



Åsa Larsson

Barnafödandets mysterium

– en begrundan av vardande och vårdande





Åsa Larsson
Född 1956

Studier, examina

Legitimerad Sjuksköterska, Skövde, 1980

Legitimerad barnmorska, Falun 1986

Kandidatexamen i vårdvetenskap, Borås, 2004

Magisterexamen i vårdvetenskap, Borås. 2007

Bilden på pärmen "FØDSEL – Tegninger af Torsten Johansson 1953"



Barnafödandets mysterium

– en begrundan av vardande och vårdande

Åsa Larsson

Vårdvetenskap
Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier
Åbo Akademi
Vasa, Finland, 2018

ISBN 987-952-12-3648-8
Painosalama Ab – Åbo, Finland 2017

ABSTRAKT

Åsa Larsson **Barnafödandets mysterium**
– en begrundan av vardande och vårdande

Handledare HVD, Docent Carola Wärnå-Furu, Enheten för vårdvetenskap,
Åbo Akademi, Vasa
HVD Yvonne Näsman, Enheten för vårdvetenskap,
Åbo Akademi, Vasa

Barnafödandets mysterium — en begrundan av vardande och vårdande

Syftet med avhandlingen är att fördjupa förståelsen för den barnafödande kvinnans vardande i hälsa och lidande och innebörden av vårdande vid barnafödande. Särskilt fokus har lagts på den andliga dimensionens innebörd vid barnafödande. Avhandlingen är en sammanläggningsavhandling bestående av fyra delstudier och en sammanfattande del som utmynnar i en helhetsförståelse beskriven i en teorimodell om vardande och vårdande vid barnafödande. Tre av delstudierna är intervjustudier och den fjärde är en idéhistorisk studie.

Det teoretiska perspektivet är vårdvetenskap, så som det är utvecklat vid Enheten för vårdvetenskap vid Åbo Akademi i Finland. Erikssons caritativa vårdteori och den ontologiska hälsomodellen är det som framför allt formar perspektivet.

Gadamers hermeneutiska filosofi utgör den epistemologiska och metodologiska ansatsen där sökande efter mening och sanning sker genom tolkning och förståelse. Texter av existensfilosofen Gabriel Marcel har använts för att vidga förståelsehorisonten i resultatdelen.

Resultatet visar att den barnafödande kvinnan har en längtan och strävan efter integration, hon är i vardande, meningssökande och sårbar. Hälsa och lidande är tätt sammanflätat vid barnafödande och sårbarheten utgör det huvudsakliga motivet för vårdande. Längtan, sökandet efter mening och önskan att skydda det ogripbara och heliga tillhör barnafödandets andliga dimension.

Barnafödandet kan genom Marcells texter förstås som ett mysterium. Ett mysterium kan inte förklaras objektivt men genom begrundan kan det integreras i livet. I det som Marcel beskriver som den objektiva problemsfären kan kropp och själ skiljas åt men en förlösande anda som innebär trygghet och tillit kan bidra till en förening av kropp och själ. Det innebär helhet och hälsa.

Caritativ vård vid barnafödande innebär att skydda mysteriet och bistå kvinnan i den integrerande rörelsen. Vårdarens ethos bidrar till den anda där den barnafödande kvinnans vardande rörelsen kan äga rum.

Genom att uppmärksamma den barnafödande kvinnans existentiella situation kan nya tanke-mönster och ny tematik medföra reflektion hos vårdare som kan bidra till utveckling av caritativ vård vid barnafödande.

Sökord: vårdvetenskap, caritativ teori, ontologiska hälsomodellen, hermeneutik, andlighet, barnafödande, midwifery

ABSTRACT

Åsa Larsson **The mystery of childbirth**
 – a reflection on becoming and caring

Supervisors PhD, Associate Professor Carola Wärnä-Furu, Åbo Academy University,
 Department of Caring Science, Vasa
 PhD Yvonne Näsman, Åbo Academy University,
 Department of Caring Science, Vasa

The mystery of childbirth — a reflection on becoming and caring

The purpose of this dissertation is to deepen understanding of the childbearing woman's becoming in health and suffering and the meaning of caring in childbirth. Particular focus has been placed on understanding the meaning of the spiritual dimension of childbirth. This dissertation is a compilation dissertation comprised of four sub-studies and a summary section, which yields comprehensive understanding of becoming and caring in childbirth, presented in a theory model. Three of the sub-studies were interview studies and one was a history of ideas study.

The theoretical perspective used was caring science as developed at the Department of Caring Science, Åbo Akademi University, Finland. Eriksson's theory of caritative caring and the ontological health model were what primarily shaped the perspective.

Gadamer's hermeneutical philosophy formed the epistemological and methodological approach, where the search for meaning and truth occurred through interpretation and understanding. Texts by the existential philosopher Gabriel Marcel were used to broaden the horizons of understanding in the findings.

The findings show that the childbearing woman has a longing for and seeks integration, she is in becoming, seeks meaning and is vulnerable. Health and suffering are tightly intertwined with childbirth, and vulnerability comprises the main motivation for caring. Longing, the search for meaning and the desire to protect the incomprehensible and holy are part of the spiritual dimension of childbirth.

In accordance with Marcel's texts, childbirth can be considered a mystery. A mystery cannot be objectively understood or explained, but through that which Marcel calls recollection it can be integrated into life. In Marcel's objective sphere of the problematic, body and soul can be separated, but a redemptive spirit that entails a sense of security and trust can contribute to their union. This entails wholeness and health.

Caritative care during childbirth entails protecting the mystery and assisting the childbearing woman in the integrating movement. The carer's ethos contributes to a spirit where the childbearing woman's movement in becoming can take place.

By focusing on the childbearing woman's existential situation, new patterns of thought and new thematics can lead to reflection for a carer, which can contribute to the development of caritative care during childbirth.

Keywords: caring science, caritative theory, ontological health model, hermeneutics, spirituality, childbirth, midwifery

FÖRORD

I januari 2011 antogs jag som forskarstudent vid Enheten för vårdvetenskap vid Åbo Akademi. Men att skriva en avhandling om barnafödande, ontologi, vårdande och existens är inget som startar vid en bestämd tidpunkt. Det är en lång process, en begrundan, som har sitt ursprung i frågor, funderingar och tankar som uppkommer under årens lopp och vävs in i livsresan.

De svar som presenteras i denna avhandling kan inte sägas vara den absoluta sanningen, men jag känner en tillförsikt och en ro över att ha kunnat formulera och gestalta något av det som bär sanningens kännetecken dvs. det som fördjupar vår kunskap och ökar vår insikt.

Frågorna jag burit på har framförallt sitt ursprung i min egen erfarenhet av barnafödande. Som utbildad barnmorska har jag en stor fascination över det naturliga förlossningsförloppet. Kvinnokroppen har en oerhörd intelligens att låta barnet växa och mogna för att sedan föda fram det i ett sinnrikt system av fysiologiska, mekaniska och hormonella processer. Egen erfarenhet har emellertid gett en förvissning om att födandet, vid sidan av kroppens fysiologiska processer, har en existentiell dimension som om den uppmärksammas och vårdas kan bidra till den barnafödande kvinnans helande och hälsa.

Som yrkesverksam barnmorska har verksamhetsområdet framför allt varit vård under graviditet. Efterhand har frågor om vårdens utformning vuxit fram och mötet med den vårdvetenskapliga traditionen vid Åbo Akademi har gett möjlighet att på djupet studera vårdandets innebörd, mening och motiv. Jag känner en stor tacksamhet att ha fått denna möjlighet.

När jag nu sätter punkt för denna avhandling vill jag tacka alla de som hjälpt och stöttat mig på vägen. Tack till professor Terese Bondas som öppnade vägen till Vasa och gav handledning i början av avhandlingsarbetet. Varmt tack också till professor emerita Katie Eriksson och professor emerita Unni Lindstöm för goda dagar på Berget. Den andliga miljön på Berget och de fria samtalen om väsentliga ting var ovärderligt inspirerande.

Tack till mina handledare, professor Carola Wärnå-Furu och HVD Yvonne Näsman för er vägledning under avhandlingens framväxt. Mitt varma tack till HVD Jessica Hemberg för värdefulla kommentarer vid den interna slutgranskningen samt till avhandlingens externa granskare professor Katri Vehviläinen-Julkunen och docent Annsofie Adolfsson. Tack också till biträdande professor Yvonne Hilli för uppmuntran och stöd.

Tack till FoU-enheten i Södra Älvsborg för ekonomiskt projektstöd. Tack även rektor vid Åbo Akademi för stipendiet i avhandlingens slutskede och ekonomiskt bidrag till tryckningen av avhandlingen.

Tack till alla doktorandkollegor för trevlig samvaro i Vasa. Speciellt tack till min resekompis Margareta Karlssons för uppmuntran och stöttande samtal. Innerligt tack till Anita och Anders Wikberg som visat så stor generositet och låtit mig bo i deras hem under forskarveckorna. Tack också till alla mina fina barnmorskekollegor och till alla informanter som tagit sig tid att berätta om sina erfarenheter av barnafödande.

Så vill jag tacka min familj, släkt och vänner som haft förståelse och stöttat mig igenom denna resa och visat att det finns en värld utanför skrivandet. Ni ger alla mening åt mitt liv. Ingrid och Christina, tack för att ni med jämnmot lyssnat på mina vårdvetenskapliga utläggningar. Tack Henrik för att jag får kvalitetstid med dig på väg till jobbet. Tack mamma Thea för din omsorg och att du håller mina fötter varma. Jag har fått se min dotter som barnaföderska, att få barnbarn ger tillvaron en djupdimension utan motstycke. Tack älskade August för att jag får va med dej.

Till sist vill jag tacka Bertil. Du har aldrig har sagt det, men du har säkert undrat vad jag håller på med egentligen. Vad det än är, så är det klart nu. Tack för att du finns vid min sida.

Hajom, januari 2018

Till minnet av pappa Ture



Åsa Larsson

FÖRTECKNING ÖVER ARTIKLAR

Avhandlingen är en sammanläggningsavhandling bestående av fyra delstudier och en sammanfattande ramberättelse. De fyra delstudierna är publicerade som vetenskapliga artiklar.

ARTIKEL I

Larsson, Å., Lundgren, I. & Bondas, T. (2014). Fördjupad hälsa – kvinnors upplevelse av att planera och föda sitt barn hemma. *Hoitotidede*, 26 (1), 2–10.

ARTIKEL II

Larsson, Å., Wärnå-Furu, C. & Näsman, Y. (2016). Expecting a child: pregnancy in light of an ontological health model. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 30 (4): 757–765.

ARTIKEL III

Larsson, Å., Wärnå-Furu, C. & Näsman, Y. (2016). The meaning of caring in prenatal care from Swedish women's perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Science*. doi: 10.1111/scs.12383.

ARTIKEL IV

Larsson, Å. & Hilli, Y. (2016). The ethos of caring within midwifery: A history of ideas study. *Nursing Ethics*. doi: 10.1177/0969733016669866.

De publicerade artiklarna har omtryckts med copyrightsinnhavarens tillåtelse.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|---|-----------|
| DÄR DET HELA BÖRJAR..... | 11 |
| 1. INLEDNING | 11 |
| 2. AVHANDLINGENS SYFTE, FRÅGESTÄLLNINGAR | 15 |
| OCH UPPBYGGNAD | 15 |
| 3. TEORETISKT PERSPEKTIV | 18 |
| Människan som enhet..... | 18 |
| Den ontologiska hälsomodellen | 20 |
| Caritativ vård..... | 21 |
| 4. LITTERATURÖVERSIKT | 22 |
| Religiösa och kulturella föreställningar | 22 |
| Vårdvetenskaplig forskning om barnafödande och mödrahälsovård | 26 |
| Sammanfattning av litteraturöversikten..... | 32 |
| ÖPPNINGEN MOT DET NYA | 34 |
| 5. METODOLOGI OCH EPISTEMOLOGI..... | 34 |
| Sökande efter sanning och mening genom tolkning och förståelse | 35 |
| Den hermeneutiska forskningsprocessen | 36 |
| Forskningsetiska reflektioner..... | 38 |
| 6. MATERIAL OCH METOD | 39 |
| Material och metod i delstudierna | 39 |
| Material, tolkningsmönster och teorigenerering i ramberättelsen..... | 41 |
| DEN NYSKAPANDE HELHETEN | 44 |
| 7. SYNTES AV DELSTUDIerna | 44 |
| Hälsan och lidandets gestaltning vid barnafödande | 45 |
| Caritativ vård vid barnafödande..... | 48 |
| Den andliga dimensionens innebörd vid barnafödande..... | 50 |
| 8. DET ONTOLOGISKA MYSTERIET..... | 51 |
| Barnafödande som problem och mysterium..... | 51 |
| Tro, hopp och kärlek som andliga resurser..... | 53 |
| 9. HELHETSFÖRSTÅELSE FORMULERAD I EN TEORIMODELL..... | 55 |
| Den barnafödande kvinnans vardande | 56 |
| Det caritativa vårdandets gestaltning vid barnafödande | 60 |
| En förlösande anda av tro hopp och kärlek | 62 |

| | |
|---|-----------|
| BGRUNDAN AV DET NYA | 65 |
| 10. KONKLUSION | 65 |
| 11. KRITISK GRANSKNING AV KUNSKAPSBEHÅLLNINGEN..... | 66 |
| 12. VÅRDVETENSKAPLIGA IMPLIKATIONER | 70 |
| | |
| ENGLISH SUMMARY | 72 |
| | |
| REFERENSER | 81 |
| | |
| BILAGOR | |
| Bilaga 1. Vårdvetenskapens axiom och teser..... | 94 |
| | |
| ARTIKLAR I-IV..... | 95 |
| | |
| TABELLER | |
| Tabell 1. Översikt av delstudierna | 17 |
| | |
| FIGURER | |
| Figur 1. Resultat från delstudierna med centrala forskningsrön | 42 |
| Figur 2. Hälsan och lidandets gestaltning vid barnafödande | 46 |
| Figur 3. Teorimodell | 55 |
| Figur 4. Theory model..... | 79 |

DÄR DET HELA BÖRJAR

1. INLEDNING

Sårbarheten är kärlekens möjlighet
(Grenholm, 2005, s. 127)

Barnafödande¹ tillhör livsvillkoren och är en central del av många kvinnors liv. Det är ett i grunden naturligt och friskt tillstånd men ett skede som präglas av stora förändringar. De kroppsliga förändringarna är kanske de mest påtagliga för kvinnan men även i den själsliga dimensionen kan omställningen vara märkbar, och i alla kulturer omgärdas graviditet och födande av kulturella förställningar och värderingar (Callister, 1995; Höjeborg, 2000; Fredriksen, Harris, Moland & Sundby, 2014). Kvinnan påverkas av aktuella idéer, normer och förväntningar i samhället och den alltmer komplexa tillvaron med krav på utveckling har betydelse för förståelsen av den nya livsfasen. Den andliga dimensionen hos den barnafödande kvinnan tillhör de mer dolda och utforskade (Hall, 2006; Waldenström, 1996). Genom barnafödandet kommer livsfrågorna närmare och två stora behov i livet förenas: begär efter liv och begär efter kärlek (Grenholm, 2005; Eriksson & da Silva, 1991). Människans sökande efter mening medför existentiella utmaningar i mötet med livets skörhet och begränsningar, oro och ovisshet som vid barnafödande. Det ställer existentiella frågor på grund av närheten till liv och död (Hall, 2006; Modh, Lundgren & Bergbom, 2011).

Den professionella vården² under barnafödande har historiskt sett varit mest inriktad på vård under förlossning och närmaste tiden efter. Utifrån svenska förhållanden var det under mellankrigstiden som vård under graviditeten gjorde sitt inträde. Folkhälsoperspektivet är framträdande inom svensk mödrahälsovård, och en grundläggande avsikt är att förebygga och tidigupptäcka tillstånd som kan leda till sjukdom. Folkhälsoarbete har ett brett stöd i Sverige och mödravården har en så gott som hundra procentig uppslutning. Stora framsteg har gjorts med avseende på mödrars och barns minskade sjuklighet och dödlighet i samband med graviditet och födande. Den västerländska medicinska utvecklingen har generellt fört mycket gott med sig. Det finns dock en fara i att ensidigt se barnafödandet som en fysiologisk process och en biomedicinsk händelse (Waldenström, 2005; 2007). Det kan reducera kvinnan till att enbart vara en kropp där barnafödandet blir en funktion och andliga och själsliga behov lämnas därhän (Davis-Floyd, 1994; 2001).

¹ Begreppet *barnafödande* betecknar här både graviditet och födande.

² Vårdvetenskapen gör skillnad på naturlig och professionell vård. Den naturliga vården syftar på människans inneboende vilja att vårda, ett mänskligt medfött beteende. Naturlig vård utgör utgångspunkten, kärnan och målet i den yrkesmässiga och professionella vården (Lindström m.fl., 2010). Se vidare teoretiskt perspektiv s.18-21.

Vårdvetenskaplig forskning kring graviditet inriktas i första hand på att fördjupa kunskapen om kvinnans egna upplevelser. Utifrån detta perspektiv har graviditet beskrivits som en ”övergång till det okända” och en möjlighet till reflektion över den egna livssituationen (Lundgren, 2004, s.368). Graviditet kan vara en källa till ny kunskap om sig själv, en möjlighet att växa och stärka sin självbild. Bondas och Eriksson (2001) ger en beskrivning av graviditeten utgående från begreppen *lidande* och *glädje*. Begreppen pekar på att graviditet är en existentiell händelse och de ger underlag för att ytterligare beskriva denna aspekt då det i stor utsträckning är åsidosatt både inom forskning och i klinisk praxis. Det förefaller vara så att livets andliga och existentiella innebörder är mer utforskade i livets slut än i livets början (Hall, 2006; Grenholm, 2005). Det är troligen inte alltid ett förnekande av en andlig dimension som ligger bakom detta förhållande, men det kan vara en svårighet att veta hur man ska närma sig frågeställningen. Det andliga i vården kan upplevas som tabubelagt då det förknippas med religiös tro och därför inte skulle vara den professionella vårdens uppdrag. Men livsfrågor blir centrala i avgörande skeden i livet där människan söker ny mening och ny förståelse av livet. Det andliga har med människans djupaste väsen att göra, vilket även kopplar förståelsen till ett ontologiskt perspektiv (Rehnsfeldt & Arman Rehnsfeldt, 2003; Rehnsfeldt, 2007). Den teoretiska meningen, livsförståelsen, är som ett verktyg som hjälper människan att orientera och meningsge livet. Existentiell problematik uppstår när de verktyg vi har för livsförståelsen inte är tillräckliga (Grønlien Zetterqvist, 2002) och våra handlingsalternativ är beroende av det utrymme tanken får (Grenholm, 2005).

Föreliggande avhandling är förankrad i ett humanvetenskapligt och vårdvetenskapligt perspektiv så som det är utvecklat vid Enheten för vårdvetenskap vid Åbo Akademi i Finland (Eriksson, 2001; Lindström, Lindholm & Zetterlund, 2010). Det innebär att patientperspektivet är centralt och att forskningsintresset är vårdandets väsen och hur vårdandet tillägnas patienten. Avhandlingens kontextuella sammanhang är barnafödande och den barnafödande kvinnans möte med den professionella vården³. Patientperspektivet innebär inte en motsättning till ett medicinskt perspektiv utan handlar om den individuella erfarenheten av vårdandet och vårdhandlingar (Eriksson, 1987a).

³ Se fotnot 2.

Vårdandets uppgift är att lindra lidande och tjäna liv och hälsa och i och med det främja patientens vardande. Begreppet *vardande*⁴ betyder att en person håller på att utvecklas till något (Pauli, 1930; Eriksson, 2007). När en människa får växa i riktning mot sitt begär och sin längtan är hon i vardande vilket är en tillblivelseprocess, dvs. att bli hel och integrerad eller mer människa⁵. Vid barnafödande är det ett vardande i dubbel bemärkelse; kvinnan är i vardande mot det nya livet som mor och barnet som är en ny existens. Enligt Erikssons caritativa vårdteori⁶ ses lindring av lidande som en del av vårdande vård, och vårdande bidrar dessutom till att patienten har möjlighet att bli den hon innerst inne är, dvs. finna sin potential och få harmoni och balans i sitt inre (Eriksson, 2001; Lindström m.fl., 2010).

Hälsa kan definieras på olika sätt och är beroende av bakomliggande människobild (Nyström, 2014). Etymologiskt kan ordet härledas ur *hel* och *helig* och ett antagande är att människans strävan är att ständigt finna en ökad hälsa i bemärkelsen helhet. Hälsa i bemärkelsen helighet innebär livets okränkbarhet och är kännetecknande för människans värdighet (Edlund, 2002; 2003; 2012; Lindström m.fl., 2010). Många upplever instinktivt vördnad för livet i samband med graviditet och födande och den förtätade stämningen i födelseögonblicket kan kanske vara den mest påtagliga gestaltningen av den mänskliga heligheten (Moloney, 2006; Crowther, Smythe & Spence, 2015).

Det kan förefalla obefogat att tala om lidande i samband med barnafödande, som ofta förknippas med glädje och framtidshopp, men i en vårdvetenskaplig förståelse av hälsa och lidande är begreppen tätt sammanflätade (Bondas & Eriksson, 2001). Glädje finns i lusten och allvaret finns i lidandet (Eriksson, 2009; Nyström, 2014). När människan ser att det som är av värde kan förloras ser hon sambandet mellan lidande och hälsa. Lidandet är det som splittrar och hindrar den integrerande rörelsen men är också det som bidrar till vardandet. Det är i rörelsen mellan hälsa och lidande som människan når sin enhet (Eriksson, 1994; 2007).

Religionen har varit en viktig kulturformare och mycket av förställningar runt barnafödande och moderskap är sprunget ur ett kristet arv. I avhandlingens ramberättelse finns därför en teologisk problematisering som tjänar till att utforska den andliga dimensionen vid barnafödande (Eriksson & da Silva, 1991). Liksom i vårdvetenskaplig forskning, som nämnts ovan, verkar barnafödande inte heller inom trosreflektionen ha fått lika stort utrymme som döden och inte heller varit lika välartikulerat (Grenholm, 2005).

⁴ Se Nationalencyklopedin: <http://www.ne.se.lib.costello.pub.hb.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/vardande> (Hämtat 2017-02-01)

⁵ Se teoretiskt perspektiv s. 18-22

⁶ Se teoretiskt perspektiv s. 18-22

Barnafödande som en ofrånkomlig del av människans existens är ett tillfälle där vår mänskliga sårbarhet går i dagen, därför är det en särskild möjlighet att studera hälsans mening och lidandets gåta. Det kan dock vara svårt att analysera barnafödandet på grund av den skarpa gräns som i dag finns mellan kropp och själ, vilket i många sammanhang leder till att barnafödandet uppfattas som en enbart kroppslig och endimensionell företeelse (Grønlien Zetterqvist, 2002; Grenholm, 2005) ⁷. Genom vårdvetenskapens förståelse av människan som en integrerad enhet av kropp, själ och ande kan hälsans mångdimensionella karaktär synliggöras. Det är vanskligt att söka efter något osynligt. Liv kan levas och tolkas men kanske inte förklaras. Barnafödandets mysterium kan inte förklaras men begrundan kan ge ny förståelse och inseende ⁸.

Den hermeneutiska epistemologin och metodologin som använts i kunskapssökandet har gett möjlighet till en ökad förståelse då själva tolkningsakten innehåller både att frilägga och att tilldela mening (Ödman, 2007). Genom en förankring i klinisk vårdvetenskap och en ontologisk syn på hälsa och lidande kan siktet skärpas och det ges möjlighet att se djupare. Det vårdvetenskapliga perspektivet med artikulera begrepp och axiom ⁹ innebär ett meningssammanhang som är till hjälp för att se förbi det oväsentliga och söka ny förståelse (Lindstöm, m.fl., 2010).

Avhandlingen är ett sökande efter förståelse av hälsans och lidandets innebörd vid barnafödande. Det behövs en ny tematik kring barnafödandet som hjälper oss förstå den barnafödande kvinnan i hennes existentiella och ontologiska sammanhang ¹⁰ för att inte gå miste om viktiga dimensioner. Det ligger i vårdvetenskapens etiska uppdrag att forskningen tillägnas patienten och en vidgad kunskapsbas när det gäller hälsan och lidandets rörelse vid barnafödande kan i detta avseende ge möjlighet att utveckla vårdandet. Studien är i första hand förankrad i den kliniska vårdvetenskapen genom att den är bunden till kontexten barnafödande och mödrahälsovård. Genom den fördjupade förståelsen av vardande och vårdande i hälsa och lidande lämnar den också bidrag till den systematiska vårdvetenskapen.

⁷ Cristina Grenholm är präst och teolog i Svenska kyrkan och författare till boken *Moder-skap och kärlek. Schabloner och tankeutrymme i feministteologisk livsåskådningsreflektion* (2005). I boken analyseras vad som gömmer sig bakom moderskapets och kärlekens teologiska schabloner. Graviditet och födande inkluderas här i begreppet moderskap. Boken innehåller en teologisk reflexion över bebådelseberättelsen i Lukasevangeliet. Grenholm kopplar berättelsen till varje barnafödande kvinnas upplevelse av att vara i vardande.

⁸ Orden *mysterium* och *begrundan* används här i den betydelse som Gabriel Marcel anför, och som utvecklas i kap. 8.

⁹ Axiom är grundläggande satsar som bär på vårdvetenskapens substans. Vårdvetenskapens axiom: se bilaga 1.

¹⁰ Existentiella sammanhang berör människans frågor om livsmening och försök att förstå innebörden i människans existens. Existensen är en viktig kategori inom ontologin som betecknas som läran om verklighetens eller varandets beskaffenhet.

2. AVHANDLINGENS SYFTE, FRÅGESTÄLLNINGAR OCH UPPBYGGNAD

Syftet med avhandlingen är att fördjupa förståelsen av den barnafödande kvinnans vardande i hälsa och lidande. Avsikten är att genom denna ökade kunskap utveckla en teorimodell för vårdande vid barnafödande med fokus på den integrerande rörelsen av människans kropp, själ och ande. En ökad kunskap i detta avseende kan ge vårdare nya tankemönster och ny tematik som uppmärksammar den barnafödande kvinnans existentiella situation (Eriksson & Lindström, 2003).

Följande frågeställningar har varit utgångspunkt i sökandet efter svar:

- Hur gestaltas hälsa och lidande vid barnafödande?
- Vad karaktäriserar caritativ vård vid barnafödande?
- Vad är innebörden av den andliga dimensionen vid barnafödande?

Delstudie I, II och III är empiriska intervjustudier och artikel IV är en idé-historisk studie ¹¹. Samtliga studier befinner sig i kontexten graviditet, födande och vårdande vid barnafödande. Studierna ger olika infallsvinklar till avhandlingens frågeställningar och ger vägledning i sökandet efter svar. Delstudie I och II besvarar i första hand frågan om hälsans och lidandets gestaltning vid barnafödande. Delstudie III och IV besvarar i huvudsak frågan om vad som karaktäriserar caritativ vård vid barnafödande. För att få ökad kunskap och en fördjupad teoretisk förståelse för den andliga dimensionen vid barnafödande har en teoriladdning med texter av existensfilosofen Gabriel Marcel utförts i ramberättelsen (se kapitel 8).

Avhandlingens ramberättelse är indelad i fyra huvuddelar som är tänkta att metaforiskt spegla förlossningsprocessen ¹². Första delen är *Där det hela börjar*. Den består av utgångspunkter och perspektiv men det är även en betoning på *hela*, dvs. början är också en helhet. Här presenteras avhandlingens syfte och frågeställningar. Det teoretiska perspektivet som ligger till grund för studierna beskrivs. En forskningsöversikt speglar kunskapsläget när det gäller barnafödandets existentiella dimensioner och vården vid barnafödande.

¹¹ Se tabell 1, s.17.

¹² Vid information till blivande föräldrar brukar förlossningsförloppet delas upp i fyra steg (se t.ex. Västra Götalandsregionens vårdguide, www.1177.se). Latensskede, öppningsskede, utdrivningsskede och efterbördsskede.

