

Examensarbete

Magisteruppsats

Upplevelser av 'Privacy' vid förlossning

- en kvalitativ metasyntes ur kvinnans och barnmorskans perspektiv

Experiences of 'Privacy' in childbirth

– a qualitative meta synthesis from the perspective of the woman and the midwife

Författare: Linda Hed och Emma Nyström

Handledare: Elin Ternström

Examinator: Ulrika Byrskog

Ämne/huvudområde: Sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa

Kurskod: SR3013

Poäng: 15 hp

Examinationsdatum: 7 september 2022

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

Sammanfattning

Bakgrund: Bevarad 'privacy' under förlossningen kan underlätta den fysiologiska födselns process och minska känslor av stress och otrygghet. Detta ger ökade förutsättningar att hantera smärta och minska lidande och leder även till minskat behov av interventioner. Rätten till 'privacy' i samband med födslar betonas i globala standarder för födslovården men upplevelser av 'privacy' vid födslar är lite studerat.

Syfte: Att identifiera och syntetisera kvalitativ forskning om kvinnors och barnmorskors upplevelser av 'privacy' i samband med vaginala födslar.

Metod: Kvalitativ metasyntes med metaetnografisk analysmetod. Resultatet baserades på 20 vetenskapliga artiklar framsökta i PubMed, Cinahl och Web of Science, granskade med JBI-QARI.

Resultat: Huvudtemat '*Privacy*' som tillgången till resurser innefattar upplevelser av den fysiska miljön, mänskliga och personliga resurser samt av hur kultur och religion påverkar. Bevarandet av 'privacy' har en relationell komponent som påverkas av kvinnans och barnmorskans personliga resurser. Huvudtemat '*Privacy*' som kontroll över tillgången till ens jag beskriver upplevelser av att ha eller förlora kontrollen samt av antalet personer i födslorummet. 'Privacy' innebär mer än den fysiska miljön, som känslan av att rummet är den födandes plats, vara huvudpersonen, känna trygghet och ha kontroll över vad som sker.

Slutsats: Metasyntesen belyser att bevarad 'privacy' är betydelsefullt för välmående vid födslar. Globalt är bevarandet av 'privacy' otillräckligt. Miljön som kvinnorna önskar för bevarad 'privacy' har stora likheter den som krävs för att främja födselns fysiologi.

Klinisk tillämpbarhet: Metasyntesen bidrar med konkreta åtgärder för att bevara kvinnans 'privacy' och kan vara till stöd i den enskilda barnmorskans arbete med att främja födselns fysiologi samt till barnmorskor och beslutsfattare vid utformning av arbetsrutiner och förlossningsenheter.

Nyckelord: barnmorska, födande, förlossningsvård, metasyntes, privacy, upplevelser,

Abstract

Background: Preserved privacy during childbirth may facilitate the process of physiological birth and reduce feelings of stress and insecurity. This gives better preconditions to handle pain and reduce suffering, it also leads to a reduced need for medical interventions. The right to privacy in birth is emphasized in global standards for maternity care but experiences of privacy in childbirth is sparingly researched.

Aim: To identify and synthesize qualitative research about women's and midwives' experiences of privacy in vaginal childbirth.

Method: A qualitative meta-synthesis with meta-ethnographic analysis. The result was based on 20 scientific articles searched in PubMed, Cinahl and Web of Science reviewed with JBI-QARI.

Results: The main theme *Privacy as the access to resources* includes experiences of the physical environment, of human and personal resources and of the impact of religion and culture. The preservation of 'privacy' has a relational component which is influenced by the personal resources of the woman and the midwife. The main theme *privacy as control of access to the self* describes experiences of having or losing control and about the amount of people in the birth room. Privacy includes more than the physical environment, such as the feeling that the room is the birthing woman's place, being the protagonist, feeling safe and having control of what is happening.

Conclusion: The meta-synthesis highlights that preserved 'privacy' is important for well-being during births. Globally, the preservation of privacy is insufficient. The environment that the women desire for preserved 'privacy' has great similarities to the one required to promote the physiology of birth.

Clinical applicability: The meta-synthesis contributes with concrete measures to preserve the woman's 'privacy' and can therefore support the individual midwife's work in promoting the physiology of birth as well as to midwives and decision-makers when designing work routines and delivery units.

Keywords: childbirth, experiences, metasythesis, midwife, privacy

Innehållsförteckning

Inledning.....	4
Bakgrund.....	4
'Privacy'	4
'Privacy' i förlossningsvården	5
Hormonernas samspel under födande och förutsättningar för födselns fysiologi.....	5
Emotionella aspekter av födseln i relation till 'privacy'	6
Förlossningsmiljön och dess betydelse för 'privacy'	7
Teoretiskt perspektiv	8
Syfte	9
Metod	9
Urval.....	10
Urval av deltagare	10
Urval i datainsamlingsmetoder:	10
Urval av analysmetoder:	10
Datainsamling och genomförande	10
Kvalitetsgranskning.....	11
Analysmetod och analys.....	13
Etiska överväganden.....	13
Resultat.....	14
'Privacy' som tillgången till resurser.....	15
Den fysiska miljöns resurser	15
Mänskliga och personliga resurser.....	17
Upplevelsen påverkas av kultur och religion	18
Privacy som kontroll över tillgången till ens jag	19
Att känna sådan kontroll att man kan släppa den.....	19
Att förlora kontroll över tillgången till ens jag	20
Ett rum fyllt av främlingar	22
Diskussion	22
Sammanfattning av huvudresultat	22
Resultatdiskussion	23
Etikdiskussion	27
Metoddiskussion.....	27
Slutsats	30
Klinisk tillämpbarhet.....	30
Förslag till fortsatta studier.....	30
Referenser:	31
Bilagor.....	38
Bilaga 1: Översikt litteratursökning	38
Bilaga 2: JBI QARI	39
Bilaga 3: artikelmatris.....	40

Inledning

Att föda är en betydelsefull livshändelse med möjligheten att påverka hälsa och anknytning till barnet en lång tid framöver. En positiv förlossningsupplevelse där kvinnan känner sig stärkt och respekterad blir en optimal start för den nya familjen. Barnmorskans uppgift är att främja fysiologisk födsel och förebygga komplikationer. Att bli störd i arbetet med att föda försämrar förutsättningarna för födandets fysiologi. Att få föda ostört borde därför vara en grundläggande del av förlossningsvården. Som barnmorskestudenter har vi erfarenhet av förlossningsvården på ett svenskt sjukhus och intresse av att få kunskap kring vad som underlättar en positiv förlossningsupplevelse för de födande vi möter. Ena författaren har erfarenhet av att arbeta som sjuksköterska inom hemsjukvården och därmed vana i att arbeta i patienters privata sfär. Andra författaren har erfarenhet av hemfödsel såväl som födsel på sjukhus och har upplevt att skillnader i födslomiljön kan påverka förlossningsupplevelsen.

Bakgrund

‘Privacy’

‘Privacy’ definieras som “the state of being free from unwanted or undue intrusion or disturbance in one's private life or affairs; freedom to be let alone” (Privacy, 2022). Översätter man ordet 'privacy' till svenska kommer ord som avskildhet, integritet och privatliv fram (Prismas engelska ordbok, 1992). För att få med hela innebörden används i denna metasyntes det engelska ordet 'privacy'. Leino-Kilpi et al. (2001) har gjort en litteraturöversikt om ‘privacy’ och presenterar det som ett nyckelbegrepp inom omvårdnad och omvårdnadsetik. Det finns olika perspektiv på ‘privacy’, Till exempel kan det ses utifrån *önskad-* och *uppnådd nivå* av ‘privacy’ *Önskad nivå* är en subjektiv bedömning av nivån av interaktion med andra, alltså hur mycket eller lite kontakt som önskas vid ett givet tillfälle. *Uppnådd nivå* är den faktiska interaktionen/kontakten med andra som sker. *Optimal nivå* är när dessa två överensstämmer. ‘Privacy’ kan också ses utifrån ett *reaktivt-proaktivt* perspektiv och skiljer då mellan att betona avskildhet/avstånd från interaktion och nivån av kontroll och rätten att välja. Kontroll kan i sin tur delas in i kontrollen över interaktioner med andra människor och kontroll över information om en själv som delas. ‘Privacy’ skulle med detta perspektiv kunna definieras som kontroll över tillgången till ens ‘jag’. Ett annat sätt att beskriva ‘privacy’ är utifrån fyra dimensioner; fysisk, psykisk, social och informativ ‘privacy’. Fysisk ‘privacy’ syftar på graden av fysisk tillgänglighet. Psykologisk ‘privacy’ syftar på kontroll över den individuella

identiteten och när och hur tankar, känslor och information delas till och av någon. Social 'privacy' innebär kontroll över sociala interaktioner och skiljer sig mellan kulturer. Informativ 'privacy' beskrivs som förmågan att styra över vilken personlig information som delges andra. Sammanfattningsvis är 'privacy' ett komplext begrepp som kan beskrivas utifrån olika perspektiv, med flera dimensioner och som saknar en entydig definition.

'Privacy' i förlossningsvården

Lothian (2004) beskriver 'Privacy' som att inte bli störd, bli skyddad och känna sig trygg under födandet. Det innebär inte att vara ensam. Vidare föreslår Lothian att stöd vid förlossning bör innebära att skapa en bubbla runt kvinnan där hennes 'privacy' skyddas så att hon kan fokusera på arbetet med att föda. Rätten till 'privacy' är betonat som betydelsefullt i flera etiska koder och riktlinjer inom vården (Leino-Kilpi et al., 2001). Till exempel ingår 'Privacy and confidentiality' som en domän av 12 i Respectful Maternity Care (RMC), (Bohren, Tunçalp & Miller, 2020). RMC är en global standard för att främja kvinnors fundamentala mänskliga rättigheter och värdighet i förlossnings- och mödravården lanserad av White Ribbon Alliance 2011 (White Ribbon Alliance u.å.). World Health Organizations [WHO] (2016) lyfter betydelsen av 'privacy' vid förlossning i sin publikation *Standards for improving maternal and newborn healthcare in facilities*. Standard 5, första kvalitetsutsagan lyder: "All women and newborns have privacy around the time of labour and childbirth, and their confidentiality is respected".

Hormonernas samspel vid födande och förutsättningar för födselns

fysiologi

Spontan start av födseln samt dess fortskridande är ett finstämt hormonellt samspel (Lothian 2004; Romano & Lothian 2008). *Oxytocin* framkallar livmoderssammandragningar och är lugnande och ångestdämpande (Khajehei & Doherty, 2012). *Katekolaminer* (adrenalin och noradrenalin) aktiverar kroppens fight-or-flight svar. Frisättningen av katekolaminer är gradvis ökande under förlossning och i slutet av förlossningen tros en topp i frisättningen underlätta framfödandereflexen (fetal-ejection-reflex) samt underlätta för barnets anpassning till att vara utanför livmodern (Khajehei & Doherty, 2012). Om den födande är stressad och rädd kan det leda till för höga nivåer av katekolaminer och detta tros ha en negativ inverkan på förlossningens förlopp i form av mindre effektivt eller avstannande värkarbete (Lothian, 2004; Stenglin, & Foureur, 2013). Detta kan förstås som en anpassning inför potentiella hot genom

att fördröja födseln tills modern hittat en mer trygg plats för att föda. Adrenalinets kärlsammandragande effekt riskerar också att försämra placentas genomblödning och därmed fostrets syresättning (Stenglin, & Foureur, 2013). *Endogena betaendorfiner* verkar som naturliga smärtlindrande och agerar i samspel med katekolaminer (Romani & Lothian, 2008). Andra hormoner som har betydelse under förlossningen är prostaglandiner som bidrar till livmoderns sammandragningar samt nödvändiga förändringar i cervix och prolaktin som är lugnande och inverkar på modersbeteenden (Khajehei & Doherty, 2012).

Det finstämda hormonella samspel som en fysiologisk födsel innebär fungerar optimalt i en miljö som minimerar rädsla, smärta och stress (Lothian, 2004; Romano & Lothian, 2008; Stark et al., 2016). Att störa denna normala fysiologiska process, utan att det finns medicinska indikationer för det, ökar riskerna för komplikationer för både mor och barn (Romano & Lothian, 2008). Yttre faktorer som kan påverka samspelet mellan hormonerna som styr förlossningen kan till exempel vara stöd från personalen, rummets utformning, ljudnivå eller mängden människor som den födande möter (Romano & Lothian 2008). Även om kvinnan som ska föda intellektuellt upplever att sjukhuset med dess resurser och teknologi känns som det säkraste stället att föda på så reagerar kroppen med sitt "fight-or-flight-svar" på okända ansikten, ny miljö, teknologi, röster, ljud med mera. Detta förklaras enligt Odent (2018a) genom att hjärnans neokortex aktiveras om kvinnan stimuleras intellektuellt eller om hon känner sig iakttagen, aktiviteten i neokortex stör i sin tur hormonernas samspel. Det fysiologiska stressvar som kan hindra förlossningens förlopp triggas alltså om kvinnan känner negativ stress eller störs (Lothian, 2004). Att få uppleva 'Privacy' nämns som en förutsättning för att minska stress (Stark et al., 2016). Odent (2018b) beskriver hur människor före "socialiseringen" av födslar tenderade att, likt andra däggdjur, dra sig undan för att föda.

