barnmorskor och läkare, då det var de som utförde dessa undersökningar.

*Och då när jag fick ont utav hur hon gjorde då stannade hon inte utan hon tog i mer och den andra barnmorskan försökte håller fast mig så jag skulle ligga still, äehm så det kändes ju absolut som ett övergrepp - Informant nr 3*

De fick ta emot kommentarer som att "ja men jag gör det här varje dag" och "jag hörde att du inte tycker vaginala undersökningar är så roligt" - vilket fick kvinnorna att känna sig förminskade och undra om de var de enda som tyckte att dessa undersökningar var jobbiga. En av kvinnorna, som tidigare varit utsatt för sexuellt våld, bad en läkare sluta med den pågående hårdhänta vaginala undersökningen utan framgång. Istället blev hon tystad. Hon

berättade att detta påminde om de tidigare övergreppen, vilket gjorde henne ledsen.

*Läkaren trycker in sina fingrar med sånt våld att jag började blöda i underlivet utan att säga till eller nånting så jag säger, jag bara aj oj kan du ta det lite lugnt och hon bara suckar och var såhär ja ja tyst nu det är snart klart typ...det gjorde mig väldigt ledsen...började tänka tillbaks väldigt mycket på min våldtäkt för att återigen är nån uppe i mitt underliv gör nånting som jag inte vill och det gör ont och den personen säger åt mig att vara tyst jag är snart klar - Informant nr 5*

Samtliga kvinnor uttryckte en upplevelse av att inte ha kunnat, eller hunnit, ge samtycke inför att olika interventioner som gjordes. Bland annat berättade de om att få värkstimulerande dropp utan att veta vad det är för läkemedel, att någon plötsligt tvingar isär benen för att sätta en urinkateter utan att varken informera eller invänta samtycke samt upprepade vaginala undersökningar där flera personer än bara den ansvariga barnmorskan skulle undersöka - och utan att förklara varför. En av kvinnorna fick akupunktur utan att bli tillfrågad först och när hon säger ifrån blir hon ignorerad av vårdgivaren.

*Då la de akupunktur på mig utan att fråga och när jag sa till henne att men jag gillar inte nålar jag vill inte ha akupunktur eh jag vill att du slutar (paus) eh då ignorerade hon bara mig och så fortsatte hon - Informant nr 6*

Att ta skalp-pH provtagning, så kallad laktatprov, från barnets huvud likställde en kvinna med att bli våldtagen av ett stålinstrument, då vårdgivaren bland annat inte informerat vad han skulle göra och sedan inte inväntat samtycke.

*Han säger förlåt men nu kommer jag göra dig illa. Det är liksom så han beskriver vad han ska göra, det här var verkligen bara pang rätt på, jag har beskrivit det här som att jag blev våldtagen där och då av ett stålinstrument liksom - Informant nr 1*

Kvinnorna uttryckte att de ju litade på vårdgivarens omdöme men att de kände sig överkörda i de beslut som togs. Att de vanligtvis brukar kunna säga till när något inte känns bra men att de hamnade i en beroendeställning till vårdgivaren och kände sig tvingade att säga ja till interventioner. Två av kvinnorna upplevde att de tvingades till samtycke i samband med användandet av sugklocka, den ena blev dessutom klippt i underlivet trots att hon sa nej till

det.

*Jag kände mig tvingad att säga ja för att det finns inga alternativ kände jag men jag vill inte bli klippt för det hade jag som läst innan att eh det är ju alltså det är ju vanligt i samband med att man lägger sugklocka ähm men det struntade de i - Informant nr 6*

*Till slut så säger hon då att vi måste använda sugklockan för barnets skull...och då blir det ju liksom (gråter) jag vill inte riskera att barnet far illa så då säger jag liksom att dom får göra det. Jag nickar liksom. Och läkaren säger flera ggr "då gör jag det, då har jag ditt samtycke"...men i min mening är det ett tvingat samtycke - Informant nr 4*

#### **6.4 Att känna sig utsatt**

Kvinnorna kände sig utsatta och maktlösa under vårdtiden. Att lida av sömnbrist, vara utmattad utan chans till vila eller återhämtning samt sämre intag av mat och dryck gjorde de orkeslösa. Upplevelsen var att vårdgivarna i första hand tog hänsyn till barnets mående. Kvinnorna förväntades kämpa på oavsett hur utmattade de var och hur lång förlossningsprocessen varit igång. Många upplevde att de var utlämnade i händerna på vårdgivarna utan att ha något att säga till om.

*Jag hade verkligen ingen makt de tog all makt över min kropp, all makt över mitt barn, all makt över mitt underliv - Informant nr 5*

För en av kvinnorna handlade det också om att inte bli tagen på allvar, utan hennes partner fick vid flera tillfällen agera advokat för att säkerställa att personalen lyssnade på det hon hade att säga.

*Tills slut så höjde han ju rösten liksom nu får ni faktiskt lyssna på henne, eh då var det som att oj okej ah men vi kan lyssna på det - Informant nr 6*

Partners var inte alltid välkomna att stanna på eftervården vilket gjorde att kvinnorna kände sig utlämnade utan tillräckligt med stöd.



En av kvinnorna berättade att hon kände sig utsatt på eftervården då vårdgivarna skulle hjälpa henne få ut gaser med en pysventil. Ingen av de berättade vad de skulle göra utan de pratade om kvinnan i tredje person och hon upplevde att de bara vände på henne och tryckte in ventilen i rumpan.

*Hör hur de pratar om mig tredje person fastän de står bredvid mig två barnmorskor att ah hon har så mycket gaser hm ah men vi ska sätta en sån pysventil ah, och det är nån som ska komma med det och jag bara nej vad ska de göra liksom? Och så helt plötsligt bara vänder de på mig och stoppar in den där, då börjar jag nästan gråta för att det är så jobbigt liksom inte heller så här vi skulle behöva göra detta känns det ok för dig inget sånt - Informant nr 3*

Det var en jobbig situation och hon blev ledsen av behandlingen. Kvinnorna ansåg att de bemöttes på ett sätt som fick dem att känna sig förminskade, dumma och utlämnade.

*Hon helt plötsligt ställde sig såhär (visar hur hon gjorde) på min mage och jag liksom kved mig av smärta "ah jag vill ju bara hjälpa dig förstår du väl?" säger hon då till mig...känner mig så dum att jag typ har uttryckt mina känslor då - Informant nr 2*

Att inte lägga över ett lakan på en naken kvinna som körs genom hela korridoren till operation eller att ligga i gynläge utan något som skyler underlivet när vårdgivare går in och ut genom dörren var inskränkande mot integriteten. De kände sig uttittade av personalen medan de hade det jobbigt och tufft under förlossningen och fick till och med be personal som bara stod och tittade att lämna rummet. Andra kvinnor som uttryckligen hade bett om att ha så få personer som möjligt inne på rummet vid vaginala undersökningar upplevde att personal stod och tittade in i deras underliv utan att ha något där att göra.

