

Förlossningsrädsla hos omföderskan

Barnmorskans stödjande roll för att lindra lidande

Catherine Lempinen

Sophie Hellsten

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård10
Identifikationsnummer:	4112 & 4111
Författare:	Sophie Hellsten, Catherine Lempinen
Arbetets namn:	Förlossningsrädsla hos omföderskan – barnmorskans stödjande roll för att lindra lidande
Handledare (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Uppdragsgivare:	HNS
<p>Sammandrag:</p> <p>Förlossningsrädsla är inte ett nytt fenomen, men antalet kvinnor som söker vård för förlossningsrädsla har ökat. Förlossningsrädsla kan upplevas av både förstföderskor och omföderskor. Den största gruppen av förlossningsrädda kvinnor är omföderskor. En bidragande faktor till denna omföderskas rädsla är tidigare negativa förlossningserfarenheter. Detta examensarbete är en kvalitativ studie om sambandet mellan förlossningsrädsla hos omföderskor och tidigare negativa förlossningsupplevelser. Arbetet omfattar forskningsresultat om barnmorskans stödjande roll hos den förlossningsrädda kvinnan. Arbetet är gjort som en litteraturstudie baserat på 23 forskningsartiklar från Finland, Sverige, Norge, Storbritannien, USA, Canada och Australien. Induktiv innehållsanalys enligt Tuomi & Sarajärvi (2002) och Elo & Kyngäs (2007) används som dataanalysmetod. Syftet med denna studie är att få en ökad kunskap om förlossningsrädsla hos omföderskor och anknytningen till tidigare negativa förlossningsupplevelser. Ökad kunskap ger barnmorskan bättre förutsättningar att stöda den förlossningsrädda kvinnan och bidra till en positiv förlossningsupplevelse. För att nå syftet i studien utarbetades tre frågeställningar: ”Vad kännetecknar förlossningsrädsla hos omföderskor?”, ”Vilken anknytning har en tidigare negativ förlossningsupplevelse till förlossningsrädsla hos omföderskor?”, och ”Hur kan barnmorskan stödja den förlossningsrädda kvinnan?”. Inklusions och exklusionskrav har definierats för att begränsa forskningsområdet och få specifika svar på frågorna. Professor Katie Erikssons teori om lidande är teoretisk referensram för arbetet. Under analysen lyftes tre huvudteman upp. Dessa var: den mångskiftande förlossningsrädslan, den negativa förlossningsupplevelsen och det vårdande förhållandet. Utgående från dessa tre huvudteman indelade vi materialet till nio underrubriker vilka ytterligare beskriver resultatet av studien. I resultatet steg bland annat fram vikten av stöd hos den gravida kvinnan samt sambandet mellan en tidigare negativ förlossning och kejsarsnitt. Denna studie är ett projekt i samarbete med Arcada och kvinnosjukhuset.</p>	
Nyckelord:	Förlossningsrädsla, negativ förlossningsupplevelse, stödjande
Sidantal:	65
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Vård10
Tunnistenumero:	4112 & 4111
Tekijä:	Sophie Hellsten, Catherine Lempinen
Työn nimi:	Synnytyspelko uudelleensynnyttäjillä Kättilön rooli naisen tukena kärsimyksen lieventämisessä
Työn ohjaaja (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Toimeksiantaja:	HUS
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Synnytyspelko ei ole uusi ilmiö, mutta siihen hoitoa hakevien naisten määrä on kasvanut. Synnytyspelkoa kokevat sekä ensi- että uudelleensynnyttäjät. Synnytyspelosta kärsivistä suurin osa on uudelleensynnyttäjiä. Yksi tärkeimmistä osatekijöistä ovat edelliset negatiiviset synnytyskokemukset. Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus uudelleensynnyttäjien synnytyspelosta suhteessa negatiivisiin synnytyskokemuksiin. Lisäksi työ sisältää tutkimustuloksia kättilön roolista synnytyspelkoisen naisen tukena. Opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, joka perustuu 23 tutkimukseen Suomesta, Ruotsista, Norjasta, Britannian, Amerikasta, Canadasta ja Australiasta. Aineiston analyysimenetelmänä on käytetty Tuomi & Sarajärvi (2002) sekä Elo & Kyngäs (2007) sisällysluetteloa.</p> <p>Tämän tutkimuksen tavoite on saada laajempi tuntemus uudelleensynnyttäjien kokemasta synnytyspelosta ja sen yhteydestä aikaisempaan negatiiviseen synnytyskokemukseen. Tämän tiedon kautta kättilö voi parhaimmalla tavalla tukea synnytyspelkoista naista, ja siten myötävaikuttaa positiiviseen synnytyskokemukseen. Tutkimuksen tavoitteen saavuttamiseksi muotoiltiin seuraavat kolme tutkimuskysymystä: ”Mitkä ovat tuntomerkit synnytyspelosta uudelleensynnyttäjillä?”, ”Miten entinen negatiivinen synnytyskokemus liittyy synnytyspelkoon uudelleensynnyttäjillä?” ja ”Miten kättilö pystyy tukemaan synnytystä pelkäävää naista?”. Tutkimukseen tehtiin erilaisia inklusio- ja eksklusiokriteerejä, jotta tutkimukseen saataisiin mahdollisimman tarkka tulos. Teoreettisen viitekehyksenä tässä tutkimuksessa toimii Katie Erikssonin teoria kärsimyksestä. Analyysin aikana esiin nousi kolme pääteemaa. Nämä olivat: vaihteleva synnytyspelko, negatiivinen synnytyskokemus sekä hoitava suhde. Näiden otsikoiden alle jakautuivat lopulta aiheet yhdeksään eri aliotsikoihin, jotka paremmin kuvaavat tutkimuksen tulosta. Tuloso-suudessa tuli muun muassa esiin tukemisen merkitys raskaana olevalle naiselle sekä aiemman negatiivisen synnytyksen ja keisarileikkauksen yhteys. Tämä tutkimus on projekti yhteistyössä Arcadan ja Naistensairaalan kanssa.</p>	
Avainsanat:	Synnytyspelko, negatiivinen synnytyskokemus, tukeminen
Sivumäärä:	65
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Vård10
Identification number:	4112 & 4111
Author:	Sophie Hellsten, Catherine Lempinen
Title:	Fear of childbirth experienced by multiparous women Midwives supportive role to relieve suffering
Supervisor (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Commissioned by:	HNS
<p>Abstract:</p> <p>Fear of childbirth is not a new phenomenon, but the amount of women seeking care, has increased. The fear of childbirth can be experienced in both nulliparous and parous women. Most of the fearful women are primiparous or multiparous. One important contributing factor is a previous negative birth experience.</p> <p>This thesis is a qualitative study about the connection between fear of childbirth and previous negative birth experiences. In addition this thesis includes research results about the midwives supportive role to help the fearful woman. The thesis is a literature review made from 23 research articles from Finland, Sweden, Norway, Great Britain, USA, Canada and Australia. The data was analysed by inductive content analysis by the theory of Tuomi & Sarajärvi (2002) and Elo & Kyngäs (2007). The aim of this study is to obtain a greater knowledge of parous women's fear of childbirth and to explore the connection with previous negative birth experiences. Through this obtained information the midwife will be able to support the fearful women in the best possible way, and also strive to a positive birth experience. To achieve the goal of the studies we prepared three questions which were: "What distinctive features are common to women with fear of childbirth having their second or following childbirths", "What connection did a previous negative childbirth have on women having their forthcoming childbirths" and "How can a midwife support a woman with fear of childbirth". To get an adequate answer to our studies we have had to include and exclude some material. As a frame for the theoretical reference we have used Katie Eriksson's theory of suffering. During analysing three main themes came up. These were: The multifarious fear of childbirth, the negative childbirth experience and the caring relationship. Under these themes we divided the material into nine subcategories, which gives a more specific view into the results of the studies. Among the results was the impotency of support to the pregnant women, and the connection between a previous negative birth experience and caesarean section. These studies are project in collaboration with Arcada and the womenshospital.</p>	
Keywords:	Fear of childbirth, negative birth experience, support
Number of pages:	65
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

INNEHÅLL

1	INLEDNING	10
2	CENTRALA BEGREPP.....	12
3	BAKGRUND	13
3.1	Förlossningsrädsla.....	13
3.1.1	<i>Förlossningsupplevelsen.....</i>	<i>14</i>
3.1.2	<i>Konsekvenser av förlossningsrädsla.....</i>	<i>18</i>
3.1.3	<i>Vård av förlossningsrädsla.....</i>	<i>19</i>
4	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	20
5	DESIGN	21
6	TEORETISK REFERENSRAM.....	24
6.1	Lidandet	24
6.2	Lindrande av andras lidande.....	27
7	METOD	28
7.1	Den kvalitativa forskningsmetoden	28
7.2	Induktiv innehållsanalys	29
7.3	Datainsamling	30
7.3.1	<i>Inklusions och exklusionskriterier.....</i>	<i>32</i>
7.3.2	<i>Litteratursökning och valda artiklar</i>	<i>33</i>
7.4	Medvalda artiklar utifrån datainsamlingen	37
7.4.1	<i>Subsequent childbirth after a previous traumatic birth.....</i>	<i>37</i>
7.4.2	<i>An evaluation of midwives counselling of pregnant women in fear of childbirth</i>	<i>37</i>
7.4.3	<i>Fear of childbirth: mothers experiences of team-midwifery care – a follow up study.....</i>	<i>37</i>
7.4.4	<i>Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth.....</i>	<i>38</i>
7.4.5	<i>Swedish midwives perceptions of fear of childbirth</i>	<i>38</i>
7.4.6	<i>Changing the future to change the past: women's experiences of a positive birth following a traumatic birth experience.....</i>	<i>39</i>
7.4.7	<i>Prevalence and predictors of women's experiences of psychological trauma during childbirth.....</i>	<i>39</i>
7.4.8	<i>Birth Trauma - In the eye of the beholder</i>	<i>39</i>
7.4.9	<i>A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample</i>	<i>40</i>
7.4.10	<i>Women's fear of childbirth and preference for caesarean section-</i>	

	<i>a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden</i>	40
7.4.11	<i>Predictors of women's perceptions of the childbirth experience</i>	40
7.4.12	<i>Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study</i>	41
7.4.13	<i>Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland</i>	41
7.4.14	<i>Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history</i>	42
7.4.15	<i>Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women</i>	42
7.4.16	<i>Factors associated with fear of delivery in second pregnancies</i>	42
7.4.17	<i>Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth</i>	43
7.4.18	<i>Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy</i>	43
7.4.19	<i>Does a traumatic birth have an impact on future reproduction</i>	44
7.4.20	<i>Förlossningsrädsla - med fokus på kvinnors upplevelse av att föda</i>	44
7.4.21	<i>A longitudinal survey of childbirth - related fear and associated factors</i>	44
7.4.22	<i>Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in cohort of Australian women</i>	45
7.4.23	<i>The influence of women's fear, attitudes and believes of childbirth on mode and experience of birth</i>	45
8	ETISKA REFLEKTIONER	46
9	RESULTAT	48
9.1	Den mångskiftande förlossningsrädslan	49
9.1.1	<i>Kännetecknen för förlossningsrädsla hos omfödernkor</i>	50
9.1.2	<i>Uttrycksformer och emotionella aspekter av förlossningsrädslan</i>	50
9.1.3	<i>Konsekvenser av förlossningsrädslan</i>	51
9.1.4	<i>Kvinnans sätt att hantera rädslan</i>	52
9.2	Den negativa förlossningsupplevelsen	52
9.2.1	<i>Orsaker till en negativ förlossningsupplevelse</i>	52
9.2.2	<i>Kvinnans upplevelse av en tidigare negativ förlossning</i>	53
9.3	Det vårdande förhållandet.....	53
9.3.1	<i>Tillfredsställelse med vården</i>	53
9.3.2	<i>Vårdförhållandet mellan kvinnan och barnmorskan</i>	54
10	DISKUSSION	54
11	KRITISK GRANSKNING	57
12	AVSLUTNING	59

Källor.....	60
Bilagor	65
Bilaga 1	65
Bilaga 2	70

FIGURER

Figur 1. Design	23
Figur 2. Resultatindelning	49

TABELLER

Tabell 1. Manuell sökning	32
Tabell 2. Litteratursökning	36

1 INLEDNING

Graviditet och förlossning är betydelsefulla händelser i en kvinnans liv. Kvinnor upplever både glädje och förväntan, men också oro och ängsla. Hos en del kvinnor blir oron för stor och tar därefter över. Detta uttrycks i förlossningsrädsla. Förlossningsrädsla har blivit ett allt större problem inom förlossningsvården och kvinnor upplever rädslan som ett svårt lidande. Förlossningsrädslan för också med sig olika slags risker för både kvinnan och barnet. Kvinnor med förlossningsrädsla kan delas in i två olika grupper: kvinnor med primär förlossningsrädsla och kvinnor med sekundär förlossningsrädsla. Primär förlossningsrädsla är en rädsla, som börjar före kvinnan fött sitt första barn. Sekundär förlossningsrädsla utvecklas efter en traumatisk förlossningsupplevelse, och förekommer hos omfödorskor. Den största gruppen av förlossningsrädda kvinnor utgörs av omfödorskor (Berg & Lundgren 2004: 155-157).

Förlossningsrädsla är idag ett aktuellt ämne som ofta behandlas i medierna. Antalet kvinnor som söker vård för förlossningsrädsla har ökat, men förekomsten av rädsla har inte ökat. Detta kan bero på att kvinnor i dagens samhälle lättare erkänner sin oro (Sjögren 2003: 29-32). Förlossningsrädsla som beror på kvinnans tidigare förlossningserfarenheter är en del av forskningsområdet som är mindre undersökt (Nilsson 2012: 32). Vårt intresse för att sätta in oss i denna del av ämnet och studera det djupare, väcktes. Vi har för avsikt att börja arbeta som barnmorskor och därför vill vi få mera kunskap och praktiska råd om hur vi på bästa möjliga sätt kan stöda förlossningsrädda kvinnor, och därmed sträva till en positiv förlossningsupplevelse för varje kvinnan.

Vårdande av den förlossningsrädda kvinnan är för barnmorskan en utmanande uppgift, som kräver både professionalitet, respekt och öppenhet gentemot kvinnan (Berg & Lundgren 2004: 174). Förlossningsrädsla är ett viktigt ämne, eftersom dessa kvinnor upplever ett stort lidande och konsekvenserna av detta kan vara betydande (Berg & Lundgren 2004: 159). För omfödorskor handlar lidandet om att den kvinnliga självkänslan sjunkit och kvinnan känner en större osäkerhet inför kommande förlossning. Rädslan att uppleva en liknande händelse på nytt är stor, och detta kan beskrivas som att för-

lossningsupplevelsen varit traumatiserande (Berg & Lundgren 2004: 169). Däremot kan en positiv förlossningsupplevelse läka kvinnans förlossningsrädsla (Berg & Lundgren 2004: 174).