Emotionella aspekter av födseln i relation till 'privacy'.

Simkin & Bolding (2010) beskriver hur smärta och lidande är två begrepp som är beroende av varandra men som samtidigt inte måste existera samtidigt. En minskad känsla av kontroll som lätt uppstår i förlossningsmiljön på en vanlig förlossningsavdelning kan förstärka upplevelsen av lidande. Den startar en negativ spiral med passivisering följt av sämre förmåga att hantera lidande och smärta. En känsla av kontroll däremot, minskar lidandet och ger större förmåga att hantera smärta även om den är stark. I sin litteraturöversikt såg Chabbert, Panagiotou, & Wendland (2021) att en högre grad av upplevd kontroll under förlossningen hade ett positivt

samband med en mer positiv förlossningsupplevelse. Att känna sig trygg och att vara i en stöttande miljö var enligt Karlström, Nystedt och Hildingsson (2015) en förutsättning för att uppleva kontroll.

Vidare beskriver Simkin & Bolding (2010) hur man genom att se till de emotionella och psykosociala behoven kan minska lidandet och öka förmågan att hantera smärta. En miljö som främjar en känsla av 'privacy' och bekvämlighet är ideal för detta. 'Privacy' kan således både underlätta födselns förlopp och lindra upplevelsen av smärta och lidande. Khajehei och Doherty (2012) beskriver födandet som något intimt som kan innebära njutning. Orgasm, bröststimulering och sädesvätska kan underlätta värkarbetet och minska smärta. Enligt Mayberry och Daniel (2016) är födande och sexualitet som två aspekter av samma fenomen. Samma hormoner är verksamma vid förlossning som vid sexuella aktiviteter: oxytocin, katekolaminer, betaendorfiner, och prostaglandiner. För att kunna uttrycka sexualitet under förlossning är 'privacy' och att känna sig bekväm en förutsättning (Khajehei & Doherty, 2012).

Förlossningsmiljön och dess betydelse för 'privacy'

Att ha eget rum under födseln är inte en självklarhet i ett globalt perspektiv och WHO (2016) beskriver hur 'privacy' bör tillgodoses genom att gardiner och rumsavdelare ska finnas tillgängliga på alla förlossningsrum. En säker miljö där kvinnan känner sig trygg är den primära förutsättningen för platsen där födslar ska äga rum. Om denna plats är på ett sjukhus eller någon annanstans varierar (Stark et al., 2016). Globalt nås inte alla födande av kvalificerad vård, en barriär för detta är enligt Warren et al. (2013) vårdpersonals övergrepp och bristande respekt för allas värdighet, något som leder till att kvinnor inte vill söka vård trots att den finns.

Drglin (2019) skriver att man i utformningen av födslomiljöer behöver ta hänsyn till den komplexa kombination av fysiologiska, sociala, spirituella, biologiska, psykologiska och kulturella faktorer som födandet innebär och att det finns ett avstånd mellan den optimala miljön för att främja fysiologisk födsel och den moderna förlossningsmiljön. På sjukhusens förlossningsavdelningar är teknologi norm, vilket enligt Romano & Lothian (2008) tar fokus och tid från att ge närvaro och stöd till kvinnan. Det är i denna miljö även lätt att tappa bort kunskapen kring och tilltron till förmågan att föda utan onödiga interventioner. Odent (2018b) och Steglin & Fouerur (2013) beskriver hur känslan av att vara övervakad ökar kvinnans upplevda stress. I hemmiljö eller på barnmorskeledd enhet upplevs vården vara mer

kvinnocentrerad och kvinnan upplever högre grad av kontroll och makt (Wood et al., 2016 & Stark et al., 2016).

Steglin och Fouerur (2013) beskriver hur förlossningsmiljön behöver ha 'bundet utrymme' där kvinnan får 'privacy' och skydd. Det beskrivs som ett grottliskt eller livmoderlikt utrymme där kvinnan har möjlighet att fokusera inåt. Förlossningsmiljön behöver också 'obundet utrymme' där kvinnan kan ha en känsla av frihet. Ett utrymme som är för bundet eller obundet kan orsaka obehag och stress. Stark et al. (2016) beskriver vidare hur en lugn miljö som minimerar stress underlättar födselns fysiologi. En sådan miljö ska erbjuda 'privacy', utestänga distraherande ljud samt ha utrymme att röra sig fritt och byta position. En sådan lugn miljö ska kunna erbjudas oavsett plats för födseln.

Brist på 'privacy' kan vara en hindrande faktor för medföljande stödpersoner att tillgodose den födandes behov av stöd (Bohren et al., 2019).

Teoretiskt perspektiv

Som teoretiskt perspektiv för metasyntesen används Fahy, Parratt, Foueur, och Hastie's, (2011) teori om 'Birth Territory' (förlossningsområdet) som beskriver, förklarar och förutsätter relationer mellan miljön i förlossningsrummet, makt och kontroll men även kvinnans upplevelse av förlossningen både fysiskt och emotionellt. Teorin förklarar hur kvinnan kan få uppleva en 'genius birth' (genial födsel) vilket innebär en födsel där kvinnan har tillgång till hela sin inre kraft, känner sig 'empowered' och stolt över att ha fött oberoende av hur mycket interventioner som förekom. 'Birth Territory' baseras på grundprinciperna 'terrain' (område) som handlar om den fysiska miljön i förlossningsrummet och 'jurisdiction' (maktutövning) som handlar om makten i förlossningsrummet. 'Terrain' innefattar underbegreppen 'sanctum' (helgedom) och 'surveillance room' (övervakningsrum) som befinner sig på ett kontinuum mellan varandra. 'Sanctum' är den hemtrevliga miljön, där rummen är utformade för att underlätta förlossningen och öka självkänslan hos den födande samt med möjligheten att stänga dörren. 'Surveillance room' är den kliniska miljön som är utformad för vårdpersonalens arbete att övervaka den födande i förlossningsarbetet, en sådan miljö kan hämma födselns fysiologi. 'Jurisdiction' har underbegreppen: 'integrative power' (integrativ makt); innefattande 'midwifery guardianship' (barnmorskebeskydd) och 'disintegrative power' (sönderfallande makt): innefattande 'midwifery domination' (barnmorskedominans) som befinner sig på ett

kontinuum mellan varandra. 'Integrative power' innebär att alla i födslorummet jobbar tillsammans mot samma mål. Den födande stöttas i att få uppleva att hon kan reagera spontant och följa sin intuition, en så kallad instinktiv förlossning. 'Midwifery guardianship' är en form av 'integrative power' där barnmorskan skyddar kvinnan och hennes 'birth territory'. Barnmorskan förstärker då kvinnans trygghet genom att respektera hennes åsikter, värderingar, och tro. 'Disintegrative power' är en egocentrisk makt som underminerar kvinnans förmåga att få en 'genius birth'. Den kan användas av olika parter i rummet. 'Midwifery domination' är en form av 'disintegrative power' där barnmorskan använder sin makt för att styra över kvinnan, som då förlorar kontakten med sin intuitiva kraft och blir osäker och otrygg. 'Birth Territory' teorin har många beröringspunkter med begreppet 'privacy' samt lyfter begreppet ur både den födande och barnmorskans perspektiv. Teorin valdes därför för att spegla resultatet i diskussionsavsnittet.

Problemformulering

Att som födande ha tillgång till 'privacy' under förlossningen kan underlätta den fysiologiska födselns process och minska känslor av stress och otrygghet. Detta ger ökade förutsättningar att hantera smärta och minska lidande för den födande och det leder även till minskat behov av läkemedel och interventioner. Trots att 'privacy' är ett begrepp som ingår i White Ribbon Alliance och WHO:s globala standarder för att förbättra vården i samband med födande har dagens högteknologiska förlossningsmiljö svårigheter att tillgodose behovet av 'privacy'. Fördjupad och ny kunskap om bevarandet av 'privacy' är nödvändigt för barnmorskan i hennes dagliga arbete samt för beslutsfattare och barnmorskor vid utformning av förlossningsenheter samt arbetsrutiner. En metasyntes om upplevelser av 'privacy' under förlossning kan bidra med sådan kunskap utifrån existerande forskning inom området.

Syfte

Syftet var att identifiera och syntetisera kvalitativ forskning om kvinnors och barnmorskors upplevelser av 'privacy' i samband med vaginala födslar.

Metod

Design

Studiens design är kvalitativ metasyntes. En metasyntes innebär att omtolka utvalda

(kvalitativa) studiers resultat till en ny transformerad helhet och på så sätt bidra till utvecklandet av ny kunskap (Polit & Beck, 2021). Malterud (2019) beskriver en metasyntes som processen och resultatet av att organisera och tolka existerande forskning inom ett valt område till något som leder till en ny förståelse av konceptet som är större än summan av de inkluderade delarna. Ur ett hållbarhetsperspektiv är en metasyntes en resurssnål metod genom att den tillvaratar och synliggör det forskningskapital som redan finns. Malterud (2019) beskriver detta med termen 'upcycling' av forskning. För analys och syntes valdes metaetnografisk innehållsanalys som härrör från det etnografiska fältet (Noblit & Hare, 1988).

Urval

Inkluderade artiklar ska svara på studiens syfte samt vara skrivna på engelska och publicerade mellan 2011 – 2022. Urvalet har inga geografiska begränsningar. Alla artiklar som är litteraturstudier, inte är peer reviewed eller som inte uppfyller kvalitets- eller etiska krav exkluderas.

Urval av deltagare: Artiklar där deltagarna är kvinnor som fött levande barn vaginalt eller barnmorskor som arbetar i förlossningsvård inkluderas. Artiklar där deltagarna är läkare och annan sjukvårdspersonal exkluderas.

Urval i datainsamlingsmetoder: Alla kvalitativa data inkluderas, det kan vara olika typer av intervjuer såsom individuella intervjuer, fokusgruppsdiskussioner, semistrukturerade intervjuer, telefonintervjuer eller e-mailintervjuer. Kvalitativa data kan också vara anteckningar såsom dagboksanteckningar och brev, videoinspelningar eller fotografier (Creswell & Creswell, 2018)

Urval av analysmetoder: Kvalitativa artiklar där innehållsanalys, fenomenologisk hermeneutisk analysmetod, tematisk analysmetod, empirisk och teoretisk analys använts inkluderas. Kvantitativa artiklar med enkätstudier med öppna frågor och möjlighet till fritextsvar samt kvalitativa data från artiklar med mixad metod kan inkluderas.

Datainsamling och genomförande

För att identifiera relevant material till metasyntesen utfördes en litteratursökning i utvalda databaser. En litteratursökning ska enligt Polit & Beck, (2021) vara systematiskt uppbyggd och kunna reproduceras.

