

Obstetriskt våld

-När kvinnans egen bestämmanderätt går förlorad

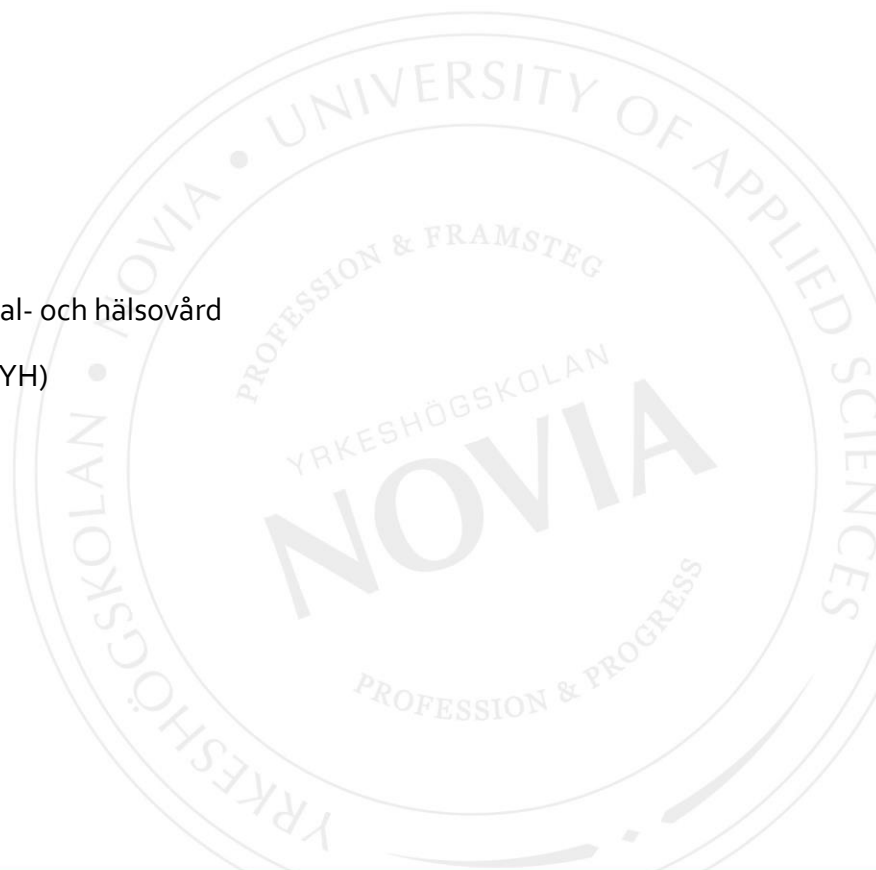
En kvalitativ litteraturstudie om obstetriskt våld under
förlossning

Jennifer Klemets

Examensarbete inom social- och hälsovård

Utbildning: Barnmorska (YH)

Vasa 2020



EXAMENSARBETE

Författare: Jennifer Klemets

Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa

Handledare: Eva Matintupa

Titel: Obstetriskt våld – När kvinnans egen bestämmanderätt går förlorad

Datum April 2020

Sidantal 38

Bilagor 1

Abstrakt

Syftet med studien var att beskriva vad obstetriskt våld innebär och ta reda på hur kvinnan upplever våldet och undersöka hur vårdrelationen mellan kvinna och barnmorskan påverkas. Målsättningen med arbetet var att öka medvetenheten kring ämnet och ge barnmorskor och annan vårdpersonal ökad kunskap om obstetriskt våld genom att beskriva hur obstetriskt våld syns i vården runt om i världen och hur det påverkar den födande kvinnan och vårdrelationen mellan kvinnan och barnmorskan. Frågeställningarna i arbetet var: På vilket sätt uttrycks våldet i vården? Hur beskriver kvinnan våldet? Vilken är orsaken till att våld utövas av barnmorskan i vårdrelationen och vad blir konsekvenserna av det? Som teoretisk utgångspunkt användes Marie Bergs teori genuint vårdande av det genuina. Studien har gjorts som en kvalitativ litteraturstudie. Datamaterialet bestod av 10 vetenskapliga kvalitativa artiklar som analyserades genom kvalitativ innehållsanalys. Resultatet som presenterades från artiklarna diskuterades mot den teoretiska utgångspunkten. Studien visade att flera olika typer av våld var vanligt, där det verbala våldet var det mest vanliga. Kvinnorna som blev utsatta för våldet kände sig kränkta och undergivna inför barnmorskan. Vårdrelationen påverkades främst genom att en maktrelation uppstod mellan kvinnan och barnmorskan och kvinnan förlorade förtroendet för vården. Orsakerna till att våldet utövades var främst tidspress och barnmorskan attityd och moral, oftast var det enhetens praxis som låg som grund till barnmorskornas attityd för våldet.

Språk: Svenska

Nyckelord: Obstetriskt våld, förlossning

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Jennifer Klemets

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Kätilö, Vaasa

Ohjaajat: Eva Matintupa

Nimike: Synnytysväkivalta – Kun naisen oma päätösvalta menee hukkaan

Päivämäärä Huhtikuu 2020

Sivumäärä 38

Liitteet 1

Tiivistelmä

Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata mikä synnytysväkivalta on, ja selvittää miten nainen kokee väkivallan sekä tutkia miten naisen ja kätilön välinen hoitosuhde vaikuttaa. Tutkimuksen tavoite oli lisätä tietoisuutta aiheesta, ja antaa lisää tietoa synnytysväkivallasta kätilöille ja muille hoitohenkilökunnalle kuvaamalla, miten synnytysväkivalta tulee näkyviin terveydenhuollossa ympäri maailmaa ja miten se vaikuttaa synnyttävää naista sekä hoitosuhdetta naisen ja kätilön välillä. Tutkimuksen kysymykset olivat: Millä tavalla väkivalta ilmenee hoitotyössä? Miten nainen kuvailee väkivaltaa? Mikä aiheuttaa, että kätilö käyttää väkivaltaa hoitosuhteessa ja mitkä ovat sen seuraukset? Teoreettisena lähtökohtana tutkimuksessa oli käytössä Marie Bergin teoria aito kärsimys (Genuine care for the genuine). Tutkimus on tehty kvalitatiivisena kirjallisuustutkimuksena. Aineisto koostuu kymmenestä tieteellisestä kirjoituksesta, jotka ovat analysoitu kvalitatiivisen sisältöanalyysin avulla. Kirjoituksista esitelty tulos keskusteltiin teoreettista lähtökohtaa vastaan. Tutkimus osoitti, että monet erikaltaiset väkivallat ovat tavallisia, jolloin suullinen väkivalta oli tavallisin. Naiset, jotka altistuivat väkivalalle, tunsivat itsensä loukatuksi ja nöyristytyksi kätilön edessä. Hoitosuhde vaikutui pääasiassa valtasuhteen kautta, joka syntyi naisen ja kätilön välillä, ja nainen menetti luottamuksen hoidon suhteen. Syy minkä takia väkivaltaa esiintyi oli pääasiassa aikapula ja kätilön asenne sekä moraali, yleensä kätilöiden asenne väkivaltaan oli yksikön käytäntö.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Synnytysväkivalta, synnytys

BACHELOR'S THESIS

Author: Jennifer Klemets

Degree Programme: Midwifery, Vaasa

Supervisors: Eva Matintupa

Title: Obstetric violence – When a woman's own right to decide is lost

Date April 2020 Number of pages 38 Appendices 1

Summary

The purpose of this study was to describe what obstetric violence is and to investigate how women experience violence and how it affects the relationship between the woman and the midwife. The aim of this study was to increase awareness about the subject and to give midwives and other caregivers a better understanding of obstetric violence. This was achieved by describing how obstetric violence looks in care facilities around the world and how it affects women in labor and the relationship between the women and the midwives. The research questions of the study were: How does violence manifest itself in healthcare? How do women describe the violence? What are the reasons that result in midwife violence? And what are the consequence of it? As a theoretical basis, Marie Berg's model, "Genuine care for the genuine" was used. The study was made as a literature study, and the data consisted of 10 scientific articles that were analyzed using qualitative content analysis. The results of the articles were compared to the theoretical basis. The result showed that several types of violence were common, with verbal violence being the most common type of violence. The women that were exposed to violence felt offended and submissive towards the midwife. The relationship between the midwife and the women was affected the most by power or authority abuse, and this resulted in that the women lost confidence in the healthcare system. The reason behind the violence was mostly due to lack of time and the midwife's attitude and morals, and often the reason behind this was due to rules and practices set by the care facilities.

Language: Swedish

Key words: Obstetric violence, childbirth

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund.....	2
2.1	Vad är obstetriskt våld?.....	4
2.2	Medikalisering av förlossningsvård.....	5
2.2.1	Induktion.....	6
2.2.2	Kejsarsnitt.....	6
2.2.3	Episiotomi.....	7
2.3	Ett världsproblem.....	8
3	Teoretisk utgångspunkt.....	9
3.1.1	Värdighetsbevarande vårdrelation.....	9
3.1.2	Balanserande mellan det naturliga och det medicinska.....	10
3.1.3	Förkroppsligad kunskap.....	10
4	Syfte och frågeställning.....	10
5	Metod.....	11
5.1	Systematisk litteraturstudie.....	11
5.1.1	Systematisk litteraturstudies olika steg.....	11
5.2	Etisk synvinkel.....	12
5.3	Innehållsanalys.....	13
6	Genomförande.....	14
6.1	Litteratursökning.....	14
6.2	Inklusion- och exklusionkriterier.....	14
6.3	Urval.....	15
7	Resultat.....	15
7.1	Våldets olika former.....	15
7.1.1	Verbalt våld.....	16
7.1.2	Fysiskt våld.....	17
7.1.3	Ignorans och diskriminering.....	17
7.1.4	Restriktioner.....	18
7.1.5	Medikalisering.....	19
7.2	Kvinnans beskrivning av våldet.....	20
7.2.1	Förminskat människovärde.....	21
7.2.2	Undergivenhet inför barnmorskan.....	21
7.2.3	Fostret primärt och våldet sekundärt.....	21
7.2.4	En rädsla inför framtiden.....	22
7.3	Orsakerna till att våldet används.....	22
7.3.1	Allt för stor arbetsbörda.....	22

7.3.2	Barnmorskans attityd och moral.....	23
7.3.3	Restriktion av rättigheter	24
7.4	Konsekvenser av våld i vårdrelationen	24
7.4.1	Otillförlitlighet till vården	24
7.4.2	Maktrelation uppstår	25
8	Diskussion.....	25
8.1	Resultatdiskussion.....	26
8.1.1	Våldets former	26
8.1.2	Kvinnans upplevelser.....	27
8.1.3	Vårdrelationen.....	28
8.2	Metoddiskussion.....	29
8.3	Slutledning.....	31
	Litteraturförteckning	32
	Bilaga	35

1 Inledning

Självbestämmanderätt och rätten att få bestämma över sin egen kropp är en mänsklig rättighet, så även vid förlossning och graviditet. Kvinnor runt om i världen borde få föda i en trygg miljö, där bästa möjliga tillgängliga vård ges. Kvinnan har rätt till att bli behandlad med respekt och värdighet, där hennes rättigheter värnas om och behov tillgodoses. Tyvärr överensstämmer inte detta med den rådande situationen.

Övergripping, nonchalans och respektlöshet under förlossningen bryter mot mänskliga rättigheter (WHO, 2015). Lagstiftningen i Finland säger att varje patient har rätt till god vård. Alla patienter har även rätt till information om sitt hälsotillstånd, vårdalternativ och självbestämmanderätt över sin egen vård. Enligt lagen ska vården vara baserad på evidens, god vårdpraxis och utövas med god yrkesskicklighet. Vården ska vara av högkvalitet och utövas på säkert sätt. All verksamhet som bedriver sjukvård ska ha en plan gjord för hur kvalitet och patientsäkerheten ska uppnås på enheten. (Hälso- och sjukvårdlagen, 30.12.2010/1326)

Det finns ingen direkt definition och förklaring på begreppet obstetriskt våld på svenska. Turner som är barnmorska och som har jobbat hårt i Sverige för att motverka obstetriskt våld gjorde i Podcasten *Doulapodden* ett försök till en svensk förklaring. Där beskrev Turner att obstetriskt våld är när vårdpersonalen antingen medvetet eller omedvetet tar från kvinnan hennes egen självbestämmanderätt att göra beslut om hennes egen vård eller om ingrepp som berör hennes kropp och kön. Dettas sker genom att inte ge tillräcklig information om olika ingrepp, vårdåtgärder och behandlingar. Vårdpersonalen ger för lite information, eller ingen alls. Påtvingad press av vårdpersonal där personalen starkt hänvisar till avdelningens rutiner och tradition menar Turner att lyder under obstetriskt våld, att kvinnan inte själv får ta beslut. Till ämnet hör även när ingrepp och åtgärder görs utan att evidens finns till grund för beslutet, och den födande kvinnor patologiseras utan egentlig orsak. Kvinnan utsätts för onödiga risker som kan medföra stora konsekvenser för hennes välmående. Omänskliga handlingar, kränkande medikalisering och utebliven information till patienten gör att kvinnan förlorar sin autonomi. Varje kvinna har rätt att fatta beslut om sin egen kropp och sexualitet, allt som strider mot det är obstetriskt våld. (Doulapodden, 17 April 2019)

I maj 2019 lanserades en kampanj med namnet minä myös synyttäjänä (Jag är också föderska) i Finland av ett par initiativtagare. Kampanjen förespråkar kvinnans rätt att få bestämma över sin egen kropp och i kampanjen definierad obstetriskt våld som kränkande

fysiska handlingar och kommentarer som förminskar föderskors rädslor och önskemål. Initiativtagarna vill lyfta fram problemet för att synliggöra att det även i Finland existerar vårdformer i förlossningsvården. I kampanjen jämför man obstetriskt våld med sexuellt våld. På hemsidan som lanserades för kampanjen delar hundratals kvinnor med sig av berättelser från sina egna förlossningar. Ämnen som är delade av många kvinnor var episiotomi som klippts utan tillstånd och förvarning, våldsamma inre undersökningar, kvinnor som pressats till att gå med på ingrepp, nekande till smärtlindring och kränkande ord av vårdpersonal. Alla som vill kan delta i kampanjen och dela sina historier fritt. Hashtaggen #minämyössynnyttjäjä delas och sprids aktivt på sociala medier. (Minä myös synnyttjäjä, 2019)

Kampanjen förespråkar att personalen inom förlossning- och mödravården behöver göra konkreta åtgärder för att minska det obstetriska våldet och möta föderskor med respekt. Man lyfter även fram att många kvinnor behöver mer information om åtgärder, situationer och undersökningar vid förlossningen. Att se till att det finns tillräckligt med resurser i mödravården lyfts fram som viktigt och centralt för att förbättra situationen (Hbl, 2019).

Enligt finländsk lag och med tanke på mänskliga rättigheter som berör hela världen, skulle inte någon form av våld under förlossningen och graviditet finnas. Hur kan det då komma sig att obstetriskt våld idag är ett världsomfattande problem och ett problem som även existerar i Finland och Norden? Eftersom begreppet har börjat lyftas upp och blivit mera känt och aktuellt i Norden de senaste åren känner jag att ämnet är mycket aktuellt och viktigt att lyfta fram. Därför har jag valt att skriva mitt examensarbete om detta ämne. Målsättningen med arbetet är att ge barnmorskor och annan vårdpersonal ökad kunskap om obstetriskt våld genom att beskriva hur obstetriskt våld syns i vården runt om i världen och hur det påverkar den födande kvinnan och vårdrelationen mellan kvinnan och barnmorskan.

2 Bakgrund

Obstetriskt våld är ett begrepp som funnits länge, men som har uppmärksammats och blivit mer allmänt i förlossningsvården och de senaste åren. Tack vare meToo-rörelsen som startat har kvinnor idag blivit mer uppmärksamma på hur de behandlas. Fler kvinnor har vågat börja berätta högt om sina erfarenheter och historier. Obstetriskt våld kan även benämnas som *förlossningsvåld*. Eftersom det i svenskan inte finns något eget ord för fenomenet används både obstetriskt våld och förlossningsvåld som termer aktivt i svenska medier. (Rentola, 2019)

Efter att flera forskningar publicerades om obstetriskt våld och de framkommit hur stort och omfattade problemet är världen över har begreppet börjat få en given plats i obstetrike. Världshälsoorganisationen WHO gick år 2014 ut med ett uttalande om obstetriskt våld med att släppa rapporten ”The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth”. I rapporten belyste man kvinnans rättigheter att få värdig och respektfull vård under graviditet och förlossning. Rapporten redovisas i ett skilt kapitel i detta arbete. I Brasilien var man pionjärer i frågan om obstetriskt våld, där började ämnet tas upp för diskussion ordentligt år 1993 när organisationen The Network for the humanization of labour and birth (ReHuNa) grundades. En viktig milstolpe var den första internationella konferensen år 2000 för humanitär förlossningsvård och motverka våld och diskriminering vid förlossningar. Med på konferensen var aktivister i frågan, forskare och sakkunniga. (Sadler, o.a., 2016)

Venezuela var det första landet att lagligt tillkännage begreppet obstetriskt våld som en term och etablerade en grund i kunskapen om de våld som uträttas mot kvinnor under förlossning. Man beskrev våldet som en del av det allmänna, utbredda våldet som kvinnor måste utstå i ett patriarkaliskt samhälle. Obstetriskt våld har även fått en egen definition i landets lag. (Sadler, o.a., 2016)

Sedan år 2014 har fem olika organisationer runt om i världen grundats som kämpar mot obstetriskt våld, grupperna är ledda av frivilliga personer som har ett stort intresse i frågan. Grupperna finns i Chile, Spanien, Argentina, Colombia och Frankrike. År 2016 gick grupperna ut med en gemensam rapport om att obstetriskt våld är bland de mest dolda och osynliga våldet mot kvinnor runt om i världen och att det handlar om allvarligt kränkande handlingar som strider mot mänskliga rättigheter. Obstetriskt våld kan räknas som en feministisk fråga, en fråga som handlar om könsdiskriminering. Födande kvinnor är inte generellt sjuka och lidande ur ett sjukdomsperspektiv, utan barnafödande är en naturlig process och våld under förlossning kan ses som sexuellt våld. (Sadler, o.a., 2016)

Illa behandling mot kvinnor under förlossning är en kränkning i mänskliga rättigheter. Obstetriskt våld kan leda till att kvinnor undviker att söka sig till förlossningsenheter utan istället föder på egen hand i osäkra förhållanden. Respektfull vård är en av de viktigaste komponenterna till att främja mödra-och förlossningsvården världen över. Våldet existerar på en individuell, strukturell och på en politisk nivå och är ett utbrett och världsomfattande problem. (Bohren, o.a., 2015)

En studie från Brasilien visade att 18% av kvinnorna som deltog i studien hade åtminstone blivit utsatta för en form av våld under förlossningen. Siffrorna stämmer bra överens med studier som har gjorts i bla. Kenya och Tanzania. Från båda ställena rapporterades att omkring 20% av alla kvinnor upplever våld vid förlossningen, vilket betyder att var femte kvinna som kommer till förlossningen utsätts för obstetriskt våld. Från Nigeria visade en studie att 55% av kvinnorna drabbas, i Venezuela 49,4% och Mexico 11 %. Siffrorna varierar mycket och orsaken till det kan vara olika definitioner och tolkningar på obstetriskt våld och gränsen är individuell på vad som räknas till ämnet och inte, men oavsett siffrorna kan man inte undgå att det är ett stort problem. (Mesenburg, o.a., 2018)

Debatten om obstetriskt våld har utvecklats genom att kvinnors självbestämmanderätt under förlossning har varit kärnfrågan, samt tillgången till mödra-och förlossningsvård där kvinnorna behandlas med respekt. Sociala medier har haft en betydande roll för att frågan har börjat spridas. På olika plattformar i sociala medierna har kvinnorna kunnat dela deras historier och erfarenheter och det tidigare situationen där personalen har haft all makt och kvinnans åsikter har förbisett har ändrats. (Lokugamage & Pathberiya, 2017)