*Då kom det in en läkare som gör en undersökning ähm och samtidigt som den läkaren är inne så står det en undersköterska och en barnmorska också och bara kollar och liksom inte vid huvud vid mig för att finnas som stöd utan de bara står och kollar in i mitt underliv egentligen ähm och gör ingenting de har liksom ingenting där att göra men ändå är de tre personer inne på rummet - Informant nr 5*

## 6.5 Att inte lita på vården

Alla kvinnor påpekade hur viktigt det var att få föda på sina villkor, där kvinnan själv får bestämma och ha kontroll. Där information och tydlig kommunikation under förlossning och eftervård spelade en stor roll för att trygghet skulle infinna sig. Förtroendet för vårdgivaren tappades vid otydlig kommunikation eller där den kontinuerliga informationen uteblev. Kvinnorna kände att de inte kunde lita på att de togs om hand på rätt sätt då de inte kände sig delaktiga i vården av varken sig själva eller barnet. En del var rädda för att föda vaginalt igen eftersom rädslan för att åsamka fler skador i underlivet kunde inträffa.

*Jag inte vill gå igenom det igen, och ... jag inte vill förvärra mina skador så att säga.  
Även om man säger att andra barnet går lättare - Informant nr 4*

Andra kände rädsla kring att komplikationer som uppstod under den första förlossningen skulle ske på nytt.

*Jag är jätterädd när jag tänker på en vaginal förlossning, att ingen har koll, att nästa barn också ska fastna - Informant nr 2*

*Ska jag gå igenom det här igen så ska det vara på mina villkor, jag ska kunna styra, jag ska kunna säga nej - Informant nr 6*

En av kvinnorna uttryckte att hon aldrig i hela livet ville genomgå en ytterligare förlossning men om så varit fallet hade kontinuitet med samma barnmorska från start till slut skapat mer trygghet för henne.

*Ja alltså om jag hade fått ha möjligheten att eh då hade jag velat haft samma barnmorska med mig hela tiden - Informant nr 1*

Att föda med kejsarsnitt ökade känslan av trygghet och kontroll framför att föda vaginalt på nytt, och för en del av kvinnorna var kejsarsnitt det enda alternativet vid en ny förlossning.

*Kejsarsnitt hade varit bäst då känns det som man har mer kontroll - Informant nr 2*

*Jag skulle ju vilja ge henne ett syskon men då är det bara kejsarsnitt som gäller, finns ju liksom inget alternativ - Informant nr 4*

Andra kände att förlossningssätt inte spelade någon roll - de skulle aldrig i hela livet föda barn igen oavsett vaginalt eller med kejsarsnitt. Anledningen till detta grundades dels i rädsla inför att tappa kontrollen men det avgörande var hur de hade blivit bemötta. En nedlåtande och kränkande attityd gentemot kvinnorna där de inte kände sig delaktiga i sin vård orsakade en minskad tillit till personalen.

*Det är enbart på grund av bemötandet på min förlossning, jag hade ingen rädsla innan - Informant nr 4*

Eller som en annan kvinna berättade;

*Jag har väldigt väldigt svårt att lita på sjukvården för att jag har ju fått en helt annan uppfattning utav sjukvården överlag eh efter min förlossning - Informant nr 5*

Som ett resultat av den negativa förlossningsupplevelsen har några av kvinnorna i studien blivit diagnostiserade med PTSD. Bland annat delar de erfarenhet av anknytningsproblem till barnet.

*Jag gick ju liksom i min skräckvärld i åtta månader och kunde inte knyta an till bebisen, jag ville ju bara att hen skulle sova - Informant nr 1*

En av kvinnorna påtalade att om kommunikation och information från vårdgivaren funnits hade upplevelsen inte varit lika traumatisk.

*Hade det bara funnits eh kommunikation och information i de här situationerna så hade de troligtvis inte blivit så traumatiska som de faktiskt blev - Informant nr 3*

## **7 Diskussion**

### **7.1 Metoddiskussion**

I metoddiskussionen diskuteras styrkor och svagheter med vald metod i samma ordning som metoddelen presenteras i arbetet. I kvalitativa studier kontrolleras kvalitén genom att begreppen tillförlitlighet, pålitlighet samt överförbarhet diskuteras.

#### **7.1.1 Studiedesign**

Initialt diskuterade författarna att en enkätstudie skulle nå ut till fler deltagare, men då syftet med studien var att undersöka förstföderskors upplevelser valde författarna en kvalitativ studiedesign med semistrukturerade intervjuer. Detta kunde ge en djupare förståelse för valt ämne och författarna anser att syftet besvarats med denna metod.

#### **7.1.2 Urval**

En styrka med urvalet är att samtliga deltagare självmant tagit kontakt med författarna. Att deltagarna har ett intresse för att vilja dela med sig av sina erfarenheter anses öka en studies trovärdighet, enligt Kvale och Brinkmann (2014). Deltagarna kontaktade författarna via en nyskapad mailadress för denna studie vilket var en fördel då båda författarna fick tillgång till alla konversationer. En nackdel var att båda författarna svarade på de mail som inkom vilket ledde till ett missförstånd i en av bokningarna vid ett tillfälle. En aspekt som ökar överförbarheten är att urvalsgruppen ej begränsades till en specifik ort eller stad.

Då syftet med studien var att fånga hur kvinnorna upplevt tiden på förlossning och eftervård ville författarna ej begränsa urvalet till specifikt förlossningssätt. Efter den första kontakten tagits av en deltagare försäkrade sig författarna om att inklusionskriterierna stämde in med hjälp av ett vändande mail till deltagaren där detta verifierades.

Initialt påbörjades ett bekvämlighetsurval, vilket enligt Polit och Beck (2021) innebär att deltagarna frivilligt hör av sig då ett intresse finns för att dela med sig av sina erfarenheter. Men då författarna försäkrade sig om att deltagarna hade något att berätta om valt fenomen

innan bokning av intervju gjordes, anses ändock att ändamålsenligt urval tillämpades. Ett ändamålsenligt urval är en fördel om man vill få så informationsrika berättelser som möjligt av valt fenomen (Henricsson & Billhult, 2018). Sex informanter ansågs räcka då syftet var att undersöka personers upplevelser och liknande berättelser kom fram under intervjuerna. Samtliga informanter reflekterade och kommunicerade sina erfarenheter på ett öppet och fritt sätt vilket gav informationsrika berättelser som genererade en stor mängd data.