Inledningsvis formulerades ett syfte. Syftet kan komma modifieras under genomförandet av

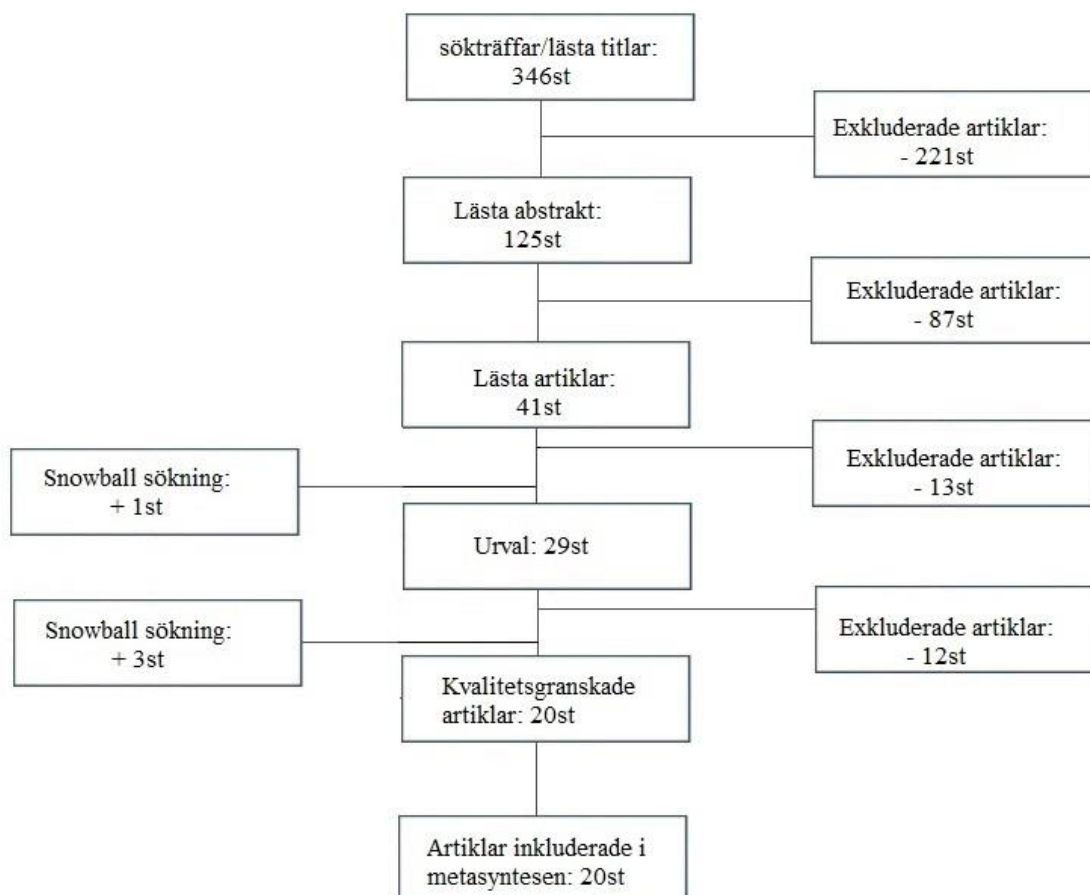
metasyntesen (Polit & Beck, 2021). Utifrån syftet identifierades därefter lämpliga sökord. En pilotsökning genomfördes hösten 2021, för att få en översiktlig bild av tillgänglig litteratur i olika databaser och tidskrifter. Inför den ordinarie litteratursökningen konsulterade författarna en bibliotekarie från högskolan i Dalarna för stöd i planering av sökstrategi, ämnesord och sökord. Malterud (2019) skriver att det vid framskrivandet av en metasyntes är essentiellt med professionellt stöd av en bibliotekarie. Identifierade sökord var *privacy, childbirth, parturition, labor, delivery room, qualitative research* och *experienc**. Litteratursökningen genomfördes i april 2022. Artiklar söktes i databaserna PubMed, Cinahl och Web of Science var för sig och tillsammans av författarna. Sökstrategin i databaserna utgick från de identifierade sökorden i olika kombinationer med begränsning att artiklarna skulle vara publicerade mellan 2011 – 2022, engelskspråkiga samt peer reviewed där möjligheten till tillvalen fanns. De Booelska operatörerna AND, OR och NOT, trunkering och citationstecken kan användas för att specificera eller bredda sökningen (Polit & Beck, 2021). I samtliga sökningar användes dessa för att kombinera sökorden. För redogörelse av litteratursökningen, se bilaga 1.

Totalt genererade litteratursökningen 346 träffar, alla titlar lästes. Urvalet av artiklar inför kvalitetsgranskning inleddes med läsning av de abstrakt från litteratursökningarna som verkade kunna svara mot studiens syfte. Totalt lästes 125 abstrakts, 87 av dessa bedömdes ej svara mot studiens syfte och exkluderades därför, 41 artiklar valdes ut för genomläsning. Genomläsningarna utfördes var för sig av författarna, för att därefter diskuteras. Malterud (2019) beskriver detta som en konformitetskontroll där författarnas initiala bedömningar av kandidatartiklar redovisas och jämförs. Via dialog och diskussioner når författarna slutligen konsensus. Vid läsningen exkluderades 13 artiklar eftersom de vid noggrannare läsning ej svarade mot studiens syfte. 29 artiklar lästes en ytterligare gång, varav 12 exkluderades eftersom de bedömdes innehålla otillräckligt med material som svarade mot studiens syfte. Fyra artiklar som svarade mot syftet identifierades via så kallad "snowball sökning", en från en av de identifierade artiklarnas referenslista och tre genom listor över artiklar som citerat de genomlästa artiklarna. Malterud (2019) beskriver snowball sökning som en sökstrategi där man identifierar relevanta sökord och artiklar via andra artiklars referenslistor. Totalt 20 artiklar återstod för kvalitetsgranskning.

Kvalitetsgranskning

Johanna Briggs Institute (2017) instrument "JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative

Research” (JBI-QARI) användes för att bedöma kvalitén på framsökta artiklar, se bilaga 2. Då de utvalda artiklarna utgör råmaterialet till syntesen är det enligt Malterud (2019) en förutsättning att dessa håller hög metodologisk kvalitet även om det i sig inte är en garanti för att artikelns resultatdel är innehållsrik. Kvalitetsgranskningen utfördes av båda författarna som diskuterade frågeställningarna i instrumentet tills samstämmighet rådde, detta på grund av att de olika frågeställningarna bedömdes ha olika stor betydelse för artiklarnas kvalitet. För att en artikel skulle inkluderas bestämdes det att det var ett krav att kriteriet om etiskt godkännande skulle vara uppfyllt. Alla 20 artiklarna bedömdes uppnå tillräckligt hög kvalitet för att inkluderas och hade godkännande från etisk kommitté. De brister som upptäcktes under granskningen rörde ej innehållet i artiklarnas resultatdel vilket utgör materialet till metasyntesen. Vanligast förekommande brist var avsaknad av klargörande kring huruvida författarna reflekterat kring sin egen inverkan på forskningen. Då flertalet av de granskade artiklarna uppskattades innehålla relativt lite material som svarade mot studiens syfte togs beslutet att inkludera alla 20 artiklar i metasyntesen, se figur 1.



Figur 1.
Flödesschema artikelurval

Analysmetod och analys

För att få en djupare tolkning av det studerade fenomenet enligt syftet genomfördes metaetnografisk analys guidad av Noblit och Hare (1988). Metaetnografi inkluderar sju steg som överlappar och repeteras allteftersom arbetet med syntesen fortskrider (Noblit & Hare, 1988; Polit & Beck, 2021). Steg 1 innebär att bestämma intresseområde inom det kvalitativa forskningsfältet. Steg 2 innebär att bestämma vilka studier som är relevanta för att beskriva intresseområdet. Steg 1 och steg 2 genomfördes genom val av intresseområde, formulerande av syfte, planering av sökstrategi samt genomförande av litteratursökningen. Därefter identifierades lämpligt material som skannades för relevans utifrån studiens syfte. Utvalda artiklar kvalitetsgranskades och fördes in en artikelmatris. Steg 3 innebär att läsa inkluderade studier upprepade gånger. I detta steg lästes artiklarna enskilt och material som var av intresse för studiens syfte markerades. Steg 4 innebär att hitta skillnader och likheter, identifiera nyckelord och hitta metaforer. Det relevanta materialet lyftes här ut och författarna identifierade nyckelord och metaforer tillsammans. Steg 5 innebär att sammanställa fynd från föregående steg och ställa dessa i relation till varandra. Här sammanfördes liknande nyckelord och metaforer under preliminära teman. Steg 6 innebär att syntetisera de sammanställda fynden till en ny helhet som är någonting utöver de individuella resultaten för sig. Författarna kondenserade i detta steg de preliminära teman som identifierats till två huvudteman med respektive underteman. Steg 7 innebär att delge sin syntes på något sätt. I detta arbete delges metasyntesen genom en magisteruppsats.

Etiska överväganden

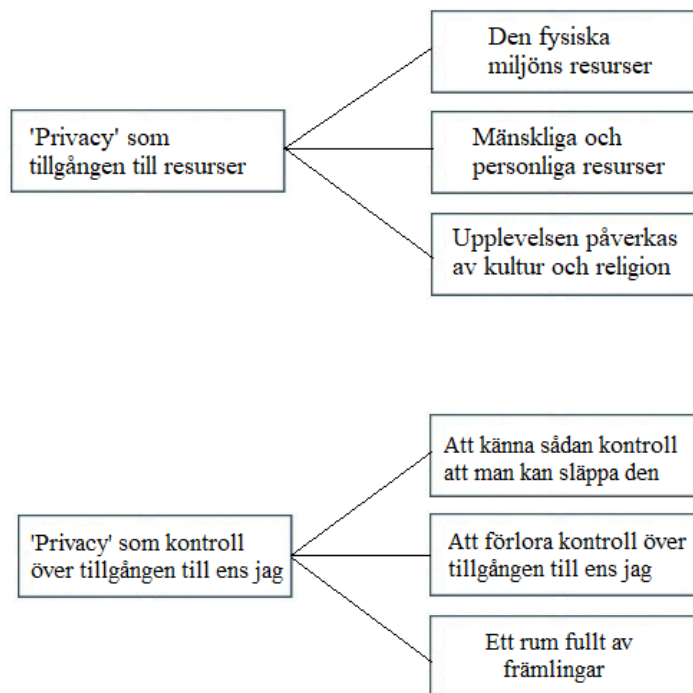
Ett etiskt förhållningssätt tillsammans med etiska riktlinjer är viktigt i forskningens strävan efter ny kunskap för att inte riskera att skada individer i samband med forskningen, detta kallas individskyddskravet (Vetenskapsrådet, 2002). Vetenskapsrådet (2017) skriver att etiska riktlinjer spelar en mycket viktig roll för forskningens kvalitet. I en metasyntes används redan publicerade vetenskapliga artiklar, därför behövdes ingen ansökan om etiskt tillstånd. Däremot är det viktigt att artiklar som inkluderas i studien har blivit etiskt granskade. Vetenskapsrådet (2002) har publicerat fyra forskningsetiska principer som är grundläggande för individskyddskravet. *Informationskravet* innebär att deltagaren får information angående syftet samt eventuella risker med deltagandet. Vid aktiv insats av deltagarna skall samtycke inhämtas. När som helst kan deltagaren välja att avbryta sin medverkan i studien, detta under *samtyckeskravet*. Enligt *konfidentialitetskravet*, har deltagarna rätt till konfidentialitet och

personuppgifter ska bevaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan komma åt dem. Den fjärde principen, *nyttjandekravet* innebär att uppgifter och information som inhämtas för studiens syfte endast får användas för det ändamålet. Principerna innebär en trygghet för deltagare i studier. Inkluderade artiklar har granskats vägleda av dessa fyra principer. Under skrivprocessen granskade författarna kritiskt sig själva för att minska risken att förvränga de inkluderade artiklarnas resultat. Detta skedde genom självreflektion samt regelbundna diskussioner sinsemellan.

Resultat

Metasyntesens resultat är baserat på 20 artiklar från länderna Australien, Jordanien, Iran, Etiopien, Uganda, Irland, USA, Sverige, Turkiet, Indonesien, Tanzania, Zambia, Palestina Indien, Schweiz och Brasilien. Alla artiklar rör kvinnors eller barnmorskors, alternativt kvinnors och barnmorskors upplevelser av 'privacy' vid förlossning. Inkluderade artiklar presenteras i bilaga 3. Resultatet visade att kvinnorna ville ha 'privacy' när de födde (11, 8, 5, 10, 12, 13, 16). Kvinnorna beskrev 'privacy' som något tillhörande individen och som ska skyddas från andra (4). Nivån av bevarande av 'privacy' påverkade förlossningsupplevelsen (15) och respekt för 'privacy' var relaterat till tillfredsställelsen med förlossningsvården (14). När 'privacy' inte respekterades sände det kvinnorna budskapet att deras behov inte var av betydelse (6). Barnmorskorna påtalade att 'privacy' var en av förutsättningarna för att bevara värdighet vid födsel (17).

Två huvudteman identifierades; *'Privacy' som tillgången till resurser* och *'Privacy' som kontroll över tillgången till ens jag*. Till dessa huvudteman identifierades sex underteman, se figur 2.



Figur 2.
Huvudteman och underteman

‘Privacy’ som tillgången till resurser

Detta tema beskriver upplevelser av den fysiska miljö som födseln äger rum i och skillnader i förutsättningar för ‘privacy’ mellan olika födselområden. Det beskriver även upplevelser av kvinnans och barnmorskans personliga resurser för bevarandet av ‘privacy’. Slutligen beskriver det upplevelser av kulturens och religionens inverkan på förutsättningar för ‘privacy’.