2.1 Vad är obstetriskt våld?

Obstetriskt våld kan definieras som allt som sker mot kvinnans vilja under graviditet och förlossning. Våldet är en form av institutionaliserat våld mot kvinnor. Till begreppet hör även allt det som skuggar kvinnans egen självbestämmanderätt och mänskliga rättigheter. En födande kvinna har alltid rätt till värdig och god vård med respektfullt bemötande av personal. Kvinnan ska bli informerad om sina alternativ och få information om allt som sker kring förlossningen. Allt som strider mot ovanstående påstående hör till obstetriskt våld. (Minä myös synnytyjänä, 2019)

Situationer som gravida kvinnor har angett i olika studier som klassas som obstetriskt våld är bland annat psykiskt misshandel, djup förnedring, påtvingade- och onödiga medicinska behandlingar, brist på information, vägran om att ge smärtstillande, intrång på integriteten, vägran till intagning till anstalt fastän vårdbehov finns, komplikationer som kunde ha undvikits, ej tillåtit kvinnan och barnet att stanna på vårdenheten direkt efter födsel på grund av betalningssvårigheter och rasistiska påhopp. Gravida kvinnor som är tonåringar, ogifta, har låg socialekonomisk status, som kommer från minoriteter eller som lever med HIV har större risk att utsättas för någon form av obstetriskt våld under sin förlossning. (WHO, The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth, 2015)

Bohren delade in problematiken kring obstetriskt våld i två olika kategorier i sin studie. Våldet kan delas in i avsiktligt våld och strukturellt våld. Till det avsiktliga våldet hör fysiskvåld, verbaltvåld, respektlöshet och nonchalerande handlingar. Våld där personalen är den som avsiktligt av någon orsak utför våldet på kvinnan. Det strukturella våldet det våld som orsakas av samhället, kulturen och enhetens moral. Det kan handla om oskrivna regler på avdelningarna, rutiner som alltid gjort på ett visst sätt, kvinnosynen i landet eller tillgängligheten på vårdmaterial. Båda dimensionerna bidrar till det rådande obstetriska våldet. (Bohren, o.a., 2015)

När kvinnor upplevt förlossningen som traumatisk var det oftast obstetriskt våld som låg som grund. Inhumant beteende från vårdarna och att kvinnan kände sig utan kontroll över sin egen kropp och förlossningen var ofta orsak till att en förlossning upplevdes som traumatisk. (Shabot, 2015)

När kvinnor berättar om sina upplevelser från förlossningar beskrivs våldet som omänskligt beteende, övergrepp, förlust av självbestämmanderätt och att gå miste om att bestämma över sin egen kropp och sexualitet. Kvinnor har även beskrivit obstetriskt våld så grovt som "birth rape", alltså som förlossnings våldtäkt. (Shabot, 2015)

2.2 Medikalisering av förlossningsvård

WHO gick redan ut på 1980-talet med ett utlåtande om oron kring medikaliseringen av förlossningsvården, att ingrepp gjordes på kvinnor under förlossning fastän inget medicinskt behov låg bakom beslutet. Man upplyste redan då om kvinnans självbestämmanderätt vid förlossningen. Ändå visar statistiken att ingrepp utan någon evidensbaserad behov har ökat på 2010-talet i hög- och medelinkomstländer. Studier har visa att länder inklusive höginkomstländer inte använder sig av metoder som har framforskats att vara den bästa evidensbaserade metoden utan använder sig av egna lokala rutiner och övertygelser. Detta kan påvisas om man jämför förekomsten av ingrepp och vårdåtgärder i olika länder och till och med i jämförelse mellan städer i samma land. Två tydliga exempel på detta är episiotomi och kejsarsnitt. Medikaliseringen är även en av orsakerna till att våld under förlossning har börjar få synlighet eftersom man har börjar undersöka vad grunden till vårdåtgärder under förlossningen verkligen är. (Sadler, o.a., 2016)

2.2.1 Induktion

Induktion vid en förlossning betyder att man försöker starta förlossningen vaginalt genom att ge kvinnan läkemedel som stimulerar livmoderhalsen så att sammandragningar kan starta. Ingreppet är det vanligaste ingreppet som görs i förlossningsvården. Om man ser på förlossningarna i världen är de 20-30% av förlossningarna som använt induktion. I Finland räknar man med att var femte förlossning startas genom induktion. De vanligaste orsakerna till att induktion görs vid en förlossning är om kvinnan gått över tiden eller om fostervattnet gått utan att sammandragningar har börjat. Andra orsaker till att ingreppet görs kan vara kvinnans förlossningsrädsla, psykosociala skäl eller påtvingad familjesituation. Induktion innebär risker. Det finns alltid risk för att ingreppet misslyckas och förlossningen blir utdragen och ett akut kejsarsnitt behövs göras, denna risk brukar uppskattas till 30-40%. (Terveyskyla, 2018). Antalet induktioner i Finland var 2018 30,5% räknat på alla förlossningar. (Thl, 2019)

2.2.2 Kejsarsnitt

Redan år 1985 gav WHO ut rekommendationer på att det genom forskning har tagits fram att ideala procenten för kejsarsnitt ska vara mellan 10–15% av alla förlossningar i ett land. Trots detta har antalet kejsarsnitt bara ökat i såväl utvecklingsländer som industriländer. Kejsarsnitt är effektivt och bra sätt för att förebygga mödra- och perinatal dödlighet, men endast om det finns medicinska grunder till ingreppet. Ingen forskning har visat att det skulle finnas fördelar varken för fostret eller mamman om kejsarsnitt görs utan att det finns patologisk orsak, utan forskningen visar tvärtom. Ett kejsarsnitt innebär förhöjd risk för mammans hälsa, både på lång och kort sikt. Ett kejsarsnitt kan påverka kvinnans hälsa negativt flera år efter snittet och även vid framtida graviditeter. I länder där förlossningsvården inte är lika omfattande är risken vid kejsarsnitt dessutom ännu högre. WHO gav 2015 ut en ny rapport om rekommendationerna för kejsarsnitt efter att siffror om antalet kejsarsnitt världen över är oroväckande höga. I rapporten framkom som även tidigare nämndes i texten att kejsarsnitt är effektivt men endast om medicinska orsaker till ingreppet finns, om antalet kejsarsnitt överstiger 10% finns inget samband med minskad mödra- och perinataldödlighet. (Världshälsoorganisationen, 2015)

Studier visade år 2013 att de nordiska länderna, Israel och Nederländerna hade världens lägsta kejsarsnittantal i procent, och den procenten låg på 15–16,5%. Flest antal kejsarsnitt gjordes i Brasilien där låg procenten på 54%. Med tanke på hur olika procentantalet är mellan olika länder i världen har frågor väckts angående vilka medicinska grunder kejsarsnitten görs

på. Statistik som THL (Institutet för hälsa och välfärd i Finland) har gett ut, var år 2018 antalet kejsarsnitt 16,7% av alla förlossningar i Finland. Antalet kejsarsnitt året innan var exakt samma i Finland. (Thl, 2019)

2017 och 2018 var kejsarsnitt antalet högsta på de 30 år som finns registrerat i landet. Ökningen på antalet kejsarsnitt i landet sägs bero på att födande kvinnor ålder ökar, mera övervikt och att antalet kvinnor med förlossningsrädsla ständigt blir fler och fler. (Heino, Kiuru, & Gissler, 2019)

2.2.3 Episiotomi

Episiotomi är ett kirurgiskt ingrepp som är det vanligaste kirurgiska ingreppet i obstetrik. Ett snitt görs i perineum för att vidga slidöppningen vid förlossningen. Orsaker till att ingreppet görs är för att förhindra oundvikliga bristningar och för att förhindra kraftiga påfrestningar på kvinnans bäckenbotten och slida. Ingreppet kan även göras ifall fostret är i ett hotande stresstillstånd och förlossningen måste påskyndas. I Finland har man utfört ingreppet sedan början av 1900-talet samtidigt som det blev mera allmänt att kvinnor födde barn på sjukhus. På 1980-talet var antalet episiotomier som gjordes som högst, men har sedan dess varje år i Finland minskat. Ingreppets frekvens varierar mycket i olika länder i världen. I USA görs många ingrepp eftersom man där tror att episiotomi gör att läkningsprocessen efter förlossningen försnabbas. Forskningen visar ändå att episiotomi inte har någon inverkan på hur snabb läkningsprocessen är efter förlossningen, man har då studerat både sjukhus där ingreppet används frekvent och på sjukhus där ingreppet endast ha gjort när verkliga behov finns, och inget samband mellan episiotomi och snabbare läkning hittades. Ett ingrepp innebär alltid en risk för komplikationer. (Räisänen, Vehviläinen-Julkunen, & Heinonen, 2010)

Framtaget genom forskning har visat att begränsad användning av episiotomi ger bättre resultat, man bör endast göra ingreppet om verkliga medicinska behov finns. Ingreppet gjordes trots detta oroväckande ofta på europeiska sjukhus. I Cypern, Polen och Portugal användes ingreppet upp till 70% av förlossningarna. 16–36% i Finland, Estland, Wales, Skottland, Frankrike, Schweiz, England, Tyskland. 6,6% i Sverige och 4,9% i Danmark. I vissa länder gjorde man även ingreppet på förstföderskor fastän ingen evidens finns bakom orsaken till ingreppet. (Sadler, o.a., 2016)

Enligt statistik från THL gjordes episiotomi år 2018 vid 20,7% av alla förlossningar i Finland. Detta är ett medeltal från hela Finland, variationer från ort till ort förekommer. (Thl, 2019)

2.3 Ett världsproblem

År 2014 gick världshälsoorganisationen WHO ut med en rapport om felbehandlingar inom förlossningsvården runt om i världen och hur handlingarna strider mot mänskliga rättigheter. WHO efterlyste dialog, forskning och befrämjande om detta världsproblem. Rapporten skrevs under av 90 stycken internationella hälsoorganisationer. (Savage & Castro , 2017)

Mödra- och spädbarnsdödligheten har reducerats kraftigt de senaste åren i världen tack vare att allt fler kvinnor söker sig till förlossningsenheter för att föda barn och WHO har jobbat aktivt i frågan under många år för att allt fler kvinnor runt om i världen ska få rättigheten att föda på en förlossningsenhet med god vård. Men nu har WHO gett ut en rapport om att obstetriskt våld är ett världsproblem. Många studier som gjorts över hur kvinnor upplever mödra- och förlossningsvården under graviditet och förlossning runt om i världen har gett oroväckande resultat. Ett stort antal kvinnor runt om i världen upplever respektlöst, integritetskränkande och nonchalerande bemötande under förlossningar vid förlossningsvårdsanstalter.

WHO upplyser i sin rapport om att varje kvinna har rätt till god vårdstandard, vilket innebär värdig och respektfull vård både under graviditeten och vid förlossningen. Kvinnan har rätt till värdig vård, har rätt att bli informerad om sin vård och behandlingar, fri från diskrimination och kunna få ha högsta möjliga nivå på sin fysiska och psykiska hälsa där inkluderade den sexuella- och reproduktiv hälsan. Trots att problemet är välkänt runt om i världen finns det inga internationella överenskommelser hur obstetriskt våld ska direkt definieras och mätas. För att en högstandard vård ska kunna garanteras under förlossning och graviditet måste hälsovården organisera och struktureras så att detta möjliggörs. Myndigheter, forskare, internationella organisationer med flera vet om problemet men har inte lyckats utveckla och ta i bruk en strategi för att undgå problemet. WHO utgav en strategi på hur detta ska kunna uppnås. (WHO, The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth, 2015)

I rapporten upplyser WHO om att bättre stöd till forskare som forskar i denna fråga behövs så att förlossningsvåldet runt om i världen ska minska och att de genom forskningen ska framkomma hur våldet påverkar kvinnorna och vilka följder de får. Att det ska fokuseras på

förbättring av mödravården och att ett fokus på respektfull vård ska göras så att god vårdstandard uppnås och det ska kunna garanteras att mänskliga rättigheter för kvinnor under hela graviditeten och förlossningen följs. Hälsovårdsorganisationer som har ett fungerade system för att trygga patientsäkerheten till kvinnor under förlossningen ska ge exempel och lära ut sin metod. Viktigt är även att involvera alla partners för att få ändring på våldet och en bättre framtid för den födande kvinnan världen över så som myndigheter, hälsoinstitutioner, internationella organisationer, media mm. (WHO, The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth, 2015)

3 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt kommer i denna studie att användas Bergs teori från år 2005, *genuint vårdade av det genuina*. Teorin är utvecklad för att vara ett redskap som barnmorskor kan använda sig av vid vård av kvinnor med riskgraviditeter och förlossningar. Teorin används i denna studie eftersom den passar mycket väl in i sammanhanget och är en bra modell på hur man kan stöda och stärka kvinnor under förlossning, även vid normalförlossningar. Komplicerade förlossningar med tidspress och medikaliserad vård är situationer där stöda och stärka lätt kan glömmas bort och obstetriskt våld uppstår.

Modellen är uppdelat i tre olika delar: Värdebevarande vårdrelation, balanserande mellan det naturliga och det medicinska perspektivet och förkroppsligad kunskap. Alla de tre delarna behöver vara i balans för att barnmorskan ska kunna ge optimal vård till kvinnor med riskgraviditeter anser Berg. (Berg & Lundgren, 2010)

3.1.1 Värdebevarande vårdrelation

Grunden i en värdig vårdrelation är förhållandet mellan barnmorskan och kvinnan. Fem faktorer som borde finnas för att relationen ska bli så optimal som möjligt är ömsesidighet, tillit, fortgående dialog, delat ansvar, kontinuerlig närvaro. Man menar att relationen behöver vara ömsesidig både från den födande kvinnans håll och barnmorskans, att båda parterna är öppna för varandra och respekterar varandra. Fortgående dialog menas att kvinnan hela tiden blir uppdaterad om läget och situationen att hon känner sig delaktig och får all information som är berättigad till och att det i vårdrelationen finns delat ansvar att fastän kvinnan är i behov av specialistsjukvård under förlossningen får känna sig delaktig och med möjlighet att påverka sin egen förlossning och vara en del av den. Kontinuerlig närvaro av

barnmorskan är viktig och att kvinnan känner sig sedd och i trygga händer. (Berg & Lundgren, 2010)

3.1.2 Balanserande mellan det naturliga och det medicinska

Vid komplicerade förlossningar krävs ofta specialistsjukvård och större medicinska åtgärder än vid en normal förlossning. Barnmorskan ska alltid ändå sträva efter att stödja det normala och se förlossningen som en naturlig fysiologisk- och känslomässig process. Det innebär inte att motverka medicinska åtgärder om evidens till medicinska behov finns, utan att försöka stöda det normala och genuina i den situation kvinnan befinner sig i. Detta leder till att kvinnan lättare kan anknyta till barnet och utveckla sitt moderskap. Barnmorskan har den centrala rollen i att ge stöd i moderskapet oavsett situationer. (Berg & Lundgren, 2010)

3.1.3 Förkroppsligad kunskap

Med den förkroppsliga kunskapen menar man kunskapen och personligheten som barnmorskan själv har. Barnmorskan ska använda sin fem sinnen vid vårdandet synen, hörseln, doften, smakerna, beröringen. Att man som vårdare även ska vara äkta, acceptera sin personlighet och använda sig av alla den teoretiska och praktiska kunskap man besitter. Att vara i de olika situationerna och att se varje kvinnas egen individuella situation och förlossning. (Berg & Lundgren, 2010)

4 Syfte och frågeställning

Syftet med studien är att genom tidigare evidensbaserad litteratur beskriva obstetriskt våld och beskriva kvinnans upplevelser av våldet samt undersöka våldets påverkan på vårdrelationen mellan kvinnan och barnmorskan. Studien görs för att öka medvetenheten kring ämnet och för att öka förståelsen för hur våldet påverkar kvinnan och vård förhållandet.

Frågeställning 1: På vilket sätt uttrycks våldet i vården?

Frågeställning 2: Hur beskriver kvinnan våldet?

Frågeställning 3: Vilken är orsaken till att våld utövas av barnmorskan i vårdrelationen och vad blir konsekvenserna av det?

5 Metod

Metoden som har använts i denna studie är en systematisk litteraturstudie. För att man överhuvudtaget ska kunna använda sig av en systematisk litteraturstudie behöver man ha tillräckligt antal studier som är relevanta för det specifika ämnet man skriver om och studierna man använder sig av ska ha en stark koppling till det syfte som är bestämt för arbetet.

Mulrow och Oxman har definierat en systematisk litteraturstudie som att bestämma en tydlig frågeformulering som sedan besvaras systematiskt av relevant forskning som man har valt ut och noggrant analyserat utgående från att forskningarna svarar på den bestämda frågeformuleringen som gjorts. (Forsberg & Wengström, 2008)

5.1 Systematisk litteraturstudie

En systematisk litteraturstudie innebär att man samlar ihop redan publicerat evidensbaserade forskning inom det valda området och analyserar, granskar och sammanställer materialet. Studierna som används bör vara vetenskapliga artiklar eller vetenskapliga rapporter. Tanken är även att artiklarna eller rapporterna som används i arbetet ska vara aktuella.

En systematisk litteraturstudie ska innehålla en klar frågeställning och tydlig sökstrategi på hur man ska bestämma vilka studier som är relevanta för ens egna studie, man behöver även ha tydliga inklusions- och exklusionsbestämmelser för att få fram så relevant material som möjligt. Man ska även skriva varför studier valts bort om vissa studier exkluderas från arbetet. I denna typ av studie bör man även ha med alla artiklar som är relevanta för syftet med studien, eller sträva efter det eftersom verkligheten inte alltid är så att det är praktiskt möjligt att få med alla artiklar. Studier som tangerar ämnet men som inte är relevanta för studiens frågeformulering ska lämnas bort. I detta kapitel ska den systematiska litteraturstudiens olika steg förklaras och redogöras. (Forsberg & Wengström, 2008)

En systematisk litteraturstudie valdes till detta arbete eftersom skribenten ansåg att det var en bra metod till arbetet eftersom tillräckligt med material hittades att använd och att metoden passade bra in med syftet och frågeställningen för arbetet.

