

Examensarbete

“Nu ska du bara tänka att du ska vara tacksam att du får föda barn”

- En kvalitativ intervjustudie om kvinnors upplevelser av stödet och vården vid förlossningsrädsla

Utvecklingsarbete

Att identifiera och diskutera förlossningsrädsla

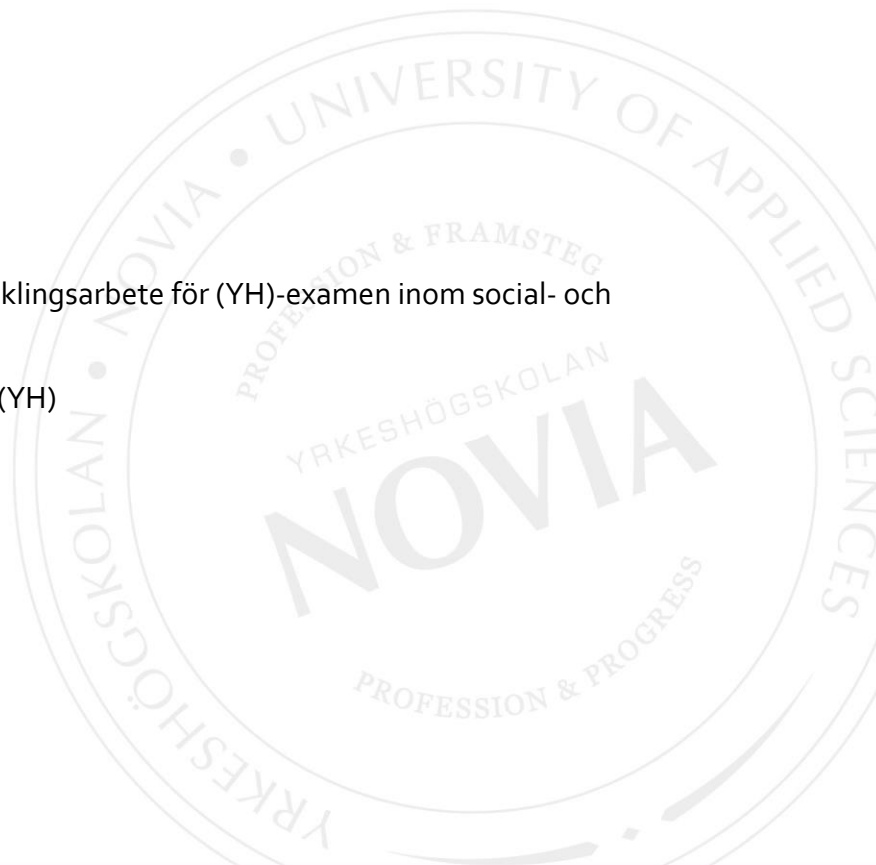
- Ett självskattningsverktyg och diskussionsunderlag

Sara Ekman
Elin Kull

Examensarbete och utvecklingsarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Hälsovårdare (YH)

Vasa 2020



EXAMENSARBETE

Författare: Sara Ekman och Elin Kull

Utbildning och ort: Hälsovårdare, Vasa

Handledare: Monika Koskinen

Titel: "Nu ska du bara tänka att du ska vara tacksam att du får föda barn" - En kvalitativ intervjustudie om kvinnors upplevelser av stödet och vården vid förlossningsrädsla

Datum Maj 2019

Sidantal 35

Bilagor 3

Abstrakt

Förlossningsrädsla innebär att en kvinna har så stark rädsla för att föda så det kan bli direkt skadligt för henne, för fostret och för graviditetens framskridande. Av finländska kvinnor beräknas 6–10% lida av detta.

Syftet med detta arbete är att beskriva kvinnors upplevelser av stödet och vården de fått vid förlossningsrädsla. Målsättningen med studien är att ta reda på vad kvinnor upplevt som bra och mindre bra i vården av förlossningsrädsla och hur en god vård av förlossningsrädsla kan se ut.

För att besvara frågeställningen gjordes en kvalitativ intervjustudie med fyra informanter som lider eller har lidit av förlossningsrädsla. Genom en kvalitativ innehållsanalys skapades tre kategorier med åtta tillhörande subkategorier där resultatet presenteras. Resultatet har sedan tolkats mot Katie Erikssons teori om hälsa och lidande.

Kategorierna som presenteras i resultatet är benämnda trygghet, förståelse och bekräftelse, kontroll och vårdens utvecklingsbehov enligt kvinnorna. I resultatet framkom det att alla informanter har upplevt både bättre och sämre bemötande, stöd och vård för förlossningsrädslan. Vidare åskådliggörs vad som enligt informanterna skulle vara önskvärt i bemötandet och vården vid förlossningsrädslan.

Språk: Svenska

Nyckelord: Förlossningsrädsla, stöd, vård, kvinnors

upplevelser, kvalitativ studie

OPINNÄYTETYÖ

Tekijät: Sara Ekman ja Elin Kull

Koulutus ja paikkakunta: Terveystieteiden tutkimuskeskus, Vaasa

Ohjaaja: Monika Koskinen

Nimike: "Nyt sinun pitää vain ajatella että olet kiitollinen siitä että saat synnyttää lapsen"
-Laadullinen haastattelututkimus synnytyspelkoa kärsivien naisten kokemuksista tuesta ja hoidosta

Päivämäärä Toukokuu 2019

Sivumäärä 35

Liitteet 3

Tiivistelmä

Synnytyspelko tarkoittaa sitä että naisella on niin vahva pelko synnyttää että se voi olla suorastaan vahingollinen hänelle, sikiölle ja raskauden etenemiselle. Suomalaisista naisista arvioidaan että noin 6-10% kärsii tästä.

Tämän työn tarkoitus on kertoa naisten kokemuksista tuesta ja hoidosta jonka he ovat saaneet synnytyspelolleen. Tutkimuksen tavoite on selvittää mitä naiset ovat kokeneet hyvänä tai huonona synnytyspelon hoidossa ja miltä hyvä hoito synnytyspelolle voisi näyttää.

Vastatakseen kysymykseen tehtiin laadullinen haastattelututkimus neljän tiedonantajan kanssa jotka potevat tai ovat poteneet synnytyspelkoa. Laadullisella analyysillä luotiin kolme kategorialaajaa kahdeksalla alakategorialla joissa tulokset tuotiin esiin. Tulos on tulkittu Katie Eriksonin teoria terveydestä ja kärsimyksestä.

Kategoriat jotka esitellään ovat nimeltään turvallisuus, ymmärtäminen ja vahvistaminen, hallinta ja hoidon kehitystarve naisten mielestä. Tuloksessa tuli ilmi että kaikki tiedonantajat olivat kokeneet sekä hyvää että huonoa kohtelua, tukea ja hoitoa synnytyspelkoa poteneena. Kävi myös ilmi miten tiedonantajat toivoisivat että heitä kohdeltaisiin ja hoidettaisiin synnytyspelon kannalta.

Kieli: Ruotsi
laadullinen tutkimus

Avainsanat: Synnytyspelko, tuki, hoito, naisten kokemukset,

BACHELOR'S THESIS

Authors: Sara Ekman and Elin Kull

Degree Programme: Public Health Nurse, Vaasa

Supervisor: Monika Koskinen

Title: "The only thing you have to think about now is that you should be grateful for getting to give birth to a child" -A qualitative interview study on women's experiences of the support and care of fear of childbirth

Date May 2019

Number of pages 35

Appendices 3

Abstract

Fear of childbirth means that a woman's fear of giving birth is so great that it may become harming to herself, the foetus and to the progress of the pregnancy. 6-10% of Finnish women are estimated to suffer from this.

The aim of this study is to describe women's experiences of the support and care they have received when suffering from fear of childbirth. The intention of the study is to find out what women have experienced as both satisfying and less satisfying care of their fear of childbirth as well as how a satisfying care is defined by them.

In order to answer the aim of the study, a qualitative interview study was performed using four informants who currently suffers or have been suffering from fear of childbirth. By using a qualitative content analysis three categories with eight subcategories were created to present the result of the study. The result has thereafter been interpreted in the light of Katie Eriksson's theory of health and suffering.

The categories presented in the result are a sense of security, understanding and confirmation, control and development needs of the care according to the women. The result shows that the response, support and care the informants have received has been both good and bad. Furthermore, the result illustrates what the informants describe as desirable in the response and care of their fear of childbirth.

Language: Swedish

Key words: Fear of childbirth, support, care, women's experiences, qualitative study

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund	2
2.1	Förlossningsrädsla.....	2
2.2	Orsak	4
2.3	Risker med förlossningsrädsla.....	5
2.4	Vård	5
2.5	Rädslans uttryck	8
3	Teoretisk utgångspunkt.....	9
3.1	Erikssons syn på hälsa och lidande	9
3.2	Erikssons syn på att lindra lidande	9
4	Syfte och frågeställningar	10
5	Tidigare forskning.....	11
6	Metod	13
6.1	Kvalitativ studie	13
6.2	Kvalitativ forskningsintervju	13
6.3	Innehållsanalys	14
6.4	Urval	15
6.5	Etiska överväganden.....	16
7	Resultat	17
7.1	Trygghet, bekräftelse och förståelse.....	17
7.1.1	Stöd av trygga personer	18
7.1.2	Stöd av vårdpersonal	19
7.2	Kontroll	21
7.2.1	Information	22
7.2.2	Upplevd kontroll över förlossningen.....	22
7.2.3	Kontroll över smärtan	23
7.3	Vårdens utvecklingsbehov enligt kvinnorna	24
7.3.1	Tidigt ingripande	24
7.3.2	Kontinuitet i vårdförhållandet	25
7.3.3	Individcentrerad vård.....	26
8	Diskussion	27
8.1	Resultatdiskussion.....	27
8.2	Metoddiskussion.....	30
8.3	Slutsats	32
	Källförteckning	34
	Bilagor	

1 Inledning

Graviditeten och förlossningen beskrivs av de flesta som några av de största och mest betydelsefulla händelserna i en kvinnas liv. Att föda barn ses i allmänhet som en naturlig sak som kvinnor är gjorda för och förväntas kunna klara av, och graviditeten är för majoriteten av kvinnorna en tid av glädje och förväntan inför det nya som kommer. En viss spänning och nervositet är förstås även naturlig att känna och kan till och med hjälpa med förberedelsen inför den nya situationen och den livsomställning som ett barn innebär. Hos somliga kvinnor blir dock nervositeten och oron så stor att den överskuggar allt det positiva, känslorna blir som en berg- och dalbana, rädslan blir överväldigande och kvinnan kan plötsligt inte fokusera på något annat än den ängslan och panik som hon känner. Det är då den blir ett problem. Det här kallas förlossningsrädsla och 6–10% av alla gravida kvinnor beräknas lida av detta idag (Tiitinen, 2017).

YLE gjorde under hösten 2018 en artikelserie där mödravården i Finland granskades och förlossningsrädsla togs upp som en del i detta. YLE redovisar i en av artiklarna statistik från THL som visar att förlossningsrädslan i Finland har ökat med flera tusen diagnostiserade fall under de senaste tio åren, och enligt statistiken verkar det även vara en fortsatt uppåtgående trend. År 2017 fick 7,7% av alla föderskor diagnosen förlossningsrädsla, vilket är en markant ökning från 1,8% år 2006 (Virta, Ekholm & West 2018).

Vi upplever att förlossningsrädslan till viss del har varit, och fortfarande är, ett tabubelagt ämne. Detta eftersom den rimmar illa med de normer och uppfattningar som finns i samhället där bilden av en förlossning är att det är en naturlig händelse som kvinnor har genomgått i årtusenden, och därför rimligtvis fortfarande borde klara av utan problem. Upplevelserna hos de kvinnor som alltid har varit rädda för att föda barn, tidigare har genomgått en traumatisk förlossning eller de som känner paniken komma krypande varje gång förlossningen kommer på tal har vanligen inte getts varken plats, tid eller någon vidare uppmärksamhet. Ser man till statistiken verkar förlossningsrädslan vara ett relativt nytt fenomen men de existerande normerna och den allmänna uppfattningen som finns kan antagligen ha bidragit till att förlossningsrädda kvinnor inte har vågat berätta om sina känslor eller söka den hjälp de skulle ha behövt.

I YLE:s artiklar kan man även läsa om hur många kvinnor vittnar om att de upplever att stödet de har fått från vården under graviditeten har varit bristfälligt. De intervjuade kvinnorna upplever att deras rädsla och känslor inte har blivit tagna på allvar och att vårdpersonalen inte har lyssnat till deras behov. De upplever även att fokus inom mödravården ligger på att väga och mäta och att den psykiska och känslomässiga biten faller bort. Den personliga kontakten med hälsovårdaren eller barnmorskan saknas även hos en del och kvinnorna upplever att de bara har blivit behandlade som en i mängden på mödrarådgivningen. Kritik riktas även mot att det har blivit svårare att få besöka och bekanta sig med förlossningen på förhand (Ventus 2018; Finnilä 2018).

Med detta arbete hoppas vi därför kunna sprida information och ge insikt i ämnet, både till allmänheten, till vårdpersonal som bemöter dessa kvinnor i arbetet såväl som till kvinnorna själva. Vi önskar bidra till ökad förståelse och diskussion om ämnet förlossningsrädsla som fenomen. Som blivande hälsovårdare är sannolikheten stor att vi stöter på dessa kvinnor själva och därför anser vi att det även är av personlig vikt för oss att veta hur rädslan ska bemötas, hur vården ser ut idag och vad förlossningsrädda kvinnor har upplevt att har hjälpt dem i att handskas med rädslan. Detta för att kunna stöda och hjälpa kvinnorna på bästa sätt.

2 Bakgrund

I kapitlet redogörs för förlossningsrädslan som fenomen, för att sedan gå vidare till orsaker bakom samt risker med förlossningsrädslan. Vilken vård det finns att tillgå och på vilket sätt förlossningsrädslan kan ta sig uttryck tas även upp.

2.1 Förlossningsrädsla

Så gott som alla blivande föräldrar känner oro vid något tillfälle under graviditetens gång, detta är helt normalt och kan ses som både positivt och viktigt i samband med föräldraskap och förlossning. Denna oro främjar föräldrarnas förberedelse genom att tvinga dem att diskutera, tänka och bearbeta det som känns svårt. Oron bidrar också till att de blivande föräldrarna är mer öppna för att vidta nödvändiga förändringar och skydda sitt barn (Waldenström 2007, s.157). En kvinna som inte alls känner någon form av rädsla inför den stundande förlossningen riskerar istället att ha en orealistisk bild av vad en förlossning

innebär (Rouhe, et.al. 2013, s.106). Oro i rimliga former är därför viktigt att acceptera (Waldenström 2007, s. 157).

Förlossningsrädsla innebär däremot att kvinnan har en så kraftig rädsla för att föda så det kan bli direkt skadligt för henne, graviditeten och fostret. Rädslan är ofta obefogat stor och orealistisk och blir ett hinder för att njuta av tiden som gravid och att förbereda sig för föräldrarollen (Tiitinen, 2017). Till skillnad från oron andra blivande föräldrar kan uppleva är den förlossningsrädda kvinnans oro oproportionerligt stor och istället för en drivkraft blir det till ett hinder i vardagen (Waldenström 2007 s.157). Förlossningsrädslan är mycket tids- och energikrävande och påverkar både tanke- och informationsbearbetningsförmågan negativt hos kvinnan (Rouhe, et.al. 2013, s. 106). Förlossningsrädslan märks nödvändigtvis inte utåt hos kvinnan och kan därför vara svår att upptäcka för utomstående. Kvinnor med förlossningsrädsla kan även uppleva att det är jobbigt att ta upp samtalsämnet med vårdpersonalen (Rouhe, et.al. 2013, s.106).

Förlossningsrädsla finns hos både förstföderskor och omföderskor. För förstföderskor benämns rädslan som primär förlossningsrädsla och hos omföderskor vars förlossningsrädsla uppkommit efter en traumatisk första förlossning benämns rädslan som sekundär förlossningsrädsla (Tiitinen, 2017). Det är den sekundära förlossningsrädslan som ökar mest (Heli & Svensson 2017, s. 23).

Förlossningsrädslan brukar inom vården delas in i lätt rädsla eller oro, måttlig rädsla samt svår eller intensiv rädsla. Förlossningsfobi, eller tokofobi, talar man om då skräcken blir så överväldigande att kvinnan inte vågar bli gravid, vill göra abort på grund av sin rädsla eller vill bli garanterad ett kejsarsnitt (Ryding 2008, s.140).

Av gravida kvinnor beräknas 6–10% lida av förlossningsrädsla och undersökningar genomförda i Norden har visat att 5–6% av alla gravida kvinnor lider av det man definierar som stark förlossningsrädsla (Tiitinen, 2017; Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015, s.253). Förlossningsrädsla är även en av de vanligaste orsakerna till planerade kejsarsnitt och man beräknar att vart fjärde planerat kejsarsnitt sker på grund av förlossningsrädsla hos den gravida kvinnan (Rouhe & Saisto, 2013). Att be om kejsarsnitt är även vanligare bland de kvinnor som lider av sekundär förlossningsrädsla (Heli & Svensson 2017, s. 23).