Den fysiska miljöns resurser

Resultatet visade att lokalerna kvinnorna födde i hade stor variation av fysiska resurser och därmed fysiska förutsättningar för bevarandet av ‘privacy’. Platsen de fick att föda på kunde vara allt från att få ett eget rum med egen toalett (1, 2, 20), till att få dela rum med några andra kvinnor (1, 2), till att alla födde i en stor sal (8) till att kvinnorna till och med fick dela säng (10).

“All these health centers and hospitals have no private area to deliver from. We just deliver from the general wards or a labor ward packed with other different people, young and old.

No privacy at all . . . (omföderska, 8, s.428).

*“I had a really big room, very clean and a bathroom for myself, it was very comfortable”
(föderska på offentligt sjukhus, 2, s.8).*

Offentliga sjukhus beskrevs generellt vara sämre på att bevara ‘privacy’ (1,2,3,7), med undantag för två studier som påvisade hög grad av ‘privacy’ även där (1,2). Privata sjukhus upplevdes vara bättre på att bevara ‘privacy’ jämfört med offentliga (1,2,3,8,20) och kvinnor sökte sig dit i hopp om att få bättre bevarad ‘privacy’ (1,2,8). Det kunde bland annat röra sig om att få ett eget rum och att få sina önskemål respekterade (1,20). Bristen på ‘privacy’ på sjukhus var en anledning till att kvinnorna inte ville föda där utan hellre valde att föda hemma med den traditionella bybarnmorskan (8). Kvinnorna upplevde att ‘privacy’ bevarades i högre grad när de valde hemfödelse istället för att föda på sjukhus (1,2,13). Undantaget i en studie där det var tvärtom och sjukhusfödelse föredrogs för att minska risken att det skvallrades om ens födelse om den skett hemma i byn (11).

“I had my own room at least, and I was in the same room the whole time, I was not moved to another room like public hospital” (föderska på privat sjukhus, 2, s.10).

Barnmorskorna var medvetna om att sjukhusens lokaler var otillräckliga för att bevara ‘privacy’ (3). Att privata sjukhus upplevdes ha bättre förutsättningar förklarades med att de hade färre patienter och patienter från en högre samhällsklass (3). Barnmorskor upplevde att kvinnans ‘privacy’ vid hemfödelse bevarades bättre eftersom hemmet på ett naturligt sätt blev kvinnans plats medan sjukhuset på samma sätt blev barnmorskans plats (19).

För att ‘privacy’ skulle bevaras ville kvinnorna föda i en avskild, lugn miljö, utan störande ljud (14,4,5) De uttryckte önskan om eget rum, rumsavdelare eller draperier (4). De ville skyddas från insyn (12) och skylas vid undersökningar (4). I många fall upplevde kvinnorna dock den fysiska miljön som otillräcklig för att bevara ‘privacy’ (1,2,8,12,4,7), de kunde uppleva hela rummet som främmande och skrämmande (18). Det saknades gardiner och rumsavdelare så att andra såg dem nakna (1,12,7). Ljudnivån upplevdes hög och störande (4,7). På grund av bristande fysiska resurser uttryckte kvinnor oro att privat information om deras förlossning samt journaler skulle spridas (3,4,7,11). Andra patienter hörde det personalen sa om dem under undersökningar (7).

“I felt pain and discomfort especially if the examiner was a male physician. I think VE is necessary to be done. But, there should be more privacy i.e. closing the door, no curtains on the window ...” (omföderska, 12, s.6)

Färgen i rummen hade inverkan på kvinnornas upplevelse av den fysiska miljön (18), det hade även ljuset (20). Dämpad belysning bidrog till avslappning (20). Att få vara i ett badkar dolde sjukhusmiljön och fungerade som en barriär mot omvärlden, detta gav en känsla av ‘privacy’ och diskretion (9). Kvinnor kunde även uppleva att de hade alltför ont för att bry sig om den fysiska miljöns förutsättningar att bevara ‘privacy’ (1). De beskrev också upplevelser av hur de fått sin fysiska och informativa ‘privacy’ respekterad (10,1,2).

“Then all signs of a hospital environment were gone. Everything was gone. It was quiet, and there was us and there was water. It was amazing” (föderska om badkar, 9, s.28).

Mänskliga och personliga resurser

Den födandes förmågor, kunskap, självkänsla och personlighet påverkade bevarandet av ‘privacy’ (3). Omföderskor vågade ställa krav och fattade aktiva beslut (2,3,8) medan kvinnor med lägre kunskapsnivå riskerade att inte kunna uttrycka sina behov eller att inte bli hörda (3). Kvinnor med mer förkunskap kunde fatta egna beslut och blev respekterade i dem (20). Även kvinnans socioekonomiska status påverkade hennes förutsättningar att bevara ‘privacy’ (3,7).

“Mothers ignorance of her rights may lead to her low expectation and no objection despite receiving inadequate or partial services” (barnmorska, 3, s.191).

Barnmorskorna uttryckte en medvetenhet kring att kvinnornas ‘privacy’ bevarades olika mycket utifrån kvinnans personliga resurser (3). Både kvinnor och barnmorskor identifierade ett behov av ökad kunskap och medvetenhet hos personalen kring bevarandet av ‘privacy’ (4,3). Barnmorskans attityd påverkade upplevelsen av bevarad ‘privacy’ (20). Det framkom även att brist på personal var en faktor som bidrog till minskat upprätthållande av ‘privacy’ (3).

“.....they threat you depending on your background, i.e. it depends on the kind of family you come with and your appearance...” (föderska, 7, s.7).

*“Staff must be trained in communication skills to protect mothers' privacy and satisfaction”
(barnmorska på förlossningsavdelning, 3, s.191).*

Barnmorskor märkte hur de blev mer medvetna om sitt beteende och maktbalansens betydelse för att bevara kvinnans 'privacy' efter att de deltagit i ett projekt med hemfödslar. Där bevittnade de ett arbetssätt där kvinnans 'privacy' bevarades i högre grad. När de sedan åter arbetade med sjukhusfödslar strävade de efter att ta med sig ett sådant arbetssätt till sjukhuset. De gjorde även justeringar i den fysiska miljön så som att dämpa belysningen, spela musik och använda eteriska oljor (19).

When you park outside the house and you step over that threshold into that family's space, it's just so evident that we're entering your space and I'm going to respect that... but you can also take away that I'm going to bring that into any space... whatever birth we're going to we have to imagine that we're stepping into the door of their home (barnmorska som arbetar med både hemfödslar och sjukhusfödslar, 19, s.6).

Upplevelsen påverkas av kultur och religion

Kulturella faktorer och religiösa värderingar påverkade uppfattningar om 'privacy' (4,17). Kvinnorna ville få sin tro respekterad (17). Vissa kulturer hade högre nivå av blyghet (13). Muslimska kvinnor uttryckte i större utsträckning önskan om kvinnlig personal (2,1,3,17,4,12), vilket respekterades i vissa fall (2).

“...Of course, I would prefer to be examined by a female doctor if somebody was to examine lower parts of my body. This is because I'm a faithful person...” (förstföderska, 4, s68).

Kvinnorna uttryckte en önskan att praktisera medicinskt säkra traditionella seder i samband med födseln men nekades i vissa fall detta. Något som beskrevs som ett hinder i arbetet med att få kvinnor att vilja föda på förlossningsklinik istället för med den traditionella bybarnmorskan som i större utsträckning tillgodosåg dessa behov (10,13). Barnmorskorna i en studie beskrev hur de samarbetade med den traditionella bybarnmorskan för att kunna tillgodose behoven av spirituell 'privacy' (13).

‘Privacy’ som kontroll över tillgången till ens jag

Detta tema beskriver upplevelser av ‘privacy’ utifrån nivån av kontroll över tillgången till ens jag. Det är upplevelser som rör känslor, makt, självständighet och inkluderande. Det beskriver även upplevelser av förlorad ‘privacy’. Det tredje undertemat beskriver upplevelser av antalet personer som den födande möter.

Att känna sådan kontroll att man kan släppa den.

Att uppleva ‘privacy’ innebar för kvinnorna att känna att rummet de födde i var deras plats (20,19). Att känna trygghet i rummet beskrevs som en viktig aspekt (11,14,9,3,18). De kände sig då fria att slappna av och göra det de ville och behövde (2,20,11,19). Att få känna att de var i sin egen domän var en anledning till att kvinnor föredrog att föda hemma (2).

”was constantly moving around because I wanted to and I had the area to do it and had the freedom to do it” (föderska, 20, s628).

“The home is cleaner (than a public hospital)....you are more comfortable in your own house and its environment”. (omföderska, 2, s7).

Att få vara huvudperson i sin födsel gav en känsla av kontroll (19,14,9) och ‘empowerment’ att fatta egna beslut (5). En god relation och kommunikation mellan kvinnan och barnmorskan underlättade för kvinnan att känna sig respekterad och ha kontroll och trygghet i sitt födande (20,14,3). ‘Privacy’ beskrevs som att känna kontroll över rummet i en sådan utsträckning att de sedan kunde känna tilliten att på samma gång släppa den (9). Bevarandet av ‘privacy’ skedde inte enbart i det fysiska rummet utan även på ett mentalt eller spirituellt plan (4).

”it involves protection of spiritual place I mean not just physical space, that you think belongs to you....” (omföderska, 4, s.67).

För att ‘privacy’ skulle respekteras önskade kvinnorna att bli inkluderade i vad som skulle ske (4). Att få ta egna beslut var viktigt för dem (5,14,19,8,13). De ville ha frihet att klä sig i egna kläder (13), äta och dricka det de ville (14), ta med sig personliga föremål (5) och välja position att föda i (8,14).

“For me, I prefer the squatting position, which has worked for me very well during my last two deliveries. I think the head is closer to the floor when you squat so labor takes a short time. You like relieve your back of so much pressure and pain. I think a lot of women prefer squatting and weigh their options here and there.” (hemföderska, 8, s.429).

Kvinnorna använde sig av uttryck som att de skapade sig ett bo, en bubbla eller kokong att föda i för att uppleva en ökad ‘privacy’ (9,20,15,13). Detta gjorde att de kände sig skyddade och mindre utsatta (20,9,13) Vattenfödsel beskrevs fungera som en sådan kokong där vattnet hade en skyddande och skylande effekt (9).

”A small room and it was good for me because I love when it’s a cocoon” (föderska, 15, s. 4).

“I want to be inside my blanket and give birth freely” (föderska, 13, s.116).

Kvinnorna uppskattade att bli lämnade ifred men kände sig inte ensamma (2,20). De upplevde en trygghet i att veta att barnmorskan fanns nära (20). Kvinnorna beskrev hur barnmorskan var som en skyddande barriär kring kvinnan, som hjälpte till att skydda hennes ‘privacy’ (2,1,20). Respektfulla interaktioner var en faktor som påverkade bevarandet av ‘privacy’ (3). Barnmorskorna bad om samtycke (20), uppträdde respektfullt, skylde kvinnan och begränsade antalet personer som kom in till kvinnan (1).

Barnmorskor upplevde att låta kvinnor föda ostört som en nyckelfaktor för att underlätta fysiologisk födsel (19). De underlättade för kvinnan att skapa utrymmet som var ‘hennes plats’ där hon var i fokus och hade kontroll för sedan låta henne vara där utan att bli störd (19)

”... the women are much more able to be in their zone and do their thing and their hormones can work in the way that they’re meant to. We are not ment to move (relocate) during labor. We are not ment to have bright lights and people staring at us the whole time” (barnmorska vid hemfödsel, 19, s.5).

Att förlora kontroll över tillgången till ens jag

Känslan av att inte ha bevarad ‘privacy’ uppstod när kvinnor på olika sätt förlorade kontroll över tillgången till sitt jag. Då upplevde de känslor som skam, utsatthet, rädsla, maktlöshet och

brist på värdighet. De upplevde rädsla av att behöva se och höra sådant de inte ville (1,18) såväl som rädsla att bli sedda och hörda utan att de ville (5,7). Rädslan kunde också röra att inte få föda som de önskade (13). Att inte veta vem i personalen eller när någon skulle komma in medförde en känsla av oro (4,16). Kvinnorna beskrev hur de upplevde rädsla för barnmorskan som ledde till att de inte vågade säga ifrån (1), kontrollerade sig eller ansträngde sig för att göra henne nöjd (5,8). Det förekom till och med att kvinnan undvek att kalla på barnmorskan och istället födde ensam (8). Känslor av skam och utsatthet uppstod när kvinnan inte var tillräckligt skyld (5,13,18,8,1,4).

”The midwife asked my mother in law to hold up my legs the whole time during delivery as other people passed by and watched I still feel embarrassed and ashamed today” (föderska på offentligt sjukhus, 8, s.427).

