



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnors och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Barnmorskeprogrammet 90 hp

Kurs: Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal

Förlossningsställningars inflytande på upplevelse, interventioner och utfall under förlossningen

En kvantitativ studie tvärsnittsstudie i Uganda

-

The influence of birth positions on experience, interventions and outcome during childbirth

A quantitative study study in Uganda

Sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2023

Författare:
Hannah Rading
Leg. sjuksköterska
Barnmorskestudent

Handledare:
Michael Wells
PhD

Författare:
Paulina Lenngren
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Granskande lärare:
Anna Gustafsson
Barnmorska

Examinator:
Wibke Jonas
Lektor

Sammanfattning

Bakgrund: Förlossningsställningar varierar i upprätta och liggande positioner och kan delas in i kategorier som dynamisk eller icke-dynamisk ställning. Enligt WHO bör upprätta förlossningsställningar uppmuntras och mobilitet under förlossning främjas. Tidigare forskning lägger fram data som styrker att dynamiska förlossningsställningar optimerar framfödandet och den obstetriska processen, trots detta föder många kvinnor i ryggläge, i en icke-dynamisk ställning.

Syfte: Att undersöka om det finns skillnader mellan förlossningsupplevelsen och förekomsten av interventioner utifrån kvinnors förlossningsställningar. Studien ämnar ställa dynamiska förlossningsställningar mot icke-dynamiska förlossningsställningar. Vidare kommer även olika dynamiska förlossningsställningar ställas mot varandra för att undersöka om det finns några skillnader mellan dem. **Metod:** Studien är en kvantitativ tvärsnittsstudie med 650 deltagare. Data inhämtades från ett MIDWIZE kvalitet-förbättringsprojekt utfört i Kampala, Uganda. SPSS användes för analysen. **Resultat:** Studiens resultat fann att dynamiska förlossningsställningar i högre utsträckning genererade en mer positiv förlossningsupplevelse. Fler icke-medicinska interventioner tillämpades på dem som födde i dynamisk ställning. **Slutsats:** Det fanns en korrelation mellan dynamiska förlossningsställningar och mindre perianala bristningar, fler icke-medicinska interventioner samt positiv förlossningsupplevelse. Dynamiska förlossningsställningar kan leda till att barnmorskan verkar mer professionell i sin yrkesroll. **Nyckelord:** Förlossningsställning, dynamisk/icke-dynamisk, interventioner, förlossningsupplevelse, barnmorskans professionalitet.

Abstract

Background: Birth positions vary in terms of upright and supine positions and can be categorised as dynamic or non-dynamic positions. According to the World Health Organization (WHO), upright birth positions are encouraged, and mobility during labour is promoted. Previous research has found that dynamic birth-positions optimise the progress of childbirth and are favourable in the obstetric process. Nonetheless, many women give birth in the supine, non-dynamic position.

Objective: To investigate whether there are differences between the birth experience and the occurrence of interventions based on women's birth positions. The study aims to contrast dynamic birthing positions with non-dynamic birthing positions. Furthermore, different dynamic childbirth positions will also be compared to each other to investigate whether there are any differences between them.

Method: The study is a quantitative cross-sectional study with 650 study participants. Utilising data collected from a MIDWIZE quality improvement project conducted in Kampala, Uganda. SPSS was used to analyse the data.

Results: The study's findings revealed that dynamic birthing positions more significantly generated a more positive childbirth experience. More non-medical interventions were applied to those giving birth in dynamic positions. Conclusion: There was a correlation between birth positions and the childbirth experience, the occurrence of non-medical interventions applied by midwives and fewer perineal tears. Dynamic birthing positions can contribute to the midwife appearing more professional in her role.

Keywords: Birth position, dynamic/non-dynamic, interventions, childbirth experience, midwifery professionalism.

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	1
1.1 Dynamiska förlossningsställningar	1
1.2 Kritik mot dynamiska förlossningsställningar	3
1.3 Interventioner	3
1.4 Midwize.....	5
1.5 Maternell hälsa i Uganda.....	6
1.6 Teoretisk referensram.....	6
2. Problemformulering.....	8
3. Syfte.....	9
4. Metod.....	9
4.1 Design.....	9
4.2 Urval.....	10
4.3 Datainsamling.....	10
4.4 Mätinstrument	12
4.4.1 Sociodemografiska faktorer.....	12
4.4.2 Mor och barns mående efter förlossningen	12
4.4.3 Interventioner/Information/Stöttning.....	12
4.4.4 Förlossningsupplevelsen.....	13
4.5 Dataanalys	14
4.6 Etiska överväganden	15
5. Resultat	16
5.1 Icke-dynamisk förlossningsställning vs. Dynamisk förlossningsställning	16
5.1.1 Information	16
5.1.2 Stöd.....	16
5.1.3 Utfall	17
5.2 Icke-dynamisk förlossningsställning vs. Liggande på sidan.....	17
5.2.1 Information	17
5.2.2 Stöd.....	17
5.2.3 Utfall	18
5.3 Icke-dynamisk förlossningsställning vs. Sittande på pall	18
5.3.1 Information	18
5.3.2 Stöd.....	18

5.3.3 Utfall	19
5.4 Sittande på pall vs. Liggande på sidan	19
5.4.1 Information	19
5.4.2 Stöd	19
5.4.3 Utfall	20
6. Metoddiskussion	20
6.1 Etiska överväganden	22
7. Resultatdiskussion	22
7.1 Interventioner & förlossningsupplevelsen	23
7.2 Barnmorskans professionalism	24
7.3 Fortsatt forskning	25
8. Slutsats	26
Referenser	27
Bilaga 1	32
Bilaga 1	35
Bilaga 2	37
Bilaga 3	40
Bilaga 4	43
Bilaga 5	46
Bilaga 6	49

1. Bakgrund

1.1 Dynamiska förlossningsställningar

Förlossningsställningar brukar klassificeras utifrån upprätta och liggande ställningar, och utgör den kroppsliga position som antas under själva framfödandet. Vidare kan man även dela in förlossningsställningar i dynamiska och icke-dynamiska ställningar där dynamiska förlossningsställningar beskrivs som varierande kroppsliga ställningar vars syfte är att optimera framfödandet och den obstetriska processen (Reitter et al., 2014). Begreppet och dess metod syftar till att främja födandets fysiologi genom att fördelaktigt anpassa den födandes position efter bäckenets strukturella attribut, med intentionen att underlätta barnets passage genom bäckenet. Att på ett kontrollerat sätt ta hjälp av gravitationens kraft under utdrivningsfasen är en återkommande faktor i diskussionen kring hur dynamiska förlossningsställningar kan användas som ett verktyg under förlossningen (Reitter et al., 2014).

Majoriteten av kvinnor föder i en liggande eller "gyn" liknande ställning på rygg. Detta framgår i en studie framtagen av Kvist et al. (2011). Endast 27,8 procent av kvinnorna som deltog i studien födde i en upprätt förlossningsställning. Med upprätta förlossningsställningar avser Kvist et al. (2011) stående, stående på huk, sittande i upprätt ställning eller sittande på pall. Enligt Reitter et al. (2014) kan även positionen liggande på sidan betraktas som en dynamisk förlossningsställning. Ur ett historiskt perspektiv finns det grundligt med material som porträtterar födande kvinnor i upprätta ställningar snarare än liggande (Dundes, 1987) vilket väcker en nyfikenhet kring evolutionen av förlossningsställningar. Dundes (1987) framhåller i sin studie "The Evolution of Maternal Birthing Position" att det återfinns "basreliefer", eller hieroglyfer, vid egyptens pyramider som porträtterar Kleopatra i en knästående position, omringad av fem andra kvinnor, samtidigt som hon tar emot sitt nyfödda barn. Vidare hävdar Dundes (1987) att förlossningspallen eller "birthing chair", som tillåter den födande att sitta upprätt i en lätt hukande position, härstammar från den babyloniska kulturen och är daterad till 2000 f.Kr.

I föreliggande studie kommer positionerna liggande på rygg samt gynställning att refereras som icke-dynamiska förlossningsställningar. Positionerna stående, stående på huk, sittande i upprätt ställning, sittande på pall samt liggande på sidan kommer att refereras som dynamiska förlossningsställningar.

World Health Organisation (WHO) har sammanställt flertalet rekommendationer gällande förlossningens olika faser i rapporten ”Intrapartum care for a positive childbirth experience” (WHO/RHR, 2018), där vikten av mobilitet under förlossningen understryks. I rapporten rapporteras vikten av att den som föder självständigt får möjlighet att välja förlossningsställning, dock bör en längre period av planläge undvikas. I rapporten framhålls det även att barnmorskan i sin profession bör främja kroppsliga ställningar som verkar smärtlindrande samt arbeta progressivt för dynamiska förlossningsställningar.

Enligt Gupta et al. (2017) kan icke-dynamiska förlossningsställningar bidra till betydande smärta under utdrivningsskedet, mindre effektiva värkar/sammandragningar i livmodern och leder i större utsträckning till maternell utsatthet och ett utdraget förlossningsförlopp. Moraloglu et al. (2017) studie visade att kvinnor som födde i hukande ställning rapporterade mindre upplevd smärta samt ett kortare förlossningsförlopp jämfört med kvinnor som födde i icke-dynamisk förlossningsställning.

Kvist et al. (2011) menar att upprätta förlossningsställningar kan leda till minskad smärta och obehag på grund av en mängd olika faktorer. Belastningen på perineum eller mellangården i form av ett mekaniskt tryck från barnets huvud, tas upp som en faktor som kan påverka intensiteten av den upplevda smärtan negativt (Reitter et al., 2014). Fortsatt menar Kvist et al. (2011) att beroende på vilken förlossningsställning den som föder antar, så kan trycket på perineum variera. En upprätt förlossningsställning ståendes på alla fyra avlastar trycket på perineum och därmed viss smärta (Kvist et al., (2011).

Fortsatt finns det ett etablerat ansvar i barnmorskans yrkesroll att tillämpa så kallat perinealskydd under pågående förlossningsarbete, specifikt vid utdrivningsskedet (WHO/RHR, 2018). Perinealskydd är en viktig beståndsdel av obstetrisk vård och syftar till att minimera perineala skador under förlossningen. Perineal massage, perinealt handgrepp, verbal guidning samt val av förlossningsställning är enligt WHO olika tillvägagångssätt att praktisera perinealskydd (WHO/RHR, 2018). I en studie framtagen av Jong et al. (1997) presenteras data som hänvisar till att förekomsten av vaginala bristningar är mindre vid upprätta ställningar. Skäl för episiotomi, även kallat klipp, var också betydligt mindre i upprätt position än vid liggande position (Jong et al., 1997).

En ytterligare faktor som gynnas av dynamiska förlossningsställningar är en optimerad blodcirkulation (Kvist et al., 2011). Kvist et al. (2011) belyser i sin studie vikten av optimerad blodcirkulation under förlossningsarbetet och menar att icke-dynamiska

förlossningsställningar påverkar blodcirkulationen negativt hos den gravida kvinnan. En inte sällan förekommande graviditetskomplikation relaterad till försämrad blodcirkulation är Vena Cava syndrom. Vena Cava syndrom är ett erkänt tillstånd som kan drabba gravida och innebär att tillförseln av blod genom vena cava stryps eller försämras pga att livmodern obstruerar det venösa återflödet till hjärtat (Anje & Gidlöf, 2021). Försämrad blodcirkulation kan i sin tur leda till nedsatt syretillförsel hos fostret vilket ofta medför fler medicinska interventioner som syntetiskt oxytocin-dropp, även kallat värkstimulerande dropp, instrumentell förlossning med tång eller sugklocka eller kejsarsnitt (Low et al., 2004). Gupta et al. (2017) påvisar i sin studie att barn som föds i en upprätt position har mindre problem med irreguljära hjärtrytmer och drabbas mindre sällan av brady- respektive takykardi.