5.1.1 Systematisk litteraturstudies olika steg

Om man gör en systematiskt litteraturstudie är det allra första steget i processen att göra en fördjupning i litteraturen som finns om det ämne som man valt för att få en litteraturöversikt

över situationen och få en uppfattning om vilka forskningar som har blivit gjorda och i vilken utsträckning. Till studien kan även bestämmas en teoretisk utgångspunkt som lämpade sig för ämnet. Frågeformulering och syfte är följande steg i processen. Syftet ska förklara vad målet med studien är. När syftet är bestämt ska frågeformulering göras. Artikelsökning kan påbörjas efter att frågeställningen är gjord. Frågeställningen gör att ämnet avgränsas och frågeformuleringen utger grund för att välja sökord. Målet är med sökstrategin är att samla så många relevanta artiklar som möjligt och samtidigt få så lite irrelevanta artiklar med i sökningen. Viktigt att välja databaser som lämpar sig för ämnet. Granskning av artiklarna som hittas är viktigt. I arbete ska man ha tydliga och noggranna inklusions- och exklusionskriterier. Artiklar som bestäms att inte tas med ska presenteras i en skilt och redogöras varför de inte uppfyllde kraven. Analys av resultatet ska presenteras tydligt. Redogörelse om utfallet vid sökningsprocessen och antalet träffar bör göras. Vilka sökord som användes ska även skrivas med. De artiklar som är inkluderade i studien ska redogöras. Resultatet som skribenten fick fram genom analyseringen av artiklarna som valdes ska diskuteras mot frågeställningen och syftet vad skribenten om fram till i arbetet och vad analysen ledde till. (Henricson , 2017)

5.2 Etisk synvinkel

Forskningsetik är de etiska övervägande som görs under forskningsprocessen olika skeden och som är en viktig del under hela arbetet. Forskningsetik handlar om att fundera och reflektera vilka etiska aspekter man måste ta i beaktande. Grunden i forskningsetiken är att ha respekt och inte skada personer som deltar i forskningen. Vara rättvis mot personerna som deltar i forskningsresultat och att hålla identitet och personligauppgifter konfidentiellt. Forskningsetik handlar också om vad man valt för studie, hur man lägger upp sig studie och hur man genomför den. I Finland har vi lag på hur forskning ska göras och vilka principer som måste följas. En princip som haft stor betydelse för forskningen är *Belmontrapporten* som består av tre delar: Respekt för personer, göra gott och rättvisepincipen. Respekt för personer innebär att respektera varje persons autonomi vilket innebär att respektera personens åsikter och val. Göra gott principen innebär att man i studier ska försöka minimera skada på personer som deltar och maxminera möjliga fördelar. Rättvisepincipen är att överväga för och nackdelar med studien, att göra en så kallas distributiv rättvisa. (Sandman & Kjellström , 2018)

Etiska aspekter som ska beaktas vid en systematisk litteraturstudie är att artiklarna som tas med i studien ska kontrolleras så att de är gjorda på ett etiskt rätt sätt, och att i artiklarna

framkommer att etiska principer har följt och övervägts. Man ska även noggrant dokumentera alla källor och artiklar som använts i studien, både i bakgrunden och i själva analysen. Det är fusk att inte ange källan för informationen som finns i studien. I resultatet ska alla artiklar presenteras, det är etiskt fel att bara välja med artiklar som stöder den forskandes egna åsikter och hypotes om syftet. Forskaren ska ställa sig neutralt till forskningsresultatet. (Forsberg & Wengström, 2008)

Några viktiga etiska punkter som ska tänkas på när en studie görs. Först och främst ska man reflektera över forskningsfrågorna och syftet med studien, är det väsentligt att studera det? Senare i studien när datamaterialet är insamlat bör reflekteras kring om materialet är av god vetenskaplig kvalitet. Man ska även fundera kring hur forskningsprocessen görs och se till att varje steg i processen gör med god etisk grund. (Sandman & Kjellström, 2018)

5.3 Innehållsanalys

Analys av det insamlade datamaterialet i kvalitativ forskning är en process där forskaren systematiskt granskar, analyserar och sammanställer materialet för att få fram ett resultat. I analysen arbetar forskaren med att bryta ner materialet till hanterbara enheter och hitta mönster och organisera det insamlade datamaterialet. Det gäller att försöka urskilja den väsentliga och viktiga från den oväsentliga i texterna. Man kan dela in analysen i 5 olika huvudmetoder som behövs i en kvalitativ analys för ett bra resultat. Det första är *koncentrering* vilket innebär att forskaren ska försöka fånga det väsentliga i texterna och formulera om det till några kraftfulla meningar i sitt eget arbete. Följande är *kategorisering* av materialet, att kategorisera det insamlade materialet enligt likheter och skillnader och få kategorier av allt material. Till näst kommer *berättelser*, i denna metod ska forskaren försöka sammanställa allt det utvalda informationen från alla de utvalda kategorierna och sammanställa till en helhet. *Tolkning* är nästa sista steget och vid tolkningen handlar det om för forskaren att tolka innebörden i de olika utvalda textstyckena djupare. Sista steget är *modellering*, vid modellering ska forskaren utgående från det insamlade materialet beskriva hur allt hänger samman och varför det som påstås verkligen påstås i texterna. Efter de uppräknade metoderna ska forskaren ha kommit fram till ett resultat av datamaterialet som kan presenteras i arbetet. (Fejes & Thornberg, 2019)

6 Genomförande

Genomförande av examensarbetet presenteras här nedan i olika under kategorier. Det beskrivs hur litteratursökningen har gått till, inklusion- och exklusion kriterier, urvalet av artiklarna samt presentation av analysen och resultatet.

6.1 Litteratursökning

Litteratursökningen baserades på frågeställningarna till studien. Frågeställningarna var på vilket sätt uttrycks våldet i vården, hur beskriver kvinnan våldet och vilken är orsaken till att våld utövas av barnmorskan i vårdrelationen och vad blir konsekvenserna av det. Artiklarna som tagits med svarade på frågeställningarna eller hade tydligt något med ämnet att göra.

Datainsamlingen av material har gjorts från Tritonias Finna portal, Sprinklink, Ebsco, PubMed, SveMed och Medic. Sökord som användes vid datainsamlingen var *Obstetric violence, childbirth, Traumatic childbirth, abuse, human rights, disrespectful childbirth, reproductive rights, mistreatment in childbirth, medicalization of childbirth, humanized childbirth, violations of dignity*.

Sökorden kombinerades med varandra för att få en mera specifik sökning och för att avgränsa antalet artiklar. Artiklarna söktes från april 2019 fram till mars 2020. Vid sökning på endast ett specifikt ord var antalet träffar flera tusen. När sökorden kombinerades med varandra var antalet träffar ungefär 100 eller färre och materialet kunde gå igenom och artiklar valdes ut. Utvalda artiklar hittades även från referenslistor från artiklar som handlade om ämnet. Arikelsökningen var utmanande eftersom skribenten gärna skulle ha velat hitta material skrivet i Norden men materialet som hittades var främst från Asien och Afrika.

6.2 Inklusion- och exklusionkriterier

I studien följdes inklusions- och exklusionkriterier som bestämdes innan sökningen av artiklar startade. Kriterierna var att artiklarna hörde till ämnet och innehållet svarade på någon av frågeställningarna. Språket måste vara svenska eller engelska och artiklarna skulle vara publicerade mellan år 2009–2019. Alla artiklar som ska togs med i studien behövde även vara förhandsgranskade. I de artiklarna som valdes var alla på engelska.

Många artiklar exkluderades för att det tangerade det valda ämnet men svarade inte på någon frågeställning. Flera artiklar togs även bort eftersom de var skrivna på spanska, vilket inte skribenten behärskar. Alla artiklar som var publicerade före år 2009 togs inte med i studien.

6.3 Urval

Till studien valdes 10 artiklar. Artiklarna som valdes med är kvalitativa studier eller mix-metodstudier som innehåller både kvalitativa och kvantitativa delar. I artiklarna med mix-metodstudier har fokus i analysen varit på den kvalitativa delen. Artiklarna har sammanställts i skild bilaga. Bilagan presenteras i slutet av arbetet. I bilagan har beskrivits artiklarnas författare, titel, syfte, metod samt resultat.

7 Resultat

Här nedan presenteras resultatet genom en kvalitativ innehållsanalys. Resultatet är uppdelat i olika kategorier och underkategorier. Kategorierna är 7.1 *våldets olika former*, 7.2 *kvinnans beskrivning av våldet*, 7.3 *orsaker till att våldet används i vårdrelationen* och 7.4 *konsekvenserna av våld i vårdrelationen*. Till 7.1 hör fem underkategorier: *verbalt våld*, *fysiskt våld*, *ignorans och diskriminering*, *restriktioner* samt *medikalisering*. 7.2 är indelad i fyra skilda underkategorier: *Förminskat människovärde*, *undergivenhet inför barnmorskan*, *fostrets primärt och våldet sekundärt*, *en rädsla inför framtiden*. Till 7.3 hör tre underkategorier *allt för stor arbetsbörda*, *barnmorskans attityd och moral* och *restriktioner av rättigheter*. Till 7.4 hör två underkategorier *otillförlitlighet till vården* och *en maktrelation uppstår*.

7.1 Våldets olika former

Obstetriskt våld kan ge uttryck på flera olika sätt, som presenterades redan i bakgrunden. Det kan även upplevas olika från person till person vad som räknas till våld och vad som inte räknas. Nedan presenteras olika former av våld som kan förekomma och som kvinnor runt om i världen blivit utsatta för.

Kvinnor från Australien upplevde att obstetriskt våld innebär nonchalerande av kvinnans egna behov och önskemål under förlossningen, verbal förnedring, kränkande åtgärder och tvång till medicinska ingrepp. Det är handlar om intrång i kvinnans egen rätt och förmåga

att bestämma över sin kropp. Kvinnan gick miste om att bestämma över sin graviditet och förlossning. (Khajehei, 2018)

Intressant var resultatet av en studie som gjordes i Tanzania. I studien deltog vårdutbildade observatörer under förlossningar för att observera om någon form av våld förekom. Efter förlossningen intervjuade man både observatörerna och kvinnorna som fött barn och båda parterna fick ange hur de upplevt förlossningen och fick frågor om någon form av våld förekommit. Resultatet visade tydligt att observatörerna generellt hade angett att de upplevde mera våld under förlossningarna än vad kvinnorna själva hade angett. (Freedman, o.a., 2018)

7.1.1 Verbalt våld

I Freedmans studie från Tanzania var det mest förekommande våldet mot kvinnan under förlossningen skrik och utskällning av barnmorskan. Det förekom även olika hot från barnmorskan mot kvinnan. Hoten kunde innehålla osanningar om babyns hälsa tex. att babyn dör om mamman inte skärper till sig och lyder instruktioner. Hoten hade aldrig någon verklig sanning bakom sig. En kvinna berättade om att hon blivit hotad med att det akuta kejsarsnittet inte skulle göras ifall hon inte slutade skrika och en annan kvinna hade blivit hotad med att vårdaren slår kvinnan om hon inte slutar irritera vårdaren. (Freedman, o.a., 2018)

Skrik och rop till kvinnorna från barnmorskorna under förlossningen förekommer även i Nigeria. Barnmorskorna meder att denna form av våld sker, men att det bakom liggande syftet alltid är positivt. Barnmorskorna ansåg att kvinnan lyssnar bättre om de skriker. En del kvinnor upplevde skrikandet från personalen som skrämmande och respektlöst och de kände sig maktlösa medan andra kände att om barnmorskan skriker gör hon endast sitt jobb. Överlag accepterade kvinnorna skrikande eftersom de kände att de inte har något annat val än att acceptera läget. Det verbala våldet får kvinnorna att känns sig misslyckad under förlossningen. Kvinnor kände sig tvungna att acceptera våldet eftersom inga andra alternativ till vård fanns. (Bohren, o.a., 2016)

I en studie som gjordes i Sri Lanka var verbalt och känslomässigt våld den våld formen som flest kvinnor drabbats av. De handlar om tex. hot, hårda ord, kränkande kommentarer och kallt beteende av vårdare. Kvinnor fick höra kommentarer som ”Du gör så att jag får huvudvärk”. Det finns en underliggande rangordningen mellan patienter och vårdare, att vårdarna har makten, och vårdarna kan använda sig av ord och beteenden som är kränkande. (Perera, Lund, Swahnberg, Schei, & Infanti, 2018)

7.1.2 Fysiskt våld

När barnmorskor Nigeria blev tillfrågade om de anser det är rätt att slå till kvinnan under förlossningen om det tex. handlar om att kvinnan borde sära på sina ben. En del barnmorskorna påstod att om kvinnan blir slagen bara utan ren elakhet är det inte accepterat men om kvinnan blir slagen i positiv mening för barnets hälsa eller för att få kvinnan att fokusera bättre under förlossningen är det acceptabelt och en bra sak att göra. Att slå till patienten ansågs som nödvändigt i vissa fall, tex om kvinnan inte löd barnmorskan tillräckligt bra. Att slå kvinnan under första stadiet av förlossningen ansågs som oacceptabelt men det ansågs som acceptabelt om kvinnan var i förlossningen andra stadie. En barnmorska kommenterade att om man slår kvinnan vet hon att man bryr sig. De barnmorskor som angett att de inte tyckte att det inte var okej att slå kvinnan under några omständigheter uppgav som orsak att de tycker att kvinnan redan får lida tillräckligt genom smärtan som en förlossning medför. (Bohren, o.a., 2016)

7.1.3 Ignorans och diskriminering

Diskriminering och kränkning av kvinnans rättigheter är tyvärr vardagsmat för en kvinna i Sri Lanka under förlossning. Barnmorskor som jobbade i landet blev intervjuade och där nekades inte till problemen. Barnmorskor som jobbade vid förlossningsenheter i Sri Lanka bekräftade att våld förekommer och något de inte kan förneka.

I studien som gjordes i Japan behövde kvinnorna på en del sjukhus dela förlossningsrum med två eller tre andra kvinnor. Framför allt bidrog detta till en kränkning på integriteten, inget utrymme för privatliv fanns. Kvinnorna hade inte tillräckligt med utrymme att röra sig på och ändra position under förlossningen och det blev ett hinder i den naturliga förlossningsprocessen. (Behruzi, o.a., 2010)

Sydafrikanska kvinnor berättar om de blivit utsatta för diskriminering under förlossningen. Gravida tonårstjejer blir kallade för ”dåliga mammor” och ”dåliga tjejer” för att de blivit gravida. Fattiga, unga, HIV+ och svarta blev utsatta för nervärderande kommentarer om till exempel deras sexliv. Förödmjukelserna skedde ofta i form av tillrättavisning av personalen om patientens livssituation. Kvinnorna fick sämre vård på grund av sitt ursprung och livssituation. (Chadwick, 2016)

I Sri Lanka påverkar vilken ekonomi man har, sociala status, kultur och vilket språk man talade hur utsatt kvinnorna var för våldet. Om man var släkt eller kände någon i personalen minskade riskerna rejält för att mötas av våld. Våldet kan även uttrycka sig fysiskt. Om man

är tonåring och gravid höjer även det riskerna för att man ska drabbas. Detta kan pågå eftersom kvinnorna inte har någon annan möjlighet att istället välja ett tex. privat sjukhus eller våga klaga, de accepterar allt eftersom ingen annan egentlig utväg finns och det vet vårdarna. Man kan generellt säga att man kan dra paralleller mellan hur kvinnan ställning i landet är och hur kvinnan behandlas under förlossningen. Är kvinnans rättigheter generellt låga i landet existerar mera obstetriskt våld vid förlossningsenheterna. (Perera, Lund, Swahnberg, Schei, & Infanti, 2018)

I Tanzania förekom situationer där kvinnorna blev utsatta för diskriminerande handlingar och där det förväntades att man skulle ha med pengar eller vårdmaterial till enheten. Hade man med pengar eller material fick man bättre vård och blev prioriterad. Genom att betala kunde man gå före kön och risken att man blev utsatt för våld minskade. Social status, bra ekonomi eller att man kände någon i personalen spelade roll vid förlossningen och bidrog till att man fick bättre vård. Vårdarna på enheten "kunde se på långt koll" när en kvinna anlände till förlossningen om de skulle de henne vård direkt eller inte. En kvinna berättar att hon hade blivit tillfrågad om hon hade pengar och när svaret var nej kunde hon sätta sig ner och vänta och fick se på när andra kvinnor med pengar fick vård före henne. (McMahon, o.a., 2014)

Som framkom i bakgrunden har kvinnorna rättighet att få information om åtgärder och ingrepp som görs på henne under förlossningen. När episiotomi gjordes på kvinnor i Ecuador blev cirka 30 % av kvinnorna inte informerade om åtgärden innan proceduren startade och ingreppet gjordes utan någon förvarning till kvinnan. Samma sak gällde kristeller maneuver där ingreppet gjordes på var det en tredjedel av kvinnorna som inte fick information om ingreppet. (Brandao, o.a., 2018)

7.1.4 Restriktioner

Restriktion av sällskap för kvinnan under sjukhusvistelser i samband med förlossningen förekom på olika sjukhus runt om i Japan. Restriktionerna gjorde så att det uppstod en barriär i den naturliga vårdprocessen. Det har visat sig att kvinnorna mår bättre av att få spendera mer tid med anhöriga och med barnet men ändå har Japan fortsättningsvis restriktioner när det gäller sällskap både under och efter förlossningen. När det gäller förlossningen är regeln på flera sjukhus att fadern får vara närvarande ifall han har gått en prenatal förlossningskurs. Negativt är att kurserna oftast ordnas dagtid vilket gör det komplicerat för många att kunna delta eftersom det är på arbetstid. Detta leder till att de inte får delta i förlossningen. Under

kejsarsnitt är inget sällskap tillåtet, inte ens fadern är välkommen och studien visade att detta är en stressfaktor för kvinnan. Att inte tillåta sällskap orsakar en barriär i den naturliga förlossningsprocessen. (Behruzi, o.a., 2010)

Ungefär 24% av kvinnorna i undersökningen i Ecuador hade inte fått välja vilken position de ville föda i utan det bestämdes av personalen. Det fanns även kvinnor i undersökningen som inte visste om att de borde ha haft en chans att själv få välja i vilken ställningen de ville föda. Att kvinnan inte har rätt att välja position och röra sig som hon själv vill gör det svårare att hantera smärtan under förlossningen och ökar längden på förlossningen och ökar även risken för kejsarsnitt. Det skapas alltså mer lidande för den födande kvinnan. (Brandao, o.a., 2018)

I en studie från Sydafrika framkom som ovan att kvinnorna inte fick välja själva vilken position de skulle föda i och vad som kändes bäst för dem. En kvinna i studien berättar i sin intervju om hur det i förlossningsalen på väggarna hänt en plansch som uppmanar till att kvinnorna ta en aktiv position under förlossningen, men när kvinnan försöker följa råden blir hon avbruten av barnmorskan för att det inte är tillåtet. Att kvinnan inte får bestämma över hur hon vill föda är obstetriskt våld eftersom det intränger på kvinnans egen självbestämmanderätt. (Chadwick, 2016)

I studien av Reed där kvinnor från hela världen deltog framkom på samma sätt som i styckena ovanför att kvinnorna blev tvingade till att föda i vissa positioner och hade själva inte rätten att välja. (Reed, Sharman, & Inglis, 2017)

7.1.5 Medikalisering

Kvinnor upplever att de mer eller mindre tvingades att gå med på onödiga medicinska ingrepp för att vårdgivaren ansåg det behövligt och kvinnorna blev pressades till det. Kvinnorna fick inte heller någon vettig förklaring på varför ingreppen behövde göras. Kvinnor kände att vårdpersonalen gjorde beslut utgående från deras egen vilja och inte för kvinnans bästa. I studien gavs som exempel att kejsarsnitt gjordes för att vårdpersonalen att ”få det undan så fort som möjligt” när de menade förlossningen. (Reed, Sharman, & Inglis, 2017)

Episiotomi gjordes i Ecuador på över 50% av förstföderskorna som födde vaginalt och åtgärden görs som rutinmässig på de sjukhus som deltog i undersökningen. Som tidigare nämnts i studien ska ingreppet bara göra när det verkligen finns evidensbaserat behov till

åtgärden inte på rutin. Kvinnorna kan drabbas av komplikationer som kan vara en lång tid efter ingreppet. (Brandao, o.a., 2018)

Ett ökat antal stämningar mot sjukhus i Japan är en av orsakerna till onödiga medicinska ingrepp görs och en av barriärerna till strävan efter naturlig förlossning. Obstetiker uppgav i en studie att val görs ibland utgående från att förhindra en rättegång än för kvinnans bästa. Läkarna är rädda för att bli stämnda. Läkarna och barnmorskorna har stort ansvar för säkerheten för den gravida kvinnan men ofta görs beslut mera utgående från en juridisk synpunkt istället för humaniserade syn. Vilket leder till medikalisering utan egentlig evidensbaserad orsak. (Behruzi, o.a., 2010)

I studien från Japan uppgav att kvinnans kultur, värderingar och tro spelar en viktig roll då det kommer till förlossningsprocessen och att bevara den naturliga process som det är handlar om och inte medikalisera förlossningarna. De japanska kvinnorna som deltog i studien verkar se förlossningen som en naturlig process och inte ett sjukdomstillstånd och bland kvinnorna var minsta möjliga smärtlindring något bra. Japanska kvinnornas generella syn är en kontrast mot amerikanska kvinnor. (Behruzi, o.a., 2010)

I en studie som baserar sig på insamlat material från olika sjukhus runt om i Ecuador visades att kristeller maneuver görs på en femtedel av kvinnorna. Kristeller maneuver är ett ingrepp där man sätter tryck på livmoder uppifrån för att fostret snabbare ska komma ut. Metoden rekommenderas inte av WHO eftersom det kan vara skadligt för fostret och ingen forskning visar på att det har någon bra effekt (WHO, WHO recommendation on fundal pressure to facilitate childbirth, 2018). Trots rekommendationerna av WHO görs fortfarande ingreppet på rutin. (Brandao, o.a., 2018)

Från en studie i Colombia framkom att vaginala undersökningar utan samtycke från kvinnorna gjordes frekvent. Kristeller maneuver gjordes på rutin utan medicinskt underlag och åtgärden utsätter kvinnan för fysisk misshandel. Andra åtgärder som ifrågasattes var tidig inläggning på enhet och beslut att göra induktion utan att det angavs någon klar medicinsk orsak. (Morales, Chaves, & Delgado, 2018)

7.2 Kvinnans beskrivning av våldet

I studien som Reed gjort där kvinnors runt om i världen fått beskriva sin egen upplevelse av förlossningstrauman framkom att kvinnor upplever att vårdgivare prioriterade sitt eget

tidschema framom den födande kvinnans och gav kommentarer till kvinnans som ”vi ska få det här överstökad så jag får gå hem någon gång”. (Reed, Sharman, & Inglis, 2017)