Andra delen är *Öppningen mot det nya*. Här beskrivs epistemologin och metodologin som avhandlingens kunskapsbehållning vilar på. Hermeneutik och den hermeneutiska rörelsen är genomgående i delstudier, och den sammanläggande delen och tolkningen och förståelsens innebörd ges därför utrymme. Etiskt förhållningssätt beskrivs. Material och metod i delstudierna presenteras samt material, tolkningsmönster och teorigenereringen i ramberättelsen.

Den tredje delen utgör avhandlingens resultat och har fått rubriken *Den nyskapande helheten*. Denna del består av en syntes av de fyra delstudiernas resultat vilken speglas mot den vårdvetenskapliga substansen. Resultatdelen innehåller även en teoriladdning genom tolkning av Gabriel Marcel's filosofiska texter. Denna del av avhandlingen avslutas med en teori-modell med relevans för caritativt vårdande vid barnafödande. Resultatet förankras i vårdvetenskaplig substans och diskuteras i relation till tidigare forskning inom området.

Fjärde delen har fått rubriken: *Begrundan av det nya*. Det är en reflektion och diskussion av den nya kunskapsbehållningen. Slutsatser och implikationer för vårdandet och förslag till fortsatt forskning presenteras.

Tabell 1. Översikt av avhandlingens artiklar

| Artikel | I. Fördjupad hälsa – kvinnors upplevelse av att planera och föda sitt barn hemma | 2.Expecting a child: pregnancy in light of an ontological health model | 3.The meaning of caring in prenatal care from Swedish women's perspectives | 4. The ethos of caring within midwifery: A history of ideas study |
|------------------------|--|--|---|--|
| Syfte | Att få en fördjupad förståelse av innebörden i att planera och föda barn hemma | Att synliggöra graviditetens existentiella karaktär genom att söka efter dess hälsodimensioner så som de beskrivs i den ontologiska hälsomodellen | Att fördjupa förståelsen av innebörden av vårdandet i prenatal vård från gravida kvinnors perspektiv | Att beskriva idémönster I barnmorskans vårdande under första halvan av 1900-talet |
| Material | Intervjuer med tio kvinnor med erfarenhet av att planera och föda barn i hemmet | Sammanlagt 23 intervjuer med åtta kvinnor under och efter graviditeten | Intervjuer med tio kvinnor mellan en och två månader efter födandet | Barnmorskereglementet, Tidskriften <i>Jordemodern, Lärobok för barnmorskor</i> |
| Metod | Fenomenologi och hermeneutisk texttolkning | Hermeneutisk texttolkning | Hermeneutisk texttolkning | Idéhistoria |
| Huvudsakligt resultat | Studien ger ett vårdvetenskapligt perspektiv som fördjupar förståelsen av att planera och föda sitt barn hemma. Hemförlossning kan erfaras som fördjupad hälsa | I mötet med det livsförändrande allvaret och sårbarheten under graviditet, skapar den integrerande rörelsen det nya livet. Längtan är det begär som ger motivation att gå vidare | Innebörden i vårdandet beskrivs i tre teman: inbjudan och löfte om vård; bevittnande och bekräftelse; vårdande blir synligt i sårbarheten | Idémönstren beskrivs i tre teman: tjänande som livsgärning; i en förlösande anda; att vara självständig med tungt ansvar. Barnmorskans inre värderingar, ethos, formade hennes förhållningssätt i vården av den barnafödande kvinnan |
| Publicerande tidskrift | <i>Hoitotiede</i> 2014, 26 (1), 2–10 | <i>Scandinavian Journal of Caring Science</i> 2016, 30 (4): 757–765 | <i>Scandinavian Journal of Caring Science</i> 2016 doi: 10.1111/scs.12383 | <i>Nursing Ethics</i> 2016, doi: 10.1177/0969733016669866 |

3. TEORETISKT PERSPEKTIV

Redogörelse för de ontologiska grundantagandena utgör det underlag varifrån siktet har sin utgångspunkt och bidrar inte bara till resultatet utan till hur hela forskningsarbetet utformas och organiseras (Eriksson, & Lindström, 2000, Eriksson, 2012). Ontologisk klarhet genom angivande av vårdvetenskapens axiom¹³ och teser som riktningen för kunskapssökandet ger en möjlighet att komma bakom det professionsinriktade och i stället rikta fokus mot vårdandets substans och vad vårdandet borde vara (Eriksson, 2009). Om de ontologiska ställningstagandena inte är klara kan själva vårdhandlingarna ta uppmärksamheten och frikopplas från det verksamma. Detta betyder emellertid inte enbart att det räcker att ange olika grundläggande begrepp. Etiken föregår ontologin¹⁴ och etiska ställningstaganden fastställer innehåll och perspektiv i begreppen (Eriksson & Lindström, 2000). Ethos och etik hör ihop men ethos går djupare och anger människans eller kulturens grundvärde eller grundvärdering. Det är utifrån ethos, det som människan innerst inne håller för sant och riktigt, som hon handlar. En etik som inte är förankrad i ethos blir mer formell (Eriksson, 2003).

De så kallade konsensusbegreppen inom *nursing science* omfattar människan, vårdandet, hälsa och miljö¹⁵ (Bergbom, 2012, Fawcett & Desanto-Madeya, 2012; Alligood, 2010). Vårdvetenskapens grundantagande innefattar dessa begrepp och nedan följer en utförligare beskrivning av de för denna avhandling mest centrala begreppen utgående från Erikssons caritativa teori (Lindström m.fl., 2010).

Människan som enhet

I föreliggande avhandling ses människan som en odelbar enhet med dimensionerna kropp, själ och ande. Att särskilt lyfta fram människans odelbarhet, den integrerade helheten markerar tanken om att människan är mer än delarna och att hon är meningssökande och har en längtan efter frihet och gemenskap. Det kan på ett sätt förefalla överflödigt och kanske vanskligt att benämna de olika dimensionerna och samtidigt betona enheten. Den har

¹³ Vårdvetenskapens axiom och teser – se bilaga 1.

¹⁴ Den epistemologiska tesen: *Etiken föregår ontologin* kommer från filosofen Lévinas, som menar att det inte är möjligt med en ontologi som är överordnad det etiska. Förståelsen av varat kan inte härska över det genuina förhållandet till den andre. Det är i stället förhållandet till den andre som bestämmer förståelsen av varat (Eriksson & Lindström, 2000).

¹⁵ Konsensusbegreppen inom *nursing science* fastställdes under 1980-talet för att samordna, organisera och strukturera forskning internationellt inom sjuksköterskans yrkesområde. Detta område betecknas i allmänhet för omvårdnadsvetenskap (eng. *nursing*). Vårdvetenskapen är dock professionsneutral, men det kan hävdas utgående från den caritativa teorin att: *caring* är kärnan i *nursing*.

dock sitt värde för att få kunskap om hela människan. Genom delarna är det möjligt att förstå helheten, och genom helheten kan kunskap om delarna utvinnas (Eriksson, 1987b). Etymologiskt betyder det som är helt att det är heligt. Människan som helighet innebär att hon i sin egenskap att vara människa har en värdighet som är okränkbar. Det betecknas som den absoluta värdigheten (Edlund, 2002; 2003; 2012) och kan under inga omständigheter fråntas människan. Det är den genuina goda kärnan som finns i alla människor (Eriksson & da Silva, 1991; Råholm, 2012).

Kroppen kan i ett vårdvetenskapligt perspektiv ses som en boning för hälsa och lidande, ett jordiskt hölje samt själens och andens hemvist (Lindwall, 2012; Sivonen & Kasén, 2003). Själ och ande används ofta synonymt och det är inte möjligt att begreppsligt helt och fullt skilja dessa åt (Sivonen & Kasén, 2003). Eriksson ser det som att själen har två sidor (Eriksson, 1987a). En psykisk sida som är mer kroppslig och engagerar medvetandet. Själens psykiska sida relaterar till gemenskap och relation med andra människor. Själens uttrycker sig i känslor och därmed tankar. Den andra sidan av själen är vänd mot det andliga och gemenskapen och relationen med Gud eller abstrakta andra ¹⁶ (Eriksson, 1987a). Anden hos människan hör samman med livet, varat, personligheten, livsfrågor och djupa meningsbärande upplevelser. Hopp och förtröstan kan ses som andliga kraftkällor (Eriksson & da Silva, 1991). Människan har andliga behov och andliga begär. Det finns ingen skarp gräns mellan dessa begrepp men de andliga behoven refererar till ett bristtillstånd som kan tillfredsställas. Det kan gälla brist på sammanhang, gemenskap, sinnesro och mer allmänt brist på mening i livet. Ett andligt begär handlar om längtan och sökande efter livslust, glädje och frid i förhållande till upplevelse av ångest, förtvivlan och meningslöshet. Begäret har både en religiös och en existentiell mening för människan. På ontologisk nivå kan andlighet ses som en kraftkälla för kärlek, tro och mening i människans liv (Råholm, 2012). Människas enhet kan anas i det att andliga behov och begär som inte tillfredsställs ofta tar sig fysiska uttryck. På samma sätt kan kroppsligt lidande beröra såväl själ som ande.

I vårdvetenskaplig teoribildning betecknas människan i vården med begreppet *patient* vilket betyder den 'lidande människan' (Kasén, 2012). I klinisk praxis finns ett motstånd mot att benämna den barnafödande kvinnan *patient*. Patientbegreppet förknippas då med en sjukdomsdiagnos, och barnafödande ska i grunden förstås som ett naturligt livsskede och inte en sjukdom. I denna avhandling används patient enligt den vårdvetenskapliga definitionen som angivits, dvs. som en lidande människa i en vårdgemenskap. I det avseendet kan en barnafödande kvinna förstås som patient.

¹⁶ Människan har relationer med sig själv, konkret och abstrakt annan. Abstrakt annan innebär människans gudsförhållande och personliga tro (Eriksson, 1987).

Den ontologiska hälsomodellen

Avhandlingens syn på hälsa baseras på den ontologiska hälsomodellen (Eriksson, Bondas-Salonen, Herberts, Lindholm & Matilainen, 1995; Eriksson, 2007). Modellen visar i första hand vad hälsa är på ontologisk nivå, mer än hur hälsa uppstår eller vad som leder till hälsa. Modellen ger en bild av människan och hennes vara i världen och fastställer hälsans mångdimensionella karaktär. Enligt modellen är hälsan inte statisk utan en rörelse i det att människan ständigt söker en djupare upplevelse av integration och enhet. Den integrativa rörelsen framträder i en för människan unik förening som görande, varande och vardande och uttrycks i människans upplevelse av problem, behov och begär (Eriksson m.fl., 95; Eriksson, 2001; 2007; Nyström, 2014).

Hälsa som görande handlar om att följa normer och rekommendationer och att lösa problem för att bevara hälsan. Hälsa som varande kännetecknas av en strävan att få tillfredsställa behovet av harmoni i det inre för att nå en djupare hälsopotential. Hälsa som vardande innebär en tillblivelseprocess och utgår från antagandet att människan inte är färdig utan ständigt förändras. Vardandet innebär ett gränsöverskridande vilket kan medföra en djupare medvetenhet om livskärnan. Vardandets intensiva rörelse kan finna vila i varandet (Nyström, 2014). Den inre enhet som uppnås är människans egentliga väsen och betecknas enligt vårdvetenskapens människobild som helighet (se ovan: Människan som enhet).

Tätt sammanvävt med hälsans olika dimensioner finns lidandet som en del av människans livsbetingelser. Lidandets olika dimensioner sammanfaller med hälsans. Lidandet medför desintegration och splittring och är i grunden livsförstörande. Människans strävan att nå harmoni och balans i sitt inre medför att lidandet kan betecknas som en kamp som genom avgörande livshändelser kan medföra en högre grad av integration. Det är lidandet som ger motiv för vårdande och en vårdande gemenskap (Eriksson, 2007; Arman, 2012).

Caritativ vård

För att förstå vårdandet så som det framställs i föreliggande forskning är det av värde att begreppen hälsa, lidande och människobild beskrivas från ett ontologiskt perspektiv som ovan (Rehnsfeldt & Arman Rehnsfeldt, 2003). Lidandet som innebär desintegration och splittring i människans rörelse mot fördjupad enhet är det som motiverar vårdande. Vårdandets avsikt är att lindra lidande, tjäna och kämpa med den lidande i lidandets kamp,

befrämja hälsa och därmed livet självt. Vårdandet är en skapande process som kan innebära att människans existentiella frågor har möjlighet att få ett svar. Den ovan beskrivna ontologiska förståelsen för vårdandet syftar på det naturliga vårdandet. Det naturliga vårdandet utgår från antagandet att människan har en inneboende vilja, det vill säga ett mänskligt beteende, till vårdande relationer. Det är den mänskliga omsorgen som gör oss till människor (Eriksson, 1987a; Lindström m. fl., 2010).

Det latinska ordet *caritas* innebär kärlek och barmhärtighet och utgör det verksamma i vårdandet, dvs. det som gör vård till vård och har en inneboende förmåga att lindra lidande. (Lindström m.fl., 2010). Kärleken, vilken människan har med sig från livets början, är vårdandets källa och har sin grund i människans ansvar för den andra människan. Det naturliga vårdandet utgör kärnan i den yrkesmässiga eller professionella vården. Den professionella vården tar vid där den naturliga blir otillräcklig men den naturliga vården utgör såväl utgångspunkt som mål för den professionella.

Mötet med patienten i en vårdande relation betecknas som den vårdande akten. Den vårdande akten är den unika vårdhandlingen där det teoretiska transformeras till det som är vårdande för patienten, dvs. det som lindrar patientens lidande (Eriksson & Lindström, 2003). Den atmosfär som skapas i en relation eller den ton som anslås i ett möte i vården är andligt till sin karaktär (Sivonen & Kasén, 2003). Den vårdande akten innehåller inbjudan till gemenskap och ett löfte från vårdaren till patienten om lindrat lidande. När patienten tar emot och personligt tillägnar sig det vårdande leder det till lindrat lidande och ett vardande (Eriksson & Lindström, 2003).

4. LITTERATURÖVERSIKT

Detta kapitel syftar till att ge en inblick i litteratur och forskning som diskuterar barnafödande och vård vid barnafödande. Tanken är att få en överblick av forskningsfältets diskurs både nationellt och internationellt. Genomgången av litteraturen inom området ska ge en uppfattning om och ökad insikt i redan vunnen kunskap och utifrån det finna motiv för föreliggande forskning.

Litteratursökningen har innehållit orden *childbirth*, *pregnacy* (i olika former), *antenatal* och *prenatal*. Huvudorden har kombinerats med *experience*, *spirituality*, *caring*, *maturity care*, *existence*, *meaning*, *suffer*, *health*, *theory model* och *ontology*. Kombinationen av sökord motiveras av avhandlingens syfte och frågeställningar¹⁷. Forskningsöversikten begränsas till åren 2000–2016 eftersom området är omfattande. Litteratursökningen har kompletterats med manuellt funnen litteratur. I och med bredden av sökord har översikten delats upp under två huvudrubriker, där den första avhandlar litteratur och forskning med anknytning till barnafödande, teologi, ontologi och kultur. Den andra delen av kapitlet är vårdvetenskaplig klinisk forskning om barnafödande och vård under graviditet.

Religiösa och kulturella föreställningar

Människans beteende grundar sig i hennes föreställningar och traditioner. Att förstå kulturen och religionen i ett samhälle är viktigt för att förstå hållningen inom t.ex. sjukvård och omvårdnad. Religiösa uppfattningar formar en persons förståelse av världen och upprätthålls genom språk och traditioner (Målqvist, 2015). En central tanke i kristen människosyn är att människan är Guds avbild, skapad till att vara lika Gud.¹⁸ Det kan hävdas att liksom Gud skapar människor ingår det då också i människans uppdrag att göra människor. Människor blir till i samspel med andra, dvs. vi medskapar varandra. En speciell aspekt av detta människogörande sker i moderskapets bärande, födande och fortsatta omsorg (Grenholm, 2005).

¹⁷ Litteratursökningen har gjorts som metasökning på Nellie- portalen vid Åbo Akademi (2016) under kategorierna hälsovetenskaper/vårdvetenskap.

¹⁸ Se. 1: Mos 1:26 (B2000). Samtliga bibelcitater i avhandlingen är hämtade från Bibelkommissionens översättning Bibel 2000.

Historiskt sett framträder två uppfattningar eller idéströmningar inom kristen teologi och teologisk praktik. Barnafödande har ansetts som orent och smärtan vid födandet som ett syndastraff (Enzner-Probst, 2004). Det finns en diskrepans mellan denna hållning från kyrkans sida och barnafödande kvinnors livserfarenhet. En del av den nutida litteraturen på området problematiserar denna brist på överensstämmelse och försöker finna vägar för att bättre förstå och förklara innebörden i barnafödande och dess roll i kvinnors andliga liv.

Orenhet

Tankar och teorier om kvinnans orenhet kan spåras från Tredje Moseboken i Bibeln. Boken innehåller de lagar som enligt Mose gällde mellan Herren och Israels folk. Det är stadgar och förordningar på en rad olika områden, men det är framförallt föreskrifterna runt kvinnans status vid menstruation och barnafödande som har fått stor uppmärksamhet. Beteckningen orenhet har tolkats som att kvinnan är smutsig, syndig och det har förknippats med närhet till onda krafter. Ett annat sätt att tolka dessa bibeltexter är att inte sätta likhetstecken mellan rituell orenhet och synd utan se att det handlar om en kultisk orenhet, dvs. huruvida en person är lämplig att utöva de praktiska sidorna av religionen. En menstruerande kvinna t.ex. ansågs inte lämplig att gå in i templet och utöva riter och ritualer. Detsamma gällde den man som haft sädesuttömning, den som rört vid ett självdött djur, ett lik eller den som bar på någon sjukdom. De för sammanhanget centrala bibeltexterna har tolkats utifrån ett perspektiv om kvinnans underordning vilket inte står i samklang med kristen människosyn (Windley-Daoust, 2014).

Kyrktagning är en äldre kyrklig ritual som innebar att kvinnan efter en förlossning återvände till kyrkans gemenskap¹⁹. Efter reformationen (i lutherska kyrkan) finns inget i ritualen som anspelar på någon ceremoniell rening men i folketro kom ändå kyrktagningen ofta att förknippas med reningsföreskrifterna i Tredje Moseboken. Kvinnan ansågs oren därför att hon lämnade blod ifrån sig vid menstruation och barnafödande. Detta är en föreställning som även förekommer i andra religioner. Blodet kunde orena omgivningen, och de onda makterna ansågs vara på jakt efter blodet. Barnaföderskan var därför utsatt för faror om hon inte skyddade sig. Kyrktagningen var ett bevis på att kvinnan läkt och inte lämnade blod ifrån sig, och därför skulle kyrktagningen inte ske förrän efter 40 dagar när läkningsprocessen ansågs vara avslutad (Enzner-Probst, 2004).

¹⁹ Ritualen finns med i Svenska kyrkans kyrkohandbok från 1942 som gällde fram till 1986. Ritualen kallades "En moders tacksägelse".

Även om det hävdats att kyrktagning är en tacksägelsecerimon för en födelse har den på grund av sin utformning bidragit till en föreställning om att barnafödande är något som står de onda makterna nära. Graviditet och förlossning är då en oandlig process, eftersom kvinnan måste välsignas och renas för att få gå in i kyrkan igen. Det har medfört att det som skulle kunna vara ett av de djupaste uttrycken för kvinnans existentiella och andliga liv, tolkas som uttryck för hennes ovärdiga kropp och en kropp som är mer materiell än andlig (Windley-Daoust, 2014).

Smärtan

Föreställningar om födandet som ett syndastraff grundar sig i Första Moseboken 3:16 där Gud talar efter syndafallet: *Stor ska jag göra din möda när du är havande, med smärta ska du föda dina barn* (B2000). En rad offentliga föredrag hållna av påven Johannes Paulus II (1979–1984) finns samlade i bokform (*Theology of the Body*). Föredragen har sin utgångspunkt i bibeltexter som fokuserar på kropp och sexualitet. Påvens texter är tolkade och kommenterade av flera författare, bland andra Windley-Daoust (2014) som menar att en del av den negativa synen på födandet kan ha sin upprinnelse i en svårighet att finna rätt ord vid översättning. Det hebreiska ordet för smärta *essboa* innebär hårt arbete, kval eller vända och i grekisk text översätts *essboa* med *känslomässig ansträngning*. Detta skulle tyda på att födslovåndorna är en del av syndafallets konsekvenser istället för ett straff. Det som kommit in och blivit konsekvensen av syndafallet är åtskiljandet av kropp och själ och relationen med Gud och medmänniskan. Skam indikerar en förnummen spricka mellan en människas ande och kropp och att en ursprunglig harmoni mellan kropp och ande är borta. Skamkänslan som Adam och Eva upplevde på grund av sin nakenhet föregår rädslan och öppnar dörren för smärta och betryck (Windley-Daoust, 2014). Ett smärtamt födande tolkas då inte som ett straff för synden utan en konsekvens av rädsla. Författaren har synpunkter på hur rädsla som ett mänskligt fenomen i stort saknar teologisk reflektion, vilket är märkligt då ett av de vanligaste tilltalen av Gud till människan i Bibeln är: *Var inte rädd!*²⁰. Enligt påven Johannes Paulus (tolkad av Windley-Daoust, 2014) är skam en förödmjukelse man bär i kroppen, och skammen föregår rädslan, och det är i denna rädsla som teorier om dualism har sitt ursprung. Eftersom kroppen är sårbar uppstår teorier som åtskiljer kropp och själ, dvs. kroppen och människans essens. I motsats till detta kan ses att det finns en helig dimension i smärtan och vandan där människoblivandet förstås som Guds pågående skapelse och att människan är kallad till något nytt. Det är inte en reparation av något som skulle vara perfekt men blivit fel (Cullinan, 2008).

²⁰ Se exempelvis: Lukas 1:30, Lukas 2:10 (B2000).

Det finns sparsamt med teologisk litteratur när det gäller kvinnors erfarenheter av barnafödande, kyrkliga ritualer och teologiska spörsmål kring graviditet och födande. Enzner-Probst (2004) menar att det är anmärkningsvärt att teologin inte har så mycket att säga om att en kvinna i nio månader bär på ett nytt liv. Mycket av kyrkans riter ceremonier m.m. är kopplat till det nyfödda barnet mer än modern. Kvinnan, speciellt hennes kropp som genomgår en stor förändring men också hennes känslor, hopp, personliga erfarenheter och sociala förändringar, har inte varit någon stor fråga för kyrkan. Varken före eller efter förlossningen. Enzner- Probst (2004) efterlyser en diskussion om vad det innebär för kvinnan att vänta barn, hur andra kan följa och stödja en gravid kvinna och hur kyrkan skulle kunna uppmärksamma och celebrera en sådan livstransition. Att ritualisera är ett sätt att teologiskt tolka erfarenhet, och författaren föreslår nya ritualer som ett sätt att överbrygga klyftan mellan det profana och det gudomliga och heliga.

Separation av kropp och själ

En kulturs dominerande föreställningar blir ofta tydliga i samband med praktiker som omger barnafödande. Davis-Floyds (2001) framhåller den västerländska kulturen som teknokratisk och att det har sin upprinnelse i det cartensianska åtskiljandet av kropp och själ. Davis-Floyd (1994) undersöker länken mellan kulturen och individuella kvinnors kroppsuppfattning, tros- och värdesystem i samband med barnafödande. Hon menar att det finns en tydlig koppling i hur kvinnor generellt uppfattar kroppen skild från själen (eng. *mind*) vilket tydliggörs i samband med graviditet och födelse. Kroppen uppfattas som en behållare som ofta är bristfällig och måste kontrolleras och behärskas av medvetandet och teknologin (obstetrikern ²¹). Ett perfekt barn ses som den ultimata produkten och den nya modern blir en sekundär biprodukt ²². I motsats till detta framhåller Davis-Floyd (1994) en holistisk ideologi som kan spåras hos kvinnor som ser kroppen som ett fysiskt uttryck för jaget. Där kan barnafödandet ses som en integrering av kropp och själ, och mor och barn utvecklas tillsammans som en organisk helhet. Kroppens uttryck är auktoritativt, och att lyssna till kroppen är ett sätt att få kunskap som är överordnad intellektuell kunskap.

Människan är en del av den rådande kulturen, men kvinnor upplever att de föreställningar om barnafödande och moderskap som finns i samhället inte alltid överensstämmer med livets realiteter (Grønlien Zetterqvist, 2002).

²¹ Obstetrik är den gren inom medicinen som handhar graviditet och förlossning.

²² Jfr. s. 58.

På samma sätt som Enzner-Probst (2004) menar att kyrkan övergivit kvinnorna menar Grønlien Zetterqvist att kvinnor lämnas ensamma att få ihop erfarenheter av moderskap med politiska och teoretiska analyser och erfarenhet av livstransition och barnafödande som en möjlig källa till styrka och kraft.

Vårdvetenskaplig forskning om barnafödande och mödrahälsovård

Forskning utgående från ett patientperspektiv utforskar patientens upplevelse av hälsa och lidande. Inom området reproduktiv²³ hälsa och vård är forskningen omfattande och ständigt ökande de senaste decennierna. Forskningsöversikten har delats in i tre delar: *Upplevelse av barnafödande ur ett patientperspektiv. Vård under graviditet och Barnafödande och andlighet.*

Upplevelse av barnafödande ur ett patientperspektiv

Barnafödandet som en viktig livshändelse har stor inverkan på kvinnors hälsa och välbefinnande på både kort och lång sikt (Schytt & Waldenström, 2007; Lundgren, 2005; Lundgren, Karlsdóttir & Bondas, 2009; Simkin, 1991; 1992; 1996; Callister, Vehvilainen-Julkunen & Lauri, 2001; Callister, 2004; Störksen, Garthus-Niegel & Eberhard-Gran, 2013). Barnafödandet kan innebära både en styrka (Cheyney, 2008; Parratt & Fahy, 2003; Halldórsdóttir & Karlsdóttir, 1996; Jouhki, 2012) och ett trauma (Beck, 2004; 2006). En negativ erfarenhet av födandet kan ta lång tid att integrera (Waldenström, 2003; 2004; Forssén, 2012; Beck & Watson, 2010; Elmir, Schmied, Wilkes & Jackson, 2010). Kvinnor tolkar upplevelsen av förlossningen beroende på personliga omständigheter och känslomässigt kapital och förväntningar (Congdon, Adler, Epel, Laraia & Bush, 2016; Ayers & Pickering, 2005). Smärtan i födandet är central i kvinnors berättelser och den beskrivs som skild från alla annan smärta (Lundgren & Dahlberg, 2002; Lowe, 2002; Leap & Anderson, 2008; Callister, Khalaf, Semenik, Kartchner & Vehvilainen-Julkunen, 2003). Patientperspektivets relevans blir tydligt när erfarenheten av barnafödandet kopplas till förlossningsrädsla, en erfarenhet som beskrivs som komplex och unik (Nilsson & Lundgren, 2009; Nilsson, Lundgren, Karlström & Hildingsson, 2012). Kvinnans upplevelse står inte alltid i överensstämmelse med det medicinska utfallet (Beck, 2004; Thomson & Downe, 2013) och den livsförändring som kommer i och med barnafödandet är inte bara kopplad till första barnets födelse utan livet förnyas vid varje förlossning (Bondas, 2000; 2005).

²³ Reproduktiv hälsa är ett vedertaget begrepp inom den professionella vården av barnafödande kvinnor. Begreppet problematiseras och diskuteras på s.58.

En stor del av utförda vårdvetenskapliga studier kopplar graviditeten till olika typer av ohälsa och hälsorisker. Patientperspektivet blir även här påtagligt då kvinnor i stor utsträckning definierar sin graviditet på ett annat sätt än den utifrån pålagda sjukdomsdiagnosen. De klassiska begreppen inom psykologin där barnafödandet beskrivs i termer av kris, roll och stress, liksom det medicinska perspektivet ger inte en fullständig förståelse av den gravida kvinnans upplevelse (Bondas & Eriksson, 2001). Karlsdottir, Halldorsdottir och Lundgren (2014) framhåller hur den barnafödande kvinnans perspektiv bör tydliggöras vid sidan om det medicinska och vårdande perspektivet. Utifrån kvinnans perspektiv har graviditet beskrivits som en *övergång till det okända* och en möjlighet till reflexion över den egna livssituationen (Lundgren, 2004). Graviditet kan vara en källa till ny kunskap om sig själv, en möjlighet att växa och stärka sin självbild.