1.2 Kritik mot dynamiska förlossningsställningar

Det finns även studier som framhåller kritik mot dynamiska förlossningsställningar, specifikt upprätta ställningar, och som presenterar data som hävdar att vissa obstetriska risker ökar. Jong et al. (1997) menar att risken för post-partum blödning över 1000 ml är högre vid upprätta förlossningsställningar. Lawrence et al. (2013) beskriver att förutsättningarna för att tillämpa ett gott perinealskydd är nedsatt vid upprätta förlossningsställningar och kan därmed innebära en ökad risk för perinealskador. Vidare hävdar Lawrence et al. (2013) att det blir svårare för barnmorskan eller vårdgivaren att förutse förlossningsförloppet i en upprätt position som ej tillåter fullgod sikt under utdrivningsskedet vilket kan innebära risker för den som föder samt barnet. Gupta et al. (2017) påpekar också risken med utmattningspositioner som vissa dynamiska förlossningsställningar kan leda till. Att stå upp eller sitta på huk kan snabbt leda till att den som föder blir överansträngd vilket kan leda till negativa konsekvenser för förlossningsprocessen (Gupta et al., 2017).

1.3 Interventioner

Det finns olika icke-medicinska metoder för att minska smärta och främja välbefinnande under förlossning (Hall et al., 2012). Enligt Abascal & Jakobsson (2021) grundar sig icke-medicinsk smärtlindring på att trigga eller aktivera kroppens egna smärtlindringssystem, och därigenom även belöningssystem, genom frisättningen av endorfiner och andra hormoner. Exempel på icke-medicinska smärtlindringsmetoder är massage, värme och kyla, dusch och bad, akupunktur och akupressur, TENS samt sterila kvaddlar. Andningstekniker, positiva affirmationer och rebozo är andra exempel på icke-medicinska metoder i syfte att främja avslappning (Hall et al., 2012; Iversen, 2017).

Rebozo är känd som en praktisk teknik och har sina rötter i Latinamerika. Rebozotekniken är skonsam och bygger på långsamma och varsamma kroppsliga rörelser från sida till sida med hjälp av ett tygstycke eller sjal. Tekniken verkar genom att bidra till avslappning samt smärtlindrande. Rörelserna utförs medan den gravida kvinnan står upp eller är på händer och knän, ofta av en barnmorska eller annan stödperson (Iversen et al., 2017).

Att kontrollera sin andning är grundläggande i förberedelserna inför en förlossning. Fördelarna med en etablerad andningsteknik är att det bidrar till ett kontrollerat lugn och verkar avslappnande hos den som föder. Fortsatt ger rätt andningsteknik förutsättningar att fokusera på rytmiken i andetagerna och öka sin koncentration under själva framförandet. Vid utövning av andningstekniker implementeras också en adekvat syresättning hos gravida under förlossningsprocessen (Sydsjö et al., 2015).

Iversen et al. (2017) lyfter fram massage och fysisk beröring som två viktiga verktyg barnmorskan kan tillämpa under förlossningen för att underlätta för den som föder. Iversen et al. (2017) menar att massage bidrar till att minska smärta, specifikt ländryggssmärta under förlossningen, verkar muskelrelaxerande, bidrar till mer rörlighet och njutning samt minskar förekomsten av medicinsk smärtlindring. Fortsatt menar Iversen et al. (2017) att massage är en tillgänglig och enkel metod att använda och att fler barnmorskor bör utbildas i hur de kan ge massage i ett smärtlindrande syfte med fokus på förlossningsarbete.

Mselle & Eustace (2020) lägger fram vikten av mobilitet under förlossningen och menar att barnmorskan bör uppmuntra den gravida till att testa olika kroppsliga ställningar. Fortsatt menar Mselle & Eustace (2020) att variera sin kroppsposition under förlossningen bidrar till förbättrad blodcirkulation, ökad komfort, minskad smärta samt att de kan underlätta barnets passage genom bäckenet och på så vis föra förlossningsprocessen framåt. Mselle & Eustace (2020) belyser dock att preferenser kring val av kroppsliga ställningar under förlossning ser väldigt olika ut och bör beslutas av den som föder. Vilken position kvinnan väljer och möjligheterna att vara rörliga under förlossningsarbetet beror på individuella preferenser, kroppstyp och förlossningens specifika omständigheter. Barnmorskan bör ge råd och stödja den födande att hitta bekväma och effektiva ställningar under förlossningen (Mselle & Eustace, 2020).

Thorstensson et al. (2012) framhåller i sin studie att barnmorskans stöd till den födande under förlossningen är avgörande för vilka interventioner som tillämpas. Vidare framhåller

Thorstensson et al. (2012) att prevalensen för epidural anestesi (EDA) är betydligt mindre hos kvinnor som upplevt kontinuerligt och individuellt anpassat stöd från sin barnmorska under förlossningen. Gupta et al. (2017) presenterar data i sin studie som visar på att födande som erhåller epiduralanestesi (EDA) tenderar att bli betydligt mindre rörliga och förlöser ofta på rygg eller i planläge. Detta styrks också av Li Fu et al. (2023) som presenterar data som visar att utdrivningsfasen förlängdes med cirka 25 minuter för de kvinnor som erhöll EDA. Samtidigt ökar också riskerna för instrumentell förlossning, kejsarsnitt, perianala bristningar samt hypoxi/asfyxi hos fostret (Li Fu et al., 2023). Fortsatt menar Thorstensson et al. (2012) att barnmorskans icke-medicinska interventioner alltså kan verka avgörande för hur kvinnan upplever sin förlossning.

1.4 Midwize

MIDWIZE är en vårdmodell som syftar till att öka kapaciteten och kompetensen inom folkhälsa med fokus på reproduktiv, perinatal och maternell hälsa. Begreppet MIDWIZE är en sammansättning av orden "barnmorska" och "klok". Bokstaven Z står för "Zero separation", noll separation mellan kvinna och barn. Begreppet MIDWIZE ämnar belysa barnmorskans kompetens som bidrar till att god vård kan erbjudas till kvinnor genom hela deras reproduktiva livscykel (Lindgren & Erlandsson, 2022). Barnmorskor har en avgörande roll i att minska förekomsten av mödra- och barnadödlighet, minska sjukdomsfall samt erbjuda nödvändiga tjänster inom sexuell, reproduktiv, mödra- och neonatalvård. Intentionen med vårdmodellen är att implementera vård som säkerställer friska mödrar och friska barn under samt efter förlossning. Vidare verkar MIDWIZE för att de som föder ska ha en positiv förlossningsupplevelse med betoning på omedelbar och oavbruten hud-mot-hud-vård mellan modern och den nyfödda. MIDWIZE bygger på tvärsektoriellt samarbete för att främja evidensbaserad vård och interdisciplinärt teamwork. Målet är att förbättra mödrars och nyfödda barns hälsa genom kompetensutveckling och implementering av kvalitetsförbättringar (Lindgren & Erlandsson, 2022). Trots barnmorskans avgörande roll kvarstår utmaningar i många vårdmiljöer, såsom mödra-, förlossnings- och postnatal vården, när det gäller att skapa stödjande miljöer och strukturer. Detta leder i sin tur till att den evidensbaserade praxis som finns inom barnmorskeyrket inte fullföljs eller upprätthålls på grund av brist på kompetens eller resurser, vilket resulterar i en otillräcklig kvalitet i barnmorskevården (United Nations Population Fund, International Confederation of Midwives, and World Health Organization, 2021).

1.5 Maternell hälsa i Uganda

För en bredare förståelse för MIDWIZE-projektet och därmed den insamlade datan som följande studieresultat bygger på, bör en viss kännedom om förutsättningarna i Uganda finnas. När det kommer till maternell, perinatal och reproduktiv hälsa står Uganda, liksom många andra länder, fortfarande inför stora utmaningar. Mödradödligheten i Uganda är idag uppmätt till ca 375/100 000 kvinnor, som avlider varje år i samband med förlossning. Dock är de siffrorna en klar förbättring från mätningar som gjordes år 2001 då mödradödligheten beräknades vara 578/100 000. Dessa siffror är en ansevärd kontrast till Sverige som idag har en mödradödlighet på 4/100 000 och år 2001 5/100 000. Att minska mödradödligheten är en av de många saker man vill åstadkomma med Agenda 2030 och FN:s 17 globala mål för hållbar utveckling. Mål nr 3, Hälsa & välbefinnande, ringar in hur omfattande den globala mödradödligheten är och har som målsättning att reducera mödradödligheten till mindre 70/100 000 (UN Sustainable Development Goals Database, 2020). Utöver mödradödligheten står Uganda inför utmaningen att erbjuda tillgänglig och kvalitetssäkrad vård. På grund av landets begränsade resurser finns det för få etablerade hälsoinrättningar i jämförelse med population, vilket i sin tur leder till att landsbygden ofta blir lidande (Telfer et al., 2021). Vidare hävdar även Telfer et al. (2021) att barnmorskeutbildningen i Uganda har stora brister som inte lever upp till ICM (The International Confederation of Midwives) globala riktlinjer. Fortsatt menar Telfer et al (2021) att barnmorskeutbildningen i Uganda måste reformeras för att landet någonsin ska uppnå målet att minska mödradödligheten i landet och kunna säkerställa trygg och säker maternell, perinatal och reproduktiv vård.

1.6 Teoretisk referensram

Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) har konstruerat teorin “The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery” med avsikten att belysa hur barnmorskan i sin professionalism och i sitt omvårdnadsarbete ska säkerställa att den gravida eller födande erhåller adekvat vård. Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) grundar sin teori på att en god barnmorska är en professionell barnmorska. De

presenterar sin teori med utgångspunkt i fem centrala kategorier (figur 1) som definierar professionalism hos en skicklig barnmorska;

1. Professionell omvårdnad.
2. Professionell visdom/kunskap.
3. Barnmorskans personliga utveckling.
4. Interpersonell kompetens.
5. Professionell kompetens/erfarenheter. Dessa fem faktorer utgör tillsammans en professionell helhet.



Figur 1

Med kategori 1, professionell omvårdnad, ämnar Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) att rama in barnmorskans omvårdnadsområde som rotar sig i reproduktiv, perinatal och maternell hälsa. För att bedriva professionell omvårdnad bör barnmorskan närvara fysiskt och emotionellt i det födande rummet. Närvaron bör manifesteras genom kontinuerligt stöd både för den födande och för medföljande anhöriga/familj. Vidare kännetecknas den professionella omvårdnaden av tillgänglighet, öppenhet och förmågan till inkännande i syfte att generera en känsla av trygghet och förtroende hos den födande.

Vidare är en central aspekt av barnmorskeyrket förmågan att tillämpa kunskap och erfarenhet under förlossning vilket Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) belyser med kategori 2, professionell visdom/kunskap. Barnmorskan ska grunda sina beslut i det kritiska tänkandet genom att grundligt överväga evidensbaserad forskning. Med forskning och vetenskapen som grund kan barnmorskan fatta beslut som är välinformerade och patientsäkra. Samtidigt bör barnmorskan integrera egna erfarenheter i den kritiska reflektionsprocessen vid beslutstagande. Förmågan att kombinera teoretisk kunskap och praktisk erfarenhet ger upphov till en professionell visdom som representerar vad barnmorskan faktiskt vet och förstår.

Kategori 3, barnmorskans personliga utveckling tydliggör vikten av att barnmorskan ständigt är självkritisk och reflektiv i sitt arbete i syfte att utvecklas. Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) menar att genom att vara självkritisk och reflektiv blir barnmorskan tryggare i sin yrkesroll och medveten om sina egna begränsningar och tillgångar. Detta leder i sin tur till att

barnmorskan på ett enklare sätt kan integreras tillsammans med andra yrkesgrupper runt den födande kvinnan och i enighet bidra till en trygg och positiv förlossningsupplevelse för den födande samt medföljande.

Kategori 4, interpersonell kompetens redogör för barnmorskans förmåga att knyta an till andra människor, specifikt den som föder. Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) anser att för en positiv och trygg förlossningsupplevelse bör barnmorskan arbeta för att etablera ett gott partnerskap och samarbete med den födande. Genom ett gott samarbete bidrar barnmorskan till känslan av egenmakt och kontroll hos den födande som i sin tur stärker henne i den fysiologiska förlossningsprocessen. En professionell barnmorska besitter kapaciteten att upprätta en professionell intimitet med den person som föder. Detta leder i sin tur till att den födande känner sig fri att verka och uttrycka sig enligt egna önskemål utan att präglas av känslan att vara vården till lags.

Kategori 5, professionella kompetens/erfarenheter manifesteras genom förmågan att utöva ledarskap och agera autonomt när situationen kräver. I synnerhet när förlossningsprocessen visar tecken som avviker från det normala, är barnmorskan kapabel att göra adekvata bedömningar och omedelbart vidta lämpliga åtgärder. Barnmorskans handlingar ska vara grundade på medicinsk och teknisk expertis samt alltid ta avstamp i moderns och barnets hälsa.