2.2 Orsak

Orsaker till förlossningsrädsla varierar bland kvinnorna men faktorer som anses utgöra en riskfaktor är psykisk ohälsa innan och under graviditeten, att ha upplevt våld och tidigare dåliga erfarenheter av förlossningar, även att ha genomgått smärtsamma gynekologiska undersökningar kan orsaka förlossningsrädsla (Rouhe & Saisto, 2013). Speciellt depression anses ha ett starkt samband till utvecklingen av förlossningsrädsla. Faktorer som ekonomisk instabilitet, arbetslöshet och att vänta barn som ensamstående kan också kopplas till förlossningsrädsla (Tiitinen, 2017). Ett bristande självförtroende, vissa personlighetsdrag hos kvinnan (till exempel sårbarhet eller neurotiska drag) och missnöje eller svårigheter i relationen till partnern kan även verka som bakomliggande orsaker (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015, s.253).

Smärta och obstetrisk skada är de vanligaste orsakerna till att kvinnor som är förstföderskor säger sig vara förlossningsrädda. De kan även vara rädda för att inte få tillräckligt med stöd under själva förlossningen (Rouhe & Saisto, 2013). Andra vanligen förekommande orsaker till rädslan är bristande tillit till sig själv och/eller vården, den kontrollförlust en förlossning innebär, tanken på att barnet kan skadas eller dö, att få panik samt att inte kunna föda eller samarbeta. En allmän rädsla för sjukhus, stick och blod kan även verka som en bakomliggande faktor (Heli & Svensson 2017, s. 23).

Den primära förlossningsrädslan har sin grund i förstföderskans rädsla inför något nytt och okänt, medan den sekundära rädslan orsakas av tidigare förlossningserfarenheter. De förlossningsrädda omföderskorna har alltså genomgått en eller flera traumatiska förlossningar tidigare. Kvinnorna uppger att de vid de tidigare tillfällena har upplevt att inte kunna hantera smärtan, kontrollförlust, bristande stöd från personalen, medicinska komplikationer, dödsångest, en känsla av ensamhet och utsatthet samt antingen utmattande eller mycket snabba förlopp (Heli & Svensson 2017, s. 23–24).

Studier genomförda i Finland har konstaterat att psykisk ohälsa förekommer två gånger oftare hos förlossningsrädda kvinnor, både innan och efter graviditeten, jämfört med jämnåriga föderskor utan rädsla. De vanligast förekommande diagnoserna hos de undersökta, förlossningsrädda kvinnorna var depression, ångestsyndrom, någon typ av personlighetsstörning eller en kombination av flera olika diagnoser (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015, s.253).

2.3 Risker med förlossningsrädsla

Under de tre senare månaderna i graviditeten börjar kvinnan förbereda sig för att träffa sitt barn, tankarna kring tiden efter förlossningen börjar dyka upp och önskan om att få ha sin kropp för sig själv är vanliga eftersom graviditetskrämporna kan vara många. Under dessa sista månader av graviditeten brukar den sista nervositeten och rädslan ersättas med längtan och iver att få träffa sitt barn. Kvinnan upplever att hon tröttnat på att vara gravid vilket betyder att psyket är redo för vad som komma skall. Om kvinnan under dessa slutmånader av graviditeten fortfarande upplever en kraftig rädsla för den stundande förlossningen kan det störa förmågan att genom tankar och fantastier anknyta till det ofödda barnet. När tankarna på den stundande förlossningen dyker upp kan panikartade känslor ta över längtan efter att få träffa sitt barn (Rouhe, et.al. 2013, s. 26).

Förlossningsrädsla medför en ökad risk för en traumatiserande födsel, för att drabbas av förlossningsdepression och för tidiga anknytningsproblem till den nyfödde (Rouhe & Saisto, 2013). En obehandlad förlossningsrädsla kan leda till att förlossningen blir riskfylld och svårskött till följd av att kvinnan är spänd och ångestfylld. Obehandlade fall av förlossningsrädsla leder ofta till akuta kejsarsnitt eller sugkoppsförlossningar (Rouhe & Saisto, 2013).

Att genomgå en traumatisk förlossning leder till att ungefär tre procent av föderskorna utvecklar symptom på posttraumatisk stress. Symptomen på detta kan vara flashbacks, mardrömmar, oro, ångest, dissociation samt brist på glädje och en bristfällig anknytning till barnet (Heli & Svensson 2017, s. 47). Andra konkreta kännetecken på att mamman eventuellt drabbats av posttraumatisk stress efter en födsel är att hon när hon berättar om förlossningen blir ångestfylld, gråtmild eller känslökall. Ibland kan mamman inte vilja diskutera förlossningen alls (Rouhe & Saisto, 2013).

2.4 Vård

Förlossningsrädsla ska i första hand upptäckas och omhändertas på mödrarådgivningen vars mål är att stöda kvinnan under graviditeten till förlossning. På mödrarådgivningen borde kvinnan på en skala från 0 till 10 få uppskatta hur hon ställer sig till den annalkande förlossningen. 0 betyder att hon känner sig lugn medan 10 betyder hon upplever stor rädsla. Kvinnor som placerar sig över 5 på skalan bör följas upp noggrannare angående rädslan (Rouhe & Saisto, 2013).

Dock är det viktigt att skilja en måttlig och normal nervositet från en oproportionerlig, fobisk rädsla. Den lätta spänningen är naturlig och hjälper kvinnan att förbereda sig för förlossningen och en ny situation medan en stark rädsla stör den normala förberedelsen inför förlossningen (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015, s.253).

För att i ett tidigt skede kunna upptäcka tecken på traumatisering och sekundär förlossningsrädsla hos omfödern är det viktigt att inom mödravården diskutera den tidigare förlossningen redan i mitten av graviditeten. Senast under den andra trimestern bör risken för traumatisering eller sekundär förlossningsrädsla ha identifierats. Om en tidigare förlossning har varit svår bör man fundera på om det var en engångsföreteelse eller om problemet kan komma att upprepas. Man bör även väga in om problemet var medicinskt grundat eller om det utgick från mammans egen upplevelse (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015, s.252).

Om rädslan kvarstår även under sen graviditet bör kvinnan få hjälp på rädslopoliklinik. Målet med vården på mödrarådgivningen och rädslopolikliniken är att kvinnan ska bearbeta förlossningsrädslan och orsaken bakom denna och därmed klara av att föda vaginalt. Det är dock viktigt att betona att ingen tvingas till vaginal födsel mot sin vilja (Tiitinen, 2017).

För att vården av förlossningsrädslan ska fungera är samarbetet mellan mödrarådgivningen, fostrings- och familjerådgivningen samt förlossningssjukhuset viktigt. I vårdteamet ingår en hälsovårdare eller barnmorska från mödrarådgivningen, förlossningsläkare samt barnmorska från förlossningssjukhuset och eventuellt en psykolog. Vid behov kan en expert i tidig interaktion kallas in eller så kan föderskan remitteras till psykiatrisk konsultation. En del av vården kan skötas av tredje sektorn eller genom stöd av personer i samma situation. Om mödrarådgivningens åtgärder inte verkar vara tillräckliga ges en remiss till polikliniken för förlossningsrädsla. De svåraste fallen, till exempel kvinnor med svår psykisk sjukdom, oönskad graviditet, traumatisk tidigare förlossning eller önskemål om kejsarsnitt bör få remiss redan i ett tidigt skede (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015, s.255).

Förutom det professionella stödet från vårdpersonal kan kvinnor med lättare förlossningsrädsla ha nytta av en doula, det vill säga en utomstående stödperson. I Finland erbjuder bland andra Förbundet för mödra- och skyddshem och Folkhälsan doulatjänster (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015, s.255).

Förlossningsrädda med en önskan om kejsarsnitt bör upplysas om både de kortvariga och långvariga riskerna av att genomgå ingreppet. Med detta menas att jämföra riskerna mellan

kejsarsnitt och vaginal förlossning. Kortvariga risker för mamman efter kejsarsnitt är en ökad risk för infektion, blodpropp, blodförlust och avlägsnande av livmodern. För den nyfödde är motsvarande risker neonatal andningsstörning, lågt blodsocker och låg kroppstemperatur. De långvariga effekterna av kejsarsnitt är för mamman främst livmoderbristningar och placentaproblem vid eventuell ny graviditet medan barnets risk för att drabbas av astma, diabetes typ1, celiaki och gastroenterit beräknas vara förhöjda (Socialstyrelsen, 2011). Redan efter ett kejsarsnitt ökar risken för framtida barnlöshet (Rouhe & Saisto, 2013).

Behandlingen av förlossningsrädsla går i första hand ut på att stöda den drabbade kvinnan. Vård i form av psykoedukativa grupper har visat sig varit till stor nytta. Andra vårdformer är kristerapi med utbildade barnmorskor. Det viktiga i vården är att skapa en god atmosfär var kvinnan tillåts dela med sig av sina tankar kring sitt mående och att kvinnan upplever förtroende för vårdpersonal eftersom tilliten saknas i många fall (Rouhe & Saisto, 2013). Den psykoedukativa vården innebär att man tillsammans i grupp övar inför förlossningen genom mentala övningar och avslappning (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015, s.256).

Om förlossningsrädslan behandlas systematiskt och kontinuerligt är resultaten ofta goda. 50–90% av de kvinnor som fått behandling för sin förlossningsrädsla lyckas förbereda sig för en vaginal förlossning och undvika kejsarsnitt till följd av rädslan (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015, s.255).

För att förebygga framtida förlossningsrädsla borde mammor med upplevd traumatisk förlossning på en skala få visa hur hon upplevt förlossningen. Detta genast efter förlossningen. Här kan användas en VAS-skala med 1 som mycket negativ och 10 som mycket positiv upplevelse. De mammor som skattar sig mellan 1 och 5 kan vara i behov av stöd för att bearbeta sina känslor för att minska risken för rädsla vid nästa graviditet. En förlossning kan uppfattas som traumatisk för mamman även om den medicinskt förlöpt utan större inträffade händelser (Rouhe & Saisto, 2013).

I Finland finns ett projekt kallat Nyytti-projektet som är en psykoedukativ grupp för förlossningsrädda förstföderskor. Gruppen dras av en psykolog som deltagarna träffar sex gånger under graviditeten och en gång efter förlossningen. Gruppen lämpar sig för förlossningsrädda som inte har en psykos eller allvarlig depressionsproblematik i grunden. Resultatet av Nyyttiprojektet har varit mycket goda, upp till 87 % av deltagarna beräknas ha ändrat sitt val från planerat kejsarsnitt till vaginal födsel och 77 % har genomgått en vaginal födsel (Rouhe & Saisto, 2013).

2.5 Rädslans uttryck

Med en specifik rädsla eller fobi avses en märkbar rädsla för ett föremål, plats eller situation. Rädslan är oproportionerligt stor, ogrundad och överdriven i jämförelse med situationen. Att utsättas för den fobiska situationen ger ångestreaktioner hos den drabbade personen. Panikattacker är en vanlig ångestreaktion som förekommer vid kraftiga rädslor och fobier (Huttunen, 2017).

Det är vanligt att personer med rädslor och fobier försöker undvika det som framkallar dessa ångestreaktioner, detta kan påverka vardagen i olika grad (Huttunen, 2017). Ett undvikande beteende hos en sekundär förlossningsrädd kvinna kan vara att vilja eller genomföra en abort vid nästa graviditet (Rouhe & Saisto, 2013).

De fysiska symtom som kan uppkomma på grund av förlossningsrädsla uppstår redan under graviditeten. Fysiska symptom som huvudvärk, ryggsmärtor, magont och hjärklappningar är vanliga hos förlossningsrädda gravida. Även psykiska symptom som ångest, mardrömmar, panikkänslor och sömnstörningar är vanliga. Dessa symptom kan förekomma även under normal graviditet men en förlossningsrädd kvinna har ofta flera i kombination som dessutom är så starka så de tar över allt annat i graviditeten (Rouhe & Saisto, 2013). De kvinnor som lider av förlossningsrädsla söker sig också oftare till rådgivningen och jourmottagningen med olika besvär jämfört med friska gravida kvinnor (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015, s.253).

Stress och rädsla utsöndrar stresshormonerna adrenalin, noradrenalin och kortisol i kroppen. När hormonhalten stiger förbereder sig kroppen på kamp eller flykt, detta är en urgammal överlevnadsmekanism som gör att förmågan att möta hot och fara stärks. En lätt stressreaktion och höjning av hormonhalten kan därför till och med vara till fördel för kvinnan och hjälpa henne att handskas med de mentala och fysiska påfrestningarna som en förlossning innebär. (Heli & Svensson 2017, s. 55).

Om stressen och rädslan däremot blir stark och långvarig utan återhämningsperioder och känslor av trygghet kan stressreaktionen verka som en broms på födseln. Stressreaktionen leder till att andningsfrekvensen ökar, käken spänns, axlarna dras upp, kroppen spänns och tanken låser sig. Att vila och slappna av mellan värkarna blir omöjligt. Dessa symptom kan göra att förlossningsarbetet avstannar. Förlossningsupplevelsen blir kaotisk och skrämmande och kan orsaka ett trauma som obehandlat ofta leder till sekundär förlossningsrädsla (Heli & Svensson 2017, s. 56–58).

3 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt har Katie Erikssons syn på hälsa och lidande valts. Hälsa och lidande kan upplevas i tre olika nivåer; att ha, att vara och att varda. Tillsammans bildar dessa den ontologiska hälsomodellen som utgör en del av Erikssons caritativa vårdteori (Eriksson 2018, s.368).

3.1 Erikssons syn på hälsa och lidande

Hälsa och lidande är alltid närvarande i en människas liv. Hälsa innebär att individen upplever en känsla av en helhet och helighet, upplevelsen av hälsa kräver även att lidandet går att uthärda och om lidandet blir outhärdligt brister förmågan att kunna uppleva hälsa. Det outhärdliga lidandet verkar förlamande och hindrar människans möjligheter att växa. De mest grundläggande livs- och hälsoprocesserna utgörs av lidande och kärlek, genom dessa mognar människan till en djupare helighet och mångsidigare helhet och uppnår livsvisdom och harmoni eller blir en mera helgjuten människa (Eriksson 2018, s.367–368). Människan upplever alltid en växlande grad av lidande och/eller hälsa beroende på omständigheterna. Denna grad av hälsa och lidande fungerar avgörande på den egna upplevelsen av livskraft och påverkar de aktuella hälsomotiven (Eriksson 2018, s.369).

Den gemensamma nämnaren för allt lidande är att människan på något sätt är avskuren från sig själv och sin egen helhet eller att denna helhet har rubbats. Enligt Eriksson kan vad som helst förorsaka lidande, men som framträdande omständigheter beskrivs skuld och kränkande av värdigheten, fördömelse, kärlekslöshet, att inte bli tagen på allvar, ensamhet och att inte vara välkommen. För att någon ska lida till följd av dessa handlingar krävs dock att man upplever dem som kränkande av sig själv som människa. (Eriksson 2018, s.367, 350–353).

3.2 Erikssons syn på att lindra lidande

Lidande kan lindras genom att skapa en vårdkultur där patienten känner sig välkommen, vårdad och respekterad. För att en patients lidande ska lindras är det viktigt att hon känner att hon har rätt och utrymme att få vara patient. Som vårdare bör man därför tänka på att inte kränka eller fördöma patienten, missbruka sin maktposition eller på något sätt få patienten att känna sig nedvärderad. Andra sätt att som vårdare lindra lidande är att se till att patienten vet att man finns där om den behöver en för samtal, uppmuntran, stöd eller tröst. Att förmedla

hopp men ändå kunna dela hopplösheten och vara ärlig samt att uppfylla önskningar och stöda patienten i dennes tro (Eriksson 2018, s.395–396).

Den lidande patienten är mest rädd för att bli föraktad och lämnas ensam och övergiven och är därför i behov av andras kärlek och tillit. För att minska oro och ångslan och på så sätt lindra lidande bör man se till att patienten känner sig delaktig, blir informerad och får svar på sina frågor. Vårdmiljön ska vara sådan att patienten välkomnas och känner att där finns en plats för henne eller honom. Lidandet lindras också genom att patienten möts med respekt och får behålla sin värdighet. Patienten behöver få känna sig älskad, bekräftad och förstådd samt känna en rätt till att vara patient och även till att lida (Eriksson 2018, s.397).

4 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att ta reda på hur kvinnor som lider av förlossningsrädsla har upplevt stödet och vården de har fått, samt att undersöka vad kvinnorna upplever som god vård vid rädslan. Informanterna består av kvinnor som har upplevt rädsla inför förlossningen och sedan har genomgått hela graviditeten och förlossningen. Målgruppen för studien är vårdpersonal, mer specifikt hälsovårdare och barnmorskor, och även kvinnor som lider av förlossningsrädsla. Målsättningen är även att arbetet och resultatet ska leda till ökad förståelse och kunskap i det egna arbetet som hälsovårdare.