På grund av studiens tidsram kunde författarna dessvärre inte inkludera fler intervjuer. Detta anses olyckligt då det möjligtvis frambringade besvikelse hos de intressenter som inte fick chans att berätta om sina upplevelser, trots att de tog steget att vilja berätta.

Då frågeställningen var hur obstetriskt våld påverkar tankar kring en framtida födsel valde författarna att begränsa sig till förstföderskor. Den satta tidsramen på tre år valdes för att få så ny data som möjligt utan att riskera för få deltagare. Majoriteten av deltagarna hade dock fått barn inom två år, vilket innebär att en kortare tidsram förmodligen gett liknande gensvar för deltagarantalet.

För att minska risken för missförstånd under intervjuerna samt vid en eventuell översättning av transkriberingarna valde författarna att begränsa sig till svensktalande kvinnor. En av författarna har svenska som modersmål den andra har tyska som modersmål men behärskar flytande svenska i tal och skrift.

### **7.1.3 Datainsamling**

Rekryteringen via Instagram ser författarna som en styrka då det både var ett kostnad- samt tidseffektivt sätt att få kontakt med potentiella deltagare. Ett alternativ till den rekrytering som gjordes skulle kunna vara att lämna flygblad med information till mödravårdscentraler med förhoppning att hitta deltagare den vägen, men detta hade förmodligen tagit längre tid. Författarna ansåg att kontakt genom Instagram var den smidigaste vägen för ett snabbt rekryterande. De valda Instagramkontona var kopplade till kvinnohälsa och således fick rätt grupp information om studien. Inledningsvis skickades förfrågan om att publicera information om studien till de konton som hade ett större följarantal, över tio tusen följare. Dock kan antas att de ansvariga för dessa konton ej såg förfrågan då den möjligen försvann i annan information som hamnade i deras inkorg. Försättningsvis skickades förfrågan till de konton

som hade under tio tusen följare. Gensvaret där var stort och flertalet konton publicerade snabbt information om studien. Flera intressenter hörde av sig som ej överensstämde med inklusionskriterierna. Författarna har i efterhand diskuterat att den information som publicerades på Instagram hade kunnat formulerats annorlunda för att på så vis undvika missförstånd i urvalskriterierna. I informationen framgick det även att författarna erbjöd fysiska möten, underförstått att det ej var aktuellt för deltagare utanför Stockholm. Tydlighet kring detta hade varit önskvärt, dock föredrog samtliga deltagare ett digitalt möte.

Informationen som publicerades på Instagram var kortfattad och författarna uteslöt personliga uppgifter som efternamn och telefonnummer. Detta kan ha uppfattats som en nackdel då författarna framstod som opersonliga. På ett personligt plan var det en fördel då författarna har ovanliga efternamn och ville därför inte dela med sig av sådana uppgifter i denna del av rekryteringen.

Deltagarna erhöll informationsbrev samt samtyckesbrev innan intervjun ägde rum. De hade då tid att tänka över sitt deltagande i studien vilket ytterligare ökar trovärdigheten, enligt författarna.

Intervjuguiden utgjorde främst en övergripande öppen fråga med stöd för intervjuaren i form av förslag på följdfrågor. Intervjuguiden innehöll även övriga samtalsområden där vidare frågor fanns tillhands om deltagaren behövde stöd i att fortsätta berätta om sina upplevelser. Samtliga informanter delgav dock sina berättelser på ett väldigt öppet och fritt sätt vilket gjorde att de övriga frågorna knappt användes.

En provintervju gjordes med en bekant till en av författarna för att testa intervjuguidens frågor samt dess tydlighet. Efter provintervjun förtydligades ett par frågor för att intervjuerna skulle flyta på bättre. I efterhand har författarna diskuterat att den fråga som tar upp gynekologiska besvär efter förlossningen eventuellt hade kunnat uteslutas då den inte ansågs relevant för syftet.

Båda författarna deltog under samtliga intervjuer och turades om att intervjua respektive observera. Detta kan anses vara en nackdel då författarna uttrycker sig olika trots intervjuguide och således kan information ha missats. Författarna ser dock detta som en styrka, då båda fått en ökad förståelse för hur en intervju går till samt att den observerande

parten kunde ställa följdfrågor ifall intervjuaren uppfattades otydligt. Att använda sig av intervjuer via zoom, anses som en fördel, då deltagarna fritt kunde välja plats att sitta på under intervjun. Enligt Polit och Beck (2021) är det att föredra att deltagaren själv får välja plats för intervjun samt att det är en ostörd miljö. Författarna anser dock att det finns en nackdel när informanten själv väljer plats, som vid digital intervju. Några informanter hade exempelvis inte fullgod internetuppkoppling och en informant satt inte på en tyst plats vilket medförde en del upprepningar i samtalet för att intervjuaren skulle höra vad som sades. Att transkribering skedde direkt efter eller i nära anslutning till intervjun av den som intervjuat anses som en styrka då det, enligt Polit och Beck (2021) kan ge en bättre förståelse av datan.

Vid intervjuerna har neutralitet kunnat bibehållas gentemot informanterna då ingen tidigare relation mellan författare och deltagare existerade. Dock var det stundtals känslomässigt tungt att lyssna på informanternas berättelser vilket bearbetades genom diskussion författarna sinsemellan. På detta sätt förhöll sig författarna medvetna om den egna förförståelsen.

#### **7.1.4 Dataanalys**

Enligt Graneheim och Lundman (2004) påverkas pålitligheten av en studie genom hur datan tolkas av författarna. Det transkriberade materialet har lästs igenom flera gånger av båda författarna var för sig och sedan diskuterats gemensamt. Författarna har gemensamt kommit fram till olika subteman och slutligen teman. Analysprocessen samt delar av resultatet har även handledare samt deltagare ur handledargruppen tagit del av. Att låta utomstående läsare ta del av denna process ökar dataanalysens trovärdighet, enligt Henricsson (2018). Studiens trovärdighet ökar även då författarna har valt att presentera deltagarnas upplevelse i form av citat i resultatet. För att ytterligare styrka pålitligheten valde författarna att visa exempel på hur analysprocessen har genomförts i tabell I.

### **8. Förförståelse**

Förförståelse innefattar tidigare erfarenheter, kunskap som författarna besitter samt förutfattade meningar om valt ämne. En medvetenhet samt hänsyn kring förförståelsen har genomsyrat arbetet genom att författarna kontinuerligt diskuterat detta under analysprocessen. Båda författarna har praktiserat samt arbetat på förlossning- och eftervårdsavdelningar.