Teorin "The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery" kan användas som ett verktyg för att säkerställa barnmorskans professionalism i sitt yrkesutövande. Halldorsdottirs och Karlsdotters (2011) teori valdes som lämplig för studiens syfte att utvärdera barnmorskans tillämpning av medicinska samt icke-medicinska interventioner i relation till förlossningsställning.

2. Problemformulering

Flera tidigare forskningsstudier har visat på att förlossningsställningen kan påverka förlossningens tid, smärtintensitet, uppkomsten av perineala bristningar samt prevalensen för instrumentell förlossning alternativt kejsarsnitt. Dessutom har forskning visat att den valda förlossningsställningen påverkar tillämpandet och förekomsten av interventioner, medicinska samt icke-medicinska, vilket i sin tur lägger grund för hur kvinnan upplever sin förlossning. Majoriteten av de studier som gjorts kring ämnet har utgångspunkt i hur valet av

förlossningsställning påverkar moderns upplevelse, förlossningens progress samt uppkomst av perianala bristningar, med flera. Det saknas grundlig forskning kring vilka sorts förlossningsställningar, dynamiska eller icke-dynamiska, som genererar mer medicinska eller icke-medicinska interventioner, och hur detta påverkar förlossningsupplevelsen i helhet. Det gäller även forskning kring vilka dynamiska förlossningsställningar som genererar fler eller färre interventioner. Föreliggande studie ämnar bidra med forskning kring förlossningsupplevelsen och förekomsten av interventioner utifrån kvinnors förlossningsställningar.

3. Syfte

Syftet med studien är att undersöka om det finns skillnader mellan förlossningsupplevelsen och förekomsten av interventioner utifrån kvinnors förlossningsställningar. Studien ämnar ställa dynamiska förlossningsställningar mot icke-dynamiska förlossningsställningar. Vidare kommer även olika dynamiska förlossningsställningar ställas mot varandra för att undersöka om det finns några skillnader mellan dem.

4. Metod

4.1 Design

För att besvara studiens syfte användes en kvantitativ metod. Forskningsdesignen bygger på en tvärsnittsstudie. En tvärsnittsstudie avser en insamlingsmetod som ser till en viss grupp vid ett tillfälle i tiden för att undersöka ett specifikt fenomen (Bryman, 2018; Billhult & Gunnarsson, 2017). Studiepopulationen observerades och data samlades in under ett MIDWIZE kvalitetsförbättring-projekt. MIDWIZE kvalitetsförbättringsprojektet handlade om att öka dynamiska förlossningsställningar, sen avnavling och mer hud mot hud. Vidare handlade det även om kompetensutveckling hos barnmorskorna för att sedan själva kunna driva egna förbättringsprojekt.

4.2 Urval

Studien bestod av 638 deltagare som alla var kvinnor som skulle föda barn på Naguru Hospital. Deltagarna observerades och registrerades med observationsprotokoll (bilaga 6) under och kort efter förlossningen.

Inklusionskriterierna för studien var att deltagarna skulle vara över 18 år med okomplicerade graviditeter samt befinna sig i aktiv förlossning. Vidare behövde förlossningen vara en vaginal, icke-instrumentell, förlossning inom den fullgångna graviditetstiden (mellan vecka 37+0-42+0). Naguru Hospital i Kampala, Uganda, där studien genomfördes, har ca 9000 förlossningar per år varav andelen kejsarsnitt är ca 50%. Alla kvinnor som födde med kejsarsnitt uteslöts från studien. Rekryteringen av deltagarna var slumpmässig. Deltagarna valdes utifrån huruvida de passade in på inkluderingskriterierna, detta undersöktes när de kom in för att föda. När observationen av en kvinna var klar, så tog man nästa födande kvinna som kom in.

4.3 Datainsamling

Datan är insamlad från ett MIDWIZE kvalitetsförbättrings-projekt på Naguru Hospital i Kampala, Uganda. Tvärsnittsdaten som inhämtades behandlade information om förlossningsställningar, stöd från barnmorskan under förlossningen, den individuella förlossningsupplevelsen samt det kliniska utfallet av deras förlossning. Datan som kommer att användas i föreliggande studie samlades in mellan maj 2022 och maj 2023 genom observationer utförda av två forskningsassistenter. MIDWIZE forskargrupp initierade en rekryteringsprocess för forskningsassistenter genom sjuksköterskeutbildningen vid Makerere University. Kriterierna för anställning stipulerade att kandidaterna skulle ha en sjuksköterskebakgrund för att förstå hälso- och sjukvårdssystemet samt ha en grundläggande förståelse för forskningsmetoder. Det beslutades dock att kandidaterna ej skulle inkludera barnmorskor på grund av risken för att deras specialiserade kompetens kunde påverka utfallet av forskningsmålen. Dessutom var det ett krav att kandidater inte hade någon tidigare anställning eller mottagande av lön från Naguru Hospital, eftersom det kunde leda till bias och därmed påverka datainsamlingen.

Observationsprotokollet syftade till att mäta förekomsten av en mängd olika variabler kopplade till prenatal-, förlossnings- och postnatal vård. Mödrarnas och den tillhörande

familjens sociodemografiska och obstetriska bakgrund samlades också in. Variablerna som inkluderades var ålder, civilstånd, utbildning, eventuell makes utbildning och antal barn före den aktuella graviditeten.

För att säkerställa studiens validitet och att observationsprotokollen korrekt kartlade de avsedda variablerna, diskuterade och informerade MIDWIZE forskargrupp med forskningsassistenterna om de olika komponenterna som ingick i observationsprotokollet under insamlingsprocessen (Gunnarsson & Billhult, 2017). Fortsatt genomgick även forskningsassistenterna en teoretisk samt praktisk utbildning ledd av ledarna för MIDWIZE forskargrupp i syfte att säkerställa att datainsamlingen skulle genomföras i enlighet med studiens riktlinjer. Under utbildningen fick också forskningsassistenterna utrymme att dela deras tankar kring deltagarna och insamlingsmetoden. Detta till följd av att ledarna för MIDWIZE forskargrupp (JB och KE) ansåg att forskarassistenternas återkoppling kunde bidra till att säkerställa studiens kvalitet ytterligare. Till en början observerade JB forskarassistenterna dagtid under en veckas tid för att säkerställa att datan dokumenterades och inhämtades på korrekt vis. Besöken inkluderade även samtal och diskussion med forskningsassistenterna kring datainsamlingen. Efter det övergick besöken till en gång varannan månad. Från oktober 2022 fanns det även en forskningsassistent som observerade och samlade in data under nattetid. Forskningsassistenten som blev tilldelade arbetstid på natten genomgick samma utbildning och erhöll samma information som forskningsassistenter som arbetade dagtid. Varje forskningsassistent kunde observera två födande kvinnor samtidigt, då de stod i mitten av rummet. Forskningsassistenterna observerade kvinnorna genom hela förlossningsprocessen och en kort tid postpartum.

Samtliga deltagare i studien gav muntligt samtycke innan datainsamlingen påbörjades. Ett informationsbrev erhöles av alla som deltog i studien och avhandlade information om studien i helhet och dem som deltagare i studien. Efter förlossningen fick deltagarna möjlighet att gå igenom informationsbrevet ännu en gång för att säkerställa deras deltagande. Sedan fick de skriva på ytterligare samtyckesblankett om de önskade fullfölja sitt deltagande. Det gjordes på detta vis på grund av att kvinnorna som deltog behövde vara i aktiv förlossning, vilket kan påverka beslutsfattandet. De deltagare som inte kunde läsa fick muntlig information likaberättigad den i informationsbrevet. Kvinnorna svarade muntligt med sitt samtycke. Att de inte kunde läsa var senare inte ett problem då forskningsassistenten fyllde i observationsprotokollet, precis likadant som med alla deltagarna.

Deltagarna försäkrades om att deras uppgifter skulle behandlas med fullständig sekretess och att de hade rätt att avböja sin medverkan när som helst under studiens gång. Dessutom informerades deltagarna om att deras val att delta inte skulle påverka deras möjlighet till vård eller påverka deras vårdgivare.

4.4 Mätinstrument

4.4.1 Sociodemografiska faktorer

Deltagarna ombads att besvara en serie av frågor som behandlade deras sociodemografiska bakgrund. Dessa frågor inkluderade deras ålder (<20, 20–29, 30–39, >40), civilstånd (Gift/Ogift), utbildningsnivå (Ingen utbildning, Grundskola, Gymnasieskola, Teknisk utbildning eller certifikat, Högskola, Universitet), anställning (Ja/Nej), antal barn innan aktuell graviditet (0, 1, 2–3, 4 eller fler) samt vilket område de bodde i (Central/Kampala, Annat). Deltagarna tillfrågades även om de hade en stödperson som var närvarande (Ja/Nej).

4.4.2 Mor och barns mående efter förlossningen

Kvinnorna observerades postpartum, upp till 2h efter förlossningen. Med observationsprotokollet där följade frågor behandlade mor och barns mående postpartum; Var du privat eller offentlig patient under förlossnings- och mödrarvård (Privat/Offentlig), gick du till MVC/BMM på det här sjukhuset (Ja/Nej), PPH mer än 500 ml (Ja/Nej), födelsevikt på barnet (<2500g, 2500–3499 g, >3500g), Apgar score efter 5 min <7 (Ja/Nej), fullgånget barn > v. 37 (Ja/Nej), hur föddes barnet (Huvud och axlar födda under samma krystning, Huvud född i en krystning och axlar mellan eller under nästa krystning), amningsstart (Inom en timme, Efter en timme), hud mot hud inom 1 min (Ja/Nej), hud mot hud inom de första 60 min (Ja/Nej), var barnet i behov av återupplivning (Ja/Nej) och förflyttning till neonatalavdelning/intensivvård (Ja/Nej).

4.4.3 Interventioner/Information/Stöttning

Deltagarna ombads även att besvara frågor som behandlade interventioner under förlossningen samt generella frågor kring information och möjligheter till stöd. Frågorna som ställdes var; gavs känslomässigt stöd (Ja/Nej), uppmuntrades du till att byta

position (Ja/Nej), förekom massage (Ja/Nej), förekom beröring (Ja/Nej), förekom andningstekniker (Ja/Nej), förekom rebozo (Ja/Nej), tror du att något barnmorskorna gjorde minskade din smärta (Ja/Nej), fick du information under din graviditet om olika sätt att slappna av/känna dig bekväm under förlossningen (Ja/Nej), perineal status: Suturead bristning (Ja/Nej), perineal status: Osuturead bristning (Ja/Nej), perineal status: Intakt (Ja/Nej), perineal status: Sfinkter bristning (Ja/Nej), episiotomi (Ja/Nej), användes våt-varm kompress på perineum (Ja/Nej), förekom perinealt stöd "Hands on, Hands off" (Ja/Nej), fick du information under din graviditet om olika förlossningsställningar (Ja/Nej), fick du frågan om vilken position du ville föda i (Ja/Nej), vem bestämde vilken förlossningsställning som skulle användas (Barnmorska, Kvinnan, Gemensamt, Andra), användes forcerad krystning (Ja/Nej), kände du dig stöttad av barnmorskan under förlossningen (Ja/Nej) och kände du dig stöttad av barnmorskan under framfödandet (Ja/Nej).

Till följd av hur frågorna under datainsamlingen var formulerade, specifikt uttryckt "Perineal support: hands on or hands off," har beslut fattats att använda termerna "hands on" och "hands off" vid perinealskydd. "Hands on" är ett begrepp som ofta används i praktiken på svenska. Framöver kommer dessa termer, "hands on" och "hands off," att användas i studien.

4.4.4 Förlossningsupplevelsen

Fortsatt ställdes frågor som behandlade den individuella förlossningsupplevelsen. Frågor som var kopplade till förlossningsupplevelsen var följande; (I) Barnmorskorna/läkarna höll mig alltid informerad om vad som hände. (II) Jag fick alltid aktivt inflytande i beslut om min vård under förlossningen och framfödandet. (III) Barnmorskorna/läkarna var uppmuntrande. (IV) Jag kände ofta att barnmorskorna/läkarna hade väldigt bråttom. (V) Barnmorskorna gav trygghet om jag behövde det. (VI) Jag var nöjd med det känslomässiga stöd jag fick av barnmorskorna/läkarna. (VII) Mina integritetsbehov respekterades väl under förlossningen och framfödandet. (VIII) Sammantaget var jag nöjd med vården under förlossningen och framfödandet. Svarsalternativen var numeriska och sträckte sig från 1 till 5, där 1 motsvarade "håller absolut inte med" och 5 motsvarade "håller absolut med".