7.2.1 Förminskat människovärde

Kvinnorna kände att deras värdighet och värde som människa hade blivit förminskat. De ansåg att de endast blivit sedda som en patient som genomgår en förlossning och inte som en människa med egna känslor, tankar och livserfarenheter som behöver stöd under förlossningen. (Morales, Chaves, & Delgado, 2018)

Kvinnorna upplevde i många fall att vårdarna inte lyssnade på kvinnans uppfattning om symtom och kroppens egna signaler. Barnmorskorna följde sina egna mätresultat och skapade sig en uppfattning endast av kliniska bild av förloppet och tog alla beslut därefter fastän kvinnan upplevde situationen annorlunda utgående från hennes egen kroppsligauppfattning. Kvinnan kunde tex att hon känner behov av att krysta, men att barnmorska inte tillät det eftersom kliniska bilden inte tydde på att det är dags fastän kvinnans egen kropp visar signaler. (Reed, Sharman, & Inglis, 2017)

7.2.2 Undergivenhet inför barnmorskan

För att så långt som möjligt undvika våld berättade sydafrikanska kvinnor om hur de försökte vara den ” goda patienten” för att minimera sina risker att utsättas för våld under sjukhusvistelsen. Att vara den ”goda patienten” var viktigt för många kvinnor. Kvinnorna försökte vara tillmötesgående och lyhörda. (Chadwick, 2016)

När kvinnorna utsattes för verbalt våld reagerade kvinnorna olika men de flesta höll det som hänt för sig själv och berättade inte till någon, inte ens till familjemedlemmar. Kvinnorna höll tyst för att de accepterade våldet och såg det som någon ”normalt” som hörde till vårdkulturen i landet eftersom många inte vet sina rättigheter och inte har något att genomföra med. (Perera, Lund, Swahnberg, Schei, & Infanti, 2018)

7.2.3 Fostret primärt och våldet sekundärt

Fastän kvinnor berättade om hur de blivit utsatta för våld under förlossningen prioriterade de fram om allt att få en trygg födsel för sitt barn och de förklarade våldet med koppling till deras tro. Att våldet var en del av karma och att det bara kunde acceptera det. (Perera, Lund, Swahnberg, Schei, & Infanti, 2018)

Ungefär det samma som i tidigare stycket upplevde kvinnor i Columbia. De reagerade på det obstetriska våldet med acceptans och lydnad. De ansåg att de inte hade andra val än att acceptera den rådande situationen för att inte utsätta sitt barn för onödiga risker. Obstetriskt våld är påtagligt i landet har kvinnorna en belägenhet att förtränga våldet. Mest troligt en försvarsmekanism efter en dramatisk upplevelse. Det obstetriska våldet gjorde att kvinnorna fick svårare att hantera förlossningen på grund av de negativa känslorna som det medförde. Kvinnorna upplevde en känsla av att de har misslyckats med sin egen förlossning och ifrågasatte sin roll som moder. (Morales, Chaves, & Delgado, 2018)

7.2.4 En rädsla inför framtiden

I frågan om varför inte kvinnorna anmäler våldet som de blivit utsatta för anger kvinnorna att de är rädda för att våldet eskalerar till följande gång eller att de blir nekade till vård ifall kvinnan återkommer i framtiden. De flesta av kvinnorna har inte möjlighet att ta sig till någon annan enhet. Kvinnorna hade även reflekterat över hur överarbetade vårdarna var och hur de inte kunde ge ideal vård på grund av arbetsbördan. Sympati för vårdarna fanns bland vissa kvinnor istället för aggression och frustration över situationen. (McMahon, o.a., 2014)

7.3 Orsakerna till att våldet används

Från Colombia rapporterade man om att största orsaken till det pågående obstetriska våldet är de auktoritära medicinska vanorna som existerar på enheterna. De medicinska rutinerna som är en vana på enheterna bidrar till ojämlika vårdrelationer mellan personalen och kvinnan och hierarkisk vårdrelation uppkommer där vårdpersonalen besitter all makt. (Morales, Chaves, & Delgado, 2018)

Australienska kvinnorna upplevde att det fanns brister i hur barnmorskorna stöttade under förlossningen, att barnmorskorna visade allt för lite förståelse. Kränkningar på integriteten förekom samt medicinska ingrepp som kvinnorna upplevde som en våldtäkt tex. episiotomi. (Khajehei, 2018)

7.3.1 Allt för stor arbetsbörda

Barnmorskor på olika sjukhus i Japan uppgav att den största orsaken till att det sker brister i kontinuerligt stöd till kvinnorna under och efter förlossningen beror på den stora arbetsbördan. Barnmorskorna har så många olika uppgifter på sina axlar att de inte hinner

med och den sker bister i vårdrelationens till kvinnan. Barnmorskorna uppger att de behöver finnas till hos flera kvinnor samtidigt och det är en omöjlighet. (Behruzi, o.a., 2010)

När barnmorskorna medger att när de tvingas att skrika och ropa åt födande kvinnor är det inte etiskt och professionellt rätt, utan att de borde diskutera med lugnt och sansat med kvinnan men att den tiden inte finns på arbetet. De anser att när personalen behöver skrika till patienter handlar det om ett misslyckande i organisationen och att stressen från den arbetsamma jobbmiljön går ut över kvinnorna. (Bohren, o.a., 2016)

7.3.2 Barnmorskans attityd och moral

Men fastän barnmorskorna verkar ha en relativt bra uppfattning om vad som pågår uppgav ändå majoriteten av de såg problemet som obetydligt. Barnmorskorna förklarade att till deras roll som en bra barnmorska hör att förklara klart och hårt till kvinnan vilka beteenden som gäller när man föder barn. Få av barnmorskorna hade reflekterat över att kvinnorna kunde uppleva de hårda orden som förnedrande och till och med som en form av våld. Vårdarna uppgav att den underliggande orsaken till att våldet uppstår berodde på sjukhuset miljöer och på att personalen var överbelastad och att resurserna inte räcker till. (Perera, Lund, Swahnberg, Schei, & Infanti, 2018)

Barnmorskorna i Tanzania påstod att om de använde sig av verbaltvåld mot de födande kvinnorna hade deras beteendet en koppling till hur irriterande personalen var på den födande kvinnan. Personalen var tvungna att skrika till kvinnan om kvinnan inte följde barnmorskans instruktioner, hade högt ljud för sig eller satt i fel position. (Freedman, o.a., 2018)

Barnmorskorna i Nigeria ansåg att verbalt våld är behövligt i flera situationer men att orsaken att man behöver använda verbalt våld alltid är god. Om tex. kvinnan inte har med sig ett så kallat ”mama kit”, ett kit som innehåller vårdmaterial som behövs under förlossningen finns orsak att skrika på kvinnan. Att använda hög röst för att få fram sitt budskap som vårdare var ok så länge inte kvinnan tog illa upp eller blev kallad med fula namn. (Bohren, o.a., 2016)

Barnmorskorna uppgav att de hade behandlat kvinnorna illa i studien ifrån Nigeria, men att de ansåg att handlingarna gjordes endast för att det var nödvändigt för barnets hälsa och säkerhet. Läkarna uppgav att de visste att våldet pågick och att de hade sett det med egna ögon men att det var barnmorskornas beteende, inte deras. (Bohren, o.a., 2016)

7.3.3 Restriktion av rättigheter

I Japan har barnmorskorna begränsade rättigheter och ansvar. Mycket ansvar ligger på förlossningsläkarna och barnmorskorna får endast sköta kvinnor med okomplicerade vanliga förlossningar. Barnmorskorna har inte rätt att ge iv-mediciner som ett exempel. Barnmorskorna har svårt att kunna göra ett fullständigt och bra jobb när de inte besitter rättigheter. (Behruzi, o.a., 2010)

7.4 Konsekvenser av våld i vårdrelationen

Förlossningstrauman har längre varit associerat med att större medicinska åtgärder har behövt göras under förlossningen (tex. Kejsarsnitt) vid förlossningen och ett trauma har uppstått för kvinnan. Nya studier har dock visat på senare år att trauma efter en förlossning oftare uppstår på grund av någon som vårdgivaren gjort och något som skett i förhållandet mellan vårdgivare och vårdtagare och inte på specifika medicinska ingrepp. (Reed, Sharman, & Inglis, 2017) En förlossning som innehåller någon som om trauma, som obstetriskt våld, kan starta utveckling av mentala problem för kvinnan tiden efter förlossningen till exempel depression och PTSD (Posttraumatiskt stressyndrom). Dålig mental hälsa för kvinnan efter förlossningen kan leda till att kontakten som ska knytas till barnet under den första tiden blir försämrad vilket kan leda till att barnet får problem med sociala, emotionella eller mental utveckling senare i livet. (Reed, Sharman, & Inglis, 2017)

7.4.1 Otillförlitlighet till vården

Kvinnans syn på förlossning kan ta stryk av att uppleva en traumatisk förlossning (som obstetriskt våld är) och tillförlitligheten till personalen och till förlossningsvården förstörs och kvinnan väljer andra alternativ till en eventuellt framtida förlossning som till exempel hemförlossning. Beslutet att göra en så kallad fri födsel dvs en förlossning utan någon professionell hjälp närvarande har ofta tagits efter att kvinnan genomgått en förlossning som varit traumatisk. (Reed, Sharman, & Inglis, 2017)

Våldet fick kvinnorna att tappa förtroende för vården och personalen vid förlossningen, och som tidigare nämnt längre upp i texten att det kan vara det som orsakar att kvinnan inte söker sig till professionell vård följande gång hon ska föda. (Perera, Lund, Swahnberg, Schei, & Infanti, 2018)

I studien från Tanzania beskrev kvinnorna sin rädsla för att anlända till förlossningsenheten och bli ignorerad vård eller att vara tvungen att föda utan något stöd. En kvinna berättade

om hur vårdarna var i närheten under förlossningen men otillgänglig för kvinnan. Kvinnan var tvungen att ropa att barnet kommer och då hann en skötare fram för att ta emot babyen men hann inte sätta rena handskar på händerna. En kvinna hade behövt förlösa sig själv för att ingen hjälp var tillgänglig fastän kvinnan var vid en förlossningsenhet. Kvinnan hade ropat på hjälp men bara fått svaret av vårdare att "stör mej inte". Kvinnorna i studien beskrev ändå vårdarna som "specialister" och att de "kunde sin sak" och att vårdarna använde sig av "riktig medicin". Kvinnorna använd aldrig ordet våld utan förklarade vad de hade upplevt och varit med om genom att använda andra ord som inhumant, respektlöst och ej välkomnande. En stor respekt mot vårdarna fanns hos kvinnorna. (McMahon, o.a., 2014)

7.4.2 Maktrelation uppstår

Sydafrikanska kvinnor berättar om hur makten finns hos barnmorskan. En hierarkisk maktrelation uppstår mellan personalen och patienten och patienten blir i underläge och förblir passiv i sin egen förlossning. Så länge kvinnan löd, var tyst och följde order förekom inget våld och barnmorskan var "nöjd". Kvinnorna förväntades att acceptera sin situation och inte ställa frågor. Kvinnan blir i detta fall satt i en stressande och ångestfylld situation och relationen mellan barnmorskan och patienten blir en maktrelation inte en vårdrelation. Kvinnorna blir fråntagna ha en förlossningsupplevelse med värdighet och tillfredställande. Istället blir det frågan om obstetriskt våld i form av en maktrelation där otalade normer och diskriminering förekommer. (Chadwick, 2016)

Auktoriteten framkom när vårdarna kände överlägsenhet mot kvinnorna och inte stöttade ifall den födande kvinnan inte valde att följa vårdarens direktiv. En relation där barnmorskan i princip besitter all makt och kvinnans åsikter inte beaktas eller blir ignorerade. (Morales, Chaves, & Delgado, 2018)

8 Diskussion

Här kommer arbetet som gjorts att diskuteras. Diskussions kapitlet är indelat resultatdiskussion, metoddiskussion och slutledning. I resultatdiskussionen kommer resultatet som presenterades under rubrik sju att diskuteras. I metoddiskussionen kommer arbetets metod att diskuteras och kritiskt granskas. Till sist kommer slutledningen som är en kort sammanfattning av vilka slutsatser som kan göras utgående från arbetet.

8.1 Resultatdiskussion

Under denna rubrik kommer resultatet som presenteras att diskuteras och till diskussionen kommer den teoretiska utgångspunkten att användas. Teoretiska utgångspunkten är Bergs teori genuint vårdande av det genuina. Teorin har presenterats tidigare i arbetet under rubriken 3. Diskussionen är uppdelat i tre olika underrubriker *våldets former*, *kvinnans upplevelser* och *vårdrelationen*. Skribenten hittade tydliga likheter mellan teorin och det presenterade resultatet. Teorin markerade vilka faktorer som behövs för en fungerade vårdrelation. Jämförs teorin med resultatet stämmer det överens eftersom våldet förekommer när de faktorer som teorin uppger är icke existerande.

8.1.1 Våldets former

I resultatet delades de olika våld formerna in i olika kategorier; verbalt våld, fysiskt våld, ignorans och diskriminering, restriktioner samt medikalisering. Viktigt att poängtera som tog upp redan i bakgrunden är att olika personer har olika åsikter om vad som räknas som våld och inte. Att en kvinna upplever något som våld betyder inte att alla gör det. Något som kan påverka är vilken kultur kvinnan kommer från och vilket land. Sjukvårdssystemen ser även olika ut i olika länder och varje enhet har sin egen historia, praxis och rutiner som präglar enhetens och den enskilda barnmorskans arbete (Mesenburg, o.a., 2018).

Berg ansåg i sin teori att kontinuerlig närvaro är viktigt för en god vårdrelation (Berg & Lundgren, 2010). I studierna framkom att barnmorskorna upplevde att de hade allt för stor arbetsbörda och att arbetssituationen var för stressig för att hinna ge kontinuerlig närvaro till de födande kvinnorna (Behruzi, o.a., 2010) (Bohren, o.a., 2016). I detta fall kan konstateras att det inte handlade om den enskilda barnmorskans arbetssätt utan ett samhälleligt problem där mera resurser behövs till förlossningsvården.

I resultatet presenterades även att barnmorskorna följde avdelningens rutiner och praxis och att barnmorskorna var medvetna om sina handlingar men att moralen i arbetsgruppen gjorde att handlingarna ansågs som godkända. (Freedman, o.a., 2018) (Perera, Lund, Swahnberg, Schei, & Infanti, 2018) I Bergs teori framkommer de att barnmorskan ska använda sig kunskap, både den teoretiska och praktiska, och sin personlighet i sitt jobb som barnmorska (Berg & Lundgren, 2010). Avdelningars egen praxis och rutiner kan inverka stort och nya barnmorskor lär sig av äldre och mera erfarna och därifrån förs det dolda våldet vidare. Att varje enskild barnmorska bär ett eget individuellt ansvar för sina handlingar får ej glömmas bort och att den enskilda barnmorskan står för sina handlingar men att det stora problemet

med våldet är att det är hårt förknippat med enhetens moral och det kulturella avspeglar sig stort.

Enligt Berg är det viktigt med fortgående dialog och balansen mellan det naturliga och det medicinska hålls. Barnmorskans roll är att stöda det normala. Med fortgående dialog menar man att ge kvinnan tillräckligt med information om situationen och att kvinnan genom förlossningen gång ska få den information hon har rätt till och inför alla åtgärder som behövs (Berg & Lundgren, 2010). I resultatet presenterades att kvinnorna upplevde att de fick för lite information eller till och med att ingen information gavs om situationen eller olika ingrepp. Kvinnorna upplevde även att de blev tvingade att gå med på olika ingrepp utan att få en egentlig förklaring till varför det skulle göras. (Reed, Sharman, & Inglis, 2017). Att kvinnorna i vissa fall inte ens hade gett samtycke till åtgärden (Morales, Chaves, & Delgado, 2018). Att vissa åtgärder till och med utfördes utan evidensbaserad bakgrund (Brandao, o.a., 2018). Att tvinga kvinnan till onödiga medicinska ingrepp är totalt tvärtemot att stöda det normala, som enligt Berg är viktigt för att modern ska kunna växa in i moderskapet. (Berg & Lundgren, 2010)

8.1.2 Kvinnans upplevelser

Resultatet visade att kvinnan känner av ett förminskat människovärde och en undergivenhet inför barnmorskan när obstetriskt våld förekom och att en rädsla inför framtida kontakter till vården. Kvinnan kände att barnmorskan inte såg henne som en människa med egna känslor, tankar och erfarenheter. (Morales, Chaves, & Delgado, 2018). Berg uppger i sin teori att det är barnmorskans uppgift att få kvinnan att känna sig sedd och i trygga händer och se varje kvinna som en enskild individ och möta kvinnan i den situationen (Berg & Lundgren, 2010). När kvinnorna kände en undergivenhet inför barnmorskan kände kvinnorna sig allt annat än sedda och i trygga händer. Något som var centralt i resultatet var att kvinnorna berättade om att de försökte spela den ” goda patienten” för att minska våldet och deras egna lidande (Chadwick, 2016). Jämför man från kvinnornas ord med Bergs teori om att tillit och delat ansvar behövs som grundstenar i en fungerade vårdrelation blir denna vårdrelation inte fungerade. Med delat ansvar menas att kvinnan själv känner att hon har möjlighet att påverka sin egen förlossning och får vara delaktig och att hon blir lyssnad på och hennes egna tankar, känslor och symtom respekteras. Berg ansåg att det är viktigt att barnmorskan ger stöd i moderskapet för kvinnan (Berg & Lundgren, 2010) . I resultatet presenterades att kvinnans egen vilja inte beaktades utan barnmorskan och avdelningen rutiner och ritualer avgjorde hur kvinnan behandlades och vilken vård hon fick. Våldet förekom som allmänt godkänt på

avdelningen och därför utförde barnmorskorna våldet. (Perera, Lund, Swahnberg, Schei, & Infanti, 2018) (Bohren, o.a., 2016) Det kan tydligt konstateras att ignorera kvinnans egna åsikter är inte att ge stöd.

Trots våldet var barnets hälsa i fokus för kvinnan och våldet var någonting som hon bara behövde stå ut med för att skydda barnets hälsa. (Morales, Chaves, & Delgado, 2018) (Perera, Lund, Swahnberg, Schei, & Infanti, 2018). En av Bergs huvudprinciper i teorin är att barnmorskan ska använda sig av sin teoretiska och praktiska kunskap i arbetet som barnmorska. (Berg & Lundgren, 2010) I resultatet presenteras att barnmorskorna anger orsaker som tidspress, restriktioner, attityd och moral för att våldet utförs. Barnmorskans kunskaper eller moral ska inte innebära att använda våld.

I resultatet presenterades att kvinnor upplevde att barnmorskan endast följde sina egna objektiva mätresultat och lyssnade inte på kvinnans ord om hennes känsla, symtom och tankar utan det förbisågs. (Reed, Sharman, & Inglis, 2017). Berg konstaterade i sin teori tt det är viktigt som barnmorska att använda sina fem sinnen i sitt arbete. Berg menar även att det är viktigt att det byggs tillit mellan barnmorskan och kvinnan. Det kan enkelt konstateras att om kvinnan känner att barnmorskan inte lyssnar på kvinnan byggs ingen tillit i vårdrelationen och barnmorskan har misslyckats i sitt arbete. (Berg & Lundgren, 2010)

8.1.3 Vårdrelationen

I resultatet framkom att konsekvenserna av det obstetriska våldet för vårdrelationen mellan barnmorskan och den födande kvinnan är otillförlitlighet till vården och att en maktrelation uppstår. Kvinnorna känner att de inte har något annat val än att lyda barnmorskan och barnmorskan känner auktoritet och en maktrelation uppstod. Kvinnorna vågar ej säga sin åsikt eller berätta deras tankar och upplevelser och fick inget förtroende för vården och i värsta fall söker de inte vård igen. (Chadwick, 2016) (Morales, Chaves, & Delgado, 2018) När kvinnorna upplevde förlossningen som traumatiskt tappade de tillförlitligheten till personalen och till förlossningsvården och kvinnan väljer möjligen andra alternativ till en eventuellt framtida förlossning (Reed, Sharman, & Inglis, 2017) (Perera, Lund, Swahnberg, Schei, & Infanti, 2018) Enligt Bergs teori är grunden i en vårdrelation förhållandet mellan barnmorskan och kvinnan och att det finns grundstenar som borde finnas för att vårdrelationen ska fungera. Tre av dessa grundstenar är ömsesidighet, tillit och fortgående dialog. (Berg & Lundgren, 2010) Om en maktrelation uppstår kan det konstateras att ingen ömsesidighet existerat. Men ömsesidighet är att både kvinnan och barnmorskan respekterar

varandra. Konsekvenserna av maktrelationen är att kvinnan ej känner tillit till barnmorskan och det blir inte en fortgående dialog mellan barnmorskan och kvinnan. I bakgrunden togs upp att mödra- och spädbarnsdödligheten har gått ner i världen efter att allt fler kvinnor har möjlighet börjat föda vid förlossningsenheter. (WHO, The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth, 2015). Om konsekvenserna av det obstetriska våldet blir så stora att det leder till att kvinnorna inte söker sig till vården igen har ett stort problem uppstått eftersom mycket arbete har lagts ner på att förlossningsvården ska utvecklas världen över.