Frågeställningarna som fokuseras på i studien är;

1. Hur har kvinnor upplevt stödet och vården vid förlossningsrädsla?
2. Vad upplevs som god vård vid förlossningsrädsla?

5 Tidigare forskning

Sökningen av artiklarna har skett i databaserna PubMed, DOAJ, BioMed, Springerlink och Cinahl. Relevanta artiklar publicerade i tidskrifterna International Journal Of Nursing And Midwifery, Sexual And Reproductive Healthcare och Journal Of Psychosomatic Obstetrics And Gynaecology har även använts. Sökord som har använts är fear of childbirth, FOC, tokophobia, support, social support, professional support, women's experiences, women's health, treatment, counseling, synnytyspelko, förlossningsrädsla och omvårdnad.

Urvalet har avgränsats genom att endast söka efter artiklar som är peer reviewed och tillgängliga i fulltext. Sökorden har kombinerats på olika sätt och sökresultaten har även avgränsats genom att söka efter material publicerat inom specifika årtal, inga artiklar äldre än fem år har valts. De många sökträffarna har noggrant gått igenom och de artiklar som inte varit relevanta för examensarbetet har sällats bort. De på förhand bestämda kriterierna som har använts i sällningen var att artiklarna måste beröra examensarbetets ämne och frågeställning samt gärna handla om europeiska eller framförallt nordiska länder. Totalt har fem artiklar valts ut och använts i examensarbetet.

Studien gjord av Mårtensson, Mogren, Lindbom och Thorstensson (2014) har undersökt vad förstföderskor upplever att ha stöttat dem i att hantera sin förlossningsrädsla. Informanterna bestod av fem förstföderskor i Sverige. Resultatet delades upp i tre olika kategorier som anpassades till den enskilda kvinnans behov. Kategorierna benämndes; "Vikten av att få tröst och uppmuntran", "Ökad kunskap och förståelse" samt "Kombinationen av alla slags stöd". I studiens slutsats framkom även att de gravida kvinnornas rädsla snabbt kunde skifta fokus och att ett individuellt anpassat stöd, känsligt för dessa skiftningar, därför var viktigt för att stärka förstföderskornas förmåga att kunna handskas med rädslan. Stödet bör bestå av förståelse, information samt uppmuntran.

Syftet med Sydsjö, Blomberg, Palmquist, Angerbjörn, Bladh och Josefssons (2015) studie var att undersöka hur kontinuerligt stöd av en speciellt tilldelad barnmorska under förlossningen påverkar graviditetsutfallet och den svårt förlossningsrädda kvinnans upplevelse av förlossningen. Innan förlossningen fick kvinnorna även träffa barnmorskan för att ges möjlighet att upprätta en tillitsfull relation och även få bekanta sig med förlossningssalen. Den undersökta gruppen bestod av 14 svenska kvinnor som blivit diagnostiserade med svår förlossningsrädsla. Dessa kvinnors upplevelser av förlossningen jämfördes sedan med upplevelserna hos en kontrollgrupp. Resultatet visade att kvinnor med

svår förlossningsrädsla kan dra nytta av ett kontinuerligt stöd av en barnmorska under förlossningen.

Sydsjö, Bladh, Lilliecreutz, Persson, Vyöni och Josefsson (2014) har gjort en studie med syftet att studera graviditets- och förlossningsutfall hos svårt förlossningsrädda förstföderskor som har fått rutinbehandling för rädslan. Man ville även undersöka om antalet behandlingar kvinnorna hade fått hade någon inverkan på sättet att föda. Studien genomfördes vid ett universitetssjukhus i Sverige och resultatet jämfördes med det hos en kontrollgrupp med icke-rädda förstföderskor. Majoriteten av kvinnorna genomgick en vaginal förlossning och inget samband hittades mellan antalet behandlingar för förlossningsrädslan och sätt att föda. Dock var incidensen för elektivt kejsarsnitt större i indexgruppen än i referensgruppen.

Syftet med den kvalitativa studien gjord av Wulcan och Nilsson (2019) var att undersöka och beskriva den rådgivning som förlossningsrädda kvinnor får från Auroramottagningar i Sverige utgående ifrån barnmorskornas perspektiv. Informanterna bestod av 13 barnmorskor som jobbar på Auroramottagning. Även om det saknas riktlinjer för vården av förlossningsrädsla beskrev barnmorskorna liknande rådgivningsmetoder och strategier. I resultatet beskrivs barnmorskornas rådgivning som ”en strävan till att skapa en trygg plats för att utforska förlossningsrädsla” innehållande underkategorierna; ”Tillhandahålla ett tillitsfullt förhållande”, ”Undersöka tidigare och nuvarande rädslor”, samt ”Ett starkt engagemang för kvinnorna”.

Syftet med studien gjord av Nieminen, Andersson, Wijma, Ryding och Wijma (2016) var att undersöka om det är genomförbart att använda ett internetbaserat självhjälpsprogram baserat på KBT i vården av förstföderskor med svår förlossningsrädsla. Studien genomfördes genom att 28 svenska förstföderskor fick genomgå en åtta veckor lång KBT-behandling via internet. Resultatet visade en betydande minskning av förlossningsrädslan efter att kvinnorna genomgått terapin och antyder alltså att internetbaserad KBT kan ha betydelse inom behandlingen av svår förlossningsrädsla hos förstföderskor.

Sammanfattningsvis betonar studierna vikten av att förlossningsrädslan behandlas för att trygga en positiv upplevelse av graviditeten och förlossningen för kvinnan. Studierna visar att det finns många behandlingsmetoder som används och har visat sig ha goda resultat inom vården av förlossningsrädsla, men genomgående i de flesta av studierna är vikten av en omfattande och individuellt anpassad vård för den förlossningsrädda kvinnan.

6 Metod

För att besvara frågeställningen har en intervjustudie genomförts, intervjusvaren tolkades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. I detta kapitel redovisas de olika metoderna, analysen och urvalet av informanterna samt de etiska överväganden som tagits i beaktande under studiens gång.

6.1 Kvalitativ studie

Den kvalitativa metoden kännetecknas av att fokus ligger på personers berättelser, tolkningar och erfarenheter av olika fenomen. Resultaten kan till skillnad från i den kvantitativa metoden inte kategoriseras eller användas i statistik, utan endast redovisas i text. Det finns inga rätta eller felaktiga svar i en kvalitativ studie eftersom målet är att kunna beskriva, förstå eller tolka olika personers upplevelser av ett fenomen (Henricson 2017, s. 111). Den kvalitativa forskningen går snarare ut på att söka förståelse än att förklara eller förutsäga olika fenomen (Gardelli & Gardelli & Persson & Backman, 2012, s. 298). Eftersom studien syftar till att undersöka och beskriva ett färre antal kvinnors personliga upplevelser och känslor kring bemötandet och vården vid förlossningsrädsla lämpar sig den kvalitativa metoden väl.

I en kvalitativ studie ses skribenten som en medskapare av texten och resultatet kan därför inte ses som helt oberoende av denne. Skribentens personliga kunskap, livserfarenhet och yrkeserfarenhet inverkar både vid planerandet av studien och ifall skribenten interagerar med informanten, till exempel i en intervjustudie, därför bör man redan i ett tidigt skede reflektera över sin egen förförståelse och hur denna indirekt påverkar resultatet av studien (Henricson 2017, s. 113–114). Skribenterna är i detta fall medvetna om att en viss förförståelse för ämnet finns och har därför gjort sitt bästa för att inte låta detta påverka vare sig planeringen eller genomförandet av studien.

6.2 Kvalitativ forskningsintervju

För att svara på frågeställningarna genomfördes en kvalitativ intervjustudie. Detta eftersom arbetet syftar till att undersöka och beskriva kvinnors tankar kring och upplevelser av förlossningsrädsla på ett mer ingående sätt. Vid kvalitativ forskning är det mycket vanligt att använda sig av intervjuer för att samla information. En fördel med att använda intervjuer är att man till skillnad från i enkäter får möjlighet till interaktion och kan gå mycket djupare. Ofta använder man sig av en blandning av semistrukturerade och ostrukturerade delar i

intervjuerna, vilket innebär att man har ett antal förbestämda frågor men anpassar sig efter den enskilda intervjusituationen. Informanten uppmuntras svara fritt och utveckla sina tankar och under intervjuens gång ställer man även följdfrågor och låter informanten till viss del styra samtalets gång. Det faktum att man når djupare med intervjuer gör att metoden lämpar sig väl då man vill nå förståelse för informanterna (Gardelli, et.al. 2012, s. 307–309).

Problemet med intervjuer är den möjlighet att informanterna påverkas av intervjuaren. Detta är viktigt att tänka på både i förberedandet av och under intervjun. En eventuell påverkan på informanterna ska även tas i beaktande då den insamlade informationen tolkas och används. (Gardelli, et.al. 2012, s. 309).

Som stöd under intervjuerna användes en intervjuguide (bilaga 1) bestående av 15 på förhand bestämda frågor uppdelade i fyra olika kategorier. Kategorierna, benämnda bakgrund, bemötande, hjälp och fortsättning, användes för att enklare få en överblick över materialet. Öppna frågor användes för att ge utrymme åt informanterna att relativt fritt få berätta om just sina upplevelser och tankar gällande förlossningsrädsla. Under intervjuerna gavs även utrymme för eventuella följdfrågor och i slutet av varje intervju gavs informanten tillfälle att berätta om det var något de själva ännu ville tillägga.

Intervjuerna bandades in och ljudfilerna förvarades på privata enheter skyddade med lösenkod. Intervjuerna har senare transkriberats med hjälp av inspelningen, vilket innebär att intervju svaren har skrivits ned ord för ord för att sedan analyseras, i detta fall genom att använda en kvalitativ innehållsanalys.

6.3 Innehållsanalys

För att analysera den transkriberade intervjutexten har en kvalitativ innehållsanalys använts. En innehållsanalys innebär att den insamlade informationen bearbetas och tolkas för att kunna urskilja teman. Analysen består oftast av en process där man delar upp en helhet i mindre beståndsdelar för att lättare förstå och förklara den insamlade informationen. Att bryta ner informationen och gruppera den i kategorier och teman gör det också lättare att hitta och synliggöra mönster och systematik (Gardelli, et.al. 2012, s. 315–316).

En kvalitativ innehållsanalys kan göras genom att använda ett analyschema där de transkriberade intervjuerna sätts in och numreras. Schemat byggs upp i text, meningenheter, koder, subkategorier, kategorier och teman (Henricson 2017, s. 292). Användandet av en induktiv ansats innebär att man utgår från innehållet i texten och koder, kategorier och teman

bestäms utgående ifrån denna istället för att bygga analysen på en färdig teori eller modell (Henricson 2017, s. 290).

Det transkriberade materialet från intervjutillfällena har lästs igenom och skribenterna har sedan genomfört dataanalysen genom att tillsammans välja ut betydelsefulla meningsenheter, koda och kategorisera dessa. Direkta citat från den transkriberade texten har valts ut och förekommer i resultatbeskrivningen för att förstärka innebörden av de olika kategorierna. Under genomförandet av dataanalysen har skribenterna inte använt sig av den egna förståelsen för ämnet, utan försökt ha ett öppet sinnelag för att få ett så objektivt resultat som möjligt.

6.4 Urval

Deltagarna i en kvalitativ studie väljs inte ut slumpmässigt utan man strävar istället till att hitta personer med olika erfarenheter som kan ge rika beskrivningar av fenomenet. För att få så variationsrika berättelser som möjligt kan man försöka få variation bland deltagarna, till exempel i ålder. Beroende på syftet med studien kan även andra faktorer vara relevanta såsom antal barn eller sociala förhållanden. Detta sätt att välja informanter som kan ge informationsrika utsagor kallas för ändamålsenligt eller strategiskt urval (Henricson 2017, s. 115–116). I detta fall gjordes ett strategiskt urval till studien i och med att de kvinnor som söktes skulle under en graviditet ha upplevt förlossningsrädsla. Detta för att garantera att informanterna kunde bidra med aktuell information gällande det valda fenomenet, förlossningsrädsla.

För att hitta lämpliga informanter till studien gick skribenterna med i en Facebook-grupp vid namn *Mammor och gravida i Österbotten*. Gruppen är som namnet antyder en svenskspråkig grupp tilltänkt för mammor och gravida i Österbotten i Finland. I gruppen gjordes ett inlägg med en kort presentation av skribenterna, om studien och hurdana informanter som önskades. De intresserade fick anmäla sitt intresse genom att sända ett mejl och berätta kort om sig själv och sin förlossningsrädsla. Därefter sändes ett informationsbrev (bilaga 2) med ytterligare information om examensarbetet och datainsamlingens tillvägagångssätt ut till de personer som ansågs vara lämpliga intervjuobjekt. I informationsbrevet framgick det att studiens datainsamling sker genom intervjuer, att deltagandet i studien är frivilligt och kan avbrytas när som helst under studiens gång samt att all information behandlas konfidentiellt. I mejlet berättades även kort om vilken typ av frågor intervjuerna söker svar på, men de exakta frågorna skickades inte ut på förhand. Detta var ett medvetet val eftersom

skribenterna ansåg att intervjutillfället blir naturligare om informanterna inte formulerar färdiga svar på förhand. Informanterna fick själva bestämma om de ville träffas på offentlig plats, i sitt eget hem eller ta intervjun per telefon.

Vid intervjutillfället undertecknas även ett samtyckesdokument (bilaga 3) med vilket informanterna gav sitt medgivande till att delta i studien samt till att materialet från intervjutillfället får bandas in, transkriberas och användas i studien. I samtyckesdokumentet lyfts även fram hur konfidentialiteten skyddas och informanternas rättighet att närsomhelst avbryta sitt medverkande i studien.

Kriterier för informanterna var att de skulle vara kvinnor som under en graviditet hade upplevt förlossningsrädsla. Antal graviditeter, sätt att föda, om kvinnan överkom sin rädsla eller om rädslan kvarstår var inte relevant, men vissa variationer i bakgrunden söktes ändå för att få så variationsrika berättelser som möjligt. Med hjälp av inlägget i Facebookgruppen samt via en blogg hittades fyra lämpliga informanter som ville delta i studien. Informanterna är alla svenskspråkiga kvinnor från Österbotten, men med varierande familjesituation, yrkesbakgrund, antal förlossningar och ålder.

6.5 Etiska överväganden

Forskningsetik är de etiska överväganden som görs inför och under genomförandet av ett vetenskapligt arbete. Etiska överväganden ingår i hela processen med ett arbete (Henricson 2017, s. 58). Den forskningsetiska delegationen i Finland har utsett visst antal etiska principer att följa för forskning inom den humanistiska vetenskapen (TENK 2009). Dessa principer kommer att beaktas i examensarbetet.

Respekt för forskningsdeltagarens självbestämmanderätt är den första paragrafen, vilket innebär att deltagaren närsomhelst under en studie har rätt att avsluta deltagandet. Den andra principen kallas undvikande av skador och betyder att personen som utför forskningen har en skyldighet att se till så att studien inte är till skada för deltagarna i studien eller för samhället. Den tredje principen behandlar den personliga integriteten och dataskydd, vilket ska garanteras genom att information behandlas konfidentiellt (TENK 2009).

Informerat samtycke bygger på den etiska principen om deltagarens frihet och självbestämmanderätt där man säkerställer att en person vill delta i en studie. Detta kräver flera saker av deltagarna. De bör först av allt informeras om arbetet samt att deltagandet är frivilligt, de får inte känna sig tvingade eller hotade att delta. Att deltagandet är frivilligt

innebär även att de har rätt att avbryta i vilket skede som helst under studiens gång, om deltagaren ger uttryck för obehag eller känner sig pressad bör medverkan också avbrytas omgående. Deltagarna bör även ha förmåga att förstå informationen de får och sedan kunna ta ett beslut utgående från denna, för att säkerställa att beslutet är genomtänkt bör man gärna ge lite betänketid (Henricson 2017, s. 69–70).

För att respektera dessa etiska riktlinjer gjordes ett informationsbrev upp, där det poängteras att studiens deltagande är frivilligt och kan avbrytas under vilket skede som helst. Informationsbrevet innehåller även information om hur datamaterialet behandlas under studiens gång. Slutligen skulle även informanterna underteckna ett dokument där de gav sitt informerade samtycke till att delta i studien, i dokumentet lyftes deltagarnas självbestämmanderätt och konfidentialitet fram ytterligare en gång.

7 Resultat

I detta kapitel redovisas resultatet av den kvalitativa innehållsanalysen. Genom att koda och gruppera materialet från intervjuerna har tre kategorier framkommit; **Trygghet, bekräftelse och förståelse, kontroll och vårdens utvecklingsbehov enligt kvinnorna**. Kategorierna har formats utgående från åtta subkategorier som framkommit under analysen, vidare innehåller subkategorierna direkta citat för att förstärka informanternas upplevelser. Citaten har skrivits om till standardsvenska för att säkerställa att dialekten som användes inte ska avslöja något om informanternas identiteter. I texten förekommer både ordet informant och kvinnor när hänvisning till deltagarna i studien görs.

7.1 Trygghet, bekräftelse och förståelse

Alla informanter betonar behovet av att få känna trygghet och vikten av att bli tagen på allvar och få förståelse för sin rädsla. Kvinnorna har både positiva och negativa upplevelser av omgivningens bemötande. Kategorin har delats in i subkategorierna; *stöd av trygga personer* och *stöd av vårdpersonal*.