Samtliga svar på dessa frågor summerades och därefter genomfördes ett Cronbachs alfa-koefficient test. För att säkerställa instrumentets reliabilitet och interna konsistens beräknas

Cronbachs alfa-koefficient, med målet att uppnå ett värde över 0,7 enligt riktlinjerna av DeVellis (2012). Cronbachs alfa för denna skala var 0,90.

4.5 Dataanalys

IBM SPSS Statistics version 28 användes för att analysera datan. Inledningsvis omkodades en variabel till en annan genom att kombinera olika dynamiska förlossningsställningar, såsom upprätt knästående, stående, fyrfota, hukande, förlossningspall och liggandes på sidan till en gemensam dynamisk förlossningsställning. Detta möjliggjorde jämförelser mellan dynamiska förlossningsställningar och icke-dynamiska förlossningsställningar. När det gäller hanteringen av data med kategoriska variabler användes Chi-square-test. Metoden Chi-square-test användes för att utvärdera om det fanns signifikanta skillnader mellan de beroende variablerna, förlossningsställningar, och förekomsten av de oberoende variablerna, som i det här fallet var interventioner, information, stöttning och utfall (Bryman, 2018; Billhult, 2017). Chi-square-test kan användas för att dra slutsatser om eventuella samband mellan de studerade variablerna, även om det inte ger information om styrkan eller riktningen av den eventuella korrelationen (Bryman, 2018). Chi-kvadrattestet jämför de observerade frekvenserna för olika kategorier i tabellen med de förväntade frekvenserna som skulle förväntas under antagandet om oberoende. Ju större chi-kvadratvärde, desto större avvikelse mellan de observerade och förväntade värdena, vilket kan antyda ett signifikant samband mellan de två variablerna.

Signifikansnivån, som oftast är inställd på 0,05, fungerar som en tröskelvärde för att bedöma om de erhållna resultaten är statistiskt signifikanta. Om p-värdet är mindre än den valda signifikansnivån (i detta fall $< 0,05$), indikerar detta att resultaten är statistiskt signifikanta, och nollhypotesen kan förkastas (Djurfeldt et al., 2018; Billhult, 2017). Detta i sin tur antyder att de observerade resultaten inte sannolikt beror på slumpen. En lägre p-värde ger ett tecken på att resultaten är mindre benägna att vara slumpmässiga, medan ett högre p-värde antyder att resultaten är mer överensstämmande med vad som skulle kunna förväntas enbart av slumpen. Det är dock viktigt att understryka att p-värdet i sig inte ger information om den exakta procentuella sannolikheten för att resultaten skulle vara slumpmässiga. Istället ger p-värdet en indikation om hur väl resultaten överensstämmer med nollhypotesen och om de är förenliga med den.

I studien valdes oberoende prov t-tester som den statistiska metoden när datasetet innehöll kontinuerliga variabler. Detta beslut grundades på att de undersökta variablerna mättes på en kontinuerlig skala och var oberoende av varandra. Ett oberoende t-test är en parametrisk statistisk analysmetod som används för att jämföra medelvärdena för två oberoende grupper och avgöra om det finns statistiskt signifikanta skillnader mellan dem (Polit & Beck, 2021).

Den beroende variabeln som analyserades var förlossningsupplevelsen. Dessa variabler utvärderades för att undersöka deras samband med den oberoende variabeln, som i detta fall var deltagarnas förlossningsställningar.

T-testet tillämpades för att bedöma om det förelåg signifikanta skillnader i medelvärdena för dessa beroende variabler mellan olika förlossningsställningar, icke-dynamiska och dynamiska. Syftet med denna analys var att avgöra om förlossningsställningen hade en statistiskt signifikant påverkan på förlossningsupplevelsen.

Därefter utfördes samma analyser igen, men denna gång jämfördes icke-dynamiska förlossningsställningar med specifika dynamiska förlossningsställningar, såsom liggande på sidan eller sittande på pall. Slutligen genomfördes ytterligare analyser för att jämföra om dynamiska förlossningsställningar gav olika resultat mot varandra. Endast två av de dynamiska förlossningsställningarna, liggande på sidan och sittande på pall, kunde utvärderas eftersom de andra dynamiska förlossningsställningarna brukades för få gånger eller inte alls.

4.6 Etiska överväganden

Datan som samlades in till studien har godkännande av Svenska etikprövningsmyndigheten (Ref.nr: 2021-05539-01), Makerere SPH Research and Ethics Committee (Ref.nr: SPH-2021-174) och Uganda National Council for Science and Technology (Ref.nr: HS1885ES). Datan lagras i enlighet med GDPR och vanliga etiska riktlinjer. När åtkomst till datan gavs hade all personlig information tagits bort. På så sätt har deltagarnas integritet bevarats (Kjellström, 2017). Datan lagrades på en låst dator som var lösenordskyddad. Efter godkännande av examinator kommer datan att raderas.

5. Resultat

Resultatet av datainsamlingen genererade fem olika tabeller. Tabell 1 (se bilaga 1) redogör för sociodemografiska faktorer samt mor och barns mående efter förlossning. Vidare i tabell 1 presenteras att totalt 636 kvinnor deltog i studien, 176 av dem födde i icke-dynamisk ställning och 460 i dynamisk ställning. Majoriteten av kvinnorna var yngre än 30 år. 78 procent av deltagarna har gått klart högstadiet. Majoriteten av alla kvinnor som deltog i studien bodde i Kampala, var omföderskor och var gifta. Bland dem som födde i dynamisk ställning hade de flesta med sig en stödperson (p 0,025). De var även fler som hade hud mot hud inom 1 min (p 0,011), fler med högre födelsevikt (p 0,019) och färre med Apgar <7 vid 5 min (p 0,049).

5.1 Icke-dynamisk förlossningsställning vs. Dynamisk förlossningsställning

I tabell 2 (se bilaga 2) jämförs icke-dynamisk förlossningsställning mot dynamisk förlossningsställning där frågorna behandlade interventioner, information, stöttning från barnmorskan, perineala bristningar samt förlossningsupplevelsen.

5.1.1 Information

Information om förlossningsställningar under graviditeten (p <0,001) och information gällande avslappning under graviditet (p <0,001) gavs i högre utsträckning till de som födde i dynamisk ställning. Kvinnor fick oftare frågan om i vilken position hon ville föda (p <0,001) bland de som födde i dynamisk förlossningsställning.

5.1.2 Stöd

Resultaten i tabellen visar att icke-medicinska interventioner, såsom massage (p <0,001), beröring (p <0,001) och andningstekniker (p <0,001) förekom i högre utsträckning hos de som födde i dynamisk ställning. Förekomsten av våt-varm kompress i perineum (p <0,013) samt tillämpning av ”hands on” perinealskydd (p <0,001) var högre hos de som födde i dynamisk ställning. Uppfattningen om att barnmorskans handlingar bidrog till att minska smärta förekom i högre utsträckning hos de som födde i dynamisk ställning (p <0,001).

Stödet från barnmorskan under förlossningen samt under utdrivningsskedet ($p < 0,001$) rapporterades i högre utsträckning av de som födde i dynamisk ställning.

5.1.3 Utfall

Perineum rapporterades i högre utsträckning vara mer intakt ($p = 0,009$) hos de som födde i dynamisk ställning. Förekomsten av episiotomi ($p < 0,001$) och forcerad krystning ($p < 0,001$) var även lägre bland de som födde i dynamisk ställning. Det fanns en signifikant skillnad mellan de två förlossningsställningarna när man tittade på förlossningsupplevelsen. Resultatet visade att de som födde i dynamisk ställning rapporterade högre poäng på förlossningsupplevelsen ($p < 0,001$). Medelvärde är 38,2 för de som födde icke-dynamiskt jämfört med 40 för de som födde dynamiskt.

5.2 Icke-dynamisk förlossningsställning vs. Liggande på sidan

I tabell 3 (se bilaga 3) jämförs förlossningsställningen icke-dynamisk och förlossningsställningen liggande på sidan där frågorna behandlade interventioner, information, stöttning från barnmorskan, perineala bristningar samt förlossningsupplevelsen.

5.2.1 Information

Tabellen visar att de som födde liggande på sidan erhöll information gällande förlossningsställningar ($p < 0,001$) i högre grad. Likaså erhöll de även information gällande avslappning under graviditet ($p < 0,001$) i högre utsträckning. De som födde liggande på sidan fick oftare frågan om vilken position de ville föda i ($p < 0,001$).

5.2.2 Stöd

Beträffande icke-medicinska interventioner som tillämpas av barnmorskan återfanns vissa skillnader. Ändringar av position ($p < 0,001$), beröring ($p < 0,001$), känslomässigt stöd ($p < 0,001$) och andningstekniker ($p < 0,001$) förekom i högre utsträckning hos de som födde liggande på sidan. Vidare framkom det i tabellen att forcerad krystning förekom i lägre grad hos de som födde i liggande på sidan ($p < 0,001$). Fler kvinnor uppgav att de själva valde vilken position de skulle föda i ($p = 0,001$) bland de som födde liggande på sidan. Det rapporterades även en högre förekomst av perinealskydd i form av våt-varm kompress i

perineum ($p < 0,001$) samt "hands on" ($p < 0,001$) hos de som födde liggande på sidan. Uppfattningen att barnmorskans handlingar bidrog till att minska smärta förekom i högre grad hos de som födde liggande på sidan ($p < 0,001$). Stödet från barnmorskan under förlossningen ($p < 0,001$) samt under utdrivningsskedet ($p < 0,001$) rapporterades vara högre hos de som födde liggande på sidan jämfört med de som födde i icke-dynamisk ställning.

5.2.3 Utfall

Det förekommer även signifikanta skillnader gällande perinalstatus. Det rapporterades i högre utsträckning mer intakt perineum ($p < 0,001$) bland de som födde liggande på sidan. Förekomsten av episiotomi var även lägre hos dem ($p < 0,001$). Det fanns en signifikant skillnad mellan de två förlossningsställningarna när man tittade på förlossningsupplevelsen. De som födde liggande på sidan var nöjdare med sin förlossning i större utsträckning ($p < 0,001$). Medelvärdet är 38,2 för de som födde icke-dynamiskt jämfört med 40,3 för de som födde liggande på sidan.

5.3 Icke-dynamisk förlossningsställning vs. Sittande på pall

I tabell 4 (se bilaga 4) jämförs icke-dynamisk förlossningsställning och förlossningsställning sittande på pall, där frågorna behandlar interventioner, information, stöttning från barnmorskan, perineala bristningar samt förlossningsupplevelsen.

5.3.1 Information

Resultatet visade på skillnader mellan grupperna gällande information. Information gällande förlossningsställningar under graviditeten ($p < 0,001$) och information gällande avslappning under graviditet ($p < 0,001$) erhöles i högre utsträckning hos de som födde sittande på pall. Frågan i vilken position de föda ställdes frågan oftare till de som födde sittande på pall ($p < 0,001$).

5.3.2 Stöd

Gällande icke-medicinska interventioner som tillämpas av barnmorskan återfanns vissa skillnader. Ändringar av position ($p < 0,001$), beröring ($p < 0,001$), massage ($p < 0,001$), känslomässigt stöd ($p < 0,001$) och andningstekniker ($p < 0,001$) förekom i högre utsträckning

hos de som födde sittande på pall. Användningen av våt-varm kompress i perineum ($p < 0,001$) och ”hands on” perinealskydd ($p < 0,001$) förekom i högre utsträckning hos de som födde sittande på pall. Stödet från barnmorskan under förlossningen rapporterade vara högre hos de som födde sittande på pall ($p < 0,001$). Uppfattningen att barnmorskans handlingar bidrog till att minska smärta förekom i högre utsträckning hos de som födde sittande på pall ($p < 0,001$).