Saisto refererar till Berit Sjögren i artikeln ”Synnytyspelot ja niiden hoitaminen” om att det i Finland inte finns några egentliga vårdriktiv om hur förlossningsrädda kvinnor skall vårdas. Olika sjukhus har lagt upp sina egna vårdmodeller för vården av förlossningsrädsla. I Sverige däremot har det utvecklats en stegvis framskridande vårdmodell, där specialutbildade läkare och barnmorskor vårdar kvinnor med förlossningsrädsla, för vilka mödrarådgivningens stöd inte är tillräckligt (Saisto 2000: 1486). Rouhe et al. poängterar att vården av kvinnor på poliklinik för förlossningsrädsla i Finland är mycket lik vården i Sverige. Däremot finns inga nationella direktiv om vården för förlossningsrädsla, utan vården planeras enligt sjukhus. Rouhe et al. menar att vården dock kan antas vara liknande runt om i Finland tack vare landsomfattande utbildning för vård av förlossningsrädsla (Rouhe et al. 2013:169).

Vi hoppas att vår studie kommer att bidra med ny och djupare kunskap om hur förlossningsrädsla påverkar kvinnan och vilken betydelse tidigare förlossningsupplevelser har för utvecklandet av förlossningsrädsla. Vi hoppas även att studien bidrar med viktig kunskap om vad som kan göras för att undvika en negativ förlossningsupplevelse och hur vården för förlossningsrädda kvinnor kunde utvecklas.

I denna studie kommer vi att använda ordet ”forskning” för tidigare undersökningar och ordet ”studie” för detta examensarbete. Ordet ”kvinna”, ”föderska” och ”moder” kommer att användas parallellt i arbetet. Orden ”vårdare” och ”barnmorska” används även parallellt. Vi har valt att i denna studie använda både orden ”traumatisk” och ”negativ”, vilka beskriver en otillfredsställande förlossningsupplevelse. Ordet ”omföderska” används i denna studie för en kvinna med erfarenhet av en eller flera förlossningar.

Detta examensarbete är ett projekt i samarbete med Arcada och Kvinnohuset.

2 CENTRALA BEGREPP

- ❖ Trauma= en bestående psykisk skada hos person, förorsakad av skrämmande, tragisk eller på annat sätt uppskakande händelse (Svenska Akademiens ordbok 2013).
- ❖ Postpartum = efter barnafödande (Oxford English Dictionary 2013).
- ❖ Team - midwifery = en vanlig vårdform i bl.a. Storbritannien, som går ut på att kvinnan under hela graviditeten vårdas av en grupp barnmorskor (5-6 st.), och då kvinnan skall föda, vårdas hon av någon av dessa barnmorskor (Berg & Lundgren 2004: 21-22).
- ❖ Lidande = någonting negativt eller ont, någonting som ansätter människan. Någonting som människan måste leva med, något som hon utsätts för. Att lida kan också innebära en kamp eller någonting konstruktivt eller meningsbärande, en försoning. Idag har begreppet lidande ersatts med termer som smärta, ångest och sjukdom (Eriksson 1994: 19-21).
- ❖ Prematur= barn födda före graviditetsvecka 37 (Hoidokki 2013)
- ❖ Instrumentell förlossning = instrument används för att underlätta huvudets framfödande i utdrivningsskedet. Dessa är förlossningstång och vakuumentraktor (sugklocka) (Nationalencyklopedin 2013).
- ❖ Obstetrik = förlossningskonst (Svenska Akademiens ordbok), relaterat till förlossning och processen som tillhör den (Oxford English Dictionary 2013).
- ❖ Elektiv = i förväg utvald; elektiv kirurgi innebär ett kirurgiskt ingrepp som görs vid ett i förväg bestämt tillfälle, dvs. inte i en akut situation (Nationalencyklopedin 2013).

3 BAKGRUND

För att fördjupa oss i ämnet har vi läst artiklar, böcker och forskningar inom området. Som bakgrundlitteratur till detta arbete har vi använt den finska läroboken "Kätilötyö" och böckerna "Att stödja och stärka: Vårdande vid barnafödande" och "Kun synnytys pelottaa". Dessutom har vi använt forskningsartiklar, aktuella artiklar från dagstidningar och internet.

För att läsaren skall få en djupare förståelse om de ämnen som behandlas i arbetet, kommer vi inledningsvis att presentera fakta om förlossningen som upplevelse, förlossningsrädsla och den vård, som idag kan ges åt kvinnor som lider av förlossningsrädsla.

3.1 Förlossningsrädsla

Rädsla är en medfödd känsla hos människan. När rädslan blir för intensiv eller förekommer i onormala situationer, klassificeras den som en psykisk störning (Paananen et al. 2012:419).

En stor del av kvinnor känner någon slags nervositet eller spänning inför kommande förlossning. Man talar om förlossningsrädsla då denna nervositet blir mycket intensiv och fokuseras till själva förlossningshändelsen (Paananen et al. 2012:419). Enligt Rouhe et al. kan förlossningsrädsla beskrivas som ett tillstånd, där kvinnans tankar om den kommande förlossningen orimligt belastar vardagslivet, och där känslor av nervositet och ångest uppkommer. Svår förlossningsrädsla kan påverka kvinnans familjeliv och yrkesliv. Dessutom förhindrar rädslan kvinnans möjlighet till normal förberedelse inför förlossningen (Rouhe et al. 2013: 106).

Enligt uppskattning lider 6-25% av alla gravida kvinnor av förlossningsrädsla. Det finns stora skillnader i statistiken över antalet kvinnor, som lider av förlossningsrädsla. Detta beror främst på att ämnet har studerats med många olika forskningsmetoder, och det har visat sig svårt att utarbeta ett adekvat mätinstrument för att mäta rädsla. Förlossningsrädsla kan indelas i två olika typer av rädsla. *Primär förlossningsrädsla* drabbar främst förstföderskor. Denna rädsla kännetecknas av att kvinnan lider av en

så stark rädsla inför förlossningen att hon kanske inte vågar bli gravid. Förlossningsrädslan kan börja redan innan kvinnan blivit gravid. Orsaker kan vara bl.a. psykiska eller sociala problem, rädsla för smärta eller rädsla inför föräldraskap. *Sekundär förlossningsrädsla* uppstår som följd av en tidigare traumatisk förlossningsupplevelse. Förlossningsupplevelsen är alltid en subjektiv upplevelse och även en kliniskt normal förlossning, kan upplevas som traumatisk av kvinnan (Paananen et al. 2012:420).

Det finns många olika orsaker till förlossningsrädsla. Kvinnan kan ha upplevt händelser i sitt liv, som antingen påverkar positivt eller negativt på hennes självförtroende och tillit över förmåga att föda barn. Förstföderskor kan ha rädslor över att något ont kommer att hända. Hos omföderskor är en tidigare negativ förlossningsupplevelse en faktor, som starkt påverkar rädslan (Paananen et al. 2012:420).

Relationen mellan mannen och kvinnan och mannens inställning till förlossningen har visat sig ha stor betydelse för uppkomsten av förlossningsrädslan. Kvinnor med förlossningsrädsla har oftare även ångestsyndrom (Berg & Lundgren 2004:158). Förlossningsrädda kvinnor är överlag mera sårbara och känsliga för smärta (Paananen 2012: 420). Saisto fann i sin forskning att kvinnor med förlossningsrädsla hade svag smärttolerans även i andra situationer än i förlossningen (Saisto 2001:58).

Utifrån psykosociala faktorer, t.ex. brist på socialt stöd, otillfredsställelse med parförhållandet och dåligt självförtroende, kan man i viss mån uppskatta om kvinnan ligger i risk för att utveckla förlossningsrädsla (Saisto 2001:60). Rädsla under en normal graviditet och rädsla för vaginal förlossning har samband med kvinnans allmänt upplevda ångest, otillfredsställelse med livet och oförmåga att vänja sig till en ny och utmanande livssituation. Även partners tillfredsställelse med livet och relationen till kvinnan anses påverka hur kvinnan upplever rädsla och ångest i samband med förlossning (Saisto 2001: 58).

3.1.1 Förlossningsupplevelsen

Att föda barn kan beskrivas som en personlig, intim, intensiv och mångfacetterad upplevelse. Det är en upplevelse som stannar i kvinnans minne länge, ibland för evigt (Berg & Lundgren 2004: 50).

Förlossningsupplevelsen kan för vissa kvinnor vara mycket positiv, medan den för andra kan vara starkt traumatiserande. Forskning har visat att förlossning och graviditet är viktiga livshändelser för kvinnan och att stöd är en av de viktigaste faktorerna, för att kvinnan skall uppleva förlossningen som positiv (Berg & Lundgren 2004: 105- 106). Förlossningsupplevelsen kan även beskrivas som en del av ett ”förlösande möte”, vilket innefattar både graviditet och förlossning. Denna händelse kan från kvinnans synvinkel beskrivas som ett möte med sig själv och barnmorskan. I mötet upplevs både *stillhet* och *förändring*. Stillhet symboliserar för kvinnan att bli mött som den hon är och att bli mött med respekt, att möta sin livssituation och det oundvikliga. I relation till kvinnan tar barnmorskan rollen som en *förankrad följeslagare*. Detta innebär att barnmorskan lyssnar på kvinnan, förstår hennes situation, är tillgänglig och delar ansvaret av förlossningen. Förändringen symboliserar övergången till det okända. I början av graviditeten kan det finnas en längtan till det okända, medan det inför förlossningen kan uppstå rädsla och tveksamhet inför det. Förändringen innebär även en övergång till moderskap (Berg & Lundgren 2004: 109-112).

Göteborg universitet publicerade år 2002, Christina Nilssons forskning ”Förlossningsrädsla – en litteraturstudie” som berättar om kvinnors upplevelse av rädsla inför barnafödande. Utifrån kvinnornas beskrivningar kunde man komma fram till följande teman.

- en känsla av fara som hotar och lockar
- en påverkad självbild
- undvika rädsla
- känna sig fången
- att känna sig ensam

Uppbyggnaden i kvinnornas upplevelse av att vara rädd för att föda kunde beskrivas som en försvagad kvinnlig självkänsla hos kvinnan. Med detta menas kvinnans egen uppfattning om sig själv som föderska, och självförtroende och tro till den egna förmågan att föda barn.

I temat: *en känsla av fara som hotar och lockar*, kunde upplevelsen av en kommande förlossning beskrivas som en oro eller ett hot som hela tiden närmar sig och ständigt hänger över en. Hotet påverkar kvinnan i sitt dagliga liv med hjälp av humörsvängningar och tankspriddhet. Hotet kan också uttrycka sig fysiskt som till exempel med smärtor i magen, hög puls och sämre sömn. Dessa kan dessutom leda till att rädslan inför förlossningen ökar ytterligare. Fara som lockar består av en lockelse av att föda barn, en drivkraft att vilja uppleva en positiv förlossning fastän tidigare förlossning varit traumatisk. Faran tvingar kvinnan att handla eftersom hon inte längre står ut med situationen att alltid leva i rädsla. Så hon försöker hitta ett sätt att bearbeta sin rädsla och ta reda på vad den handlar om. Detta gör den mera tolerabel. Samtalet med barnmorskan är därför viktig och beskrivs som betydelsefull och ger stöd och trygghet i lockelsen att föda och en möjlighet att höja sina kunskaper angående födandet (Nilsson 2012).

Temat *en påverkad självbild* berättar om kvinnor, som tidigare haft en svår förlossningsupplevelse och/eller är rädda för att föda barn, vars självförtroende påverkas på ett negativt sätt. Kvinnan känner inte längre igen sig i vissa känslor och reaktioner. Detta gör att hennes självbild påverkas och en känsla av osäkerhet uppstår. Då självuppfattningen ändras känner sig kvinnan mer utsatt och sårbar. Då är det vanligt att hon börjar beskylla sig själv, och detta förstärker rädslan. Kvinnor med en tidigare svår förlossningsupplevelse beskriver sina känslor som misslyckande och besvikelse mot sig själv. Kvinnan lägger skulden på sig själv och ger egna personlighetsdrag som förklaring till varför förlossningen blev som den blev. Detta har en negativ påverkan på kvinnans självkänsla. Omfödern beskriver att de inte längre känner igen sig själva och att den tidigare negativa förlossningen gett dem skuldskänslor speciellt i relationen till barnet. Då man exempelvis för stunden lagt skulden av smärtan på det nyfödda barnet. Kvinnan uppfattar sig också som avvikande, sämre och svagare än andra kvinnor. Detta skapar ytterligare osäkerhet, skuld och skam (Nilsson 2012).

I temat att *undvika rädsla* beskriver kvinnorna sina olika strategier hur de försöker undvika att komma i för nära kontakt med förlossningsrädsla på grund av att de starka känslor de väcker. Kvinnorna beskriver detta som om de försöker stänga av eller tränga undan de jobbiga tankarna och minnena. De undviker också att prata om rädslan och detta

gör att ensamhetskänslan växer. Många funderar att välja kejsarsnitt som förlossnings sätt för att på det sättet undvika att möta rädslan (Nilsson 2012).

Temat *att känna sig ensam* beskriver kvinnornas upplevelse av att de inte fått stöd och förståelse för sin rädsla av omgivningen. Därmed känner de sig ensamma med sin rädsla. Kvinnorna upplever det som svårt att prata om sin rädsla på grund av att de upplever sig själv som udda och avvikande i jämförelse med andra människor. De beskriver att det inte respekteras av omgivningen att vara rädd att föda och att man inte skall klaga. Detta framkallar en känsla av osäkerhet och kvinnorna upplever sig därefter som svagare och sämre än andra. Kvinnorna upplever heller inte att de får ett större stöd av personalen på mödrahälsovården eller inom förlossningsvården och personalen där beskrivs som undvikande i sina attityder och oförstående inför mödrarnas rädsla. Ensamheten spelar också här en stor roll men kan brytas genom stödet av partnern och med hjälp av diskussion. Andra viktiga personer till kvinnan kan också fungera i partnerns roll som stödjande person. Exempelvis kvinnans mamma eller nära vänner (Nilsson 2012)

För att sammanfatta detta kan kvinnor med förlossningsrädsla uppleva alla dessa teman av känslor, och är i behov av mycket stöd under graviditeten och förlossningen. En mycket central faktor är upplevelsen av den tidigare förlossningen. En försvagad kvinnlig självkänsla berättar oss att förlossningsrädslan påverkar kvinnan på en djup nivå. Kvinnan försöker uppfylla sina egna och andras förväntningar, och om detta inte lyckas rubbas kvinnans självkänsla och ger henne tanken om att hon har misslyckats, är svagare och sämre än andra kvinnor. Kvinnorna känner osäkerhet för den egna förmågan att föda barn och rädsla för sina egna reaktioner under och efter förlossningen, även framför övergången till moderskap. Kvinnans självkänsla påverkas också av många andra saker än förlossningen och rädslan inför den. Andra faktorer som påverkar självkänslan kan vara uppväxtförhållandena, relationer, yrkeslivet och ens egen upplevelse av födande och föräldraskap. Tidigare studier har visat att låg självkänsla kan förknippas med förlossningsrädsla. Förstföderskor och omföderskor är båda rädda för att inte bli väl behandlade av personalen under förlossningen eller att smärtan skall bli så stark att man inte kan stå ut med den. Kvinnan är också rädd för att förlora kontrollen, föra att relationen mellan en själv och barnet blir störd, för psykisk sjukdom, barnets hälsa och för att tidigare känslor och upplevelser skall hoppa upp i minnet. Förstföderskor känner också

rädsla för att brista eller måsta klippas i mellangården under förlossningen samt för sina egna men också sin partners reaktioner under förlossningen. Samt hur det kommer att påverka deras parförhållande i framtiden. Många kvinnor upplever ändå graviditeten som något positivt som stärker identiteten. I forskningar som utförts på kvinnor som var nöjda med sin förlossningsupplevelse beskrev kvinnorna det positivt och tyckte att förlossningen medverkade till deras självförtroende och självkänsla (Berg & Lundgren 2004: 160-169).