Därutöver besitter även författarna personliga erfarenheter av obstetriskt våld. Enligt Graneheim et al. (2017) kan personligt upplevda erfarenheter påverka sättet som frågor ställs på, vilka följdfrågor som ställs samt analys och tolkning av den data som framkommer. Att ständigt vara medveten om den egna förförståelsen anses viktigt då författarna var det instrument som användes för analys av data. Efter färdigställd innehållsanalys lästes all transkriberad data återigen av författarna var för sig och sedan tillsammans. Detta gjordes för att i möjligaste mån försäkra att analysen grundades i data och inte i författarnas tolkningar, vilket stärker studiens pålitlighet, enligt Graneheim et al. (2017).

## **9. Överförbarhet**

Studien innehåller informanter från olika geografiska platser i Sverige vilket ger en inblick i hur obstetriskt våld förekommer på flera håll i landet. Författarna anser att studien kan överföras till andra länder då ämnet belyser föderskors upplevelser av obstetriskt våld vilket, enligt tidigare forskning, existerar över hela världen. Variationen i resultatet upplevs ge en djupare förståelse för ämnet. Då endast sex kvinnor intervjuats är det svårt att generalisera resultatet på en större population.

## **10. Etiska överväganden**

Under studien användes Vetenskapsrådets fyra forskningsetiska principer; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). I enlighet med informationskravet har deltagarna erhållit information om studiens innebörd, både muntligt samt skriftligt via mail innan intervjun genomfördes. Deltagarna fick även information om att deltagandet är frivilligt samt att de när som helst under studiens gång kan välja att avstå vidare deltagande utan att förklara varför. Samtyckeskravet uppfylldes då alla deltagare tillfrågades om de hade tagit del av samtyckesbrevet innan intervjun började. Konfidentialitetskravet har enligt författarna beaktats då alla deltagare avidentifierats samt att lösenordskyddade datorer har använts så att inga obehöriga kunnat få tillgång till materialet. Enligt nyttjandekravet användes insamlad data endast för studien.



## **11. Resultatdiskussion**

Syftet med studien var att undersöka förstföderskors upplevelser av obstetriskt våld från vårdgivare i samband med förlossning och eftervård samt hur det påverkar kvinnornas tankar kring att föda barn igen. Studiens resultat kommer att diskuteras utifrån de huvudfynd som hittats i de fem teman.

### **11.1 Att vara i underläge**

Kvinnorna upplevde kränkande bemötande från vårdgivarna. Bohren et al. (2015) redovisar i sin studie att nedvärderande kommentarer och otrevligt bemötande mot födande kvinnor var ett vanligt förekommande fenomen. I denna studie var det bland annat vårdgivare som vid upprepade tillfällen skämtade om att erhålla betalning för att hjälpa en kvinna med basal omvårdnad. En av kvinnorna skulle skyla sin nakna kropp vilket uppfattades som att vårdgivaren tyckte hon var äcklig. Kommentarer om att barnafödande gör ont och att duktigt uppförande skulle belönas med mer smärtlindring, uppfattade kvinnorna som nedvärderande. Liknande resultat går att finna i den kvalitativa studien av Annborn och Finnbogardóttir (2021) där kvinnor vittnade om kränkande kommentarer från vårdgivare under sina förlossningar. I deras studie erfor kvinnorna att barnmorskorna kändes frånvarande och att miljön var stressig utan någon trygg person att fråga eller be om hjälp. Detta överensstämmer med resultatet i denna studie då ingen uppmärksammade kvinnornas oro och de blev inte sedda eller lyssnade på. En av kvinnorna kände ångest under förlossningen och ingen fanns där för att lugna henne. Detta överensstämmer med det Bohren et al. (2015) kommit fram till i sin studie. De redogör för hur kvinnorna inte kände sig sedda eller respekterade och de fick inte tillräckligt med stöd från vårdgivaren.

Kvinnorna kände sig inte sedda då deras känslor inte blev bekräftade. De hamnade i ett apatiskt tillstånd där de till slut gav sig hän till allt de utsattes för på grund av en känsla att vårdgivaren ändå inte lyssnade på deras önskemål. Ayers (2007) tar upp liknande fynd i sin studie. Där beskrivs det hur kvinnor upplevde likgiltighet samt en mental frånvaro under förlossningen som ett resultat av vårdgivarens försummelse.

## 11.2 Att bli behandlad som luft

Resultatet visar att kvinnorna upplevde brister i kommunikation och information från vårdgivaren. Flera berättade om utebliven information inför obstetriska interventioner. Det inkluderade bland annat kvinnor som blivit klippta i underlivet utan föregående förklaring, fått läkemedel utan att veta vad det är eller vad det innebar att använda sugklocka.

Denna uteblivna information och bristande kommunikation gjorde relationen till vårdgivarna otrygg och kvinnorna kände sig inte delaktiga i de beslut som togs. Liknande fynd kan ses i Annborn och Finnbogardóttirs (2021) resultat som påvisar att kvinnorna inte upplevde att barnmorskorna lyssnade på deras önskemål eller gav information inför en intervention. Även i en enkätstudie av Lazzerini et al. (2021) framkom det att kvinnor upplevde avsaknad av tydlig kommunikation från vårdpersonalen under förlossningen. Även Martinez-Vázquez et al. (2021) styrker detta resultat, i sin tvärsnittsstudie, då de påvisar att konkret och förståelig information samt att säkerställa informerat samtycke är viktiga faktorer som bidrar till att minska ångest och rädsla under förlossningen.

Kvinnorna upplevde att de lämnades ensamma under både förlossning och eftervård. Barnmorskorna kändes stressade och det fanns ingen tillgänglig som kunde svara på frågor. Detta bekräftas även i studien av Bohren et al. (2015) där kvinnorna rapporterade att de lämnades ensamma och ignorerades av vårdgivaren. De kände sig som en börda och personalen kändes stressad när de väl fick hjälp. Detta visar även en rapport från Födelsehuset (2019), där en kvinna blev lämnad ensam långa perioder utan att vårdpersonal tittade till henne.

I denna studie antydde flera att vårdgivaren bett partnern vila och lämnade sedan rummet vilket bidrog till att kvinnorna befann sig ensamma utan stöd. I en studie av Annborn och Finnbogardóttir (2021) framkommer att ovan nämnda faktorer kan bidra till att förlossningen uppfattas som traumatisk. För de kvinnor som, i den aktuella studien, separerades från sina barn efter födseln fortsatte traumat då de inte blev uppdaterade om sitt barns hälsa. Även Eide et al. 2019 och Hildingsson et al. 2016 beskriver att förlossningen ofta upplevs som traumatisk om kvinnan fruktar för sitt eller barnets liv. Detta kan dels bero på dramatiska händelser eller otillräcklig information under eller efter förlossningen.