5.3.3 Utfall

Förekomsten av episiotomi ($p < 0,001$) och forcerad krystning ($p < 0,001$) förekom i lägre utsträckning hos de som födde sittande på pall. De som födde sittande på pall valde oftare vilken position de ville föda i ($p = 0,001$). Resultatet visar i högre utsträckning en mer intakt perineum ($p = 0,009$) samt lägre förekomst av episiotomi ($p < 0,001$) bland de som födde sittande på pall. De som födde sittande på pall skattade sin förlossningsupplevelse betydligt högre än de som födde i icke-dynamisk ställning ($p < 0,001$). Medelvärdet är 38,2 för de som födde icke-dynamiskt jämfört med 41,5 för de som födde sittande på pall.

5.4 Sittande på pall vs. Liggande på sidan

I tabell 5 (se bilaga 5) jämförs förlossningsställningen liggande på sidan och förlossningsställningen sittande på pall, där frågorna behandlar interventioner, information, stöttning från barnmorskan, perineala bristningar samt förlossningsupplevelsen.

5.4.1 Information

Resultaten visar att information gällande avslappning under graviditet ($p = 0,020$) samt information gällande förlossningsställningar ($p = 0,031$) gavs i högre utsträckning till de som födde sittande på pall. Frågan om i vilken ställning kvinnan ville föda i ställdes oftare till de som födde sittande på pall ($p < 0,001$).

5.4.2 Stöd

Förekomsten av icke-medicinska interventioner, såsom massage ($p < 0,001$), beröring ($p < 0,001$), ändring av position ($p = 0,045$), rebozo ($p = 0,026$) och andningstekniker ($p < 0,001$) som tillämpas av barnmorskan, förekom i högre utsträckning hos de som födde sittande på

pall. Fler kvinnor uppgav att de själva valde vilken position de skulle föda i ($p < 0,001$) bland de som födde sittande på pall ($p < 0,001$). Förekomsten av våt-varm kompress i perineum rapporterades i högre utsträckning hos de som födde sittande på pall ($p = 0,041$). Uppfattningen att barnmorskans handlingar bidrog till att minska smärta ($p = 0,001$) förekom i högre utsträckning hos de som födde sittande på pall.

5.4.3 Utfall

Tabellen visar i högre utsträckning mer intakt perineum bland de som födde liggande på sidan ($p = 0,014$). De hade även högre förekomst av suturerade bristningar ($p = 0,020$). Resultatet visar att de som födde sittande på pall rapporterade en mer positiv förlossningsupplevelse ($p < 0,001$). Medelvärde är 40 för de som födde liggande på sidan jämfört med 41,5 för de som födde sittande på pall.

6. Metoddiskussion

Studiens syfte var att undersöka om förlossningsupplevelsen och förekomsten av interventioner påverkas utifrån kvinnors förlossningsställningar. För att besvara studiens syfte har en kvantitativ metod valts. Då denna studie använder sig av data från ett tidigare förbättringsprojekt, kommer deras val av metod diskuteras.

Att studien inte är en randomiserad kontrollstudie kan ses som en svaghet. Men då kvinnorna har valts ut slumpmässigt styrker det studien. Olsson & Sörensson (2021) betonade att det kan vara oklart vilken befolkning deltagarna representerar när de väljs ut i följd. För att kunna försöka generalisera resultaten är det viktigt att se över den miljö som studien undersöker, för att se om det finns en liten variation i befolkningen eller inte. I och med att det inte var en randomiserad kontrollstudie så kan man inte svara på varför de olika kvinnorna valde dynamiska eller icke-dynamiska ställningar, och därav inte heller redovisa för de bakomliggande orsakerna till dessa val.

I observationsprotokollet (bilaga 6) fokuserades det endast på de frågor som hade relevans för studiens huvudsakliga syfte. Den insamlade datan bedömdes som tillräcklig för att kunna besvara huvudsyftet med studien. Det är viktigt att notera att studiens resultat skulle ha kunnat bli ännu mer omfattande och detaljerade om observationsprotokollet hade formulerats

direkt utifrån studiens syfte från början. Det kan det tänkas att resultaten hade varit ännu mer omfattande och detaljerade om observationsprotokollet hade formulerats direkt utifrån studiens syfte.

Inklusionskriterierna var strikta, och forskningsassistenterna hade begränsad möjlighet att inkludera och observera fler kvinnor som födde, vilket resulterade i ett lägre antal deltagare jämfört med det höga antalet födselar på förlossningsavdelningen. Exakt antal kvinnor som uteslöts från studien har inte specificerats. Det anges inte heller hur många kvinnor, utöver de som ingår i studien, som födde på förlossningsavdelningen under studietiden. Detta kan ses som en svaghet beträffande validitet eftersom urvalsbias inte kan uteslutas (Westreich, 2012).

Forskningsassistenterna som genomförde datainsamlingen genomgick en utbildning för att säkerställa validitet och för att försäkra att observationerna mätte det de var avsedda att mäta (Eliasson, 2022; Berggren & Skansholm, 2022; Olsson & Sörensen, 2021).

Forskningsassistenterna följde strikta riktlinjer för att säkerställa korrekt datainsamling och tillförlitlighet. Tillförlitlighet är det begrepp som bedömer om en studie skulle ge samma resultat om den upprepas, och genom att utbilda personalen i att samla in data på samma sätt minskas risken för att påverka resultaten (Eliasson, 2022; Olsson & Sörensen, 2021).

Eftersom två olika forskningsassistenter ansvarade för datainsamlingen kan det ha påverkat tillförlitligheten negativt på grund av variationen mellan individer som samlar in data. Det kan dock också ses som en styrka eftersom det minskar risken för ensidig påverkan från en enda person. Vidare betraktas det som en styrka att det inte var någon av barnmorskorna från förlossningsavdelningen som samlade in data, eftersom detta kan ha påverkat tillförlitligheten av datainsamlingen på grund av eventuell ovilja att rapportera negativa data och resultat.

Observationsprotokollet var omsorgsfullt utformat med strikta riktlinjer för att säkerställa pålitlighet. Det ökar sannolikheten att om studien genomförs igen under liknande förhållanden, skulle resultaten vara jämförbara (Eliasson, 2022; Olsson & Sörensen, 2021).

En av författarna till denna studie hade tidigare erfarenhet av statistikprogrammet SPSS och analys av kvantitativ data. Den omnämnda författaren utförde samtliga analyser med stöttning från handledaren. Användning av SPSS tillämpades i samtliga analyser för att säkerställa att resultaten kunde replikeras vid efterföljande analyser. Resultaten granskades också av

författarnas handledare för att öka tillförlitligheten och undanröja eventuell bias (Djurfeldt et al., 2018). Gemensamma diskussioner och resultatanalys involverade båda författarna, som aktivt bidrog till denna process. Detsamma gällde vid granskning och tolkning av resultaten, vilket resulterade i en kollektiv och insiktsfull diskussion om de insamlade resultaten. Denna samarbetsprocess utgör en betydelsefull aspekt av studien och har på ett betydande sätt berikat de dragna slutsatserna.

Genom att säkerställa en bred variation i studiepopulationen kan resultaten potentiellt generaliseras och vara giltiga i liknande miljöer (Priebe & Landström, 2017). Dock måste det beaktas att kvalitetsförbättring-projektet och studien genomfördes i Uganda, vilket innebär att resultaten inte nödvändigtvis kan anses vara representativa för en förlossningsavdelning i ett höginkomstland och detta kan påverka generaliseringen negativt.

Kvalitetsförbättrings-projektet påverkar frekvensen av dynamiska förlossningar. Projektet har inte påverkat resultatets utfall hos mödrar eller barn. Möjligen har förlossningsupplevelsen påverkats av projektet, men det är isåfall pga att flera dynamiska ställningar har använts. Alltså att det generellt har skattats högre på förlossningsavdelningen då de är flera som fött i dynamiska ställningar och de ställningarna har gett högre siffror.

6.1 Etiska överväganden

Som har nämnt tidigare så hade kvalitetsförbättrings projektet därifrån datan inhämtats från flera etiska godkännande, både från Uganda och Sverige. Alla deltagare skrev på samtycken och fick information om att de kunde dra sig ur studien när som helst. De fick även information om att det inte skulle påverka deras vård om de gjorde så.

7. Resultatdiskussion

Efter att ha analyserat olika dynamiska samt icke-dynamiska förlossningsställningar fann den aktuella studien att dynamiska förlossningsställningar i högre utsträckning var associerade med positiva utfall under förlossningen, samt var mer fördelaktiga för den som föder, jämfört med icke-dynamiska förlossningsställningar.

De som födde i dynamisk förlossningsställning fick ta del av fler icke-medicinska interventioner utförda av barnmorskan, hade en mer intakt perinealstatus samt upplevde att de erhöll mer stöd.

7.1 Interventioner & förlossningsupplevelsen

Resultatet påvisar ett samband mellan dynamiska förlossningsställningar och en mer intakt perinealstatus, och därmed mindre risker för perineala skador hos den som föder. Detta styrks även av tidigare studier som bekräftar att dynamiska förlossningsställningar minimerar riskerna för vaginala och perineala bristningar (Kvist et al., 2011; Moraloglu et al., 2017; Mselle & Eustace., 2020; Reitter et al., 2014; Rocha et al., 2020). Fortsatt menar Rocha et al. (2020) att det bland annat kan förklaras genom att förlossningskanalen blir mer efterföljsam vid en upprätt förlossningsställning. Vidare ses även gravitationens betydelse för nedträngningen av barnets huvud vid uppräta förlossningsställningar (Reitter et al., 2014; da Rocha et al., 2020).

Varför födelsevikten och Apgar-poäng var högre vid dynamiska ställningar kan inte fastställas, men olika faktorer kan vara de bakomliggande orsakerna. Till exempel skulle det kunna vara så att de kvinnor som födde i icke-dynamiska positioner hade högre BMI (body mass index), hade sämre hälsa vid förlossningen eller andra medicinska åkommor som gjorde att de behövde föda på rygg. Tidigare studier har inte sett någon skillnader på Apgar-poäng vid spontan krystning eller forcerad krystning (Lee et al., 2019; Yao et al., 2022). Så att det förekommer mer forcerad krystning vid de icke-dynamiska ställningarna kan med största sannolikhet inte ses som en orsak till de lägre Apgar-poängen.

Sittande på pall och liggande på sidan, är två dynamiska ställningar som analyserades mot varandra, där resultatet visade på att de som födde sittande på pall hade högre förekomst av perineala bristningar. Hacıvelioğlu et al. (2023) menar att detta möjligen kan härledas till att förlossningsförloppet förkortas och utdrivningsskedet går i snabbare takt i en upprätt förlossningsställning, vilket i sin tur kan leda till att perineala bristningar uppstår. Vidare menar da Rocha et al. (2020) menar att kvinnans vävnader har en förmåga att bli extremt eftergivliga och att det tryck som uppstår från barnets huvud påverkar den anatomiska strukturen att vidga/töja sig. Fortgår förlossningsförloppet i för snabbt takt hinner

inte kroppens vävnader anpassa sig och en bristning kan uppstå (Hacivelioglu et al., 2023; da Rocha et al., 2020).

Likväl visar studiens resultat att de som födde sittande på pall skattade sin förlossningsupplevelse betydligt högre än de som låg på sidan. Thies-Lagergren (2013) menar att detta kan bero på gemenskapen och närvaron som närheten till sin partner genererar när den som föder använder sig av förlossningsställningen sittande på pall. Att använda sig av förlossningspallen innebär att barnmorskan behöver vägleda och stötta den som föder, både fysiskt och psykiskt (Thies-Lagergren., 2013). Vidare menar Thies-Lagergren (2013) att detta leder till att barnmorskan blir mer integrerad och känslan av att arbeta som ett team uppstår. Det återfinns i den aktuella studien att de som födde sittande på pall upplevde mer stöttning från barnmorskan. Till följd av detta kan det argumenteras att barnmorskor som ger mer stöd och information till de som föder liggande på sidan, skulle de eventuellt kunna förbättra kvinnors förlossningsupplevelser eftersom det leder till färre perineala bristningar.

I studiens resultat framkom det att de som födde i dynamiska förlossningsställning i högre utsträckning erhöll aktivt perinealskydd utfört av barnmorskan. Det framgick inget stöd för att det skulle vara enklare för barnmorskan att hålla perinealskydd vid icke-dynamisk förlossningsställning, vilket hävdas i tidigare studier (Lawrence et al., 2013). Denna observation är intressant då det skulle kunna användas som argument för varför icke-dynamisk förlossningsställning är att föredra. Det framkom även i studiens resultat att det inte förelåg någon signifikant skillnad i blödning (PPH) vid dynamisk förlossningsställning, vilket skiljer sig från tidigare studier (Jong et al., 1997). Watkins & Stem (2020) skriver om orsakerna och riskerna med PPH och menar att förlossningsställning inte är en avgörande faktor och räknas inte tillhöra potentiella riskfaktorer. Det framkommer inte heller något om att risken skulle vara större vid dynamisk ställning, vilket stärker den aktuella studiens resultat.