Kvinnor upplevde maktlöshet när de uttryckte sig men inte blev lyssnade på (1,15) eller trodda (10,6). De upplevde en misstro från personalen kring att de inte kände sig själva och sina egna kroppar (10,6). Deras person upplevdes vara ett hinder och deras födsel bara en i mängden (6). En rörig miljö försvårade kontakten och relationen med barnmorskan (18). Kvinnorna beskrev en känsla av att personal pratade om dem och över huvudet på dem i stället för med dem (7,6).

”So, if someone feels that the baby is coming and it’s time for delivery, she may call for help but only to be disappointed by nurses who think that she is pretending” (föderska, 10, s.6).

Kvinnor beskrev hur de nekades att göra självständiga val. De nekades välja förlossningsställning (5,10,13), äta eller dricka (10) samt att välja medföljande stödperson (2,7). Kvinnorna kunde uppleva att de behövde censurera sig på grund av brist på ‘privacy’ (4).

”I would prefer to select the birth position but she [the nurse] said that because it’s my first pregnancy, I should get used to delivering while on my back” (föderska, 10, s.7).

En studie tar upp brist på respekt för ‘privacy’ som en aspekt av lågintensivt obstetriskt våld (7). Kvinnorna upplevde mobbing och tvång (7,10,4,8). De blev till exempel hånade för att inte ha rakat sitt kön (8) eller blev tvingade att ta lavemang (4). Brist på respekt för ‘privacy’ upplevdes även vid vaginala undersökningar som utfördes utan tydlig indikation, samtycke eller tillräcklig information (12,2). I samband med vaginala undersökningar betonade

kvinnorna att de kände sig utsatta och otillräckligt skylda (8,1,12), vilket gjorde att undersökningen upplevdes mer smärtsam (1,12).

Ett rum fyllt av främlingar

Upplevelser av att förlora kontrollen över vilka och hur många personer som kom in i kvinnans rum beskrevs i en betydande del av materialet. Sociala interaktioner med okända påverkade bevarandet av 'privacy' negativt (4).

Kvinnorna beskrev hur dörren till förlossningsrummet hela tiden öppnades och folk klev ut och in (1,4). Personer som passerade såg och hörde då kvinnorna som kände sig hjälplösa (8). Många människor från olika professioner var närvarande i rummet samtidigt (7,2,5,1) och kvinnorna blev undersökta av flera undersökare vid samma tillfälle (2,5,1). Detta upplevdes pinsamt och frustrerande (7). Många studenter kunde plötsligt stiga in i rummet och både observera och undersöka utan att be om samtycke (3,1,6,7). Att föda med många personer omkring sig gjorde att kvinnorna kände en press att föda (20).

“About 12 men began to come into the room and I looked at the doctor all weird of course, and he [the doctor] just said oh yeah because this is so unusual I have asked a bunch of corpsmen (young Army doctors and training) to come in . . . I hope you don't mind. I was stunned, but I said nothing” (föderska på offentligt sjukhus, 6, s.693).

En studie visade att den födande accepterade många människor omkring sig så länge de alla var kvinnor (16). I övrigt upplevde kvinnorna att 'privacy' bevarades bäst om de vårdades av så få personal som möjligt (1,10,2). Barnmorskor upplevde att kvinnans 'privacy' vid hemfödslar bevarades bättre eftersom endast de personer kvinnan bjudit in då närvarade (19).

“Only the doctor and the midwife were present in the labor room at that time and this was kind of privacy for me” (föderska på offentligt sjukhus, 2, s.8).

Diskussion

Sammanfattning av huvudresultat

Syftet med denna metasyntes var att identifiera och syntetisera kvalitativ forskning om kvinnors och barnmorskors upplevelser av 'privacy' i samband med vaginala födslar. Resultatet presenterades som två huvudteman.

Temat 'privacy' som tillgången till resurser visade att lokalernas resurser och förutsättningar för bevarandet av 'privacy' hade stor variation. Upplevelsen av 'privacy' varierade även utifrån födsloplats. I många fall upplevde kvinnorna att den fysiska miljön var otillräcklig för att bevara 'privacy'. För att 'privacy' skulle bevaras ville kvinnorna föda i en avskild och lugn miljö, utan störande ljud. Både kvinnans och barnmorskans personliga resurser hade inverkan på upplevelsena av 'privacy', högre kunskapsnivå, erfarenhet samt social status underlättade för bevarandet av 'privacy'. Även kultur och religion påverkade kvinnornas uppfattningar och önskemål kring 'privacy'.

Det andra temat '*privacy*' som *kontroll över tillgången till ens jag* visade att det för bevarad 'privacy' var viktigt för kvinnorna att de kände sig som huvudpersonen i sitt födande och att de kände att födslorummet var deras plats, där de hade kontroll över vad som skedde. Kvinnorna beskrev hur de ville ha som en skyddande kokong att föda i. Relationen med barnmorskan bidrog till bevarandet av 'privacy' och barnmorskan kunde vara som en skyddande barriär runt kvinnan. Om kvinnorna förlorat kontroll över sin 'privacy' upplevde de känslor som utsatthet, rädsla och skam. Det skedde till exempel genom att de var otillräckligt skylda, nekades delaktighet eller upplevde att de inte blev trodda och lyssnade på. Sociala interaktioner med okända påverkade bevarandet av 'privacy' negativt och kvinnorna föredrog att vårdas av så få personal som möjligt.

Resultatdiskussion

I Fahy et al. (2011) 'Birth Territory' teori, som är det teoretiska perspektiv som valts för denna metasyntes, beskrivs 'midwifery guardianship' där barnmorskan skyddar kvinnan och hennes 'birth territory'. Andrén, et al. (2021) beskriver i sin studie om födslorummets påverkan på barnmorskans arbete något som liknar 'midwifery guardianship'. Där beskrivs barnmorskan arbeta som beskyddare av den fysiologiska födseln genom att anpassa, förändra och utesluta störmoment från födslorummet. Detta kan även ses i metasyntesens resultat där barnmorskan beskrivs som en barriär som skyddar kvinnans 'privacy' genom att anpassa miljön och begränsa mängden personer som kommer till kvinnan.

För att bevara 'privacy' beskrev kvinnorna hur de ville ha som en kokong eller ett bo att föda i. Detta tolkar vi som en beskrivning av samma bubbla som Lothian (2004) anser ska skapas runt kvinnan för att skydda hennes 'privacy' så att hon kan fokusera på arbetet med att föda.

Det liknar också det bundna utrymme som Steglin och Fouerur (2013) förklarar att födande behöver för att kunna fokusera inåt. Att vilja dra sig undan för att föda samt nödvändigheten att undvika stimulering av neocortex (Odent 2018a & b), tolkas även det som beskrivningar av samma fenomen. Andrén et al. (2021) benämner detta som en födslobubbla och att denna bubbla bevaras genom så få störmoment som möjligt, till exempel genom att hålla dörren stängd. En stängd dörr skapar en atmosfär av lugn, trygghet och tillit. Att rummet har en dörr som går att stänga beskrivs som en av egenskaperna för begreppet 'sanctum' i 'birth territory' teorin. Ett 'sanctum' innebär utöver detta ett rum med en hemlik miljö som är designat för att optimera 'privacy', avslappning, kontroll och bekvämlighet (Fahy et al., 2011). I metasyntesens resultat beskrevs 'privacy' kunna innebära att ha en sådan kontroll över miljön att man kan släppa den och kvinnorna önskade att födsломiljön skulle vara avskild, lugn och utan störande ljud. Att få känna trygghet i rummet beskrevs som en viktig aspekt. Denna beskrivning har flera likheter med definitionen av 'sanctum'. Kvinnornas önskemål om födsломiljö för bevarad 'privacy' har även stora likheter med den miljö som krävs för att det hormonella samspel som främjar födselns fysiologi ska fungera och som beskrivits i bakgrunden. Olza, et al. (2020) har i sin litteraturoversikt om det endogena oxytocinets roll att orkestrera de neuroendokrina, psykologiska och fysiologiska processer som sker under födseln identifierat behovet av att lyssna till kvinnors upplevelser. Detta för att ta reda på vad som bidrar till att optimera förutsättningar för oxytocinfrisättning, som till exempel moderns välmående och känslor av trygghet och därmed optimera förutsättningarna för en fysiologisk födsel. Utifrån detta reflekterar vi att bevarad 'privacy' är en sådan förutsättning och att metasyntesens resultat bidrar till att tydliggöra detta.

Som motsats till 'sanctum' finns 'surveillance room' som i 'birth territory' teorin är den kliniska miljön, utformad för vårdpersonalens arbete med att övervaka den födande i förlossningsarbetet (Fahy et al., 2011). Barnmorskor i metasyntesens resultat uttryckte att kvinnans 'privacy' vid hemfödslar bevarades bättre eftersom hemmet på ett naturligt sätt blev kvinnans plats medan sjukhuset på samma sätt blev barnmorskans plats. Andrén et al (2021) beskriver hur ett sjukhusliknande rum istället upplevs tillhöra personalen och kvinnan då ställer sig underordnad personalen som styr och kontrollerar. Detta kan ses i metasyntesens resultat i undertemat *att förlora kontroll över tillgången till ens jag*, där kvinnorna i sjukhusmiljö inte blev lyssnade på, inte vågade säga ifrån eller ansträngde sig för att göra barnmorskan nöjd. I 'birth territory' teorin är detta exempel på 'disintegrative power' och 'midwifery domination' där kvinnan fräntas sin kraft och barnmorskan styr födsloförloppet (Fahy et al., 2011).

I metasyntenes resultat framkommer det att det för bevarad 'privacy' var viktigt för kvinnorna att de kände att födslorummet var deras plats och att de kände sig som huvudpersonen i sitt födande, där de hade kontroll över vad som skedde. I Leino-Kilpi et. al (2001) litteraturöversikt om 'privacy' beskrivs territorialitet som en betydelsefull del av fysisk 'privacy'. Att ha tillgång till ett eget territorium underlättar välmående genom att det gör det möjligt att slappna av, göra det man behöver, känna sig fri att ställa frågor samt känna frihet att motsäga sig sådant man inte vill. Saknas eget territorium är det större risk att bli undergiven och avstängd från sina behov. Att känna sig hemma i födslorummet underlättar enligt Andrén et al. (2021) för kvinnan att känna att rummet är hennes plats och barnmorskan kan på olika sätt stärka denna känsla, till exempel genom att knacka och vänta på svar innan hon stiger in för att markera att födslorummet är kvinnans plats. I 'birth territory' teorin kan upplevelsen av att känna sig som huvudpersonen i sitt födande ses som att ha tillgång till 'integrative power' där makten i rummet koncentreras till kvinnan så att hon kommer åt sin inre kraft och kan vara den som fattar de slutgiltiga besluten och således får möjlighet att uppleva en stärkande födsel (Fahy et al., 2011).

I Moe et als. (2013) studie om äldre som tar emot vård i hemmet skriver man om att vara en värd eller en gäst i sitt hem. Deltagarna i studien berättade att de vid vissa situationer kände sig som gäster i sitt eget hem då sjuksköterskan inte respekterade 'privacy' eller brukarens privata hem. Andra deltagare berättade att de upplevde att sjuksköterskorna som kom anpassade sig efter dem och att de då fick känna sig som värdar och därmed även upplevde att 'privacy' respekterades. Metasyntesens resultat visade att kvinnans 'privacy' bevarades i högre grad vid hemförlossningar och att barnmorskor som arbetat med hemförlossningar strävade efter att ta med sig ett sådant arbetssätt till sjukhuset. Författarna reflekterar utifrån detta, och med stöd av erfarenhet från arbete inom hemsjukvård, att genom att stärka en patient och/eller födande i att rummet är deras plats kommer upplevelsen av bevarad 'privacy' att öka. Detta kan implementeras både i hemmiljö och sjukhusmiljö, äldreomsorg och vård i samband med födslar.

Bevarandet av 'privacy' är således inte beroende av den fysiska platsen även om denna har inverkan. Detta bekräftas av Goldkuhl et al. (2021) som i sin studie jämfört förlossningsupplevelser och utfall för kvinnor som fött i ett vanligt förlossningsrum mot ett rum designat för att kunna anpassas för att tillfredsställa kvinnans önskemål om miljön. Deras

resultat visade att en institutionell auktoritet kunde råda i födslomiljön oavsett rummets design, vilket riskerade att göra den födande till passiv deltagare. Där fanns en maktobalans mellan institutionens krav och den födande kvinnans behov. De betonar behovet av att skapa trygga, stärkande födslomiljöer i motsats till en miljö med ett risk-perspektiv som värderar övervakning och kontroll högst. Deras slutsats var att designa om förlossningsrummen inte är en tillräcklig åtgärd för att främja födselns fysiologi och öka förutsättningarna för en stärkande födsel. En kvinnocentrerad och individanpassad vård behöver därför implementeras. Metasyntesens resultat kan anses styrka detta då 'privacy' visats innebära och upplevas i flera dimensioner utöver den fysiska.