När det gäller sjukdomar och speciella tillstånd i samband med barnafödande speglar forskningen det sociala sammanhang som är aktuellt i samhället. Kvinnors komplexa livssituation med stora krav från både yrkesroll och moderskap kan upplevas som påfrestande i den nya livsfasen som barnafödandet innebär (Alstveit, Severinsson & Karlsen, 2010; Gatrell, 2011; Fredriksen m.fl., 2014). Kvinnor väger riskerna mot normalitet (Hanghøj, 2013; Lee, Ayers & Holden, 2012) och graviditetsrelaterad oro är för många kvinnor en överskuggande del (Bayrampour, McDonald & Tough, 2015).

Omständigheter i samband med barnafödande som studerats är exempelvis upplevelse av graviditet kopplat till depression (Highet, Stevenson, Purtell & Coo, 2014), våldsutsatthet (Engnes, Lidén & Lundgren, 2012; Lasiuk, 2007) och stress (Giurgescu, m. fl., 2013). Det finns även forskning rörande kvinnors upplevelse under graviditet i relation till övervikt (Nash, 2012), graviditet efter missfall (Ockhuijsen, van den Hoogen, Boivin, Macklon & de Boer, 2014; Andersson, Nilsson & Adolfsson, 2012) och graviditet och kronisk sjukdom (Tyer-Viola & Lopez, 2014; Nolan, McCrone & Chertok, 2011; Berg, 2005; Berg & Hotikasalo, 2000).

Ålderns betydelse för upplevelsen av barnafödande är studerad. Gottesman (1992) menar att yngre kvinnor har svårare att anpassa sig till modersrollen, medan nyare forskning inte ser att kvinnor beskriver ett sådant sammanhang (Hammarberg, Wynter, Fisher, McBain, Gibson, Boivin & McMahon, 2013). Modh m.fl. (2011) har i sin forskning koncentrerat sig på unga kvinnors upplevelse av graviditet och deras upplevelse sammanfattas i temat "livsöppnare". Ålder kan spela roll utifrån det faktum att ökad ålder statistiskt sett innebär fler sjukdomar. Att leva med sjukdom under graviditet

kan upplevas objektifierande då en medicinskt utvecklad vård riskerar att förbise patienten som person, i sin iver att behandla sjukdomen (Furuta, Sandall & Bick, 2014). Berg (2002) framhåller vikten av att se det normala bakom sjukdomen och bevara det så långt det går.

Normalitetsbegreppet har diskuterats eftersom det kan innebära etiska betänkligheter i det att det marginaliserar kvinnor som avvikande då teknologi måste användas. Begreppet relaterar inte menar man, till den kulturella och sociala mening som födandet innehåller (Bredmar, 1999). En författare framför tanken om att uttrycket, *en god förlossning*, bättre skulle spegla de barnafödande kvinnornas egen upplevelse (Lyerly, 2012).

Kvinnor beskriver i forskningen hur graviditet är en tid när de har liten kontroll över sin kropp. Bristen på kontroll kan vara både obehaglig men också tilltalande (Lundgren, 2004; Meyer, 2013; Gibbins & Thomson, 2001; Warren & Brewis, 2004). Den ökade implementeringen av medicinsk teknik, exempelvis fosterdiagnostik med ultraljud, kan innebära etiska dilemman att ta ställning till för kvinnan (Hellmark Lindgren, 2006; Georgsson Öhman, Saltvedt, Grunewald & Waldenström, 2004; de Jong & Wert, 2015; Molander, Alehagen & Berterö, 2010). Parratt och Fahy (2008) anser att det behövs en mer holistisk förståelse av barnaföderskan.

Vård under graviditet

Patienters komplexa upplevelse av prenatal vård i Sverige har metaforiskt beskrivits som en forsfärd (Olsson, 2000) eller en resa i mödravårdsregi (Hellmark Lindgren, 2006). Den svenska modellen av vård under graviditet har en organisation med fastställt besöksprogram och så gott som hundra procentig uppslutning. Det är också en stor tillfredsställelse med den vård som erbjuds, och det är framför allt kontinuitet och hög medicinsk säkerhet som uppskattas (Hildingsson, Waldenström & Rådestad, 2002; Hildingsson & Rådestad, 2005; Galle, Van Parys, Roelens & Keygnaert, 2015; de Jonge, Stuijt, Eijke & Westerman, 2014; Baas, Erwich, Wiegers, Cock & Hutton, 2015). Kontinuitet bekräftas också i studier vara både säkert och kostnadseffektivt (Tracy m.fl., 2013). Enligt Gottesman (1992) är graviditet en både mental och fysiskt förberedelse för moderskap, och det är viktigt att omfatta båda dessa dimensioner i en individualiserad mödrahälsovård. Barnaföderskor behöver framför allt bli mötta i sitt behov av bekräftelse av både sin egen och sitt barns hälsa. De är angelägna om att bli bemötta med värdighet och att även partner och övriga familjen uppmärksammas.

Det som många gånger fattas när patienter beskriver mödravården är utbildning och information omkring förlossning, föräldraskap, barnavård och mer individanpassad information (Hildingsson & Rådestad, 2005). Blivande föräldrar vill delta i en dialog på sina egna villkor och förväntar sig ett professionellt förhållningssätt samt vetenskapliga medicinska ställningstaganden (Bondas, 2000; Hildingsson m.fl., 2002; Baas m.fl., 2015; Butler m.fl., 2015; Sapountzi-Krepia, Tsaloglidou, Psychogiou, Lazaridou & Vehvilainen Julkunen, 2011; Gennaro, Melnyk, O'Connor, Gibeau & Nadel, 2016; Hauck, Allen, Ronchi, Faulkner, Frayne & Nguyen, 2013).

Gruppmödravård i jämförelse med individuell vård har visat en styrka när det gäller just det som kvinnor tycker saknas i traditionell vård. I en grupp kan mötet med andra i samma situation vara stödjande och bidra till välbefinnande och minskad stressnivå. Det kan ge kunskap och motivation (Heberlein, Picklesimer, Billings, Covington-Kolb, Farber & Frongillo, 2016; Demecs, Fenwick & Gamble, 2011; McDonald, Sword, Eryuzlu, Neupane, Beyene & Biringer, 2016; Campbell & Nolan, 2016; Thielen, 2012).

I kvinnors upplevelse av vården i samband med övergången till förlossning pekar forskningen på brister i rådgivningen (Dixon, Skinner & Foureur, 2013; Eri, Bondas, Gross, Janssen & Green, 2015; Lundgren, Andrén, Nissen & Berg, 2013; Marowitz, 2014). Möjligheten att i efterhand få sätta ord på upplevelsen av barnafödande bidrar till att integrera händelsen (Callister, 2004).

Informerat val omkring vården vid barnafödande har fått ökat fokus senaste åren (Kirkham, 2004; McAra-Couper, Jones & Smythe, 2012). Begreppet problematiseras i studier och det påpekas att det är ett socialt konstruerat begrepp och att ett val inte sker i ett vakuum (Viisainen, 2001). Det kan vara ännu ett sätt att teknikaliserat kvinnor menar McAra-Couper m.fl., (2012) och säger att det finns en inneboende motsättning i de två begreppen vård och val. Det är svårt att välja då man inte vet vad som väntar. När mer teknologi blir valet utifrån socialt konstruerad bekvämlighet fråntas kvinnor något (Waldenström, 1996). Organisatoriskt ges inte samma ekonomiska förutsättningar att t.ex. göra ett kejsarsnitt som möjligheten att få adekvat stöd för en fysiologisk förlossning. Valen resulterar i en kultur runt barnafödandet som ifrågasätter själva kärnan, nämligen kvinnors förmåga att föda och barnmorskors professionella skicklighet (McAra-Couper m.fl., 2012). I överensstämmelse med en sådan tankegång beskriver barnmorskor hur de organisatoriskt hindras att utöva sin profession på ett autonomt sätt (O'Connell, & Downe, 2009). Flanigan (2016) hävdar trotsdetta att kvinnor har rätt att göra val och även val som kan förefalla fel. Författaren menar att det har med värdighet att göra och att inte underminera värdigheten.

Barnafödande och andlighet

Andlighet är ett forskningsområde som har blivit omfattande inom hälsovårdsforskning men fortfarande är begränsat när det gäller den barnafödande kontexten. Det förefaller vara mer forskning runt andlighet och religiositet när det handlar om kroniska sjukdomar och vård i slutet av livet men mindre fokus på dessa frågor i början av livet (Callister & Khalaf, 2010; Hall, 2006; Grenholm, 2005). Redelinghuys, Coetzee och Roos (2014) menar att forskning kring graviditet har varit fokuserad på att identifiera riskfaktorer och negativa utfall, och lite uppmärksamhet har getts åt det positiva och styrkorna, t.ex. att förstå meningen med livet. Vården ska utgå från en holistisk människosyn där människan ses som en fysiopsykosocial och andlig individ men den andliga dimensionen har varit svår att greppa (Lydon-Lam, 2012). Några författare försöker reda ut begreppen, men det råder ingen konsensus, och i många fall blandas andlighet och religiositet samman (Jesse, Schoneboom & Blanchard, 2007; Ireland & van Teijlingen, 2013).

Andlighet kan anses som en essentiell del av att vara människa (Lydon-Lam, 2012) och kan definieras som en persons önskan att förstå de stora livsfrågorna, meningen med livet och relationen med det heliga och transcendentia (Redelinghuys m.fl., 2014). Andlighet kan vara att vörda och ha en känsla av en högre närvaro och kan inbegripa tro och religiösa dimensioner. Människan går genom perioder av andlig stabilitet men också faser av intensivare andlighet och andlig tillväxt. Ofta resulterar sådana perioder i frid och fördjupad andlighet men kan också upplevas som djup förlust, osäkerhet och kamp för att förstå meningen. Kvinnor värderar känslomässigt och andligt välbefinnande som lika viktigt som fysiskt välbefinnande, och andligheten samspelar inte bara med glädje i barnafödandet men också med oro, rädsla, depression och känsla av förlust som ibland uppkommer (Callister, 1995; Lydon-Lam, 2012). Baumiller (2002) anser till och med att födelse i sig är det tydligaste tecknet på andlighet: Ett nytt liv gör sitt inträde i livet och tar sitt första "andetag" (jfr. eng: *spirit*). Trots en omfattande litteratursökning finner Crowther, Smythe och Spence (2014a) att glädje i barnafödande är förbisett. De framför möjligheten att glädje som begrepp kan vara gömt bakom formuleringar om födande som en andlig upplevelse. Bondas och Eriksson (2001) betonar vikten av att människans livsvärld tas i beaktande och ger en beskrivning av graviditeten utgående från begreppen *lidande* och *glädje*.

Barnfödandets helighet beskrivs av kvinnor som en motsats till ett biomedicinskt förhållningssätt (Klassen 2001; Schneider, 2012; Moloney, 2006. Även om studier visar på en andlig och helig dimension menar Klassen (2001) att denna mening lämnas outtalad. När barnafödandet ensidigt ses som en riskfylld process döljs kanske något viktigt i förståelsen av vad födande egentligen är genom att reducera det till enbart det synliga och mätbara (Crowther, Smythe & Spence, 2014b). Crowther m.fl (2014b) ställer frågan om det är möjligt att istället skapa en glädjefylld anda vid födandet. Atmosfären vid födandet framhålls även av Berg, Olafsdóttir & Lundgren (2012) som betonar barnmorskans roll i skapandet av ett sådant sammanhang att kvinnan upplever barnafödandet som en stärkande händelse. Motsatsen till en sådan vårdande atmosfär är ett opersonligt bemötande som bidrar till känslor av ensamhet och övergivenhet hos den födande kvinnan. Det är viktigt att skapa en fysisk miljö men också en miljö av säkerhet och trygghet i relation (Lundgren m.fl., 2009; Igarashi, Wakita, Miyazaki & Nakayama, 2014).

Barnafödandet är ett idealt tillfälle att fördjupa sin andlighet (Callister & Khalaf, 2010; Jesse m.fl., 2007; Clements & Ermakova, 2012). Få tillfällen i livet är så potentiellt livsförändrande och meningsfyllda som att få barn. Gravitet konfronterar värderingar och skapar existentiella frågor på grund av närheten till liv och död (Lydon-Lam, 2012; Hall, 2006; Modh m.fl., 2011). Gravitet och födande förändrar kvinnan och andliga upplevelser är viktiga för erfarenhet av barnafödandet (Callister, Semenik & Foster, 1999; Callister, 2004). Barnafödande berikar ofta identiteten och beskrivs ibland i andliga termer även av dem som inte identifierar sig med religion eller andlighet för övrigt (Lyndon-Lam, 2012). Gravitet kan vara en tid för kontemplation över livets mirakel och fördjupa den andliga samhörigheten (Seibold, 2004). Tro och andlighet under gravitet kan vara stöd, vägledning och skydd. Kvinnan kan ha en kommunikation med Gud och det kan vara en styrka och hjälp i moraliskt svåra situationer (Jesse m. fl., 2007).

Sammanfattning av litteraturoversikten

Litteraturoversikten sätter fokus på hur föreställningar omkring barnafödande formas av religion och den rådande kulturen. Genom de teologiska texterna problematiseras en traditionell syn inom kristenheten på kvinnans orenhet och födelsesmärthan som ett syndastraff. Detta synsätt har inneburit att möjligheten till förnyad integration och enhet för kvinnan i och med barnafödandets skapelseprocess inte har erkänts.

Vid sidan om teologisk litteratur finns även annan litteratur inom exempelvis socialvetenskap och religionsfilosofi som på liknande sätt framhåller hur den rådande kulturens åtskiljande av kropp och själ kommer i dagen i samband med barnafödande. De pekas på hur kvinnor i den västerländska kulturen lämnas ensamma att tolka och meningsge livet i samband med barnafödande. Det finns en diskussion som ifrågasätter kyrkans och samhällets brist på vägledning för barnafödande kvinnor både teologiskt och ontologiskt.

Den vårdvetenskapliga forskningen lyfter fram barnafödandet som en livshändelse med stor inverkan på kvinnors liv och livsförståelse. Forskningen belyser också kvinnors upplevelse av barnafödande i samband med olika sjukdomar och tillstånd som speglar det sociala och kulturella sammanhang nutidsmänniskan lever i.

När det gäller vård vid barnafödande fokuseras i första hand på vård under förlossning och i mindre omfattning vård under graviditet. Det finns en övertygande stor del av forskning som visar hur de känslomässiga aspekterna av födandet inverkar på kvinnor. Den kliniska praktiken som domineras av ett medicinskt-tekniskt perspektiv, problematiseras. Trots den övertygande forskning som finns beträffande vikten av stöd, kontinuitet och omvårdnad vid barnafödandet förefaller det svårt att implementera denna kunskap i professionell verksamhet. När det gäller de andliga och existentiella aspekterna på barnafödandet kan det närmast uttryckas som att det råder en ängslighet i forskningen att närma sig ämnet. Det är svårt att definiera vad andlighet är, och med en sekulariserad världsbild är kopplingen till religion inte attraktiv.

Sammanfattningsvis förefaller det vara så att barnafödandets andliga dimension fortfarande är bristfälligt beforskad. I en tid när den kristna religionen mist sitt tolkningsföreträdare i existentiella frågor i västerlandet finns ett andligt vakuum. Den så gott som hundra procentiga uppslutningen till

mödrahälsovården i Sverige²⁴ vittnar om kvinnors behov av stöd i den nya livsfasen. Tyvärr är de andliga behoven inte sjukvårdens starka sida och den moderna medicinska teknologin har totalt förändrat kvinnors upplevelse av barnafödande.

Litteraturöversikten motiverar en djupare förståelse av barnafödandets ontologi där människans andliga dimension tydliggörs.

²⁴ Svensk mödrahälsovård tillhör öppenvården och är kostnadsfri. Vården består ett standardiserat besöksprogram med 8–9 besök till barnmorska under graviditet och ett besök efter förlossningen (som huvudsakligen sker på sjukhus). I besöken ingår medicinska kontroller, psykosocial bedömning och hälsoinformation. Ultraljudsundersökning, föräldraförberedande undervisning och möjlighet till läkarkonsultationer ingår också. Syftet med vårdprogrammet är hälsofrämjande men även att tidigupptäcka avvikelser och sjukdom hos både kvinnan och det väntade barnet. I uppdraget ingår att arbeta för en positiv förlossningsupplevelse och en god start på föräldraskapet (Mödravård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa, 2016).

ÖPPNINGEN MOT DET NYA

I denna del beskrivs epistemologin och metodologin som avhandlingens kunskapsbehållning vilar på. Sanning, mening, tolkning och förståelse som centrala begrepp inom hermeneutiken belyses och den hermeneutiska forskningsprocessen avhandlas. Forskningsetiskt ställningstagande presenteras. I sista avsnittet presenteras material och metod i delstudierna samt tolkningsmönster och teorigenerering i ramberättelsen.

5. METODOLOGI OCH EPISTEMOLOGI

Kunskap är ett själsligt äventyr och en själslig förvandling. Den som vet skiljer sig inte från den som inte vet genom det enkla faktum att den förre känner till vissa saker, utan genom det faktum att personen i fråga inte längre är densamme. Med andra ord: kunskap är det som förvandlar själva subjektiviteten hos den som vet. (Foucault, 1979)

Avhandlingen har en genomgående kvalitativ ansats (Alvesson & Sköldberg, 2007; Eriksson, 1991). Gadammers filosofiska hermeneutik har varit vägledande och utgör underlag för metodologiska ställningstaganden i avhandlingen. Epistemologin och metodologin är förankrad i vårdvetenskapens ontologi och vårdvetenskapens ethos²⁵ (Eriksson, 2003; Eriksson & Lindström, 2007). Den hermeneutiska metodologin och epistemologin innebär en genomgående tolkande rörelse som hämtar näring från den vårdvetenskapliga substansen²⁶

²⁵ De epistemologiska begreppen får inte någon verklig betydelse förrän ontologiska och etiska antaganden görs (Bergbom, 2012), vilka är redovisade i kapitlet Teoretiskt perspektiv.

²⁶ *Substans* är det som är i sig självt och inte kan uppstå ur något annat. Substansen kommer till uttryck i språk, ord, begrepp och tecken. Varje ingripande eller formning reducerar grundsubstansen. Vårdvetenskapens substans finns i axiomen och teserna (se bilaga 1) samt i det teoretiska perspektivet sid 18-22.

Sökande efter sanning och mening genom tolkning och förståelse

Avhandlingen är i sin helhet ett sökande efter svar på det i inledningen artikulera syftet och frågeställningarna. En absolut sanning är inte möjlig att finna, men i enlighet med den hermeneutiska filosofin är ett giltigt svar ett svar som bär på mening. Människan försöker oupphörligt att förstå sig själv och värden som omger henne, och Eriksson menar att det är ett sant mänskligt drag att söka och finna mening (Eriksson & Lindström, 2007; 2009). Det finns en intention i föreliggande forskning att komma till sakens kärna. Det är en genuin önskan och vilja att kunna öppna en "dold värld" bortom en klinisk verklighet som präglas av en positivistisk och sjukdomsfokuserad värdering. Detta innebär i första hand inte att den förståelsen som finns är fel men det är en aning om att det går att förstå bättre eller i vart fall förstå på ett annat och nytt sätt (Helenius, 1990). Tanken är att den nya förståelsen ska kunna verbaliseras så att den kommer andra till del. Det innebär inte att en gång för alla tolka färdigt men att finna en början till en ny riktning och att visa på alternativ som förhoppningsvis är mer meningsfulla. Precis som denna forskning bygger på förförståelse av tidigare tolkningar kan andra ta vid och tolka vidare om igen. Det handlar om att *komma till rätta med världen* (Helenius, 1990, s. 66).

Enligt Gadamer är hermeneutikens motiv att klarlägga villkoren för förståelsen av människan och inte lämpad när det gäller att studera enskilda sociala situationer och individuella problem (Helenius, 1990). I det avseendet finns det ett samhällsengagemang i hermeneutiken då målet är ett kvalitativt annorlunda samhälle och en idé om ett gott och skönt liv. Kunskapsintresset i vårdvetenskapen är riktat mot vårdandet och det verksamma i vårdandet. Det verksamma i vårdandet är det som lindrar lidande och tjänar liv och hälsa (Eriksson & Lindström, 2009).

Hermeneutisk forskning skiljer sig från positivistisk i det avseendet att den inte gör anspråk på att finna en objektiv sanning. Världen är osäker för en hermeneutisk forskare till skillnad från en forskare inom positivismen där exakthet och möjligheten att mäta och väga är avgörande. Gadamer skriver med hänvisning till Cusanus *all mänsklig kunskap är blott antagande och åsikter* och menar att både det mänskliga språket och mänsklig kunskap är ungefärlig (Gadamer, 1997, s. 193). Det positivistiska synsättet innebär att förklara händelse och beskriva orsak och verkan medan den hermeneutiska forskningen mer är inriktad på förståelse av mening. Naturvetenskaplig och positivistisk forskning är till stora delar dominerande inom områdena graviditet, förlossning, dess sjukdomar

och vård. Ett hermeneutisk närmande till ämnet kan berika och utvidga och ge nya och värdefulla insikter. På det sättet behöver de båda synsätten inte stå i opposition till varandra utan utgöra komplement för en rikare kunskap och vetande. Förståelse är att se mening och riktningen är mot sanningen även om det inte är något absolut (Warnke, 1995).

Att ställa frågor föregriper på ett sätt svaret. När vi söker något betyder det att vi redan anar att det finns något att söka och i den bemärkelsen handlar det mer om att avtäcka eller att finna ord för det som kan uppfattas som kärnan eller essensen (Helenius, 1990; Gadamer 1997; 2004; 2010). Avsikten är att den nya kunskapen ska bli tillgänglig för andra. Det finns ett etiskt moment i hermeneutiken där förståelse och tolkning alltid är riktad mot det sanna. Ord är bärare av etik och avspeglar ethos (Gadamer, 1997; 2004; 2010). Vårdvetenskapens ethos innebär att söka och förstå mer om det goda vårdandet (Eriksson & Lindström, 2007). Ett artikulerat ethos innebär på samma gång riktning och gränser och ger möjlighet för ett ärligt sanningssökande (Gadamer, 2010; Warnke, 1995; Eriksson & Lindström, 2003; 2007). På det sättet kan kunskapsbehållningen beskrivas som det sanningslika och meningsfyllda.

I tanken om att forskningen vill finna något fördolt är kriteriet för det nya och främmande att det är fyllt av mening och att det framträder som sant, gott och skönt. Gadamer menar att det är i sökandet efter det goda som det sköna visar sig. Det ligger i det skönas väsen att framträda och bli synligt och det söker inget annat motiv (Gadamer, 2010). Det får till följd att hermeneutisk forskning inte på samma sätt som i positivistisk forskning fråga efter avsikt i bemärkelsen ”nyttä” (Helenius, 1990; Warnke, 1995).

Den hermeneutiska forskningsprocessen

Enligt Gadamers hermeneutiska filosofi finns ingen uttalad metod i det vetenskapliga arbetet eftersom metoder kan begränsa och leda till tekniska och fastlåsta förklaringar. Det finns emellertid ett antal begrepp som kan tydliggöra tankens väg i tolkningsarbetet. *Förståelsehorisont* utgör den utgångspunkt forskaren har. Det utgör gränsen för den tillgängliga förståelsen. Det är denna förståelse som sätts på spel när frågor ställs och horisontmetaforen ²⁷ visar att förståelsen kan ändras och vidgas.

²⁷ Begreppet *förståelsehorisont* innehåller ordet horisont som i detta sammanhang är en metafor för synranden. Det är det som kan ses utifrån en viss utgångspunkt men kan ändras och vidgas när utgångspunkten ändras (i detta fall förståelsen/förförståelsen).

Förförståelsen betecknar den ursprungliga förståelsen, men uttrycket är problematiskt då det kan ge intryck av en begränsad och distinkt meningsbakgrund. Ett grundläggande faktum inom den hermeneutiska kunskaps-synen är att förståelse är något som människan gör oavbrutet. Människan förstår alltid allting som något, och denna tolkning och förståelse bygger på det vi tidigare erfarit och vilket perspektiv vi utgår från. Det som finns före den nya förståelsen är något som ständigt förändras och byter skepnad. Gadamer menar att vi är nedsänkta i traditionen och att vi aldrig på det sättet kan frigöra oss ifrån den och som forskare vara neutrala eller objektiva (Gadamer, 1997). I detta fall innebär den naturvetenskapligt präglade bilden av barnafödande en utmaning då det är en inriktning som har trehundraåriga rötter, enligt historisk forskning (Romlid, 1998). En artikulerad ontologi och ethos utgör ett fast sikte, och det har varit en strävan genom forskningsarbetet att klart redovisa och kontinuerligt reflektera över perspektiv. Den starka präglingen av förförståelse går aldrig att frigöra sig ifrån, men ett ständigt iakttagande och ifrågasättande ger möjlighet för det ”nya” att stiga fram (Eriksson & Lindstöm, 2009).

Den *hermeneutiska spiralen* begreppsliggör, även den metaforiskt, hur tolkningsprocessens är en ständigt pågående rörelse där förförståelse och möten med nya erfarenheter och idéer leder till ny förståelse. Detta blir i sin tur förförståelse i kommande tolkningar. Spiralen synliggör att förståelsen ständigt förändras och aldrig kan återgå till en tidigare punkt (Gadamer, 1997). Föreliggande avhandlingsarbete kan som helhet betecknas som en rörelse i den hermeneutiska spiralen. Ethos och den teoretiska vårdvetenskapliga substansen är det samma genom hela arbetet men förståelsehorisonten är i ständig förändring. Den tolkande rörelsen har varit verksam redan i delstudiernas datainsamling. I och med att intervjuerna av informanterna i delstudie I–III hade en öppen och samtalande karaktär skedde en första tolkning och förståelse redan under samtalen. En hermeneutisk process och ett genuint samtal karaktäriseras av samma egenskaper, dvs. öppenhet, lyhördhet och en äkta vilja att förstå vad den andre vill säga. Att möta en annan människa innebär att möta en annan världsbild och i öppenhet låta sig beröras och förändras (Eriksson & Lindström, 2007; Gadamer, 2010). Den fortsatta tolkande rörelsen fortsatte sedan genom transkribering och bearbetningen av texten i analyskedet.

Centralt i den hermeneutiska tolkningsakten är begreppet *hel-del-hel*. Begreppet innebär att utgångspunkten i tolkningsprocessen är en helhet utifrån vilken delarna förstås. Förståelsen av delarna kan sedan sammanfogas och en ny helhet kan framträda. Tanken att det finns ett meningsfullt svar på den inledande forskningsfrågan är den helhet utifrån vilket delarna

tolkas. Varje delstudie bär spår av helheten och varje citat av informanterna i delstudierna är delar i förhållande till hela artikeln respektive informantens hela berättelse. Tankemönster och antaganden är delar i förhållande till den avslutande teorimodellen. Varje del bär alltså på helhetens mening men kan bara förstås i helhetens sammanhang (Alvesson & Skoldberg 2008; Gadamer, 1997; 2004; 2010).

Forskningsetiska reflektioner

Det forskningsetiska förhållningssättet står i samklang med det vårdetiska. Det innebär att avhandlingens etiska utgångspunkter står att finna i den caritativa teorin. Liksom det caritativa vårdandet är bärare av ett ethos är också den vetenskapliga forskningsprocessen det (Eriksson, 2003; 2009). *Vårdvetenskapen söker det sanna det sköna och det goda* (Eriksson, 2003, s.22). Hermeneutikens inriktning på förståelse är etisk till sin natur (Eriksson & Lindström, 2007). Eriksson (2003) menar även att det är oetiskt att inte söka kunskap om olösta frågor, problem eller saker som man inte förstår inom vårdarbetet. Det är vårdarens plikt att utveckla vården för patienten, och enligt vårdvetenskapens löfte om vård till patienten är det forskarens uppgift att utvinna kunskap som lindrar lidandet (Eriksson, Lindholm, Lindström, Matilainen & Kasén, 2006).