7.2 Barnmorskans professionalism

Halldorsdottir & Karlsdottir (2011) definierar vad en professionell barnmorska är i deras teori "The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery", vilket gestaltas som en fysiskt och emotionellt närvarande person som ger kontinuerligt stöd under hela födseln. Studiens resultat visar att de som födde

i dynamisk ställning erhöll mer informativt, emotionellt och fysiskt stöd från barnmorskan. Förekomsten av icke-medicinska interventioner var även högre hos de som födde i dynamisk ställning. Med anledning av detta kan det argumenteras för att barnmorskan är mer involverad samt aktiv när hon bistår en födsel i dynamisk ställning, vilket i sin tur överensstämmer med den aktuella studiens teoretiska referensram (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Fortsatt ska den professionella barnmorskans arbete bidra till en trygg förlossningsupplevelse samt känslan av egenmakt och kontroll hos den födande. Detta kan återkopplas till resultatet då de som födde i dynamisk ställning i högre utsträckning rapporterade att de själva valt vilken förlossningsställning de födde i. Yurtsal och Erkan (2023) talar om vikten av att professionalism implementeras i barnmorskans yrkesroll och menar att det är avgörande för folkhälsan, vilket styrker den teoretiska referensramen.

I studiens resultat framkom det även att förlossningsupplevelsen hos de som födde i dynamisk ställning skattades högre, och var därmed mer nöjda med sin förlossning. Mattison et al. (2018) belyser vikten av att den som föder känner sig tillfredsställd och nöjd med sin förlossningsupplevelse. Kvinnor som bär med sig en positiv förlossningsupplevelse har en minskad risk att drabbas av post-partum depression, ammar i högre utsträckning samt har en minskad risk att genomgå ett kejsarsnitt vid en ytterligare graviditet. Till följd av detta bör därför dynamiska förlossningsställningar betraktas som ett verktyg barnmorskan kan använda sig av i syfte att generera en positiv upplevelse för den som föder (WHO/RHR, 2018).

Det framkommer i resultatet att dynamiska förlossningsställningar i högre grad är mer fördelaktiga att föda i ur flera aspekter. Studiens resultat kan användas som grund för att motivera en högre förekomst av dynamiska förlossningsställningar. Vidare kan studiens resultat utgöra skäl för att fortsätta implementera nya kvalitetsförbättrings-projekt för att uppmuntra fler kvinnor att föda i dynamisk ställning.

7.3 Fortsatt forskning

Fortsatt forskning behövs i syfte att undersöka hur möjligheten att föda i dynamisk ställning kan bli mer lättåtkomligt för den som föder samt för barnmorskan. Vidare forskning krävs också för att undersöka på vilket sätt tillämpandet av dynamiska förlossningsställningar på klink ska ske. Vidare vore det intressant att titta på vad som påverkade barnmorskans val om att ge information om olika förlossningsställningar eller de olika interventionerna vid

förlossning.

Dessutom saknades vissa dynamiska ställningar (stående, knästående, hukande, stående på alla fyra) där antalet kvinnor var noll eller mycket lågt, vilket medför vissa begränsningar i studien. Mer forskning behövs på detta område.

Det är oklart om det finns skillnader mellan dag- och nattskiftsdatan. Det var utanför ramen för den aktuella studien men framtida forskare kan undersöka detta.

8. Slutsats

Valet av förlossningsställning kan påverka förlossningsupplevelsen samt förekomsten av icke-medicinska interventioner som tillämpas av barnmorskan. Att föda i en dynamisk förlossningsställning kan öppna upp möjligheten för fler icke-medicinska interventioner, mer information givet av barnmorskan, bättre fysisk och psykiskt stöd under förlossningen samt en mer intakt perinalstatus. Dynamiska förlossningsställningar tillåter dessutom barnmorskan att verka mer professionell i sin yrkesroll. Genom ökad kunskap kring området dynamiska förlossningsställningar kan obstetrisk vård optimeras till fördel för den som föder.

Referenser

Abascal, G., & Jacobsson, J., (2021). Moderns fysiologi. I G. Anje, M. Blomberg & Y. Carlsson (Red.), Obstetrik (3 uppl., s. 83-84). Studentlitteratur.

Anje, G., & Gidlöf, S., (2022). Smärtlindring under förlossningen. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), Reproaktiv hälsa (2 uppl., s. 648-650). Studentlitteratur.

Berggren, C & Skansholm, A. (2022). Kvantitativ metod: en uppsatshandbok för utbildningsvetenskap. (1 uppl.). Studentlitteratur.

Billhult, A. (2017). Analytisk statistik. I M. Henricson (Red.), Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. (2 uppl., s. 275–276). Studentlitteratur.

Billhult, A & Gunnarsson, B. (2017). Kvantitativ metod och stickprov. I M. Henricson (Red.), Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. (2 uppl., s. 100–109). Studentlitteratur.

Bryman, A. (2018). Samhällsvetenskapliga metoder. (3 uppl.). Liber.

DeVellis, R. F. (2012). Scale development: Theory and applications (3 uppl.). London: Sage Publications.

Djurfeldt, G., Larsson, R., & Stjärnhagen, O. (2018). Statistisk verktygslåda 1: Samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder (3 uppl.). Studentlitteratur.

Dundes, L. (1988). The Evolution of Maternal Birthing Position. Obstetrical & Gynecological Survey, 43(1), 47–48. <https://doi.org/10.1097/00006254-198801000-00013>

Eliasson, A. (2022). Kvantitativ metod från början. (5 uppl., s. 9–18, 33–35). Studentlitteratur.

Gunnarsson, B & Billhult, A. (2017). Mätinstrument och diagnostiska test. I M. Henricson

(Red.), Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. (2 uppl., s. 133-140. Studentlitteratur.

Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., Vogel, J. P., & Gupta, J. K. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(5), CD002006–CD002006.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>

Hacıvelioğlu, D., Tavşanlı, N. G., Şenyuva, İ., & Kosova, F. (2023). Delivery in a vertical birth chair supported by freedom of movement during labor: A randomized control trial. *Open Medicine (Warsaw, Poland)*, 18(1), 20230633–20230633. <https://doi.org/10.1515/med-2023-0633>

Hall, H. G., McKenna, L. G., & Griffiths, D. L. (2012). Midwives' support for Complementary and Alternative Medicine: A literature review. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, 25(1), 4–12.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.12.005>

Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery: The primacy of the good midwife. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 806–817.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x>

Iversen, M. L., Midtgaard, J., Ekelin, M., & Hegaard, H. K. (2017). Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: a qualitative explorative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 11, 79–85. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.10.005>

Jong, P. R., Johanson, R. B., Baxen, P., Adrians, V. D., Westhuisen, S., & Jones, P. W. (1997). Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. *BJOG : an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104(5), 567–571.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1997.tb11534.x>

Kvist, L. J., Damiati, N., Rosenqvist, J., & Sandin-Bojö, A.-K. (2011). Measuring the quality of documented care given by Swedish midwives during birth. *Midwifery*, 27(6), e188–e194. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.001>

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T., & Styles, C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003934–CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub2>

Lee, N., Gao, Y., Lotz, L., & Kildea, S. (2019). Maternal and neonatal outcomes from a comparison of spontaneous and directed pushing in second stage. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, 32(4), e433–e440. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.10.005>

Lindgren, H., & Erlandsson, K. (2022). The MIDWIZE conceptual framework: a midwife-led care model that fits the Swedish health care system might after contextualization, fit others. *BMC Research Notes*, 15(1), 1–306. <https://doi.org/10.1186/s13104-022-06198-7>

Low, J. A. (2004). Determining the contribution of asphyxia to brain damage in the neonate. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 30(4), 276–286. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2004.00194.x>

Mattison, C. A., Dion, M. L., Lavis, J. N., Hutton, E. K., & Wilson, M. G. (2018). Midwifery and obstetrics: Factors influencing mothers' satisfaction with the birth experience. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 45(3), 322–327. <https://doi.org/10.1111/birt.12352>

Moraloglu, O., Kansu-Celik, H., Tasci, Y., Karakaya, B. K., Yilmaz, Y., Cakir, E., & Yakut, H. I. (2017). The influence of different maternal pushing positions on birth outcomes at the second stage of labor in nulliparous women. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(2), 245–249. <https://doi.org/10.3109/14767058.2016.1169525>

Mselle, L. T., & Eustace, L. (2020). Why do women assume a supine position when giving birth? The perceptions and experiences of postnatal mothers and nurse-midwives in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 36–36. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2726-4>

Olsson, H & Sörensen, S. (2021). Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv. (5 uppl., s. 100-128). Liber.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice (11e uppl.). Wolters Kluwer Health.

Priebe, G & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningargrundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Ed.), Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. (2 uppl., s. 37–38). Studentlitteratur.

Reitter, A., Daviss, B.-A., Bisits, A., Schollenberger, A., Vogl, T., Herrmann, E., Louwen, F., & Zangos, S. (2014). Does pregnancy and/or shifting positions create more room in a woman's pelvis? American Journal of Obstetrics and Gynecology, 211(6), 662.e1–662.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.06.029>

Sydsjö, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjörn, L., Bladh, M., & Josefsson, A. (2015). Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. BMC Pregnancy and Childbirth, 15(1), 115–115. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0548-6>

Telfer, M., Zaslow, R., Chalo Nabirye, R., & Nalugo Mbalinda, S. (2021). Review of midwifery education in Uganda: Toward a framework for integrated learning and midwifery model of care. Midwifery, 103, 103145–103145. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103145>

Thies-Lagergren, L. (2013). The Swedish birth seat trial. Inst för kvinnors och barns hälsa / Dept of Women's and Children's Health. Karolinska Institutet.

Thorstensson, S., Ekström, A., Lundgren, I., & Hertfelt Wahn, E. (2012). Exploring Professional Support Offered by Midwives during Labour: An Observation and Interview Study. Nursing Research and Practice, 2012(Article ID 648405), 648405–648410. <https://doi.org/10.1155/2012/648405>

United Nations Population Fund, International Confederation of Midwives, and World Health Organization. State of the world's midwifery. 2021
<https://www.unfpa.org/publications/sowmy-2021>

UN Sustainable Development Goals Database (2020). *Graviditetsrelaterad dödlighet (mödradödlighet) i Uganda*.
<https://www.globalis.se/Statistik/moedradoedlighet?country=359&country2=341>

World Health Organization. (2018). WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization.

da Rocha, B. D., Zamberlan, C., Foletto Pivetta, H. M., Santos, B. Z., & Antunes, B. S. (2020). Upright positions in childbirth and the prevention of perineal lacerations: a systematic review and meta-analysis. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 54, e03610–e03610.
<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610>

Watkins, E. J., & Stem, K. (2020). Postpartum hemorrhage. *JAAPA (Montvale, N.J.)*, 33(4), 29–33. <https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000657164.11635.93>

Westreich, D. (2012). Berkson's Bias, Selection Bias, and Missing Data. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 23(1), 159–164. <https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e31823b6296>

Yao, J., Roth, H., Anderson, D., Lu, H., Li, X., & Baird, K. (2022). Benefits and risks of spontaneous pushing versus directed pushing during the second stage of labour among women without epidural analgesia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 134, 104324–104324.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104324>

Yurtsal, Z., & Erkan, E. (2023). Professional Identity in Midwifery. *Cumhuriyet Medical Journal*, 45(3), 7-10.