8.2 Metoddiskussion

Metoddiskussionen kommer att innehålla en kritisk granskning av arbetet och skribenten kommer granska alla delar som hör till arbetet. Arbetes styrkor och svagheter kommer diskuteras, och förslag till vad som skulle ha kunnat göras bättre kommer anges. Genom termerna trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet kan forskningsarbets kvalitet analyseras vid en studie med kvalitativ design. (Wallengren & Henricson, 2012)

Trovärdighet betyder att skribenten ska övertyga läsaren om att det presenterade resultatet är rimligt och att resultatet äger giltighet. Skribenten ska analysera och redogöra för hela processen med metod, syfte, frågeställningar, urval, datainsamling och analys för att stärka trovärdigheten för sitt arbete. Både arbetets svagheter och styrkor måste diskuteras. Pålitlighet innebär att skribenten visar sin förståelse för resultatet och redogöra för hur hans tidigare erfarenheter av forskning påverkat datainsamlingen och analysen av materialet. Bekräftelsebarhet hör ihop med trovärdigheten och pålitligheten och betyder att skribenten ska redogöra på hur lång tid datainsamlingen pågått och detaljer på hur urvalet gjorts. Med överförbarhet menas om resultatet som presenterats i arbetet går att jämföras med liknande forskningar och om samma resultat uppnåtts. För att överhuvudtaget kunna bedöma arbetets överförbarhet måste trovärdigheten, pålitligheten och bekräftelsebarheten vara goda. (Wallengren & Henricson, 2012) (Pettersson & Lindskov, 2012)

Tanken med arbetet var från början att göra arbetet utgående från ett nordiskt eller framförallt ett finländskt perspektiv. Skribenten gjorde i början av arbetsprocessen en sökning på artiklar för att få en överblick över vad som fanns tillgängligt och kom fram till slutsatsen att tillräckligt med material fanns. Metoden till arbetet blev kvalitativ litteraturstudie. I efterhand kan konstateras att litteraturstudie inte var det bästa alternativet för detta arbete eftersom inte tillräckligt med material fanns att använda och metoden borde ha bytts i ett

tidigt skede av processen. Till arbetet hittades inget material från Finland eller från Norden som var relevant för urvalet och som uppfyllde inklusionskriterierna och som svarade på frågeställningarna. Materialet som uppfyllde kraven på att användas var främst forskningar från övriga världen med fokus på Asien och Afrika. Möjligen skulle intervjustudie ha varit en mer lämplig metod för att kunna ha fullföljt tanken med att skriva ur ett nordiskt perspektiv och gjort en studie där kvinnor och barnmorskor från nordiska länder intervjuades. Nu blev fokuset helt annat och arbetet fick en annan innebörd.

Syftet med studien blev att med hjälp av evidensbaserad litteratur beskriva obstetriskt våld och undersöka kvinnans upplevelser av våldet och hur vårdrelationen mellan kvinnan och barnmorskan påverkas. Frågeställningarna i arbetet var På vilket sätt uttrycks våldet i vården? Hur beskriver kvinnan våldet? Vad orsakar att våld utövas av barnmorskan i vårdrelationen och vad blir konsekvenserna av det? Frågeställningarna ändrades genom arbetets gång. Från början var frågeställningarna gjorda med en nordiska utgångspunkt. Hur våldet påverkar kvinnorna i Finland men blev bytta efter att det material som skulle användas till studien var samlat.

Datainsamlingen gjorde under en lång period från april 2019 till mars 2020. Styrkan i datainsamlingen var att sökningar gjordes från flera databaser och databaserna som användes var specifika för vård- och medicinområdet vilket även ökar trovärdigheten i arbetet. Många olika sökord användes för att få sökningen att vara så bred och omfattande som möjligt och så att urvalet skulle bli ur så många synvinklar som möjligt. Sökord kombinerades för att få sökningen att bli så specifik som möjligt för att kunna läsa igenom abstrakten på alla träffar. Datainsamlingen blev bred och antalet träffar vid sökningen kunde systematiskt gås igenom och materialet granskas. Den stora svaga begränsningen i datainsamlingen är förstås att skribenten är novis i sammanhanget och har lärt sig under tidens gång hur man ska gå tillväg och hur en datainsamling görs. Kunskap har samlats längs vägen och förstås skulle insamlingen bli bättre om all den kunskapen funnits med från början.

När datainsamlingen var gjord valdes 10 artiklar med till arbetet. I alla de utvalda artiklarna kom tydligt fram hur de gått tillväg i forskningarna och med vilka inklusions- och exklusions kriterier de använt för insamlingen av deltagare och det etiska aspekterna togs upp i varje vald artikel. Det var utmanande att hitta tillräckligt med relevanta artiklar till dataanalysen och blev en begränsning i arbetet. Flera relevanta artiklar för arbetet som hittades var mixmetodstudier som är en studie med både kvalitativt och kvantitativt tillvägagångssätt. Av urvalet av artiklar var tre mixmetodstudier. Begränsningarna med

dessa studier är att eftersom de är både kvalitativa och kvantitativa kan resultatet som de presenterar vara svårt att mäta mot de övriga kvalitativa artiklarnas resultat eftersom antalet deltagare i de olika studierna varierar mycket. Men att mix-metodstudierna är med kan även ses som en styrka för arbetet eftersom studierna är större och av annan form men ändå har de kommit fram till samma resultat.

Dataanalysen gjordes på de tio utvalda artiklarna. Den stora begränsningen i analysen är att det blev smalt och kort resultat och tillförlitligheten till resultatet kan ifrågasättas eftersom det framtagna resultatet endast har några få forskningar som grund och att de forskningar som valts med är fokuserade på Asien och Afrika och det inte går att dra samma antagande över hela världen, eller åtminstone inte till Finland eftersom vi har ett helt annat vårdssystem. Det kan konstateras att det finns relativt lite forskning som svarar på de frågeställningar som arbetet har och detta har varit ett problem under arbetsprocessen men att resultatet nu har gjorts med det material som har funnits till förfogande. För att försöka säkerställa tillförlitligheten i arbetet har skribenten försökt hålla sig till studier som har ungefär samma antal deltagare. Dock kan man samtidigt se det som en styrka i analysen att artiklarna är bara tio till antalet och skribenten har haft möjlighet att analysera varje artikel med noggrannhet för att få med det väsentliga. Eftersom det framtagna resultatet främst baserat sig på studier som tagits fram i Asien och Afrika kan det inte direkt genomföras med liknande studier från andra delar av världen.

Den teoretiska utgångspunkten som användes var Bergs teori om genuint vårdande av det genuina. Skribenten anser att valet av teori för arbetet blev lyckat. Bergs teori handlar om hur vårdaren skapar en bra vårdrelation till kvinnan och vilka faktorer som behövs, vilket är mycket relevant i detta arbete. Skribenten anser hon lyckats bra att koppla in teorin i resultatet och arbetet har följt en röd tråd.

8.3 Slutledning

Studiens syfte var att öka medvetenheten kring obstetriskt våld och att öka förståelsen för hur våldet påverkar kvinnan och vård förhållandet mellan barnmorskan och kvinnan. Målsättningen var att ge barnmorskor och annan vårdpersonal ökad kunskap om obstetriskt våld genom att beskriva hur obstetriskt våld syns i vården runt om i världen.

Jag ville med detta arbete få fram konkret vad begreppet obstetriskt våld innebar i vårdarbetet och jag ville öka min kunskap i ämnet och om hur kvinnan själv beskriver våldet. Begreppet har fått stor spridning runt om i världen de senaste åren och jag anser att tidpunkten för att

skriva detta arbete var lämplig med tanke på de senaste årens Metoo-kampanjer. Jag anser att jag själv som blivande barnmorska och övrig vårdpersonal har en stor nytta av att förstå vad begreppet innebär och vad som i praktiken räknas som obstetriskt våld och ta den kunskapen med i kommande möten med gravida kvinnor i arbetet som barnmorska. Jag anser kunskapen att veta hur kvinnor kan uppleva ingrepp och rutiner på enheten gör att personalen kanske blir mer uppmärksam på den enskilda kvinnans situation och gör rätt handlingar därefter.

Jag har i detta arbete presenterat vad obstetriskt våld är och hur våldet uttrycks i vårdarbetet. Jag har även presenterat hur kvinnan upplever det hela och vilka konsekvenser det får för vårdrelationen. Det resultat som jag tycker är mest centralt i arbetet är hur mycket enheters egna arbetsrutiner och moral spelar in för att obstetriskt våld utförs. Att det handlar mycket om gamla vanor, kulturen runt omkring och det arbetsklimat som barnmorskorna jobbar i.

Som utvecklingsmöjligheter eller för vidare studier inom ämnet rekommenderar jag att ta reda hur de finländska kvinnorna som fött barn de senaste åren upplever obstetriskt våld. I detta arbete har främst presenterats vad kvinnor från afrikanska och asiatiska länder upplever som våld. Intressant skulle vara att studera vad finländska kvinnor upplever som våld under förlossningen.

Litteraturförteckning

- Behruzi, R., Hatem, M., Fraser, W., Goulet, L., Li, M., & Misago, C. (2010). Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC pregnancy and childbirth*, 10 s. 25.
- Berg, M., & Lundgren, I. (2010). *Att stöda och stärka. Vårdande vid barnafödande*. Lund: Studentlitteratur.
- Bohren, M., Vogel, J., Hunter, E., Lutsiv, O., Makh, S., Souza, J., . . . Gulmezoglu, A. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *Plos Med.* , 12(6), s.1-32.
- Bohren, M., Vogel, J., Tuncalp, Ö., Fawole, B., Titiloye, M., Olutayo, A., . . . Hindin, M. (2016). "By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her": A qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. *SSM - Population Health*, 2, s. 640-655.
- Brandao, T., Canadas, S., Galvis, A., Moreno de los Rios, M., Meijer, M., & Falcon, K. (den 7 Augusti 2018). Childbirth experiences to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. *Gynecology and obstetrics*, 143, s. 84-88.

- Chadwick, R. J. (2016). Obstetric violence in South Africa. *Feminism and Psychology*, 27(4), s. 489-509.
- Doulapodden (17 April 2019). Obstetriskt våld [Inspelat av K. Turner]. Podcast, <https://play.acast.com/s/doulapodden/doulapodden.podbean.com%2F7-obstetriskt-vald-719200178b77e5547401b93f89bd268d>.
- Fejes, A., & Thornberg, R. (2019). *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber Ab.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Freedman, L., Kujawski, S., Mbuyita, S., Kuwawenaruwa, A., Kruk, M., Ramsey, K., & Mbaruku, G. (2018). Eye of the beholder? Observation versus selfreport in the measurement of disrespect and abuse during facility-based childbirth. *Reproductive Health Matters*, 26(53), s.107-122.
- Heino, A., Kiuru, S., & Gissler, M. (den 28 Juni 2019). *Perinatalstatistik – föderskor, förlossningar och nyfödda 2017*. Hämtat från thl.fi.
- Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad (Upplaga 2:1)*. Lund: Studentlitteratur.
- (30.12.2010/1326). *Hälso- och sjukvårdslagen*. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>: Finlex.fi.
- Khajehei, M. (2018). Womens' experience of their sexual function during pregnancy and after childbirth: A qualitative survey. *British Journal of Midwifery*, 26(5), s. 318-328.
- Lokugamage, A., & Pathberiya, S. (2017). Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: A review. *Reproductive Health*, 14(1) s. 17.
- McMahon, S., George, A., Chebet, J., Masha, I., Mpembeni, R., & Winch, P. (2014). Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth; a qualitative study with women and men in Morogoro Region, Tanzania. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 14(268), s. 268.
- Mesenburg, M., Victora, C., Serruya, S., Ponce de Leon, R., Damaso, A., Domingues, M., & Freitas da Silveira, M. (2018). Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reproductive Health*, 15(1), s. 54.
- Minä myös synnyttäjänä. (2019). Hämtat från <https://minamyossynnyttajana.fi/om-kampanjen/>
- Morales, X., Chaves, L., & Delgado, C. (2018). Neither medicine nor health care staff members are violent by nature: Obstetric violence from an interactionist perspective. *Qualitative Health Research*, 28(8), s. 1308-1319.
- Perera, D., Lund, R., Swahnberg, K., Schei, B., & Infanti, J. (2018). When helpers hurt: Women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, s. 211.

- Petterson, P., & Lindskov, C. (2012). Aktionsforskning. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod* (ss. 298-299). Studentlitteratur.
- Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2017). Womens' descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), s. 21.
- Rentola, A. (den 10 Maj 2019). *Kampanj mot förlossningsvåld tar fart – historierna rinner in*. Hämtat från Huvudstadsbladet:
<https://www.hbl.fi/artikel/kampanj-mot-forlossningsvald-tar-fart-historierna-rinner-in/>
- Räisänen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., & Heinonen, S. (2010). Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: A critical approach. *Midwifery*, 26, s. 348-356.
- Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Berd, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), s. 47-55.
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken : etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.
- Savage, V., & Castro, A. (2017). *Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches*. Hämtat från Reproductive Health.
- Shabot, S. (2015). Making loud bodies "Feminine": A Feminist-Phenomenological analysis of obstetric violence. *Human studies*, 39(2), s. 231-247.
- Terveyskyla*. (den 15 Augusti 2018). Hämtat från Igångsättning av förlossning:
<https://www.terveyskyla.fi/naistalo/sv/graviditet-och-f%C3%B6rlossning/f%C3%B6rlossning/ig%C3%A5ngs%C3%A4ttning-av-f%C3%B6rlossningen>
- Thl. (2019). *Perinataaltilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2018*.
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete . i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod* (ss. 487-492). Studentlitteratur.
- WHO. (2015). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. Schweiz: Världshälsoorganisationen.
- WHO. (2018). *WHO recommendation on fundal pressure to facilitate childbirth*. Världshälsoorganisationen.
- Världshälsoorganisationen. (2015). *WHO statement on caesarean section rates*. Geneve: Världshälsoorganisationen.

Bilaga

Författare & årtal	Titel	Syfte	Metod	Resultat
Behruzi. R, Hatem. M, Fraser. W, Goulet. L, Li. M, Migago. C.	Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan	Syfte med studien var att utforska hur förlossningsenheterna fungerar i Japan runt om på olika sjukhus där det rapporterats om obstetriskt våld har förekommit.	En kvalitativ fältdesign studie. 44 kvinnor deltog från 9 olika enheter. Materialet samlades in genom semistrukturerade intervjuer, observationer, fältanteckningar och fokusgrupper.	Resultatet visade att de sjukhus som deltog i undersökningen hade en strategi på hur god vård skulle uppfyllas och hur onödiga medicinska ingrepp skulle minskas. Resultatet visade även att det fanns brister i förverkligande av strategierna och verkligheten var någon annan på enheterna.
Bohren. M, Vogel. J, Tunçalp. Ö, Fawole. B, Titiloye. M, Olutayo. A, Oyeniran. A, Ogunlade. M, Metiboba. L, Osunsan. O, Idris. H, Alu. F, Oladapo. O, Gülmezoglu. A, Hindin. M	By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her”: A qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria.	Att ta reda på deltagarnas syn på obstetriskt våld och vad de själva anser är våld och inte våld.	Kvalitativa intervjuer och fokusgruppdiskussioner användes som datainsamlingsmetod för studien. Kvinnor, barnmorskor och läkare samt administrativ personal deltog. Alla deltagare fick 4 scenarion förklarade för sig och deltagarna skulle ange hur de upplevde situationen.	Deltagarna uppgav att de varit med om eller sett när kvinnor behandlas illa under förlossning. De scenario som diskuterades i metoden uppgav de flesta att en fjärde del var obstetriskt våld. Mycket av handlingarna som

Brandao. T, Canadas. S, Galvis. A, Moreno de los Rios. M, Meijer. M, Falcon. K.	Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador.	Syftet med studien var att ta reda på kvinnors erfarenhet av obstetriskt våld i Ecuador.	Metoden som användes i studien var en tvärsnittsstudie med både kvalitativt och kvantitativt tillvägagångssätt. Studien gjordes med frågeformulär och 388 kvinnor deltog.	Resultatet av studien visade att över 50% av kvinnorna som deltog i studien hade drabbats av någon form av obstetriskt våld under förlossningen.
Chadwick. R	Ambiguous subjects: Obstetric violence, assemblage and South African birth narrative.	Syftet med studien var att undersöka hur obstetriskt våld inverkar på kvinnorna subjektivt och relationsmässigt.	Studien är en kvalitativ intervjustudie med 35 svarta kvinnor med låginkomst och som bor i Cape Town i Sydafrika. Materialet är analyserat ur ett feministiskt socialt perspektiv.	I resultatet framkom att obstetriskt våld är mer än bara några få tillfällen mellan förövaren och patienten utan en samling på åtgärder som är skapt av rasism, medikalisering och klass normer.
Freedman. L, Kujawski. S, Mbuyita. S, Kuwanaruwa. A, Kruk. M, Ramsey. K, Mbaruku. G. 2018	Eye of the beholder? Observation versus selfreport in the measurement of disrespect and abuse during facility-based childbirth.	Syftet med studien var att jämföra hur kvinnor som blivit utsatt för våld under förlossningen upplever det jämfört med en observatör som är med under förlossningen.	En mix-metodstudie om gjorts på två olika sjukhus i Tanga, Tanzania. 469 kvinnor deltog i undersökningen.	Resultatet visade att observatören rapporterade om mycket mera våld som hade förekommit under förlossningen än vad kvinnan själv hade angett.
Khajehei. M, Doherty. M.	Womens´ experience of their sexual function during pregnancy and after childbirth: A qualitative survey.	Syftet med studien var att undersöka australienska kvinnors erfarenhet av förändring i sexuell funktion	Metoden som användes var en kvalitativ online enkätstudie. 273 kvinnor deltog.	I resultatet presenterades 5 huvudorsaker som påverkade: förändringar i den mentala hälsan, obstetriskt våld, problem i relationen,

		under graviditet och efter förlossning.		fysiska förändringar, konflikt i nya rollen som mamma.
McMahon. S, George. A, Chebet. J, Masha. I, Mpembeni. R, Winch. P	Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth; a qualitative study with women and men in Morogoro Region, Tanzania.	Syfte var att utforska dimension och responsen av inte respektfullt bemötande och utnyttjande vid mödra- och förlossningsvården I Tanzania.	Metoden som användes i studien var fördjupade intervjuer. Kvinnor som nyligen fått barn, deras män och vårdare intervjuades till studien. Sammanlagt deltog 112 personer.	Resultatet visade att kvinnor uppgav att de utsattes för negativa och kränkande kommentarer. Social status och ekonomi spelade roll i hur bra vård kvinnorna fick vid förlossningen.
Morales. X, Chaves. L, Delgado. C.	Neither medicine nor health care staff members are violent by nature: Obstetric violence from an interactionist perspective.	Syftet med studien var undersöka kvinnors ställning i vården under förlossning. Studien är gjord i Colombia.	Studien är en kvalitativ studie som är gjord med grounded theory metod. Materialet var insamlat genom semistrukturerade intervjuer. 16 kvinnor deltog.	Resultatet gav att obstetriskt våld förekommer pga. normer och rutiner i sjukvårdssystem. Att den sociala miljön leder till att det utvecklas en maktrelation mellan vårdare och kvinna.
Perera. D, Lund. R, Swahnberg. K, Schei. B, Infanti. J. 2018	When helpers hurt: Women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka	Syfte var att ta reda på hur ålder, social status, språk och kultur påverkar risken för att drabbas av obstetriskt våld.	En intervjustudie som är baserad på gruppdiskussioner. 28st Barnmorskor och 38 gravida kvinnor med tidigare erfarenhet av förlossning deltog.	Resultatet visade att våldet är kopplat till samhällsstatus. Unga, fattiga och kvinnor som inte talade landets spark var som mest utsatta.