I Anderson et al. (2021) metasyntes om kvinnors behov i samband med födslar var ett av de identifierade behoven 'privacy', den visade i likhet med vårt resultat att kvinnorna upplevde stort obehag om de behövde föda inför ett omotiverat stort antal andra människor. Detta beskrevs i denna studie med undertemat *ett rum fyllt av främlingar*. Kvinnorna upplevde att dörren öppnades hela tiden och det kom in mycket personal för att observera och även vara aktiva i undersökningarna, kvinnorna förlorade då kontroll över tillgången till sitt jag. Detta i likhet med 'birth territories' 'surveillance room' (Fahy et al., 2011). Andrén et al. (2021) tar även upp problematiken med central ctg-monitorering där det som sker i kvinnans kropp blir offentligt tillgängligt och kvinnans informativa 'privacy' därmed förloras. Problematiken kan bekräftas med metasyntesens resultat där kvinnorna upplever oro att privat information om deras födsel ska spridas. Vidare visade resultatet att kvinnorna upplevde att 'privacy' bevarades bäst när det endast var ett fåtal människor inne i födselrummet. Även Shakibazadeh et al (2017) beskriver det som betydelsefullt att begränsa antalet personer inne hos kvinnan för att 'privacy' ska kunna bevaras.

För att uppleva bevarad 'privacy' behövde kvinnorna få sin kultur, sin tro och sina seder respekterade. Muslimska kvinnor uttryckte i större utsträckning önskan om kvinnlig personal. Shakibazadeh et al. (2017) har i sin syntes samma resultat där respekt för kultur, värderingar och tro underströks som viktiga aspekter av RMC. Kvinnor, i synnerhet muslimska, uttryckte även här en stark preferens för kvinnlig personal i samband med födslar. Fahy et al. (2011) beskriver hur barnmorskan med 'midwifery guardianship' förstärker kvinnans trygghet genom att respektera hennes åsikter, värderingar, och tro. Detta är i linje med det internationella barnmorskeförbundets etiska kod där det står att barnmorskan ska vårda med respekt för kulturella olikheter och samtidigt verka för att avlägsna skadliga sedvänjor (International

Confederation of Midwives [ICM], 2014).

Etikdiskussion

Kvalitativ forskning ska enligt Malterud (2018) utveckla och bidra med ny kunskap och ha som mål att bidra till bättre hälsa eller sjukvård. Det är därför en etisk skyldighet att sträva efter att resultatet blir ett hållbart bidrag till ny kunskap. I denna metasyntes har vår strävan därför varit att kondensera upplevelser av 'privacy' i samband med vaginala födselar till en helhet som kan användas för att förbättra vården.

Enligt Helsingforsdeklarationen (2018) så får aldrig målet att generera ny kunskap ges företräde forskningsdeltagarnas rättigheter och intressen. Detta säkerställdes genom att ha som absolut kriterium för inkluderade studier att ha ett etiskt godkännande, genom användandet av JBI-QARI för kvalitetsgranskning samt med stöd av Vetenskapsrådets fyra forskningsetiska principer. Eftersom en metasyntes använder sig av redan publicerade studier så behövs inget särskilt etiskt godkännande.

Författarna har under skrivprocessen noggrant granskat sig själva för att inte förvränga de inkluderade artiklarnas resultat. Detta gjordes genom självreflektion och regelbundna diskussioner. Genom tydliga referenser till resultatets källor gjordes det enkelt för läsare att nå materialets ursprungskälla.

Metoddiskussion

Trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet är indikatorer på god vetenskaplig kvalitet hos arbeten med kvalitativ ansats. Trovärdighet innebär att det tydliggörs att resultatet är rimligt och giltigt och kan ses som ett paraplybegrepp. Pålitlighet innebär att författarna redogjort för sin förförståelse och eventuella påverkan på forskningen. Bekräftelsebarhet innebär att analysprocessen är tydligt beskriven och att författarna ansträngt sig att vara så neutrala som möjligt. Överförbarhet innebär i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra kontexter än det studerade (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Denna studie var en kvalitativ metasyntes med metaetnografisk metod som grundade sig på 20 kvalitativa artiklar. Malterud (2019) beskriver metasyntes som en lämplig metod om man vill rekapitulera evidens från redan existerande forskning. Då vi ville få en fördjupad förståelse om

upplevelser av 'privacy' vid förlossning bedömdes metasyntes vara en lämplig metod. Under litteratursökningen visade det sig att den forskning som i huvudsak fokuserat på 'privacy' vid födselar var sparsam, däremot fanns det material som beskrivit upplevelser av 'privacy' som ett delfynd. Diskussion fördes kring om metasyntes var en lämplig metod utifrån mängden funnet material, vid noggrannare läsning av kandidatartiklar gjordes till slut bedömningen att materialet var tillräckligt rikt. På grund av detta togs beslutet att inkludera 20 artiklar i syntesen, varav 3 hade fokus på upplevelser av enbart 'privacy' vid födselar. Malterud (2019) beskriver hur ett stort antal inkluderade artiklar kan medföra svårigheter att få en god överblick över materialet. Det bedömdes, i samråd med handledare, i detta fall vara hanterbart med 20 artiklar då innehållet som svarade mot syftet i flera av artiklarna, som beskrivet, var relativt litet.

Under litteratursökningen av artiklar till metasyntesen träffade författarna först en universitetsbibliotekarie för stöd med sökord och planering av sökningen. I litteratursökningen användes både ämnesord och fritextsökningar vilket breddar sökningen och kan leda till olika träffar. Detta kan ses som styrkor i metoden. En svaghet kan vara att sökningen av tidsskal utfördes var för sig av författarna i olika databaser, något som trots kontinuerlig diskussion sinsemellan, kan ha lett till att sökningarna genomfördes olika. Sökningarna utfördes i flera databaser med skiftande ämnesfokus för att få fram ett så rikt material som möjligt.

Bedömningsinstrumentet JBI-QARI användes för att bedöma artiklarnas kvalitet. Författarna diskuterade sinsemellan hur instrumentet skulle användas då det saknar poängskala. För inspiration lästes tidigare examensarbeten där poängskala upprättats. Då vi ansåg att frågeställningarna i JBI-QARI vägde olika tungt togs beslutet att ha frågeställningen om etiskt godkännande som absolut kriterium för att inkluderas. Utöver detta diskuterades och vägdes artiklarnas kvalitet med stöd av frågeställningarna tills samstämmighet rådde. En svaghet kan vara författarnas begränsade erfarenhet av att kvalitetsbedöma artiklar och ett mer tydligt instrument med bestämd poängskala skulle kunna ha varit fördelaktigt. Å andra sidan skriver Vetenskapsrådet (2017) att kraven på god vetenskaplig kvalitet kräver en helhetsbedömning, ur vilken man inte kan bryta ut enskilda krav. Att kriteriet om etiskt godkännande ändå lyftes ut motiverar vi med hänvisning till individskyddskravet. Författarnas utförliga reflektioner och diskussioner sinsemellan och med handledare kring detta bidrar till trovärdigheten och bekräftelsebarheten.

Trovärdigheten stärks genom att de inkluderade artiklarna är max 10 år gamla, 13 av artiklarna

är publicerade de senaste fem åren.

Artiklarna som var till grund till metasyntesen kommer från 16 olika länder och alla världsdelar är representerade. Då Sverige är ett höginkomstland med goda förutsättningar att tillgodose den födandes grundläggande behov skiljer sig förutsättningarna åt från metasyntesens globala perspektiv där vissa länder ej har ett välfungerande sjukvårdssystem. Att ha ett eget rum att föda i är, till skillnad mot inom den svenska sjukvården, till exempel ingen självklarhet i metasyntesens resultat. Däremot är de förutsättningar som krävs för att bevara 'privacy' utöver de mest grundläggande fysiska behoven globala och överförbara även i ett svenskt perspektiv. Att kultur och religion påverkar upplevelserna och förutsättningarna för bevarandet av 'privacy' är överförbart och användbart i dagens mångkulturella samhälle. Att fyra av syntesens artiklar har barnmorskans perspektiv kan både ses som en styrka och en svaghet. Barnmorskans perspektiv bekräftade och nyanserade i flera fall kvinnornas upplevelser och berikade därmed resultatet samtidigt som det låga antalet artiklar med detta perspektiv riskerar att urvalet inte blev representativt.

Då 'privacy' är ett begrepp som saknar entydig definition och dessutom inte är särskilt välstuderat i kontexten förlossningsvård skulle studiens trovärdighet ha ökat om det funnits en begreppsanalys kring 'privacy' i förlossningsvården att utgå från. Det finns däremot riklig litteratur som förklarar och teoretiserar begreppet inom omvårdnad och andra discipliner. Sådan litteratur lästes inför metasyntesen och har legat till grund för vår tolkning av begreppet.

Författarna hade en viss samlad förförståelse kring olika födslomilöers inverkan på upplevelsen av att föda, vilket skulle kunna påverka analysens pålitlighet. Däremot var 'privacy' som begrepp inom förlossningsvården nytt för båda författarna. Då författarna har haft en medvetenhet och öppen diskussion kring sin förförståelse genom hela projektet och dessutom har vitt skilda personliga erfarenheter kan det ha inneburit att tolkningen av inkluderat material berikades. Malterud (2019) skriver att reflexiviteten och tolkningen genom ett projekt stärks av ett forskarlag med ett brett spektrum av erfarenheter och kunskaper.

Malterud (2018) skriver att det är nödvändigt med goda förkunskaper om kvalitativa metoder för att kunna utföra en metasyntes. Studiens författare är båda oerfarna inom forskning vilket kan ses som en svaghet. En styrka är att resultat och analys har granskats av handledare som är erfaren forskare, då Henricsson, (2017) menar att trovärdigheten och pålitligheten stärks genom

att utomstående granskar resultat och analysprocess. Henricsson (2017) menar dessutom att det är en fördel om analysen utförts av flera personer, vilket är fallet i denna metasyntes.

Slutsats

Globalt sett är nivån av bevarande av 'privacy' i samband med födslar otillräcklig. 'Privacy' i samband med födslar innebär mer än den fysiska miljön, så som känslan av att rummet är den födandes plats, där hon är huvudpersonen, känner trygghet och har kontroll över vad som sker. Bevarandet av 'privacy' har även en relationell komponent som påverkas av kvinnans och barnmorskans personliga resurser. Barnmorskan kan på konkreta sätt underlätta för upplevelsen av 'privacy'. Den miljö som kvinnorna beskriver att de önskar för bevarad 'privacy' har stora likheter med miljön som krävs för att främja födselns fysiologi. Nivån av upplevd 'privacy' påverkar förlossningsupplevelsen och är därmed ett behov som barnmorskan behöver tillgodose.

Klinisk tillämpbarhet

Vår metasyntes om upplevelser av 'privacy' vid födslar bidrar med kunskap om vad som behövs för att kvinnor ska känna välmående och trygghet i samband med födslar och på så sätt optimera förutsättningarna för en fysiologisk födsel. Den gör detta genom att den belyser att bevarad 'privacy' är betydelsefullt för upplevt välmående och trygghet i samband med födslar. Den beskriver vad som är viktigt för att kvinnorna ska uppleva bevarad 'privacy' och den beskriver konkreta åtgärder barnmorskan kan göra för att bidra till bevarandet av kvinnans 'privacy'. Metasyntesens resultat kan vara till stöd för den enskilda barnmorskan i hennes dagliga arbete med att främja födselns fysiologi samt till barnmorskor och beslutsfattare vid utformning av arbetsrutiner och förlossningsenheter.

Förslag till fortsatta studier

Eftersom 'privacy' i samband med födslar är ett såpass outforskat område, i synnerhet i en svensk kontext så skulle förslag på fortsatta studier kunna vara en begreppsanalys om 'privacy' i samband med födslar samt kvalitativa studier i svensk förlossningsvård vara värdefulla kunskapstillskott. Studier där olika insatser för att främja bevarad 'privacy' testas vore värdefullt. Instrument för att mäta nivå av bevarad 'privacy' skulle kunna utvecklas för att därefter jämföras med förlossningsutfall eller förlossningsupplevelse. Upplevelsen av 'privacy' i samband med kejsarsnitt behöver även det studeras.