7.1.1 Stöd av trygga personer

Med trygga personer avses i denna studie familj, partner, vänner och doula. Stödet och bekräftelsen från dessa har haft stor betydelse för att kvinnorna ska kunna känna trygghet, kunna handskas med och bearbeta rädslan. Detta har upplevts som betydelsefullt både under graviditeten samt även under och efter förlossningen. Att ha en partner som är medveten om och förstår rädslan har upplevts som ett stort stöd i mötena med vårdpersonal under graviditeten, eftersom partnern då har kunnat fungera som ett stöd i att lyfta fram rädslan och behovet av vård och stöd. Att sedan kontinuerligt under förlossningen få uppmuntran och bli påhejad, både av partner och doula, har ingjutit hopp och gjort att kvinnorna har känt sig starka och blivit tryggare i sig själva och i tron att förlossningen är genomförbar.

"Jag hade mina som trygga personer bredvid mig som behandlade mig som en liten femåring... fast man inte kan göra något fel i en förlossning, men att fast man kanske inte skulle ha kämpat på eller sådär skulle man ändå ha känt sig som superwoman..."

Att använda sig av doula har upplevts som en stor trygghet och har även varit till hjälp i bearbetningen av förlossningsrädslan. Eftersom antalet träffar har anpassas enligt kvinnans behov har det funnits goda förutsättningar för ett tillitsfullt och tryggt förhållande där kvinnan verkligen vågat öppna upp sig.

"det som jag tyckte i alla fall såhär i efterhand att har gjort, tror jag i alla fall... att hjälpt att bearbeta den där rädslan också var som, nå dels tack vare den här doulan... det kändes nog som en enorm trygghet, då man hade fått det där bandet dessutom till henne då, när man hade träffats flera gånger"

Brist på förståelse av rädslan beskrivs dock som ett ganska vanligt fenomen. Att prata med någon annan i samma situation har därför upplevts som positivt eftersom denna har haft en större förståelse och inte har förminskat känslorna och rädslan, vilket en del av kvinnorna har upplevt att anhöriga och bekanta ibland har gjort. En av kvinnorna har även upplevt att hon har fått stort stöd från en Facebookgrupp där medlemmarna består av andra som har upplevt eller är i liknande situationer. Kvinnorna har vågat diskutera öppet eftersom de har

känt en trygghet i vetskapen om att de inte kommer att mötas av oförståelse och förutfattade meningar om ämnet.

“Det tyckte jag nästan hjälpte mest, att få prata med någon annan som är lika rädd. För då kände jag att ingen förminskade mina känslor, jag fick säga exakt vad det är jag är rädd för och lätta på trycket helt enkelt, utan att helst lite känna att man blir dömd”

“Därifrån har jag nu efteråt fått jättemycket bekräftelse och stöd... så det har hjälpt jättemycket, att jag inte är ensam och jag inte är onormal”

Dock har informanterna även upplevt att de inte har vågat eller kunnat prata öppet med alla om sin rädsla eftersom de har känt att de inte har blivit förstådda, inte blivit tagna på allvar eller känt sig sämre eftersom de har behövt extra hjälp och stöd. Det negativa bemötandet från omgivningen har gjort att kvinnorna använder termer såsom fånig, svag, nojig och onormal för att beskriva sig själva och sin rädsla. Kvinnorna har alla upplevt att de inte lever upp till samhällets normer och omgivningens förväntningar eftersom de är rädda för något som majoriteten betraktar som naturligt. En av informanterna har även upplevt att omgivningen har sett ner på henne som en direkt följd av att hon blev beviljad kejsarsnitt till följd av sin rädsla och inte på grund av någon medicinsk orsak.

“Jag hoppas att min dotter inte kommer att behöva känna sig som en andra klassens föderska bara för att hon har valt det som känns tryggt för henne. Tyvärr så känner jag här efter att det inte är en sak som tas positivt emot om man säger att man har valt själv”

7.1.2 Stöd av vårdpersonal

Att bli tagen på allvar och få sin rädsla bekräftad av vårdpersonalen har upplevts vara till hjälp av kvinnorna. Ett långvarigt och personligt förhållande till barnmorskan eller hälsovårdaren samt en vårdkultur där man har känt att de individuella behoven har blivit sedda och uppmärksammade har även ansetts vara betydelsefullt. Ett gott förhållande med hälsovårdaren eller barnmorskan på mödrarådgivningen har gjort att tröskeln till att berätta

om sin rädsla har varit lägre och kvinnorna har vågat gå in på djupet och faktiskt berätta om hur allvarlig rädslan är.

"Jag tyckte att vår rådgivningstant då, eller vad man nu säger, hon som vi gick till då. Så tyckte vi kom jättebra överens med henne och vi klickade som jättebra och det var jättelätt att prata med henne... Alltså jag tror att hon som kände på sig att jag var som så upp och ner så jag tror att till och med hon också tyckte att det skulle vara bra om de skulle bli snitt."

Ett lugnt och sakligt bemötande gällande förlossningsrädslan redan på rådgivningen och före förlossningen har setts som mycket positivt för informanterna Att verkligen bli erbjuden tillräckligt med tid, stöd och hjälp och inte få sin rädsla förringad kan inte betonas tillräckligt av kvinnorna.

"hon var väldigt sådär lugn och hon tog mig på allvar"

"Jag hade en helt fantastisk barnmorska där (på mödrarådgivningen) som bekräftade väldigt mycket mina rädslor."

Ett lugn och ett mjukt och bekräftande sätt hos vårdpersonalen, även på förlossningen, är något som kvinnorna har lyft som positivt eftersom detta har kunnat bidra till att lugna även dem.

"... så fick jag en annan barnmorska också då det kom till krystningsskedet, som var väldigt sådär paj, paj och vad heter det väldigt mjuk och som bekräftade verkligen min rädsla"

Majoriteten av informanterna har på det stora hela varit nöjda med vårdpersonalens bemötande men alla har nog upplevt skillnader mellan vårdinstanserna och från person till person. Kvinnorna berättar att bemötandet och förståelsen i vissa fall kan vara väldigt olika och att olika instanser har olika riktlinjer, vilket kan verka både förvirrande och oroande och på så sätt spä på den rädsla och osäkerhet de redan känner. En av kvinnorna upplevde till exempel att hon inte alls blev erbjuden tillräckligt med stöd och en annan tyckte att hon själv

aktivt hade behövt söka och kräva hjälp istället för att bli erbjuden den. En av informanterna har även upplevt att rådgivningsläkaren inte tog henne på allvar medan en annan av informanterna har blivit dåligt bemött av en familjeterapeut. Vidare har ett par av informanterna även känt att deras rädsla har förringats av vårdpersonalen överlag.

”jag var som helt säker på att jag vill inte föda det här barnet, att just då var jag helt säker på att jag kan inte föda nåt barn. Och då ringde hon åt mig den där familjerådgivaren... och så sa jag att jag vill ha kejsarsnitt och så sa hon åt mig att det kan du inte få, nu ska du bara tänka att du ska vara tacksam att du får föda barn...”

”Det kändes som att många gånger då man berättade så var det just det här de e normalt att vara lite nervös, alla e nog då de e första gången lite rädda, att de e så normalt”

7.2 Kontroll

Informanterna i studien uttrycker att de på något sätt anser sig mer eller mindre ha ett behov av kontroll. Att uppleva att de före, under och efter förlossningen hade kontroll var positivt för kvinnorna och gjorde att de kunde känna en större trygghet. Genom att av vårdpersonalen erbjudas val och information gällande förlossningen upplevde kvinnorna sig ha mer kontroll över situationen de annars beskrev som okontrollerbar. Detta skedde genom att diskutera med vårdpersonal utbildad för detta, genom besök till rädslopolikliniken och till förlossningen för att få bekanta sig med utrymmena i förväg.

Kategorin har delats in i subkategorierna **information**, **upplevd kontroll över förlossningen** och **kontroll över smärtan**.

”Jag är ganska sådär kontrollfreak och vill ha koll på läget...”

“... jag är så fruktansvärt rädd för det är en process jag inte kan kontrollera”

“Mitt kontrollbehov satte de största käpparna i hjulet, att nu är det någonting jag inte kan kontrollera, det är någonting jag aldrig gjort förr”

7.2.1 Information

Att få tillgång till information om förlossningen var till nytta för kvinnorna. Detta kunde ske på olika sätt, genom besök till förlossningsenheten, besök till rädslopolikliniken och genom samtal med utbildad och kunnig vårdpersonal. Att få ett sakligt bemötande och svar på frågor har upplevts som viktigt. Kvinnorna betonade här vikten av att personen som svarar på frågorna ska ha kunskap om ämnet i fråga eftersom det ingav en större känsla av trygghet. Här framkom även vikten av lugn och ro under samtalen och besöken.

“Jag fick prata med en erfaren barnmorska som berättade noggrant hur allt kommer att gå till och man fick vara på plats och det bröt ner mycket av rädslan för mig”

“Att få prata med professionella för de vet ju vad de talar om”

“Jag tycker att när jag fick den där möjligheten att åka till sjukhuset att det hjälpte mig mest”

Att i efterhand få gå igenom och bearbeta förlossningen med en doula som närvarade under förlossningen upplevde en informant att hade hjälpt henne. Informanten uppskattade även att hon fick göra det i lugn och ro hemma en tid efter förlossningen eftersom hon då hade hunnit landa i situationen och hade lättare att ta till sig det doulan sa.

“Hon hade loggat hela min förlossning och vi satt och gick igenom den i efterhand och gick igenom alla känslor som hade uppstått... så att det tyckte jag var jättebra...man fick bearbeta det på ett annat sätt”

7.2.2 Upplevd kontroll över förlossningen

Det framkom även att en känsla av kontroll under förlossningsförloppet upplevdes som positivt för informanterna. Genom att vårdpersonalen under förlossningen gav informanterna alternativ att välja mellan fick informanterna känna att kontrollen fanns hos dem. En informant lyfter det som befriande att själv få möjligheten till att känna efter i hur det känns i kroppen under förlossningen och jämför det med det som hon sett på film där kvinnan inte själv haft något att säga till om. Även att redan under graviditeten få känslan av att ha ett val gällande hur barnet ska födas anses som en positiv upplevelse av kontroll.

“Det blev aldrig det där att jag kände att nu måste jag som med våld ungefär krysta utan jag fick faktiskt känna efter lite och de hade jag som inte trott utan jag tänkte som det där värsta man har sett från någon film eller något där alla bara ropar”

“Hon gav mig mitt i allt mer kontroll, att jag som fick välja”

“Hon gav mig mitt i allt, det här får ja välj emellan, det här kan jag prova på, nu var det som inte, nu var jag som inte den där slaven som inte visste vad som skulle hända som man kanske hade känt då under natten”

7.2.3 Kontroll över smärtan

Rädsla och obehag för smärtan under förlossningen nämndes av några informanter som en central del av förlossningsrädslan. Även ovissheten över den egna reaktionen vid smärtan nämndes som skrämmande av en av kvinnorna. En informant lyfter fram hur hemskt hon tycker det är att kvinnor ska förväntas gå igenom en sådan smärta. Att få hjälp med smärtan under förlossningen upplevdes därför som viktigt av informanterna.

“Just det där att inte kontrollera smärtan att det som, det var det som gjorde kanske som det där värsta”

“...usch jag tycker det är så obehagligt att jag vet inte varför jag tycker det är så hemskt att kvinnor ska vara tvungna att gå igenom en sådan smärta”

“Ja vill försöka att lägga fingret på vad jag är rädd för och jag tror det bara är som att bli handikappad eller att spricka och gå sönder och att de ska göra ont och att jag ska känna mig som ett djur som bara ropar”

Med hjälp av en fungerande smärtlindring fick kvinnorna en känsla av att de hade någon form av kontroll över smärtan och situationen och att de skulle klara av förlossningen.

“Värkmedicinen hade hjälpt bra och då känd, då hade jag som i den stunden att okej kanske jag fixar det här”

*“Men så fick jag ju till sist en epidural och då lugna de ner sig igen”
(paniken)*

7.3 Vårdens utvecklingsbehov enligt kvinnorna

Enligt kvinnorna fanns det vissa utvecklingsbehov och saker de hade önskat av vården och bemötandet från vårdpersonalen för att de skulle kunna uppnå en känsla av trygghet och känna sig bekräftade och förstådda.

Kategorin har delats in i subkategorierna *tidigt ingripande*, *kontinuitet i vårdförhållandet* och *individcentrerad vård*.

7.3.1 Tidigt ingripande

Gemensamt för alla informanter var att de ansåg att ett tidigt ingripande i vården av förlossningsrädsla är viktigt. Informanterna önskar att detta skulle ske på rådgivningen redan tidigt i graviditeten oberoende om man är en förstföderska eller omföderska med eller utan tidigare kända trauman vid förlossningen. En informant berättade att hon inte kunde se ett liv efter förlossningen och därför hade svårt att förbereda sig på hur livet med barn skulle bli och att ett tidigt ingripande därför vore önskvärt.

“Man skulle ha diskuterat känslorna runt de lite mera i början”

“Att man skulle ha fått hjälp och bena ut vad är de som du är mer som nervös över “

“Jag kunde som inte se ett liv efter förlossningen för rädslan min så jag skulle ha velat få hjälp med det i början”

Informanterna betonar även vikten av att rädslan tas på allvar och utreds grundligt redan i början av graviditeten och inte avfärdas som normal nervositet inför förlossningen. Alla informanter anser att rädslopolikliniken är något som bör erbjudas som alternativ tidigt åt kvinnor med förlossningsrädsla. En informant framhåller att förlossningsrädslan inte är något hon ville bearbeta först i slutet av graviditeten när förlossningen börjar vara stundande.

“Att ja sku ha fått fara till rädslopolikliniken lite tidigare så att jag skulle tidigare i början av graviditeten fått ha kontakt dit”

“Har man haft något trauma första (graviditeten) så då tas det upp snabbt inför följande men de sku gärna få göras det inför det också inför det första”

“...ta upp det när folk blir gravida för första gången att kanske inte något som man behöver börja hantera där i slutet av då man inser att oh shit den föds snart liksom”

Informanterna ställer sig även positivt att inför en eventuell till graviditet få vara i kontakt med rädslopolikliniken även om alla informanter inte uppgett att det var det som hjälpte just dem vid tidigare förlossning.

“Om vi kan få flera barn kommer jag nog vilja fara till rädslopolikliniken och tala och höra och känna hur det känns inför allt de här”

7.3.2 Kontinuitet i vårdförhållandet

Att vara bekant med vårdpersonalen upplevs av informanterna som en trygghet genom att vårdpersonalen känner till kvinnan och hennes historia och bidrog till att vården upplevdes som mer personlig. De informanter som hade genomgått flera graviditeter lyfte fram det positiva med att få gå till samma person under mödrarådgivningen under flera graviditeter. En informant önskade även att hon skulle ha fått bekanta sig med de barnmorskor som skulle delta i hennes förlossning i förväg eftersom personalbytena till obekant vårdpersonal gav henne en känsla av otrygghet. Alla informanter nämner dock här att de är mycket medvetna om varför situationer med personalväxlingar har varit nödvändiga.

“Så jag hade nog hoppats att jag skulle ha just henne då (barnmorskan från rädslopolikliniken) å vari med under min förlossning”

“Jag skulle ha velat lära känna en eller två eller tre barnmorskor på förhand så man vet att något av dessa ska vara med så man skulle som känna dem lite på förhand”

“Jag skulle ha velat träffa den som kommer vara med innan (förlossningen)... det byttes personal hela tiden och jag kände mig jätteotrygg”

7.3.3 Individcentrerad vård

Vikten av att bli sedd som en enskild individ med enskilda behov var också något som informanterna betonade som väsentligt för en god vårdupplevelse. Informanterna framhåller även vikten av att vårdpersonalen uppmärksammar den psykiska delen av graviditeten och inte endast koncentrerar sig på den fysiska aspekten av graviditeten.

“Det är så mycket fokus på vikten, HB, blodtrycket och mäta magen och lyssna på hjärtljud så det blir som så siffror på något sätt”

“Att de då de är så mycket känslor med, att mera kanske nog fokus på de, klart det är viktigt med alla vitaler också liksom kolla att alla blodprover är bra och så men det där psyket påverkar nog jättemycket också”

Vidare framkommer vikten av individuellt anpassad hjälp och stöd med förlossningsrädslan. En informant som genomgått kejsarsnitt på grund av rädslan funderar på att on eventuellt skulle kunna föda vaginalt om hon upplevde att hon skulle få ett stöd som passar henne. En annan informant konstaterar att det är viktigt att känna att man inte reduceras till en i mängden med sin rädsla.

“Kanske jag skulle kunna föda vaginalt ifall jag skulle få rätta stödet, ifall jag skulle få hjälp ändå eller med doula”

“Det är nog viktigt liksom med det där som stödet. Och faktiskt liksom att det inte blir det här som att man drar över en kam, att den här känslan du känner, den känner alla.”