<p>R. Reed, R. Sharman, C, Inglis. 2017.</p>	<p>Womens´ descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions</p>	<p>Syftet med studien var att ta reda på hur kvinnor som haft en traumatisk förlossning, hur de själva upplevt den och hur de mått efteråt.</p>	<p>En mixad-metodstudie där 748 nyblivna mammor svarade på en online enkät om förlossningstrauma och erfarenheter av det. Även</p>	<p>I resultatet av studien framkom att kvinnorna upplevde att vårdpersonalen prioriterade sig själ och sin egen tidtabell över kvinnan, lyssnade inte på kvinnans åsikter och behov, påtvingade kvinnan onödiga medicinska ingrepp utan egentlig orsak. I studien framkom att problemet är ett växande världsproblem.</p>
--	---	---	--	---

”Hon var inte sådär varm och omhändertagande som jag alltid har upplevt att barnmorskor är”

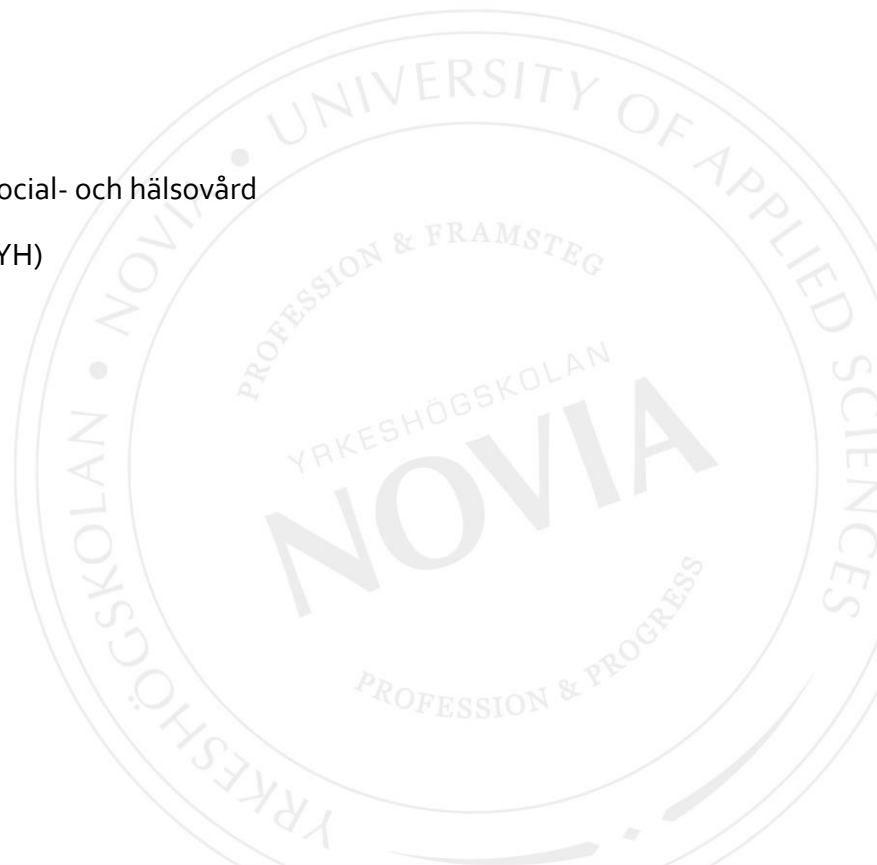
En intervjustudie om obstetriskt våld i den finländska förlossningsvården.

Jennifer Klemets

Utvecklingsarbete inom social- och hälsovård

Utbildning: Barnmorska (YH)

Vasa 2020



UTVECKLINGSARBETE

Författare: Jennifer Klemets

Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa

Handledare: Terese Österberg

Titel: "Hon var inte sådär varm och omhändertagande som jag alltid har upplevt att barnmorskor är" En intervjustudie om obstetriskt våld i den finländska förlossningsvården.

Datum Oktober 2020

Sidantal 21

Bilagor 2

Abstrakt

Detta utvecklingsarbete grundar sig på skribentens tidigare examensarbete obstetriskt våld- när kvinnans egen självbestämmanderätt går förlorad. I examensarbetet beskrivs vad obstetriskt våld innebär, hur kvinnan upplever våldet och hur vårdrelationen mellan kvinna och barnmorskan påverkas. Studien var en kvalitativ litteraturstudie och baserades på 10 vetenskapliga artiklar. Syftet med utvecklingsarbetet var att ta reda på hur obstetriskt våld uttrycks i den finländska förlossningsvården och hur våldet påverkar kvinnan. Målsättningen med studien var att öka förståelsen och kunskapen om problematiken till blivande barnmorskor. Frågeställningarna i arbetet var: Hur uttrycker sig obstetriskt våld i den finländska förlossningsvården? Hur påverkas kvinnan av våldet? Studien har gjorts genom en kvalitativ intervjustudie. Intervjuerna gjordes skriftligt med öppna frågor. Till studien söktes deltagare som fött barn på finländsk förlossningsenhet inom de senaste fem åren och som har varit med om en förlossningsupplevelse som varit svår eller jobbiga eller om kvinnan på något annat sätt känt sig kränkta eller dåligt bemötta av personalen. Studien består av 10 deltagare. Resultatet från intervjuerna sammanställdes genom kvalitativ innehållsanalys. Resultatet diskuterades mot examensarbetet obstetriskt våld- när kvinnans egen självbestämmanderätt går förlorad.

Studien visade att den vanligaste förekommande formen av våld var brist på stöd från barnmorskan, kvinnan kände sig otrygg och utlämnad. Andra former av våld som förekom var kränkande handlingar, brist på information, nekande till vård och barnmorskans dåliga attityd och beteende. Våldet gjorde att kvinnan påverkades genom att tappa förtroendet till barnmorskan och kvinnan drabbades av trauma från förlossningen. I diskussionen kunde konstateras att obstetriska våldet uttrycks lite olika från var i världen man undersöker, men att det även förekom flera likheter. Det som kunde konstateras att kvinnorna egen upplevelse av våldet är den samma världen över. Kvinnan känner sig fel behandlad, kränkt, otrygg och blir åsidosatt i sin egen förlossning.

Språk: Svenska

Nyckelord: Obstetriskt våld, Finland

KEHITYSTYÖ

Tekijä: Jennifer Klemets

Koulutus ja paikkakunta: Kätilö, Vaasa

Ohjaaja: Terese Österberg

Nimike: "Hän ei ollut niin lämmin ja huolehtiva kuin olen aina ennen kokenut kätilöitä".
Haastattelututkimus synnytysväkivallasta suomalaisessa synnytyshoidossa.

Päivämäärä Lokakuu 2020

Sivumäärä 21

Liitteet 2

Tiivistelmä

Tämä kehitystyö perustuu kirjailijan entiseen opinnäytetyöhön synnytysväkivalta – kun naisen oma päätösvalta menee hukkaan. Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata mikä synnytysväkivalta on, ja selvittää miten nainen kokee väkivallan sekä tutkia miten naisen ja kätilön välinen hoitosuhde vaikuttaa. Tutkimus oli kvalitatiivinen kirjallisuustutkimus joka koostui 10 tieteellisestä artikkelista. Kehitystyön tarkoitus oli kuvata miten synnytysväkivalta ilmenee suomalaisessa synnytyshoidossa, ja miten väkivalta vaikuttaa naiseen. Tutkimuksen tavoite oli lisätä tietoisuutta aiheesta, ja antaa lisää tietoa synnytysväkivallasta suomessa työskenteleville kätilöille. Tutkimuksen kysymykset olivat: Miten synnytysväkivalta ilmenee suomalaisessa synnytyshoidossa? Miten synnytysväkivalta vaikuttaa naiseen? Tutkimus on tehty kvalitatiivisena haastattelututkimuksena. Haastattelut tehtiin avoimilla kysymyksillä. Tutkimukseen etsittiin osallistujia jotka olivat synnyttäneet suomalaisessa synnytyksikössä viimeisen viiden vuoden aikana, joilla oli ollut vaikea synnytys kokemus tai jos nainen oli tuntenut itsensä olevansa muuten huonosti kohdellut synnytyksen aikana synnytyshenkilökunnalta. Tutkimuksessa oli 10 osallistujaa. Haastattelujen tulokset ovat analysoitu kvalitatiivisen sisältöanalyysin avulla. Tuloksesta keskusteltiin opinnäytetyö, synnytysväkivalta – kun naisen oma päätösvalta menee hukkaan, vastaan.

Tutkimuksessa todettiin, että yleisin esiintyvä väkivallan muoto oli kätilön tuen puute, nainen tunsi itsensä epävarmaksi ja luovutetuksi. Muut väkivallan muodot jotka tapahtuivat tutkimuksen mukaan olivat loukkaavia tekoja, tiedon puute, hoidon kieltäytyminen ja kätilön huono asenne ja käyttäytyminen. Synnytysväkivalta aiheutti sen, että nainen menetti luottamuksensa kätilölle ja nainen sai traumoja synnytyksestä. Keskustelussa voisi todeta, että synnytysväkivalta ilmenee hieman erillaisena riippuen missä päin maailmaa tutkitaan, mutta löytyi myös useita yhtäläisyyksiä. Voidaan todeta, että naisten oma kokemus väkivallasta on sama maailmanlaajuisessa näkökulmassa. Nainen tuntee itsensä vääräksi kohdeltu, loukattu, epävarmalta ja sivuun laitetuksi omassa synnytyksessään.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Synnytysväkivalta, synnytys, Suomi

DEVELOPMENT STUDY

Author: Jennifer Klemets

Degree Programme: Midwife, Vasa

Supervisor: Terese Österberg

Title: "She was not as warm and caring as I have always experienced midwives are" An interview study on obstetric violence in Finnish maternity care.

Date October 2020

Number of pages 21

Appendices 2

Abstract

This development project is based on the respondent's earlier bachelor's thesis obstetric violence- when a woman's own right to self-determination is lost. The thesis describes what obstetric violence means, how the woman experiences the violence and how the care relationship between the woman and the midwife is affected. The study was a qualitative literature study and was based on 10 scientific articles. The purpose of the development work was to find out how obstetric violence is expressed in Finnish maternity care and how violence affects women. The aim of the study was to increase the understanding and knowledge of the problems of future midwives. The questions this study tried to answer are the following: How is obstetric violence expressed in Finnish maternity care? How is the woman affected by the violence? The study was conducted through a qualitative interview study. The interviews were conducted in writing with open-ended questions. Participants who had given birth in a Finnish maternity ward within the past five years and who had experienced a birth experience that had been difficult or if the woman had otherwise felt offended or treated badly by the staff were applied for the study. The study consists of 10 participants. The results from the interviews were compiled through qualitative content analysis. The result was then discussed against the thesis Obstetric violence- When a woman's own right to self-determination is lost.

The study showed that the most common form of violence was a lack of support from the midwife, the women felt insecure and betrayed. Other forms of violence that occurred were abusive acts, lack of information, denial of care and the midwife's bad attitude and behavior. The violence affected the women by losing confidence in the midwife and the woman suffered trauma. In the discussion, it could be stated that obstetric violence is expressed a little differently from where in the world one is examined, but that there were also several similarities. It could be stated that women's own experience of violence is the same all over the world. The woman feels wrongly treated, offended, insecure and is neglected in her own birth.

Language: Swedish

Key words: Obstetric violence, childbirth, Finland

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund.....	1
2.1	Vad är obstetriskt våld?.....	2
2.2	Medikalisering av förlossningsvården.....	3
3	Syfte och frågeställning.....	4
4	Metodbeskrivning.....	4
4.1	Datainsamling.....	5
4.2	Kvalitativ innehållsanalys.....	5
4.3	Etisk synvinkel.....	5
5	Resultat.....	6
5.1	Våldets uttryck i förlossningsvården.....	6
5.1.1	Brist på stöd och information.....	6
5.1.2	Barnmorskans attityd och beteende.....	8
5.1.3	Kränkande handlingar.....	9
5.1.4	Nekande till vård.....	10
5.2	Våldets påverkan på kvinnan och livet efter förlossningen.....	11
5.2.1	Förlossningstrauma.....	11
5.2.2	Dålig tillit till personalen.....	12
5.2.3	Rädsla inför en ny graviditet och förlossning.....	12
5.2.4	Svårt med anknytning.....	13
6	Diskussion.....	13
6.1	Resultatdiskussion.....	13
6.2	Metoddiskussion.....	15
7	Slutledning.....	17
	Litteraturförteckning.....	18
	Bilaga 1.....	20
	Bilaga 2.....	21

1 Inledning

Denna studie är en fortsättning på examensarbetet obstetriskt våld -när kvinnans egen bestämmanderätt går förlorad. Examensarbetet syfte var att beskriva vad obstetriskt våld innebär och ta reda på hur kvinnan upplever våldet och undersöka hur vårdrelationen mellan kvinna och barnmorskan påverkas. Studien var en kvalitativ litteraturstudie och resultatet baserade sig på 10 vetenskapliga artiklar. Resultatets fokus blev huvudsakligen på kvinnors berättelser från Asien, Afrika och Sydamerika och deras upplevelser. Hur situationen med obstetriskt våld är i Finland lämnades som ett frågetecken efter att studiens resultat presenterats och därifrån kom idén om att i utvecklingsarbetet fokusera på Finland och den finska förlossningsvården. I vilka situationer känner sin den finländska kvinnan fel behandlad och berövad på sin självbestämmanderätt?

Till examensarbetet hittades inga vetenskapliga artiklar om obstetriskt våld i Finland men våldet förekommer även här och har fått mer synlighet i de finländska medier de senaste åren. Diskussioner om att obstetriskt våld verkligen finns och är ett existerande problem i Finland fick fart efter att kampanjen minämyössynnyttäjänä lanserades i Maj 2019 av initiativtagande kvinnor. Till kampanjen har kvinnor fått skicka in sina berättelser om de upplevt att de blivit utsatta för obstetriskt våld under sina förlossningar. Kampanjen fick snabb spridning och fick stor uppmärksamhet i medierna. (Rentola, 2019)

Att obstetriskt våld förekommer i Finland är redan fakta, därför är min målsättning med denna studie att ta reda på hur det obstetriska våldet ser ut och i vilka former våldet förekommer i Finland och jämföra resultatet med mitt resultat från examensarbetet. Jag vill samtidigt öka förståelsen och kunskapen om problematiken om ämnet för andra blivande barnmorskor.

2 Bakgrund

Termen obstetriskt våld har funnits med länge men blev mer allmänt känt efter Meetoorelserna startade och medierna började rapportera om att våld förekommer inom förlossningsvården världen över. (Rentola, 2019). Banbrytare inom obstetriskt våld var man i Brasilien redan 1993 när organisationen The Network for the humanization of labour and birth (ReHuNa) grundades och ämnet började diskuteras och lyftas upp. Världshälsoorganisationen WHO publicerade år 2014 rapporten ”The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth” efter att flera stora

forskningar släpps om obstetriskt våld och det framkom hur stort problemet runt om i världen är. I rapporten uppmärksammar man att alla kvinnor världen över har rätt till god och respektfull vård under graviditet och förlossningen och att ingen kvinna ska behöva genomlida våld när hon uppsöker vård. Att en gravid eller födande kvinnan ska behöva uppleva obstetriskt våld strider mot mänskliga rättigheter. (Sadler M. , o.a., 2016)

Kvinnor som haft normala graviditeten utan komplikationer är inte sjuka och graviditet är inte en sjukdom. Kvinnorna behöver därför inte ses på från ett sjukdomsperspektiv. Att föda barn är en naturlig process. Obstetriskt våld kan därför ses om en typ av sexuellt våld. Venezuela var det första landet i världen som tog med begreppet i lagen och gjorde att begreppet fick mer synlighet och det blev enligt lag förbjudet att utföra våld mot den födande kvinnan. (Sadler M. , o.a., 2016)

2.1 Vad är obstetriskt våld?

Obstetriskt våld kan enkelt förklaras som allt som sker mot kvinnans vilja under graviditet och förlossning. Till våldet hör även allt som borttar kvinnans självbestämmanderätt och mänskliga rättigheter. En gravid eller födande kvinna ska informeras om sina alternativ, få information om sitt hälsotillstånd och tillräcklig information om åtgärder och undersökningar som utförs. Kvinnan har även rätt till respektfullt bemötande av personalen oavsett kvinnans situation samt rätten till god vård. (Minä myös synnyttjänä, 2019)

Situationer som klassas som obstetriskt våld kan vara bland annat psykisk misshandel, förnedring, påtvingade- och medicinska ingrepp, brist på information, nekande till smärtlindring, inkräktande på integriteten, nekande till intagning till anstalt fastän behov finns, komplikationer som kunde ha undvikits. (WHO, 2015). Man kan även indela obstetriska våldet i avsiktligt våld och strukturellt våld. Det avsiktliga våldet är handlingar där personalen avsiktligt utan orsak utför någon form av våld mot kvinnan. Det strukturella våldet är situationer som orsakas av samhället, kulturen och den uppbyggda moralen på en viss enhet. Moralerna som kan finnas på olika enheter är till exempel oskrivna regler som personalen avsiktligt följer för de har blivit skolade till det av äldre personal, rutiner som alltid gjort på ett visst sätt, kvinnosynen i det samhälle var enheten finns. Det existerade våldet existerar på individuell, strukturell och på politisk nivå världen över. (Bohren, o.a., 2015)

Om förlossningen har upplevt som traumatiskt av kvinnan är det oftast någon form av obstetriskt våld som ligger som orsak bakom. Kvinnor som berättar om erfarenheter från

sina förlossningar där obstetriskt våld förekommit nämner ofta att omänskligt beteende har förekommit, övergrepp, förlust av självbestämmanderätt samt förlust över att få bestämma över sin egen kropp och sexualitet. (Shabot, 2015)

Från studier som gjorts bland annat i Brasilien, Tanzania och Kenya hade cirka 20% av alla kvinnor som deltagit i studierna upplevt obstetriskt våld under sina förlossningar. Vilket betyder att var femte kvinna upplever våldet. Från en studie som gjord i Venezuela upplevde ca 50% våld under förlossningen och motsvarande siffror i México var 11%. Det måste anmärkas att vad som upplevs och räknas till obstetriskt våld kan definieras olika och upplevas olika och det måste man ta i beaktande när man läser statistik, men oavsett var man dragit gränsen för våld visar siffrorna att det är ett stort existerande problem. (Mesenburg, o.a., 2018)

Corona pandemin som drabbade hela världen under 2020 har varit utmanande för hälso- och sjukvårdssystem i många länder, och det har krävt snabba justeringar och omprioriteringar för att kunna möta pandemin. Det ständigt pågående utvecklingen i mödra- och förlossningsvården världen över för att kämpa mot obstetriskt våld har stått stilla och på vissa håll gått bakåt under pandemin. Några av de åtgärder som gjorts inom förlossningsvården på grund av Coronapandemin har inte vetenskaplig grund. Medicinska åtgärder har gjorts utan att behov har funnits, förbud mot sällskap under förlossningen, separation och isolering från det nyfödda barnet och förhindrande av amningen bland annat. Från en studie som gjorts i Kina som släpptes i april 2020 deltog 108 gravida kvinnor. 92% av kvinnorna förlöstes med kejsarsnitt på grund av att de varit Coronapositiva, och det fanns i många av fallen ingen orsak varför inte vaginal förlossning skulle ha kunnat genomförts. I samma studie togs det upp att det i Kina rekommenderades att babyn separerades från mamman i 14 dagar om mamman var Coronapositiv. Att en nyfödd separeras från mamman i 14 dagar kan få stora konsekvenser. (Sadler , Leiva, & Olza , COVID-19 as a risk factor for obstetric violence, 2020)

2.2 Medikalisering av förlossningsvården

Under termen obstetriskt våld hör även medikalisering av förlossning, vilket betyder att medicinska ingrepp och åtgärder görs under förlossningen utan att det finns medicinsk grund för det. Att vara gravid och föda barn är ingen sjukdom utan ett normalt tillstånd som inte borde medikaliseras, om inte behovet finns. Redan på 1980-talet gick WHO (världshälsoorganisationen) ut med en rapport om oron kring medikaliseringen av

förlossningsvården. I rapporten tog man upp att medicinska ingrepp gjordes på kvinnor under förlossning fast det inte fanns medicinsk orsak till det och man belyste redan då om kvinnans självbestämmanderätt under förlossningen. Trots att WHO gick ut med sin varning redan för många år sedan har statistiken för ingrepp utan evidensbaserat behov ökar på 2010-talet i hög- och medelinkomstländer. Studier har visat att flera enheter inte använder sig av de metoder som enligt forskningen borde vara den bästa utan man gör ingrepp och åtgärder enligt övertygelse och rutiner. Exempel på åtgärder som görs utan medicinsk grund är episiotomi, kejsarsnitt och induktion. Medikaliseringen är även en av orsakerna till att obstetriskt våld har börjar få synlighet eftersom man har börjar undersöka vad grunden till vårdåtgärder under förlossningen verkligen är. (Sadler M. , o.a., 2016)

3 Syfte och frågeställning

Syftet med studien är att ta reda på hur obstetriskt våld uttrycks i den finländska förlossningsvården, vilka former av våld förekommer och hur ser våldet ut, samt hur kvinnan påverkas av våldet. Studien görs för att öka kunskapen och informera om det existerade problemet.