Delstudierna har utförts enligt de principer för forskning som angivits av Forskningsetiska Delegationen ²⁸ (TENK, 2012) och Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden ²⁹ (2003) som i sin tur bygger på Helsingforsdeklarationen (2013). Etiskt godkännande har inhämtats från etiska kommittén vid Åbo Akademi (dnr: 1/2013). Etiska aspekter i forskning handlar om balans mellan att få information och att skydda deltagarnas integritet. Gravida kvinnor och kvinnor som nyligen fött barn kan ses som en sårbar grupp. Forskning om upplevelser i samband med barnafödande och vården kan utgöra en möjlighet att utsätta kvinnans välbefinnande för en risk (Liamputtong, 2006). Kvinnorna har erbjudits extra samtal av forskaren eller ordinarie barnmorska i de fall intervjuerna skulle väcka upp obehagliga minnen, känslor eller upplevelser. Ingen av deltagarna uttryckte ett sådant önskemål.

²⁸ <http://www.tenk.fi/sv/god-vetenskaplig-praxis-anvisningar/god-vetenskaplig-praxis> (Hämtad 2017-02-15)

²⁹ http://www2.dsr.dk/dsr/upload/3/0/813/SSN_etiske_retningslinjer.pdf (Hämtad 2017-02-15)

Till delstudie I, II och III erhöles lov från den lokala sjukvårdsförvaltningen. Informanterna fick muntlig och skriftlig information om studien. De gav efter information sitt skriftliga samtycke till att delta i intervjuerna. Informanterna bestämde själva plats för intervjun. I informationen de erhållit framgick att de när som helst kunde avbryta medverkan, utan att ange orsak och utan att det skulle få någon inverkan på den fortsatta vården. Information om forskarens bakgrund som barnmorska, frivilligheten och studiens syfte att utveckla vårdandet upplevdes bidra till en tillåtande atmosfär i samtalen. Deltagarnas namn har behandlats konfidentiellt. Vid transkribering har namnen kodats. Citat som används i delstudierna är valda så att de inte kan härledas till någon person.

I delstudie IV handlade det etiska förhållningssättet om att inta en sympatisk attityd till det historiska materialet. Inställningen har inte varit kritisk och dömande utan forskaren har genuint försökt förstå författarens goda avsikt. Citat har valts för att på bästa sätt göra materialet och analysen rättvisa. Det ligger också i det etiska intresset att rent fysiskt behandla materialet varsamt då det är gammalt och skört, speciellt när det gäller primärkällor (Matilainen, 2002).

6. MATERIAL OCH METOD

I detta avsnitt presenteras material och metod i de fyra delstudierna (se tabell 1) samt material, tolkningsmönster och teorigenerering i ramberättelsen.

Material och metod i delstudierna

Olika metoder och tillvägagångssätt har valts för respektive delstudie, men det övergripande förhållningssättet har varit hermeneutiskt i en strävan att behålla öppenheten så att inte metoden står i vägen för studiens syfte eller det som Gadamer betecknar som *vad-frågan* (Gadamer, 1997; 2004; 2010).

I den första delstudien (se tabell 1) består materialet av transkriberade intervjuer med tio kvinnor som hade personlig erfarenhet av hemförlossning. Inklusionskriterierna var att de alla skulle ha planerat och genomfört en hemförlossning och att de kunde och ville berätta om sin erfarenhet. Fem av kvinnorna hade fött ett barn hemma, fyra hade fött två barn hemma och en hade fött tre barn i hemmet. Det var mellan 2 och 12 år sedan de fött.

Forskningsintresset utgick från en önskan att djupare förstå rörelsen i hälsa och lidande under förlossning. Eftersom det innebär ett kontroversiellt och medvetet ställningstagande att planera en hemförlossning i Sverige förmodades kvinnorna ha en verbaliserad och rik erfarenhet av fenomenet. Analysprocessen innebar i inledningsskedet ett fenomenologiskt närmelsesätt (Dahlberg, Nyström & Dahlberg, 2007). Det innebär att försöka beskriva fenomenet så som det visar sig och så långt det går tygla sin förförståelse. Huvuddragen i processen är en rörelse mellan helhet och delar. Efter genomläsning av det transkriberade materialet togs meningsbärande enheter ut, och utifrån dessa identifierades subteman och teman med en högre abstraktionsnivå. En övergripande helhetstolkning gjordes sedan mot den ontologiska hälsomodellen (Eriksson m.fl., 1995). Genom införandet av en teori kunde en tydligare bild av hälsan och rörelsens gestaltning uppnås. Denna avslutande tolkning kan beskrivas som hermeneutisk. De intervjuade kvinnornas upplevelse av att planera och föda sitt barn hemma beskrevs i resultatet som *fördjupad hälsa*.

I delstudie II (se tabell 1) består materialet av sammanlagt 23 intervjuer med åtta kvinnor. Intervjuerna utfördes vid två eller tre tillfällen under graviditeten och en gång inom två månader efter förlossningen. Kvinnor tog del av mödrahälsovårdens rutinprogram³⁰ och sju av dem hade vad som betecknas som en normal graviditet. En kvinna födde prematurt. Kvinnorna var mellan 23 och 39 år, och fyra av dem väntade första barnet, tre av dem väntade det andra och en kvinna väntade tredje barnet. Syftet med studien var att liksom i den första studien förstå hälsan och lidandets rörelse, men nu under graviditet. Metodologiskt var Gadamers (1997; 2004; 2010) syn på tolkning och förståelse vägledande. Analysen av datamaterialet genomfördes med Ödmans (2007) principer för olika tolkningsnivåer: rationell, kontextuell och existentiell nivå. Den ontologiska hälsomodellen fick sedan gå i dialog med resultatet från analysen. I denna avslutande tolkning framstod begreppen *allvar*, *sårbarhet* och *längtan* som uttryck för de ontologiska hälsodimensionerna under graviditet.

I den tredje delstudien (se tabell 1) intervjuades tio kvinnor efter att de varit på mödrahälsovårdens eftervårdsbesök, det vill säga cirka två månader efter förlossningen. Kvinnorna var mellan 25 och 37 år. Inklusionskriterierna var att de hade deltagit i mödrahälsovårdens rutinprogram och att de både kunde och ville berätta om sin erfarenhet av mödravården. Syftet med denna studie var att fördjupa förståelsen av innebörden av prenatal vård. Metodologiskt var Gadamer (1997; 2004; 2010) vägledande även i denna studie och materialet analyserades i Ödmans (2007) tolkningsnivåer.

³⁰ Se fotnot 24

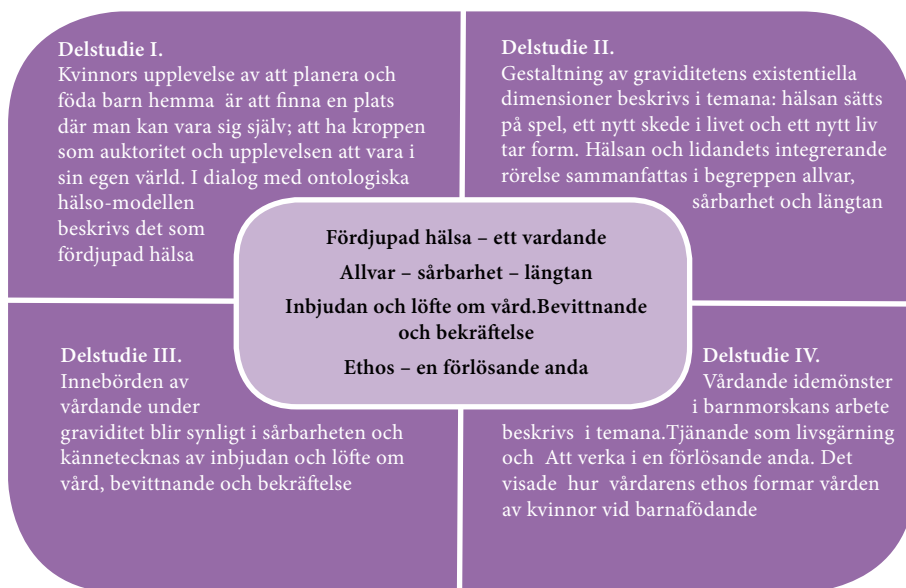
Resultatet tolkades i ljuset av den vårdvetenskapliga substansen och helhetsförståelsen beskrevs i tre teman: *Inbjudan och löfte om vård, Bevittnande och bekräftelse och Vårdandet blir synligt i sårbarheten.*

Den fjärde delstudien (se tabell 1) är idéhistorisk. Syftet var att identifiera idémönster i barnmorskors vårdande under första hälften av 1900-talet. Materialet utgjordes av barnmorskeläroböcker, barnmorskornas yrkestidskrift samt barnmorskereglementet från tidsperioden. Hermeneutik med fokus på innebörd och mening var vägledande i analysarbetet. Till den idéhistoriska metoden användes Olausson (1994), Eriksson (2002) och Mathilainen (2002). Materialet lästes i sin helhet och valda delar som ansågs innehålla meningsbärande substans med relevans för syftet valdes ut. Det vårdvetenskapliga perspektivet utgjorde tolkningshorisont. Litteratur som belyste den historiska perioden och barnmorskans arbete användes för att få större förståelse av den aktuella tidsandan. Resultatet presenterades som tre teman: *Tjänande som livsgärning, Att verka i en förlösande anda och En ansvarstygnd självständighet. Ethos, de inre värderingarna, framstod som det viktigaste i barnmorskans förhållningssätt gentemot den barnafödande kvinnan.*

Material, tolkningsmönster och teorigenerering i ramberättelsen

De fyra delstudierna i tabell 1 (s.17) utgör empiriskt material och antar ett induktivt förhållningssätt till avhandlingens syfte och frågeställningar. Det kan sägas innebära en lägesbestämning av den empiriska verkligheten som är en del i den kliniska vårdvetenskapen. Eriksson och Lindstöm (2003) uppmärksammar emellertid risken att låta empirin dominera då detta kan reducera bort den verkliga verkligheten. Istället betonar de återvändandet till de grundläggande begreppen för att med hjälp av dem vidga empirin och försöka se en verklighet som inte är omedelbart given. Det innebär i denna avhandling en deduktion i två steg som leder fram till den avslutande teorimodellen.

Deduktionens första steget är en syntetisering av de fyra delstudierna där för avhandlingens syfte och frågeställningar, centrala forskningsfynd lyfts fram (figur 1). De empirinära forskningsfynden från delstudierna speglas mot den vårdvetenskapliga substansen för att vidga förståelsehorisonten och ge nya tankemönster (se kapitel 7).



Figur 1. Resultat från delstudierna med centrala forskningsrön angivna i figurens centrum

I ett andra deduktivt steg har filosofiska texter av Gabriel Marcel bidragit till en teoriladdning av materialet för att söka fördjupat svar på forskningsfrågorna. Att valet föll på Gabriel Marcel motiveras bl.a. av att hans filosofi är förenlig med den caritativa teorin. Marcel betecknas som en kristen existentiell filosof, dramatiker och författare (1889–1973). Texterna som används i denna avhandling är hämtade från hans bok *The Philosophy of Existence (1948)*³¹. Det är en personlig reflektion över tillvarons villkor och ger trots den personliga framställningen en strukturerad bild av människans ontologiska premisser. Texterna upplevdes ha potential att bidra till en djupare förståelse och en vidgad horisont då de för in en delvis annan tematik. Gabriel Marcel vände sig emot beteckningen av honom som kristen, trots att han konverterade från judendom till katolicismen 1948. Han menade att de tankar han ger röst åt i sina böcker och dramer inte är specifikt kristna utan bär en universell prägel och han hävdar att tankarna grundlades innan han konverterade. Marcel erkänner dock att han liksom vem som helst är påverkad av den kristna kultur och tradition som han lever i.

³¹ Gabriel Marcel presenterar i sin bok *The philosophy of Existence (1948)* grunddragen i sitt tänkande omkring människans vara-i-världen. Boken är indelad i fyra kapitel varav det första "On the Ontological Mystery" är det som huvudsakligen lämnar bidrag till den filosofiska teoriladdningen här. De andra kapitlen är "Existence and Human Freedom", som är en kritisk diskussion av Jean-Paul Sartres arbete. Tredje kapitlet är "Testimony and Existentialism", där Marcel beskriver vad han menar att existentiellism är. Fjärde delen är en kort självbiografi.

Teorigenereringen i kapitel 9 är ett samspel mellan de induktiva och deduktiva leden. Genom abduktion formas teorimodellen om vardande och vårdande vid barnafödande (figur 3). Modellen utgör ett svar på forskningsfrågorna och är en abstrakt beskrivning av hur verkligheten kunde vara beskaffad. Karaktäristiskt för en teorimodell är enligt Lindholm (1998) att den reflekterar, förenklar och idealiserar det undersökta fenomenet. Teoribegreppet som det används här är inte likställt med det naturvetenskapliga teoribegreppet som har mer drag av ett verktyg att använda för att förstå något. Enligt Gadamer är teori inte ett medel utan ett mål och refererar till de antika filosoferna där *theoria* betyder den högsta formen av att vara mänsklig. Teori är att sträva mot något högre och bättre dvs. sanningen eller det sanningslika (Gadamer, 1997; Eriksson, 2003; Fredriksson, 2007). Fredriksson problematiserar teoribegreppet och anför en vårdvetenskaplig definition av teori som ett *antal tolkningar och påståenden som i sin inbördes relation explicerar och upplyser ett stycke värld* (Fredriksson, 2007, 28). Antagandena som följer på påståendet är att teorin är giltig i en viss tid och kontext, teorin upplyser praxisens värld på ett nytt sätt, teorin kan användas för att disciplinera tänkandet och teorin korresponderar inte med verkligheten på det sättet att den kan verifieras eller falsifieras, utan den upplyser ett stycke värld så som det erfars av människan. Teorimodellen i resultatdelens avslutande avsnitt vilar på denna definition.

DEN NYSKAPANDE HELHETEN

*Din kropp håller på att tillverka ett nytt liv
– det är väl inte konstigt att du mår illa!*

(En mammas tröst till sin gravida dotter,
2017)

I denna del syntetiseras de fyra delstudierna och speglas mot vårdvetenskaplig substans vilket fördjupar förståelsen av det empiriska materialet. En teoriladdning³² genom texter av Gabriel Marcel medför en höjd abstraktionsnivå och genererar nya tankemönster. Avslutningsvis presenteras en teorimodell för caritativt vårdande vid barnafödande. Modellen diskuteras tillsammans med tidigare forskning inom området³³.

7. SYNTES AV DELSTUDIERNA

De fyra delstudierna (tabell 1) sammanställs i figur 1 (s. 42). Delstudierna utgör var för sig en helhet där för avhandlingens syfte centrala forskningsresultat lyfts fram. Dessa enheter vävs samman till en ny helhet genom den hermeneutiska principen hel-del-hel och bidrar på så sätt till nya tankemönster. De nya tankemönstren presenteras under tre rubriker som korresponderar med forskningsfrågorna: *Hälsan och lidandets gestaltning vid barnafödande*, *Caritativ vård vid barnafödande*, *Den andliga dimensionens innebörd vid barnafödande*. Med siktet i forskningsfrågorna och förankring i den vårdvetenskapliga substansen framträder en ny och fördjupad förståelse av hälsa, lidande och vårdande vid barnafödande.

Hälsan och lidandets gestaltning vid barnafödande

Utifrån den ontologiska hälsomodellen som beskriver hälsa som en rörelse mot större integration kan både graviditet och förlossning ses som en möjlighet till fördjupad hälsa i bemärkelsen att bli mer hel, vilket innebär integration av kropp, själ och ande (delstudie I och II).

³² I hermeneutiska studier speglar man resultatet mot annan forskning eller filosofiska texter och på så sätt får materialet en 'teoriladdning'. Det betyder att texten kan lyftas och abstraheras och leda fram till nya slutsatser eller en tentativ modell.

³³ För mer ingående förklaring av tolkningsförfarandet, se s. 41.

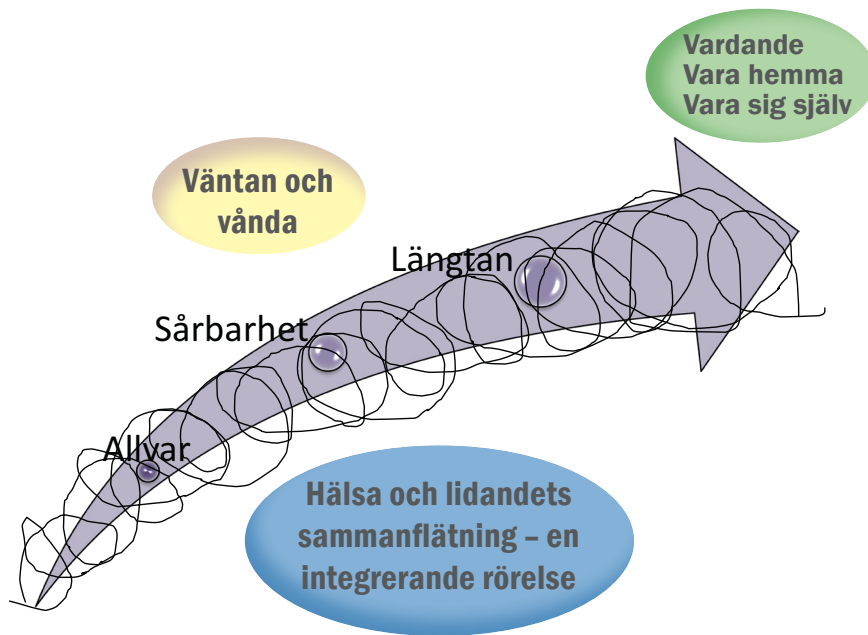
I barnafödandet är hälsan och lidandet tätt sammanvävda i varandra. Det är en möjlighet till fördjupad hälsa och ett vardande samtidigt som lidandet finns närvarande i form av oro, illabefinnande och risk för sjukdom och ohälsa. Det är ett vardande till hälsa som också frambringar det nya livet. Därmed kan hävdas att barnafödandet har potential att på en universell nivå synlig-göra livets existentiella djupdimensioner för människan. Det existentiellt upplevda är en väg mot ny livsförståelse (Rehnsfeldt, 2007).

Den integrerande rörelsen i hälsa och lidande är inte ett statiskt tillstånd utan bildar en sammanflätad rörelse som strävar efter harmoni och balans där längtan visar vägen (figur 2). Lidande och livsförståelse är intimt förknippade (Rehnsfeldt, 2007) och det är i rörelsen mellan hälsa och lidande som människan kan nå sin enhet och kan växa mot sin potential. Förväntningar, förhoppningar och glädje vävs ihop med allvar, längtan, oro, rädsla och kamp för välbefinnande och förnyelse. Målet är det nya livet som mor och barnet som är en ny existens.

Hälsa som görande ³⁴ gestaltas i det den barnafödande kvinnan gör för att öka sitt välbefinnande och undvika lidande. I och med graviditetsbeskedet (delstudie II) är det omöjligt att förbli passiv. Allvaret i situationen gör att kvinnan inte har något annat val än att delta och förutsätts ha kraft för att vidta åtgärder att ta de nya stegen och gå ut över sina gränser. Görandet är att finna sin livspraxis och när människan ser sambandet med att något värdefullt som kan gå förlorat ser hon hälsans mening (Nyström, 2014)³⁵. Kvinnan tar ansvar för sitt hälsobeteende genom att följa normer och rekommendationer vad gäller livsstil och kroppslig hälsa. Hälsomotivet finns från början i det att det man gör är med ansvar och omsorg för det väntade barnet. Kvinnan söker sig till mödravården för att få den hälsoövervakning, rådgivning och vård som är rekommenderad. Det finns en upptagenhet av de kroppsliga förändringarna med olika grad av tillit till kroppens funktioner. Strävan är att vara normal. Eftersom kvinnor balanserar sitt eget mående i relation till barnets väcker det skuld att inte kunna leva upp till det i det hon upplever som omvärldens krav på hälsobeteende.

³⁴ Se den ontologiska hälsomodellen s.20.

³⁵ Praxis är det levande verksamma livet (Wärnå-Furu, 2014).



Figur 2. Hälsan och lidandets gestaltning vid barnafödande

För kvinnorna som valde att föda hemma (delstudie I) handlade görandet om att vidta åtgärder för att förankra sitt beslut. Beslut och handlingar som görs måste vara i överensstämmelse med inre förvissning om att det är det bästa, annars blir det enbart ett yttre hälsobeteende. Det ska upplevas vara värdefullt och meningsfullt, och det finns även här ett ansvarstagande gentemot barnet. Hur kvinnorna uppfattar normer och rekommendationer är individuellt men står i samklang med hennes egen unika inre värderangordning.

I det inre själsliga kan hälsan och lidandets integrerande rörelse beskrivas som att vara hälsa och vara i lidande. Dimensionen karakteriseras av strävan efter balans och harmoni i det inre. Kvinnan strävar efter att hitta sin nya identitet och att finna sin sociala plats och roll. Förväntningar och föreställningar och drömmar om det nya livet måste vägas mot oförmåga och hinder. Kvinnor upplever att deras själsliga välbefinnande är viktigt inte bara för dem själva utan också för barnet. Det är viktigt att barnet känner sig välkommet, och det finns undringar om för mycket sorg och oro kan vara till skada för barnet (delstudie II). Möjligheten att komma i balans kan ibland vara begränsad, eftersom det finns en medvetenhet om sårbarhet och att

lidandet är potentiellt. Det är en existentiell utmaning i det att den verkliga den barnafödande kvinnan känner sätts på spel, och det innebär risk för förlust av det som värdesätts. Det blir en svårighet att 'hålla ihop sig', dvs. inte kunna integrera kropp och själ. Det leder till splittring och hemlöshet och möjlighet till växt som går förlorad. Det är både ett kroppsligt och själsligt arbete som kan beskrivas som *vånda*. I födelsesituationen är det kroppsliga påtagligt och beskrivs som att vara *jordad* (delstudie I). Påfrestningarna tar sig uttryck i förlossningsarbetets smärtor som är det som vanligast anföras som lidande i samband med barnafödande. Att möta och hantera den fysiska födelsesmärtan är inte bara ett arbete i stunden utan något som kvinnan även under graviditeten har att förhålla sig till vilket kan innebära rädsla, oro och ovisshet.

Sökande efter själsligt välbefinnande och inre balans är nära sammankopplat med relation och att vara i gemenskap (delstudie I). En plats där kvinnan finner trygghet medför att hon har mod att vara sig själv och skyddande och tillitsfull gemenskap är avgörande för att hon ska nå sin hälsopotential. Det är i relation kvinnan kan träda fram som enhet, vilket gör att hon känner sig verklig. I delstudie I blir det synligt hur de kvinnor som valt att föda hemma vill vara sig själva för att hitta sin födande kraft. Stillheten och vilan i att inte behöva åka till sjukhus ger en frihet att kunna gå in i födandets rytm. Det är kvinnans innersta väsen som behöver skydd, vilket har med värdighet att göra. Begreppet *värdighet* blev också påtagligt i samband med förlossningen då kvinnorna var angelägna om att kunna uttrycka sig fysiskt. Det kopplades då till att visa sig naken, utsöndring av kroppsvätskor, uttryck för smärta och tappad kontroll. Hemmet erbjöd för dessa kvinnor en möjlighet att behålla sin värdighet och ha skydd för sitt innersta väsen. Att känna sig hemma är att vara närvarande i sin egen värld (Nyström, 2014). Även under graviditeten framträder betydelsen av värdighetens bevarande (delstudie III) Det blev synligt i graviditetskontrollernas innebörd av bevittnande och bekräftelse. När kvinnan ser sitt värde kommer hon närmare vardandet. Målet är att kunna vara sig själv och vara rotad i sin existens.

Att varda i hälsa och lidande omfattar människans andliga förmåga och utgör den egentliga integrerande kraften som medför fördjupning, mognad, känsla av mening och fullkomning. Den barnafödande kvinnan försöker tolka det som händer alltifrån de kroppsliga förändringarna till det större sammanhanget om livets mål och mening. Längtan driver framåt och ny livsförståelse kan komma (Rehnsfeldt & Arman Rehnsfeldt, 2003). Nytt liv tar gestalt och det överkliga blir verkligt.

I rörelsen mellan hälsa och lidande kan människan nå sin enhet. Hälsa, helhet och lidande hör ihop, och det kan hävdas att hälsa blir helhet genom förening med lidande (Eriksson, 1994; Hemberg, 2015; Hemberg, Eriksson & Nyström, 2016; Nyström, 2014). Livsvärden visar vägen för människans hälsomotiv. Om de livsvärden man har i vardandet sätts på spel och riskerar att förloras, drivs människan in i vardandets integrerande rörelse för att söka sitt eget ethos (Eriksson, 2007). När kvinnan har möjlighet att växa i riktning mot sin längtan och sitt begär börjar en tillblivelseprocess. Sårbarheten (delstudie II), som innebär utsatthet, kan hämma den vardande rörelsen. Att inte få möjlighet att gå mot sin längtans mål, det man intuitivt är förvissad om är viktigt (delstudie I), betyder upplevelse av ensamhet, beroende, hjälplöshet, känsla av förlorad kontroll och fördunklad livsmening. Det förefaller vara det påtagligt fysiska i födelsesituationen – det som informanterna i delstudie I beskrev som *att vara jordad* – och hängivandet åt den förlösande kraften – som beskrivs i delstudie I:s tema *att ha kroppen som auktoritet* – som skapar förutsättning för enhetsupplevelsen.

De nya tankemönstren om hälsa och lidande vid barnafödande kan sammanfattas i följande fem meningar:

- Den barnafödande kvinnan har en längtan och strävan efter integration.
- Den integrativa rörelsen, förening av kropp, själ och ande, under graviditet inramas av väntan och vända.
- Hälsan och lidandets sammanflätning vid barnafödande gestaltas i sårbarhet, allvar och längtan.
- Sårbarheten vid barnafödandet utgör motiv för vårdandet.
- Vardande vid barnafödande kan beskrivas som att känna sig hemma och kunna vara sig själv.

Caritativ vård vid barnafödande

Utifrån gestaltningen av hälsa och lidande under barnafödande kan vårdandet förstås som att bistå kvinnan i integrerandet av kropp, själ och ande. Vårdaren kan ge skydd för värdigheten, den inre kärnan, så att kvinnan ges möjlighet att varda, det vill säga finna enhet och mening. I det nya tillståndet som den barnafödande kvinnan befinner sig i framstår oro, ovisshet, ängslan och bristande tillit till både egen kapacitet och de nära relationerna som ett huvudmotiv för vårdandet (delstudie III). Vårdande i en förtroendefull gemenskap kan hjälpa kvinnan finna sin inre förankring och att förvandla rädsla och oro till trygghet och tillit. Vårdande vård ger en ny förståelse av livet och kraft och möjlighet att gå framåt och hitta sitt eget, hitta hem (delstudie I).

Det caritativa vårdandet kännetecknas av inbjudan och löfte om vård (delstudie III). Det är en möjlighet att ha någonstans att vända sig, där man blir mottagen och känner sig välkommen. Kvinnorna svarar på inbjudan och förväntar sig ett lindrat lidande. Löftet innebär en försäkran om att inte bli sviken i det nya skedet som barnafödande innebär. Det framträdde i delstudie III där en informant upplevde att löftet var villkorat, vilket bidrog till ökad osäkerhet och oro hos kvinnan. Kvinnorna i delstudie III ville på samma gång få ta del av rutinprogram men ändå bli bemötta unikt. Behoven uttrycks sällan verbalt, men utifrån studien (delstudie III) kan vårdandet utgöra en möjlighet för kvinnan att göra det överkliga mer verkligt, vilket är bekräftelse på varandet. När lidande delas och bekräftas av en annan människa kan människan på nytt få kontakt med sin hälsa och livskraft (Nyström, 2014). Bekräftelse innebär att bli bejakad och att någon lyssnar till de innersta begären, det människan längtar efter och sträcker sig mot (Eriksson, 1987b). De medicinska kontrollerna är förutom sitt medicinska innehåll ett bevittnande i vilket kvinnan upplever sig ha kontroll i den nya tillvaron. Bevittnande är bekräftande genom närvaro och skydd mot kränkning av värdigheten (Arman Rehnsfeldt & Rehnsfeldt, 2003).