En informant önskar även att vården kunde hjälpa partnern att stöda den förlossningsrädda kvinnan genom att även involvera partnern i sammanhanget.

“Det finns ju förberedande kurser man får gå inför första barnet att där skulle man kunna liksom ta upp kring det här... man skulle kunna ta upp att vad partnern kan göra i såna fall att hur den kan stöda och inte förringa det där om någon har en oro”

8 Diskussion

I detta kapitel kommer det insamlade datamaterialet tolkas och speglas mot den valda teoretiska utgångspunkten och bakgrunden till arbetet. Som teoretisk utgångspunkt används Katie Erikssons teori om hälsa och lidande. Vidare diskuteras metoden som använts i studien, den kritiska granskningen av arbetet och slutligen följer slutsatsen.

8.1 Resultatdiskussion

Avsikten med studien var att belysa fenomenet förlossningsrädsla och förlossningsrädda kvinnors upplevelse av bemötandet de fått av sin omgivning och även att ta reda på vad som upplevs vara god vård vid förlossningsrädsla. Detta gjordes genom att ställa frågeställningarna; “Hur har kvinnor upplevt stödet och vården vid förlossningsrädsla?” och “Vad upplevs som god vård vid förlossningsrädsla?” och med hjälp av intervjuer söktes svaren på dessa frågeställningar.

I resultatet presenteras studiens huvudfynd genom tre huvudkategorier benämnda trygghet, bekräftelse, förståelse och kontroll samt vårdens utvecklingsbehov enligt kvinnorna. Dessa kategorier är delade i åtta olika subkategorier benämnda stöd av trygga personer, stöd av vårdpersonal, information, kontroll över förlossning, kontroll av smärta, tidigt ingripande, kontinuitet i vården och individcentrerad vård. Detta innehåll tolkas med stöd av Katie Erikssons teori om hälsa och lidande som är en del av den ontologiska hälsomodellen och jämförs även med tidigare forskning och information gällande förlossningsrädsla.

Skribenterna ser i detta arbete på fenomenet förlossningsrädsla som ett lidande för den drabbade kvinnan eftersom det hindrar kvinnan från att njuta av graviditeten och påverkar hennes vardag negativt. Även ett negativt bemötande från omgivningen för sin rädsla och upplevelser kan i sig tolkas som ett lidande för kvinnan. I arbetet ses det som kvinnan upplevt ha hjälpt henne som verktyg för att minska lidandet. Enligt Eriksson (2018, s.367–368) kan en person inte uppleva hälsa så länge ett lidande är outhärdligt för personen, vilket vi anser att kan appliceras på kvinnors upplevelse av sin förlossningsrädsla.

En känsla av att bli förstådd och bekräftad för sin rädsla är viktigt för den förlossningsrädda kvinnan, både av vårdpersonal och av övriga personer i kvinnans omgivning. I resultatet framkommer det att kvinnorna i flera situationer känt sig oförstådda och att andra har förminskat deras upplevelse av förlossningsrädslan vilket har lett till att kvinnorna i vissa situationer har försökt dölja förlossningsrädslan. Rouhe et.al. (2013, s.106) konstaterar även

att förlossningsrädslan kan vara svår för omgivningen att upptäcka eftersom det inte alltid nödvändigtvis syns på kvinnan vilket antagligen kan bidra till att det är svårare för omgivningen att förstå vidden av rädslan hos kvinnan. Att dölja sin rädsla eller att ha blivit missförstådd har lett till en känsla av ensamhet och utanförskap hos kvinnorna. Känslan av att andra personer har varit oförstående har kvinnorna fått både i privatlivet och inom vården. Eriksson (2018, s.367, 350–353) menar att kränkande av värdighet, känslan av ensamhet och en känsla av att inte bli tagen på allvar är faktorer som framkallar lidande.

Däremot har personer som varit förstående och bekräftande gentemot kvinnan och hennes förlossningsrädsla upplevts som ett stöd och resurs för kvinnan. I resultatet framkom det betydelsen av att ha dessa trygga personer runtomkring sig, i detta fallet bestod personerna av vårdpersonal, doula och familjemedlem. Det framkommer även i mödrarådgivningshandboken av Klemetti & Hakulinen-Viitanen (2015, s.255) att kvinnor med förlossningsrädsla kan finna stöd i att ha en doula. Dessa trygga personer ger kvinnan tillåtelse att vara precis sådan som hon är och kvinnan behöver inte försöka dölja sin rädsla. Eriksson (2018, s.397) belyser vikten av att en patient behöver känna sig älskad, respekterad och förstådd samt känna en rätt till att lida och vara patient för att lidandet ska kunna lindras vilket sammanfaller med den förlossningsrädda kvinnans behov av att få bekräftelse och visa sin rädsla för omgivningen.

Vikten av att få tillgång till information och svar på sina frågor är också något som framkom i innehållsanalysen. Kvinnorna har upplevt det som positivt att få tillgång till information genom att få bekanta sig med förlossningsutrymmena i förväg, att få ställa sina frågor och diskutera med en sakkunnig. Eriksson (2018, s.397) menar att vårdmiljön ska vara välkomnande och den lidande ska känna att det finns en plats för henne där. Att prata med andra som är eller har varit i liknande situationer har också upplevts som positivt av kvinnorna. Detta belyser Eriksson (2018, s.397) när hon menar att ängslan och oron hos den lidande kan lindras genom delaktighet i vården, tillgång till information och att få svar på sina frågor, och därmed minskar också lidandet i sig.

Kvinnorna upplever att förlossningen är något de inte kan kontrollera och därför ses som något obehagligt och okontrollerbart. Detta korrelerar med Heli & Svenssons (2017, s. 23) teori om att rädsla för att mista kontrollen och att inte kunna hantera smärtan är en vanlig bidragande faktor till förlossningsrädslan. Genom att under förlossningen erbjudas val fick kvinnorna en känsla av kontroll som gjorde det lättare att hantera förlossningen, till exempel att själv få känna efter under värkarna eller pröva på olika saker barnmorskorna föreslog. En

fungerande smärtlindring framkom också som något som hjälpt kvinnorna under förlossningen eftersom en känsla av att kunna hantera smärtan ingav en upplevelse av kontroll hos kvinnan.

Enligt kvinnorna är ett tidigt ingripande betydelsefullt i vården av förlossningsrädsla. I resultatet framkommer det även en önskan att vårdpersonalen i tidigt skede även tar rädslan på allvar och inte avfärdar den förlossningsrädda kvinnan med att det är normalt att känna nervositet och rädsla och därmed förminskar kvinnans upplevelse. Rouhe et.al. (2013, s.106) konstaterar även att kvinnor med förlossningsrädsla kan uppleva det jobbigt att ta upp rädslan med vårdpersonal. Att få besöka rädslopoliklinik ses som något positivt och kvinnorna framhåller vikten av att erbjudas möjligheten till det. Eftersom kvinnorna upplever att förlossningsrädslan har en negativ inverkan på förmågan att njuta av graviditeten vore det önskvärt att få hjälp att hantera rädslan så tidigt som möjligt under graviditeten. Detta styrks i och med att Rouhe et.al. (2013, s.106) även tar upp förlossningsrädslans negativa inverkan på kvinnans informations- och bearbetningsförmåga eftersom förlossningsrädsla är en mycket tids och energikrävande process för kvinnan.

De vårdare som kvinnorna mött med sin förlossningsrädsla har bemött kvinnorna på varierande sätt. Det som uppfattats som positivt har förutom förståelse och bekräftelse varit vårdförhållanden där kvinnan har fått ha samma vårdare under en längre tid, detta har gett en känsla av trygghet eftersom kvinnan känner att vårdaren känner till hennes historia, vården blir mer personlig och därmed kan kvinnan känna mera tillit till vårdaren. Detta kan återkopplas till Sydsjö et.al. (2015) studie där en del konstaterats vara positivt för förlossningsrädda kvinnor att fått skapa en tillitsfull relation till en barnmorska redan före förlossningen för att sedan få kontinuerligt stöd av denne även under förlossningen. Rouhe & Saisto (2013) menar även att det viktiga i vården av förlossningsrädsla är att skapa en tillåtande atmosfär där kvinnan kan känna tillit till vårdaren.

I resultatet framkommer det hur viktigt det vore att betrakta kvinnan som en individ och anpassa stödet efter kvinnans individuella behov. Informanterna lyfte här även upp att de anser att det lätt blir mycket fokus på den fysiska aspekten av graviditeten och att det hela blir till att det är siffrorna och måtten som hamnar i fokus. Även om kvinnor med förlossningsrädsla har mycket gemensamt vore det viktigt att hitta ett sätt att stöda kvinnan enligt hennes villkor och förmåga. Detta matchar med forskningen gjord av Mårtensson et.al. (2014) som visar att förlossningsrädsla hos förstföderskor snabbt kan skifta i fokus och att

en individuell vård känslig för dessa olika skiftningar är av yttersta vikt när dessa kvinnor ska stödas i att hantera sin rädsla.

8.2 Metoddiskussion

För skribenterna är det viktigt att ha ett kritiskt förhållningssätt till det egna arbetet och att i efterhand kunna diskutera både styrkor såväl som svagheter i den genomförda studien. Genom att diskutera detta kan man påvisa hur den vetenskapliga kvaliteten i arbetet har säkerställts (Henricson 2017, s. 412). Termerna trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet fungerar som indikatorer på god vetenskaplig kvalitet i ett arbete med kvalitativ design (Henricson 2017, s. 429).

Den kvalitativa metoden valdes eftersom målsättningen med studien var att undersöka kvinnors upplevelser och få en djupare förståelse för deras upplevelser och behov. Syftet kunde förstås även ha besvarats genom att använda sig av redan publicerat material, till exempel genom att göra en litteraturoversikt av självbiografier eller bloggar, men vi upplevde ändå att det material som finns är rätt så begränsat och att det därför skulle ha blivit svårt att få svar på båda frågeställningarna genom att göra detta. Att sedan använda en induktiv design i arbetet var en självklarhet eftersom vi ville utgå från kvinnornas erfarenheter och ha en öppen analys som inte skulle styras av en teori.

För att öka trovärdigheten och överförbarheten i ett arbete är det viktigt att det finns variationer i urvalet (Henricson 2017, s. 412). I studien gjordes ett strategiskt urval i och med att de kvinnor som söktes till intervjuerna skulle ha upplevt förlossningsrädsla och ha genomgått en förlossning. Målet med urvalet var även att få variation och informationsrika intervjuer genom att välja kvinnor med lite olika bakgrund, vi sökte alltså efter variationer i ålder, antal förlossningar och sätt att föda. I vårt fall med endast fyra informanter är urvalet begränsat, vilket förstärker påverkan överförbarheten. Det faktum att alla informanter är svenskspråkiga kvinnor från Österbotten gör även att resultatet kan vara svårt att föra över till andra kontexter, men vi anser ändå att resultatet kan ses som riktgivande i vården av förlossningsrädsla. Dock skulle det vara intressant ifall denna studie skulle upprepas med en större grupp informanter från andra ställen än Österbotten för att se ifall resultatet skulle förändras.

Enligt Henricson (2017, s.413) påverkar även informationen som getts till informanterna, hur frågorna ställdes samt av vem och var intervjuerna gjordes arbetets överförbarhet, trovärdighet och giltighet. En intervjuguide (bilaga 1) användes som grund för intervjuerna

men informanterna fick ändå berätta och uttrycka sina känslor och upplevelser fritt. Båda skribenterna närvarade under alla intervjuer eftersom vi ansåg att det var viktigt för analysprocessen att båda fick möjlighet att lägga märke till de skiftningar i känsloläge, tonfall och attityd som kan förekomma. En provintervju genomfördes innan de riktiga intervjuerna för att testa frågorna och säkerställa att inga missförstånd skulle uppstå. Informanterna fick själva välja var de ville träffas eller om de ville göra intervjun per telefon, för att de skulle känna sig så bekväma som möjligt. Två av intervjuerna genomfördes således i informanternas eget hem och två intervjuer genomfördes per telefon. Intervjuerna bandades in och skribenterna transkriberade två intervjuer var och båda läste igenom alla intervjuer ett flertal gånger innan analysprocessen påbörjades.

Att låta utomstående personer granska överensstämmelsen mellan kategorier och subkategorier anses vara bra för ett arbetes trovärdighet. Resultatet kan även bli tydligare för skribenten själv genom att göra detta. Att låta utomstående personer granska analysprocessen ökar även arbetets bekräftelsebarhet (Henricson 2017, s. 432). Eftersom skribenterna är två till antalet har dataanalysen givetvis gjorts tillsammans, detta kan anses öka arbetets trovärdighet eftersom materialet har tolkats utifrån flera synvinklar. Under arbetets gång har även handledaren tagit del av en stor mängd citat, analysprocessen och resultatet vilket även bidrar till att öka trovärdigheten och bekräftelsebarheten.

Eftersom vi hade satt oss in i arbetet och förvärvat en del kunskap om förlossningsrädsla från bakgrunden hade vi en viss förförståelse för ämnet och därför blev det förstås en liten utmaning att inte låta detta påverka resultatet. Det faktum att vi har arbetat tillsammans och kunnat diskutera och fundera med varandra under hela processens gång har underlättat arbetet med att inte låta den egna förförståelsen påverka resultatet från dataanalysen.

Det forskningsetiska ställningstagandet som gjordes innan studiens genomförande har respekterats och följts under hela arbetsprocessen. Ett informationsbrev (bilaga 2) skickades ut till alla intresserade och innan intervjuerna sedan genomfördes fick informanterna ännu skriva under ett samtyckesdokument (bilaga 3). Informanternas personliga integritet har ytterligare beaktats i och med att all information har behandlats konfidentiellt och att citaten som användes i arbetet har skrivits om till standardsvenska för att dialekten inte ska kunna avslöja något om informanterna.

8.3 Slutsats

Syftet med studien var att behandla förlossningsrädsla utifrån kvinnornas perspektiv för att kunna belysa deras upplevelser av stödet och vården samt undersöka vad kvinnorna upplever är god vård vid förlossningsrädsla. Detta eftersom vi utgick från en hypotes om att ämnet förlossningsrädsla inte diskuteras tillräckligt i dagens läge, att rädslan förminskas och avproblematiseras och att vården till viss del upplevs som bristfällig.

Under intervjuerna blev vi aningen överraskade av det stora behov som fanns hos en del av kvinnorna att få berätta och diskutera både ämnet i allmänhet såväl som sina egna upplevelser och känslor. Tråkigt var att få bekräftat av informanterna att det finns en negativ attityd hos en del vårdpersonal gällande ämnet, och att bemötandet från vissa instanser inte kan anses vara gott när det gäller förlossningsrädsla. Dock är det bra att kunna synliggöra att detta problem faktiskt finns och är verklighet för många kvinnor samt att vården på sina ställen faktiskt upplevs som bristfällig av förlossningsrädda kvinnor.

Det som framkom väldigt starkt i studien var de förlossningsrädda kvinnornas behov av att bli bekräftade, förstådda och tagna på allvar med sin rädsla, både av vårdpersonal och personer i kvinnans omgivning. Om personen i fråga rent konkret kan hjälpa kvinnan med förlossningsrädslan är inte lika väsentligt som hur personen bemöter kvinnan. Vidare framkom det väldigt tydligt vad som upplevs som positivt och vad som upplevs som negativt i vården och bemötandet och baserat på detta framgick det även hur kvinnorna skulle ha önskat att vården och bemötandet såg ut, vilket till stor del går ihop med kvinnans behov och önskan av att bli bekräftad och förstådd i rädslan.

Trots att urvalet var begränsat anser vi att resultatet ändå kan ses som riktgivande i vården av förlossningsrädsla. Studien kan användas som en kunskapskälla både av hälsovårdare, barnmorskor och eventuellt även annan vårdpersonal som stöter på dessa kvinnor i sitt arbete. Arbetet kan även med fördel läsas av kvinnor som upplever förlossningsrädsla för att möjligen få insikt i sin egen rädsla och vad den kan bero på, vilka vårdmetoder som finns samt vad andra kvinnor har upplevt att ha hjälpt dem. För kvinnor som känner sig ensamma eller onormala i sin rädsla kan arbetet även fungera som ett visst stöd.

Ur en samhällelig synvinkel kan arbetet anses vara till nytta om det kan bidra till att rädslan upptäcks tidigare och kvinnorna får hjälp på rådgivningen redan i början av graviditeten. Detta kan bidra till att lindra både kvinnornas lidande och att lätta på trycket på specialistsjukvården. Sett ur ett brett perspektiv är det även bra om arbetet kan sprida

information om förlossningsrädsla rent allmänt, och på så sätt minska på det tabu som vi upplever att finns kring ämnet. En större acceptans och förståelse av omgivningen skulle kunna underlätta för kvinnorna och sänka tröskeln till att våga berätta om och söka hjälp för sin rädsla.