Alla kvinnor i studien berättade hur viktigt det var att personalen tagit del av, samt följde, den förutbestämda planering som gjorts i samråd med kvinnan inför förlossningen, vilket även inkluderade förlossningsbrevet och snittkontraktet. Thies-Lagergren och Wiklund (2022) menar att det är barnmorskans ansvar att läsa förlossningsbrevet för att tillsammans med kvinnan lägga upp en plan för förlossningen. Detta bekräftas även av Swahnberg och Wijma (2010) där detta tas upp som en viktig aspekt eftersom det möjliggör för kvinnan att vara delaktig i sin vård samt för vårdgivaren för att få vetskap om kvinnans bakgrund.

### **11.3 Våld och uteblivet samtycke**

Kvinnorna i studien beskrev hur de behandlats på ett omänskligt sätt och att de upplevt våld och övergrepp i samband med förlossningen. De berättade hur vårdgivaren tvingade isär benen för att sätta kateter eller hur de övertalades till positioner som inte kändes bekvämt eller värdigt för att påskynda barnets födsel oavsett hur förminskad kvinnan kände sig. Detta är i enlighet med resultatet i en enkätstudie av Reed et al. (2017), som beskriver hur kvinnor blev tvingade på rygg mot sin vilja samt hur deras ben tryckts isär för undersökningar eller för att underlätta uppsikten för vårdpersonalen under framfödandet. Även Bohren et al. (2015) styrker detta resultat då kvinnorna i deras studie rapporterade att trots önskan om att föda på knä eller i annan upprätt position tvingades de till ryggläge av personalen. Detta fick kvinnorna att känna sig förödmjukade och ovärdigt behandlade.

Laktatprovtagning från barnets huvud likställde en av kvinnorna med att bli våldtagen av ett stålinstrument. Detta styrker Sadler et al. (2016) som i sin studie beskriver att obstetriskt våld kan upplevas och tolkas som våldtäkt. För en kvinna i vår studie blev en våldsam vaginal undersökning något som påminde henne om den våldtäkt hon tidigare utsatts för. Detta fynd är i likhet med det som Annborn och Finnbogadóttir (2021) och Reed (2017) beskriver i sina kvalitativa studier. Kvinnor som tidigare varit utsatta för sexuellt våld är en synnerligen sårbar grupp när det kommer till våldsamma situationer i samband med förlossning, eftersom detta triggar traumatiska minnen.

Resultatet visar att flera av kvinnorna i studien utsattes för interventioner utan att samtycke inhämtats. I efterhand påtalade kvinnorna att om de fått en förklaring till varför något behövde ske hade det känts mer värdigt och att de inte bara var en kropp som vårdgivarna kunde göra vad som helst med. Detsamma går att finna i en rapport av Bowser och Hill (2010). De

redogör för att bristen på inhämtat samtycke inför interventioner under förlossningen var vanligt förekommande. Framförallt förekom episiotomier som utförts utan föregående information eller inhämtat samtycke. Bohren et al. (2015) delar detta resultat då kvinnorna i deras studie vittnade om flertal smärtsamma vaginala undersökningar som kändes avhumaniserande och onödiga, och vanligtvis utfördes dessa utan inhämtat samtycke. Kvinnorna kände sig överkörda och att det var vårdgivarna som bestämde vad som skulle ske och varför utan att inkludera kvinnans önskemål. De vaginala undersökningarna upprepades ofta av fler personer än bara ansvarig barnmorska och kvinnorna blev inte tillfrågade om de accepterade detta. Reed et al. (2017) beskriver i sin studie att kvinnor kände sig utnyttjade som föremål för vårdpersonalens lärande, utan att de blev tillfrågade.

Det uppstod en skev maktbalans mellan kvinnan och vårdgivaren då hon var beroende av dennes hjälp och expertis vilket gjorde att kvinnor som i andra kontexter brukade säga ifrån inte vågade detta. Kvinnorna upplevde framtvingade samtycken i situationer där risk för barnets välmående var i fokus. Detta är i enlighet med en studie av Reed et al. (2017) där vårdgivare frågade om kvinnorna vill att deras barn ska dö som hot för att få samtycke. Bohren et al. (2015) beskriver hur vårdgivarna inte delgav kvinnorna fullgod information om för- respektive nackdelar inför en intervention för att lättare få kvinnan att ge samtycke och undgå en diskussion.

#### **11.4 Att känna sig utsatt**

I studien påpekade flera kvinnor att vårdgivarna inte tog hänsyn till deras mående vilket gjorde att de kände sig utsatta under vårdtiden. De led av sömnbrist, fick ingen chans till återhämtning och hade inte ätit eller druckit tillräckligt. Det spelade ingen roll hur länge förlossningen varit igång, barnets mående gick först. Detta erfor även kvinnorna i Annborn och Finnbogadóttirs (2021) studie där personalen endast verkade bry sig om barnets välmående och att kvinnans mående inte var lika viktigt.

Partners var inte alltid välkomna att stanna på eftervården vilket försatte kvinnorna i en utlämnad situation där de inte erhöll tillräckligt med stöd. Detta fynd är i enlighet med det Eide et al. (2019) beskriver i sin kvalitativa forskning, där kvinnorna uttryckte sitt missnöje över brist på stöd av personal, särskilt när deras partner skickades hem.

Kvinnorna ansåg att de kände sig förminskade, dumma och att den personliga integriteten inte respekterades av vårdgivarna, på varken förlossningen eller eftervården. Ingen hänsyn togs till nakna kroppar som kördes genom korridoren till operation, eller att erbjuda ett lakan att skyla kvinnan med i samband med vaginala undersökningar. Att inte värna om den personliga integriteten är även ett resultat som Bowser och Hill (2010) visar på i sin studie där ingen hänsyn togs till att skyla nakna kvinnor som födde i gemensamma utrymmen. De påpekar dessutom hur personliga uppgifter om kvinnornas sjukdomshistoria delades öppet och fritt med alla i rummet. Vad författarna vet överensstämmer inte det med resultatet i denna studie, då ingen av kvinnorna erfarit detta.