För att som vårdare kunna dela patientens rädsla och oro är det avgörande att vårdaren är trygg och förankrad i sitt ethos och inte själv drivs av rädsla. Kvinnorna i första delstudien vittnar om hur de vid tidigare möten i vården upplevt att vårdare inte haft tillit till kvinnans födande krafter. Vårdarens förankring i ethos innebär att ha ett genuint intresse (delstudie IV) av den barnafödande kvinnan och hennes unika uppgift i livets tjänst.

Uttrycket att verka i en *förlösande anda* kan ses som en metafor för det caritativa vårdandet (delstudie IV). Andan i vårdgemenskapen är det som, om den är livaktig, bringar ihop kropp och själ. Genom en öppen och tillåtande atmosfär i mötet kan kvinnan överlämna sig och ge sig hän och rädsla kan förbytas i tillit. Att överlämna sig till sitt inre, Gud eller naturen är beroende på kvinnans livsförståelse (Rehnsfeldt & Arman Rehnsfeldt, 2003). Caritativ vård innebär att ethos, vårdarens inre värderingar, gestaltas i det vårdande mötet och i det avseendet framstår vårdandet som konst (Eriksson, 1987b; Nåden, 2003)³⁶. Det skapas en kultur där andliga och själsliga processer kan få näring (Nyström, 2014). I praxis innebär det att det finns en särskild tid när ingripande behövs och när väntan och avvaktan är det rätta. Det intuitiva, det som inte kan läsas fast i rutinens stela former inne-

³⁶ Konst kan inte betraktas som konst om den inte är sann och skön. Nåden menar att vården bör bära *sannhetens kjennetegn* för att patienten ska kunna vila i tilläggnelsen (Nåden, 2003). I boken Pausen (1987 b) citerar Eriksson Marc-Wogan som säger att *genom konsten uppkommer det vars form finns i själen*.

bär fasthet, flexibilitet och visdom. Det bidrar till en upplevelse av säkerhet för barnaföderskan (delstudie IV). När det praktiska, teoretiska och etiska är i samklang blir vårdandet evident³⁷.

De nya tankemönstren om caritativ vård vid barnafödande kan sammanfattas i följande fyra meningar:

- Caritativ vård vid barnafödande innebär att erbjuda skydd och bistå kvinnan i den integrerande rörelsen.
- Caritativ vård vid barnafödande är konst genom en samklang mellan teori, praktik och etik.
- Vårdarens ethos bidrar till den anda där den barnafödande kvinnans vardande rörelsen kan äga rum.
- Caritativ vård vid barnafödande karaktäriseras av inbjudan, löfte, bevittnande och bekräftelse.

Den andliga dimensionens innebörd vid barnafödande

Den andliga dimensionen är ofta svår att verbalisera (delstudie I). Längtan (delstudie II) visar på det perfekta, kvinnans viktiga mål, behov och begär, men längtan och begär uttrycks mest i själ och ande (Sivonen & Kasén, 2003). I delstudie I är det först på en uttalad fråga som informanterna beskriver andliga erfarenheter i samband med födandet. Huvudmotivet för att välja hemmet som födelseplats angavs var en önskan att skydda det ogripbara och heliga. Kvinnorna beskrev att hänförelsen i födandet kunde ta sig konkreta uttryck i form av ljusfenomen och orgasmliknande känslor. Det som de framför allt angav som andliga erfarenheter, var känslorna av fullbordan.

Denna beskrivning av andlig erfarenhet står i samklang med vårdvetenskapens substans såsom den beskrivs i den ontologiska hälsomodellen. Vårdandet innebär en gränsöverskridande upplevelse av fullkomning och kan ge en djupare medvetenhet om livskärnan. I gränssituationer såsom barnafödande kan lidandets kamp³⁸ innebära att ny livsförståelse kan komma (Rehnsfelt & Arman Rehnsfeldt, 2003). Att vara i sin egen värld under födandet (delstudie I) beskrivs av kvinnorna i termer av ljus, värme, frid, ett mysterium, känsla av fullbordan, vördnad, förundran, enhet och frid.

³⁷ Kvalitativ metod har ett annat evidensbegrepp än den kvantitativa metoden. Enligt vårdvetenskapens premisser är evidens det som är klart och synligt och det är inte förrän den vårdande kunskapen tillägnas patienten och blir till hälsa som kunskapen blir evident.

³⁸ Se Teoretiskt perspektiv, sid 18-22.

Det står i överensstämmelse med definitionen på andlighet som en fråga om essens och hänförelse (Sivonen & Kasén, 2003). Det som vid första påseendet verkar orationellt kan vara det viktigaste dvs. skönhet, kraft, samhörighet och kärlek.

De nya tankemönstren om den andliga dimensionens innebörd vid barnafödande kan sammanfattas i följande fyra meningar:

- Den andliga dimensionen vid barnafödande är ofta dold och svår att verbalisera.
- Hänförelsen i födandet är en andlig upplevelse.
- Önskan om att skydda det ogripbara och heliga i barnafödandet tillhör den andliga dimensionen.
- Längtan och sökandet efter mening tillhör barnafödandets andliga dimension.

8. DET ONTOLOGISKA MYSTERIET

För att ytterligare vidga förståelsehorisonten används här texter av existensfilosofen Gabriel Marcel (1948)³⁹. Med utgångspunkt i avhandlingens syfte och frågeställningar tolkas texterna vilket bidrar till en teoriladdning, en höjd abstraktionsnivå och en fördjupad förståelse av vardande och vårdande vid barnafödande.

Barnafödande som problem och mysterium

Gabriel Marcel utforskar det område i tillvaron till vilket kan hänföras varats eller existensens grundläggande premisser. Han uttrycker det som att existensen är, eller borde vara nödvändig⁴⁰. Innebörden av detta kan tolkas som att människan har behov av mening vilket benämns som ett ontologiskt behov⁴¹. Det är ett antagande Marcel gör, att livet måste ha ett sammanhang och att det inte kan vara en serie osammanhängande tillfälligheter. För att belägga detta påstående använder han sig av två begrepp: *problem* och *mysterium*.

Problem och mysterium är två diametralt olika tillvaroformer eller sfärer i människans livshållning. I problemsfären består världen av fenomen som utifrån kan betraktas, förklaras, systematiseras och olika tekniker kan användas för att kontrollera. Till och med människan delas in i funktioner och förklaras enligt rationalismens premisser om sambandet mellan orsak och

³⁹ Se fotnot 31 och 32.

⁴⁰ Eng. being is –or should be– necessary (Marcel, 1948).

⁴¹ Eng. ontological need (Marcel, 1948).

verkan. Marcel anser att till varje mänskligt behov finns kopplat en rädsla som människan försöker bemästra med kontroll och tekniker. På grund av att vissa existentiella erfarenheter inte har någon känd orsak och därför inte kan förklaras trots undersökningar, studier och logisk slutledningsförmåga, leder denna uppdelning av människan till splittring av personligheten. Döden förstås som det totala misslyckandet, eftersom människan då inte längre är användbar. Trots människans förmåga att med teknikens hjälp kontrollera skeenden och lösa problem kvarstår hos människan, menar Marcel, en obehaglig känsla av att det borde vara något mer. Detta är enligt Marcel ett tecken på människans inneboende längtan och sökande efter mening.

Mysteriet betecknar Marcel som den sfär av livet där det inte går att ställa sig utanför och betrakta. Det som betraktas upphör då att vara det det är. Detta beror på att subjektet som betraktar är en del av fenomenet, och med ett objektivt förhållningssätt innebär det ett förnekande av fenomenets väsen. Mysteriet involverar vårt verkliga varande. Trots att livet är fullt av problem och svårigheter, vilket skulle kunna driva människan in i mysteriets befriande värld som erbjuder sammanhang och mening, menar Marcel att människan har svårt att ta till sig denna dimension.

Marcel's resonemang kan överföras på barnafödandet genom att den fulla förståelsen av graviditet och födande inte kan nås genom att utifrån betrakta, dela upp i funktioner och tekniskt försöka att kontrollera. Upplevelsen och förståelsen är unik och subjektiv för varje kvinna och kan utifrån Marcel's definition betraktas som ett mysterium. Universell förståelse är inte heller helt möjligt, eftersom barnafödande tillhör livspremisserna och vid ett objektivt betraktande upphör att vara det det egentligen är. Innebörd och mening kan enligt Marcel bara komma genom det han beskriver med det engelska ordet *recollection* (Marcel, 1948). Det är något mer än reflektion, dvs. det är ett slags reflektion men i en annan potens. *Recollection* innebär att lyfta sig från problemlösandet till en metaproblemnivå där ingen lösning behövs utan det är ett utforskande av tanken. Det kan närmast översättas med undran eller *begrundan*. Det finns en vital förbindelse mellan orden undran, förundran och under (mirakel). Människan vill försöka förstå, och förundran är det som förloras när mysterier och mirakel som inte kan förklaras ändå utsätts för förklaringsförsök, kontrolleras och behärskas. Mysterium är per definition det som inte kan förklaras ⁴². Marcel menar att för att leva ett genuint och

⁴² Se Nationalencyklopedin:

<http://www.ne.se.lib.costello.pub.hb.se/s%C3%B6k/?t=uppslagsverk&q=mysterium>.
(Hämtat 2017-02-03)

helgjutet liv behövs denna begrundan som är ett återvändande och avtäckande av tillvarons grund och en förnyelse av kontakten med det meningsbärande i tillvaron. Splittring i tillvaron och då framför allt splittringen och särskiljandet av kropp och själ är en följd av människans upptagenhet med problemsfären. När människan delas upp i funktioner som på olika sätt och med olika tekniker kan kontrolleras förloras meningssammanhang, och följden blir enligt Marcel rädsla, ökade försök till kontroll och till sist förtvivlan. Detta händer enligt Marcel också när viktiga livserfarenheter avfärdas som något naturligt som inte kräver närmare eftertanke. Stundtals framställs barnafödande på samma sätt som något naturligt i bemärkelsen vardagligt och vanligt, men kvinnors oro, rädsla och vända inför födandet bekräftar det mystiska eller den metaproblematiske dimensionen.

Tro, hopp och kärlek som andliga resurser

Människan har enligt Marcel ett existentiellt val och det är i gemenskap med andra och med det gudomliga som det meningsfulla förstås. Han anger tro, hopp och kärlek som meningsbärande enheter i en rörelse bort från förtvivlan och meningslöshet i människans förståelse av det metaproblematiske. Att andlighet är så svårt att förklara och få grepp om är på grund av att det hör till mysteriesfären. De andliga dimensionerna i livet, tillika naturen och dess möjligheter beskrivs enligt Marcel bäst i subjektiva termer. Tro, hopp och kärlek kan betecknas som andliga resurser i människans existentiella sökande efter sammanhang och mening.

Hoppet är enligt Marcel ett förhållningssätt med innebörden att motsätta sig lidandet och det onda. Hoppet ligger utanför det objektivt givna och sätter sig över alla fakta. Det är ett "trots allt" och är i sig själv helande och befriande. Hoppet är en viljeyttring riktad mot det som inte är avhängigt av människan själv. Hopplöshet innebär enligt Marcel att förtvivlan är det enda alternativet.

Begreppet *tro* är enligt Marcells mening inte ett passivt fasthållande av tros-läror eller idéer och principer utan en aktiv kunskap, ett erkännande av det bestående, det som kan och bör upprätthållas, dvs. det goda. Tron är själva substansen av hoppet och är kopplad till kontext, dvs. det man hoppas på. Trons yttring är kärlek och en medvetenhet om en viss tingens ordning. I möte och gemenskap kan skapande av det nya ske. Att mötas i tro innebär att vara disponibel och låta sig beröras. Marcel begreppsliiggör detta som *creative fidelity* (övers. skapande tro). Då vi i öppenhet och med hela vår varelse låter oss bli berörda av den andre handlar det inte om att objektivt låna den andres resurser för ett tag utan det är ett utväxlande av gåvor.

Det är något som går utöver det omedelbart givna och gåvan är det meningsfulla och goda. Öppenheten betecknar Marcel med det franska ordet *disponibilité* (övers. *disponibel*, närvarande) och kan liknas vid att försätta sig i permeabelt skick, göra sig mottaglig och öppen för den andra människan. Ett fullständigt närvarande i ett möte är alltid en rörelse mot mysteriet. Denna andliga närvaro i nuet är enligt Marcel detsamma som kärlek.

Marcel menar att mysteriet har större ontologisk vikt än problemsfären, men människan behöver hjälp att identifiera livets mysterier. Barnafödandet kan utifrån Marcells tankegångar tolkas som tillhörande mysteriesfären, och när kvinnan i hängivenhet överlämnar sig åt mysteriet och inte bara passivt uthärdar, blir hon en aktiv agent i skapelseprocessen. Att överlämna sig betyder inte att ge upp utan att ge plats för det meningsfulla.

Barnafödande rör de mest grundläggande dimensionerna i den mänskliga existensen och bör, för att inte viktig livsförståelse ska gå förlorad, mötas i mysteriet där tro hopp och kärlek enligt Marcells definition, är grundläggande andliga resurser. Vård som inte lämnar utrymme för det människan behöver är per definition inhuman. För att vården ska vara vårdande och leda till helande och hälsa bör människans mysterium erkännas.

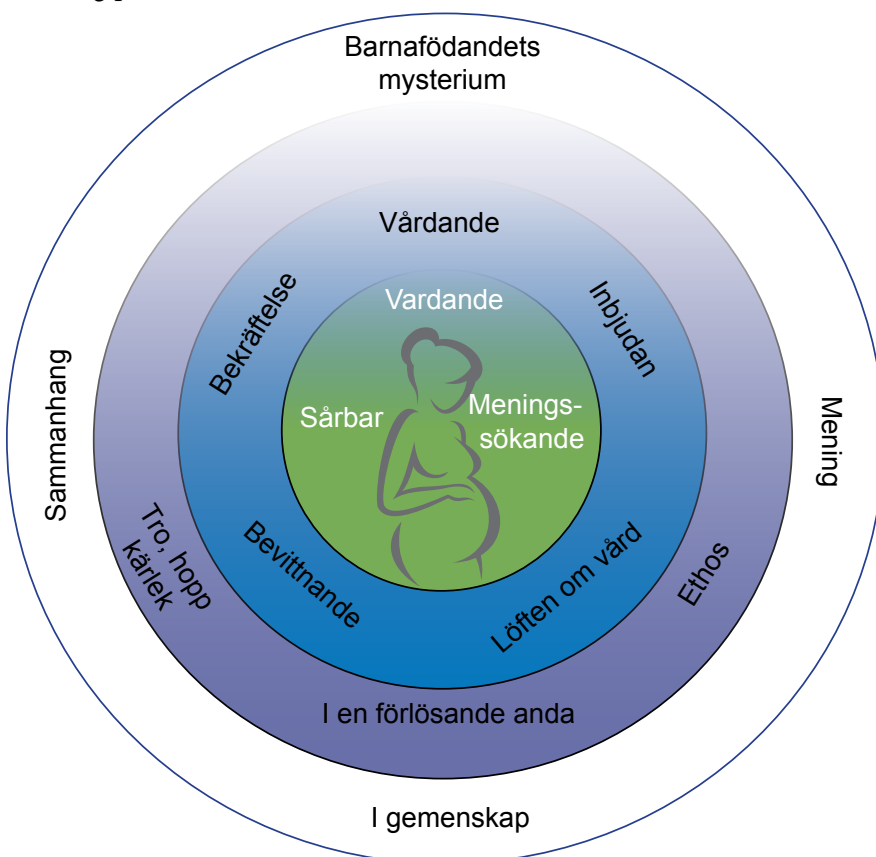
Dialogen med Marcells texter leder fram till nya tankemönstren om vardande och vårdande vid barnafödande, vilka kan sammanfattas i följande fyra meningar:

- Barnafödandet är ett mysterium vilket innebär att kvinnan här kan finna sammanhang och mening.
- Att förlägga barnafödandet till problemsfären dvs. objektifiera och göra till en funktion, innebär förlust av mening.
- Caritativ vård vid barnafödande är en strävan att bevara mysteriet.
- Caritativ vård erbjuder gemenskap där tro, hopp och kärlek är andliga resurser för den barnafödande kvinnans sökande efter sammanhang och mening.

9. HELHETSFÖRSTÅELSE FORMULERAD I EN TEORIMODELL

Var inte rädd! Se jag bådär er en stor glädje!
(Lukas 2:10)

Teorimodellen (figur 3) har abduktivt formats med underlag i de nya tanke-mönstren som framkom i kapitel 7 och 8. Teorimodellen som åskådliggörs nedan gestaltar en helhetsförståelse av vardande och vårdande vid barnafödande. Modellen är en abstraktion av hur *den förlösande andan*, som en metafor för det caritativa vårdandet är en verksam kraft för vardandet i hälsa och lidande vid barnafödande. Kapitlet har tre underrubriker som var för sig diskuterar ett område i teorimodellen. *Den barnafödande kvinnans vardande* (grönt), *Det caritativa vårdandets gestaltning vid barnafödande* (blått), *En förlösande anda i tro hopp och kärlek* (lila). Förståelsen av de i teorimodellen ingående begreppsenheterna fördjupas genom en diskussion då de förankras i den vårdvetenskapliga substansen och ställs mot annan forskning på området.



Figur 3. En teorimodell om vardande och vårdande vid barnafödande

Den barnafödande kvinnans vardande

I mittpunkten av modellen finns den barnafödande kvinnan. Hennes tillstånd bär mysteriets prägel, hon är i vardande, meningssökande och sårbar. Den barnafödande kvinnan är en integrerad enhet med dimensionerna kropp själ och ande, där den andliga dimensionen är längtan efter mening, helhet och hälsa (Eriksson, 2007; Nyström, 2014).

Genom den ontologiska hälsomodellen förstås vardandet som målet för hälsans integrerande rörelse. Det är människans längtan efter att nå sin fulla potential eller bli sig själv (Eriksson m.fl., 1995). Det kan också beskrivas som att hitta sin plats, hitta hem (Hilli, 2007). Vardandet är människans strävan efter det goda som uppfattas som människans centrala jag (Pauli, 1930). Vardandet har sin förankring i hälsans inre rum där de goda krafterna tas i bruk utifrån människans förmågor (Wärnå-Furu, 2014). Att ha en förankring med det inre rummet och en förståelse av sin inre kärna är bekräftande av egenvärde och betyder välbefinnande och upplevelse av kropp, själ och ande som en enhet (Rykkje, 2014).

Barnafödandet är en plats där människans sårbarhet går i dagen och livets grundläggande förutsättningar ger sig till känna (Grønlien Zetterqvist, 2002). Sårbarheten innebär en potentiell risk för lidande och splittring, och i andlig mening innebär sårbarheten upplevelse av ensamhet, hjälplöshet, beroende och känsla av att tappa kontroll (delstudie III).

Begreppet *mysterium* används för det som är ogripbart. Mysteriets prägel på barnafödandet innebär att det inte objektivt går att förklara, kontrollera och behärska. Graviditeten är fysiskt uppenbar men hur livet uppstår är dolt (Grenholm, 2005). Förutom det fysiska är barnafödande ett fenomen begåvat med mening och subjektiv betydelse där kvinnan konstruerar sin egen verklighet och själv kan själv fylla det med mening (Callister, 1995). Det ogripbara men vanligt förekommande kan ibland avfärdas med att det är något 'helt naturligt' (Marcel, 1948). När det inte omedelbart går att finna en förklaring eller samband mellan orsak-verkan i livshändelser, kan ett avvisande förefalla enklare än en djupare reflektion. Detta avfärdande av det som förefaller ologiskt och svårt att förstå innebär ett undvikande av det meningsbärande och kan bli ett hinder i försöken att tolka livets komplexitet (Marcel, 1948). Bara för att det är vanligt och naturligt betyder det inte att det inte är unikt och speciellt och kan ha en speciell mening (Grenholm, 2005). I sin betraktelse över bebådelseberättelsen ⁴³ menar Grenholm att skildringen inte är en diskussion om huruvida det handlar om något naturligt i

⁴³ Bebådelseberättelsen i Bibeln finns återgiven i Lukasevangeliet (Lukas 1: 26–38). Det är en kontroversiell fråga inom teologin huruvida Jesu mor Maria var biologiskt jungfru eller inte.

bemärkelsen biologiskt eller något övernaturligt. Istället ser hon det som en skildring av förhållandet mellan en livssituation och tron, dvs. innebörden av det meningsskapande. Författaren tillägger att det förefaller vara så att ju mer vi närmar oss det vardagliga och vanliga desto mer tvetydigheter måste vi hantera och menar således att det i bebådelseberättelsen finns paralleller till varje gravid kvinnas upplevelse och erfarenhet. Skapelseprocessen, mänskoblivandet, är utanför vår kontroll, och i vårdsammanhang riskerar en alltför medicinsk och kontrollerande vård att avmystifiera livet, och det som bär på mening kan gå förlorat (Marcel 1948; Grenholm, 2005).

Föreningen av kropp och själ

Vardandet mot hälsa är integrering. I teologisk mening är åtskiljandet av kropp och själ något som kom genom syndafallet⁴⁴. Adams och Evas upptäckt av sin nakenhet är tecken på en förnummen spricka mellan kroppen och själen. Dikotomin mellan kropp och själ är ständigt närvarande och det är lätt att hamna i en förståelse av kroppen som något fristående, som objekt (Marcel, 1948). Kroppen blir något som man har och inte som man är. I förlossningsförberedande sammanhang använder barnmorskor och doulor⁴⁵ en diskursiv tanke om att något står i vägen för födandet men att ”kroppen vet” och ”kroppen kan”. Man vill att barnaföderskan ska ha tillit i processen och att hon ska överlämna sig. Men frågan kan ställas om hur kroppen kan veta något som inte medvetandet vet. Grønlien Zetterqvist (2002) myntar i detta sammanhang begreppet *kroppssubjekt* för att understryka det kroppsligt, fysiskas oupplösliga förening med det subjektiva medvetandet. Det kan, menar hon, ge en begreppslig hjälp i förståelsen av mening. Vad som sker när födande sker är att kroppen ger kunskap eftersom den vet *hur* förlossningen fysiskt ska gå till, medvetandet vet *att* det är nu det sker och ur detta förhållande växer *vad* fram. Vad som sker när födelsen sker är det unikt meningsbärande för varje kvinna. Kvinnan kan inte fly födelsen biologiskt men kan välja hur erfarenheten integreras och det faktum att hon är i existens. Medvetandets uppgift är inte att kontrollera det som sker utan att koncentrera och hålla fast att *just nu föder jag* (Grønlien Zetterqvist, 2002, sid.111). Kropp och medvetande möts på botten av en förlossningsvärk, och kunskapen om smärtans gräns finns bara där vid gränsen. Det jordiga⁴⁶, fysiska i födelsen leder kvinnan till roten av varat och i upplevelsen av att vara kropp,

⁴⁴ Första Moseboken 3

⁴⁵ Doula är en kvinna som har erfarenhet av förlossningar och är tränad i att ge stöd till den födande kvinnan under graviditet, förlossning och den första tiden efteråt. En doula har inget medicinskt ansvar. (Information hämtat från Odis: www.doula.nu, 2017-02-07).

⁴⁶ Jordiga ändvänder här som en böjning av begreppet jordad (se t.ex. s. 47).

kan kropp och själ förenas igen (Davis-Floyd, 1994; 2001). Detta står i överensstämmelse med rönen i delstudie I, där kvinnorna påtalade det *jordade*, samtidigt som hänförelse, förundran, känsla av fullbordan och mening fyllde dem. Att vara en person är samtidigt en medvetenhet om att kunna förlora sig själv, sin plats och väg, vilket är meningsskapande. Det kan beskrivas som en personlighetsgörande akt i det att det sluter syntesen mellan kropp och själ (Nyström, 2014).

Hur vi talar om barnafödande är viktigt. Orden och begreppen är språkliga bärare av substans och mening från vilket kultur och mänskligt handlande formas (Uggla Kristensson, 2002; Hunter, 2006). Ett vanligt begrepp inom den professionella vården när man talar om barnafödandet är *reproduktion*, vilket kan föra tankarna till en repetitiv produktion (Grenholm, 2005). Utifrån föreliggande forskning framstår barnafödandes vardande i motsats till detta som en skapelseprocess vilket är en uppfattning som delas av andra författare (se t.ex. Grønlien Zetterqvist, 2002; Cullinan, 2008). Det är en skapande process innehållande såväl andlighet som extas, hänförelse och upplevelse av helighet. Begreppet *reproduktion* blir då en profanering av det heliga och med Marcells språkbruk, en avmystifiering. Det kan medverka till att mening går förlorad och begränsar eller förhindrar upplevelsen av förundran.

Jag får känslan av att man närmar sig ett mysterium. Varje förlossning jag gått igenom tycker jag att jag har kommit lite närmare lösningen. Alltså hela den här nyckeln till vad livet är: död, liv, återfödelse ... på sjukhus, då försvinner hela den här mysteriekänslan. (Citat av en informant i delstudie I).

Rädsla, kontroll och tillit

Professionens uttryck om att barnaföderskan ska släppa kontrollen och ge sig hän i födandet är problematiskt. Vad ska föderskan ge sig hän till? Vem tar emot? Vart ska hon rikta sin tillit? Att hänge sig är detsamma som att överlämna sig, men hur ska kvinnan våga detta då förlossning kan innebära förlust av både kontroll och värdighet (Grønlien Zetterqvist, 2002; Warren & Brewis, 2004)? Frågan om vem som har kontroll när man saknar kontroll menar Grenholm (2005) är trons existentiella grundfråga.

Synen på kvinnans orenhet i teologisk bemärkelse och föreställningar om de onda makternas närhet vid födandet har en stark förankring i folketro⁴⁷ (Höjeberg, 2000). Vid datainsamlingen inför delstudie IV kunde ses hur utvecklingen av den medicinska vetenskapen användes i kampen mot folkliga föreställningar om onda andar och det övernaturliga (Romlid, 1998).

⁴⁷ Se litteraturoversikt s. 22

Vårt behov av kontroll kan då i ontologisk mening vara en misstro inför tillvarons inneboende godhet eller i teologisk mening en rädsla för Guds straff eller gudsövergiveness. Det är en andlig sårbarhet i bemärkelsen en andlig öppenhet som mer söker omvårdande kärlek istället för rädsla för straff och de onda makternas närhet. Det som tidigare tolkades som en andekamp har transformerats till 'teknikens kontroll' (Callister & Khalaf, 2010). När fokus hamnar på de fysiska aspekterna av graviditet och födelse eller på medicinska innovationer kan det som är meningsbärande och hör till livsförståelsen försvagas.

Förlossningsrädsla är idag ett vedertaget begrepp inom professionell förlossningsvård, och det finns specialmottagningar för kvinnor med olika grader av farhågor inför födandet. Oro, ovisshet och otrygghet är ett starkt inslag i den barnafödande kvinnans tillvaro (delstudier I och III) och rädslan betecknas som primär eller sekundär. Med primär förlossningsrädsla avses att kvinnan inte tidigare gått igenom en förlossning medan den sekundära rädslan bottenar i en tidigare traumatisk upplevelse av förlossning (Nilsson, Robertson & Lundgren, 2012; Nilsson m.fl., 2012). I det fallet kan rädslan vara en brist på tillit hos kvinnan som har sin upprinnelse i den etablerade vårdens brist på insikt i barnafödandets mysterium.

Födandets koppling till smärta och till livshotande tillstånd är gåtfullt och det som hela den västerländska läkekonsten försöker överbrygga med mediceknisk utveckling. I litteraturöversikten framkom hur ordet smärta i Bibeln möjligen är en felöversättning, där det ursprungliga hebreiska ordet mer har innebörden av känslomässig ansträngning eller vanda⁴⁸. En känslomässig ansträngning är en konsekvens mer än ett straff. Smärtan och sårbarheten vid barnafödande i teologisk och ontologisk mening är inte ett straff utan en möjlighet till en förnyad integration, ett vardande. Tankegången bekräftas av Cullinan (2008) som vill se inkarnation som en förnyelse av Guds skapelse i stället för ett svar på kvinnors syndfullhet. Det caritativa vårdandet innebär i detta sammanhang att det kärleksfulla vårdandet medverkar till att rädslan kan förbytas i trygghet och tillit.

Kärleken är en kraft som finns i det utrymme där vi saknar kontroll.
(Grenholm, 2005, s.188)

⁴⁸ Se s. 24.