3.1.2 Konsekvenser av förlossningsrädsla

Förlossningsrädsla kan göra att risken för akuta förlossningskomplikationer och akuta kejsarsnitt ökar vid födseln. En traumatisk upplevelse, akut kejsarsnitt eller förlossning med hjälp av sugklocka eller tång ökar också risken för kvinnan att utveckla PTSD, det vill säga posttraumatiskt stressyndrom. Samband har också hittats mellan svår förlossningsrädsla under graviditeten och så kallad ”pre”-traumatisk stress och uppkomsten av PTSD (post traumatisk stress syndrom) efter förlossningen. Med pre-traumatisk stress menas att kvinnan som är på väg att möta en påfrestande händelse kan visa samma symptom som ofta förekommer efter en traumatisk händelse (Berg & Lundgren 2004: 157-158).

Förlossningsrädsla kan vara så stark att den påverkar hela kvinnans graviditetstid. Olika symptom som kan förekomma är t.ex. rädsla, ångest och depressivitet. Dessa symptom blir ofta ouppmärksammade. En orsak kan vara att dessa kvinnor deltar mera sällan i förlossnings- och familjeförberedelsekurser (Paananen et al. 2012:419). Saisto poängterar att förlossningsrädda kvinnor ofta känner skam över känslor av rädsla och ångest inför förlossningen (Saisto 2001:58).

I Finland föds 15-16% av alla barn med kejsarsnitt. Orsakerna till kejsarsnitt kan vara många. Kejsarsnitt kan utföras både som brådskande och akut. Ett brådskande kejsarsnitt utförs då modern eller barnet oftast inte för stunden är i fara. Akut kejsarsnitt görs endast då barnet måste födas omedelbart. Bara 1 % av alla förlossningar slutar i akut kejsarsnitt. Kejsarsnitt kan också utföras som planerat. De vanligaste orsakerna till detta är då fostret är i sätesläge (fostret har inte vänt sig med huvudet ner utan är på väg att

födas med bakdelen före), tidigare kejsarsnitt, fostrets stora storlek och förlossningsrädsla (Rouhe et al. 2013:83)

En del kvinnor har redan före graviditetens början och under graviditeten en stark åsikt av att de inte vill föda vaginalt utan hellre vill föda med kejsarsnitt. Rouhe et al. poängterar 5 % av kvinnorna som förlöser via kejsarsnitt får allvarliga komplikationer och därför skall valet av kejsarsnitt göras med noga omtanke (Rouhe et al. 2013: 93-94).

Amningen startar senare för kvinnor som fött med hjälp av kejsarsnitt än hos de kvinnor som fött vaginalt. Detta eftersom efter en vaginal förlossning lyfts barnet genast upp på moderns bröst, där barnet nästan genast börjar suga. Detta sätter hos kvinnor igång mjölkutsöndringen 1-2 dygn tidigare än hos de kvinnor som föder med kejsarsnitt. På grund av smärtor kan kvinnor som fött med kejsarsnitt också ha problem med mjölkutsöndringen och ha svårare att hitta en lämplig ställning inför ammandet (Rouhe et al. 2013: 92).

European Journal of Public Health berättar att mödradödligheten är 2-4 gånger högre vid kejsarsnitt än vid en normal förlossning. Hos nyfödda är dödligheten två gånger högre i jämförelse till en normal förlossning (Lundberg 2013).

En annan komplikation som förlossningsrädsla kan bidra till är utvecklingen av pre-eklampsi, dvs. graviditetsförgiftning genom förhöjt blodtryck. Vid rädsla ökar sekretionen av adrenalin och kortison i kroppen och detta leder till att oksitosinsekretionen minskar, vilket i sin tur leder till att sammandragningarna försvagas och förlossningen förlängs. Oksitosin är ett hormon i kroppen som främjar och uppehåller sammandragningarna. En förlängd förlossning kan i värsta fall orsaka syrebrist hos fostret (Paananen et al. 2012: 420).

3.1.3 Vård av förlossningsrädsla

Det är mycket viktigt att känna igen de kvinnor som lider av förlossningsrädsla eftersom konsekvenserna av kvinnans lidande kan vara mycket betydande. Förlossningsrädsla går att behandla då kvinnan är motiverad och vill överkomma sin rädsla. Behandlingen består av både psykologisk behandling och olika typer av obstetriska och anesthesiologiska

åtgärder. Exempel på detta kan vara planerad igångsättning av förlossningen eller en smärtlindring som är individuellt anpassad för kvinnan. Den gravida kvinnan möter en barnmorska för att diskutera sin rädsla och för att få information om förlossningen. Samtalet skall därmed fungera pedagogiskt stödjande för kvinnan. Ett besök på förlossningsavdelningen ingår också ofta. Målsättningen med verksamheten är att kvinnan skall få känna att hon föder i trygghet oberoende av vad förlossningssättet blir (Berg & Lundgren 2004:159).

Då rädslan tar över och kvinnan bestämmer sig för att hellre föda med kejsarsnitt bör man i detta skede diskutera sin rädsla med sakkunnig vårdpersonal. Förlossningssjukhusen har inte alltid möjlighet att ta emot kvinnor som inte ännu är gravida och lider av förlossningsrädsla. Av sin egen läkare skall kvinnan alltid få vård. Då graviditeten redan är igång är det viktigt att kvinnan på mödrarådgivningen tar upp sin rädsla inför förlossningen och ett önskat kejsarsnitt, med vårdaren. Då kan vårdaren göra en remiss till förlossningssjukhuset. På mottagningen för förlossningsrädsla är det meningen att kvinnan får prata om förlossningen och sin rädsla inför denna samt andra saker som kan vara kopplade till situationen. Situationen är inte till för att pressa kvinnan till att föda vaginalt. Många kvinnor önskar som sagt ett elektivt kejsarsnitt i början av sin graviditet, men med hjälp av god vård är det många som med tiden ändrar sig och därefter föder vaginalt. Om kvinnan fått vård för förlossningsrädsla men trots det känner att det vore omöjligt att föda vaginalt är kejsarsnitt ett alternativ. Ingen skall tvingas att föda vaginalt. Det viktigaste är att kvinnan får en god förlossningsupplevelse oberoende av förlossningssätt (Rouhe et al. 2013:94).

4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med studien är att få en ökad kunskap om förlossningsrädsla, och dess samband med en tidigare traumatisk förlossningsupplevelse hos omfödorskor. Genom detta får barnmorskan mera information om hur föderskan kan stödas på bästa möjliga sätt.

För att nå syftet i studien utarbetades följande frågeställningar:

1. Vad kännetecknar förlossningsrädsla hos omföderskor?
2. Vilken anknytning har en tidigare traumatisk förlossningsupplevelse till förlossningsrädsla hos omföderskor?
3. Hur kan barnmorskan stödja den förlossningsrädda kvinnan?

5 DESIGN

Arbetsprocessen började med att möjligheten att delta i kvinnoprojektet presenterades åt skribenterna. Olika alternativa ämnen inom projektet övervägdes. Därefter valdes att delta i den del av projektet som behandlar förlossningsrädsla. Idé till studien utvecklades genom skribenternas eget intresse för ämnet och aktuella nyheter i medier om förlossningsrädsla som en ökande trend. Då väcktes intresset att studera förlossningsrädsla och samband med möjliga bidragande faktorer. Efter en kort allmän litteratursökning och läsning av bakgrundslitteratur, visade det sig att forskningsområdet var stort och vi måste begränsa oss till ett visst område inom ämnet. Vi valde att koncentrera oss på omföderskor. I detta samband kom det även fram att tidigare negativa förlossningserfarenheter är en av de viktigaste bidragande faktorer för förlossningsrädsla hos omföderskor.

Utifrån dessa beslut började studiens syfte och frågeställningar utformas. Syftet blev att få en ökad kunskap om förlossningsrädsla hos omföderskor och vilken anknytning den har med tidigare negativa förlossningsupplevelser. Viktigt ansågs även hur barnmorskan på bästa möjliga sätt kan stöda kvinnan med förlossningsrädsla.

De centrala begreppen för studien valdes och definierades. Dessutom kompletterades dessa begrepp under skrivprocessen. Som bakgrundslitteratur valdes forskning och annan litteratur som ansågs relevant för ämnet.

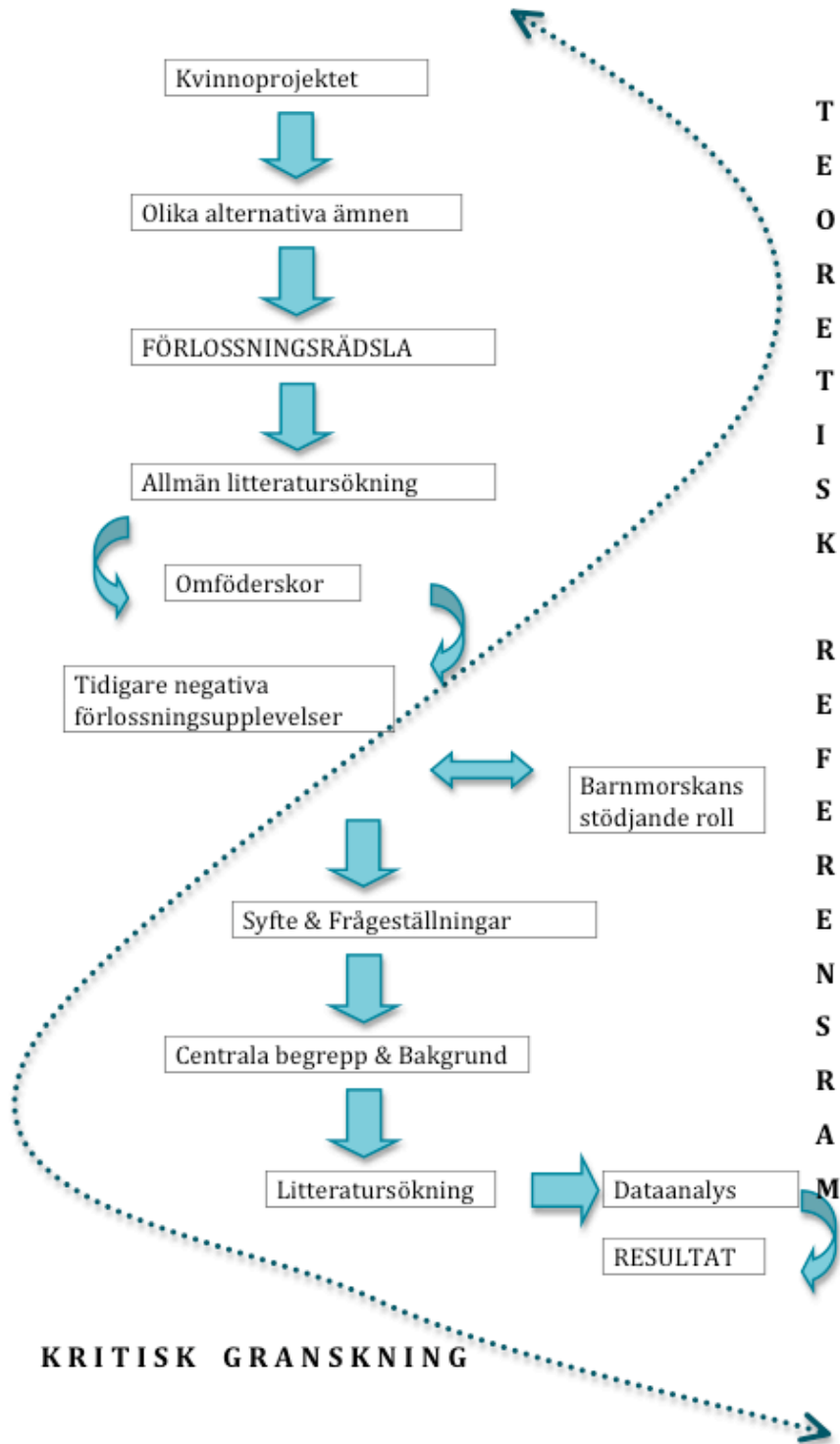
Studien valdes att göras som en litteraturstudie eftersom forskningsområdet var brett och mycket forskning inom området var redan gjort. Därför valde vi att sammanställa de viktigaste forskningsresultaten. Synvinkeln ”förlossningsrädsla hos omföderskor och sambandet med tidigare negativa förlossningsupplevelser” valdes på grund av att det inte fanns så mycket forskning inom detta specifika område.

Som teoretisk referensram valdes Professor Katie Erikssons teori om lidande. Efter att ha läst bakgrundslitteratur kom vi fram till att förlossningsrädsla orsakar ett stort lidande hos föderskan och därför passar teorin in i denna studie.

Utifrån de bestämda inklusions- och exklusionskriterierna gjordes den egentliga litteratursökningen på databaserna Cinahl, PubMed och Academic Search Elite, under en tidsperiod på tre veckor. Som sökord användes "Birth experience AND Traumatic", "Birth AND negative AND experience", "Traumatic birth", "Fear childbirth" och "Fear of childbirth". Litteratursökningen som process är presenterad i en tabell på sidorna 33-36.

Som dataanalysmetod valdes kvalitativ induktiv innehållsanalys enligt Tuomi & Sarajärvi (2002) och Elo & Kyngäs (2007). Metoden valdes för att tydligt kategorisera och analysera materialet.

Materialet lästes noggrant igenom av båda skribenterna och meningsfulla uttryck och begrepp understreckades. Efter detta gjordes färgkodning av begrepp där likheter och olikheter i materialet steg fram. Genom dessa bildades olika kategorier som benämndes med sammanfattande rubriker. Analysen resulterade i tre olika huvudrubriker med flera underrubriker. Resultatet vi kom fram till svarade på studiens syfte och frågeställningar.



Figur 1. Design

6 TEORETISK REFERENSRAM

I denna studie har vi valt att använda vårdteoretiker Katie Erikssons teori om lidande som teoretisk referensram. Som litteratur användes Katie Erikssons bok ”Den lidande människan”. I boken lyfter hon bland annat fram att vårdens primära uppgift är att hjälpa den lidande människan och att med alla medel lindra lidande hos andra. Detta passade bra ihop med vårt arbete där stödandet av den lidande kvinnan är centralt.