### **11.5 Att inte lita på vården och konsekvenser av detta**

Att föda på sina villkor med kontroll och självbestämmande ansåg kvinnorna som en viktig aspekt. I studien av Bohren et al. (2015) valde kvinnorna i större utsträckning att föda hemma istället för på sjukhus på grund av rädsla att ej få kontrollera sin förlossning och hamna i en otrygg situation. Kontinuitet med samma vårdgivare, god kommunikation och fortlöpande information ansågs viktigt för att skapa trygghet, menar kvinnorna i vår studie. Vilket exempelvis kan uppnås med caseload modellen. Kvinnorna menade att vid otydlig kommunikation tappades förtroendet. Detta resultat speglar det som Annborn och Finnbogadóttir (2021) funnit i sin studie, där kvinnorna uttryckte att trygghet endast kunde infinna sig om det fanns förtroende för personalen. Hildingsson et al. (2013) påtalar i sin studie att adekvat stöd och information under förlossningen var mycket viktigt för kvinnorna. De menar att det främst är vårdgivarens handlingar och agerande under födseln som påverkar kvinnornas upplevelse. Barnmorskan har där en viktig roll för att behålla födandet normalt och förespråka en positiv upplevelse för kvinnan. Två av kvinnorna utvecklade PTSD efter sina förlossningar. Detta är enligt Martinez-Vázquez et al. (2021), ett vanligt förekommande fenomen. De beskriver att subjektiva upplevelser från en traumatisk förlossning är av de största riskfaktorerna att utveckla PTSD.

Kvinnorna ansåg att dåligt bemötande och en negativ förlossningsupplevelse var en av anledningarna att tilliten till vården minskade. Vilket stöds av Eide et al. (2019), då de beskriver att en negativ förlossningsupplevelse kan leda till misstro mot sjukvården. Kvinnorna berättade att de inte litade på att de togs om hand på rätt sätt om de inte var delaktiga i vården. d'Oliveira et al. (2002) beskriver i sin artikel att kvinnorna kände sig

försummade när de inte fick vara delaktiga i sin vård. Detta kunde leda till en känsla av att inte bli ordentligt omhändertagen. En följd av detta var att kvinnorna inte ville skaffa fler barn eller föredrog att föda med ett planerat kejsarsnitt.

Att föda med kejsarsnitt ökade känslan av kontroll vilket en del av kvinnorna uttryckte var den enda utvägen vid en eventuell framtida förlossning. Det förelåg en rädsla att tidigare skador skulle förvärras eller att åsamka nya skador i underlivet. Detta är i enlighet med de fynd Eide et al. (2019) presenterar i sin studie. De beskriver att kvinnorna var rädda för nya skador eller att nuvarande skador skulle förvärras, och ett planerat kejsarsnitt var ett sätt att undvika detta. Även Hildingsson et al (2013) tar upp denna problematik då kvinnor med en traumatisk första förlossning i större utsträckning önskar eller kräver kejsarsnitt vid kommande födsel. Hildingsson et al. påpekar dessutom att kvinnor som ägde en känsla av kontroll under födandet och var delaktiga i de beslut som togs under vårdtiden visade sig ha starkast samband med en positiv förlossningsupplevelse.

## **12. Slutsats**

I denna studie var syftet att undersöka förstföderskors upplevelser av obstetriskt våld från vårdgivare i samband med förlossning och eftervård samt hur det påverkar tankar kring framtida födslar. Resultatet visar att kvinnorna upplevde obstetriskt våld i olika former från vårdgivarna. Kvinnorna kände sig utsatta för kränkande behandling, övergrepp, att de inte blev sedda och att samtycke inte inhämtades inför ingrepp och undersökningar. Information och en god kommunikation där kvinnan var delaktig i sin vård ansågs viktig för att känna sig trygg och känna tillit för vårdgivaren. Avgörande tankar huruvida att föda barn på nytt eller inte grundades mycket i hur bemötandet från vårdgivaren varit samt känslan av att äga kontroll, oavsett om det är att föda med kejsarsnitt eller vaginalt – så länge det är på kvinnans villkor.

Resultatet styrker tidigare forskningsresultat om upplevelser av obstetriskt våld vilket tillför ytterligare evidens om hur obstetriskt våld kan uttrycka sig samt hur det upplevs av kvinnan.

### **13. Klinisk betydelse**

Studiens resultat ämnar bidra till en ökad förståelse för hur kvinnor kan uppleva obstetriskt våld under förlossning och eftervård. Därav är resultatet av klinisk relevans.

Obstetriskt våld i samband med förlossning och eftervård är ett problem som förekommer i Sverige. Barnmorskor, läkare och undersköterskor som är verksamma på landets kvinnokliniker möter dagligen kvinnor som upplever detta. För att förebygga obstetriskt våld anser författarna att det är viktigt att samtliga yrkeskategorier verksamma inom förlossning och eftervård har kunskap och förståelse för hur obstetriskt våld kan te sig i uttryck, samt hur det påverkar kvinnans upplevelse och hennes fortsatta reproduktiva hälsa. Författarnas förhoppning är att det blir en förändring inom barnafödandet i Sverige med fler vårdformer än de som landstinget erbjuder idag. Författarna anser dessutom att obstetriskt våld bör inkluderas på samtliga barnmorskeutbildningar i Sverige för att öka medvetandet kring detta fenomen.

Om fler vårdformer kan erbjudas anser författarna att det kan öka kvinnornas självbestämmande och förhoppningsvis bidrar det till en förbättring av de positiva upplevelserna kring förlossning och eftervård.

Författarna anser även att vården bör öka stödet till de kvinnor som upplevt obstetriskt våld. Vad författarna förstått är det i dagsläget svårt att erhålla adekvat stöd och hjälp att bearbeta sina traumatiska upplevelser.

### **14. Förslag till vidare forskning**

Författarna upplever en brist på studier kring obstetriskt våld i Sverige. Det skulle vara intressant med forskning om hur barnmorskor på förlossningar i Sverige ser på fenomenet obstetriskt våld. Tidigare forskning belyser att det är tabubelagt att inom vården tala om våld mot patienter då en sådan handling strider mot vårdgivarens etiska kod. Dock förekommer denna form av osynliga våld även i Sverige och mer forskning kring ämnet kan bidra till att ytterligare fokus läggs på hur det kan förebyggas.

Forskning som jämför förstföderskors upplevelse med omföderskors upplevelse skulle vara intressant. Vidare skulle en studie som undersöker långtidseffekten av obstetriskt våld på den reproduktiva hälsan vara av intresse.