Det caritativa vårdandets gestaltning vid barnafödande

Ett bejakande av Marcells tankar om mysteriet får i det vårdande sammanhanget till följd att den barnafödande kvinnan bör mötas i en vård som bär mysteriets prägel och inte enbart förhåller sig till tekniker och kontroll (Marcel, 1948). Det caritativa vårdandet är enligt teorimodellen (figur 3) omslutande och ger skydd. Det är den barnafödande kvinnans sårbarhet, vilken är fysisk social och existentiell (delstudie II) som utgör det huvudsakliga motivet för kärleksfull vård (delstudie III). Mottagande av vård är inte bara en ytlig känsla hos patienten utan kan ge en ny förståelse av livet. Eriksson (1987a) säger med hänvisning till Buber att i en genuin vårdgemenskap får patienten kraft och möjlighet att gå vidare och finna sig egen inre styrka. Som centrala delar i det caritativa vårdandet vid barnafödandet framkommer *inbjudan och löfte, bekräftelse och bevittnande*. Det är den caritativa vårdens uttrycksformer (Eriksson & Lindström, 2003).

Inbjudan och löfte

Inbjudan till en vårdande gemenskap framkom i delstudie III där kvinnorna i början av graviditeten uppfattade mödrahälsovården som en stående inbjudan och ett löfte att bli mottagen i en livsfas som kunde framstå som osäker och oviss men av stor betydelse. Inbjudan är en del av en etisk vårdande gemenskap. Eriksson hänvisar till Kirkegaard och säger att idén är att det ska finnas en plats där människan kan vila i vetskap om en trygg relation som kan ge skydd för värdigheten (Eriksson, 1987a). Grunden för det etiska i vårdandet finns i det sätt på vilket patienten blir inbjuden. Att bli inbjuden som hedersgäst inkluderar värdighet och ansvar. En verkligt vårdande relation uppstår där inbjudan innehåller ett löfte om att inte bli sviken. Ett bindande löfte förbereder människan för framtiden och är del av hälsoprocessen (Wärnå-Furu, 2014). Inbjudan till vårdgemenskap är ömsesidig och patienten bjuder också in vårdaren. Det kan vara genom att svara an på vårdarens inbjudan eller som i delstudie I där kvinnorna som valt att föda hemma bjöd in barnmorskan till sitt hem.

I litteraturöversiktens uppmärksammades hur det från kyrkans sida finns en avsaknad av riter, liturgi eller sammanhang för den barnafödande kvinnan som skulle kunna hjälpa henne till förståelse av vad hon går igenom. Det förefaller vara så att mödrahälsovården tagit den platsen. Bredmar (1999) skriver om mödrahälsovården som en rit eller ritual att gå igenom som gravid kvinna i Sverige. Samma tankegångar finns hos Hellmark Lindgren (2006) som betecknar graviditet *som en resa i mödravårdsregi* (s. 85). Den så gott som hundra procentiga uppslutningen till mödrahälsovården i

Sverige bekräftar den unika ställning som vårdformen har, men tyvärr finns det brister här, när det gäller att tolka födelsen och förnyelsens mysterium.

Bekräftelse och bevittnande

Innebörden av rutinbesöken på mödrahälsovården beskrevs i delstudie III som bevittnande och bekräftelse av normalitet vilket uppfattades som vårdande. De var ett sätt för kvinnorna att komma närmare den abstrakta graviditeten. Kvinnorna upplevde hur uppmärksamheten från vårdaren, delandet av tankar och de olika provtagningarna vara en stund att vila från oro, ansträngningar och bekymmer. De kan vara ett bevis för att förebyggande vård inte bara är kroppslig utan också är kopplad till själ och ande (Hellmark Lindgren, 2006). Besöken innebar att graviditeten blev mer konkret, dvs. det var ett bevis på att graviditeten var verklig och bekräftade identiteten av att vara en gravid kvinna. Besöken upplevdes därför positivt där varje besök blev ännu en bekräftelse och identitetsstärkande. Eriksson (1987b) beskriver hur bekräftelse och att bli bejakad ger människan mod och kraft att gå vidare.

Värdighet är liksom i inbjudan centralt när det gäller bekräftelse (Nåden & Eriksson, 2004). Djupast sett är det patientens värdighet som bekräftas, och vårdarens etiska och moraliska hållning är avgörande för att detta ska ske. Begreppet *värdighet* kan endast användas om människan och är något som tillhör det att vara människa. Edlund (2002; 2003; 2012) menar att värdighet innebär att vara hel som människa. Upplevelsen av att inte höra till kan därför (som visade sig i delstudie III) innebära en kränkning av värdigheten.

Arman Rehnsfeldt och Rehnsfeldt (2003) betecknar *bevittnande* som ett etiskt begrepp. Det uppträder när vårdare förstår patientens upplevelse och bekräftar den. Det beskrivs som sann närvaro och innebär skydd för värdighet därför att någon ser din belägenhet. I begreppet *disponibilité* som Marcel (1948) använder finns tanken om att göra sig mottaglig för den andre. Det beskrivs som andlig närvaro i nuet vilket är detsamma som kärlek och en rörelse mot mysteriet (se sid 53). Bevittnande kan innebära att endast observera, och rutinkontroller kan naturligtvis vara en interaktion som blir ett möte enbart på teknisk nivå. En attityd av sann närvaro har sina rötter i vårdarens ethos. Det innebär att ha ett genuint intresse för den andra och att uppriktigt vilja patienten väl (Eriksson, 1995).

En förlösande anda av tro hopp och kärlek

Människan förändras när hon blir patient och Sivonen och Kasén (2003) påpekar att kropp, själ och anda påverkas av varandra. Att ta tillvara det andliga är att bejaka hela människan och bidrar till upplevelse av välbefinnande. Andan i vårdandet bär på en kraft som har betydelse för upplevelsen av värdighet, helhet och hälsa (Edlund, 2002; Nåden & Sæteren, 2006).

Betydelsen av andan vid barnafödande bekräftas av Berg m.fl. (2012) i en syntes av tolv tidigare studier. De beskriver hur en födande atmosfär genererar lugn, tillit och säkerhet. Det bidrar till en normal födelseprocess och ger en känsla av att vara hemma. I en studie av Hodnett (2002) föreföll det till och med att vara så att attityden och förhållningssättet hos vårdaren hade mer betydelse för tillfredsställelsen med förlossningen än upplevelse av födelsesmärtan, den medicinska smärtlindringen och de medicinska interventionerna.

Andlighet är det som bär på mening och det sträcker sig mot det goda, sanna och sköna utan att vara förankrad i objektiva fakta. Längtan, sökande efter mening, begrundan av tillvarons premisser är andlighet (Eriksson, 1987a; 1987b; 2009; Nyström, 2014). Tro, hopp och kärlek är andliga resurser. Mysteredimensionen hjälper oss att klargöra var det andliga har sin hemvist. Det utsägliga och mystiska kan vara det mest väsentliga i livet och står i skarp kontrast till den logiska positivismen eller det som Marcel kallar problemsfären (Marcel 1948; Kristensson Ugglå, 2002).

Det finns en längtan hos människan att vara del av något större än sig själv, vilket kan vara en gemenskap med andra människor (Eriksson & da Silva, 1991). Enligt vårdvetenskapens grundantagande är människan i grunden helig, men för att uppleva det förutsätts att människan har kontakt med sin innersta kärna andlighet och religiositet (Lindström m.fl., 2010)⁴⁹. Andlighet kopplas ofta ihop med religion och avfärdas då man inte tycker det hör hemma i den professionella vården. Denna uppfattning har sina rötter i en förståelse av religion som uteslutande bestående av ritualer och fastlåsta trosläror. Eriksson (2001) vidhåller att människan är religiös även om inte alla människor uppfattat denna dimension. Förutom att ha gemenskap med andra har människan behov av något utöver sig själv. Det kan vara Gud eller naturen och det handlar om att förstå livets mening och människans plats i vården. I möte med sjukdom och lidande framträder ofta dessa existentiella frågor tydligare (Eriksson, 1994).

⁴⁹ Se bilaga 1.

Professionalitet i samband med vårdande vid barnafödande innebär tekniska och medicinska kunskaper tillsammans med en hållning som har sitt ursprung i ethos. Ethos är människans innersta rum, hennes absoluta värdegrund och den anda hon genomsyras av (Eriksson & Lindström, 2003; Eriksson, 2003; Hilli, 2007). Grundläggande värden omformas till en inre etik som blir synlig i människans hållning. Andan, ethoset, kommer till uttryck i den vårdande kulturen och kan beskrivas som den ton eller atmosfär som sätter sin prägel på det vårdande mötet (jfr. Berg m.fl., 2013). Gemenskapen ingår som en betydelsefull beståndsdel vid skapandet av kulturen och atmosfären. Förutom den professionella vårdarens medicinska och tekniska kunskaper kan vårdaren även få rollen som tolk. Det handlar om att svara på kvinnans både uttalade och outtalade frågor som kan yttra sig som oro, rädsla och ångest. Det kan också hjälpa kvinnan att tolka de kroppsliga förändringarna, identifiera risker och översätta kroppens språk. Många kvinnor överutnyttjar mödrahälsovården och går på mer kontroller än de föreslagna. Det kan vara ett uttryck för längtan och behov av bekräftelse, vilket sällan uttrycks verbalt (Sivonen & Kasén, 2003). Det är viktigt att vårdaren kan fånga dessa dimensioner som har sina rötter i en existentiell sårbarhet. I omvårdnadsforskning idag finns en övertygande evidens för en god vårdrelations betydelse för en positiv upplevelse av barnfödande (Halldórsdóttir & Karlsdóttir, 1996; Hunter, Berg, Lundgren, Ólafsdóttir & Kirkham, 2008; Lundgren, 2004; Anderson, 2000). Tyvärr implementeras inte denna kunskap i större utsträckning och kvinnors upplevelse är lång ifrån alltid positiv (Hunter m.fl., 2008).

Tro, hopp och kärlek utgör substansen av det verksamma i vårdandet (Eriksson, 1987b). Eriksson (1987a) betonar tro, hopp och kärlek som en enhet där de olika delarna kan vara mer eller mindre framträdande. Orden kan uppfattas som teologiska och religiösa och därför inte höra hemma i den professionella vården, men Eriksson menar att för att kunna utveckla en caritativ vård bör dessa begrepp ingå i språkbruket och göras levande.

Tron beskrivs av Eriksson (1987b) som en förvisning om något i framtiden. Marcel (1948) menar att tron, dvs. den tro som människan inte kan leva utan, inte är ett passivt fasthållande vid principer och läror. Tron är en aktiv förvisning om att det goda i sig självt är starkare än dess motsats. På samma sätt framhåller Pauli (1930) att tron är att människolivet till sitt väsen är gott men att det ännu är oupptäckt. Eriksson menar att tro inte står i opposition till vetande, utan tvärtom är det en drivkraft för vetandet (1987a).

Tro hör samman med hopp (Eriksson, 1987b). Inom vården är hoppet en viktig faktor för patienters upplevelse av välbefinnande och hälsa. Hoppet är knutet till förändring och framtid. Det kan ses som en språngbräda mot

framtiden. Enligt Marcel är det ett förhållningssätt som handlar om att mot-sätta sig det onda i en trots allt-förvissning om att det goda är starkare. Pauli instämmer i detta och att hoppet är att tro innan det är konstaterat i den yttre världen (Pauli, 1930). Hoppet är i sig själv befriande, förlösande och helande och en viktig faktor i patientens upp levelse av välbefinnande och hälsa (Eriksson, 1987b; Marcel 1948). Tankarna om att barnafödandet har mysteriets prägel innebär att hoppet svingar sig över alla fakta i förvissning om det goda sanna och sköna (Eriksson, 2009).

Kärleken är den kraft som skapar rörelsen mot helhet och hälsa. På ontologisk nivå kan kärleken förstås som den kraft som binder samman det som är delat och splittrat och trasigt (Rykkje, Eriksson & Råholm, 2015). Kärlek har skildrats som en livgivande kraft och en förutsättning för tillvaron och existensen (Arman & Rehnsfeldt, 2006), och existensfilosofen och teologen Sören Kierkegaard beskriver kärleken som alltings upphov (Kierkegaard, 2011). När Marcel (1948) beskriver kärleken använder han begreppet *disponibilité*, vilket innebär andlig närvaro och öppenhet för den andre. Kärlek liksom tron finns och är verksam i relation (Grenholm, 2005). Utan att kärlekens kraft sätts i rörelse kan människan bli fastfrusen i tanke och livsmönster som kan medföra onödigt lidande (Rykkje, 2014).

Barnafödandet är en möjlighet för kvinnan till andlig växt. Barnafödandets livsförändrande skede har potential att binda samman det kroppsliga och jordiska med det andliga. Vårdande i en förlösande anda kan bidra till att kropp och själ förenas (Davis-Floyd, 1994). Grenholm (2005) lyfter fram i sin bebådelsebetraktelse hur Maria tilltalas av ängeln *Var inte rädd, Maria...*⁵⁰ och Maria får ett löfte om andens närvaro. Det blir en berättelse om hur det fysiska och andliga samverkar. Det finns en dialektisk förbindelse mellan lidande och andlighet, där andlighet kan bidra till att lidandet blir uthärdligt meningsfullt och förståeligt (Råholm, 2012). Uttrycket *var inte rädd* är ett vårdande och förlösande imperativ.⁵¹

The most beautiful thing we can experience is the mysterious. It is the source of all true art and science. He to whom the emotion is a stranger, who can no longer pause to wonder and stand wrapped in awe, is as good as dead —his eyes are closed (Albert Einstein).

⁵⁰ Lukas 1:30(B2000) Se litteraturöversikt, s.22.

⁵¹ Jfr. teknikens imperativ: Det som är tekniskt möjligt att göra kommer också att göras och få kulturell acceptans.

BEGRUNDAN AV DET NYA

Denna del ⁵² innehåller avhandlingens konklusion, en kritisk granskning av kunskapsbehållningen, samt förslag på implikation.

10. KONKLUSION

Avhandlingen fördjupar förståelsen för den barnafödande kvinnans vardande i hälsa och lidande, och denna ökade kunskap bidrar till att tydliggöra det caritativa vårdandets möjligheter. Hälsa och lidande vid barnafödande är inte två skilda enheter utan tätt sammanvävda och gestaltas i allvar, sårbarhet och längtan. Allvaret och längtan bär på existentiella frågeställningar, och sårbarheten, som återfinns i kropp, själ och ande, utgör motiv för ett caritativt vårdande vid barnafödande. Det caritativa vårdandet karaktäriseras av inbjudan och löfte om vård, bekräftelse och bevittnande. Innebörden av den andliga dimensionen uttrycks i metaforen *i en förlösande anda*. Den andliga dimensionen hos den barnafödande kvinnan är den kraft som har potential att integrera kropp och själ. Vårdarens ethos och andliga resurser, tro, hopp och kärlek, bidrar till en anda där den barnafödande kvinnans kan finna enhet och hälsa och ett nytt liv kan födas.

Den teologiska förankringen i bl.a. litteraturöversiktens första del, religionsvetenskaplig referenslitteratur, Bibeln och Marcells texter har bidragit till att vidga förståelsehorisonten. Dessa bidrag står alla i samklang med den vårdvetenskapliga substansen. Barnafödandet är ett mysterium som inte objektivt kan förklaras men kan och bör begrundas då det har potential att på en universell nivå synliggöra livets existentiella djupdimensioner för människan. Den andliga dimensionen bär på det som människan uppfattar som det meningsfulla och det riskerar att gå förlorat när graviditet och födande ensidigt beskrivs en biomedicinsk händelse. Splittringen av kropp och själ är en sårbarhet hos människan som på ett påtagligt sätt går i dagen i samband med barnafödandet. Den fysiska smärtan har en motsvarighet i en själslig ansträngning, en vända, där den barnafödande kvinnan strävar efter integration, helhet och hälsa. Detta är en tillblivelseprocess – ett vardande. Det gudomliga imperativet *var inte rädd*, bär på det caritativa vårdandets anda.

⁵² Begrunndan i titeln är en översättning av Marcells (1948) uttryck *recollection*. Se s. 52. Uttrycket har också en pendang i Lukas 2:19, där Maria efter Jesu födelse tog allt till sitt hjärta och begrundade det.

11. KRITISK GRANSKNING AV KUNSKAPSBEHÅLLNINGEN

Avgörande för valet av forskningsansats och metoder i delstudierna har varit avhandlingens syfte och frågeställningar. Ett kvalitativt närmelsesätt till frågeställningar innebär att karaktärisera och gestalta i stället för som i en kvantitativ metod där svaren söks i mätning och statistiska metoder (Larsson, 2005). Gadamers hermeneutiska filosofi finns genomgående i delstudierna, och den sammanläggande delen av avhandlingen (Gadamer, 1997; 2004, 2010). Gadamer menar att hermeneutikens idé är att klarlägga villkoren för förståelsen av människan. Hermeneutiken är ontologisk och universell samtidigt som den omfattar det individuella och praxis (Eriksson & Lindström, 2007). Det innebär att svaret på forskningsfrågorna står att finna i det individuella i empirin. Empirin kan tolkas, göras abstrakt och lyftas till ett ontologiskt och universellt plan för att sedan kunna tillägnas den enskilda patienten (Eriksson & Lindström, 2003).

I och med det tolkande momentet är perspektivet avgörande. All tolkning utgår från ett perspektiv, men för att läsaren ska kunna följa och värdera tolkningens trovärdighet är angivandet av perspektiv viktigt. I denna avhandling har det vårdvetenskapliga teoretiska perspektivet klart angivits, och dess axiom och teser som författaren omfattar har bifogats (bilaga 1). Den ontologiska hälsomodellen har, från teoretisk synpunkt, haft en avgörande betydelse. Modellen har framstått som en begreppslig hjälp att förstå människans existens och människans meningssökande och den har blivit avgörande för tron på att forskningsfrågorna ska kunna få ett svar. Utmaningen har varit att kontextualisera hälsomodellen för att tydliggöra och avtäckta hur den barnafödande kvinnans väg mot helhet och hälsa kan gestaltas. I den ontologiska hälsomodellen ingår även en modell eller teoretisk bild för människans lidande. Modellen har på samma sätt bidragit till förståelsen av lidandets dimensioner vid barnafödande och på det sättet utgjort underlag för utformandet av teorimodellen om vardande och vårdande vid barnafödande.

Den ovan angivna teoretiska bakgrunden är en del i förförståelsen, vilken är avgörande för förståelsen av det studerade fenomenet. I förförståelsen ingår även forskarens tillägnan av tidigare forskning, litteratur inom området och forskarens egen erfarenhet av det studerade fenomenet. Undringar har väckts utifrån forskarens egna upplevelser och erfarenheter, både som barnaföderska och kliniskt verksam barnmorska. Det är funderingar och frågor om att det finns något ännu obesvarat och oupptäckt, och det är i den förförståelsen som forskningsfrågorna ursprungligen har sina rötter. Utgångspunkter och perspektivval är naturligtvis viktigt, men förförståelsen förändras kontinuerligt genom forskningsprocessen vilket är beskrivet i

avhandlingens uppläggning. En spiralformad rörelse beskriver hur den uppnådda förståelsen oupphörligen bygger på det redan förstådda. Varje delstudie har t.ex. inneburit att ett steg närmare helhetsförståelsen och ett möjligt svar på forskningsfrågorna.

Den hermeneutiska cirkeln är en annan bild av tolkningens natur (Gadamer, 2010). Det innebär att helheten återfinns i delarna och tvärtom. Tanken om denna hel-del-hel återfinns ibland annat i strukturen av ramberättelsen. Där det hela börjar utgår från synen på förståelsen som en helhet men att det finns en möjlighet att öppna sig för det nya som sedan kan smälta samman till en ny helhet. Detta kallas horisontsammansmältning. Parallellen finns här till den barnafödande perioden i kvinnors liv där öppningen mot det nya slutligen ger en ny helhet. En strävan har varit att klart förklara och ange hur analys och tolkning gått till vilket är ett kriterium på studiens giltighet. Att i alla led artikulera forskningsprocessen för att nå en fullständig transparens är dock inte möjligt. Kvalitativa studier utgår inte från ett renodlat objektivet förhållningssätt, och därför har subjektivitet och personlig smak också betydelse (Sandelowski, 2015).

Den hermeneutiska metodologin har varit genomgående även om den första delstudien hade en livsvärldsfenomenologisk ansats (Dahlberg m.fl., 2007). Övergången från fenomenologi till hermeneutik hade sin upprinnelse i insikten i hur förförståelse används vid tolkning. I fenomenologisk metodologi sätts den åt sidan eller tyglas (Dahlberg m.fl., 2007) medan den inom hermeneutiken används och har en avgörande betydelse (Gadamer, 2010). Fenomenologins beskrivande moment framstod dessutom inte stå i samklang med avhandlingens syfte (Larsson, 2005). Gadamers filosofi visar på hur hermeneutiken kontinuerligt 'går utöver' genom att finna det som inte är funnet och avtäckta det dolda utan begränsningar⁵³. Ett annat argument för hermeneutiken är att den är etisk till sin natur genom att den sträcker sig efter det goda, sanna och sköna. Fenomenologin, som hävdar trohet mot fenomenets sanna natur har inte på samma sätt några etiska implikationer⁵⁴ (Gadamer 1997). Gadamer förespråkar ett ifrågasättande av metod med just den motiveringen att det kan vara begränsande och frigöra forskaren från det etiska ansvaret att söka sanningen. Eriksson och Lindström (2007) menar att metoden får sin betydelse i ett fast sikte och förankring i ethos och det är den uppnådda förståelsen som avgör metodens giltighet.

⁵³ Eriksson (2007) skriver, med hänvisning till Vattimo, att hermeneutikens teoretiska potential inte kan komma till fullt uttryck om den fastnar i fenomenologisk livsvärldstematik.

⁵⁴ Eriksson och Lindström (2003) skriver med hänvisning till filosofen Lévinas att fenomenologin kan uppfattas som en reducering av den etiska sfären.

Den interna logiken igenom forskningsprocessen innebär att harmoni genom forskningsfrågor, datainsamling och analysteknik bör finnas. Gadamer's hermeneutiska filosofi och vårdvetenskapens teoretiska perspektiv kan här sägas vara den röda tråden. Även om olika metoder valts i delstudierna har det hermeneutiska närmelsesättet och det teoretiska perspektivet varit genomgående i utformandet av forskningsfrågor, datainsamling, analys och tolkning. I delstudie I, II och III finns en förankring i empirin genom att citaten är valda för att göra informanternas utsagor rättvisa. Ödmans (2007) tolkningsmodell användes i delstudie II och III för att strukturera tolkningsprocessen och tydliggöra abstraktionsnivåerna. Begreppsnyheterna från delstudierna bildar sedan underlag för den avslutande teorimodellen.

Studie IV skiljer sig från de övriga delstudierna i och med sin idéhistoriska metod. Studien har sin upprinnelse i ett tidigare arbete där ett liknande material användes men en diskursanalys utfördes (Larsson, 2007). Tanken var att i materialet kunna finna något av vårdandets väsen vid barnafödande och att den idéhistoriska metoden ligger närmare det vårdvetenskapliga kunskapsintresset. Det är intressant att se hur olika metoder får olika resultat. Diskursanalysen pekade ut det konfliktfyllda i barnmorskeprofessionen i början av 1900-talet. Diskursanalysen har ett utifrånperspektiv där forskaren sätter sig i en position att utifrån bedöma ett skeende. Den idéhistoriska metoden lyfter fram en annan sida då den har ett tydligare etiskt perspektiv och vill försöka fånga de rådande idémönstren utgående från att människor handlar efter dessa och att de har för avsikt att göra det bästa.

Det etiska blir synligt kanske inte i första hand genom verbala deklARATIONER utan genom sättet att förhålla sig och bearbeta problem som uppkommer. Den etiska strävan i forskningsprocessen har varit att förvalta datamaterialet på ett sådant sätt att det gör informanterna rättvisa. Det har inneburit en hållning av öppenhet, för att det goda ska framträda i intervjusituationer och inför de valda texterna i delstudie IV. Det handlar om att vara sanningsenlig och ha ett ärligt uppsåt, en genuin undran och vilja att finna kunskap som kan komma patienter till del. Genom att berätta för informanterna om forskarens bakgrund inom professionen samt avsikten med intervjuerna upplevdes att informanterna fann atmosfären i dialogen tillåtande. Samtliga kvinnor var angelägna att få berätta sin historia, och endast en (i delstudie II) valde att avbryta, vilket också bidrar också till studiens trovärdighet (Dahlberg m.fl., 2007). Huruvida forskaren är ärlig i sitt uppsåt kan naturligtvis aldrig helt beläggas utan är även det en fråga för läsaren att avgöra (Ödman, 2007; Sandelowski, 2015).

Giltigheten i delstudierna bygger på dess kunskapsstillskott både som egen fristående del och dess bidrag till avhandlingen som helhet. Valet av informanter till delstudie I kan diskuteras och var också ifrågasatt i samband med ansökan om forskningsbidrag. Det kan anses för vinklat att endast väja informanter som hade en positiv förlossningsupplevelse. Risken vara att hemförlossning som kan anses kontroversiellt och riskfyllt skulle glorifieras. Avsikten med studien var dock inte att diskutera hemförlossning som sådan, utan i stället valdes deltagarna med tanke på att de ska kunna göra fenomenet rättvisa (Dahlberg m.fl., 2007). Avsikten var att få en bild av hur hälsa och lidande gestaltas vid barnafödande, och de hemmafödande kvinnorna ansågs ha en rik erfarenhet och ett artikulert intresse av fenomenet. Det blev också ett rikt material då kvinnorna gärna berättade och i och med sitt ställningstagande att välja alternativ födelseplats tydligt reflekterade över viktiga aspekter i födandet. Generaliserbarheten ligger här i tanken att de behov kvinnorna uttryckte för att få en positiv förlossningsupplevelse är behov som alla kvinnor har och som om de tydliggörs också kan mötas vid förlossning på sjukhus.

I både studie II och III valdes informanter som hade okomplicerad graviditet och genomgick mödrahälsovårdens basprogram. Tanken var att få kvinnor med okomplicerade graviditeter för att fånga upplevelse av graviditet och det rutinmässiga vårdandet utan att hamna i det speciella som kunde kopplas till sjukdom och medicinska komplikationer. En variation eftersträvades i att ha både förstföderskor och omföderskor för att se olika innebörder. I studie II skedde upprepade intervjuer med barnaföderskorna, vilket också var ett sätt att belysa variationer i upplevelsen under graviditetens gång och även strax efter förlossningen. Inför delstudie III fanns en tanke att låta kvinnorna skriva berättelser om goda upplevelser i vården, men det visade sig vara svårt att få informanter på det sättet. Det hade möjligen varit ett bättre sätt att få kunskap om det goda vårdandet.

Antalet deltagare kan vara ett ämne för diskussion. Avsikten i en kvalitativ studie är inte att inhämta data från ett så stort antal som möjligt. Forskningsintervjun inriktas inte på att få svar på förutbestämda frågor utan utgår från en uppmaning att få ta del av informantens upplevelse om fenomenet. Giltigheten innebär då att datamaterialet har ett djup som besitter möjlighet att göra fenomenet rättvisa (Dahlberg m.fl., 2007).

I ramberättelsens resultat är avsikten att de olika delstudierna bidrar med centrala begreppsenheter till det slutgiltiga resultatet. Begreppsenheterna lyftes fram då de ansågs ge bidrag till svar på forskningsfrågorna. Begreppsenheterna har genom delstudierna sin förankring i empirin där de belagts med citat från informanterna respektive utsagor från det historiska materialet

i delstudie IV. Begreppsenheterna har sedan gått i dialog med vårdvetenskapens substans. Filosofen Gabriel Marcells texter gav ytterligare substans och en teoriladdning i sökandet efter svar på forskningsfrågorna. Det har tydliggjort barnafödandets ontologiska status och på ett avgörande sätt bringat klarhet i grunderna för den upplevda spänningen mellan den medicinska vetenskapens verklighetsuppfattning och den vårdvetenskapliga världsbilden.

Denna avhandling är utförd i en svensk kontext och resultatet måste i första hand tolkas i relation till denna kontext (Dahlberg m.fl., 2007).