6.1 Lidandet

Lidandet upplevs på olika sätt hos varje människa och kommer därför att alltid framstå som en gåta för andra människor. Frankel (1974) tar upp att människans förmåga att känna lidande är livsviktig. Lidande som också är en form av smärta kan vara en varningssignal för både fysisk, psykisk och på andra plan då något är på tok. Därmed kan den skydda människan mot psykisk stelhet och apati. Den som försöker dränka sig i sitt lidande, kanske försöker förneka en händelse men kan ändå aldrig undanröja orsaken till detta (Eriksson 1994: 13-14).

Begreppet lidande har med åren börjat försvinna och numera ersatts av ord som smärta, sjukdom och ångest. Katie Eriksson menar dock att orden smärta och lidande inte har samma betydelse. Eftersom det kan finnas ett lidande där ingen smärta finns och tvärt om ingen smärta där lidande finns. Att lida har en liknande betydelse som ordet lidande, det vill säga pinas, våndas, plågas, eller ha ont. Att lida är något man kämpar och står ut med (Eriksson 1994: 19-22).

Människan uppnår livsvisdom och harmoni efter att ha upplevt lidande och kärlek och kan därefter se sig själv som hel. Som helhet menas människans varande i oskiljaktiga delar, kropp, själ och ande. Ett outhärdligt lidande kan lamslå människan och därmed hindra oss från att växa. Lidandet kan uppfattas i tre olika nivåer som också överstämmer med hälsans nivåer. Det kan upplevas i 1. Att ha ett lidande 2. Att vara i lidande

och 3. Att varda i lidande. Dessa kan förklaras på följande sätt. *Att ha ett lidande* betyder att man är främmande mot sig själv, sina egna begär och möjligheter. Detta betyder att man då blir styrd av yttre omständigheter. *Att vara i lidande* betyder att man söker något mer enhetligt. Man upplever då ofta oro i en till synes rofull omställning. En ständigt oro som driver människan. *Att varda i lidandet* kan ses som en kamp mellan det positiva och negativa, hopp och hopplöshet, liv och död. Om människan vinner denna kamp leder det till att människan finner meningen i sitt lidande (Eriksson 1994: 63-65). Att finna sätt för att lindra/göra slut på lidande i vården kan ses som en av de största utmaningarna. Lidandet i vården kan delas in i tre sorters lidande: 1. *Sjukdomslidande* 2. *Vårdlidande* och 3. *Livslidande*. Med sjukdomslidande avses det lidande som människan upplever i samband med sjukdom och dess behandling. Vårdlidande är det lidande som upplevs i samband med själva vårdssituationen. Och livslidandet är det lidande som människan själv upplever i samband med sitt eget liv. Människans insikt i ensamheten och att leva eller inte leva (Eriksson 1994: 82-83).

6.1.1 Vårdlidande

Katie Eriksson tar upp i sin bok "Den lidande människan" (1994) Florence Nightingales tankar om hur människans upphov till lidande uppstår av ensamhet, osäkerhet och räds-la inför överraskningar. Lidande är därmed inte ett svar på sjukdom utan uppstår av otillräcklig vård. Vårdlidandet kan ytterligare indelas i olika former av lidande. Detta eftersom allt lidande som förorsakats av den vård man fått eller inte fått upplevs olika av alla människor. Dessa kategorier är: 1. *Kränkning av patientens värdighet*, 2. *Fördö-melse och straff*, 3. *Maktutövning*, 4. *Utebliven vård* (Eriksson 1994: 86-87).

Kränkning av patientens värdighet och personens värdighet som människa. Detta är den vanligaste formen av vårdlidande. Med kränkande av människans värdighet menar Katie Eriksson att man borttar personens möjlighet att fullt och helt vara människa, samt minskar personens möjligheter att använda sig av ens egna inre hälsoresurser. Exempelvis direkta och konkreta handlingar som t.ex. respektlöshet då man blir tilltalad eller vårdslöshet då vårdpersonalen förväntas skydda patienten vid intima vårdåtgärder och då patienten ställer personliga frågor. Genom att visa bristande etisk hållning samt via att inte lägga märke till personen eller ge denna en plats orsakar man också kränkning.

Eriksson menar att alla människor i grund och botten har samma värde och värdighet samt en egen uppfattning om sin värdighet. Då en person borttas sitt ansvar fråntas han/hon med det samma av sin värdighet. Till mänskliga värdigheter hör också människan rätt att skydda sig för ingrepp och dess frihet till självbestämmande rätt. Trovärdighet framkommer också i vården då man som patient blir tagen på allvar av vårdpersonalen. Alla människor upplever sitt värde olika, exempelvis kan patienten känna sig värdelös på grund av skam och skuld eller tack vare vårdpersonalens seende på patienten och deras bedömning av dess värde. Alla former av kränkning av patientens värdighet innebär därför ett lidande för patienten. Vårdpersonalens uppgift blir därför att stoppa alla former av kränkning och ge patienten möjligheten att uppleva sin fulla värdighet. Genom att ge varje patient individuell vård bekräftar man då deras värdighet (Eriksson 1994: 87-91).

Fördömelse och straff är starkt kopplat med kränkning av människans värdighet. Alla har en uppfattning om hurudan en idealpatient är, detta gör att de som inte håller sig inom dessa ramar kan bli fördömda. Straff och fördömelse går ofta hand i hand. Att ge karitativ vård eller att ignorera patienten kan ses som ett sätt att straffa. Detta kan vara exempelvis då vårdpersonalen låter bli att göra något för patienten som kränker personens värdighet. Detta är en djupt förnedrande sak för patienten (Eriksson 1994: 91).

Maktutövning, att använda makt är ett sätt att skapa lidande för någon annan. Att använda makt är att tvinga någon till något man inte skulle göra själv av fri vilja. Maktutövningen kan ske direkt eller indirekt. Ett exempel på att utöva makt är att inte ta patienten på allvar, detta ger den andra en känsla av att vara maktlös. Ett annat exempel kan vara att man tvingar patienten att göra saker den egentligen inte skulle orka med och därmed tar ifrån patienten dess rätt att få vara patient. Ett mera indirekt sätt att utöva sin makt som vårdare uppkommer i deras attityder, detta kan göra att patienten tvingas att handla mot sin vilja (Eriksson 1994: 91-92).

Utebliven vård kan många gånger bero på vårdarens förmåga att bemöta patientens behov. Detta kan vara allt från små misstag till medvetet gjorda fel. Att inte ge patienten vård är ett sätt att utöva makt och kränker alltid patientens värdighet (Eriksson 1994: 92-93).

6.2 Lindrande av andras lidande

Medlidande är också en form av lidande, och detta kan förklaras med t.ex. som att lida med eller för någon annan (Eriksson 1994: 19-22). Då man känner medlidande upplever man den andras bekymmer och problem som sina egna. Detta gör att medlidandet blir motivet för ens handlingar. Ens egna tankar och lycka är inte längre lika viktiga som tanken att hjälpa den som behöver. Detta kan också tolkas som om personen har mod att offra något av sig själv för någon annans skull. En känslighet för andra människors smärta och lidande. Känsligheten förbereder oss för att kämpa för att lindra den andras lidande eller smärta. Förmågan av att känna medlidande kan dock begränsas av personens eget lidande (Eriksson 1994: 57-59).

För att lindra lidande behövs hopp. Hoppet är bundet till ett gemensamt givande och tagande bland människor. Med andra ord, att hjälpa någon och bli hjälpt. För endast genom att lida kan vi besegra lidandet. Detta ger oss mod att gå in i lidandet. Då man själv upplevt lidande föds också förmågan till medlidande som därmed hjälper en att vända bort sin uppmärksamhet från sig själv och istället rikta den mot någon annan. E. Pauli (1938) upplevde att det inte räcker att vilja eftersom vilja ofta är bundet till fruktan och ångest. Utan människan måste tro. Oberoende av om människan grundhållning präglas av bitterhet eller ödmjukhet kan lidande lindras. Grunden till allt detta är kärleken. Vårdandets bärande grund för att lindra lidande har därefter blivit tro, hopp och kärlek (Eriksson 1994: 76-77).

För att kunna lindra patientens lidande behöver vi bilda en vårdkultur där man känner sig respekterad, välkommen och vårdad. Patienten skall uppleva att hon/han har rätt att få vara patient. Studier har visat att lidande kan lindras med lätta vardagliga aktiviteter inom vården. Detta betyder att inte kränka patientens värdighet, ge patienten den vården den behöver, utan att fördöma och missbruka makt. Ett svårt lidande kan lindras av en enkel akt av medlidande t.ex. genom snälla ord, vänlig blick en lätt smekning eller att hålla någons hand. En människa som lider behöver upprepade gånger olika sorters kärleksfulla handlingar för att lindra sitt lidande. Lek kan också om det utövas rätt bli ett uttryck för kärlek och därmed lindra lidande. Andra saker man kan göra för att lindra

lidande är följande. Personens inställning av att vilja lindra lidande skall vara positiv, man skall vara där för en, samtala, uppmuntra, stöda, trösta, förmedla hopp och dela hopplösheten, vara ärlig, uppfylla önskningar och stöda personen i trons kraft. En lidande människa uttrycker ett klart behov av andras kärlek och tillit. Lindrande av lidande kan sammanfattas på följande sätt. Personen skall känna sig välkommen, som om han/hon har en egen plats. Detta sker genom att bli informerad, få svar, känna sig delaktig i sin egen vård. Personen skall mötas med värdighet, få tid och rum att lida och känna sig älskad, bekräftad och förstådd. Samt genom att få den vård som en unik enskild person behöver för sitt lidande (Eriksson 1994: 95-97).

7 METOD

Vi har valt att göra en kvalitativ studie med induktiv synvinkel. För att bearbeta materialet valde vi innehållsanalys. Som litteratur användes boken "Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi" av Tuomi & Sarajärvi (2002) och Elo & Kyngäs (2007) artikel "The qualitative content analysis process".

7.1 Den kvalitativa forskningsmetoden

Kvalitativ forskning kan beskrivas bl.a. med orden mjuk och förstående (Tuomi & Sarajärvi 2002: 23).

En kvalitativ forskning baserar sig alltid på en teori. Med teori avses den referensram från vilken man utgår i studien. Den teoretiska referensramen bygger grunden för hela arbetet, och läsaren skall genom den lättare förstå arbetet som en helhet. Referensramen skall stå som bakgrund för olika delar av arbetet, bl.a. metoddelen och forskningens etiska del. Den teoretiska referensramen består av det man redan vet om forskningsobjektet och metodiken som utformar arbetet. Kvalitativ forskning baserar sig till viss del på forskarens subjektiva uppfattning om materialet och hur han/hon väljer att lägga upp arbetet. Reliabiliteten i en kvalitativ forskning påverkas mycket av forskarens förmåga att trovärdigt och kunnigt referera till materialet (källorna). Källorna och hänvisningarna

till källorna bör vara relevanta för ämnet. Det viktigaste i teoretisk analys är vem som har sagt, vad som har sagts och när något är sagt (Tuomi & Sarajärvi 2002: 17-21).

7.2 Induktiv innehållsanalys

Inom kvalitativ forskning används ofta begreppen induktiv och deduktiv analys. Dessa begrepp har att göra med arbetets logiska antaganden. I induktiv analys rör man sig från det enskilda till det allmänna, medan man i deduktiv analys rör sig från det allmänna till det enskilda (Tuomi & Sarajärvi 2002: 95-97). Induktiv analys utgår alltid från insamlade materialet. Forskningens innehåll beskriver forskningsobjektet och analysen har som uppgift att med ord och begrepp tydligt beskriva forskningsobjektet.

Med innehållsanalys strävar man till att ordna innehållet i en tydlig form utan att gå miste om viktig information. Tuomi & Sarajärvi presenterar Miles & Hubermans (1984) teori om innehållsanalys enligt följande: 1. Förenkling, 2. Gruppering, 3. Abstrahering.

Förenkling av materialet innebär att man eliminerar oväsentlig information. Detta kan innebära att man koncentrerar informationen eller att man bryter ned den i mindre bitar. Utgående från forskningens syfte förenklas materialet genom transkribering eller kodning. Genom detta åstadkommer man de väsentliga uttrycken för forskningen. Ett exempel för förenkling av materialet är färgkodning, som kan göras genom att understreka det väsentliga i texten med olika färger. I *gruppering* av materialet går man noggrant igenom de kodade ursprungliga uttrycken. Avsikten är att söka likheter och olikheter i materialet. Begrepp med samma betydelse kategoriseras och sammanställs under en sammanfattande rubrik. Genom detta koncentreras materialet, eftersom begrepp med samma betydelse sammanfattas. Följande steg är *abstrahering*, där man skiljer på väsentlig information för forskningen och utifrån den bildar teoretiska begrepp. Vidare koncentreras materialet genom att sammanställa olika begrepp så långt som det är möjligt för forskningen.

Grundprincipen för innehållsanalys är att man förenar olika begrepp för att nå svar på forskningsfrågorna. Analysen grundar sig på att man tolkar och drar slutsatser om materialet. Avsikten är att ur ett empiriskt material nå en mera begreppslig syn på forskningsobjektet (Tuomi & Sarajärvi 2002: 110-115).

Elo & Kyngäs kommer i sin artikel ”The qualitative content analysis process” också fram till samma slutsatser gällande arbetsprocessen av en induktiv innehållsanalys. En innehållsanalys kan användas som metodform till både kvalitativ eller kvantitativ data. Därefter väljer man att använda den på antingen ett induktivt eller deduktivt sätt. I den induktiva metoden är nästa steg att bearbeta materialet genom att koda, skapa kategorier och abstrakta begrepp. Materialet läses återigen igenom under bearbetning då viktiga delar lyfts fram. Dessa delar bildar därefter rubriker. Rubrikerna kategoriseras och sätts som underrubriker under de större rubrikerna. Rubrikerna delas upp med hjälp av likheter och olikheter. Därefter placeras de som rubrik eller underrubrik. Underrubriker som innehåller likadant material grupperas ihop och bildar tillsammans olika teman (Elo & Kyngäs 2007: 109-111).

Då vi valde att göra en kvalitativ induktiv innehållsanalys började vi med att noggrant läsa igenom materialet. Därefter kunde vi redan utesluta vissa artiklar som inte mötte inklusions och exklusions kriterierna. Materialet bearbetades sedan noggrant och resultatet från artiklarna färgkodades in till tre huvudteman. Efter att materialet indelats i tre huvudteman, granskades varje temaområde noggrant och delades därefter in i mindre teman. Efter att alla huvudkategorier hade sina underrubriker kunde artiklarnas resultat nu delas upp under de olika underrubrikerna. Detta gjordes med hjälp av att kombinera likheter i materialet. Denna process bildade tillslut det material vi presenterar i denna studie.

7.3 Datainsamling

Litteratursökningsprocessen inleddes 7.1.2013 och avslutades 25.1.2013. Litteratursökningen utfördes på databaserna Cinahl, PubMed och Academic Search Elite.