Referenser:

- * (2) Abed Almajeed Abdallah Hussein, S., Dahlen H. G., Ogunsiyi, O., & Schmied, V. (2020). Jordanian women's experiences and constructions of labour and birth in different settings, over time and across generations: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20 (1), 357–357. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03034-3>
- * (1) Abed Almajeed Abdallah Hussein, S., Dahlen H. G., Ogunsiyi, O., & Schmied, V. (2019). Uncovered and disrespected. A qualitative study of Jordanian women's experience of privacy in birth. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, 33 (5), 496–504. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2019.10.006>
- * (4) Aksoy, S., & Komurcu, N. (2018). Privacy in perinatal services: A qualitative study. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 7 (5), 64–73. DOI: 10.9790/1959-0705116473
- Anderson, G., Zega, M., D'Agostino, F., Rega, M. L., Colaceci, S., Damiani, G., Alvaro, R., & Cocchieri, A. (2021). Meta-synthesis of the needs of women cared for by midwives during childbirth in hospitals. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 50(1), 6.
- Andrén, A., Begley, C., Dahlberg, H., Berg, M., Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. (2021). The birthing room and its influence on the promotion of a normal physiological childbirth - a qualitative interview study with midwives in Sweden. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1), 1939937–1939937. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1939937>
- * (7) Asrese, K. (2020). Quality of intrapartum care at health centers in Jabi Tehinan district, North West Ethiopia: clients' perspective. *BMC Health Services Research*, 20 (1), 439–439. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05321-3>
- * (18) Askari, A., Atarodi, A., Torabi, S., & Moshki, M. (2014). Exploring women's personal experiences of giving birth in Gonabad City: A Qualitative study. *Global Journal of Health Science*, 6 (5), 46–46. <http://doi.org/10.5539/gjhs.v6n5p46>
- * (8) Atukunda E. C., Mugenyi, G. R., Obua, C., Musiimenta A., Najjuma J. N., Agaba, E., Ware, N. C., & Matthews, L. T. (2020). When women deliver at home without a skilled birth attendant: A qualitative study on the role of health care systems in the increasing home births among rural women in southwestern Uganda. *International Journal of Women's Health*, 12,

423-434. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S248240>

* (16) Bhattacharyya, S., Srivastava A., & Avan, B. I. (2013). Delivery should happen soon and my pain will be reduced: understanding women's perception of good delivery care in India. *Global Health Action*, 6 (1), 22635–22635. <https://doi.org/10.3402/gha.v6i0.22635>

Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 18(3). doi: 10.1002/14651858.CD012449

Bohren, M.A., Tunçalp, Ö. & Miller S. (2020). Transforming intrapartum care: Respectful maternity care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 67, 113–126. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.02.005 Bohren MA,

Chabbert, M., Panagiotou, D., & Wendland, J. (2021). Predictive factors of women's subjective perception of childbirth experience: A systematic review of the literature. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(1), 43-66.

<https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1748582>

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5. Uppl.). Los Angeles: SAGE.

* (19) Coddington, R., Catling, C., & Homer, C., (2020). Seeing birth in a new light: the transformational effect of exposure to homebirth for hospital-based midwives. *Midwifery*, 88, 102755-102755. <http://doi.org/10.1016/j.midw.202.102755>

Davis, D. L., & Walker, K. (2010). Case-loading midwifery in new zealand: Making space for childbirth. *Midwifery*, 26(6), 603–608. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.01.004>

* (5) Demirci, A. D., Kabukcuglu, K., Haugan, G., & Aune, I. (2018). “I want a birth without interventions”: Women’s childbirth experiences from Turkey. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*. 32 (6), 515–522.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.12.011>

Drglin, Z. (2019). Towards Salutogenetic Birth Space. I M. Z. Jovandaric, & S. J. Milenkovic (Red.), *Childbirth*. (1.uppl., s. 89-104). London: IntechOpen.

<https://doi.org/10.5772/intechopen.89771>

Fahy, K., & Parratt, J. (2006). Birth Territory: A theory for midwifery practice. *Women and Birth*, 19, 45–50. doi: 10.1016/j.wombi.2006.05.001

Fhay. K., Parratt, J., Foureur, M. & Hastie. Carolyn. (2011) Birth Territory: A theory for midwifery practice. I R. Bryar & M. Sinclair (red.), *Theory for midwifery practice (second edition s. 215–240)*. Palgrave Macmillan: London.

Goldkuhl, L., Dellenborg, L., Berg, M., Wijk, H., Nilsson, C., Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. (2021). The influence and meaning of the birth environment for nulliparous women at a hospital-based labour ward in sweden: An ethnographic study. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.07.005>

* (14) Goncalves, D. d. S., Moura, M. A. V., de Figueiredo Pereira, Adriana Lenho, Queiroz, A. B. A., dos Santos, C. A., & Torquato, H. D. M. (2021). Satisfaction and dissatisfaction with normal birth from the care quality attributes standpoint. *Uerj Nursing Journal*, 29. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.59021>

* (15) Gutter, M-J., Cedraschi, C., Jemei, N., Boulvain, M., & Guillemin, F. (2014). Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14 (1), 254–254. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-254>

* (12) Hassan, S. J., Sundby, J., Abdullatif, H., & Espen, B. (2012). The paradox of vaginal examination practice during normal childbirth: Palestinian women's feelings, opinions, knowledge and experiences. *Reproductive Health*, 9 (1), 16–16. DOI <https://doi.org/10.1186/1742-4755-9-16>

Henricson, M. (2017) Diskussion. I M. Henricsson (Red). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (Andra upplagan). (s.411–420) Lund: Studentlitteratur. ISBN: 9789144113289

International Confederation of Midwives, (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. Hämtad 24 augusti 2022 från <https://internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/international-code-of-ethics-for-midwives.html>

Joanna Briggs Institute (2017). *The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews Checklist for Qualitative Research*. Hämtad 24 september 2021 från

<http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>

Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 15:251. DOI 10.1186/s12884-015-0683-0

Khajehei, M., & Doherty, M. (2012). Childbirth in Pleasure and Ecstasy: A Fountain of Hormones and Chemicals. *International Journal of Childbirth Education*, 27(3), 73–80.

Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, A., & Arndt, M. (2001). Privacy: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 38(6), 663–671. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(00\)00111-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00111-5)

Lothian, J., Do not disturb: The importance of privacy in labor. *The Journal of Perinatal Education*, 2004. 13(3), 3–6.

Malterud, K. (2019). Qualitative metasynthesis: A research method for medicine and health sciences. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429026348>

Mayberry, L., & Daniel, J. (2016). ‘Birthgasm.’ *Journal of Holistic Nursing*, 34(4), 331–342. <https://doi-org.www.bibproxy.du.se/10.1177/0898010115614205>

* (20) McNeils, M. (2013). Women’s experiences of care during labour in a midwifery-led unit in the republic of Ireland. *British Journal of Midwifery*, 21 (9), 622–631. <https://doi.org/10.12968/bjom.2013.21.9.622>

Moe, A., Hellzen, O., & Enmarker, I. (2013) The meaning of receiving help from home nursing care. *Nursing Ethics*, 20(7) 737–747. DOI: 10.1177/0969733013478959

* (17) Mohammadi, F., Tabatabaei, H. s., Mozafari, F., & Gillespie, M. (2020). Caregivers’ perception of women’s dignity in the delivery room: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 27 (1), 116–126. <https://doi.org/10.1177/0969733019834975>

* (10) Mselle, L.T., Kohi, T. W., & Dol J. (2019). Humanizing birth in Tanzania: a qualitative study on the (mis) treatment of women during childbirth from the perspective of mothers and fathers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19 (1), 231–231. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2385-5>

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421–438). Studentlitteratur.

* (13) Nasir, S., Kea, A. Z., Steege, R., Limato, R., Tumbelaka, P., Datiko, D. G., Kok, M., Ahmed, R., & Taegtmeir, M. (2020). Cultural norms create a preference for traditional birth attendants and hinder health facility-based childbirth in Indonesia and Ethiopia: a qualitative inter-country study. *International Journal of Health Promotion and Education*, 58 (3), 109–123. <https://doi.org/10.1080/14635240.2020.1719862>

Noblit, G., & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies*. Newbury Park, CA: Sage.

Odent, M. (2018a). A Turning Point in Our Understanding of Human Birth...Reprinted from Chapter 3, “A Turning Point of Our Understanding of Human Birth,” from the book “The Birth of Homo, the Marine Chimpanzee: When the Tool Becomes the Master” by Michel Odent. *Midwifery Today*, 126, 14–16.

Odent, M. (2018b). Is Labor a Complication of Socialized Birth?. Hämtad 24 september 2021 från <https://midwiferytoday.com/mt-articles/is-labor-a-complication-of-socialized-birth/?fbclid=IwAR0jjLwxGXpEz0TF-EC0TNQOj0CuEzn6slDIyBhmkweFLg3Wz-zkJ5bsSnY>

Olza, I., Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., Villamea, S., Hadjigeorgiou, E., Kazmierczak, M., Spyridou, A., Buckley, S., & Sveriges lantbruksuniversitet. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PloS One*, 15(7), e0230992-e0230992. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>

* (11) Phiri, S. N., Fylkesnes, K., Ruano, A. L., & Moland, K. M. (2014). ‘Born before arrival’: user and provider perspectives on health facility childbirths in Kapiri Mposhi district, Zambia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14 (1), 323–323. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/323>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11. Uppl.). Wolters Kluwer Health.

Prismas engelska ordbok. (1992). Privacy. Stockholm: Bokförlaget Prisma.

Privacy. (25 augusti) I *Dictionary.com*. Hämtad 25 augusti från [dictionary.com/browse/privacy](https://www.dictionary.com/browse/privacy)

Romano AM, & Lothian JA. (2008). Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(1), 94–105. <https://doi-org.www.bibproxy.du.se/10.1111/j.1552-6909.2007.00210.x>

Simkin P, Bolding A. (2004) Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Womens Health*. 49(6), 489–504. doi: 10.1016/j.jmwh.2004.07.007. PMID: 15544978.

Stark, M. A., Remyne, M., & Zwelling, E. (2016). Importance of the Birth Environment to Support Physiologic Birth. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(2), 285–294. <https://doi-org.www.bibproxy.du.se/10.1016/j.jogn.2015.12.008>

Stenglin, M., & Foureur, M. (2013). Designing out the fear cascade to increase the likelihood of normal birth. *Midwifery*, 29(8), 819-825. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.04.005>

* (9) Ulfsdottir, H., Saltvedt, S., Ekborn, M., & Georgsson, S. (2018). Like an empowering micro-home: A qualitative study of women's experience of giving birth in water. *Midwifery*, 67, 26-31. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.09.004>

* (3) Valizadeh, F., Heshmat, F., Mohammadi, S., & Motaghi, Z. (2021). Affecting factors of parturient Women's privacy preservation in the maternity ward: A qualitative study. *Journal of Family and Reproductive Health*, 15 (3), 186–195. <https://doi.org/10.18502/jfrh.v15i3.7137>

* (6) Vargas, E., Marshall, R. A., & Mahalingam, R. (2021). Capturing women's voices: lived experiences of incivility during childbirth in the United States. *Women & Health*, 61 (7), 689–699. <https://doi.org/10.1080/03630242.2021.1957745>

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 26 september från

https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningsed*. Hämtad 29 april från https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf

Warren, C., Njuki, R., Abuya, T., Ndwiga, C., Maingi, G., Serwanga, J., Mbehero, F., Muteti, L., Njeru, A., Karanja, J., Olenja, J., Gitonga, L., Rakuom, C., & Bellows, B. (2013). Study protocol for promoting respectful maternity care initiative to assess, measure and design interventions to reduce disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 13(1), 21. <https://doi-org.www.bibproxy.du.se/10.1186/1471-2393-13-21>

White Ribbon Alliance. (u.å). *Respectful maternity care: The universal rights for women & newborns*. Hämtad 24 augusti 2022 från https://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2022/05/WRA_RMC_Charter_FINAL.pdf

Wood, R. J., Mignone, J., Heaman, M. I., Robinson, K. J., & Roger, K. S. (2016). Choosing an out-of-hospital birth centre: Exploring women's decision-making experiences. *Midwifery*, 39, 12-19. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.003>

World Health Organizations [WHO]. (2016). *Standards for improving maternal and newborn healthcare in facilities*. Hämtad 24 augusti 2022 från <file:///C:/Users/lenovo/Downloads/9789241511216-eng.pdf>

Willman, A. & Stoltz, P. (2017). Metasyntes. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

World Medical association. (2018). *Helsingforsdeklarationen*. Hämtad 2 juni 2022 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Bilagor

Bilaga 1: Översikt litteratursökning

Databas	Sökord	Begränsningar	Sökträffar	Lästa abstract	Genomlästa artiklar	Inkluderade efter första genomläsning	Kvalitetsgranskade artiklar	Artiklar i metasyntesen
PubMed	(“Privacy” [Mesh]) AND “Parturition” [Mesh]	2011-2022 English language	20	9	5	3	2	2
PubMed	privacy AND (Childbirth OR Parturition) AND experience NOT review	2011-2022 English language	91	43	24	17	9	9
Cinahl	MH “Childbirth” AND Privacy	Peer Reviewed, 2011-2020 English language	64	31	4	3	0	0
Cinahl	(Childbirth or Parturition) AND Privacy AND qualitative research	Peer Reviewed, 2011-2020 English language	32	7	3	2	2	2
Web of Science	Childbirth AND Privacy AND experienc*	2011-2022	126	29	2	2	1	1
Web of Science	“delivery room” AND Privacy	2011-2022	13	6	3	2	2	2

Bilaga 2: JBI QARI

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not Applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info.