Frågeställning 1: Hur uttrycker sig obstetriskt våld i den finländska förlossningsvården?

Frågeställning 2: Hur påverkas kvinnan av våldet?

4 Metodbeskrivning

Studien kommer att utföras genom kvalitativa intervjuer med öppna frågor. Deltagarna kommer att få ingångsfrågor där de själva får berätta sina erfarenheter. Resultatet från intervjuerna kommer att analyseras och sammanställas genom kvalitativ innehållsanalys och resultatet kommer sedan att diskuteras mot examensarbetet obstetriskt våld- när kvinnans egen självbestämmanderätt går förlorad. Som teoretisk utgångspunkt i examensarbetet användes Bergs teori genuint vårdade av det genuina, teorin är en modell på hur barnmorskor kan stöda och stärka kvinnor under förlossning.

En kvalitativ forskning innebär att man har mindre antal deltagare och det handlar om att hitta personer med erfarenheter om det ämne som ska forskas kring och låta deltagarna beskriva fenomenet. Deltagarna väljs inte ut slumpmässigt, utan förfrågan görs till relevant grupp av människor. (Billhult & Henricson, 2017). Intervju som insamlingsmetod lämpar sig när forskaren vill få fram deltagarnas egna erfarenheter och beskrivning av ett skilt

fenomen. Det måste finnas ett syfte för intervjun och forskaren måste göra frågor så att syftet uppfylls. Öppna frågor kan användas om forskaren vill få fram personens upplevelse, erfarenhet, åsikter och känslor. (Danielson, 2017)

4.1 Datainsamling

Deltagare till studien söktes genom att skribenten ansökte om medlemskap till den slutna gruppen *mammor och gravida i Österbotten* på nätverkstjänsten Facebook. Medlemskapet godkändes och skribenten publicerade ett inlägg i gruppen där deltagare till studien efterlystes. Inlägget kan läsas i detta arbete under bilaga 1. Kriterier för att få delta i studien var att man var kvinna och fött barn i Finland de senaste 5 åren och varit med om en förlossningsupplevelse som varit svår och jobbig eller på något annat sätt känt sig kränkt eller dåligt bemötta av personalen. Kvinnorna som ansågs sig uppfylla kriterierna kunde delta i studien genom att kontakta skribenten och visa intresse och skribenten skickade frågor till deltagaren som deltagaren frivilligt fick svara på. Intervjufrågorna finns med i detta arbete under bilaga 2. Intervjuerna genomfördes skriftligt eftersom studiens omfattning var begränsad. Tjugo kvinnor visade intresse för att delta i studien. Tio av kvinnorna svarade på intervjufrågorna som hörde till studien och alla tio kvinnors svar ansågs som relevanta och togs med i studien.

4.2 Kvalitativ innehållsanalys

Kvalitativ innehållsanalys innebär att forskaren systematiskt undersöker datamaterialet för att få fram ett resultat. Forskaren ska söka efter mönster, organisera och bryta ner sitt material till enheter. I denna form av analys ska man hitta det relevanta i en stor mängd material och identifiera mönster och sammanställa resultatet. Analysen bör ha ett syfte, till exempel att beskriva och förstå ett fenomen. Datamaterialet kan, efter analysen, kategoriseras för att få fram likheter och olikheter inom fenomenet. (Fejes & Thornberg , 2019)

4.3 Etisk synvinkel

Forskningsetik handlar om etiska överväganden som behöver göras innan, under och efter en studie görs för att man ska kunna garantera att allt görs på rätt sätt och inget fusk sker. Forskningsetik handlar om att värna om alla livsformer och försvara människors grundläggande värde och rättigheter. Forskningsetikens syfte är att skydda deltagarna i studien och för att deltagarna ska mötas med respekt oavsett om de väljer att delta i studien

eller inte. Forskningsetiken behövs även för att värna om forskningens rykte och tilltro. (Kjellström, 2017). I studien ska det grundligt dokumenteras alla källor som används och forskaren ska ställa sig neutral till forskningsresultatet (Forsberg & Wengström, 2008).

Forskaren ska respektera deltagarnas människovärde och självbestämmanderätt. Att delta i studien ska vara frivilligt och deltagarna ska alltid ha rätt att avbryta sitt deltagande. I studien är det viktigt att skydda deltagarnas integritet och personuppgifter. Ansvar på att forskningen görs på rätt sätt ligger hos forskarens själv. (TENK, 2019). I studien har deltagarna frivilligt fått skicka meddelande till skribenten om de velat delta, det har sedan tydligt framkommit att det är frivilligt att svara på intervjufrågorna och deltagarens beslut har respekterats. Intervjuerna har sparats och anonymiserats för att skydda informanternas integritet och efter att arbetet är publicerat kommer intervjuerna att raderas för att säkerställa deltagarnas integritet.

5 Resultat

Här nedan presenterat resultatet i 2 olika kategorier *Våldets uttryck i förlossningsvården och våldets påverkan på kvinnan och livet efter förlossningen*. Båda kategorierna är indelade i underkategorier. Resultatet är baserat på det material som samlades in genom intervju, där deltagarna skriftligt berättade sina upplevelser. Citat från intervjuerna finns med i resultatet.

5.1 Våldets uttryck i förlossningsvården

Efter att ha analyserat svaren från de intervjuade kvinnorna kunde det konstateras att det vanligaste obstetriska våldet som kvinnorna hade upplevt handlade om brist på stöd från barnmorskan, dåligt eller kränkande beteende från barnmorskan eller att barnmorska haft en attityd som fått kvinnan att känna sig förminskad. Andra former av obstetriskt våld som nämndes i intervjun var nekande till vård, bristfälliga information och kränkande handlingar. I analysen av intervjuerna kunde det inte konstateras någon skillnad i obstetriska våldets förekomst eller uttryck om kvinnan var förstföderska eller omföderska.

5.1.1 Brist på stöd och information

Av de kvinnor som deltog i studien hade nästan alla upplevt brist på stöd från barnmorskan eller övrig personal. Kvinnorna kände att de lämnades ensamma och utlämnade under förlossningen och kände inte att barnmorskan var närvarande. Både brist på fysiskt och psykisk närvaro förekom. Flera av kvinnorna kände sig otrygga och rädda under

förlossningen och skulle behövt mer stöd av barnmorskan. I intervjuerna kom det fram att kvinnorna kände att barnmorskan visade överlägsenhet och var dålig på att peppa kvinnan. Om kvinnorna upplevde att barnmorskan inte kunde tolka deras signaler föll förtroendet för barnmorskan och stödet blev bristfälligt.

”Men hon var definitivt inte med i förlossningen, hon frågade bara om jag ville ha smärtlindring och tog ctg.”

”Min man upplevde att jag hade panik, jag hade ”panik” av att bajs på mig i vattnet, och också ont förstås. Skulle verkligen ha behövt någon som bara lugnade och fanns i närheten, inte avsaknad av barnmorska och en man som får panik av att behöva ta hand om förlossningen själv.”

”Hon hade ännu inte kollat om jag var öppen så jag ropade typ om jag får krysta?! (Som att jag hade nåt val.) Hon kollade då att jo, det är fritt fram. Hon stod hela tiden vid en bänk långt ifrån och höll på med nåt, sa på avstånd att jag ska våga krysta bara, så for hon ut och vi var ensamma igen, då fick min man panik och ringde på klockan och for ut i korridoren och skulle säga att någon måste komma in nu! Han var så rädd att behöva ta hand om situationen själv och visste inte vad han skulle göra. Aldrig sett honom så. Hon kom in igen då, och sa typ hoppsan, han är ju på väg ut, och kallade på en till bm. På 5min var han ute. Det känns som det bara var på tur att någon tog emot honom då han kom.”

Det framkom även i intervjuerna att barnmorskan gett läkemedel till kvinnorna och sagt att man ska följa med läget, med sedan inte visat sig på flera timmar. Kvinnorna ifrågasatte hur bra man då kunde följa med läget. Kvinnorna nämnde att de inte ville ringa på klockan fast de skulle ha behövt om barnmorskan tidigare visat dålig attityd eller varit kall och gett intrycket att hon inte bryr sig. De upplevde att det inte var någon vits att ringa på klockan för barnmorskan bryr sig ändå inte. När barnmorskan inte visade tillräckligt med stöd ledde det till att kvinnorna kände att de behöver ta ansvar över sin egen förlossning och inte kunde lita på personalen. Fastän förlossningen i sin helhet gått bra och babyn var frisk upplevde kvinnorna ändå förlossningen som negativ efter att ha känt brist på stöd av barnmorskan.

”Jag hade behövt några peppande ord och en hand på min axel, både när öppningsskedet stampade på stället och när det avancerade. Jag hade behövt få tips på hur jag kunde ta emot värkarna. Jag hade behövt få höra att jag klarade mig bra, att förlossningen gick framåt. Jag hade behövt bli påmind om att vi snart skulle få träffa vårt barn. Jag hade behövt få diskutera hur jag mätte”

Några kvinnor berättade om sina erfarenheter att föda under den pågående Corona pandemin som gjorde att förlossningsenheterna behövde ta tillfälliga restriktioner i bruk som innefattade att partnern endast fick vara närvarande under den aktiva förlossningsfasen och inte tidigare. Kvinnor upplevde att detta ledde till brist i stöd och att förlossningen blev mera otrygg. En av kvinnorna upplevde sin förlossning som psykiskt tung och traumatiserande. En av kvinnorna hade blivit igångsatt och partnern hade inte fått delta i latensfasen och

kvinnan hade önskat att en barnmorska skulle ha tagit partners roll under de timmar som han inte fick vara närvarande. Barnmorskan hade kommit in till kvinnan en lite stund när kvinnan ringt på klockan men annars hade hon varit själv, hon känt sig rädd och ensam.

”Jag led av graviditetsdepression och förlossningsrädsla. Jag hade varit till BB på förberedande samtal och alla hade försäkrat mig om att jag inte skulle vara ensam, att barnmorskorna skulle finnas där för mig ifall min sambo inte fick. Så blev det tyvärr inte heller. Jag låg ensam i ett rum och andades igenom värkarbetet hela dagen. Barnmorskorna kom bara då man ringde på. Jag kände mig ensam, rädd och ledsen”

När brist på information förekom handlade det om brist på information om förlossningens framskridande och om brist på information om babyens mående under och efter förlossningen. Kvinnan upplevde att barnmorskan inte berättade vad som hände och hur långt in i förlossningen kvinnan kommit eller att barnet mått dåligt och tvingats flyttas över till neonatalavdelningen genast efter förlossningen men att mamman inte hade upplevt hon fick tillräckligt med information. Det förekom även situationer där den födande kvinnan bett om att få mera ingående information om ett visst läkemedel hur de brukar fungerar på andra kvinnor och inte fått ett bra svar av barnmorskan utan endast en fräsig kommentar. Det handlade även om situationer där kvinnan eller partnern varit oroliga för något och frågat barnmorskan om svar, men att barnmorska bara lämnat rummet utan att förklara något till kvinna och hennes partner.

”I badet slappnade jag verkligen av, vattnet gick och det kändes som att jag bajsar ner mig. Förstod ju att det troligen är babyen som trycker på men fick sådant obehag och ville upp, ville som inte bajs i badkaret?! Där och då, skulle jag ha önskat någon som lugnt berättade vad som troligen händer, men istället for hon ut ur rummet och jag och min man var igen ensamma”

5.1.2 Barnmorskans attityd och beteende

En form av obstetriskt våld som också framkom frekvent i berättelserna från kvinnorna hörde ihop med barnmorskans beteende och attityd mot kvinnan och hennes partner. Flera av kvinnorna beskrev det som att barnmorskan var fysiskt där och gjorde sitt jobb, gjorde inga fel direkt, men hon var inte ”där”. Kvinnorna upplevde sig som en börda och att barnmorskan var oengagerad och barnmorskans attityd gjorde att kvinnorna inte vågade fråga om vården. En av kvinnorna berättade att redan när hon ringde till förlossningar när värkarna hade startat verkade barnmorskan att inte bry sig och kvinnan kände sig som en belastning och till besvär. När kvinna och hennes partner anlände till sjukhuset var det samma barnmorska som kvinnan tidigare talat med i telefon som mötte de i dörren. Hon var där lika oengagerad då

som i telefon tidigare. Kvinna kände att barnmorskan inte hade förståelse för hur stor händelse det är, det man befinner sig i där och då.

”Då vi ringde på klockan, kom hon in med en suck typ, och såg inget av henne på nästan hela tiden. Tänkte hela tiden att kanske det är såhär när det inte är första förlossningen”

”Hon var inte sådär varm och omhändertagande som jag alltid har upplevt att barnmorskor är, brinner för sitt jobb”

”Stämningen var verkligen att man inte vill fråga, att det bara är så jobbigt för henne, vill inte belasta henne, och samtidigt hoppades vi på en ny barnmorska närsomhelst, hon hade ju ändå varit i jobb redan på förmiddagen”

Kvinnorna upplevde också att barnmorskan inte lyssnade och tog de på allvar. Att barnmorskan bara följde sina egna principer och tog inte kvinnans egna känslor på allvar. I intervjuerna nämnde flera kvinnor att de anser att deras önskemål inför förlossningen inte blev beaktade tex med smärtlindring och amning, att det inte gick att diskutera och bolla tankar med barnmorskan, utan att barnmorskan färdigt hade bestämt hur vården skulle vara. Kvinnorna hade ibland svårt att lägga fingret på vad som kändes fel och att barnmorskan inte gjorde något direkt vård fel, utan det handlade mer om saker barnmorskan sa, miner hon gjorde och stämningen i rummet.

”Stämningen var verkligen att man inte vill fråga”

”Förlossningen tog endast 6h allt som allt, vilket ju är ganska snabbt som förstföderska, men dom hade attityden att ”det kommer att ta länge” då det är första barnet. Jag kände på mig att du gick fort! Hann inte få någon smärtlindring”

”Jag och sambon har vid det här laget vid flera tillfällen frågat om ersättning men bara fått svaren: "men hon har ju så bra grepp", "mjölken stiger nog snart" eller "vi ger så ogärna ersättning". Den värsta natten på BB är när vi har familjerum och jag ammar konstant från kl. 23 - 6.00 nästa morgon, utan sömn. När vi frågar om hjälp under nattsiftet säger barnmorskan barskt "Du lär dig nog snart att sova när du ammar". Det är den natten jag tittar på fönstret bredvid min säng och funderar om det går att öppna. En gång i mitt liv har jag haft självmordstankar och den gången var jag inlagd på BB. Vi får äntligen åka hem efter 5 dagar på BB. I min journal står det "mamma mår bra".

5.1.3 Kränkande handlingar

I intervjuerna beskrev kvinnorna flera situationer som upplevts som kränkande och där kvinnans integritet blivit bortglömd. Kvinnorna hade blivit utsatta för kränkande ord och kommentarer från barnmorskan. Kvinnorna hade fått höra ord som ”det är bara på film folk skriker när de föder barn” och när en kvinna hade oroat sig för sitt mående på BB hade hon

fått höra av barnmorskan att ”orkar du ha besök mår du bra”. Kvinnorna hade upplevt situationer där de känt att de blivit kränka som människa. Upplevt situationer där de tvingats gå naken över hela rummet från en brits till en annan utan att få någon handduk runt sig, blivit utsatta för undersökningar där kvinnorna upplevt det som obehagligt och bett undersökaren sluta men inte fått respons och undersökningen har fortskridit.

”Så efter förlossningen var det dags för mig att duscha ... jag var helt slut och kände mig alldeles sönder där nere, jag sa att jag inte klarar av att gå till duschen, men två stycken barnmorskor tog mig under vardera armen och ledde mig till duschen, kändes som om det var väldigt bråttom att komma i duschen...? (Kan påpekas att detta var ny personal som gått på morgonskiftet). Jag blev helt vit i ansiktet och benen vek sig under mig. Men sköterskorna lag mig ner på golvet med benen uppåt, och duschade av mig där jag låg naken och nyförlöst mot det kalla golvet. Jag kände mig verkligen kränkt, kändes så hemskt, som om jag var ett dött boskapsdjur.”

”Från badet sen till förlossningssal så fick jag gå halvt naken, då den lilla handduk jag fick inte täckte min kropp. Trots att jag hade kraftiga värkar som gjorde att jag inte kunde gå, drog hon mig fram. Min sambo upplevde även den barnmorskan som "omänsklig" och "kall".”

”Det skulle läggas en sån där grej som mäter puls från babys huvud innan jag fick epidural. Läkaren som kom in hälsade knappt och satte sen igång. Det gjorde så himla ont så jag skrek och skrek och bad henne sluta men hon lyssnade inte utan fortsatte tills hon var klar och sedan lämnade hon rummet. Det kändes som ett otroligt kränkande beteende”

5.1.4 Nekande till vård

Genom intervjuerna kom det fram att kvinnor även blivit nekade till vård eller situationer där kvinnans vilja blivit åsidosatt. En kvinna berättade att det under förlossningen kändes som hennes blodsocker blev lågt, och att kvinnan ibland drabbas av detta och känner igen symtomen. Kvinnan föreslog till barnmorskan att de skulle kunna mäta blodsockret avfärdade barnmorskan förslaget med ett ”nej, det mäter vi inte här”. Kvinnorna hade även erfarenhet av situation där kvinnan känt krystvärkar och bett barnmorska göra en inreundersökning för att ta reda på hur mycket centimeter hon var öppen men barnmorskan hade nekat och sagt att de gör vi inte nu fastän kvinnan ville och några minuter senare var baby född.

Det fanns även situationer där kvinnan hade på förhand funderat ut lämpliga smärtstillningsmetoder som skulle passa men väl vid förlossningen nekade barnmorskan. En kvinna hade begärt att få akupunktur men det gick inte och en annan kvinna hade velat testa TENS men det tyckte inte barnmorskan var lämpligt i kvinnans situation.

”Hade i mitt brev önskat en "naturlig" förlossning utan läkemedel. Jag upplevde smärtan trappa upp i intensitet då jag var kanske 9cm så frågade jag efter alternativ till smärtlindring. Jag fick som enda alternativ epidural för enligt bm finns inget annat.”

”Jag ville att de skulle ta mitt blodsocker då jag kände att jag hade lågt b-gluc. Brukar ibland få blodsockerfall och vet exakt hur det känns, och så kändes det under förlossningen, men barnmorskan sa ”nej, det brukar vi inte ta”. Så jag tvingades ligga där kallsvettig och de vägrade kolla blodsockret.”

5.2 Våldets påverkan på kvinnan och livet efter förlossningen

För många av kvinnorna som upplevt obstetriskt våld lämnade förlossningen länge med i tankarna och var något kvinnorna ältade och funderade mycket kring. Förlossningen förknippas med något negativt och som en jobbig historia. Förlossningen lämnade som ett trauma för en del och en händelse som behövde bearbetas. Flera av kvinnorna beskrev hur svårt de ännu idag har att prata om sin förlossning fast det är flera år sedan, och att de kan vara svårt att höra om andra kvinnors drömförlossning.

Våldet påverkade i första hand kvinnornas tillit till barnmorskan och till vården generellt. Men det kom även fram att våldet påverkade anknytningen till babyn, rädsla inför en ny förlossning och att förlossningen blev som ett trauma som lämnade ärr i själen.