12. VÅRDVETENSKAPLIGA IMPLIKATIONER

Unlike death, its only competitor as an essential human experience, birth has an involved witness who lives to tell the story, a birthing woman. Her experience is of universal importance, because it is she who is caught up in that elemental activity, childbirth, with hurricane intensity. And it is her story that is rarely, if ever, told. (Carol H. Poston, 1978)

Det ligger i vårdvetenskapens etiska uppdrag att forskning och ny kunskap kommer patienten till del (Sandelowski, 2004; Eriksson 2007). Det är först när teorin omsätts i praxis och blir till lindring av lidande och ökad hälsa hos patienten som kunskapen blir evident⁵⁵. Sandelowski kopplar en studies giltighet till nyttan, dvs. i hur stor utsträckning resultatet förmår ändra praxis. Genom den kvalitativa metodens avsikt att avtäckas och ge fördjupad förståelse och klarhet är det oftast så att förändringen inte är omedelbart synlig utan är något som händer i läsaren (Sandelowski, 2004). Teorimodellen om vardande och vårdande vid barnafödande är en abstraktion av den uppnådda kunskapen. Den kan användas som ett redskap för att 'disciplinera tanken'⁵⁶. En djupare förståelse för den andliga dimensionen och vårdarens ethos kan bidra till ett vårdande där den barnafödande kvinnan kan få möjlighet att vara och vardas. Det kan ge skydd och lindring av den barnafödande kvinnans sårbarhet. Det är av vikt att fortsätta finna vägar att

⁵⁵ Se fotnot 37.

⁵⁶ Uttrycket hämtat från Fredriksson (2007), se s. 37.

bättre förstå den andliga dimensionens betydelse för hälsa och välbefinnande och människans sökande efter mening. Det är också viktigt att fortsätta finna ord och tematik för att kommunicera denna kunskap. Ökad och fördjupad forskning om vårdarens ethos, dess uttryck och tillägnelse är andra delar som kräver fortsatta studier. En önskan och förhoppning är att kunskapen ska kunna användas i vårdutbildningar och vårdutveckling inom klinisk praxis.

As worlds are created with words, and words are the primary currency of qualitative research, to reword something is to remake the world.
(Sandelowski, 2004, 1373)

Avhandlingen lämnar främst bidrag till klinisk vårdvetenskap där den har kontextualiserat den ontologiska hälsomodellen till ett barnafödande kontext. Barnafödande är ett skede i livet där människans sårbarhet blir tydlig i och med närheten till liv och död. Människans sårbarhet och lidandets närvaro är dock universell, och i och med den ökade förståelsen av den barnafödande kvinnans vardande och det caritativa vårdandet vid barnafödande har avhandlingen också gett bidrag till den systematiska vårdvetenskapen.

ENGLISH SUMMARY

Introduction

Childbirth is one of the conditions for life and a central part of many women's lives. While a fundamentally natural and healthy condition, it is nevertheless a life stage characterized by major changes. The physical changes are perhaps the most tangible for the childbearing woman, but change can be perceptible even in the spiritual dimension, and in all cultures pregnancy and childbirth are safeguarded by cultural beliefs and values (Callister, 1995; Fredriksen, Harris, Moland & Sundby, 2014). The spiritual dimension of childbirth as experienced by the childbearing woman is one of the more hidden and unresearched subjects, and human beings' search for meaning involves existential challenges in the meeting with life's fragility and limitations, anxiety and uncertainty, such as during childbirth (Hall, 2006).

Historically speaking, the professional care provided during childbirth has primarily focused on care during labor, delivery and the time immediately after birth. In Sweden, care during pregnancy was first offered starting in the 1930s. Developments in western medicine have generally been beneficial, and substantial progress has been made in regard to the reduction of women's and children's morbidity and mortality in connection with pregnancy and childbirth. A danger nonetheless exists in solely perceiving childbirth to be a physiological process and bio-medical event (Waldenström, 2005; 2007). Such a perspective can reduce the childbearing woman to a mere body, where childbirth is perceived as a function and the childbearing woman's spiritual and existential needs are ignored (Davis-Floyd, 1994; 2001).

The nearly 100 % participation rate in antenatal care in Sweden indicates that women need support during this new stage in their lives. The addressing of spiritual needs, however, is not something that the healthcare service is especially good at and modern medical technology has completely changed women's experiences of childbirth.

Purpose and main research question

The overall purpose of this dissertation was to deepen understanding of the childbearing woman's becoming in health and suffering. Using this increased knowledge, the intention was to develop a theory model for caring during childbirth, with a focus on the integrating movement of the human being's body, soul and spirit. Increased knowledge in this regard can provide

carers with new patterns of thought and new thematics that draw attention to the childbearing woman's existential situation (Eriksson & Lindström, 2003).

The following research questions were used as the starting point in the search for new understanding:

- How does health and suffering shape during childbirth?
- What characterizes caritative care during childbirth?
- What is the significance of the spiritual dimension of childbirth?

Theoretical perspective

This dissertation is based on a humanistic and caring science perspective as developed at the Department of Caring Science, Åbo Akademi University, Finland (Eriksson, 2001; Lindström, Lindholm & Zetterlund, 2010). The so-named consensus concepts in nursing science encompass concepts such as the human being, caring, health and environment (Fawcett & Desanto-Madeya, 2012; Allgood, 2010). These concepts are included in the fundamental assumptions of caring science.

The human being is viewed as an indivisible entity of body, soul and spirit. That which is whole implies etymologically that it is holy. The human being as holy entails that a person in his/her capacity as a human being possesses a dignity that is inviolable. In caring science theory, the human being in care is described through use of the concept patient, which means "the suffering human being" (Kasén, 2012).

In this dissertation, the manner in which health is perceived is based on the ontological health model (Eriksson, 2007). In this model, health is not static but is instead a movement in that the human being continuously seeks a deeper understanding of integration and wholeness. The integrative movement becomes visible in a wholeness unique to each human being that is doing, being and becoming and which is expressed in the human being's experience of problems, needs and desires (Eriksson, 2001; 2007).

The purpose of caring is to alleviate suffering and promote health and thereby life itself. Becoming is a creative process that can entail that a human being receives answers to his/her existential questions. The Latin word *caritas* entails love and charity and comprises the basic motive of caring, that is to say that which makes care care, and *caritas* has an inherent ability to alleviate suffering (Lindström et al., 2010).

Methodology and epistemology

Gadamer's hermeneutical philosophy has guided this research and comprised the basis for the methodological assumptions taken in the dissertation. In Gadamer's hermeneutical philosophy, there is no explicit method because methods can limit and lead to technical and intractable explanations. Hermeneutical methodology and epistemology instead entail a comprehensive interpretative movement, which in this dissertation receives nourishment from the substance of caring science (Gadamer, 2010).

Research ethics

The research ethics approach used in this research is congruent to a caring ethics approach. This entails that the dissertation's ethical starting points were based on caritative theory. Caring science seeks the true, the beautiful and the good (Eriksson, 2003). Hermeneutics' focus on understanding is ethical in nature (Eriksson & Lindström, 2007). Eriksson (2003) also argues that it is unethical to not seek knowledge about unsolved questions, problems or things that are not understood in care work. It is the duty of the carer to develop care for the patient and, in accordance with the caring science promise of care for the patient, it is the researcher's task to extract knowledge that alleviates suffering (Eriksson, Lindholm, Lindström, Matilainen & Kasén, 2006).

The sub-studies part of this research have been undertaken in accordance with the principles for research outlined by the Finnish Advisory Board on Research Ethics (TENK, 2012) and the Ethical guidelines for care research in the Nordic countries (Northern Nurses' Federation, 2003), which in turn is based on the Declaration of Helsinki (2013). Ethical approval was also sought from the research ethics committee at Åbo Akademi University (reference number: 1/2013).

Material and methods used in the sub-studies

The material in sub-study I consisted of the transcribed interviews of ten women with personal experience of a home birth. The interest of the research manated from a desire to better understand the movement in health and suffering during childbirth. The analysis process initially entailed a phenomenological approach (Dahlberg, Nyström & Dahlberg, 2007). A comprehensive overall interpretation then occurred in light of the ontological model of health (Eriksson et al., 1995). Though the introduction of

theory, a clearer picture of health and the shaping of the movement was realized. This final interpretation can be described as hermeneutical. The participants' experiences of planning for and giving birth at home were described in the sub-study's results as *strengthened health*.

The material in sub-study II consisted of a total of 23 interviews with eight women. The interviews were conducted on two or three occasions during the participants' pregnancies and once within two months of their having given birth. As in study I, the purpose of study II was to better understand the movement in health and suffering, but now during pregnancy. The methodological approach was guided by Gadamer's (2004) perspective on interpretation and understanding. The analysis of the data material occurred in accordance with Ödman's (2007) principles for the various levels of the interpretive process: rational understanding, contextual interpretation and existential interpretation. The ontological health model was then compared and contrasted with the results from the analysis. In this final interpretation the concepts *gravity*, *vulnerability* and *longing* emerged as expressions of the ontological dimensions of health during pregnancy.

In sub-study III, ten women were interviewed after having experienced an antenatal clinic aftercare appointment, approximately two months following birth. Also here in this study, the methodological approach was guided by Gadamer (2004) and the material analyzed using Ödman's (2007) interpretive principles. The results were interpreted in light of the substance of caring science and the overall understanding was described in three themes: *Invitation and promise of care*, *Witnessing and confirmation* and *Caring emerges in vulnerability*.

Sub-study IV was a history of ideas study (Olausson, 1994; Eriksson, 2002; Matilainen, 2002). The purpose was to identify the idea patterns in midwives' caring during the first half of the 20th century. The material was comprised of midwifery textbooks, a professional midwifery journal as well as the regulations and laws governing midwifery relevant to the period of time investigated in the study. Hermeneutics with a focus on content and meaning guided the analysis (Gadamer, 2004). The results were presented as three themes: *Serving as a way of life*, *Acting in a redemptive spirit* and *Having independence with heavy responsibility*. *Ethos*, the inner values, emerged as the most important aspect of the midwives' approach to the childbearing woman.

Material and analysis in the dissertation's summary section

The four sub-studies comprised the empirical material and were used to assume an inductive approach to the dissertation's purpose and main research questions. Such an approach can be considered a positioning of the empirical reality that is part of clinical caring science. In the summary, a two-step deduction process was undertaken that resulted in the final theory model.

In the first step of the deduction process a synthesis of the four sub-studies occurred, where the dissertation's purpose, main research questions and central research findings were highlighted (Figure 1). The empirical research findings from the sub-studies were reflected against the substance of caring science in order to reveal new patterns of thought.

In the second step of the deduction process texts by philosopher Gabriel Marcel were used to contribute to the theory loading of the material, in order to seek in-depth answers to the research questions.

The generation of the final theory occurred as an interplay between the inductive and deductive approaches. Through abduction, the theory model of becoming and caring during childbirth was formed (Figure 4). This model constituted an answer to the research questions and reveals an abstract description of how reality could be constructed.

The innovative whole

The new patterns of thought that emerged from the synthesis of the four sub-studies were presented in the form of three headings that correspond to the research questions: *The shaping of health and suffering during childbirth*, *Caritative care during childbirth*, *The meaning of the spiritual dimension during childbirth*.

The new patterns of thought that emerged about *The shaping of health and suffering during childbirth* can be summarized in the following five sentences:

- The childbearing woman has a longing for and seeks integration.
- During pregnancy the integrative movement, the union of body, soul and spirit, is framed by waiting and anguish.
- The intertwining of health and suffering during childbirth shapes as vulnerability, gravity and longing.
- Vulnerability during childbirth comprises the motive for caring.

- Becoming during childbirth can be described as feeling at home and being able to be oneself.

The new patterns of thought that emerged about *Caritative care during childbirth* can be summarized in the following four sentences:

- Caritative care during childbirth entails offering protection to and assisting the childbearing woman in the integrating movement.
- Caritative care during childbirth is an art form and occurs through the harmonization of theory, practice and ethics.
- The carer's ethos contributes to the spirit where the childbearing woman's movement in becoming can occur.
- Caritative care during childbirth is characterized by invitation, promise, witnessing and confirmation.

The new patterns of thought that emerged about *The meaning of the spiritual dimension during childbirth* can be summarized in the following four sentences:

- The spiritual dimension during childbirth is often hidden and difficult to verbalize.
- The rapture experienced during childbirth is a spiritual experience.
- The desire to protect the incomprehensible and holy are part of the spiritual dimension of childbirth.
- Longing and the search for meaning are part of the spiritual dimension of childbirth.

The ontological mystery

Marcel explored the area of life to which the fundamental premises of existence can be attributed. Marcel forwarded the supposition that life cannot be a series of unconnected coincidences but that it must instead have a meaning. He used two concepts to substantiate his supposition: problem and the mystery.

According to Marcel, in the "sphere of the problematic" the world consists of phenomena that can from an external perspective be considered, explained and systemized; various techniques can be used to control these phenomena. Man becomes divided into functions and life is explained in accordance with rationalism's assumptions on the connection between reason and effect. Marcel maintained that for each human need there is an associated fear that human beings seek to master through control and techniques. In that certain existential experiences have no known cause and therefore

cannot be explained, this division into functions results in a fragmentation of the personality. Despite man's ability to control events and solve problems through the help of technology, Marcel maintained that an unpleasant feeling of that there should be more remains. This, according to Marcel, is an indication of man's inner longing and search for meaning.

Marcel's reasoning can be transferred to the sphere of childbirth in that the full understanding of pregnancy and childbirth cannot be experienced from an external perspective, cannot be divided into functions and cannot be controlled through technical means. The experience and understanding is unique and subjective for each woman and can therefore, using Marcel's definition, be considered a mystery.

Marcel describes the mystery as the sphere in life where it no longer becomes possible to maintain an external perspective and observe. That which is being observed is no longer what it is. This occurs because the subject who is observing is also part of the phenomenon, and the use of an objective approach entails the denial of the phenomenon's essence. Despite that life is full of problems and difficulties, which can drive man into the liberating world of the mystery, Marcel argues that man finds it difficult to reach this insight.

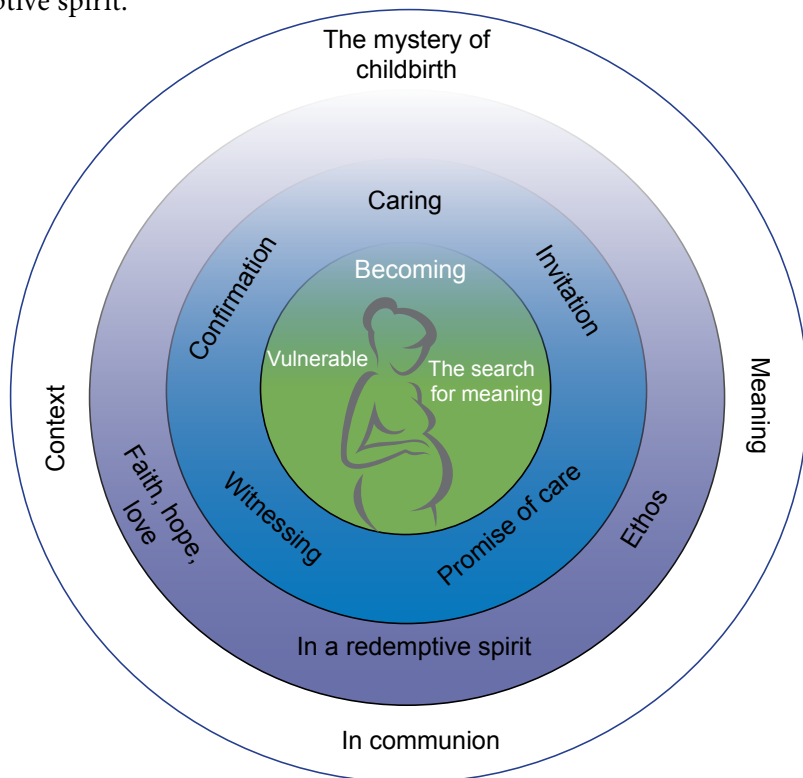
According to Marcel, content and meaning can only emerge from that which he described as secondary reflection or recollection (Marcel, 1948). *Recollection* entails transcending problem solving and arriving at the metaproblematical level, where solution is no longer necessary but instead an investigation of thoughts occurs. Marcel argued that in order to live an authentic and harmonious life, recollection is needed to recuperate and reveal the essence of existence.

Emanating from Marcel's texts, new patterns of thought about *Becoming and caring during childbirth* emerged, which can be summarized in the following four sentences:

- Childbirth is a mystery that entails that the childbearing woman can find coherence and meaning in life.
- Placing childbirth in the sphere of the problematic, that is to say objectifying it and making it a function, entails a loss of meaning.
- Caritative care during childbirth is an attempt to maintain the mystery.
- Caritative care provides communion, where faith, hope and love are spiritual resources for the childbearing woman's search for context and meaning.

Theory model

The theory model formed from the research findings and presented here has been abductively shaped from the foundation of the new patterns of thought that emerged from the research's deductive moments. The theory model, which is presented in the form of a figure (figure 4) shapes a comprehensive understanding of becoming and caring during childbirth. The model is an abstraction of how *the redemptive spirit*, which is a metaphor for caritative caring, is an active force for becoming in health and suffering during childbirth. The purple-colored ring in the model encompasses and reveals how *the redemptive spirit* permeates caring, where invitation, confirmation, witnessing and the promise of care illustrate the expressions of the redemptive spirit.



Figur 4. Theory model

The childbearing woman is placed at the center of the model. Her condition bears the characteristics of the mystery, she is in becoming, seeks meaning and is vulnerable. The childbearing woman is an integrated entity that includes the dimensions body, soul and spirit, where the spiritual dimension is comprised of the longing for meaning, wholeness and health (Eriksson, 2007; Nyström, 2014).

The impact of the mystery on childbirth entails that it cannot be objectively explained, controlled or mastered. Ontologically speaking, the need for control can express a sense of distrust that the intrinsic good does exist, a fear of punishment or a fear of being abandoned by God. It is a spiritual vulnerability that seeks compassionate love. In this context, caritative caring entails that loving caring can contribute to turning this fear into a sense of security and trust.

Accordingly, taking Marcel's thoughts on the mystery into consideration in the caring context entails that woman should be met in a care that bears the characteristics of the mystery instead of a care that is merely based on technique and control (Marcel, 1948). As seen in the theory model presented here, caritative caring is encompassing and protective.

Ethos is the human being's innermost room, the absolute foundation that his/her values are based on and the spirit that he/she exudes (Eriksson & Lindström, 2003; Eriksson, 2003; Hilli, 2007). This spirit, this ethos, is expressed in the caring culture and can be described as the tone or atmosphere that characterizes the caring meeting. Professionalism together with caring during childbirth entails the conjoining of technical and medical knowledge with an attitude that emanates from ethos.

Conclusions

This dissertation contributes to the deepening of understanding of the childbearing woman's becoming in health and suffering, and this deepened understanding contributes to the elucidation of the possibilities of caritative caring. Health and suffering during childbirth are not two separate entities but are instead tightly intertwined and shaped as gravity, vulnerability and longing. Gravity and longing convey existential questions and vulnerability, which can be found in the body, soul and spirit, comprises the motive for caritative care during childbirth. Caritative care is characterized by an invitation and the promise of care, confirmation and witnessing. The meaning of the spiritual dimension is expressed in the metaphor *in a redemptive spirit*. The spiritual dimension as seen in the childbearing woman is the force whereby body and spirit can be integrated. The carer's ethos and spiritual resources - faith, hope and love - contribute to a spirit where the childbearing woman can find wholeness and health and new life can spring forth.

REFERENSER

- Alligood, M. R. 2010. Introduction to Nursing Theory: Its History, Significance, and Analysis. I A. Marriner-Tomey & M. R. Alligood (red.). *Nursing theorists and their work 7th ed.* Missouri, Mosby Elsevier: USA, 191–221.
- Alvesson, M. & Sköldbäck, K. 2007. *Tolkning och reflektion, vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod.* Lund, Studentlitteratur.
- Alstveit, M., Severinsson, E. & Karlsen, B. 2010. Living on the edge of being overstretched —a Norwegian qualitative study of employed pregnant women. *Health Care for Women International*, 31 (6), 533–551.
- Andersson, I. M., Nilsson, S. & Adolfsson, A. 2012. How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again —a qualitative interview study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26 (2), 262–270.
- Anderson, T. 2000. Feeling safe enough to let go: the relationship between a woman and her midwife during the second stage of labour. I Kirkham, M. (red.), *The Midwife–Mother Relationship*, (92–119). Macmillan Press, Basingstoke.
- Arman, M. 2012. Lidande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* 185–197. Studentlitteratur, Lund.
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. 2006. The presence of love in ethical caring. *Nursing forum*, 41 (1), 4–12.
- Arman Rehnsfeldt, M. & Rehnsfeldt, A. 2003. Vittnesbördet som etisk grund i vårdandet. I K. Eriksson, U. Å. Lindström. Gryning II. *Klinisk vårdvetenskap*, (109–121). Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi, Vasa.
- Ayers, S. & Pickering, A. D. 2005. Women's expectations and experience of birth. *Psychology & Health*, 20 (1), 79–92.
- Baas, C. I., Erwich, J. J. H., Wiegers, T. A., Cock, T. P. & Hutton, E. K. 2015. Women's suggestions for improving midwifery care in the Netherlands. *Birth*, 42 (4), 369–378.
- Baumiller, R. C. 2002. Spiritual development during a first pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*, 17 (3), 7–17.
- Bayrampour, H., McDonald, S. & Tough, S. 2015. Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery*, 31(6), 582–589.
- Beck, C.T. 2004. Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53 (1), 28–35.
- Beck, C. T. 2006. Pentadic cartiography: Mapping birth trauma narratives. *Qualitative Health Research*, 16 (4), 453–466.
- Beck, C. T., & Watson, S. 2010. Subsequent childbirth after a previous traumatic birth. *Nursing research*, 59 (4), 241–249.

- Berg, M. 2002. *Genuine Caring in Caring for the Genuine: Childbearing and high risk as experienced by women and midwives*. (Doktorsavhandling), Acta Universitatis Upsaliensis.
- Berg, M. 2005. Pregnancy and diabetes: how women handle the challenges. *The Journal of perinatal education*, 14 (3), 23–32.
- Berg, M., & Hotikasalo, M. L. 2000. Pregnancy and diabetes-a hermeneutic phenomenological study of women's experiences. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21 (1), 39–48.
- Berg, M., Ólafsdóttir, Ó. A., & Lundgren, I. 2012. A midwifery model of woman-centred child-birth care–In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3 (2), 79–87.
- Bergbom, I. 2012. Konsensusbegrepp som epistemologiska begrepp. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*, (s. 47–61). Studentlitteratur, Lund.
- Bondas, T. 2000. *Att vara med barn. En vårdvetenskaplig studie av kvinnors upplevelser under perinatal tid*. (Doktorsavhandling). Åbo akademi, Institutionen för vårdvetenskap. Vasa
- Bondas, T. & Eriksson, K. 2001. Women's lived experiences of pregnancy: A tapestry of joy and suffering. *Qualitative Health Research*, 11 (6), 824–840.
- Bondas, T. 2005. To be with child: a heuristic synthesis in maternal care. I R. Balin (red), *Trends in midwifery research* (s. 119–136). New York: Nova Science.
- Bredmar, M. 1999. *Att göra det ovanliga normalt: kommunikativ varsamhet och medicinska uppgifter i barnmorskors samtal med gravida kvinnor* (Doktorsavhandling). Tema, Linköpings universitet.
- Butler, M. M., Sheehy, L., Kington, M. M., Walsh, M. C., Brosnan, M. C., Murphy, M., ... & Barry, T. 2015. Evaluating midwife-led antenatal care: Choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy. *Midwifery*, 31 (4), 418–425.
- Callister, L. C. 1995. Cultural meanings of childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 24 (4), 327–334.
- Callister, L. C. 2004. Making meaning: Women's birth narratives. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 33 (4), 508–518.
- Callister, L. C., Khalaf, I., Semenic, S., Kartchner, R., & Vehvilainen-Julkunen, K. 2003. The pain of childbirth: perceptions of culturally diverse women. *Pain Management Nursing*, 4 (4), 145–154.
- Callister, L. C. & Khalaf, I. 2010. Spirituality in childbearing women. *The Journal of perinatal education*, 19 (2), 16–24.
- Callister, L. C., Semenic, S., & Foster, J. C. 1999. Cultural and spiritual meanings of childbirth orthodox Jewish and Mormon women. *Journal of Holistic Nursing*, 17 (3), 280–295.

- Callister, L. C. Vehvilainen-Julkunen, K., & Lauri, S. 2001. Giving birth-perceptions of Finnish childbearing women. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 26 (1), 28–32.
- Campbell, V. R., & Nolan, M. 2016. A qualitative study exploring how the aims, language and actions of yoga for pregnancy teachers may impact upon women's self-efficacy for labour and birth. *Women and Birth*, 29 (1), 3–11.
- Cheyney, M. J. 2008. Homebirth as systems-challenging praxis: Knowledge, power, and intimacy in the birthplace. *Qualitative Health Research*, 18 (2), 254–267.
- Clements, A. D., & Ermakova, A. V. 2012. Surrender to God and stress: A possible link between religiosity and health. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4 (2), 93–107.
- Congdon, J. L., Adler, N. E., Epel, E. S., Laraia, B. A., & Bush, N. R. 2016. A Prospective Investigation of Prenatal Mood and Childbirth Perceptions in an Ethnically Diverse, Low-Income Sample. *Birth*. 43 (2), 1–8.
- Crowther, S., Smythe, E., & Spence, D. 2014, a. The joy at birth: An interpretive hermeneutic literature review. *Midwifery*, 30 (4), 157–165.
- Crowther, S., Smythe, L., & Spence, D. 2014, b. Mood and birth experience. *Women and Birth*, 27 (1), 21–25.
- Crowther, S., Smythe, E., & Spence, D. 2015. Kairos time at the moment of birth. *Midwifery*, 31 (4), 451–457.
- Cullinan, C. C. 2008. In Pain and Sorrow: Childbirth, Incarnation, and the Suffering of Women. *CrossCurrents*, 58 (1), 95–107.
- Dahlberg, K., Nyström, M. & Dahlberg, H. 2007. *Reflective lifeworld research*. Studentlitteratur, Lund.
- Davis-Floyd, R. E. 1994. The technocratic body: American childbirth as cultural expression. *Social Science & Medicine*, 38 (8), 1125–1140.
- Davis-Floyd, R. 2001. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 5– 23.
- De Jong, A., & Wert, G. M. 2015. Prenatal screening: an ethical agenda for the near future. *Bioethics*, 29 (1), 46–55.
- De Jonge, A., Stuijt, R., Eijke, I., & Westerman, M. J. 2014. Continuity of care: what matters to women when they are referred from primary to secondary care during labour? a qualitative interview study in the Netherlands. *BMC pregnancy and childbirth*, 14 (1), 103.
- Demecs, I. P., Fenwick, J., & Gamble, J. 2011. Women's experiences of attending a creative arts program during their pregnancy. *Women and Birth*, 24 (3), 112–121.
- Dixon, L., Skinner, J., & Foureur, M. 2013. Women's perspectives of the stages and phases of labour. *Midwifery*, 29 (1), 10–17.