Under sökprocessen söktes artiklar som behandlade förlossningsrädsla och traumatiska och/eller negativa förlossningsupplevelser. Även artiklar som behandlade förlossningsupplevelser söktes. Under sökprocessen visade det sig att många av de nordiska artik-

larna angående förlossningsrädsla var skrivna av Terhi Saisto. Hon är en av de främsta forskarna inom förlossningsrädsla i Finland.

Endast 1 av de medvalda artiklarna behandlade specifikt omfödelskor. Resten av artiklarna behandlade både omfödelskor och förstfödelskor. Av denna orsak är dessa artiklar även inkluderade i analysen. Ur dessa artiklar har skribenterna genom noggrann genomläsning, inkluderat de resultat som behandlar omfödelskor.

Då vi gjorde litteratursökningar i databaserna hittade vi många intressanta artiklar som vi inte fick tillgång till via nätet. Forskningsartiklarna var intressanta och berörde vårt ämne. Därför bestämde vi oss för att besöka Helsingfors Universitets Centralbibliotek för Hälsovetenskap, Terkko. Där sökte vi upp artiklarna i bibliotekets olika tidskrifter. Därtill hittade vi även några nya artiklar som var ytterst relevanta för arbetet, och dessa inkluderades i studien. Den manuella sökningen presenteras i nedanstående tabell.

Författare	Manuellt valda artiklar
Salomonsson; Wijma & Alehagen 2010	Swedish midwives perceptions of fear of childbirth
Melender 2002	Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland
Melender 2002	Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant woman
Saisto; Ylikorkala & Halmesmäki 1999	Factors associated with fear of delivery in second pregnancies
Nilsson 2012	Förlossningsrädsla- med fokus på kvinnors upplevelse av att föda
Bryanton; Gagnon; Johnston	Predictors of women's perceptions of the childbirth

& Hatem 2008	experience.
Hildingsson; Nilsson; Karlström & Lundgren 2011	A longitudinal survey of childbirth-related fear and associated factors

Tabell 1. Manuell sökning

7.3.1 Inklusions och exklusionskriterier

Forskningsområdet är stort. Det finns mycket forskat inom ämnet förlossningsrädsla, och ämnet har studerats från många olika synvinklar. Efter att vi formulerat syftet, utarbetade vi frågeställningar som skulle leda oss till den information vi sökte. Vi valde att fokusera oss på omfödelskor och sambandet mellan negativa förlossningsupplevelser och förlossningsrädsla. Syftet för forskningen är att få en ökad kunskap om förlossningsrädsla, så att barnmorskan på bästa möjliga sätt kan stödja kvinnan i följande förlossning. Därför inkluderades även artiklar som behandlade barnmorskans stödjande roll, och hur barnmorskan uppfattas av föderskor. I studien inkluderades forskningsartiklar som behandlade förlossningsrädsla från både kvinnans och barnmorskans synvinkel.

Vi valde att endast inkludera forskningsartiklar från den västerländska kulturen, eftersom denna motsvarar den finländska kulturen, där studiens forskningsresultat kan utnyttjas. Sammanlagt inkluderades 23 artiklar, av vilka 4 artiklar var från Finland, 9 från Sverige, 2 från Norge, 2 från Australien, 3 från USA, 1 från Storbritannien och 1 från Canada. Dessutom hade vi 1 artikel som var Svensk - Australiensk.

Ytterligare ett inklusionskrav var att skribenterna behärskar språket som forskningen är skrivet på. Därmed bestämdes att artiklar på språken svenska, finska och engelska kunde inkluderas i studien.

I litteratursökningen användes sökmotorerna Cinahl, PubMed och Academic Search Elite. Sökningen begränsades till årtalen 2000-2012.

Ett undantag i begränsningen för årtal gjordes då vi i den manuella sökningen hittade en artikel från år 1999. Denna artikel valde vi att inkludera i studien eftersom den var relevant. Artikeln behandlade förlossningsrädsla hos omfödernkor, och forskningen var genomförd i Finland.

På basen av rubriken valde vi att exkludera artiklar som behandlade förlossningsrädsla i samband med förstfödernkor, ungdomar (unga föderskor), PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), mental hälsa, depression, personlighet och sexuellt utnyttjande. Dessutom exkluderas även diskussionsartiklar och forskningsöversikter.

7.3.2 Litteratursökning och valda artiklar

Litteratursökningen som process presenteras i nedanstående tabell.

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal träffar efter begränsning	Valda artiklar	Författare
Cinahl	Birth experience AND traumatic	37	34	Changing the future to change the past: women`s experiences of a positive birth following a traumatic birth experience	Thompson & Downe 2010
				Subsequent child-birth after a previous traumatic birth	Beck & Watson 2010

				Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth	Soet; Brack & Dilorio 2003
				Birth trauma: In eye of the beholder	Beck 2004
Cinahl	Birth AND negative AND experience	214	163	Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study.	Nilsson; Lundgren; Karlström; Hildingsson 2012
				A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample	Waldeström; Hildingsson; Rubertsson & Rådestad 2004
Cinahl	Traumatic birth	73	69	Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction?	Gottvall & Waldenström 2002
PubMed	Fear child- birth	418	33	The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of	Haines; Rubertsson; Pallant & Hildingsson 2012

				birth.	
Academic Search Elite	Fear of childbirth	133	45	<p>Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship of outcomes in a cohort of Australian women.</p> <p>Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth</p> <p>Obstetric outcomes for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy</p> <p>Fear of childbirth: mothers experiences of team-midwifery care – a follow-up study</p>	<p>Fenwick; Gamble; Nathan; Bayes & Hauck 2009</p> <p>Lyberg & Severinsson 2010</p> <p>Sydsjö, G; Sydsjö, A; Gunervik; Bladh & Josefsson 2012</p> <p>Lyberg & Severinsson 2010</p>

	<p>Women´s fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stage of pregnancy in Sweden.</p> <p>An evaluation of midwives counseling of pregnant women in fear of childbirth.</p> <p>Fear of childbirth according to parity, gestational age and obstetric history</p> <p>Antenatal fear of childbirth and it´s association with subsequent caesarean section and experience of childbirth</p>	<p>Nieminen; Stephansson & Ryding 2009</p> <p>Ryding; Persson; Onell & Kvist 2003</p> <p>Rouhe; Salmela-Aro; Halmesmäki & Saisto 2009</p> <p>Waldenström; Hildingsson & Ryding 2006</p>
--	--	---

Tabell 2. Litteratursökning

7.4 Medvalda artiklar utifrån datainsamlingen

I detta stycke kommer vi kort att presentera de artiklar som valts att inkludera i analysen.

7.4.1 Subsequent childbirth after a previous traumatic birth

Denna studies syfte var att beskriva betydelsen av kvinnans följande förlossningsupplevelser efter en tidigare traumatisk förlossningsupplevelse. Resultaten kom fram till att en följande förlossning, efter tidigare upplevd traumatisk förlossning, kan någondra bota eller förvärra de traumatiska minnena. Forskarna i denna studie var Beck & Watson, och forskningen publicerades i tidsskriften "Nursing Research" år 2010.

7.4.2 An evaluation of midwives counselling of pregnant women in fear of childbirth

Ryding et al. hade i denna artikel som syfte att studera kvinnors upplevelse av förlossningen, posttraumatiska stress symtom och tillfredsställelse med vården, efter att ha sökt vård för förlossningsrädsla under graviditeten.

Resultaten visade att kvinnor som sökt vård för förlossningsrädsla under graviditeten oftare upplevde förlossningen som skrämmande, och de uppvisade oftare posttraumatiska stress symtom, i jämförelse med kontrollgruppen. Artikeln är publicerad år 2003 i tidsskriften "Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica".

7.4.3 Fear of childbirth: mothers experiences of team-midwifery care – a follow up study

Lydberg & Severinsson strävade i denna uppföljningsstudie till att belysa ämnet förlossningsrädsla hos kvinnor och kvinnornas upplevelse om vårdmodellen "team - midwifery care" under graviditeten, förlossningen och postnatala perioden.

Resultaten kom fram med teman, som är viktiga för vården av kvinnor med förlossningsrädsla orsakad av tidigare negativ förlossningsupplevelse. De teman som forskarna kom fram till var bl.a. kvinnans självbestämmanderätt och möjlighet att delta i beslut angående graviditet och förlossning, att kunna förstå orsakerna till rädslan, att vara förberedd inför förlossningen och att bli förstörd och behandlad med respekt av barnmorskan. Denna artikel är publicerad i Journal of Nursing Management år 2010.

7.4.4 Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth

Lydberg & Severinsson skapade denna artikel i syfte att beskriva hur norska kvinnor upplevt barnmorskans ledarskap och handledande i samband med förlossningsrädsla.

Resultaten visade att barnmorskans kompetens inom ledarskap och handledande var beroende av förmågan att bilda ett förtroendefullt och vårdande förhållande med kvinnan. Viktigt var att barnmorskan visade färdigheter inom problemlösning och att barnmorskan var villig och beredd att stöda kvinnan. Denna artikel är publicerad i Journal of Nursing Management år 2010.

7.4.5 Swedish midwives perceptions of fear of childbirth

Salomonsson et al. har utarbetat denna kvalitativa forskning med syfte att beskriva barnmorskors erfarenheter av och upplevelser om kvinnor med förlossningsrädsla.

Utifrån resultaten har forskningsgruppen kommit fram till följande konklusioner: Förlossningsrädsla ses som ett kontinuum från normal till svår rädsla inför förlossning. Förlossningsrädslan kan ha många olika ursprung. Barnmorskearbete i samband med förlossningsrädsla anses emotionellt tungt och tidskrävande. Viktiga aspekter i vården är tidig identifikation av förlossningsrädsla hos kvinnan, individuell vård, förberedande för förlossningen, stöd av partner under förlossningen och postpartum uppföljning. Artikeln är publicerad i tidsskriften Midwifery år 2010.

7.4.6 Changing the future to change the past: women's experiences of a positive birth following a traumatic birth experience

Denna artikel presenterar en forskning genomförd av Thomson & Downe, som studerar hur kvinnor förbereder sig, upplever och anammar en positiv förlossningsupplevelse, efter att ha tidigare upplevt en negativ förlossning. Enligt forskningen förändras kvinnors tidigare negativa upplevelser till mera positiva minnen, då de förbereder sig för en kommande positiv förlossningsupplevelse. Forskningen bidrar med viktig information om hur kvinnor med tidigare negativa förlossningsupplevelser kan stödas under följande graviditet. Denna artikel är publicerad i "Journal of Reproductive and Infant Psychology" år 2010.

7.4.7 Prevalence and predictors of women's experiences of psychological trauma during childbirth

Soet et al. har utvecklat denna artikel utifrån tre syften. Att undersöka graden av upplevd psykologisk trauma under förlossningen och utforska möjliga faktorer som påverkar den psykiska störningens utveckling. 103 kvinnor deltog i undersökningen. Resultatet visade att 34 % av kvinnorna upplevde förlossningen som traumatiserande. 1,9 % uppfyllde alla kriterier för PTSD och 30,1% av kvinnorna visade delvis symptom. I resultatet visade det sig att vårdpersonalen borde ta i beaktande vissa faktorer, till exempel kartläggning av tidigare trauma i livet, socialt stöd, förväntningar inför förlossningen, förbättrad kommunikation och smärtlindring under förlossningen samt möjligheter att diskutera förlossningen i efterhand. Forskningen är publicerad av "Birth" år 2003.

7.4.8 Birth Trauma - In the eye of the beholder

Denna kvalitativa deskriptiva forskning är genomförd av Beck. Syftet var att beskriva betydelsen av kvinnans traumatiska förlossningsupplevelser. Forskningen resulterade i fyra olika teman som beskriver hur kvinnor upplevt en traumatisk förlossning. Dessutom poängterar forskningen att kvinnor ofta upplevde att deras traumatiska förlossningar ansågs som rutinförlossningar av personalen. Forskaren hävdar att traumatiska förloss-

ningsupplevelser är subjektiva och sitter ”i betraktarens ögon”. Artikeln är publicerad år 2004 i tidsskriften ”Nursing Resarch”.

7.4.9 A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample

Waldenström et al. har gjort denna forskning över förekomsten av och riskfaktorerna för en negativ förlossningsupplevelse. Studien omfattade 2541 kvinnor i Sverige. Resultatet visade att 7 % av dessa kvinnor hade en negativ förlossningsupplevelse. Oväntade medicinska problem och deltagarnas sociala bakgrund var några av de viktigaste faktorerna för uppkomsten av en negativ förlossningsupplevelse. Stöd under förlossningen och att lyssna på kvinnans problem, kan enligt forskaren vara underskattade faktorer för att förbättra kvinnans förlossningsupplevelse. Denna longitudinella kohortstudie är publicerad i tidsskriften ”Birth” år 2004.

7.4.10 Women’s fear of childbirth and preference for caesarean section- a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden

Denna forskning är genomförd av Nieminen et al. och hade som syfte att undersöka graden av prenatal förlossningsrädsla hos kvinnor i olika skeden av graviditeten. Även faktorer associerade med intensiv rädsla och preferens för kejsarsnitt undersöktes. Resultaten visade en stor förekomst av intensiv förlossningsrädsla. Studien påvisade även ett samband mellan instrumentell förlossning och förlossningsrädsla hos omfödorskor. Förlossningsrädsla verkar förekomma lika ofta i tidig graviditet som i senare skeden av graviditeten. Forskningsartikeln är publicerad år 2009 i tidsskriften ”Acta obstetrica et gynecologica”.

7.4.11 Predictors of women’s perceptions of the childbirth experience

Forskningen hade som syfte att ta reda på vilka faktorer som påverkar kvinnans förlossningsupplevelse och om dessa varierar med förlossningssättet. Forskningen är genomförd av Bryanton et al. och är en prospektiv kohort studie. Forskningen är publicerad i tidsskriften ”Journal of Gynecologic, Obstetric and Neonatal Nursing” år 2008. Utifrån resultaten kunde slutsatsen dras att bl.a. informationsförmedling åt

kvinnan, möjlighet till avslappning, upplevd kontroll samt möjligheten att vara tillsammans med barnet var faktorer som påverkade kvaliteten av förlossningsupplevelsen.

7.4.12 Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study

Nilsson et al. hade i denna forskning som syfte att undersöka förlossningsrädsla under graviditeten, ett år efter förlossningen och förlossningsrädslans samband med förlossningsupplevelsen och förlossningsmetoden. Forskningens design är populationsbaserad longitudinell forskning. Slutsatser som drogs utifrån resultaten var att förlossningsrädsla har ett samband med tidigare negativa förlossningserfarenheter. Kvinnor ansåg fortfarande sin förlossningsupplevelse som negativ ett år efter förlossningen. Forskningen är publicerad i tidsskriften "Women and Birth" år 2011.