Vi anser att det inom ämnet förlossningsrädsla fortfarande finns utrymme för vidare forskning, speciellt eftersom det enligt statistiken vi lyft fram i inledningen är något som ökat under de senaste åren. Förslagsvis kunde ytterligare forskning på att kartlägga riskfaktorer för att drabbas av förlossningsrädsla vara till nytta eftersom vi med detta arbete kommit fram till att en tidig insats är önskvärd för den förlossningsrädda kvinnan. Med stöd av denna studie kunde ett underlag för hur vårdare på bra sätt bemöter och hanterar kvinnor med förlossningsrädsla eventuellt kunna utvecklas. I resultatet på vår studie framkommer även konkreta önskningar på vad i vården som har upplevts som viktigt och betydelsefullt och dessa kunde man ta i beaktande när riktlinjer för vården vid förlossningsrädsla planeras.

Examensarbetet har varit en lärorik erfarenhet eftersom det för oss bidragit med ny kunskap och en större medvetenhet om både rädslan och om hur viktig vården och bemötandet av kvinnorna är. Vi har även fått insikt i hur viktigt bemötandet generellt är inom vården. Hälsovårdaren har en viktig roll i bemötandet av dessa kvinnor och därför är det även av personlig vikt för oss som hälsovårdarstuderande att ha insikt i ämnet. Vi är övertygade om att den kunskap vi har erhållit av att skriva detta arbete kommer att vara till nytta i framtida arbetsuppgifter och vi hoppas även att vi med detta arbete kan skapa en större medvetenhet och förståelse hos läsaren oavsett bakgrund. Citatet som används i arbetets titel är ett exempel på en negativ attityd mot förlossningsrädsla som vi med detta arbete önskar bidra till att råda bot på.

Källförteckning

Eriksson, K., 2018. *Vårdvetenskap: Vetenskapen om vårdandet : om det tidlösa i tiden* (Första upplagan.). Stockholm: Liber.

Finnilä, H., 2018. *Många gravida lider av depression, men inom mödravården ligger fokus på att väga och mäta* [Online] <https://svenska.yle.fi/artikel/2018/09/29/manga-gravida-lider-av-depression-men-inom-modravarden-ligger-fokus-pa-att-vaga> [hämtat 17.4.2019]

Forskningsetiska delegationen., 2009. *Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning* [Online] <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/etiskaprinciper.pdf> [hämtat 21.5.2018]

Gardelli, T., Gardelli, V., Persson, A. & Backman, Y., 2012. *Vetenskapliga tankeverktyg: Till grund för akademiska studier*. Lund: Studentlitteratur.

Heli, S. & Svensson, L., 2017. *Trygg förlossning: En omvårdnadsmodell för minskad stress och rädsla* (Första upplagan.). Stockholm: Gothia Fortbildning AB.

Henricson, M. red. 2017. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur AB

Huttunen, M., 2017. *Määräkohteinen pelko (fobia)* Duodecim [online] http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00394 [hämtat 21.5.2018]

Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. red. (2015). *Handbok för mödrarådgivningen: Nationell rekommendation*. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd, THL.

Mårtensson, L., Mogren, L., Lindbom, E. & Thorstensson, M., 2014. What helps? A description of experiences of support among primiparous women with fear of childbirth: An interview study. *International Journal Of Nursing And Midwifery*, 6(5), s. 67-73.

Nieminen, K., Andersson, G., Wijma, B., Ryding, E-L. & Wijma, K., 2016. Treatment of nulliparous women with severe fear of childbirth via the Internet: A feasibility study. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics And Gynaecology*, 37(2), s. 37-43.

Rouhe, H., Saisto, T., Toivanen, R. & Tokola, M., 2013. *Kun synnytys pelottaa*. Helsinki: Minerva

Rouhe, H. & Saisto, T., 2013. *Synnytyspelko Duodecim* [pdf]
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo10849.pdf> [hämtat 21.5.2018]

Ryding, E., 2008. Psykologiska aspekter på graviditet och förlossning. I: H. Hagberg, K. Marsál & M. Westgren, red. *Obstetrik*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen, 2011. *Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan* [pdf]
<https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nationella-indikationer-kejsarsnitt-moderns-onskan.pdf> [hämtat 21.05.2018]

Sydsjö, G., Bladh, M., Lilliecreutz, C., Persson, A-M., Vyöni, H. & Josefsson, A., 2014. Obstetric outcomes for nulliparous women who received routine individualized treatment for severe fear of childbirth - a retrospective case control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(126), s. 126

Sydsjö, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjörn, L., Bladh, M. & Josefsson, A., 2015. Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(1), s. 115.

Tiitinen, A., 2017. *Synnytyspelko* [Online]
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00884
[hämtat 21.5.2018]

Ventus, J., 2018. *Första förlossningen slutade med 70 stygn och fysioterapi i 11 månader – Då Camilla blev gravid igen fick hon kämpa för att få föda med kejsarsnitt* [Online]
<https://svenska.yle.fi/artikel/2018/09/27/efter-forsta-forlossningen-tvingades-camilla-till-fysioterapi-i-11-manader-da-hon> [hämtat 17.4.2019]

Virta, T., Ekholm, M. & West, P., 2018. *Svenska Yles kartläggning visar att förlossningsrädslan har ökat: "Nu ska jag inte läsa mer på nätet, jag lovar"* [Online]
<https://svenska.yle.fi/artikel/2018/09/24/svenska-yles-kartlaggning-visar-att-forlossningsradslan-har-okat-nu-ska-jag-inte> [hämtat 17.4.2019]

Waldenström, U. (2007). *Föda barn: Från naturligt till högteknologiskt*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.

Wulcan, A. & Nilsson, C., 2019. Midwives' counselling of women at specialised fear of childbirth clinics: : A qualitative study. *Sexual And Reproductive Healthcare*, 19, s. 24–3

Intervjuguide

Bakgrund

1. Är du en förstföderska eller omföderska?
2. Vad tror du har orsakat din rädsla?
3. När tror du din förlossningsrädsla har börjat?
4. Var du bekant med begreppet förlossningsrädsla sedan tidigare?

Bemötande

1. Har du fått stöd av partner/vänner/familj?
2. Har du fått tillräckligt med stöd från vården? Bra eller dåligt bemötande?
3. Togs frågan upp under mödrarådgivningen? (tog du själv upp frågan?)
4. Upplevde du att din rädsla togs på allvar av vårdpersonalen?

Hjälp

1. Hurdan hjälp fick du med din rädsla?
2. Hurdan hjälp hade du önskat?
3. Var fick du hjälp med din rädsla?
4. Vad hjälpte dig med din rädsla?

Fortsättning

1. Finns förlossningsrädslan kvar?
2. Har rädslan förändrats efter förlossningen?
3. Födde du vaginalt eller kejsarsnitt?

Informationsbrev

Hej! Tack för visat intresse!

Vi är två hälsovårdsstuderande från Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Vi skriver just nu vårt examensarbete om förlossningsrädsla. Vårt huvudsakliga syfte med detta arbete är att ta reda på hur kvinnor med förlossningsrädsla fått hjälp och vad i vården som kunde förbättras. Detta vill vi ta reda på genom att intervjua kvinnor som upplevt förlossningsrädsla, både kvinnor som upplevt sig "blivit hjälpta" och kvinnor som inte upplevt sig fått hjälp med rädslan. Kvinnor som vi intervjuar ska ha upplevt rädslan under en eller flera graviditeter.

Intervjun beräknas ta ungefär en timme och sker efter årsskiftet. Vi kommer överens om tid och plats tillsammans, vi kan till exempel träffas på en offentlig plats eller hemma hos dig beroende på vad som känns bäst. Frågor som vi under intervjutillfället kommer ställa är bland annat att vi ber dig berätta om just din förlossningsrädsla, om bemötande du fått från vården, om vad som hjälpt eller inte hjälpt dig med rädslan och om du hade önskat någon särskild hjälp, intervjun blir rätt öppen och du väljer själv vad just du känner dig bekväm med att dela med dig av, du behöver inte heller känna att du ska ha svar på alla ovanstående exempel på frågor. Intervjun bandas in och dina svar kommer sedan transkriberas och publiceras utan namn i vårt arbete. Det inbandade materialet förstörs sedan. Ett mer formellt samtycke görs på plats under intervjutillfället. Du har när som helst rätt att avbryta ditt deltagande i vår studie, ingen orsak behöver anges.

Om du fortfarande önskar delta i intervjun får du gärna skriva några korta rader om dig själv, t.ex. vilken stad du bor i och lite kort om din förlossningsrädsla så vi kan planera kring intervjutillfällena. Om du har frågor angående vårt arbete eller intervjun får du gärna ställa dem till oss!

Förhoppningsvis vill du delta i intervjun och hjälpa oss med vårt examensarbete!

Hälsningar

Sara Ekman

E-mail: sara.ekman@edu.novia.fi

Elin Kull

E-mail: elin.kull@edu.novia.fi

Handledare Monika Koskinen

E-mail: monika.koskinen@novia.fi

Samtycke till deltagande i intervjun

Materialet från intervjun kommer att användas som forskningsmaterial i examensarbetet som behandlar kvinnors upplevelser av förlossningsrädsla. Intervjun kommer att bandas in, transkriberas och renskrivas. Materialet bevaras utom räckhåll för utomstående och förstörs när studien är slutförd. Direkta citat kan förekomma i texten, men konfidentialiteten garanteras genom att inga namn eller andra detaljer skrivs ut. Deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst med en muntlig eller skriftlig anmälan utan några desto mera förklaringar eller följder. Informanten har även rätt att välja att inte svara på givna frågor under intervjuns gång.

Jag ger mitt samtycke till deltagandet i intervjun, intervjuns inspelning och användningen av intervjumaterialet som examensarbetets forskningsmaterial, samt publiceringen av studien som baserar sig på intervjumaterialet. Jag har informerats om examensarbetets syfte samt om att deltagandet är frivilligt. Jag har getts möjlighet till att ställa frågor angående deltagandet i studien och själva forskningen, samt få svar på dem.

Avtalet har uppgjorts i 2 identiska exemplar, ett åt informanten och ett åt respondenterna.

Underskrift och namnförtydligande

Datum

Kontakt:

Sara Ekman

Elin Kull

sara.ekman@edu.novia.fi

elin.kull@edu.novia.fi

Handledande lärare vid Yrkeshögskolan Novia;

Monika Koskinen

monika.koskinen@novia.fi

Att identifiera och diskutera förlossningsrädsla

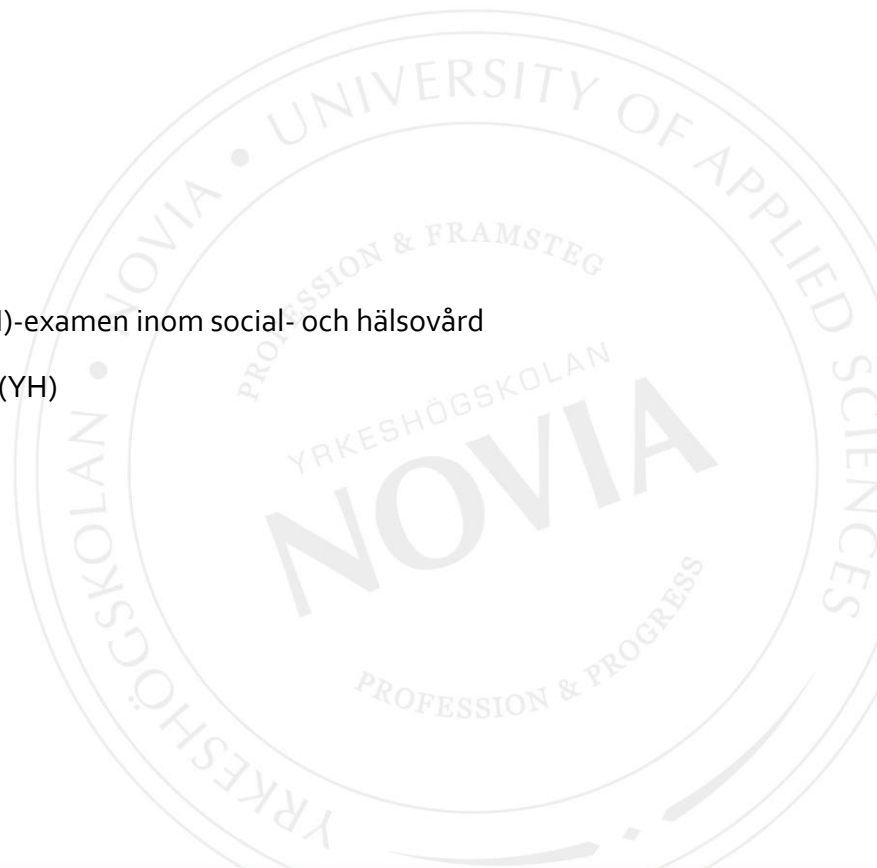
Ett självskattningsverktyg och
diskussionsunderlag

Sara Ekman
Elin Kull

Utvecklingsarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Hälsovårdare (YH)

Vasa 2020



UTVECKLINGSARBETE

Författare: Sara Ekman och Elin Kull

Utbildning och ort: Hälsovårdare, Vasa

Handledare: Marie Hjortell

Titel: Att identifiera och diskutera förlossningsrädsla - Ett självskattningsverktyg och diskussionsunderlag

Datum Maj 2020 Sidantal 10

Bilagor 2

Abstrakt

Detta utvecklingsarbete baserar sig på examensarbetet "Nu ska du bara tänka att du ska vara tacksam att du får föda barn" - En kvalitativ intervjustudie om kvinnors upplevelser av stödet och vården vid förlossningsrädsla (Ekman & Kull, 2019). I examensarbetet framkom vad som av förlossningsrädda kvinnor upplevs som gott bemötande gällande förlossningsrädslan och även önskemål om en tidig identifiering och ingripande från vårdens sida. Baserat på dessa resultat har respondenterna valt att utveckla två verktyg som ska underlätta identifieringen av förlossningsrädsla, samt stödja vårdpersonal i att kunna bemöta kvinnor med förlossningsrädsla på ett enligt kvinnorna önskvärt sätt.

Utvecklingsarbetet består av två produkter, ett självskattningsverktyg vars syfte är att hjälpa vårdpersonal att identifiera kvinnor med förlossningsrädsla och ett diskussionsunderlag vars syfte är att fungera som ett stöd i samtalet med förlossningsrädda kvinnor. Självskattningsformuläret är inte utformat för att ge en diagnos utan fungerar som ett hjälpmedel i att hitta de kvinnor som eventuellt lider av förlossningsrädsla. Målgruppen för båda produkter är vårdpersonal som i sitt arbete kommer i kontakt med gravida kvinnor.

Språk: Svenska
diskussionsunderlag

Nyckelord: Förlossningsrädsla, självskattning,

DEVELOPMENT PROJECT

Authors: Sara Ekman and Elin Kull

Degree Programme: Public Health Nurse, Vaasa

Supervisor: Marie Hjortell

Title: To identify and discuss fear of childbirth - A self-assessment tool and a basis for discussion

Date May 2020 Number of pages 10

Appendices 2

Abstract

This development project is based on the bachelors thesis "The only thing you have to think about now is that you should be grateful for getting to give birth to a child" -A qualitative interview study on women's experiences of the support and care of fear of childbirth (Ekman & Kull, 2019). The thesis described what women suffering from fear of childbirth, FOC, experienced as satisfying care as well as the women's wishes about early identification and intervention from the healthcare. Based on these results from the thesis, the respondents chose to develop two tools in order to facilitate the identification of FOC and to support healthcare professionals in addressing women who suffers from FOC in a way that is desired by the women.

The development project consists of two products, a self-assessment tool made to help healthcare personnel identify women suffering from FOC, and a basis for discussion meant to work as support in discussions with the women. The self-assessment tool is not designed to provide any medical diagnosis and serves merely as an aid in finding women who might be suffering from FOC. The target group for both products is healthcare professionals who encounter pregnant women in their work.

Language: Swedish

Key words: Fear of childbirth, self-assessment tool, a basis for discussion

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte	2
3	Processbeskrivning	2
3.1	Planering och utförande av självskattningsverktyg	2
3.2	Behovet av ett självskattningsverktyg	3
3.3	Planering och utförande av diskussionsunderlag	3
3.4	Behovet av ett diskussionsunderlag	4
4	Bakgrund	5
4.1	Resultatet i examensarbetet	5
4.2	Ny forskning	6
5	Produkterna	7
6	Kritisk granskning och diskussion	7
6.1	Kritisk granskning.....	7
6.2	Diskussion	8
	Källförteckning	10
	Bilagor	

1 Inledning

Detta utvecklingsarbete har sin utgångspunkt i examensarbetet ”’Nu ska du bara tänka att du ska vara tacksam att du får föda barn’ – En kvalitativ intervjustudie om kvinnors upplevelser av stödet och vården vid förlossningsrädsla” (Ekman & Kull, 2019). I examensarbetet undersöktes förlossningsrädda kvinnors upplevelser av stödet och vården de fått vid förlossningsrädsla. I resultatet framkom att informanterna i studien upplevt både bättre och sämre bemötande, stöd och vård när det kommer till förlossningsrädslan och att vårdpersonalens bemötande är a och o i kontakten med förlossningsrädda kvinnor. Det tydliggjordes även att det inom vården finns utrymme för förbättring i identifieringen av förlossningsrädda kvinnor.