## Referenslista

- Annborn, A., & Finnbogadóttir, H.R. (2021). Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery*, 105, Artikel 103212. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.midw.2021.103212>
- Ayers S. (2007). Thoughts and emotions during traumatic birth: a qualitative study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 34(3), 253–263. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/j.1523-536X.2007.00178.x>
- Bohren, M., Vogel, J.P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S.K., Souza, J.P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, T.O., Khosla, R., Hindin, J.M., & Gülmezoglu, M.A. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med* 12(6): e1001847. doi:10.1371/journal.pmed.1001847
- Bowser, D., & Hill, K. (2010). Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. In: Report of a Landscape Analysis. *Harvard: Harvard School of Public Health University Research Co.* [https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2014/05/Exploring-Evidence-RMC\\_Bowser\\_rep\\_2010.pdf](https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf)
- Cohen Shabot, S. (2016). Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies* 39. 231–247. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1007/s10746-015-9369-x>
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s.143–153). Lund:Studentlitteratur.
- Eide, K-T., Morken, N-H. & Bærøe, K. (2019). Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 19(102) <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2250-6>
- Forster, D. A., McLachlan, H. L., Davey, M. A., Biro, M. A., Farrell, T., Gold, L., Flood, M., Shafiei, T., & Waldenström, U. (2016). Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth* (16)28. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1186/s12884-016-0798-y>

Födelsehuset. (2019). *Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth: The case of Sweden*.

[https://www.ohchr.org/\\_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/F%C3%B6delsehuset.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1](https://www.ohchr.org/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/F%C3%B6delsehuset.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1)

Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British dental journal*, 204(6), 291–295.  
<https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1038/bdj.2008.192>

Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today*, 56, 29–34.  
<https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–112. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s.411–420). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s.111–119). Lund: Studentlitteratur.

Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., & Lukasse, M. (2017). Factors related to a negative birth experience – A mixed methods study. *Midwifery*, 51, 33 - 39.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.004>

Hildingsson, I., Johansson, M., Karlström, A., & Fenwick, J. (2013). Factors associated with a positive birth experience: An exploration of Swedish women's experiences. *International journal of childbirth*, 3(3), 153 - 164.

Hildingsson, I., Karlström, A., & Larsson, B. (2021). Childbirth experience in women participating in a continuity of midwifery care project. *Women and birth*, 34(3), 255–261.  
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.04.010>

*Hälso- och sjukvårdslag* (SFS 2017:30). Socialdepartementet.

[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30)

Kallio, H., Pietilä, A.-M., Johnson, M., Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing* , 72(12), 2954–2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 57–77) Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3 uppl.). Studentlitteratur.

*Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460).

Utbildningsdepartementet. [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)

Lazzerini, M., Covi, B., Mariani, I., Drglin, Z., Arendt, M., Nedberg, I. H., Elden, H., Costa, R., Drandić, D., Radetić, J., Otelea, M. R., Miani, C., Brigidi, S., Rozée, V., Ponikvar, B. M., Tasch, B., Kongslien, S., Linden, K., Barata, C., Kurbanović, M., ... IMAGiNE EURO study group (2022). Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region. *The Lancet regional health. Europe*, 13, 100268. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.lanepe.2021.100268>

Lindgren, H. (2022). Plats för födandet. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde* (2 uppl., s. 561 - 564). Lund: Studentlitteratur.

Martinez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., & Martínez-Galiano, J. M. (2021). Factors Associated with Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Following Obstetric Violence: A Cross-Sectional Study. *Journal of Personalized Medicine*, 11(5). <http://dx.doi.org/10.3390/jpm11050338>

Nicholls, L., & Webb, C. (2006). What makes a good midwife? An integrative review of methodologically-diverse research. *JAN, Leading global nursing research*, 56(4), 414 – 429. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04026.x>

d'Oliveira, A. F., Diniz, S. G., & Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet (London, England)*, 359(9318), 1681–1685. [https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/S0140-6736(02)08592-6)

Patientlagen (SFS 2014:821). Socialdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (Eleventh edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2017). Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy Childbirth* 17(21). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1197-0>

Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive health matters*, 24(47), 47–55. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.rhm.2016.04.002>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2021). *Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet* (SBU utvärdera 322). <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/forlossningsradsla-depression-och-angest-under-graviditet/>

Størksen, H. T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S., & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 92(3), 318–324. <https://doi.org/10.1111/aogs.12072>

Svenska barnmorskeförbundet (Maj, 2020). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2021/05/Den-internationella-etiska-koden-for-barnmorskor-ICM-Svenska-Barnmorskeforbundet.pdf>

Swahnberg, K., & Wijma, B. (2010). Kränkningar i vården olika perspektiv. I Wijma, B., Smirthwaite, G. & Swahnberg, K. (Red.). *Genus och kön inom medicin- och vårdutbildningar*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Thies-Lagergren, L., & Wiklund, I. (2022). Barnmorskans handläggning under förlossningsprocessen. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde* (2 uppl., s. 589 - 601). Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet.

[https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska\\_nmjprinciper\\_VR\\_2002.pdf](https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_nmjprinciper_VR_2002.pdf)

Waldenström, U. (2022). Val av förlossningsplats. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde* (2 uppl., s. 564 - 571). Lund: Studentlitteratur.

Westergren, A., Edin, K., & Christianson, M. (2021). Reproducing normative femininity: Women's evaluations of their birth experiences analysed by means of word frequency and thematic analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(300). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03758-w>

Westergren, A., Edin, K., Walsh, D., & Christianson, M. (2019). Autonomous and dependent – The dichotomy of birth: A feminist analysis of birth plans in Sweden. *Midwifery*, 68, 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.008>

Wiklund, I., Wiklund, J., Pettersson, A., & Boström, M. (2018). New parents' experience of information and sense of security related to postnatal care: A systematic review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 17, 35 – 42. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.06.001>

World Health Organization. Department of Sexual and Reproductive Health and Research. (2015). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. (WHO/RHR/14.23). <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>

World Medical Association (2018). *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. (Reviderad 2018, July). <https://www.wma.net/policies->

post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/

## Bilaga I

Tillfrågade konton på Instagram, uppgifter om följare hämtat den 26/1 - 2022

| Konto               | Antal tusen följare | Publicerat                                                                                                            |
|---------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| asabea              | 78,9                | Sa ja efter flera dagar, men lade aldrig ut inlägg                                                                    |
| fodamedstod         | 6,634               | Ja                                                                                                                    |
| birth_rights_sweden | 5,835               | Sa ja, men först en vecka efter vi frågat. Då hade vi redan tillräckligt med informanter. Så de lade aldrig ut inlägg |
| tyst_jag_foder      | 8,359               | Ja                                                                                                                    |
| heltunderliv        | 14,7                | Ja                                                                                                                    |
| doulaverket         | 9,176               | Ja                                                                                                                    |
| doulorna            | 1,403               | Ja                                                                                                                    |
| doulagruppen        | 2,102               | Ja                                                                                                                    |
| mammapsykologi      | 6,756               | Ja                                                                                                                    |
| duochdinbebis       | 1,512               | Ej fått svar                                                                                                          |
| instamorskan        | 18,4                | Ej fått svar                                                                                                          |
| bebisen_och_vi      | 14,7                | Ej fått svar                                                                                                          |
| kvinnatillkvinna    | 40,9                | Tackat nej pga ej möjlighet att dela vidare i sina kanaler.                                                           |
| mammatillmamma      | 3,128               | Tackat nej                                                                                                            |

### Formulering som publicerades på Instagram:

Obstetriskt våld i samband med förlossning och eftervård förekommer världen över. Den födande kvinnan kan t.ex erfara kränkningar, hot, övergrepp från vårdpersonalen, ej givit samtycke inför undersökning/ behandling - som gynundersökning eller tryck på magen när barnet ska födas för att nämna några.