5.2.1 Förlossningstrauma

För vissa av kvinnorna och deras partner som blev utsatt för våld blev det till ett trauma. Kvinnorna berättar om att de länge efter förlossningen ältade och bearbetade händelserna. Att vissa kvinnor har ännu idag svårt att prata om sin förlossning fast det gått flera år sedan det hände. Vissa av kvinnorna upplevde efter förlossningen katastroftankar och blev ständigt rädd för att något ska hända barnet och kvinnan vågade inte tänka för långt framåt i tiden.

”Min man pratade om det direkt efteråt att det här gör vi aldrig om, han var så panikslagen efteråt”

”Jag hade svårt att prata om förlossningen utan att börja gråta, känner ännu nu, 5 år senare att tårarna bränner bakom ögonen då jag skriver detta”

Det förekommer också att kvinnorna efteråt sörjde för att förlossningen inte blev som de ville och hade tänkt, att någon annan utomstående tog bort den chansen. Och att vissa behöver gå i terapi flera för att komma över händelsen. Kvinnorna som fick höra kränkande kommentarer gjorde att kvinnan kände sig misslyckad med sin egen förlossning, som en belastning för vårdarna och som en dålig mamma. Kvinnorna ansåg att hela förlossningen

påverkades av att barnmorskan gav hårda ord och att kvinnornas tillit till sig själv försvagades.

”Jag mådde dåligt i flera månader efter förlossningen, förlossningen var hela tiden i mina tankar. Jag kunde inte sluta älta och grubbla över den. Det var mycket tungt.”

5.2.2 Dålig tillit till personalen

Våldet skapade otrygghet och skapade dålig tillit till personalen och deras kunskap. Kvinnorna upplevde att de inte kunde lita på barnmorskan eller läkaren. Kvinnorna kände att de tvingades pusha på och stå upp för sig själv för att få bra vård, vilket de anser man inte borde behöva göra. Det förekom också att barnmorskan gjorde handlingar som gjorde att kvinnan tappade förtroendet.

Vissa kvinnor upplevde att barnmorskan inte hade kontroll över situationen och vissa kvinnor upplevde att barnmorskan inte hade tillräcklig kunskap för att ge bra stöd och tips till kvinnan enligt kvinnans egna önskemål.

”Jag kände inte att jag kunde lita så mycket på personalen. Dels är jag nålrädd och den som skulle sticka kanylen i handen satte ett underlägg å säger " jag ska lägga ett underlägg för jag brukar klotta så mycket" vilket inte kändes så tryggt.”

”Jag har känt mig rädd och tvivlat starkt på barnmorskornas behörighet och kompetens”

5.2.3 Rädsla inför en ny graviditet och förlossning

Förlossningsrädsla och rädsla inför en ny graviditet och förlossning uppkom efter att kvinnorna och partnern blivit utsatta för våldet. Kvinnorna beskrev att de är rädda att händelsen ska upprepa sig. I vissa fall var det partnern som blivit mer traumatiserad än kvinnan och i vissa fall tvärtom, båda förekom. Men det framkom också att med tiden blir känslorna lättare att hantera och händelsen bleknar och tankarna på en ny graviditet växer, men att de kan ta tid. Det förekommer också svartsjuka inför andra som fått uppleva en bra förlossning och som inte blivit fel behandlade eller utsatta.

”Maken sa länge att det inte blir fler gånger, att han har förlossningstrauma.”

”Jag är för tillfället gravid, men mina känslor är blandade. Samtidigt som det känns roligt att vår familj ska bli större och min dotter få ett syskon är jag livrädd att det ska lika som förra gången.”

Men trots rädslan inför ny graviditet berättade flera av kvinnorna i intervjun att de är rädda men att de samtidigt längtar efter en ny chans. En chans att göra om allt och skapa ett bra minne och få revansch.

”I början var jag väldigt skeptiskt till en ny graviditet och iså fall skulle det bli kejsarsnitt. Men nu vill jag ha revansch och "göra det bättre"

5.2.4 Svårt med anknytning

Våldet påverkade även anknytningen till barnen och gjorde anknytningen svårare på grund av att mamman varit traumatiserat av förlossningen och inte känt kärleken till barnet på en gång. Mammalivet upplevdes som ångestfyllt och mörkt.

”Min upplevelse på BB gjorde att jag hade väldigt svårt med anknytningen. Jag fann ingen glädje i att ha blivit mamma. Vardagen var ett moln av ångest, panik och gråtattacker. Jag fick insomningsproblem och har det fortfarande idag.”

6 Diskussion

Under denna rubrik kommer resultatet som presenterades i föregående kapitel att diskuteras. Diskussionen är uppdelad i resultatdiskussion och metoddiskussion. I resultatdiskussionen diskuteras resultatet mot resultatet i examensarbetet obstetriskt våld -när kvinnans egen bestämmanderätt går förlorad. I metoddiskussion diskuteras arbetet olika delar samt arbetets svagheter och styrkor.

6.1 Resultatdiskussion

Om man genomför obstetriska våldet i Finland och i resten av världen kan det noteras både likheter och olikheter. I examensarbetet kunde påvisas att fysiskt våld förekom, speciellt i Asien, Afrika och Sydamerika. Kvinnorna blev slagna av barnmorskorna om de inte lydde eller om barnmorskan tyckte att kvinnan förtjänade det. Kvinnorna blev även tvingade att föda i vissa positioner och tvingades lyda barnmorskan för att undvika att bli slagna. (Klemets, 2020). Något sådant förekom inte i resultatet från den finländska förlossningsvården. De finländska kvinnorna uppgav inte att de blivit utsatt för fysiskt våld.

Andra olikheter som skribenten kan urskilja är att i examensarbetet framkom att kvinnorna diskrimineras och att socialekonomiskt status spelade roll. Kvinnor med bättre ekonomi och status fick bättre vård och risken att bli utsatt för våld minskade. Det framkom även i

examensarbetet att gravida tonåringar, Hiv-positiva, ensamstående mammor, fattiga och mörkhyade blev mer utsatta och löpte en betydligt större chans att bli drabbade. Kvinnorna kunde få höra av barnmorskan att de var dåliga mammor eller nervärderade kommentarer om deras livssituation. (Klemets, 2020). Något sådant eller liknande handlingar kunde inte konstateras i denna studie. Det kan bero på att ingen kvinna som deltog hade blivit utsatt för diskriminerade handlingar för till exempel sin bakgrund eller så valde de att inte berätta. Till studien fanns ingen deltagare med utländsk bakgrund. Det kan inte uteslutas att fysiskt våld eller diskriminering inte förekommer i Finland.

I examensarbetet beskrev Klemets hur kvinnorna upplever att de inte får tillräckligt med stöd av barnmorska, att barnmorskan ignorerar kvinnans åsikter och inte lyssnar på den födande kvinnans vilja. Kvinnorna ansågs att barnmorskan följer sina egna rutiner och praxis oavsett vad kvinnan själv säger. (Klemets, 2020) Allt ovanstående kan kopplas ihop med svaren från de kvinnor som intervjuades för denna studie. Kvinnorna upplevde brist på stöd från barnmorskan och kände inte peppning och ett samarbete mellan kvinnan och barnmorskan genom förlossningen, och kvinnorna saknade stöd och närvaro av barnmorskan.

Verbala våldet förekom både i examensarbetet och i denna studie och är en del av det obstetriska våldet som förekommer oavsett land. Kvinnorna som fött barn på förlossningsenheter i Finland blev tvungna att utstå kränkande och spydiga kommentarer från barnmorskorna och annan vårdpersonal. I examensarbetet kunde konstateras att verbalt våldet används av barnmorskorna. Barnmorskorna använde sig av tomma hot till kvinnan för att få kvinnan att lyda bättre. Det verbala våldet fick kvinnorna att känns sig misslyckade under förlossningen. (Klemets, 2020) Detta resultat kan styrkas även från denna studie, kvinnor berättade i intervjuerna hur barnmorskans hårda kommentarer fick kvinnorna att känna sig som en belastning och en dålig föderska som misslyckades med förlossningen.

Obstetriska våldets former kan, som nämndes ovan, skiljas åt en aning beroende på var i världen som granskas men något som är samma i Finland och världen över är hur våldet får kvinnorna att känna. Kvinnorna i denna studie upplevde att de blev nonchalerande, åsidosatta och att deras egna åsikter och önskemål inte blev hörda. Kvinnorna blev otrygga, rädda, arga och tappade förtroende för barnmorskorna och vården. I examensarbetet konstaterades att kvinnorna upplevde förminskat människovärde, undergivenhet inför barnmorskan och att barnmorskorna inte såg kvinnan som en person med tankar, känslor och erfarenheter. (Klemets, 2020). Kvinnornas beskrivning av deras upplevelse var mycket lika från de intervjuer som skribenten gjorde och de artiklar som skribenten läste till

examensarbetet där kvinnor världen över fått berätta hur våldet påverkade förlossningen och tiden efteråt.

Klemets beskrev i examensarbete att det i vissa länder förekom restriktioner i sällskap under förlossningen, till exempel i Japan. Att kvinnan inte fick ha med sin partner eller stödperson under förlossningen utgjorde en stressfaktor för den födande kvinnan. Restriktionerna gjorde att det uppstod en barriär i den naturliga förlossningsprocessen. (Klemets, 2020) Situationen kan jämföras med de kvinnor som födde barn under Corona pandemin våren 2020. Under pandemin, som tidigare nämnts, fick partnern endast vara med under aktiv förlossningsfas. Det framkom av flera kvinnor som deltog i studien att restriktionerna fick de att känna sig ensamma och otrygga. Det kan konstateras att förlossningsförloppen påverkas negativt av restriktioner att partnern inte får närvara. Pandemin drabbade hela världen och även förlossningsvården och restriktioner infördes för allas säkerhet, vilket behövdes och är viktigt, men man kommer inte ifrån att det påverkar kvinnan och förlossningen negativt.

Den teoretiska utgångspunkten som användes i examensarbetet var Bergs teori genuint vårdande av det genuina. Teorin är modell på hur barnmorskor kan stöda och stärka födande kvinnor och vilka faktorer som borde finnas med för att en bra vårdrelation mellan barnmorskan och den födande kvinnan ska utvecklas. Berg betonar att ömsesidighet, tillit, fortgående dialog, delat ansvar och kontinuerlig närvaro är faktorer som borde finnas med för en lyckad vårdrelation. (Klemets, 2020). I denna studie kan konstateras, som även i examensarbetet, att situationer där obstetriskt våld förekom fanns avsaknad av faktorerna som Berg påpekade i sin teori var avgörande. Kvinnorna kände inte att barnmorskan gav kontinuerlig närvaro eller utrymme för fortgående dialog, delade inte på ansvaret med kvinnan och brist på ömsesidighet och tillit påträffades.

I examensarbetet resultat diskuterades medikaliseringen av förlossningsvården och det kunde presenteras hur kvinnor upplever att de blev tvingade att gå mer på medicinska ingrepp under förlossningen utan att de fått ta del av information varför åtgärder görs. (Klemets, 2020) I denna studie kan ämnet inte diskuteras eller jämföras för ingen av kvinnorna nämnde att de blev tvingade på ingrepp och det frågades inte i intervjuerna om kvinnornas åsikter om förlossningsvårdens medikalisering.

6.2 Metoddiskussion

Syftet med metoddiskussionen är att kunna bevisa hur kvaliteten på studien kan garanteras. Kvaliteten på studien kan bevisas genom att forskaren förhåller sig kritiskt till studien och

utvärdera studiens alla delar. Metoden, urvalet, analysen och etiken behöver granskas och studiens trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet ska diskuteras. Det är viktigt att både studiens styrkor och svagheter lyfts fram i diskussionen. (Henricson, 2017). Trovärdighet innebär att forskaren ska övertyga och bevisa att studiens resultat är trovärdigt och rimligt. Pålitlighet innebär att forskaren ska visa sin förståelse där forskaren ska ange sina tidigare erfarenheter om ämnet, bekräftelsebarhet innebär att forskare ska redogöra för sina ställningstagande under studiens gång och överförbarhet innebär att forskaren behöver redovisa om studiens resultat går att jämföra mot tidigare eller liknande forskning. För att kunna bekräfta överförbarheten behöver trovärdigheten, pålitligheten och bekräftelsebarheten vara under kontroll. (Mårtensson & Fridlund, 2017)

Metoden som valdes till studien var kvalitativ intervjustudie. Metoden anses som lämplig och passar bra för ändamålet eftersom skribenten inte kunde hitta relevanta och vetenskapliga artiklar om obstetriskt våld i Finland och syftet med studien var att specifikt undersöka hur obstetriska våldet uttrycks i den finländska förlossningsvården. Därför lämpade sig intervjuer bra som insamlingsmetod av material. Skribenten var dessutom intresserad av deltagarnas erfarenheter, upplevelser och känslor och kvalitativa intervjuer var då passade. Metoden är en av arbetets styrkor.

Intervjuerna bestod av öppna frågor och utfördes skriftligt. Skribenten anser dock att den mest lämpliga intervjuform för att få bästa möjliga resultat skulle ha varit att träffa deltagarna fysiskt och ha öppna frågor med följdfrågor för att få djupare svar och komma åt mera detaljer om ämnet. På grund av arbetets begränsande omfattning valde skribenten att utföra intervjuerna skriftligt och inte ställa följdfrågor, deltagaren fick själv fritt formulera sitt svar.

Deltagare till studien söktes via en sluten grupp på nätverkstjänsten Facebook, där skribenten publicerade ett inlägg. Tillvägagångssättet för att få deltagare var bra och riktades till rätt målgrupp, mammor som fått barn inom de senaste åren. En styrka med att söka deltagare på detta sätt var att det var smidigt att delta och tidseffektivt. Tröskeln för deltagarna att vara med i studien var låg. Alla deltagare som svarade på de frågor som skribenten skickade ut togs med i studien. Alla deltagare var finländare, nu i efterhand kan konstateras att för att resultatet skulle ha blivit mera tillförlitligt borde det ha tagits med kvinnor med invandrar- eller utländskbakgrund för att få mera mångfald. I resultatet om hur obstetriskt våld uttryckt i finländska förlossningsvården kan nu bara presenteras för vad finländska kvinnor har blivit utsatt för, andra former av våld kan förekomma hos invandrare eller kvinnor med utländskbakgrund, det måste förtydligas.

Alla deltagare deltog frivilligt eftersom deltagarna sett skribentens inlägg och själva valt att svara till skribenten. Skribenten kunde då försäkra sig om de etiska principerna om att deltagarna ska delta frivilligt och deltagarna ska respekteras och ha självbestämmanderätt. Deltagarnas personuppgifter och integritet skyddades även eftersom skribenten genast efter att fått svaren från kvinnorna via mejl eller privat meddelande på Facebook, sammanställde alla svar i ett dokument, tog bort namn och raderade meddelandena som deltagarna sent.

Analysen gjordes genom kvalitativ innehållsanalys, metoden valdes eftersom skribenten endast hade tillgång till deltagarnas svar som alla var omfattande och innehåll mycket text. Eftersom intervjuerna gjordes skriftligt hade skribenten inte möjlighet att göra andra tolkningar som miner, kroppsspråk, pauser i tal. Därför var kvalitativ innehållsanalys lämplig.

Skribenten anser att en styrka i arbetet var att skribenten tidigare samma år skrivit examensarbete som tangerat samma ämne och skribenten var ordentligt insatt i ämnet redan före utvecklingsarbetet började skrivas. Negativt med arbetet och den metod som valdes är att i resultatet kunde det inte anges hur vanligt obstetriskt våld är och hur många som drabbas eftersom studien var kvalitativ och till urvalet till studien gjordes genom att ta med deltagare som hade blivit utsatt. I resultatet kunde konstateras vilka våld former som har förekommit, inte hur frekvent våldet är eller hur omfattande.

7 Slutledning

Det kan konstateras genom detta arbete att obstetriskt våld förekommer i Finland och det kan även konstateras att det har stora konsekvenser på kvinnans välmående både under och efter förlossningen. Man kan fråga sig hur det kan komma sig att en kvinna som föder barn på en förlossningsenhet i Finland, ett land som har en välutvecklad och bra förlossningsvård, blir så illa behandlad att hon och hennes partner har trauma efteråt, och tvekar till att skaffa fler barn på grund av rädsla att samma händelse ska upprepas. Obstetriskt våld påverkar den födande kvinnan mycket och kan ha stora konsekvenser för kvinnan, stödpersonen och fostret. Ämnet bör uppmärksammas mera och barnmorskor borde få mera information och arbetssätten borde ändras så att ingen kvinna behöver möta våldet. Information om vad obstetriskt våld är och vad de innebär borde kanske tas upp redan under barnmorskeutbildningen för att informationen ska nå fram. Ingen kvinna ska behöva uppleva obstetriskt våld och alla kvinnor ska ha rätt till bra bemötande och vård under graviditet och förlossning.

Litteraturförteckning

- Billhult, A., & Henricson, M. (2017). Kvalitativ metod. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod* (ss. 111-119). Studentlitteratur.
- Bohren, M., Vogel, J., Hunter, E., Lutsiv, O., Makh, S., Souza, J., . . . Gulmezoglu, A. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *Plos Med.* , 12(6), s.1-32.
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod* (ss. 143-154). Studentlitteratur.
- Fejes, A., & Thornberg, R. (2019). *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber Ab.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Henricson, M. (2017). Diskussion. i *Vetenskaplig teori och metod* (ss. 411-419). Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod* (ss. 57-78). Studentlitteratur.
- Klemets, J. (2020). Examensarbete. *Obstetriskt våld - När kvinnans egen självbestämmanderätt går förlorad*. Yrkehögskolan Novia Vasa.
- Mesenburg, M., Victora, C., Serruya, S., Ponce de leon, R., Damaso, A., Domingues, M., & Freitas da Silveira, M. (2018). Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reproductive Health*, 15(1), s. 54.
- Minä myös synnyttäjänä. (2019). Hämtat från <http://minamyossynnyttajana.fi/om-kampanjen/>
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbetet. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod* (ss. 422-436). Studentlitteratur.
- Rentola, A. (den 10 5 2019). Kampanj mot förlossningsvåld tar fart – historierna rinner in. *HBL*.
- Sadler, M., Leiva, G., & Olza, I. (2020). COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28:1. 28:1.
- Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Berd, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), s. 47-55.
- Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Berd, D., Rojas, G., Skoko, E., Gillen, p., & Clausen, J. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), s. 47-55.
- Shabot, S. (2015). Making loud bodies "Feminine": A Feminist-Phenomenological analysis of obstetric violence. *Human studies*, 39(2), s. 231-247.

- TENK. (2019). *Forskningsetiska delegationen*. Hämtat från Etiska principer för humanforskning och etikprovning inom humanvetenskaperna i Finland: https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/lhmistieteiden_eettisen_ennakkoarviointin_ohje_2019.pdf
- WHO. (2015). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. Schweiz: Världshälsoorganisationen.

Bilaga 1

Hejsan!

Jag är fjärde årets barnmorskestuderande på Yrkeshögskolan Novia och skriver för tillfället mitt utvecklingsarbete om obstetriskt våld. Jag vill gärna veta om det förekommer i den finländska förlossningsvården och hur det kommer till uttryck. Till studien söker jag kvinnor som fött barn i Finland de senaste 5 åren och som har varit med om förlossningsupplevelser som varit svåra och jobbiga eller som på något annat sätt känt sig kränkta eller dåligt bemötta av personalen. Om du känner att du har erfarenheter som du vill dela med dig av och vill delta i min studie kan du skicka ett PM/email till mig så skickar jag dig frågor som jag gärna vill ha svar på. I mitt utvecklingsarbete nämns inga namn, dina uppgifter behandlas konfidentiellt och du är anonym.

Hoppas du vill delta i min studie!

Jennifer Klemets

jennifer.klemets@edu.novia.fi

Handledare:

Terese Österberg

terese.osterberg@novia.fi

Bilaga 2

1. Berätta om vad du upplevde under din förlossning som gjorde förlossningsupplevelsen svår och jobbig eller om du på något sätt kände dig kränkt eller illa bemött av personalen.
2. Hur påverkade händelsen/ händelserna din förlossning? Och påverkades livet efter förlossningen på något sätt?
3. Hur går dina tankar kring en eventuell ny graviditet och förlossning i framtiden?
4. Var det din första förlossning eller har du fött barn tidigare?