Förlossningsrädsla innebär att kvinnan har en så stor rädsla inför den stundande förlossningen att det påverkar vardagen och graviditetens framskridande negativt. Rädslan är ofta ogrundad och orealistiskt stor. Det beräknas att 6–10% av gravida kvinnor lider av förlossningsrädsla (Tiitinen, 2018). För att identifiera förlossningsrädsla hos gravida kvinnor använder man sig på vissa mödrarådsgivningar i Finland av en skala från 0–10 där kvinnan ska uppskatta sin rädsla inför förlossningen. Kvinnor som skattar sin rädsla till 5 eller mera bör följas upp noggrannare (Rouhe & Saisto, 2013).

Utgående från resultatet i vårt examensarbete och annan forskning kring förlossningsrädsla har vi valt att utforma verktyg som ska hjälpa vårdpersonal i processen att identifiera, bemöta och stöda kvinnor med förlossningsrädsla. Verktygen består av ett diskussionsunderlag och ett självskattningsinstrument. Diskussionsunderlaget riktar sig främst till vårdpersonal och består av material och frågor att använda som stöd i diskussionen med de kvinnor som kan tänkas lida av förlossningsrädsla. Självskattningsverktyget är ett formulär där kvinnorna själva skattar sitt mående och sina känslor kring graviditeten, och utgående från resultatet kan vårdpersonal sedan lättare identifiera de kvinnor som är i riskzonen eller lider av förlossningsrädsla. Det går både att använda verktygen var för sig eller tillsammans. Vi har valt dessa två former på verktygen eftersom vi anser att de är konkreta och lätta att använda i praktiken och inte kräver stor förkunskap.

2 Syfte

Syftet med utvecklingsarbetet är att utforma verktyg som kan användas av vårdpersonal som kommer i kontakt med förlossningsrädda kvinnor i sitt arbete. Målet är att verktygen ska underlätta arbetet med att identifiera och fånga upp dessa kvinnor samt ge personalen riktlinjer och stöd för diskussioner kring förlossningsrädslan. För att uppnå syftet utvecklas ett självskattningsverktyg samt ett diskussionsunderlag som stöd för vårdpersonal.

3 Processbeskrivning

I detta kapitel beskrivs planeringen och utvecklandet av självskattningsinstrumentet och diskussionsunderlaget utgående från litteratur som berör ämnet. Som teoretisk bakgrund används examensarbetet (Ekman & Kull, 2019) men även ny forskning inom temat förlossningsrädsla.

3.1 Planering och utförande av självskattningsverktyg

Till grund för självskattningsinstrumentet ligger den teoretiska bakgrunden i examensarbetet (Ekman & Kull, 2019) samt en studie från 2019 i vilken författarna har identifierat orsaker till förlossningsrädsla. Syftet med studien av Slade, Balling, Sheen och Houghton (2019) var att kartlägga orsakerna till förlossningsrädsla genom att intervjua både barnmorskor och förlossningsrädda kvinnor. I studien framkom sammanlagt tio olika teman baserade på kvinnornas och barnmorskornas erfarenheter av förlossningsrädsla. Med hjälp av detta resultat och den teoretiska bakgrunden i examensarbetet har påståendena i självskattningsverktyget tagits fram.

Självskattningsverktyget utformas som ett formulär där kvinnorna med hjälp av olika påståenden själva bedömer sitt mående och sin rädsla inför förlossningen. Hälsovårdaren eller barnmorskan tar del av kvinnans svar och kan utifrån dessa göra en bedömning av förlossningsrädslan samt även använda formuläret för att öppna upp för diskussion med kvinnan.

Som inspiration under utformningen av självskattningsverktyget har andra utvärderingsblanketter för olika sjukdomstillstånd använts. Självskattningsverktyget ska vara användarvänligt och tydligt både för hälsovårdaren och personen som fyller i formuläret. Verktyget utformas i Microsoft Word och består av två A4 ark varav den inledande sidan innehåller en kort text om utförande och sedan tio påståenden där kvinnan

ska bedöma hur väl hennes egen situation överensstämmer med påståendena. Den andra sidan avslutar med en text avsedd för hälsovårdaren angående bedömningen av kvinnans svar. Självskattningsformuläret designas för att användas i pappersform, därav en mera avskalad och enkel design för att underlätta utprintning.

3.2 Behovet av ett självskattningsverktyg

Det gemensamma för alla informanter i examensarbetet var att de ansåg att ett tidigt identifierande och ingripande i vården av förlossningsrädsla är av stor vikt. Informanterna önskar att detta skulle ske på rådgivningen redan i början av graviditeten oberoende av om man är en förstföderska eller omföderska, med eller utan tidigare kända trauman vid förlossningen (Ekman & Kull, 2019).

Genom att utforma ett självskattningsverktyg kan man underlätta för vårdpersonalen och göra det lättare att identifiera kvinnor som lider av eller ligger i riskzonen för förlossningsrädsla. Med hjälp av självskattningsverktyget ges vårdpersonalen även en överblick av kvinnans mående och tankar inför förlossningen och får en grund för fortsatta frågor och samtal kring ämnet.

3.3 Planering och utförande av diskussionsunderlag

Diskussionsunderlaget grundar sig främst på examensarbetet (Ekman & Kull, 2019) och tar upp information, riktlinjer och vård samt ger exempel på tillförlitliga källor där både vårdpersonal och kvinnan själv kan hitta mera information om förlossningsrädsla. Diskussionsunderlaget är tänkt att fungera som ett stöd i mötet med den förlossningsrädda kvinnan.

Kvinnorna i studien av Ekman och Kull (2019) uttryckte önskemål om att bli lyssnade på utan att få sin rädsla förminskad. I diskussionsunderlaget ges hälsovårdaren därför även tips på hur bemötandet bör se ut och hur man framgångsrikt kan diskutera med kvinnorna och få dem att känna sig sedda och förstådda samt våga berätta om sin rädsla.

Att uppleva att man blir lyssnad till på djupet kan verka både helande och utvecklande. Ett empatiskt lyssnande handlar om att genom ögonkontakt, kroppsspråk och ansiktsuttryck få den andra att känna att man är närvarande i samtalet och försöker sätta sig in i den andres situation. En person som är uppslukad av sina känslor lyssnar inte till logiska argument och

man bör därför inte avbryta och försöka ge råd, argumentera emot eller komma med lösningar (Lidén Nordlund 2018, s. 111).

Teckensnitt bör väljas efter sammanhanget och gå att läsa utan svårigheter. För att teckensnittet ska passa in i sammanhanget bör skribenten noggrant analysera vilket budskap som ska förmedlas, dessutom bör mottagarens erfarenhet och värderingar beaktas i utformandet av texten (Bergström 1998, s. 98). I diskussionsunderlaget används ett neutralt och lättläst teckensnitt eftersom underlaget bör vara överskådligt och lätt att använda i praktiken. En saklig och neutral ton bibehålls i diskussionsunderlaget då ämnet kan upplevas som känsligt.

Diskussionsunderlaget utformas i Microsoft Word och består av liggande A4 ark eftersom underlaget ska vara visuellt överskådligt och rymma flera mindre informationsrutor per ark. I diskussionsunderlaget presenteras endast den väsentligaste informationen i korta och koncisa informationsrutor för att skapa en produkt där användaren snabbt och enkelt ska hitta stödpunkter både före och under ett samtal. Tanken är att diskussionsunderlaget ska gå att använda både elektroniskt såväl som i utprintad form. I utprintad form kan diskussionsunderlaget vikas ihop till ett litet häfte för att underlätta användningen.

3.4 Behovet av ett diskussionsunderlag

I examensarbetet synliggörs förlossningsrädda kvinnors behov av att få diskutera och ventilerat förlossningsrädslan och de negativa känslor som kan finnas kring graviditeten och förlossningen. Kvinnorna poängterade vikten av att känna att de tillåts få utrymme för att dela med sig av dessa känslor, att känna att de blir förstådda och att få bekräftelse i sin rädsla. Kvinnorna hade dock alla även negativa upplevelser och det framkom att flera kvinnor hade upplevt sig bli förminskade när de tagit upp förlossningsrädslan till diskussion, vilket kan resultera i att kvinnan börjar känna skam över sina känslor (Ekman & Kull, 2019).

I arbetet framkommer även vikten av att vårdpersonalen tar detta ämne till tals redan tidigt under graviditeten eftersom en del av kvinnorna inte nödvändigtvis självmant vågar eller väljer att göra det (Ekman & Kull, 2019). Om vårdpersonalen på ett sakligt och neutralt sätt kan öppna upp för diskussion kan kvinnan känna att hon kan dela med sig av både positiva och negativa tankar och känslor utan att riskera bli dömd.

Med hjälp av informationen i diskussionsunderlaget kan också fördomar och missuppfattningar bland vårdpersonalen förhindras och förebyggas. Genom faktabaserad kunskap blir det lättare för vårdpersonalen att föra en saklig diskussion om ett ämne som kan uppfattas som känsligt av såväl vårdpersonal som klient. Tanken med diskussionsunderlaget är att bidra till att förlossningsrädsla diskuteras, att ge en kortfattad och överskådlig bild av förlossningsrädsla samt att ge vårdpersonalen enkla och konkreta tips att använda i praktiken.

4 Bakgrund

I examensarbetet utformades en kvalitativ intervjustudie som datainsamlingsmetod. Syftet med arbetet var att ta reda på hur kvinnor som lider av förlossningsrädsla har upplevt stödet och vården de har fått, samt att undersöka vad kvinnorna upplever som god vård vid rädslan. Informanterna bestod av fyra kvinnor som har upplevt rädsla inför förlossningen och sedan genomgått hela graviditeten och förlossningen. Det insamlade materialet från intervjuerna tolkades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats (Ekman & Kull, 2019).

För att få en mera omfattande grund att basera påståendena i självskattningsverktyget på söktes ny forskning där man tydligare hade definierat orsakerna till förlossningsrädsla. Sökningen gjordes i databaserna PubMed, Cinahl och DOAJ. Sökord som användes var Fear of childbirth, FOC och definition.

4.1 Resultatet i examensarbetet

I examensarbetets resultat framkom tre huvudkategorier benämnda trygghet, bekräftelse och förståelse, kontroll och vårdens utvecklingsbehov enligt kvinnorna. Dessa kategorier delades in i åtta olika subkategorier benämnda stöd av trygga personer, stöd av vårdpersonal, information, kontroll över förlossning, kontroll av smärta, tidigt ingripande, kontinuitet i vården och individcentrerad vård (Ekman & Kull, 2019).

De väsentligaste fynden i examensarbetet var kvinnornas behov av att känna sig trygga i att få öppna upp sig om rädslan, att bli bekräftade i sin rädsla och att känna att de blir förstådda. Det framkom även att kvinnorna upplevde sig ha ett behov av att känna kontroll såväl före och under som efter förlossningen. Under förlossningen kunde detta kontrollbehov uppfyllas genom att vårdpersonalen gav kvinnan möjlighet att ta beslut gällande exempelvis

förlossningsställning och smärtlindring och övriga rent konkreta saker under förlossningsarbetet (Ekman & Kull, 2019).

Slutligen synliggjordes de utvecklingsbehov som finns inom vården enligt informanterna i studien. Behoven gällde framförallt ett tidigare ingripande i vården av rädslan, kontinuitet i förhållandet med vårdpersonalen samt att betrakta kvinnan som en individ och anpassa stödet efter hennes individuella behov (Ekman & Kull, 2019).

I detta utvecklingsarbete tar skribenterna främst fasta på kvinnornas behov av att få diskutera och bli förstådda i sin rädsla och behovet av ett tidigt ingripande från vårdens sida. Dessa behov kan tillgodoses med hjälp av en tidig identifiering av förlossningsrädslan och genom att öppna upp för diskussion om förlossningsrädsla. För att åstadkomma detta kräver det även att vårdpersonalen har information om förlossningsrädsla som fenomen.

4.2 Ny forskning

Syftet med studien av Slade, et.al. (2019) var att identifiera orsakerna till förlossningsrädsla. Detta skedde genom semistrukturerade intervjuer, både med gravida förlossningsrädda kvinnor och barnmorskor som i sitt arbete regelbundet kommer i kontakt med förlossningsrädda kvinnor. Resultaten från intervjuerna granskades mot en tredje källa, en nyligen genomförd metasyntes, där man granskat litteratur gällande kvinnors upplevelser av förlossningsrädsla.

Utgående från dessa tre informationskällor lyckades man i studien identifiera tio nyckelelement som var gemensamma i berättelserna om förlossningsrädsla. Dessa tio element är: Rädsla för att inte veta och inte kunna planera för det oförutsägbara, Rädsla för att beslut ska tas över huvudet på en, Rädsla för att babyn ska skadas, Rädsla för att inte kunna hantera smärtan, Rädsla över den egna kroppens förmåga att föda, Rädsla för att bli skadad under förlossningen eller postnatalt, Rädsla för ingrepp (vaginala undersökningar, instrumentförlossning), Rädsla för att bli övergiven eller lämnad ensam, Rädsla för att tappa självkontrollen samt Att vara skräckslagen för förlossningen utan att veta varför (Slade, et.al. 2019).

Resultatet från studien kan enligt författarna användas till att utveckla metoder för att identifiera förlossningsrädsla under graviditeten och även till att utveckla olika stödfunktioner för att minska kvinnors stress och rädsla inför förlossningen. Studien pekar

även på vikten av att identifiera förlossningsrädslan i ett tidigt skede av graviditeten (Slade, et.al. 2019).

5 Produkterna

Utvecklingsarbetet resulterade i två produkter, självskattningsverktyget (bilaga 1) och diskussionsunderlaget (bilaga 2). Genom att bifoga produkterna som bilagor istället för att infoga självskattningsverktyget och diskussionsunderlaget i den flytande texten blir de mera lättillgängliga och arbetet blir mera överskådligt.

6 Kritisk granskning och diskussion

I detta kapitel utförs en kritisk granskning av självskattningsverktyget och diskussionsunderlaget samt en diskussion om processen kring att utveckla produkterna. Kapitlet sammanfattas med några avslutande ord.

6.1 Kritisk granskning

För att öka tillförlitligheten i självskattningsverktyget och diskussionsunderlaget har båda produkter testats på en utvald grupp personer som matchar den tilltänkta målgruppen. Skribenterna agerade i testandet av självskattningsformuläret i rollen som hälsovårdare medan testpersonerna hade rollen som klient i samtalet. Diskussionsunderlaget testades genom att utomstående personer med hälsovårdarutbildning fick tillgång till diskussionsunderlaget och fick testa att använda det i en diskussion med skribenterna. Testpersonen hade alltså i detta fall rollen som hälsovårdaren och skribenten rollen som klient. Under dessa testtillfällen uppstod inga oklarheter eller missförstånd och båda produkterna anses därför av skribenterna uppfylla sin funktion även för utomstående personer, dock med förståelsen om att testsituationerna inte är fullständigt applicerbara på en äkta situation.

I utvecklingen av självskattningsformuläret har ny forskning sökts fram för att ytterligare stärka tillförlitligheten i produkten. Forskningen av Slade, et.al. (2019) kompletterar den teoretiska bakgrunden från examensarbetet vilket ger en god grund för påståendena i självskattningsformuläret.

6.2 Diskussion

Skribenternas avsikt med detta arbete var att underlätta identifieringen av förlossningsrädsla hos kvinnor och att stödja vårdpersonalen i diskussionen om förlossningsrädsla med kvinnorna. Detta eftersom det i examensarbetet framkom att det kan vara svårt för vårdpersonalen att identifiera förlossningsrädsla och att kvinnorna med förlossningsrädsla önskar att vårdpersonalen tar upp frågan till diskussion redan i ett tidigt skede under graviditeten. För att ta fasta på detta valde vi därför att utveckla ett verktyg för att underlätta identifieringen av kvinnor som kan tänkas lida av förlossningsrädsla och ett verktyg för att stödja vårdpersonalen i diskussionen med en kvinna som lider av förlossningsrädsla. Båda produkter är alltså tilltänkta att användas av vårdpersonal. Vi vill även med detta arbete understryka att vi som vårdpersonal inser vikten av att bemöta detta ämne och dessa kvinnor eftersom förlossningsrädsla, enligt studier som presenterades i examensarbetet, är ett ökande fenomen i dagens samhälle.

Eftersom vi under processen med att ta fram diskussionsunderlaget utgick från att användaren inte satt inne med någon stor förkunskap om ämnet förlossningsrädsla strävade vi till att göra det så användarvänligt som möjligt. Vi tar därför upp grunderna med förlossningsrädsla och ger en snabb övergripande blick över orsak, risker och vården vid förlossningsrädsla. Eftersom diskussionsunderlaget inte innehåller någon fördjupad information i ämnet listas även tillförlitliga källor där vårdpersonalen och även den gravida kvinnan kan hitta mera information om ämnet. Detta anser vi vara viktigt eftersom vi lever i en tid där tillgängligheten på information online är oändlig och källorna i vissa fall kan vara tveksamma. I diskussionsunderlaget framkommer förutom fakta om förlossningsrädsla även tips och råd gällande bemötandet och samtalet med kvinnan. Behovet av detta baseras även på examensarbetet där det framkom att kvinnorna upplevt sig bli förminskade och inte tagna på allvar under diskussioner rörande förlossningsrädsla.