- Edlund, M. 2002. *Människans värdighet: Ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen*. (Doktorsavhandling) Åbo: Åbo Akademis Förlag.
- Edlund, M. 2003. Värdighet i ett kliniskt perspektiv. I K. Eriksson, U.Å. Lindström. *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap* (s.123–132). Institutionen för vårdvetenskap: Åbo Akademi, Åbo.
- Edlund, M. 2012. Värdighet. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*, (s.363–373). Studentlitteratur, Lund.
- Eri, T. S., Bondas, T., Gross, M. M., Janssen, P. & Green, J. M. 2015. A balancing act in an unknown territory: A metasynthesis of first-time mothers' experiences in early labour. *Midwifery*, 31 (3), 58–67.
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L. & Jackson, D. 2010. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*, 66 (10), 2142–2153.
- Engnes, K., Lidén, E., & Lundgren, I. 2012. Experiences of being exposed to intimate partner violence during pregnancy. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 7 (1) 11199.
- Enzner-Probst, B. 2004. Waiting for Delivery: Counseling Pregnant Women as an Issue for the Church. *International Journal of Practical Theology*, 8 (2), 185–201.
- Eriksson, K. 1987 a. *Vårdandets idé*, Almqvist & Wiksell. Stockholm, Sweden.
- Eriksson, K. 1987 b. *Pausen. En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. 1991. *Broar – introduktion i vårdvetenskaplig metod*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Åbo.
- Eriksson, K. 1994. *Den lidande människan*. Stockholm. Liber AB.
- Eriksson, K. 1995. Inledning. I K. Eriksson (red). *Mot en caritativ vårdetik* (s. 939). Institutionen för vårdvetenskap: Åbo Akademi, Åbo.
- Eriksson, K. 2001. *Vårdvetenskap som akademisk disciplin* (7/2001). Institutionen för vårdforskning, Åbo Akademi, Åbo.
- Eriksson, K. 2002. Vårdandets och vårdvetenskapens idéhistoria. I Eriksson, K., Matilainen, D.(red). *Vårdandets och vårdvetenskapens idéhistoria* (s. 1–13). Åbo Akademi.
- Eriksson, K. 2003. Ethos. I K. Eriksson, U. Å. Lindström. *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap* (s. 21–33). Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi, Åbo.
- Eriksson, K. 2007. Becoming through suffering-the path to health and holiness. *International Journal for Human Caring*, 11 (2), 8.
- Eriksson, K. 2009. Evidens – det sanna, det sköna, det goda och det eviga. I K. Martinsen, K. Eriksson. *Å se og å innse; om ulike former for evidens* (s. 35–76). Akribe, Oslo .

- Eriksson, K. 2012. Att identifiera och bestämma begrepp inom vårdvetenskap som disciplin. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*, (s.31–44). Studentlitteratur, Lund.
- Eriksson, K., Bondas-Salonen, T., Herberths, S., Lindholm, L., & Matilainen, D. 1995. *Den mångdimensionella hälsan: verklighet och visioner*. Vasa Sjukvårdsdistrikt and Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi University.
- Eriksson, K., & da Silva, A. B. 1991. Vårdteologi som vårdvetenskapens deldisciplin. I K. Eriksson & A. B. da Silva (red.). *Vårdteologi* (s.26–64). Institutionen för vårdvetenskap, pedagogiska fakulteten, Åbo akademi.
- Eriksson, K., Lindholm, L., Lindström, U., Matilainen, D. & Kasén, A. 2006. Ethos anger siktet för vårdvetenskapen vid Åbo Akademi. *Hoitotiede*, 18 (6), 296–298.
- Eriksson, K. & Lindström U.Å. 2000. Siktet, sökandet, slutandet – om den vårdvetenskapliga kunskapen. I K. Eriksson & U.Å. Lindström (red.). *Gryning en vårdvetenskaplig antologi* (s. 5 –18). Institutionen för vårdvetenskap: Åbo Akademi, Vasa.
- Eriksson, K. & Lindström, U.Å. 2003. Klinisk vårdvetenskap. I K. Eriksson, U. Å. Lindström. *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap* (s.3–20). Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi, Vasa.
- Eriksson, K. & Lindström U.Å. 2007. Vårdvetenskapens vetenskapsteori på hermeneutisk grund – några grunddrag. I K. Eriksson, U.Å. Lindström, D. Matilainen & L. Lindholm (red.) *Gryning III. Vårdvetenskap och hermeneutik* (s.5–20). Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.
- Eriksson, K & Lindström, U.Å. 2009. Vårdvetenskap som caring science. *Pro Terveys*, 4, 9–13.
- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. 2012. *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. FA Davis, Philadelphia.
- Flanigan, J. 2016. Obstetric Autonomy and Informed Consent. *Ethical Theory and Moral Practice*, 19 (1), 225–244.
- Forssén, A. S. 2012. Lifelong significance of disempowering experiences in prenatal and maternity care interviews with elderly swedish women. *Qualitative health research*, 22 (11), 1535–1546.
- Foucault, M. 1979. I S. Larsson & Å. Sandgren. *Samtal med M F*. Kris nr11–12 s. 6–9.
- Fredriksen, E. H., Harris, J., Moland, K. M., & Sundby, J. 2014. “They ask whether this is real or fake”: a qualitative Norwegian study of pregnancy complaints and access to social benefits. *Health care for women international*, 35 (3), 266–284.
- Fredriksson, L. 2007. Vårdvetenskapens vetenskapsteori på hermeneutisk grund – några grunddrag. I K. Eriksson, U.Å. Lindström, D. Matilainen & L. Lindholm (red.) *Gryning III. Vårdvetenskap och hermeneutik* (s. 23–30). Enheten för vårdvetenskap: Åbo Akademi, Vasa.

- Furuta, M., Sandall, J. & Bick, D. 2014. Women's perceptions and experiences of severe maternal morbidity—A synthesis of qualitative studies using a meta-ethnographic approach. *Midwifery*, 30 (2), 158–169.
- Gadamer, H. G. 2010. *Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Pax Forlag, Oslo.
- Gadamer, H-G. 1997. *Sanning och metod i urval*. Bokförlaget Daidalos AB. Göteborg
- Gadamer, H. G. 2004. *Truth and Method*. Continuum, London.
- Galle, A., Van Parys, A. S., Roelens, K., & Keygnaert, I. 2015. Expectations and satisfaction with antenatal care among pregnant women with a focus on vulnerable groups: a descriptive study in Ghent. *BMC women's health*, 15 (1), 112.
- Gatrell, C. 2011. Putting pregnancy in its place: conceiving pregnancy as carework in the workplace. *Health & place*, 17(2), 395–402.
- Gennaro, S., Melnyk, B. M., O'Connor, C., Gibeau, A. M. & Nadel, E. 2016. Improving prenatal care for minority women. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 41 (3), 147–153.
- Georgsson Öhman, S., Saltvedt, S., Grunewald, C., & Waldenström, U. (2004). Does fetal screening affect women's worries about the health of their baby? *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 83 (7), 634–640.
- Gibbins, J. & Thomson, A. M. 2001. Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17 (4), 302–313.
- Giurgescu, C., Kavanaugh, K., Norr, K. F., Dancy, B. L., Twigg, N., McFarlin, B. L. ... & White-Traut, R. C. 2013. Stressors, resources, and stress responses in pregnant African American women: A mixed-methods pilot study. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 27 (1), 81.
- Gottesman, M. M. 1992. Maternal adaptation during pregnancy among adult early, middle, and late childbearers: Similarities and differences. *Maternal-Child Nursing Journal*, 20 (2), 93–109.
- Grenholm, C. 2005. *Moderskap och kärlek: Schabloner och tankeutrymme i feministteologisk livsåskådningsreflektion*. Nya Doxa. Uppsala
- Grønlien Zetterqvist, K. 2002. Att vara kroppssubjekt: *Ett fenomenologiskt bidrag till feministisk teori och religionsfilosofi*, (Doktorsavhandling). Almqvist & Wiksell International.
- Hall, J. 2006. Spirituality at the beginning of life. *Journal of clinical nursing*, 15 (7), 804–810.
- Halldórsdóttir, S. & Karlsdóttir, S. I., 1996. Empowerment or discouragement: women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth. *Health Care for Women International*, 17 (4), 361–379.

- Hammarberg, K., Wynter, K., Fisher, J., McBain, J., Gibson, F., Boivin, J. & McMahon, C. 2013. The experience of pregnancy: does age or mode of conception matter? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31 (2), 109–120.
- Hanghøj, S., 2013. When it hurts I think: Now the baby dies. Risk perceptions of physical activity during pregnancy. *Women and Birth*, 26 (3), 190-194.
- Heberlein, E. C., Picklesimer, A. H., Billings, D. L., Covington-Kolb, S., Farber, N. & Frongillo, E. A. 2016. The comparative effects of group prenatal care on psychosocial outcomes. *Archives of women's mental health*, 19 (2), 259–269.
- Helenius, R. 1990. *Förstå och bättre veta*. Carlssons, Malmö.
- Hauck, Y., Allen, S., Ronchi, F., Faulkner, D., Frayne, J., & Nguyen, T. 2013. Pregnancy experiences of Western Australian women attending a specialist childbirth and mental illness antenatal clinic. *Health care for women international*, 34 (5), 380–394.
- Hellmark Lindgren, B. 2006. *Pregnoscape: Den gravida kroppen som arena för motstridiga perspektiv på risk, kön och medicinsk teknik*. Doktorsavhandling, Institutionen för kulturanthropologi och etnologi. Lund.
- Hemberg, J. 2015. *Livets källa kärleken: hälsans urkraft*. Doktorsavhandling. Vasa. Åbo Akademi.
- Hemberg, J., Eriksson, K. & Nyström, L. 2016. Through Darkness into the Light-A Path to Health as Described by Adults after Having Lived through Personal Suffering. *International Journal of Caring Sciences*, 9 (2), 393.
- Highet, N., Stevenson, A. L., Purtell, C. & Coo, S. 2014. Qualitative insights into women's personal experiences of perinatal depression and anxiety. *Women and Birth*, 27 (3), 179–184.
- Hildingsson, I., Waldenström, U. & Rådestad, I. 2002. Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81 (2), 118–125.
- Hildingsson, I., & Rådestad, I. 2005. Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *Journal of advanced nursing*, 52 (3), 239–249.
- Hilli, Y. 2007. *Hemmet som ethos: en idéhistorisk studie av hur hemmet som ethos blev evident i hälsosystemens vårdande under 1900-talets första hälft*. Doktorsavhandling. Åbo Akademi, Vasa.
- Hodnett, E. D. 2002. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 186 (5), 160–172.
- Hunter, L. P. 2006. Women give birth and pizzas are delivered: language and western childbirth paradigms. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51 (2), 119–124.
- Hunter, B., Berg, M., Lundgren, I., Ólafsdóttir, Ó. Á. & Kirkham, M. 2008. Relationships: the hidden threads in the tapestry of maternity care. *Midwifery*, 24 (2), 132–137.

- Höjeberg, P. 2000. *Tröskelkvinnor. Barnafödande som kultur*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Igarashi, T., Wakita, M., Miyazaki, K. & Nakayama, T. 2014. Birth environment facilitation by midwives assisting in non-hospital births: A qualitative interview study. *Midwifery*, **30** (7), 877–884.
- Ireland, J., & van Teijlingen, E. 2013. Normal birth: social-medical model. *The practising midwife*, **16** (11), 17–20.
- Jesse, D. E., Schoneboom, C., & Blanchard, A. 2007. The Effect of Faith or Spirituality in Pregnancy A Content Analysis. *Journal of Holistic Nursing*, **25** (3), 151–158.
- Jouhki, M. R. 2012. Choosing homebirth – The women’s perspective. *Women and Birth*, **25** (4), 56–61.
- Karlsdóttir, S. I., Halldórsdóttir, S. & Lundgren, I. 2014. The third paradigm in labour pain preparation and management: the childbearing woman’s paradigm. *Scandinavian journal of caring sciences*, **28** (2), 315–327.
- Kasén, A. 2012. Patient och sjuksköterska i en vårdande relation. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*, (s.171–181). Studentlitteratur, Lund.
- Kierkegaard, S. 2011. *Kärlekens gärningar*. Originalalets titel: Kjerlighedens Gjerninger. Svensk översättning Stefan Borg. Nimrod förlag, Riga.
- Kirkham, M. (red.). 2004. *Informed choice in maternity care*. Palgrave Macmillan.
- Klassen, P. E. 2001. Sacred maternities and postbiomedical bodies: Religion and nature in contemporary home birth. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, **26** (3), 775–809.
- Kristensson Uggla, B. 2002. *Slaget om verkligheten: filosofi, omvärldsanalys, tolkning*. B. Östlings bokförl. Symposion.
- Larsson, S. 2005. Om kvalitet i kvalitativa studier. *Nordisk Pedagogik*, **25** (1), 16–35.
- Larsson, Å. 2007. *Rätt, riktigt och renligt- på den medicinska vetenskapens villkor* (Master’s thesis).
- Larsson, Å., Lundgren, I. & Bondas, T. 2014. Fördjupad hälsa–kvinnors upplevelse av att planera och föda sitt barn hemma. *Hoitotiede*, **26**, 2–10.
- Larsson, Å. & Hilli, Y. 2016. The ethos of caring within midwifery A history of ideas study. *Nursing Ethics*. Doi: 10.1177/0969733016669866.
- Larsson, Å., Wärnå-Furu, C. & Näsman, Y. 2015. Expecting a child: pregnancy in light of an ontological health model. *Scandinavian journal of caring sciences*. **30** (4): 757–765.
- Larsson, Å., Wärnå-Furu, C. & Näsman, Y. 2016. The meaning of caring in prenatal care from Swedish women’s perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Doi:10.1111/scs.12383.

- Lasiuk, G. C. 2007. *The Lived Experience of Pregnancy and Birthing of Women With Histories of Childhood Sexual Abuse* (Doktorsavhandling). Edmonton, AB: University of Alberta.
- Leap, N. & Anderson, T. 2008. The role of pain in normal birth and the empowerment. I S. Downe, S. (red). *Normal childbirth: Evidence and debate* (29–44). Elsevier Health Sciences.
- Lee, S., Ayers, S., & Holden, D. 2012. Risk perception of women during high risk pregnancy: a systematic review. *Health, risk & society*, **14** (6), 511–531.
- Liamputtong, P. 2006. *Researching the vulnerable: A guide to sensitive research methods*. Sage, London.
- Lindholm, L. 1998. *Den unga människans hälsa och lidande*. (Doktorsavhandling). Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap, Vasa.
- Lindström, U. Å., Lindholm, L. & Zetterlund, J. E. 2010. Katie Eriksson. Theory of caritative caring. I A. Marriner-Tomey & M. R. Alligood (Red.). *Nursing theorists and their work 7th ed* (191– 221). Missouri, Mosby Elsevier: USA.
- Lindwall, L. 2012. Kroppen. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*, (130–140). Studentlitteratur, Lund.
- Lowe, N. K. 2002. The nature of labor pain. *American journal of obstetrics and gynecology*, **186** (5), 16– 24.
- Lundgren, I. 2004. Releasing and relieving encounters: experiences of pregnancy and childbirth. *Scandinavian journal of caring sciences*, **18** (4), 368–375.
- Lundgren, I. & Dahlberg, K. 2002. Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth. *Midwifery*, **18** (2), 155–164.
- Lundgren, I. 2005. Swedish women's experience of childbirth two years after birth. *Midwifery*, **21** (4), 346–354.
- Lundgren, I., Karlsdottir, S. I., & Bondas, T. 2009. Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context—a secondary analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, **4** (2), 115–128.
- Lundgren, I., Andrén, K., Nissen, E., & Berg, M. 2013. Care seeking during the latent phase of labour—frequencies and birth outcomes in two delivery wards in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*, **4** (4), 141–146.
- Lyerly, A. D. 2012. Ethics and “Normal Birth”. *Birth*, **39** (4), 315–317.
- Lydon-Lam, J. 2012. Models of Spirituality and Consideration of Spiritual Assessment. *International Journal of Childbirth Education*, **27** (1), 18–22.
- Marcel, G. 1948. *The Philosophy of Existence* (övers. M. Harari). Harvill Press, London.
- Marowitz, A. 2014. Caring for women in early labor: can we delay admission and meet women's needs? *Journal of Midwifery & Women's Health*, **59** (6), 645–650.

- Matilainen, D. 2002. History of ideas research in health sciences—direction and method. I K. Eriksson och D. Matilainen (red): *History of ideas in caring and caring science*, (34–60). Åbo Akademi, Vasa.
- McAra-Couper, J., Jones, M., & Smythe, L. 2012. Caesarean-section, my body, my choice: The construction of 'informed choice' in relation to intervention in childbirth. *Feminism & Psychology*, 22 (1), 81–97.
- McDonald, S. D., Sword, W., Eryuzlu, L. N., Neupane, B., Beyene, J., & Biringer, A. B. 2016. Why are half of women interested in participating in group prenatal care? *Maternal and child health journal*, 20 (1), 97–105.
- Meyer, S. 2013. Control in childbirth: a concept analysis and synthesis. *Journal of advanced nursing*, 69 (1), 218–228.
- Modh, C., Lundgren, I., & Bergbom, I. 2011. First time pregnant women's experiences in early pregnancy. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 6 (2), 5600.
- Molander, E., Alehagen, S. & Berterö, C. M. 2010. Routine ultrasound examination during pregnancy: a world of possibilities. *Midwifery*, 26 (1), 18–26.
- Moloney, S. 2006. The spirituality of childbirth. *Birth Issues*, 15 (2), 41–46.
- Målvist, M. 2015. Preserving misconceptions or a call for action? –A hermeneutic re-reading of the Nativity story. *Global health action*, 8.
- Mödravård, Sexuell och Reproaktiv Hälsa. 2008 (uppdaterad webversion 2016), *SFOG, Rapport 76*, Stockholm.
- Nash, M. 2012. Weighty matters: Negotiating 'fatness' and 'in-betweenness' in early pregnancy. *Feminism & psychology*, 22 (3), 307–323.
- Nilsson, C. & Lundgren, I. 2009. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25 (2), 1–9.
- Nilsson, C., Robertson, E., & Lundgren, I. 2012. An Effort to Make All the Pieces Come Together: Women's Long-Term Perspectives on Their Experiences of Intense Fear of Childbirth. *International Journal of Childbirth*, 2 (4), 255–268.
- Nilsson, C., Lundgren, I., Karlström, A. & Hildingsson, I. 2012. Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. *Women and Birth*, 25 (3), 114–121.
- Nolan, J. A., McCrone, S. & Chertok, I. R. A. 2011. The maternal experience of having diabetes in pregnancy. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23 (11), 611–618.
- Nyström, L. Hälsa, lidande och liv. (2014). I C. Wärnå-Furu (red.) *Hälsans praxis – i liv och arbete* (13 – 47). Liber, Stockholm.
- Nåden, D. 2003. Tilegnelsen av klinisk vårdvetenskap og vårdandets kunst. I K. Eriksson, U. Å. Lindström. *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap* (63–73). Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi, Vasa.

- Nåden, D. & Eriksson, K. 2004. Understanding the importance of values and moral attitudes in nursing care in preserving human dignity. *Nursing Science Quarterly*, 17 (1), 86–91.
- Nåden, D. & Sæteren, B. 2006. Cancer patients' perception of being or not being confirmed. *Nursing Ethics*, 13 (3), 222–235.
- Ockhuijsen, H. D., van den Hoogen, A., Boivin, J., Macklon, N. S., & de Boer, F. 2014. Pregnancy after miscarriage: Balancing between loss of control and searching for control. *Research in nursing & health*, 37 (4), 267–275.
- O'Connell, R., & Downe, S. 2009. A metasynthesis of midwives' experience of hospital practice in publicly funded settings: compliance, resistance and authenticity. *Health*, 13 (6), 589–609.
- Olausson, L. 1994. Från text till text. I L. Olausson (red), *Idéhistoriens egenart* (9–34), Symposion, Stockholm.
- Olsson, P. 2000. *Antenatal midwifery consultations: a qualitative study* (Doktorsavhandling), Umeå universitet.
- Parratt, J. A. & Fahy, K. M. 2008. Including the nonrational is sensible midwifery. *Women and Birth*, 21 (1), 37–42.
- Parratt, J. & Fahy, K. 2003. Trusting enough to be out of control: a pilot study of women's sense of self during childbirth. *Australian Midwifery*, 16 (1), 15–22.
- Pauli, E. 1930. *Den vårdande människan*. Birkagårdens förlag, Stockholm.
- Redelinghuys, A., Coetzee, H. & Roos, V. 2014. First-time mothers' experiences of meaningfulness during their third trimester of pregnancy: A focus on spirituality. *Journal of Psychology in Africa*, 24 (3), 246–251.
- Rehnsfeldt, A. & Arman Rehnsfeldt, M. 2003. Livsförståelseetik. I K. Eriksson, U. Å. Lindström. *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap* (97–108). Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi, Vasa.
- Rehnsfeldt, A. 2007. Den vårdande hermeneutiska dialogen. I Eriksson, K., Lindström, U. Å., Matilainen, D. & Lindholm, L. *Gryning III. Vårdvetenskap och hermeneutik* (85–96) Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.
- Romlid, C. 1998. *Makt, motstånd och förändring: Vårdens historia speglad genom det svenska barnmorskeväsendet 1663-1908*, (Doktorsavhandling). Vårdförbundet, Stockholm.
- Rykkje, L. 2014. *Kjærlighet i forbundethet: en kraft i gamle menneskers åndelighet og verdighet*. (Doktorsavhandling). Åbo Akademi, Vasa.
- Rykkje, L., Eriksson, K. & Råholm, M. B. 2015. Love in Connectedness: A Theoretical Study. *SAGE Open*, 5 (1), 2158244015571186 .
- Råholm, M-B. 2012. Andlighet och vårdande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*, (171–181). Studentlitteratur, Lund.

- Sandelowski, M. 2004. Using qualitative research. *Qualitative health research*, **14** (10), 1366–1386.
- Sandelowski, M. 2015. A matter of taste: evaluating the quality of qualitative research. *Nursing inquiry*, **22** (2), 86–94.
- Sapountzi-Krepia, D., Tsaloglidou, A., Psychogiou, M., Lazaridou, C., & Vehvilainen Julkunen, K. 2011. Mothers' experiences of pregnancy, labour and childbirth: A qualitative study in Northern Greece. *International journal of nursing practice*, **17** (6), 583–590.
- Schytt, E. & Waldenström, U. 2007. Risk factors for poor self-rated health in women at 2 months and 1 year after childbirth. *Journal of Women's Health*, **16** (3), 390–405.
- Schneider, D. A. 2012. The miracle bearers: narratives of birthing women and implications for spiritually informed social work practice. *Journal of Social Service Research*, **38** (2), 212–230.
- Seibold, C. 2004. Young single women's experiences of pregnancy, adjustment, decision-making and ongoing identity construction. *Midwifery*, **20** (2), 171–180
- Simkin, P. 1991. Just another day in a woman's life? Part 1: Women's long-term perceptions of their first birth experience. *Birth*, **18** (4), 203–210.
- Simkin, P. 1992. Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth*, **19** (2), 64–81.
- Simkin, P. 1996. The experience of maternity in a woman's life. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, **25** (3), 247–252.
- Sivonen, K. & Kasén, A. 2003. Enheten människa-kropp, själ, ande. I K. Eriksson, U. Å. Lindström. *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap (75–96)*. Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi, Vasa.
- Sivonen, K. 2012. Begreppsanalys och begreppsbestämning. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik, (79–96)*. Studentlitteratur, Lund.
- Størksen, H. T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S., & Eberhard-Gran, M. 2013. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, **92** (3), 318–324.
- Thielen, K. 2012. Exploring the group prenatal care model: A critical review of the literature. *The Journal of perinatal education*, **21** (4), 209–218.
- Thomson, G. & Downe, S. 2013. A hero's tale of childbirth. *Midwifery*, **29** (7), 765–771.
- Tracy, S. K., Hartz, D. L., Tracy, M. B., Allen, J., Forti, A., Hall, B. ... & Bisits, A. 2013. Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@ NGO, a randomised controlled trial. *The Lancet*, **382** (9906), 1723–1732.
- Tyer-Viola, L. A., & Lopez, R. P. 2014. Pregnancy with chronic illness. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, **43** (1), 25–37.

- Waldenström, U. 1996. Modern maternity care: Does safety have to take the meaning out of birth? *Midwifery*, 12 (4), 165–173.
- Waldenstrom, U. 2003. Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth. *Birth*, 30 (4), 248–254.
- Waldenstrom, U. 2004. Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth*, 31 (2), 102–107.
- Waldenström, U. 2005. Det medicinskt möjliga gör oss fartblinda. Interventionsskadan vid barnafödande måste ifrågasättas. *Läkartidningen*, 102, 24–25.
- Waldenström, U. 2007. *Föda barn: från naturligt till högteknologiskt*. Karolinska Institutet University Press, Stockholm.
- Warnke, G. 1995. *Hans-Georg Gadamer: hermeneutik, tradition och förnuft*. Daidalos AB, Göteborg.
- Warren, S. & Brewis, J. 2004. Matter over mind? Examining the experience of pregnancy. *Sociology*, 38 (2), 219–236.
- Viisainen, K. 2001. Negotiating control and meaning: home birth as a self-constructed choice in Finland. *Social science & medicine*, 52 (7), 1109–1121.
- Windley-Daoust, S. 2014. *Theology of the Body, Extended: The spiritual signs of birth, impairment, and dying*. Lectio Publishing, LLC.
- Wärnå-Furu, C. 2014. Dygd och hälsa. I C. Wärnå-Furu (red.), *Hälsans praxis – i liv och arbete*. (48- 70). Liber, Stockholm.
- Ödman, P-J. 2007. *Tolkning, förståelse, vetande. Hermeneutik i teori och praktik*. 2:a uppl. Norstedts akademiska Förlag, Stockholm.

LÄNKAR

Nationalencyklopedin

<http://www.ne.se.lib.costello.pub.hb.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/vardande> (Hämtad 2017-02-01).

<http://www.ne.se.lib.costello.pub.hb.se/s%C3%B6k/?t=uppslagsverk&q=mysterium>. (Hämtad 2017-02-03)

Forskningsetik

<http://www.tenk.fi/sv/god-vetenskaplig-praxis-anvisningar/god-vetenskaplig-praxis> (Hämtad 2017-02-15)

Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden. (2003). Sykepleiernes samarbeid i Norden. http://www2.dsr.dk/dsr/upload/3/0/813/SSN_etiske_retningslinjer.pdf (Hämtad 2017-02-15)

Helsingforsdeklarationen (2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/> (Hämtad 2017-02-15)

BILAGA 1

Vårdvetenskapliga axiom och teser

Axiomen

1. Människan är i grunden enheten kropp, själ och ande.
2. Människan är i grunden religiös.
3. Människan är i grunden helig. Människans värdighet innebär att inneha det mänskliga ämbetet, att tjäna i kärlek, att finnas till för den andra.
4. Gemenskap är grunden för allt mänskligt liv. Människan är i grunden interrelaterad till en abstrakt eller en konkret annan i gemenskap.
5. Vårdande är till sitt väsen något naturligt d.v.s. kallet att tjäna i kärlek.
6. Lidande är en oskiljaktig del av livet. Lidande och hälsa utgör varandras förutsättningar.
7. Hälsa är mer än frånvaro av sjukdom. Hälsa innebär helhet och helighet.
8. Människan lever i en verklighet som bär mysteriets, oändlighetens och evighetens kännetecken.

Teserna

1. Ethos ger den yttersta meningen åt det vårdande sammanhanget.
2. Vårdandets grundmotiv utgörs av caritasmotivet.
3. Vårdandets grundkategori är lidande.
4. Vårdgemenskap utgör vårdandets meningssammanhang och har sitt ursprung i kärlekens, ansvarets och offrandets ethos d.v.s. en caritativ etik.
5. Hälsa innebär en rörelse i vardande, varande och görande mot enhet och helighet, vilket är förenligt med uthärdligt lidande.
6. Vårdandet är att i barmhärtighet, kärlek, tro och hopp lindra lidande. Det naturliga grundläggande vårdandet uttrycks genom att ansa, leka och lära i en vårdande relation som är asymmetrisk till sin natur.

Var inte rädd, Maria....!
Lukas 1:30

Åsa Larsson

Barnafödandets mysterium

– en begrundan av vardande och vårdande

Barnafödande tillhör livsvillkoren och är en central del i många kvinnors liv. I en vård som blir alltmer inriktad på teknologisk och medicinsk utveckling lämnas ett tomrum när det gäller förståelsen av den andliga och existentiella dimensionen av barnafödande.

Avhandlingen visar att den barnafödande kvinnan är i vardande, meningssökande och sårbar. Att förstå barnafödandet som ett mysterium innebär att lyfta fram subjektivitet, förundran och hänförelse. Ett mysterium kan inte förklaras objektivt men genom begrundan kan det integreras i livet. Längtan, sökandet efter mening och önskan att skydda det ogripbara och heliga tillhör barnafödandets andliga dimension.

Hälsa och lidande är tätt sammanflätat och sårbarheten vid barnafödande utgör det huvudsakliga motivet för vårdandet. Vårdarens ethos bidrar till en förlösande anda där vardandets integrerande rörelse kan äga rum. Det innebär helhet och hälsa för den barnafödande kvinnan.