Bilaga 1

Tabell 1: Sociodemografiska faktorer beträffande mor och barn mående				
	Icke-dynamisk (n = 168-176)*	Dynamisk (n = 456-460)*		
Variabler	%	%	χ^2	p-värde
Ålder			0,008	0,927
<29	74,4	74,8		
>30-39	25,6	25,2		
Utbildning			0,044	0,834
Ingen utbildning/ Grundskola	21,1	21,9		
Högstadiet och upp	78,9	78,1		
Vad jobbar du med?			0,624	0,430
Anställd	95,4	96,7		
Arbetslös/Student	4,6	3,3		
I vilket område bor du?			6,8	0,009
Central/Kampala	88,6	94,7		
Annat	11,4	5,3		
Hur många barn hade du innan denna graviditet?			1,614	0,204
0	40	34,5		
1 eller fler	60	65,5		
Civil status			0,027	0,870
Gift	89,9	89,4		
Inte gift	10,1	10,6		
Stödperson med?			5,04	0,025
Ja	42,9	52,8		

Nej	57,1	47,2	
Var du privat eller offentlig patient under förlossnings- och förlossningsvård?			0,07 0,788
Privat	7,4	6,7	
Offentlig	92,6	93,3	
Gick du till MVC/BMM på det här sjukhuset?			1,7 0,187
Ja	42,2	48,9	
Nej	57,8	51,1	
PPH mer än 500ml			2,06 0,151
Ja	4,6	2,4	
Nej	95,4	97,6	
Födelse vikt			5,51 0,019
<2500g	9,2	4,4	
>2500g	90,8	95,6	
Apgar score 5min <7			3,87 0,049
Ja	5,1	2,2	
Nej	94,9	97,8	
Fullgången bebis (37 veckor eller mer)			3,6 0,059
Ja	97,2	99,1	
Nej	2,8	0,9	
Hur föddes bebis?			2,5 0,116
Huvud och axlar födda under samma krystning	11,4	7,3	
Huvud född i en sammandragning och axlar mellan eller under nästa krystning	88,6	92,7	
Amningstart			2,0 0,157
Inom en timme	93	95,9	
Efter en timme	7	4,1	
Hud mot hud inom 1 min			6,4 0,011
Ja	93	97,5	
Nej	7	2,5	

Hud mot hud de första 60min		0,028	0,866
Ja	3,4	3,7	
Nej	96,6	96,3	
Bebis i behov av återupplivning		1,203	0,273
Ja	5,1	3,3	
Nej	94,9	96,7	
Förflyttning till neonatalavdelning/intensivvård		3,28	0,070
Ja	10,2	6,1	
Nej	89,8	93,9	

***Spridningen pga missing data, enskilda variabler**

Bilaga 1

Tabell 1: Sociodemografiska faktorer beträffande mor och barn mående				
	Icke-dynamisk (n = 168-176)*	Dynamisk(n = 456-460)*		
Variabler	%	%	χ^2	p-värde
Ålder			0,008	0,927
<29	74,4	74,8		
>30-39	25,6	25,2		
Utbildning			0,044	0,834
Ingen utbildning/ Grundskola	21,1	21,9		
Högstadiet och upp	78,9	78,1		
Vad jobbar du med?			0,624	0,430
Anställd	95,4	96,7		
Arbetslös/Student	4,6	3,3		
I vilket område bor du?			6,8	0,009
Central/Kampala	88,6	94,7		
Annat	11,4	5,3		
Hur många barn hade du innan denna graviditet?			1,614	0,204
0	40	34,5		
1 eller fler	60	65,5		
Civil status			0,027	0,870
Gift	89,9	89,4		
Inte gift	10,1	10,6		
Stödperson med?			5,04	0,025
Ja	42,9	52,8		
Nej	57,1	47,2		
Var du privat eller offentlig patient under förlossnings- och förlossningsvård?			0,07	0,788
Privat	7,4	6,7		
Offentlig	92,6	93,3		
Gick du till MVC/BMM på det här sjukhuset?			1,7	0,187
Ja	42,2	48,9		

Nej	57,8	51,1
PPH mer än 500ml		2,06 0,151
Ja	4,6	2,4
Nej	95,4	97,6
Födelse vikt		5,51 0,019
<2500g	9,2	4,4
>2500g	90,8	95,6
Apgar score 5min <7		3,87 0,049
Ja	5,1	2,2
Nej	94,9	97,8
Fullgången bebis (37 veckor eller mer)		3,6 0,059
Ja	97,2	99,1
Nej	2,8	0,9
Hur föddes bebis?		2,5 0,116
Huvud och axlar födda under samma krystning	11,4	7,3
Huvud född i en sammandragning och axlar mellan eller under nästa krystning	88,6	92,7
Amningstart		2,0 0,157
Inom en timme	93	95,9
Efter en timme	7	4,1
Hud mot hud inom 1 min		6,4 0,011
Ja	93	97,5
Nej	7	2,5
Hud mot hud de första 60min		0,028 0,866
Ja	3,4	3,7
Nej	96,6	96,3
Bebis i behov av återupplivning		1,203 0,273
Ja	5,1	3,3
Nej	94,9	96,7
Förflyttning till neonatalavdelning/intensivvård		3,28 0,070
Ja	10,2	6,1
Nej	89,8	93,9

***Spridningen pga missing data, enskilda variabler**

Bilaga 2

Tabell 2: Icke-dynamisk vs. Dynamisk				
	Icke-dynamisk (n = 176)	Dynamisk (n = 460-61)*		
Variabler	%	%	χ^2	p-värde
Gav barnmorskan känslomässigt stöd			29,4	<0.001
Ja	41,7	66,1		
Nej	58,3	33,9		
Uppmuntrad barnmorskan byte av position			45,9	<0.001
Ja	47,2	76,1		
Nej	52,8	23,9		
Gav barnmorskan massage			9,4	0,002
Ja	32,4	45,8		
Nej	67,6	54,2		
Gav barnmorskan beröring			14,7	<0.001
Ja	17	32,3		
Nej	83	67,6		
Hjälpte barnmorskan med andningstekniker			21,5	<0.001
Ja	57,7	76,8		
Nej	42,3	23,2		
Använde barnmorskan Rebozo			0,010	0,922
Ja	3,4	3,3		
Nej	96,6	96,7		
Tror du att något barnmorskorna gjorde minskade din smärta?			48,7	<0,001
Ja	57,7	83		
Nej	42,3	17,0		
Fick du information under din graviditet om olika sätt att slappna av/känna dig bekväm under förlossningen?			23,1	<0,001
Ja	22,2	43,2		
Nej	77,8	56,8		
Perineal status, suturerad bristning			0,042	0,837
Ja	30,1	29,3		
Nej	69,9	70,7		
Perineal status, osuturerad bristning			0,000	0,99

Ja	2,8	2,8
Nej	97,2	97,2
Perineal status, Intakt		6,8 0,009
Ja	48,1	60,1
Nej	51,9	39,9
Perineal status, Sphinkter bristning		2,3 0,130
Ja	1,1	0,2
Nej	98,9	99,8
Episiotomi		17,64 <0,001
Ja	20,5	8,5
Nej	79,5	91,5
Användes våtvarm kompress på perimeum?		6,24 0,013
Ja	8,7	25,7
Nej	91,3	74,3
Perineal stöd		14,5 <0,001
Hands on	84,6	94,1
Hands off	15,4	5,4
Fick du information under din graviditet om olika förlossningsställningar?		16,4 <0,001
Ja	25,2	43,2
Nej	74,8	56,8
Frågades kvinnan i vilken position hon ville föda?		102,5 <0,001
Ja	41,1	83
Nej	58,9	17
Vem bestämde vilken födelseställning som skulle användas?		52,8 <0,001
Barnmorska	59,9	25,1
Kvinnan	40,1	74,9
Användes forcerad krystning?		27,5 <0,001
Ja	12,9	2,3
Nej	87,1	97,7
Kände du dig stöttad av barnmorskan under förlossningen?		26,6 <0,001
Ja	80,2	93,9
Nej	19,8	6,1
Kände du dig stöttad av barnmorskan under framfödandet?		8,3 0,004
Ja	92,4	97,4

Nej	7,6	2,6		
Kontinuerliga variabler	M (SD)	M (SD)	<i>t</i>	<i>p-värde</i>
Födelsetillfredsställelse	38,2(5,24)	40,3(40,49)	-4,5	<0,001

***Spridningen pga missing data, enskilda variabler**

Bilaga 3

Tabell 3: Icke-dynamisk vs. Ligga på sidan				
	Icke-dynamisk (n = 176)	Ligga på sidan (n = 346)		
Variabler	%	%	χ^2	p-värde
Gav barnmorskan känslomässigt stöd			20,4	<0,001
Ja	42	63,4		
Nej	58	36,6		
Uppmuntrad barnmorskan byte av position			37,0	<0,001
Ja	46,9	74,6		
Nej	53,1	25,4		
Gav barnmorskan massage			3,5	0,063
Ja	32,4	40,8		
Nej	67,6	59,2		
Gav barnmorskan beröring			6,3	0,012
Ja	17	73,1		
Nej	83	26,9		
Hjälpte barnmorskan med andningstekniker			15,8	<0,001
Ja	54,5	72		
Nej	45,5	28		
Använde barnmorskan Rebozo			0,5	0,463
Ja	3,4	2,3		
Nej	96,6	97,7		
Fick du information under din graviditet om olika sätt att slappna av/känna dig bekväm under förlossningen?			16,7	<0,001
Ja	22,2	40,5		
Nej	77,8	59,5		
Tror du att något barnmorskorna gjorde minskade din smärta?			25,5	<0,001
Ja	57,4	79,2		
Nej	42,6	20,8		
Perineal status, suturerad bristning			0,606	0,436
Ja	30,1	26,9		
Nej	69,9	73,1		
Perineal status, osuturerad bristning			0,347	0,556

Ja	2,8	2,0
Nej	97,2	98
Perineal status, Intakt		13,1 <0,001
Ja	54,3	62,8
Nej	45,7	37,2
Perineal status, Sphinkter bristning		1,5 0,226
Ja	1,1	0,3
Nej	98,9	99,7
Episiotomi		15,6 <0,001
Ja	20,5	8,4
Nej	79,5	91,6
Användes våtvarm kompress på perimeum?		4,4 0,036
Ja	8,7	22,7
Nej	91,3	77,3
Perineal stöd		13,1 <0,001
Hands on	85,8	95,2
Hands off	14,2	4,8
Fick du information under din graviditet om olika förlossningsställningar?		11,9 <0,001
Ja	24,7	40,5
Nej	75,3	59,5
Frågades kvinnan i vilken position hon ville föda?		73,4 <0,001
Ja	40,7	79,5
Nej	59,3	20,5
Vem bestämde vilken födelseställning som skulle användas?		31,5 <0,001
Barnmorska	59,9	30,8
Kvinnan	40,1	69,2
Användes forcerad krystning?		27,2 <0,001

Ja	14,3	2,3		
Nej	85,7	97,7		
Kände du dig stöttad av barnmorskan under förlossningen?			17,9	<0,001
Ja	80,2	92,8		
Nej	19,8	7,2		
Kände du dig stöttad av barnmorskan under framförandet?			7,1	0,008
Ja	92,4	97,4		
Nej	7,6	2,6		
Kontinuerliga variabler	M (SD)	M (SD)	<i>t</i>	<i>p</i> -värde
Födelsetillfredsställelse	38,2(5,27)	40(4,22)	-3,96	<0,001

Bilaga 4

Tabell 4: Icke-dynamisk vs. Förlossningspall				
	Icke-dynamisk (n = 170-176)*	Förlossningspall (n = 103)		
Variabler	%	%	χ^2	p-värde
Gav barnmorskan känslomässigt stöd			24,3	<0,001
Ja	40,3	70,9		
Nej	59,7	29,1		
Uppmuntrad barnmorskan byte av position			36,9	<0,001
Ja	46,6	83,5		
Nej	53,4	16,5		
Gav barnmorskan massage			22,0	<0,001
Ja	32,4	61,2		
Nej	67,6	38,8		
Gav barnmorskan beröring			35,0	<0,001
Ja	17	50,5		
Nej	83	49,5		
Hjälpte barnmorskan med andningstekniker			34,9	<0,001
Ja	56,3	90,9		
Nej	43,7	9,1		
Använde barnmorskan Rebozo			1,7	0,195
Ja	3,4	6,8		
Nej	96,6	93,2		
Fick du information under din graviditet om olika sätt att slappna av/känna dig bekväm under förlossningen?			27,7	<0,001
Ja	22,2	53,4		
Nej	77,8	46,6		
Tror du att något barnmorskorna gjorde minskade din smärta?			47,6	<0,001
Ja	56,3	96,0		
Nej	43,7	4,0		
Perineal status, suturerad bristning			2,2	0,136
Ja	30,1	38,8		
Nej	69,9	61,2		