Utformningen av självskattningsverktyget gjordes med inspiration av andra självskattningsformulär för olika sjukdomstillstånd som används inom vården. Målet här var att skapa ett så enkelt och lättförståeligt verktyg som möjligt men som ändå fångar upp de kvinnor som kan tänkas lida av förlossningsrädsla. Målet med verktyget är inte att ge kvinnan en diagnos, utan att identifiera riskgrupper och öppna upp för en diskussion. Eftersom självskattningsverktyget inte ska ge kvinnan en diagnos valdes en poängskala bort. En poängskala kan även vara missvisande då redan ett fåtal poäng kan tyda på ett behov av vidare diskussion. Tanken med självskattningsformuläret är att det ska kunna användas med

låg tröskel och bidra till att hitta frågor att diskutera under mötet mellan kvinnan och vårdpersonalen.

På en samhällelig nivå anser vi att dessa verktyg, om de används i praktiken, kan bidra till en större öppenhet och medvetenhet gällande förlossningsrädsla, och förhoppningsvis även till att enskilda kvinnor upplever att de får en möjlighet att diskutera sina upplevelser kring detta. Vi önskar även att produkterna i detta arbete bidrar till att vårdpersonalen får ökad förståelse för förlossningsrädsla som fenomen men även reflekterar över sina egna tankar och åsikter gällande ämnet.

Det finns fortfarande utrymme att forska vidare inom ämnet eftersom det är ett fenomen som inte varit särskilt omtalat och både synen och kunskapen om förlossningsrädsla fortfarande verkar vara svag på sina ställen inom vården. Förlossningsrädsla som fenomen är dessutom något som i statistiken ser ut att öka vilket även styrker behovet av kunskap hos vårdpersonalen. Vidare kunde produkter framtagna för kvinnorna som lider av förlossningsrädsla vara något att fokusera på i framtiden.

Som hälsovårdare anser vi att detta utvecklingsarbete har varit till nytta i vår yrkesmässiga kunskap. Detta eftersom vi fått chans att ytterligare fördjupa oss i ny forskning om förlossningsrädsla, fördjupat oss i processen med att designa produkterna framtagna för andra hälsovårdare och fått skapa två egna produkter utifrån ett behov som verkar existera. Vi hoppas med detta arbete att ämnet förlossningsrädsla ska tas upp till diskussion av både vårdpersonal och kvinnorna som lider av detta, och att förlossningsrädsla i framtiden inte längre behöver präglas av skam och skuld känslor.

Källförteckning

Bergström, B. (2001). *Effektiv visuell kommunikation: Så skapas starka idéer, budskap, form och innehåll i tryckta och interaktiva medier* (2. uppl.). Stockholm: Carlssons.

Ekman, S. & Kull, E., 2020. "Nu ska du bara tänka att du ska vara tacksam att du får föda barn" - En kvalitativ intervjustudie om kvinnors upplevelser av stödet och vården vid förlossningsrädsla. Vasa: Opublicerat examensarbete för sjukskötarexamen (YH). Yrkeshögskolan Novia, Enheten för hälsa och välfärd.

Lidén Nordlund, S., 2018. Att undvika missförstånd och skapa samförstånd - ett språk för livet. I: A. Nilsson, red. *Mer än bara ord: På tal om framgångsrik kommunikation*. Skillinge: Ariton förlag.

Slade, P., Balling, K., Sheen, K. & Houghton, G., 2019. Establishing a valid construct of fear of childbirth: Findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1).

Tiitinen, M. 2018 *Synnytyspelko*, Duodecim [online]
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00884 [hämtat: 10.09.2019]

Självskattningsverktyg för förlossningsrädsla

Formuläret ger ingen diagnos utan fungerar enbart riktgivande. Genom att ge vårdpersonalen en överblick av Ditt mående och Dina tankar inför förlossningen fås en grund för fortsatta frågor och samtal kring ämnet.

Vänligen ringa in det alternativ som bäst stämmer in på hur Du tänker och känner kring förlossningen. Siffrorna finns till endast för att ge vårdpersonalen en överblick av resultatet.

1. Jag känner ett stort behov av att kontrollera min förlossning

<i>Stämmer inte alls</i>	<i>Stämmer lite</i>	<i>Vet ej</i>	<i>Stämmer delvis</i>	<i>Stämmer helt</i>
0	2	1	3	4

2. Jag litar på att barnmorskorna involverar mig i de beslut som tas under förlossningen

<i>Stämmer inte alls</i>	<i>Stämmer lite</i>	<i>Vet ej</i>	<i>Stämmer delvis</i>	<i>Stämmer helt</i>
4	3	1	2	0

3. Jag utgår från att baby'n kommer må bra efter förlossningen

<i>Stämmer inte alls</i>	<i>Stämmer lite</i>	<i>Vet ej</i>	<i>Stämmer delvis</i>	<i>Stämmer helt</i>
4	3	1	2	0

4. Jag litar på min förmåga att hantera smärta

<i>Stämmer inte alls</i>	<i>Stämmer lite</i>	<i>Vet ej</i>	<i>Stämmer delvis</i>	<i>Stämmer helt</i>
4	3	1	2	0

5. Jag litar på min egen kropps förmåga att föda barn

<i>Stämmer inte alls</i>	<i>Stämmer lite</i>	<i>Vet ej</i>	<i>Stämmer delvis</i>	<i>Stämmer helt</i>
4	3	1	2	0

6. Jag utgår från att jag kommer må bra efter förlossningen

<i>Stämmer inte alls</i>	<i>Stämmer lite</i>	<i>Vet ej</i>	<i>Stämmer delvis</i>	<i>Stämmer helt</i>
4	3	1	2	0

7. Jag litar på personalens förmåga att bedöma vad som krävs i just min förlossning

<i>Stämmer inte alls</i>	<i>Stämmer lite</i>	<i>Vet ej</i>	<i>Stämmer delvis</i>	<i>Stämmer helt</i>
4	3	1	2	0

8. Jag litar på att jag kommer få det stöd jag behöver under förlossningen

<i>Stämmer inte alls</i>	<i>Stämmer lite</i>	<i>Vet ej</i>	<i>Stämmer delvis</i>	<i>Stämmer helt</i>
4	3	1	2	0

9. Jag är rädd att förlora självkontrollen under förlossningen

<i>Stämmer inte alls</i>	<i>Stämmer lite</i>	<i>Vet ej</i>	<i>Stämmer delvis</i>	<i>Stämmer helt</i>
0	2	1	3	4

10. Jag känner mig lugn och trygg inför förlossningen

<i>Stämmer inte alls</i>	<i>Stämmer lite</i>	<i>Vet ej</i>	<i>Stämmer delvis</i>	<i>Stämmer helt</i>
4	3	1	2	0

Har Du något du vill dela med Dig av eller diskutera:

Till vårdpersonalen

Detta verktyg är ett utvecklingsarbete gjort av Sara Ekman och Elin Kull inom utbildningen till hälsovårdare (YH) vid Yrkeshögskolan Novia.

Med hjälp av de tio frågorna i verktyget och de poäng kvinnan får bedöms hennes risk för förlossningsrädsla. Ju högre poäng kvinnan får desto större är risken att hon har symptom på förlossningsrädsla. Redan ett fåtal poäng är orsak för vidare diskussion.

Poängen räknas ihop genom att addera de siffror som finns under de påståenden som kvinnan har ringat in. Maxpoäng är 40 och minsta möjliga poäng 0.

Källor som ligger till grund för verktyget:

Ekman, S. & Kull, E., 2020. *“Nu ska du bara tänka att du ska vara tacksam att du får föda barn” - En kvalitativ intervjustudie om kvinnors upplevelser av stödet och vården vid förlossningsrädsla.* Vasa: Opublicerat examensarbete för sjukskötarexamen (YH). Yrkeshögskolan Novia, Enheten för hälsa och välfärd.

Slade, P., Balling, K., Sheen, K. & Houghton, G., 2019. Establishing a valid construct of fear of childbirth: Findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1).


Våga prata öppet om rädslan

Ett diskussionsunderlag att använda
som stöd i mötet med den
förlossningsrädda kvinnan

Sara Ekman
Elin Kull

Utvecklingsarbete inom utbildningen till
hälsovårdare (YH)

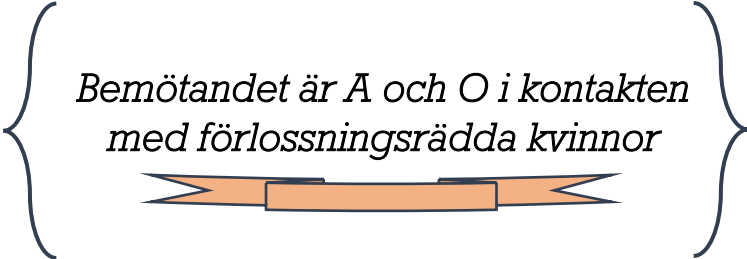
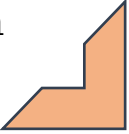
Vasa 2020



Bästa läsare!
Detta diskussionsunderlag riktas till dig som i ditt jobb kommer i kontakt med gravida kvinnor. Diskussionsunderlaget bygger på examensarbetet "Nu ska du bara tänka att du ska vara tacksam att du får föda barn' – En kvalitativ intervjustudie om kvinnors upplevelser av stödet och vården vid förlossningsrädsla" och har utformats för att fungera som ett stöd i diskussionen och mötet med den väntande kvinnan.

I diskussionsunderlaget presenteras information, riktlinjer, kommunikationstips och råd som kan ges till den förlossningsrädda kvinnan. Vidare ges tips på litteratur och sidor där du hittar mera information om ämnet.

Vi hoppas på att öppna upp för många givande diskussioner!



*Bemötandet är A och O i kontakten
med förlossningsrädda kvinnor*

Allmänt om förlossningsrädsla



Vad är förlossningsrädsla?

- En så kraftig rädsla för att föda att det kan bli direkt skadligt för den gravida kvinnan, fostret och graviditeten
- Ofta orealistisk och obefogat stor, hindrar kvinnan från att kunna njuta av graviditeten och förbereda sig för föräldraskapet
- Är mycket tids- och energikrävande och påverkar både kvinnans tanke- och informationsbearbetningsförmåga negativt
- Kan vara mycket svår att identifiera för vårdpersonalen
- Kan visa sig som både fysiska och psykiska symptom (huvudvärk, hjärtklappning, ångest, sömnstörningar, panikkänslor)

Orsaker till förlossningsrädsla

- **Primär förlossningsrädsla**
 - = Rädslan grundar sig inför något nytt och okänt och ses vanligtvis hos förstföderskor
- **Sekundär förlossningsrädsla**
 - = Rädslan har uppkommit till följd av en traumatisk tidigare förlossning och ses hos omföderskor
- **Tokofobi/förlossningsfobi**
 - = Rädslan är så stor att kvinnan inte vågar bli gravid, vill bli garanterad kejsarsnitt eller göra abort
- Rädsla för smärta och obstetrisk skada vanligast
- Andra vanliga orsaker:
 - Rädsla för att tappa kontrollen, att inte få tillräckligt med stöd, att få panik och att inte kunna samarbeta eller föda
 - Bristande tillit till sig själv och vården
 - Tanken på att barnet kan skadas eller dö
 - Rädsla för sjukhus, nålar/sprutor, blod

Riskfaktorer för att utveckla förlossningsrädsla

- Psykisk ohälsa såsom depression och ångestsyndrom - riskfaktor för att utveckla både primär och sekundär förlossningsrädsla
- Att tidigare ha utsatts för sexuellt våld eller smärtsamma gynekologiska undersökningar
- Ekonomisk instabilitet, arbetslöshet
- Att vänta barn som ensamstående
- Svårigheter och missnöje i relationen till partnern

Risker med förlossningsrädsla

- Svårigheter att njuta av graviditeten
- Fysiska stresssymptom under graviditeten och förlossningen
- Ökad risk för att drabbas av förlossningsdepression
- Svårigheter med anknytning till babyen både under graviditeten och efter förlossningen
- Akut kejsarsnitt eller sugkopsförlossning

Om kvinnan är mycket spänd och ångestfull kan förlossningen bli mera svårskött



Ökad risk för en traumatiserande förlossningsupplevelse

Vården vid förlossningsrädsla

- Samtal och stöd på mödrarådgivningen
- Remiss till polikliniken för förlossningsrädsla
- Besök till förlossningsenheten
- Partnerstöd
- **Doula** – Erbjuds av Folkhälsan & Förbundet för mödra- och skyddshem
- Psykoedukativa grupper
- Mentala övningar och avslappning

Kommunikationstips och bemötande

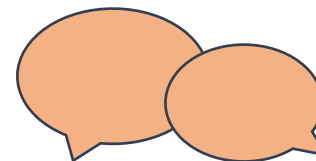


Bemötande

- Reflektera över din egen attityd till förlossningsrädsla och var medveten om vilka signaler du själv sänder ut
- Ta upp ämnet till diskussion även om det känns svårt
- Försök att skapa en trygg miljö där kvinnan känner att hon vågar öppna upp sig och berätta om sina känslor och upplevelser utan att bli dömd
- Acceptera kvinnan som hon är, bekräfta hennes känslor och undvik att förminska rädslan
- Undvik att ta upp dina egna personliga erfarenheter gällande förlossningar
- Gå in för att hitta den lösning som är bäst för kvinnan
- Erbjud stöd och hjälp redan tidigt under graviditeten

Kommunikationstips

- Samtala i kvinnans egen takt och på hennes villkor
- Lyssna med empati, nyfikenhet och respekt.
- Ställ öppna frågor som går att vidareutveckla, undvik ledande frågor
- Stödjande och uppmuntrande kommentarer bekräftar för kvinnan att du är närvarande i samtalet och lyssnar på henne
- Undvik att avbryta och försöka ge råd eller argumentera emot
- Försök förstå kvinnans synvinkel och hjälp henne att utveckla en självmedvetenhet kring sin rädsla
- Reflektioner och sammanfattningar klargör och hjälper kvinnan att samla sina tankar kring ämnet och själv förstå det hon berättar
- Undvik att konfrontera kvinnan eller pressa henne till att ta beslut som hon inte är redo för
- Visa att du tycker att ämnet och samtalet är viktigt. Tänk på vad ditt kroppsspråk visar! Kom ihåg att hålla ögonkontakt under samtalet!



Tips och råd



Råd från hälsovårdaren

- Gå en profylaxkurs tillsammans med partnern eller stödpersonen.
- Diskutera med partnern och försök se till att denne är medveten om och förstår rädslan. Fundera tillsammans kring förlossningen och hurudan roll partnern ska ha för att kunna stötta på bästa sätt.
- Se till att omge sig med trygga personer som stöttar en (partner, familj, vänner, doula)
- Att diskutera med andra kvinnor i samma situation eller med liknande erfarenheter kan vara till stor hjälp för vissa. Detta eftersom de kan ha en större förståelse för ämnet än de egna vännerna. Kan ske via till exempel Facebookgrupper.

Tips på mera läsning till kvinnan och partnern

- *Kvinnohuset.fi* upprätthålls av universitetssjukhusen i Finland och innehåller lättillgänglig och tillförlitlig information om det mesta rörande graviditet och förlossning. Sidan finns till för kvinnor och familjer i olika skeden av livet och kan med fördel rekommenderas till alla och i synnerhet förlossningsrädda kvinnor.
- *Föda utan rädsla* är en bok skriven av Susanna Heli där hon presenterar sina fyra mest effektiva verktyg för att hjälpa föderskor att undvika stress och rädsla. Metoden grundar sig på en fördjupad kunskap om andningsfysiologi, stressfysiologi, lugn och ro-systemet samt den vetenskapliga evidens som finns kring betydelsen av stöd. Boken strävar till att göra förlossningen till en positiv och stärkande upplevelse både för den födande kvinnan och hennes partner.



Referenser och litteraturtips till vårdpersonalen

Andersson, S. & Fossum, B. (2019). *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (Upplaga 3:1.). Lund: Studentlitteratur AB.

Ekman, S. & Kull, E., 2020. "Nu ska du bara tänka att du ska vara tacksam att du får föda barn" - En kvalitativ intervjustudie om kvinnors upplevelser av stödet och vården vid förlossningsrädsla. Vasa: Opublicerat examensarbete för sjukskötaresexamen (YH).
Yrkeshögskolan Novia, Enheten för hälsa och välfärd.

Heli, S., 2019. *Föda utan rädsla*. Stockholm: Bonnier Fakta.

Heli, S. & Svensson, L., 2017. *Trygg förlossning: En omvårdnadsmodell för minskad stress och rädsla* (Första upplagan.). Stockholm: Gothia Fortbildning AB.

Hälsoby. 2020. *Kvinnohuset*. [Online]
<https://www.terveyskyla.fi/naistalo/sv/> [Hämtat: 6.4.2020]

Lidén Nordlund, S., 2018. Att undvika missförstånd och skapa samförstånd - ett språk för livet. I: A. Nilsson, red. *Mer än bara ord: På tal om framgångsrik kommunikation*. Skillinge: Ariton förlag.

Plats för egna anteckningar