Comments (Including reason for exclusion)

Bilaga 3: artikelmatris

Num-mer	Förste författare och år.	Land	Titel	Syfte	Design och metod	kontext	Deltagare	Kvalité
1	Hussein Abdallah. Almajeed, S.A 2019	Australien/Jordanien	Uncovered and disrespected. A qualitative study of Jordanian women's experience of privacy in birth.	Att undersöka betydelsen av "privacy" för Jordanska kvinnor vid barnafödande.	Kvalitativ, tolkande design med semi-strukturerade intervjuer. Tematisk analys.	Studien utfördes på orterna Irbid, Jordanien och Sydney Australien, med kvinnor som antingen fött i Jordanien eller i Jordanien och Australien.	27 (varav 20 bodde i Jordanien och 7 bodde i Australien)	Hög
2	Hussein Abdallah. Almajeed, S.A 2020	Australien/Jordanien	Jordanian women's experiences and constructions of labour and birth in different settings, over time and across generations: a qualitative study:	Att undersöka jordanska kvinnors upplevelser och tolkningar av födande i olika miljöer (hemma, offentlig vård och privat vård i Jordanien och i offentlig vård i Australien), över tid och generationer.	Kvalitativ, tolkande design med semi-strukturerade intervjuer. Tematisk analys.	Studien utfördes på orterna Irbid, Jordanien och Sydney Australien, med kvinnor som antingen fött i Jordanien eller i Jordanien och Australien.	27 (varav 20 bodde i Jordanien och 7 bodde i Australien)	Hög
3	Valizadeh, F. 2021	Iran	Affecting Factors of Parturient Women's Privacy Preservation in The Maternity Ward: A Qualitative Study	Att undersöka faktorer som påverkar bevarandet av 'privacy' för födande kvinnor.	Kvalitativ design med semistrukturerade intervjuer och innehållsanalys enligt en femstegsmetod.	Två förlossningsenheter i Shahrod, Iran.	21 kvinnor som fött vaginalt och 19 barnmorskor och barnmorskestudenter.	Hög
4	Aksoy, S. 2018	Turkiet	Privacy in perinatal services: a qualitative study	Att undersöka uppfattningar om 'privacy' hos kvinnor som mottog perinatal vård, samt hos sjukvårdspersonal som utförde vården.	Kvalitativ design med semi-strukturerade intervjuer med innehållsanalys.	Ett stort sjukhus i Istanbul, Turkiet	20 kvinnor som var gravida eller som nyligen fött. 15 vårdpersonal.	Hög
5	Demirci, A 2018	Turkiet	"I want a birth without	Att klargöra hur förstföderskor i Turkiet	Grounded theory guidade djupintervjuer. Datan	Sex offentliga och sex privata sjukhus i urbana	12 kvinnor som fött vaginalt 6 till 8 veckor tidigare.	Hög

			interventions”: Women’s childbirth experiences from Turkey	upplever födande och förlossningsvård.	analyserades med konstant jämförande metod.	områden i södra och mellersta Turkiet.		
6	Vargas, E. 2021	USA	Capturing women’s voices: lived experiences of incivility during childbirth in the United States	Att utforska fenomenologin i ’incivility’, -en lågintensiv misshandel upplevd av kvinnor under födande i USA.	Induktiv kvalitativ design. Kombination av tolkande fenomenologisk analys och tematisk analys.	Svar från en internetbaserad enkätstudie som gjordes 2018 med kvinnliga deltagare från hela USA	200 kvinnor som fött barn på sjukhus.	Hög
7	Asrese, K 2020	Etiopien	Quality of intrapartum care at health centers in Jabi Tehinan district, Northwest Ethiopia: clients’ perspective	Att uppskatta kvalitén på förlossningsvården upplevd av kvinnor som fött på hälsocenter.	Mixad-metod. Tvärsnittsstudie med enkät, samt semistrukturerade intervjuer. Kvantitativa data analyserades med SPSS. Kvalitativa data transkriberades och användes för att substantiera kvalitativa data	Fyra hälsocenter i Jabi Tehinan distriktet, Amhara Regionen, nordvästra Etiopien.	Kvantitativa data från 378 kvinnor som haft okomplicerade födselar på hälsocenter inom 6 månader innan datainsamlingen. 25 kvinnor intervjuades.	Hög
8	Atukunda, E. 2020	Uganda	When women deliver at home without a skilled birth attendant: A qualitative study on the role of health care systems in the increasing home births among rural women in southwestern Uganda.	Att utforska och förstå barriärer för kvinnors beslut att föda på hälsocenter bland kvinnor som nyligen fött på landsbygden i sydvästra Uganda	Kvalitativ metod. Intervjuer med öppna frågor. Induktiv innehållsanalys.	Mbarara distriktet på landsbygden i sydvästra Uganda	15 kvinnor som fött hemma och 15 kvinnor som fött på hälsocenter inom tre månader före intervjun.	Hög
9	Ulfsdottir, H.	Sverige	Like an empowering micro-	Att beskriva kvinnors erfarenheter och	Kvalitativ induktiv studie med djupintervjuer.	Ett sjukhus i Stockholm som erbjöd möjligheten att föda i	20 kvinnor som fött i vatten tre till fem månader före intervjun.	Hög

	2018		home: A qualitative study of women's experience of giving birth in water.	upplevelser av att föda i vatten.	Kvalitativ innehållsanalys.	vatten.		
10	Mselle, L. 2019	Tanzania	Humanizing birth in Tanzania: a qualitative study on the (mis) treatment of women during childbirth from the perspective of mothers and fathers:	Att beskriva mödrars och fäders erfarenheter av barnafödande i Tanzania i relation till (illa-) behandling.	Kvalitativ deskriptiv design. Semi-strukturerade intervjuer och fokusgruppsdiskussioner. Analys guidad av Bohren's et als typologi om illabehandling av kvinnor i samband med barnafödande.	Två sjukhus i Lake Zone regionen i Tanzania.	6 mödrar och 6 fäder intervjuades. 13 mödrar och 12 fäder deltog i fokusgruppsdiskussionerna.	Hög
11	Ng'anjo Phiri, S. 2014	Zambia	'Born before arrival': user and provider perspectives on health facility childbirths in Kapiri Mposhi district, Zambia	Att öka förståelsen av tillit till att föda på klinik genom att utforska hur patienter och vårdgivare upplevde den låga användningen av klinikfödelse.	Kvalitativ studie med fokusgruppsdiskussioner samt djupintervjuer. Induktiv innehållsanalys.	Kapiri Mposhi, ett landsbygdsdominerat distrikt i Zambia.	Fokusgrupp med 22 kvinnor. intervju med 5 vardera av; kvinnor som fött hemma, makar, byledare, traditionella barnmorskor och barnmorskor.	Hög
12	Hassan, S. 2012	Palestina	The paradox of vaginal examination practice during normal childbirth: Palestinian women's feelings, opinions, knowledge and experiences:	Syftet med denna explorativa kvalitativa studie var att utforska kvinnors känslor, åsikter, kunskap och upplevelser av vaginala undersökningar under normala födslar.	Mixad metod.	Ett palestinskt offentligt sjukhus.	176 kvinnor som nyligen fött.	Hög
13	Sudirman, N. 2018	Etiopien och Indonesien	Cultural norms create a preference for traditional birth attendants and hinder health facility-based	Utforska kulturella barriärer till att föda på sjukhus på utvalda studieorter i Indonesien och Etiopien.	kvalitativ fenomenologisk design. Semistrukturerade intervjuer och fokusgruppsdiskussioner.	Indonesien: Fyra byar i sydvästra Sumba distriktet i östra Nusatenggara provinsen och fyra byar i Cianjur distriktet, West Java provinsen. Etiopien: Sex	Deltagare var mödrar, makar manliga bymedlemmar, traditionella barnmorskor, byledare, lokala hälsopolitiker och vårdpersonal inom kvinnosjukvård.	Hög

			childbirth in Indonesia and Ethiopia: a qualitative inter-country study			distrikt i Sidama Zone, i södra Etiopien.	Totalt 154 intervjuer och 162 fokusgruppsdeltagare.	
14	da Silva Gonçalves, D. 2012	Brasilien	Satisfaction and dissatisfaction with normal birth from the care quality attributes standpoint	Att undersöka attribut hos vården som associerades med födande kvinnors missnöje och nöjdhet.	Kvalitativ och deskriptiv design. Semi-strukturerade intervjuer. Tematisk innehållsanalys.	Ett kommunalt sjukhus i Rio de Janeiro, Brasilien.	30 kvinnor i puerperiet som fött vaginalt.	Hög
15	Guittier, M-J. 2015	Schweiz	Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: a qualitative study	Att fastställa viktiga element associerade med kvinnors upplevelser av sin första förlossning utifrån förlossningssätt; vaginalt eller med kejsarsnitt.	Kvalitativ metod. Djupintervjuer och tematisk innehållsanalys.	Universitetssjukhuset i Geneve Schweiz.	24 förstföderskor som fött vaginalt eller med kejsarsnitt 4 till 6 veckor före intervjutillfället.	Hög
16	2013	Indien	Delivery should happen soon and my pain will be reduced: understanding women's perception of good delivery care in India	Att förstå aspekter av vården som kvinnor upplever viktiga vid barnafödande.	Individuella intervjuer och fokusgrupps-diskussioner	Jamtara distriktet i Jharkhand i östra Indien.	49 kvinnor som fött normalt, vaginalt inom 42 dagar före intervjutillfället hemma eller på hälsocenter.	Hög
17	Mohammadi, F. 2020	Iran	Caregivers' perception of women's dignity in the delivery room: A qualitative study	Att definiera och förklara begreppet värdighet för kvinnor i förlossningsrummen från vårdpersonalens perspektiv.	Kvalitativ metod. Semistrukturerade intervjuer. Innehållsanalys.	Förlossningssjukhus som hade samarbete med Medical Science University i sydöstra Iran	20 yrkesverksamma inom förlossningsvården. (det framgår vilka som är barnmorskor).	Hög
18	Askari, F. 2014	Iran	Exploring Women's Personal Experiences of	Att beskriva kvinnors erfarenheter av att föda I Gonabad City som	Kvalitativ fenomenologisk. Semi-strukturerade	Universitetssjukhus i Gonabad.	21 förstföderskor som haft en okomplicerad vaginal födsel.	Hög

			Giving Birth in Gonabad City: A Qualitative Study	hade positiva förlossningsupplevelser för att kunna etablera kvalitetsmarkörer och relaterade faktorer för barnmorskans ansvarsområde för fenomenet.	djupintervjuer. Kvalitativ innehållsanalys.			
19	Coddington, R. 2020	Australien	Seeing birth in a new light: The transformational effect of exposure to homebirth for hospital-based midwives	Att utforska erfarenheter av att arbeta med regionsfinansierade hemfödslar i Australien hos barnmorskor som vanligtvis arbetar på sjukhus.	Kvalitativ deskriptiv studie med grounded-theory metodologi. Semistrukturerade telefonintervjuer.	Fem stater eller territorier i Australien där hemfödslar var offentligt finansierade.	21 barnmorskor som arbetade på 8 olika sjukhus och som hade erfarenhet av att ha deltagit i offentligt finansierade hemfödelsprojekt.	Hög
20	Margot McNelis 2013	Irland	Women's experiences of care during labour in a midwifery-led unit in the Republic of Ireland	Att utforska och tolka kvinnors upplevelser av en barnmorskeledd vårdmodell för förlossningsvården på en barnmorskeledd enhet i Irland.	Deskriptiv kvalitativ metod. Semistrukturerade djupintervjuer. Tolkande fenomenologisk analys.	En barnmorskeledd förlossningsenhet i Irland.	8 kvinnor som fött på enheten.	Hög