Perineal status, osuturerad bristning	0,8 0,383	
Ja	2,8	4,9
Nej	97,2	95,1
Perineal status, Intakt	0,221 0,638	
Ja	45,5	48,5
Nej	54,5	51,5
Perineal status, Sphinkter bristning	1,8 0,278	
Ja	1,1	0
Nej	98,9	100
Episiotomi	7,9 0,005	
Ja	20,5	7,8
Nej	79,5	92,9
Användes våtvarm kompress på perimeum?	10,9 <0,001	
Ja	8,7	37,3
Nej	91,3	62,7
Perineal stöd	2,6 0,109	
Hands on	84,6	91,3
Hands off	15,4	8,7
Fick du information under din graviditet om olika förlossningsställningar?	23,9 <0,001	
Ja	24,0	53,5
Nej	76,0	46,5
Frågades kvinnan i vilken position hon ville föda?	78,2 <0,001	
Ja	40,1	94,9
Nej	59,9	5,1
Vem bestämde vilken födelseställning som skulle användas?	56,2 <0,001	
Barnmorska	59,9	6,8

Kvinnan	40,1	93,2		
Användes forcerad krystning?			13,3	<0,001
Ja	14,3	1		
Nej	85,7	99		
Kände du dig stöttad av barnmorskan under förlossningen?			15,7	<0,001
Ja	80,2	97,1		
Nej	19,8	2,9		
Kände du dig stöttad av barnmorskan under framförandet?			2,6	0,106
Ja	92,4	97,1		
Nej	7,6	2,9		
Kontinuerliga variabler	M (SD)	M (SD)	<i>t</i>	<i>p</i> -värde
Födelsetillfredsställelse	38,2(5,27)	41,5(3,27)	-5,5	<0,001

***Spridningen pga missing data, enskilda variabler**

Bilaga 5

Tabell 5: Förlossningspall vs. På sidan

	Förlossningspall (n = 102-103)*	På sidan (n=344-346)*		
Variabler	%	%	χ^2	<i>p</i> -värde
Gav barnmorskan känslomässigt stöd			2,1	0,146
Ja	70,9	36,9		
Nej	29,1	36,1		
Uppmuntrad barnmorskan byte av position			4,0	0,045
Ja	83,5	73,9		
Nej	16,5	26,1		
Gav barnmorskan massage			13,34	<0,001
Ja	61,2	40,8		
Nej	38,8	59,2		
Gav barnmorskan beröring			20,2	<0,001
Ja	50,5	26,9		
Nej	49,5	73,1		
Hjälpte barnmorskan med andningstekniker			16,1	<0,001
Ja	91,2	72		
Nej	8,8	28		
Använde barnmorskan Rebozo			4,9	0,026
Ja	6,8	2,3		
Nej	93,2	97,7		
Fick du information under din graviditet om olika sätt att slappna av/känna dig bekväm under förlossningen?			5,4	0,020
Ja	53,4	40,5		
Nej	46,6	59,5		
Tror du att något barnmorskorna gjorde minskade din smärta?			14,08	<0,001
Ja	95,1	79,1		
Nej	4,9	20,9		
Perineal status, suturerad bristning			5,4	0,020
Ja	38,8	26,9		
Nej	61,2	73,1		
Perineal status, osuturerad bristning			2,45	0,118

Ja	4,9	2	
Nej	95,1	98	
Perineal status, Intakt		6,1	0,014
Ja	48,5	62,1	
Nej	51,5	37,9	
Perineal status, Sphinkter bristning		0,3	0,585
Ja	0	0,3	
Nej	100	99,7	
Episiotomi		0,040	0,842
Ja	7,8	8,4	
Nej	92,2	91,6	
Användes våtvarm kompress på perimeum?		4,2	0,041
Ja	37,3	22,7	
Nej	62,7	77,3	
Perineal stöd		2,5	0,115
Hands on	91,3	95,3	
Hands off	8,7	4,7	
Fick du information under din graviditet om olika förlossningsställningar?		4,7	0,031
Ja	52,9	40,9	
Nej	47,1	59,1	
Frågades kvinnan i vilken position hon ville föda?		15,6	<0,001
Ja	95,1	77,9	
Nej	4,9	22,1	
Vem bestämde vilken födelseställning som skulle användas?		17	<0,001
Barnmorska	6,8	30,8	
Kvinnan	93,2	69,2	
Användes forcerad krystning?		0,72	0,397

Ja	1	2,3		
Nej	99	97,7		
Kände du dig stöttad av barnmorskan under förlossningen?			2,5	0,112
Ja	97,1	92,8		
Nej	2,9	7,2		
Kände du dig stöttad av barnmorskan under framfödandet?			0,03	0,863
Ja	97,1	97,4		
Nej	2,9	2,6		
Kontinuerliga variabler	M (SD)	M (SD)	<i>t</i>	<i>p</i> -värde
Födelsestillfredsställelse	41,5(3,27)	40(4,22)	3,66	<0,001

***Spridningen pga missing data, enskilda variabler**

Bilaga 6

Data collection form Midwife

Code: A Date:

Part 1A. Data from observations

A1. Induced labour ☐ Yes
☐ No

A1x. Augmented labour ☐ Yes
☐ No

Time, Comments

Indicate the time when the:

A2. Woman enters the delivery suit
 (to stay)

A4. Start pushing

1. Baby is born

2. Cord is cut

3. Women leaves the bed

4. When the baby is wrapped

5. Was a companion present ☐ yes
 during birth? ☐ No

6. Perineal status ☐ Episiotomy why?

- tight perineum
- female genital cutting, circumcision
- fetal indication
- not specified
- other

☐ Sutured tear

☐ Unsutured tear

☐ Intact

☐ sphincter tear

6x Was a warm compress used on ☐ Yes
 the perineum?

☐ No

Comments (for
 example experience
 shared by the mother
 or midwife):

7. Was the baby put skin to skin with the mother within 1 minute after birth?	☐ Yes
	☐ No
8. Was the baby skin to skin for the first 60min (except for being weight)	☐ Yes
	☐ No
9. Birth weight	☐ <2500g ☐ 2500-3499g ☐ 3500 and above
10. Apgar score at 5 minutes under 7	☐ Yes ☐ No
11. PPH (over 500ml)	☐ yes ☐ no
12. Baby in need of resuscitation	☐ Yes ☐ No
13. Transfer to neonatal unit/intensive care unit	☐ Yes reason ☐ No
14. Initiation of breast feeding	☐ Within one hour ☐ After one hour
<u>1B. Uptake of QI initiatives</u>	
15. Was the woman asked in what position she wanted to give birth:	☐ Yes ☐ No
16. Who decided what birthing position to use:	☐ midwife ☐ woman ☐ jointly ☐ other, please specify
17. Was forced pushing used:	☐ Yes ☐ No

In what position did the woman give birth:	☐		
18. Laying on her back	☐		
19. Knee standing	☐		
20. Squatting	☐		
21. Birth seat	☐		
22. Standing on all four	☐		
23. On her side	☐		
24. Standing	☐		
During birth did the midwife do any of the following:			
25. Massage	☐		
26. Gentle strokes	☐		
27. Breathing techniques	☐		
28. Rebozo	☐		
29. Encouraged to change positions	☐		
30. Other relaxation techniques/Emotional support	☐	specify	
31. Perineal support	☐	Hands on	
	☐	Hands off	
32. How was the baby born?	☐	Head born in one contraction and shoulders between or during the next contraction	
	☐	Head and shoulders born during the same contraction	
33. Did the midwife guide the woman to facilitate that baby was born in 2 contractions?	☐	Yes	
	☐	No	
34. Neonatal death before discharge	☐	Yes	reason
	☐	No	
35. Maternal death before discharge	☐	Yes	reason
	☐	No	

36. Time in hospital (hours, days)

Part 2 – Data collection, Questions to ask women

2A. Section First, I will ask you some questions about your current pregnancy and birth

1. Is the baby born term (37 full weeks or above)? ☐ Yes

☐ No

1.x Did you attend ANC at this hospital ☐ Yes

☐ No

Now I will give you some statements and I want you to think about how much you agree or disagree with them. Just because I look like a healthcare worker I'm not working as one at this clinic. I want your true answers as it will help us improve the quality of care if its needed. We will not share your answers with anyone.

2. The midwives /doctors/ always kept me informed about what was happening	Strongly disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly agree
3. I was always given an active say in decisions about my care during labour and birth	Strongly disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly agree
4. The midwives/ doctors/ were encouraging	Strongly disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly agree
5. I often felt the midwives/doctors were very rushed	Strongly disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly agree
6. The midwives provided reassurance if I needed it	Strongly disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly agree
7. Care during labour and birth was provided in a safe way	Strongly disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly agree
8. Care during labour and birth was provided in a competent way	Strongly disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly agree
9. I was happy with the emotional support I received from midwives/doctors/	Strongly disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly agree
10. My privacy needs were well respected during labour and birth	Strongly disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly agree
11. Overall, I was satisfied with the care during labour and birth	Strongly disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly agree

Did you get information during your pregnancy about different birth positions? ☐ Yes

Where and by how? _____

Specify what information

- ☐ Brochure
☐ Video (on tv at ANC/admission)
☐ Antenatal class
 One-to-one information
 Other _____

☐ No

Did you get information during your pregnancy about different ways to relax/feel comfortable during birth?

☐ Yes

Where and by how? _____

Specify what information

☐ Brochure

Video (on tv at

ANC/admission)

Antenatal class

One-to-one information

Other _____

☐ No

After being admitted to the labour ward but before you started pushing, did you get any instructions or suggestions from a midwife/doctor/student/companions about any of the following (specify whom)

12. Rubbing the back ☐

13. Gentle strokes ☐

14. Calm Breathing ☐

15. To stand up/ambulate ☐

16. To relax the shoulders ☐

17. Rebozo (using the cloth for pain relief) ☐

18. To use different positions ☐ Specify

19. Other relaxation techniques ☐ Specify

To what extent did these instructions help you feel more comfortable:

	I wasn't asked	None	A little	Somewhat	Much
20. Rubbing the back	I wasn't asked	None	A little	Somewhat	Much
21. Gentle strokes	I wasn't asked	None	A little	Somewhat	Much
22. To stand up/ambulate	I wasn't asked	None	A little	Somewhat	Much
23. To relax the shoulders	I wasn't asked	None	A little	Somewhat	Much
24. Rebozo	I wasn't asked	None	A little	Somewhat	Much
25. To use different positions	I wasn't asked	None	A little	Somewhat	Much
26. To breath calm	I wasn't asked	None	A little	Somewhat	Much
27. -					

28. Do you think something the midwives did decreased your labour pain?

☐ Yes, specify

no

29. Did you feel supported by the midwife during labour?	Yes
	No
30. Did you feel supported by the midwife during birth?	Yes
	No
Where you a private or public patient during birth & postpartum care?	☐ Private
	☐ Public
	Comments _____

Section 2.B

Now, I will ask some questions about your background

31. How old are you?	☐ <20
	☐ 20-29
	☐ 30-39
	☐ >40
32. Are you...	☐ Married
	☐ Not Married
33. What education do you have?	☐ No formal education
	☐ Primary education
	☐ Secondary education
	☐ Technical or vocational certificate
	☐ college diploma
	☐ university degree
34. Your spouse, what education does he has?	☐ No formal education
	☐ Primary education
	☐ Secondary education
	☐ Tertiary education
	☐ university degree

35. What do you work with?

☐ Employed for wages

☐ Self-employed

☐ Unemployed

☐ Student

☐ Unpaid family worker

☐ Other Specify

36. Your spouse, what does he work with? (if having one)

☐ Employed for wages

☐ Self-employed

☐ Unemployed

☐ Student

☐ Unpaid family worker

☐ Other Specify

37. In which area do you live?

☐ Central/Kampala

☐ Other Specify

Section 2.C

Now I will ask you some questions about your previous pregnancy and birth/s (only fill in if previous pregnancy)

38. How many children do you have before this pregnancy?

☐ 1

☐ 2-3

☐ 4 or more

39. Have they been born full term (37 weeks of pregnancy or above)

☐ Yes

☐ No Specify if known

40. Where all children born alive?

☐ Yes

specify if stillbirth before or after arrival to hospital

☐ No

41. Did all your children survive the first 28t days in life?

☐ Yes

☐ No