Vi är två barnmorskestudenter från KI som skriver vårt examensarbete och vi söker deltagare som vill ställa upp i en intervju och berätta om sina upplevelser av obstetriskt våld under förlossningen och/eller tiden på BB. Intervjuerna kan genomföras digitalt eller att vi bokar ett fysiskt möte. Kriterium för att delta: Förstföderska (endast fött ett barn) i Sverige inom de närmsta 3 åren (vaginalt eller kejsarsnitt), är svensktalande samt upplevt obstetriskt våld från vårdpersonal i samband med förlossning och/eller eftervård. Om du är intresserad av att delta eller vill veta mer om studien, kontakta oss gärna snarast via mail:

[barnmorskestudenterna@gmail.com](mailto:barnmorskestudenterna@gmail.com).

Hoppas vi hörs!

Vänligen Camilla och Catharina

## **Bilaga II**

### **Intervjuguide**

*Syftet med studien är att undersöka förstföderskors upplevelser av obstetriskt våld från vårdpersonal i samband med förlossning och eftervård och hur det påverkar tankar kring en framtida födsel. Att delge känslomässigt påfrestande minnen kan vara tungt. Du kan när som helst under intervjun avbryta utan vidare förklaring. Om funderingar framkommer vid transkriberingen av intervjun - kan vi då kontakta dig?*

Vad innebär obstetriskt våld för dig?

**Inledande fråga** - Hur upplevde du din förlossning och tiden på BB?

### **Övriga samtalsområden**

- På vilket sätt upplevde du obstetriskt våld under din tid på förlossningen/BB?
- Hur upplevde du bemötandet av personalen?
- Hann du ge samtycke inför undersökningar/behandlingar?
- Kunde barnmorska/undersköterska/läkare fånga upp dig och dina behov?
- Fick du gå igenom förlossningen med någon innan du skrevs ut för att kunna delge dina känslor?
- Vad hade du önskat annorlunda?
- Hur går tankarna kring att föda fler barn?
- Lider du av gynekologiska besvär nu i efterhand?
- Lider du av psykiska besvär efter det du upplevt?

### **Följdfrågor**

På vilket sätt...

Vill du berätta mer...

Hur menar du...

Hur kändes det...

### **Nyckelord/viktiga att få med**

Våld

Rädsla

Samtycke

Uppfattade personalen dina behov

Vad hade du önskat annorlunda

Tillit/trygghet

Övergrepp

### **Bakgrundsdata**

Förlossningssätt

Vårdtid

Sjuklighet hos mor

Tidpunkt för intervju



## **Bilaga III**

### Informationsbrev inför bokning av intervju

Du väljer om kameran ska vara på eller av samt om vi kan spela in allt som sägs eller om du hellre ser att vi för anteckningar under intervjun. Allt som spelas in kommer sedan transkriberas och tolkas av oss. Intervjun planeras ta ca 30 - 60 min.

Din intervju kodas med ett nummer vilket gör att ingen kan spåra innehållet till dig. Varken lärare eller kursare kommer kunna ta reda på att det är just från dig vi har fått informationen. Efter arbetet är inlämnat och godkänt förstörs samtliga dokument/intervjuer. Alla som deltagit kommer få en länk skickad till sig där man kan ta del av examensarbetet i sin helhet om man vill det. Ingen ersättning ges vid deltagande.

Om intresse att delta kvarstår - vänligen svara på detta mail så bokar vi tid för intervju som passar Dig. Innan intervjun kommer du få ett samtyckesbrev med ytterligare information.

Med vänliga hälsningar

Camilla Wrangel och Catharina ter Schüren

## **Bilaga IIII**

### **Samtyckesbrev**

Vi ämnar genomföra en kvalitativ intervjustudie där du som deltagare har möjlighet att bidra till barnmorskors förståelse för hur födande kvinnor upplever obstetriskt våld under förlossning och eftervård. Intervjutillfället bör ej ses som ett terapeutiskt tillfälle utan ur ett forskningsperspektiv. Att tala om tidigare upplevda trauman kan väcka obehagliga minnen till liv. Om behov finns att tala med någon efter intervjun hänvisar vi till vårdcentral eller barnmorskemottagning.

Du tillfrågas med detta brev att delta i studien genom att medverka i en intervju. På grund av den rådande pandemin kommer intervjuerna ske via Zoom. Intervjun planeras ta 30 - 60 minuter och materialet spelas in med hjälp av en telefon som ej är uppkopplad till nätet. Sitt gärna på en lugn plats. All data kommer hanteras konfidentiellt, det betyder att du som deltar i studien är anonym för utomstående samt att det inspelade materialet förvaras otillgängligt för obehöriga. Det inspelade materialet kommer transkriberas och sedan raderas.

Deltagandet i studien är frivilligt och du som deltar kan när som helst under studien välja att avbryta din medverkan utan att uppge en anledning. Studieresultatet kommer publiceras i vårt examensarbete samt på Karolinska Institutets hemsida.

Ingen ersättning ges vid deltagande.

Om du har ytterligare frågor är du välkommen att kontakta oss via mail.

### **Samtycke**

Jag har tagit del av ovanstående text. Genom att delta i intervjun ger jag mitt samtycke till att medverka i studien om obstetriskt våld.

### **Författarna:**

Camilla Wrangel  
Leg. Sjuksköterska  
Barnmorskestudent  
Karolinska Institutet  
[camilla.wrangel@stud.ki.se](mailto:camilla.wrangel@stud.ki.se)

Catharina ter Schüren  
Leg. Sjuksköterska  
Barnmorskestudent  
Karolinska Institutet  
[catharina.ter.schuren@stud.ki.se](mailto:catharina.ter.schuren@stud.ki.se)

### **Handledare:**

Emilija Wilson  
Leg. Barnmorska, PhD  
[emilija.wilson@ki.se](mailto:emilija.wilson@ki.se)