7.4.13 Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland

Syftet med Melanders forskning var att beskriva orsaker till rädsla i anknytning till graviditet och förlossning, samt att ta reda på vad kvinnor gör för att klara sig med rädslan. Materialet till forskningen samlades in via intervju. Resultatet visade att i största delen av fallen kom rädslan från osäkerhet eller från tidigare erfarenheter och kunskap. I vissa fall hade rädslan inget ursprung utan baserade sig på kvinnans tro om förlossningen. Många kvinnor stödde sig på sitt eget sociala nätverk (familj och vänner) medan andra stödde sig på vårdpersonal. Vissa sökte också information från böcker och tidningar. För att klara sig med rädslan beskrev kvinnorna att vissa saker var hjälpsamma. Dessa var diskussion om känslorna, bredare kunskap om ämnet, tillgång till vårdtjänster, se anknytningen till positiva upplevelser, garantin från medicinska undersökningar om barnets mående och slutligen att känna barnet röra sig. Forskningen visade också att sättet på hur informationen gavs åt modern vara mycket viktig. Forskningen gjordes i Finland och presenterades av "Journal of Midwifery & Women's health" år 2002.

7.4.14 Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history

Forskningen är gjord av Saisto et al. i Finland och utarbetades för att studera förlossningsrädsla utgående från antal förlossningar, havandeskapets längd och kvinnans obstetriska historia. Forskningen utfördes med hjälp av en så kallad VAS skala (visuell analogisk skala) och W-DEQ som är ett mätinstrument för att mäta graden av förlossningsrädsla. Resultatet visade att kvinnor med förlossningsrädsla hellre valde elektivt kejsarsnitt än vaginal förlossning. Kvinnor med tidigare kejsarsnitt visade sig ha en högre grad av förlossningsrädsla än kvinnor som fött vaginalt. De kvinnor som tidigare förlöst med sugklocka hade också en högre grad av rädsla än kvinnor som fött vaginalt utan hjälpmedel. Man kunde också konstatera att förlossningsrädsla var vanligare i ett senare skede av havandeskapet. Forskningen presenterades i "BJOG: An international Journal of Obstetrics and Gynecology" år 2008.

7.4.15 Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women

Denna forskning hade som syfte att beskriva hur kvinnor upplever rädsla i samband med graviditet och förlossning. Forskningen gjordes i Finland av Melender, publicerades i "Birth" år 2002 och utfördes med hjälp av frågeformulär. Sammanfattningsvis kunde man i resultatet konstatera att orsakerna till förlossningsrädsla kunde förklaras av olika faktorer som framkom. Det framkom även vikten med att redan i ett tidigt skede under mödrarådgivningen fråga den gravida kvinnan om hennes känslor angående graviditeten, förlossning, och det kommande moderskapet. Viktigt konstaterades även att kvinnan med förlossningsrädsla får möjligheten att diskutera dessa saker. Kvinnor som fött ett eller flera barn och haft negativa upplevelser angående förlossningen kunde konstateras behöva extra uppmärksamhet.

7.4.16 Factors associated with fear of delivery in second pregnancies

Denna finländska forskning är gjord av Saisto et al. och är publicerad av "The Department of Obstetrics and Gynecology" i Helsingfors år 1999. Syftet med forskningen var

att identifiera faktorer förknippade med rädsla inför kommande graviditet. Utifrån resultatet drog forskarna slutsatsen att akut kejsarsnitt och sugklocka orsakade rädsla inför nästa förlossning. Akuta obstetriska ingrepp kan inte undvikas så kvinnan behöver mer information om orsaker och konsekvenser gällande kejsarsnitt och sugklocka. Detta både före och efter förlossningen för att förhindrande förlossningsrädsla.

7.4.17 Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth

Denna forskning är genomförd i Sverige av Waldenström et al. och presenterades i ”BJOG: An international Journal of Obstetrics and Gynaecology” år 2006. Forskningens avsikt var att i en riksomfattande stickprovsundersökning undersöka hur allmän förlossningsrädslan är och dess förbindelse med kejsarsnitt som följande förlossningsmetod. Forskarna ville även undersöka den allmänna upplevelsen av förlossningen. Kvinnor som lider av rädsla inför förlossningen och fått rådgivning, och kvinnor som inte lider av förlossningsrädsla jämförs med varandra i en framåtblickande studie. Resultatet visade att åtminstone 10 % av kvinnor i Sverige lider av förlossningsrädsla. Kvinnor som fått rådgivning för sin förlossningsrädsla hade tre till sex gånger högre chans att välja elektivt kejsarsnitt som förlossningsmetod. Dessa kvinnor hade inte högre chans att drabbas av akut kejsarsnitt eller en negativ förlossnings upplevelse. Negativa känslor angående förlossningen hos kvinnor som inte fått rådgivning kunde inte sammankopplas med kejsarsnitt men med en negativ förlossningsupplevelse.

7.4.18 Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy

Syftet med forskningen var att jämföra förlossnings resultat mellan kvinnor som inte led av förlossningsrädsla och kvinnor med förlossningsrädsla som fått rådgivning under graviditeten. Resultaten visade att ett elektivt kejsarsnitt och igångsättning av förlossningen var mer vanligt i gruppen med förlossningsrädda kvinnor. Förlossningen hos förlossningsrädda kvinnor med planerad vaginal förlossning slutade ofta i akut kejsarsnitt,

fastän kvinnorna fått rådgivning under förlossningen. Forskningen publicerades i ”Acta Obstetricia et Gynecologia Scandinavica” år 2011 och är skriven av Sydsjö et al.

7.4.19 Does a traumatic birth have an impact on future reproduction

Gottwall & Waldenström undersöker i sin forskning kvinnans upplevelse efter hennes första förlossning och om det påverkar framtida beslut om att skaffa flera barn. Forskningen är utförd i Sverige. Resultatet visade att kvinnor med en negativ förlossningsupplevelse skaffade färre barn och hade ett längre mellanrum mellan det första och andra barnet. Artikeln publicerades av ”International Journal of Obstetrics and Gynecology” år 2002.

7.4.20 Förlossningsrädsla - med fokus på kvinnors upplevelse av att föda

Linnaeus University Dissertations i Sverige publicerade år 2012 Nilssons akademiska avhandling om förlossningsrädsla. Syftet var att beskriva upplevelsen av förlossningsrädsla, samt sambandet med förlossningsrädsla och förlossningsupplevelsen hos kvinnor med förlossningsrädsla. Resultaten visade att förlossningsrädsla kunde kombineras med en tidigare negativ förlossningsupplevelse och akut kejsarsnitt. Forskningen bekräftar hur viktigt det är för kvinnor med förlossningsrädsla att få en god upplevelse av förlossningen, från både ett kvalitativt och kvantitativt perspektiv. För att undvika förlossningsrädsla hos föderskor är det viktigt att fokusera på moderns upplevelse av förlossningen och kritiskt granska vården vid förlossningen.

7.4.21 A longitudinal survey of childbirth - related fear and associated factors

Denna studie är genomförd av Hildingsson et al. i syfte att ta reda på förekomsten av rädsla inför förlossningen under graviditet till ett år post partum. Utöver detta ville forskarna undersöka faktorer som kunde bidra till att bli botad från förlossningsrädslan. Resultaten visade att kvinnor som blev botade från förlossningsrädsla oftare hade en bättre förlossningsupplevelse, och skulle föredra vaginal förlossning i följande graviditet, i jämförelse med föderskor som inte blivit botade från förlossningsrädsla. Kvinnor botade

från förlossningsrädslan upplevde oftare känslor av kontroll, och var mera nöjda med information de fått under förlossningen. Denna artikel är publicerad i tidsskriften ”Journal of Gynecologic and Neonatal Nursing” år 2010.

7.4.22 Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in cohort of Australian women

I Fenwick et al. forskning publicerad av Journal of Clinical Nursing (2009) var syftet att undersöka olika nivåer av förlossningsrädsla under graviditet och förlossningsrädsla postpartum. Dessutom ville forskarna undersöka rädslans relation till förlossningens utlopp. Fastän resultatet visade sig vara en aning blandat hittades det bevis på att förlossningsrädsla kan kombineras med kvinnans sätt att förlösa. En stark förlossningsrädsla före födseln kunde därmed kombineras med kejsarsnitt. Forskningen gjordes i Australien och jämfördes med en forskning gjord i Sverige. Efter jämförelsen kunde det konstateras att nivån på förlossningsrädsla var högre hos Australienska kvinnor än hos svenska.

7.4.23 The influence of women’s fear, attitudes and believes of childbirth on mode and experience of birth

Haines et al. genomförde denna prospektiva longitudinella kohortstudien med syfte att ta reda på hur kvinnans rädsla, attityd och tankar om förlossningen påverkar upplevelsen av förlossningen och förlossningssättet. Enligt resultaten delades kvinnorna in i tre olika kategorier. Den första kategorin innehöll kvinnor som såg förlossningen som en naturlig sak, den andra innehöll kvinnor som hade attityden ”ta det som det kommer” och den tredje kategorin innehöll kvinnor som hade rädsla inför förlossningen. Enligt dessa kategorier bestämdes olika kännetecknande faktorer för varje grupp. Artikeln är publicerad år 2012 i tidsskriften ”BMC Pregnancy and Childbirth”.

8 ETISKA REFLEKTIONER

I denna studie har skribenterna förbundit sig till att följa Arcadas regler om god vetenskaplig praxis (2002), som baserar sig på anvisningar enligt den forskningsetiska delegationen i Finland (2002). Att följa god vetenskaplig praxis innebär bl.a. att:

- iaktta ärlighet och noggrannhet i undersökning, dokumentering och presentation av resultaten
 - ta hänsyn till andra forskare och respektera deras arbete och de resultat de kommit fram till
 - planera, genomföra och rapportera undersökningen i detalj enligt kraven för vetenskaplig fakta
 - ta hänsyn till etiken inom det egna yrkesområdet
- (Arcada 2002)

Enligt de etiska riktlinjerna för omvårdnadsforskning i Norden, skall forskningen följa *principen om att göra gott*, vilken innebär att forskningen ”skall vara till potentiell nytta för omvårdnaden av den eller de grupper forskningen avser. Det betyder att forskaren kritiskt ska tänka igenom och dokumentera vilken nytta forskningen kan få för den enskilde och för samhället”. Att få nytta av forskningen innebär inom omvårdnadsforskning att forskningen ska bidra med ny kunskap för att främja och återställa hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande (Northern Nurses’ Federation 2004: 11).

Under förlossningen är kvinnan sårbar och utsatt. Hon kan uppleva känslor hon aldrig tidigare upplevt. Smärtan påverkar kvinnan starkt och därför är hon beroende av stöd och förståelse av barnmorskan. Att respektera och bekräfta kvinnans värdighet är mycket viktigt pga. av att kvinnan är beroende av hjälp från vårdpersonalen, och på grund av att hon måste bl.a. blotta sitt underliv inför okända människor. Att respektera kvinnan är även viktigt i situationer då hon inte förmår kontrollera sin blåsa eller tarm eller då hon svettas, blöder eller kräks (Berg & Lundgren 2004: 170).

När barnmorskan möter kvinnan ser hon henne som en enskild individ, men även som en medlem i en familj och som en del av en social gemenskap. Under sitt förhållande

med kvinnan, kommer barnmorskan i kontakt med kvinnans och hela familjens mest personliga och intima områden. Barnmorskan fungerar som medlare av information och stöd som familjen behöver (Pajukangas-Viitanen, M & Viitanen, P 2004: 9).

Lundgren & Berg beskriver i boken ”Att stödja och stärka” hur och Berg & Dahlberg (1998) i sin forskning ”A phenomenological study of womens’ experiences of complicated childbirth” kommit fram med resultatet att kvinnor som under förlossningen upplevt att de inte blivit bekräftade av personalen, hade utvecklat en negativ självbild fylld av skuld och skam. Detta bidrog till en känsla av att inte duga (Berg & Lundgren 2004: 170).

Enligt det internationella barnmorskeförbundet måste barnmorskan vid behov kunna handleda, sköta och ge råd åt kvinnan under graviditeten, förlossningen och under barnsängstiden. Barnmorskan sköter förlossningar självständig på eget ansvar samt tar hand om det nyfödda barnet. Varenda patientrelation är unik. Vid vården av graviditeten och förlossningen är barnmorskans roll att hjälpa, stödja och fungera som en kunskapsbas åt kvinnan. För att kunna stödja och ta emot stöd krävs tillit av båda parterna. Utan pålitlighet kan människan inte samarbeta samt bilda förhållanden till andra människor. Att stödja utan tillit kan göra att situationen blir ytlig och inte når sitt syfte. Det finns alltid en risk då det gäller tillit. Tyvärr blir man misstänksam och försiktig då man blir besviken och får därefter problem att lita på någon på nytt. För att få ett pålitligt förhållande krävs samarbete. Men att finna detta ligger på alla parter ansvar. Tilliten är ett centralt stöd och hjälp i konsten att kontrollera förlossningsrädslan och vården av denna, samt då man förbereder sig inför förlossningen och under förlossningen. Enligt forskning baserar sig tillit på tre följande saker: föderskans eget tillit, tilliten av barnmorskan eller hälsovårdaren samt tilliten till vårdkulturen. Ett bra tecken på skapande av tillit är då exempelvis kvinnan tar upp sin förlossningsrädsla på mottagningen inför läkare eller vårdpersonal. Barnmorskan skapar igen tillit med hjälp av att vara ärlig, öppen, genom att lyssna samt vara där för kvinnan och ge henne tröst och hopp. Det är dessutom viktigt att hela vårdkulturen respekterar föderskan och de erfarenheter hon har samt hennes rädslor (Rouhe et al. 2013: 53-55).

Yrkesetiken hos barnmorskan styrs av hur hon uppfattar människovärdet, vilken hennes

människosyn är och hur hon respekterar klientens rättigheter. Begreppet människosyn är mångdimensionellt och består av uppfattningen att människan är en unik, kompetent, medveten och fungerande helhet som kan ta ansvar för sina beslut och handlingar (Pajukangas-Viitanen, M & Viitanen, P 2004: 5).

Barnmorskan ger individuell vård åt varje enskild kvinna, och skall sträva till att använda alla möjliga medel som finns tillgängliga för att tillfredställa kvinnans behov. Barnmorskan skall diskutera olika vårdalternativ med patienten och acceptera och de beslut patienten gör.

Patientens självbestämmanderätt syns i.o.m att hon får möjlighet att delta i beslut som fattas om angående vården. Den information som ges åt patienten skall vara korrekt och förståelig. Vid situationer då patienten av någon orsak inte kan uttrycka sina behov, fungerar barnmorskan som patientens ställföreträdare.

I sin relation till patienten skall barnmorskan väcka en känsla av trygghet och tillit hos patienten. För vårdens kontinuitet är det viktigt att barnmorskan för vidare den information hon fått till övrig personal som deltar i vården (Pajukangas- Viitanen, M & Viitanen, P 2004: 6).

9 RESULTAT

I detta kapitel kommer vi att presentera resultatet från innehållsanalysen. Utifrån analysen framkom 3 övergripande kategorier, vilka indelades i 9 underkategorier. Dessa presenteras i nedanstående tabell.



Figur 2. Resultatindelning

För att introducera läsaren till forskningsresultatet, har vi sammanställt de viktigaste faktorerna som kopplar ihop förlossningsrädsla hos omfödernskan med en tidigare negativ förlossningsupplevelse. För att underlätta läsandet kan läsaren finna de i resultatdelen medvalda artiklarna numrerade från 1-23 i bilaga 1.

Forskningsresultatet visar ett starkt samband mellan förlossningsupplevelsen och uppkomsten av förlossningsrädsla. En tidigare negativ förlossningsupplevelse visade sig vara den starkaste bidragande orsaken till förlossningsrädsla hos omfödernkor (3, 12, 13, 20). En forskning beskriver att kvinnorna före förlossningen inte varit rädda och velat föda vaginalt. Utifrån förlossningsupplevelsen utvecklades rädslan (20). Kvinnor med förlossningsrädsla upplevde förlossningen mindre positivt, och sannolikheten var större för dessa kvinnor att önska kejsarsnitt som förlossningsmetod vid följande förlossning (21).

9.1 Den mångskiftande förlossningsrädslan

Under denna kategori sammanfattades resultaten som behandlade förlossningsrädslan ur olika synvinklar.

9.1.1 Kännetecknen för förlossningsrädsla hos omfödelskor

En viktig faktor som bidrog till uppkomsten av förlossningsrädsla hos omfödelskor visade sig vara olika ingrepp under förlossningen. Till dessa hörde en tidigare förlossning med hjälp av sugklocka (10, 14, 16, 20, 22), tång (10, 22) och kejsarsnitt (10, 12, 14, 16, 17, 20, 21, 22). En forskning kom fram till resultatet att igångsättning av förlossningen i första graviditeten, orsakade rädsla inför följande förlossning. Förlossningsrädda kvinnor hade även mera spontana aborter före och mellan förlossningarna, i jämförelse till kvinnor utan förlossningsrädsla. Låga apgarpoäng hos det nyfödda barnet i förra förlossningen, orsakade även rädsla inför följande förlossning (16). En annan viktig faktor som bidrog till uppkomsten av förlossningsrädsla var problem i parförhållandet (5, 15). Hos vissa omfödelskor uppstod förlossningsrädslan genom att de hört negativa berättelser från andra föderskor (5, 15, 22). Negativ information via media (böcker, tidningar, videon) orsakade även rädsla (13, 15).

Orsaker för förlossningsrädsla hos omfödelskor var rädsla för personalen (3, 5, 15, 16), rädsla för att föda ett sjukt barn (15, 22), rädsla för att fostret skadas under förlossningen (5,13,16), rädsla för att föda ett handikappat eller dödfött barn (15), rädsla för att graviditeten skall gå övertid (3, 13), tappa kontrollen (3, 5, 15, 22), kejsarsnitt (15,16) och rädsla för att bli utesluten från beslutsfattande (3,15), rädsla för bristningar under förlossningen (5, 13,15,16). En del kvinnor kunde inte förklara varför de kände sig rädda inför förlossningen (5, 16). Rädsla orsakade även osäkerhet över förmåga att klara av smärtan (16, 22). Att bli förälder var också en faktor som orsakade rädsla (5, 22).

Andra faktorer som kom fram i resultatet var rädsla för sjukhus, nålar och upplevda brister i emotionella kapaciteter (3), rädsla för allvarlig blödning (16), tidigare upplevd fysiskt våld eller sexuellt utnyttjande (5) rädsla för lång förlossning (15) och rädsla över förmåga att ta hand om det nyfödda barnet (9, 15).

9.1.2 Uttrycksformer och emotionella aspekter av förlossningsrädslan

I resultatet framkom olika symptom hur förlossningsrädslan kommer till synes. I dessa ingick både fysiska och psykiska symptom. Fysiska symptom som kvinnorna upplevde var panik (5, 15) gråtande (5, 15), tala om rädslan, sömnlöshet, hög puls, nervositet och

rastlöshet (15). Psykiska symptom som förekom hos kvinnorna var att de förnekade graviditeten och önskade att de kunde undvika den kommande förlossningen (5, 15). Det förekom skuld känslor hos kvinnorna och de kände att det inte fanns någon annan utväg ur graviditeten (3, 20). Kvinnorna upplevde känslor som rädsla, oro, sorg och ilska (20). Vissa kvinnor upplevde att det var omöjligt att föda vaginalt (5). Många kvinnor önskade att få kejsarsnitt som förlossningsmetod (15, 17). Förlossningsrädsla beskrevs ur barnmorskans synvinkel som en irrationell rädsla, som kvinnan är besatt av hela tiden (5).

Utifrån resultatet kom många olika emotionella aspekter angående förlossningsrädsla fram. Kvinnor beskriver sin upplevelse av förlossningsrädsla som en fruktan för att en likadan händelse som den förra, skall hända på nytt i följande förlossning (20). Det framkom även att omfödelskor med förlossningsrädsla ville gå tillbaka i tiden och förstå det som hänt i den förra förlossningen och genom detta bearbeta det förflutna (6, 20). En viktig aspekt hos den förlossningsrädda kvinnan är känslan av ensamhet, tomhet och otillräcklighet (20). Kvinnans självförtroende och tillit till sig själv som föderska minskar, och detta gör att kvinnan känner sig inkompetent som föderska (15, 20).

9.1.3 Konsekvenser av förlossningsrädslan

Förlossningsrädslan kan ha flera olika konsekvenser. En av dessa är att kvinnan inte vill genomgå en vaginal förlossning, och därför önskar att bli förlöst med kejsarsnitt (10, 15, 17, 18, 21). Användning av epiduralbedövning visade sig vara vanligare hos förlossningsrädda kvinnor (5, 16). Detta resulterade i en längre förlossning, urineringsproblem och långvarig ryggvärk (5). Kvinnan kan påverkas så starkt av rädslan att hon inte kan njuta av graviditeten (5, 15). Kvinnan kan t.ex. räkna fosterrörelser oftare än nödvändigt, ändra på sina dagliga aktiviteter och känna sig paranoid (15). Kvinnans framtida reproduktion kan påverkas i och med att rädslan hindrar kvinnan från att vilja bli gravid på nytt, och därmed blir intervallet till följande graviditet längre (16, 19). I en forskning påvisades det att kvinnor med en tidigare negativ förlossningsupplevelse hade större sannolikhet att inte skaffa flera barn (19). Resultatet visade att det hos kvinnor

med förlossningsrädsla oftare förekom användning av sugklocka och kejsarsnitt, och därmed mera komplikationer (5).

9.1.4 Kvinnans sätt att hantera rädslan

För att lindra rädslan, började en del kvinnor aktivt söka information via olika källor, t.ex. från böcker (1, 6) och från hälso- och sjukvårdspersonal (1, 13). En del kvinnor ansåg att ultraljudsundersökning lindrade rädslan (3), medan andra ville undvika ultraljudsundersökningen (1). Fysiskt och psykiskt välmående främjades bl.a. genom yoga och homeopati (1, 6). Andra metoder för att lindra rädslan var att göra en detaljerad förlossningsplan, förlossningshypnos, måla, simma, gå, skriva dagbok, att skriva inspirerande citat omkring i huset, att tala med sjukvårdspersonal om tidigare negativa upplevelser, lära sig förlossningsställningar och internet stödgrupp (1). Att besöka sjukhuset och förlossningsavdelningen lindrade rädslan (1, 13).

En del kvinnor bestämde sig att denna kommande förlossning skulle bli annorlunda än den tidigare negativa förlossningen. Kvinnorna blev fokuserade på att göra följande förlossning till en positiv upplevelse (1, 6).

9.2 Den negativa förlossningsupplevelsen

9.2.1 Orsaker till en negativ förlossningsupplevelse

Att bli dåligt behandlad av personalen på förlossningsavdelningen var en faktor som bidrog till negativa förlossningsupplevelser (7, 9, 20). Kvinnor som upplevt en negativ förlossning hade ofta varit rädda för barnets hälsa, eller hade varit med om att inte få vara tillsammans med sitt barn efter förlossningen, t.ex. på grund av att barnet fördes till neonatal avdelning (8, 9, 11). Kvinnor som fött ett prematurt barn upplevde även detta som en orsak till deras negativa förlossningsupplevelser (8, 9). Negativa upplevelser uppstod genom att ha upplevt svår smärta under förlossningen (7, 8, 9, 20, 21). Många av föderskorna med tidigare negativa upplevelser av förlossningen hade fött med kejsarsnitt (7, 8, 9, 23). Kvinnor som upplevt en tidigare instrumentell vaginal förlossning

upplevde oftare förlossningen som negativ. Även en lång förlossning bidrog till en negativ upplevelse (7, 8, 9, 21). Brist på stöd från närstående under förlossningen var även en bidragande faktor (7, 9, 11). Tidigare upplevt sexuellt utnyttjande påverkade kvinnans förlossningsupplevelse negativt (7). Kvinnor som inte deltagit i familjeförberedelsekurs hade större risk att uppleva förlossningen som negativ (9).

9.2.2 Kvinnans upplevelse av en tidigare negativ förlossning

Kvinnor upplevde att minnen av en tidigare negativ förlossning kvarstod länge efter förlossningen (1, 3, 6, 9). Dessa minnen påverkade kvinnan och rädslan att följande förlossning skulle bli liknande som den tidigare negativt upplevda förlossningen (1, 3). Kvinnor upplevde sig maktlösa och att de inte kunde påverka förlossningens gång (7, 8, 9, 20, 21). En del kvinnor tyckte att barnmorskan kunde öka deras känsla av kontroll, genom att ge dem möjligheter att delta i vården (8).

9.3 Det vårdande förhållandet

9.3.1 Tillfredsställelse med vården

Kvinnor upplevde det som positivt att få bli vårdad av samma barnmorska under graviditeten och förlossningen (3, 4, 5, 6, 9, 12). Möjlighet till extra samtal och att nå barnmorskan per telefon ansågs viktigt (3, 5). Brist på stöd av vårdaren ledde till otillfredsställelse med vården (8, 9, 20). Även ur barnmorskans synvinkel är den förlossningsrädda kvinnan i behov av mycket stöd (5). Kvinnor som var missnöjda med möjligheten att delta i beslutsfattande upplevde ofta vården som helhet som otillfredsställande (3, 21). Kvinnor upplevde att personalen inte gav stöd i form av engagemang (8, 20). Kvinnorna ville förbereda sig inför förlossningen och därmed göra en förlossningsplan (3, 4, 5). Att få tillräckligt med information om förlossningsprocessen var önskvärt (5, 9, 21).

9.3.2 Vårdförhållandet mellan kvinnan och barnmorskan

En viktig aspekt i vårdförhållandet mellan kvinnan och barnmorskan var känslan av trygghet (3, 4). Kvinnorna önskade att kunna bilda ett bra förhållande med barnmorskan (3, 4, 6). Kvinnorna upplevde att de inte blev varmt bemötta, och att barnmorskorna inte brydde sig om dem (5, 8). En del av kvinnorna ansåg att personalen inte kommunicerade med dem (3, 8). Kvinnorna ville bli behandlade med värdighet (3, 8). Vården av den förlossningsrädda kvinnan skall fokuseras på individualitet (4, 5). Att barnmorskan skulle spendera mera tid med föderskan ansågs viktigt (2, 5, 9). En del kvinnor ansåg det viktigt att vårdaren skulle bekanta sig med kvinnans patienthistoria och tidigare förlossningar (8). Att bli förstådd av barnmorskan var viktigt för kvinnorna. Kvinnorna önskade även att barnmorskan skulle vara beredd att agera i akuta situationer och vara öppen för olika alternativ angående rädslan. Kvinnorna ville att barnmorskan skulle stå på deras sida och fungera som ställföreträdare vid behov (4).

10 DISKUSSION

Denna studie hade som avsikt att utreda de vanligaste orsakerna till förlossningsrädsla hos omföderskan, dess anknytning till tidigare negativa förlossningsupplevelser och hur barnmorskan på bästa möjliga sätt kan stödja henne. För att nå resultatet definierades tre frågeställningar, vilka fungerade som bas för studien under hela arbetsprocessen. Genom sökprocessen hittades en stor mängd data, som noggrant analyserades för att svara på studiens frågeställningar, vilka var:

1. Vad kännetecknar förlossningsrädsla hos omföderskor?
2. Vilken anknytning har en tidigare traumatisk förlossningsupplevelse till förlossningsrädsla hos omföderskor?
3. Hur kan barnmorskan stödja den förlossningsrädda kvinnan?

Resultatet i studien visade att kännetecknande för omföderskor med förlossningsrädsla var att de ofta hade erfarenhet av olika ingrepp under sina tidigare förlossningar, så som

igångsättning av förlossningen (16) eller en instrumentell förlossning (10, 14, 16, 20, 22). Andra faktorer som påverkade rädslan var bl.a. negativa berättelser från andra föderskor (5, 15, 22), rädsla för personalen (3, 5, 15, 16), och rädsla för att fostret skadas under förlossningen (5,13,16). Många omföderskor upplevde rädsla för att brista under krystningsskedet (5, 13,15,16) eller tappa kontrollen under förlossningen (3, 5, 15, 22).

Resultatet visade ett starkt samband mellan tidigare negativa förlossningsupplevelser och förlossningsrädsla (3, 12, 13, 20). Det framkom många olika orsaker till att kvinnan upplevde förlossningen som negativ. Dessa negativa upplevelser uppstod bl.a. genom att kvinnan inte fick möjlighet att vara med den nyfödda genast efter förlossningen (8, 9, 11), upplevt svår smärta under förlossningen (16, 22) och en tidigare erfarenhet av förlossning med hjälp av kejsarsnitt (7, 8, 9, 23). Kvinnor som upplevt förlossningen som lång, hade ofta negativa minnen av förlossningen (15). Känslor av maktlöshet bidrog till en negativ upplevelse av förlossningen (7, 8, 9, 20, 21).

Enligt resultatet önskar kvinnan att få bli vårdad av samma barnmorska under graviditeten och förlossningen (3, 4, 5, 6, 9, 12). Däremot leder brist på stöd från barnmorskan till en otillfredsställande erfarenhet av vården (8, 9, 20). Kvinnorna önskade sig kunna bilda ett bra förhållande till barnmorskan (3, 4, 6). Förhållandet till barnmorskan bidrog till en känsla av trygghet, vilket upplevdes viktigt av kvinnorna (3,4). Att barnmorskan spenderar tid tillsammans med föderskan ansågs också betydande (2, 5, 9).

I arbetet framkom dessutom en del fakta utöver forskningsfrågorna. Detta material valde vi att kort presentera nedan.

Det framkom att förekomsten av förlossningsrädsla hos omföderskor är varierande. Graden av rädsla var lika hos alla omföderskor under graviditeten, men ett år postpartum hade kvinnor som fött ett barn högre grad av rädsla än kvinnor som fött flera barn (12,21). En forskning visade att graden av förlossningsrädsla postpartum varierade, så att 40 % av omföderskor uppvisade svag rädsla, 38 % medelstark rädsla och 22 % stark rädsla (22). I undersökningen kom även fram resultat om förlossningsrädsla i olika skeden av graviditeten. Rädsla visade sig vara starkare i graviditetens slutskede i jämförelse till graviditetens början (14, 21). Däremot fann en forskning att graden av förlossningsrädsla inte förändrades i olika skeden av graviditeten (10). Kvinnor som upplevde för-

lossningsrädsla under graviditeten, hade större sannolikhet att uppvisa rädsla även efter förlossningen (22).

Ett intressant men också alarmerande resultat som kunde ses i flera av forskningarna var att kvinnor ofta upplevde att barnmorskan inte var närvarande och inte gav det stöd kvinnan behövde (3, 5, 15, 16). Detta är ett ämne som borde behandlas mera ingående för att förhindra att dessa negativa upplevelser uppstår.

Utifrån resultatet kunde man dra slutsatsen att barnmorskan behöver kunskap om kvinnans situation, önskemål, förväntningar och hennes bakgrund, t.ex. upplevelse av tidigare förlossningar. Genom detta kan barnmorskan planera vården och stödja kvinnan på bästa möjliga sätt. Den förlossningsrädda kvinnan är i behov av kontinuerligt stöd för att känna sig trygg under förlossning. Detta kunde åstadkommas genom kontinuitet i vårdförhållandet, så att samma barnmorska vårdar kvinnan under graviditet, under förlossningen och efter förlossningen.

Utifrån resultatet kan vi konstatera att den teoretiska referensramen stöder studien väl. Om vi ser på Erikssons indelning av vårdlidande i: *1. Kränkning av patientens värdighet, 2. Fördömelse och straff, 3. Maktutövning, 4. Utebliven vård* (Eriksson 1994: 87), kan vi vidare konstatera att en del av dessa lyftes starkare fram i resultatet än andra. I studiens resultat lyftes två former av vårdlidande fram starkast, dessa var: *kränkning av patientens värdighet* och *utebliven vård*.

Eriksson menar att man berövas på sin värdighet då man borttar personens ansvar (Eriksson 1994: 88). Detta reflekteras i studiens resultat, där det framkom att kvinnan upplevde att hon fråntogs möjligheten att delta i beslutsfattande angående sin vård. Vidare beskriver Eriksson att det innebär bristande etisk hållning då personen känner att den inte blir sedd (Eriksson 1994: 87). Här kan man dra paralleller till resultatet, där det framkom att föderskor upplevde att barnmorskan inte brydde sig om dem eller inte kommunicerade med dem. Kvinnorna ville bli förstådda av barnmorskan. Enligt Eriksson kan utebliven vård bero på vårdarens förmåga att bemöta patientens behov (Eriksson 1994: 92). Detta kunde påvisas i studiens resultat. Utebliven vård kom i resultatet fram som brist på stöd från barnmorskan. Kvinnor upplevde att barnmorskan inte givigt dem möjlighet att öka sin egen känsla av kontroll genom deltagande i förlossningen. De

två andra formerna av vårdlidande, '' *maktutövning* '' och '' *fördömelse och straff* '' steg inte betydelsefullt fram i resultatet.

Vi valde att studera förlossningsrädsla från kvinnan synvinkel. Andra intressanta alternativ kunde ha varit att studera ämnet från partners synvinkel eller själva vården av förlossningsrädsla mera ingående. Förlossningsrädsla är ett ämne som kräver mera uppmärksamhet. Kommande forskning borde fokusera på att studera vården av förlossningsrädsla och hur den kunde utvecklas. Resultaten från studien är användbara inom vårdarbete och kan bidra till en bättre förståelse om kvinnans upplevelse av förlossningsrädsla och dess betydelse. Vi önskar att vården för förlossningsrädsla i framtiden kommer att utvecklas så att den bättre stöder kvinnans behov.

I studiens arbetsprocess strävade vi efter att båda studenterna skulle producera ett likvärt material som sedan tillslut skulle bilda vår gemensamma studie. Under arbetsprocessen kunde vi konstatera att vissa delar av arbetet var likvärdiga och kunder därför skrivs på egenhand. Andra delar i arbetet var vi enade om att skulle skrivas tillsammans för att få studien till en fungerande helhet. Gemensamt skrivna delar av studien var bl.a. resultatet, diskussion och kritisk granskning. All text lästes igenom och kommenterades av den andra studenten för att få studien till en bra helhet. Gemensam reflektion av arbetets olika delar genomgick under hela arbetsprocessen. För att klargöra indelningen av arbetsprocessen har vi framställt en tabell som finns att läsa i bilaga 2.

11 KRITISK GRANSKNING

Arbetet planerades noggrant enligt reglerna för vetenskapliga arbeten och tillvägagångssätten valdes enligt litteraturstudiens kriterier. De valda databaserna ansågs vara tillförlitliga och gav goda resultat i litteratursökningen. För att vidga resultaten, valde vi att använda några olika databaser. Den stora mängden publicerade forskningsartiklar möjliggjorde valet att genomföra studien som en litteraturstudie. För att underlätta läsningen av litteratursökningen utformades en tabell som presenteras i arbetet.

För att hitta lämpliga artiklar som svarade på studiens syfte, utformades inklusions och exklusionskriterier, som fungerade som riktlinjer vid valet av artiklar. Sökningen begränsades till 2000-talet och därmed ansågs artiklarna vara aktuella. Endast för studien relevanta artiklar valdes att inkludera. Vidare begränsades sökningen att endast behandla förlossningsrädsla i västvärlden. Studien kan enligt dessa kriterier anses vara tillförlitlig, och därmed är studiens resultat användbart både i Finland samt andra nordiska länder.

Vi valde att endast inkludera artiklar som var skrivna på språk som vi behärskade. Dessa språk var svenska, finska och engelska. Materialet översattes enligt bästa möjliga kunskaper till svenska. Studien är genomförd enligt god vetenskaplig praxis för studier vid Arcada. Vi har i studien tagit hänsyn till andra forskare och de resultat de kommit fram med. Materialet har behandlats objektivt, ärligt och utan att ändra på innehållet eller betydelsen av texten. Studien är skriven enligt Arcadas skrivguide (2009).

Till bakgrunden valdes fakta som stöder läsarens förståelse av ämnet och de resultat vi kommit fram till. Inledningen förklarar skribenternas intresse för ämnet och förväntningar inför resultatet. En logisk ordning för de olika kapitlen lades upp och rubrikerna valdes för att upplysa innehållet i respektive kapitel. Vi funderade på olika alternativa synvinklar för den teoretiska referensramen. Vi konstaterade att Katie Erikssons teori om lidande var lämplig för studien och stöder väl studiens resultat. I de etiska reflektionerna beskrivs betydelsen av ämnet ur etisk synvinkel. Dessutom presenteras de etiska principerna som styr barnmorskans yrkesroll och vårdande. Eftersom forskningsartiklarna inkluderade i studien var många, valde vi att numrera dessa med siffror från 1-23, för att underlätta läsandet av resultatet. Artiklarna presenterades i bilaga 1.

Förlossningsrädsla är ett ämne som är mycket forskat från olika synvinklar. Skribenterna är nöjda med den valda synvinkeln, som gav ett nytt perspektiv för betydelsen av vård av förlossningsrädsla. Vi hoppas att studien skall ge kunskap åt och underlätta arbetet för både barnmorskor, sjukskötare och hälsovårdare, samt att dessa yrkesgrupper skall kunna utnyttja studiens innehåll i arbetslivet, speciellt inom mödravården. Materialet som studien lyfter upp gör att vi bättre förstår kvinnor med förlossningsrädsla och tack vare det bättre kan stödja dem i deras lidande.

12 AVSLUTNING

Denna skrivprocess har varit mycket givande, men även tidskrävande. Vi började skriva på arbetet i början av januari 2013 och avslutar skrivprocessen nu i maj 2013. Under denna tid har vi haft tid att aktivt skriva på arbetet, men delvis har vi varit tvungna att skriva på arbetet vid sidan av andra studier, bl.a. yrkespraktik.

Från första början har vi båda varit mycket motiverade och inspirerade att skapa ett arbete som vi kan vara stolta över, och också ett arbete som vi kan lära oss ifrån. Arbetsprocessen har varit intressant och vi har lärt oss mycket. Vi är säkra att vi som kommande barnmorskor nu bättre kan förstå kvinnor med förlossningsrädsla, och förstår vilket lidande förlossningsrädsla kan orsaka. Vi hoppas även att den information som kommer fram i detta arbete kan utnyttjas vid utveckling av mödravårdsarbete. Förhoppningsvis väcker arbetet även tankar om hur man som barnmorska eller annan personal inom mödravård, kan utveckla sitt yrkeskunnande och förståelsen för förlossningsrädsla hos föderskor.

Studien har gett oss mycket ny information om förlossningsrädsla och hur mångdimensionell den kan vara. Studien har lärt oss att som kommande barnmorskor alltid vårda varje kvinna som en enskild individ med sin egen livshistoria, som kan påverka henne mycket. Vi insåg även hur viktigt det är, att med varje kvinna tala om hennes förlossningshistorik, möjliga önskemål eller rädslor. Detta kunde man även göra med kvinnor, som inte visar tecken på rädsla inför förlossningen. Vi anser det mycket viktigt att föderskan kan uppleva barnmorskan som en empatiskt, mottaglig och förtroendeingivande person. Detta kommer att vara vår målsättning i barnmorskearbetet.

I kommande studier kunde vi tänka oss att studera förlossningsrädsla ur de två andra formerna av vårdlidande, '' *maktutövning*'' och '' *fördömelse och straff*'', vilka inte betydelsefullt steg fram i resultatet i denna studie.

KÄLLOR

Arcada. 2002, God vetenskaplig praxis vid studier i Arcada. Tillgänglig:

http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/510. Hämtad: 10.5.2013

Beck, CT. 2004, *Birth Trauma: In the eye of the beholder*. Nursing Research 2004 Jan-Feb; 53(1):28-35

Beck, CT & Watson, S. 2010, *Subsequent childbirth after a previous traumatic birth*. Nursing research 2010 jul-aug; 59(4): 241-9

Berg, Marie & Lundgren, Ingela. 2004, *Att stödja och stärka, vårdande vid barnafödande*. Studentlitteratur. s.155-169

Bryanton, J; Gagnon, AJ; Johnston, C & Hatem, M. 2008, *Predictors of women's perceptions of the childbirth experience*. Journal of Obstetric, Gynecology & Neonatal Nursing 2008 Jan-Feb; 37(1):24-34

Elo, Satu & Kyngäs, Helvi. 2007, *The qualitative content analysis process*. Journal of Advanced Nursing 62(1), 107-115

Eriksson, Katie. 1994, *Den lidande människan*. Berlins Arlov. s.13-14, 19-22, 57-59, 63-65, 76-77, 82-83, 86-93, 95-97

Fenwick, J; Gamble, J; Nathan, E; Bayes, S & Hauck, Y. 2009, *Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women*. Journal of Clinical Nursing, 2009 Mar; 18 (5): 667-77

Gottvall, K & Waldenström, U. 2002, *Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction?* BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2002 Mar; 109(3): 254-60

Haines, HM, Rubertsson, C; Pallant, JF & Hildingsson, I. 2012, *The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth*. BMC Pregnancy and Childbirth 2012 Jun 24;12:55

Hildingsson, I; Nilsson, C; Karlström, A & Lundgren, I. 2011, *A longitudinal survey of childbirth-related fear and associated factors*. Journal of Obstetric, Gynecology & Neonatal Nursing 2011 Sep-Oct; 40(5):532-43.

Hoidokki. Sökord: Prematur. Tillgänglig:

http://www.hoidokki.fi/index.php?MITform=sanat_puu&id=&MIThaku=prematur&uhaku=S%F6k. Hämtad 3.5.2013

Lundberg, Stefan. 2013, *Grekiska kvinnor trampas ner*. Hufvudstadsbladet, 11.4.2013.

Lyberg, A & Severinsson, E. 2010, *Fear of childbirth: mothers experiences of team-midwifery care – a follow up study*. Journal of Nursing Management, 2010, 18, 383-390

Lyberg, A & Severinsson, E. 2010, *Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth*. Journal of Nursing Management, 2010 May; 18 (4): 391-9

Melender, Hanna-Leena. 2002, *Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women*. Birth 2002 Jun; 29(2):101-11

Melender, Hanna-Leena. 2002, *Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland*. Journal of Midwifery & Women's Health 2002 Jul-Aug; 47(4):256-63

Nationalencyklopedin. Sökord: Instrumentell förlossning. Hämtad: 9.5.2013. Tillgänglig: <http://www.ne.se/f%C3%B6rlossning/avvikelser-fr%C3%A5n-det-normala-f%C3%B6rlossningsf%C3%B6rloppet/instrumentella-f%C3%B6rlossningar>

Nationalencyklopedin. Sökord: Elektiv. Hämtad: 5.5.2013. Tillgänglig:

<http://www.ne.se/elektiv>

Nieminen, K; Stephansson, O & Ryding E. 2009, *Women's fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 2009; 88:807-813

Nilsson, Christina. 2012, *Förlossningsrädsla. Med fokus på kvinnors upplevelser av att föda barn*. Akademisk avhandling för filosofie doktorsexamen i vårdvetenskap vid Institutionen för vårdvetenskap vid Linnéuniversitetet 2012. Linnaeus University Dissertation, no.92/2012

Nilsson, C; Lundgren, I; Karlström, A & Hildingsson, I. 2012, *Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study*. Women & Birth 2012 Sep; 25(3): 114-21

Northern Nurses' Federation. Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden.
Tillgänglig: www.sykepleien.no/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf
Hämtad: 11.5.2013

Oxford English Dictionary. Sökord: obstetric. Tillgänglig:
<http://oxforddictionaries.com/definition/english/obstetric?q=obstetric>

Oxford English Dictionary. Sökord: Postpartum. Tillgänglig:
<http://oxforddictionaries.com/definition/english/post-partum?q=postpartum>

Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä. 2012, *Kätilötyö*. 2.-4.painos. Edita Publishing Helsinki. **INGA SIDOR**

Pajukangas-Viitanen, Maija & Viitanen, Pasi. 2004, *Tiedolla, taidolla ja tunteella - kätilötyön eettiset ohjeet*. Tillgänglig:
http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf
Hämtad: 11.3.2013

Rouhe H; Salmela-Aro, K; Halmesmäki, E & Saisto T. 2009, *Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology 2009 Jan; 116(1):67-73.

Rouhe, Hanna; Saisto, Terhi; Toivanen, Riikka & Tokola, Maiju. 2013, *Kun synnytys pelottaa*. Minerva Kustannus Oy. s. 53-55, 83, 85-87, 89-90, 92-94,106

Ryding, EL; Persson, A; Onell, C & Kvist, L. 2003, *An evaluation of midwives' counselling of pregnant women in fear of childbirth*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 2003 Jan; 82(1):10-7.

Saisto, Terhi. 2001, *Obstetric, psychosocial and pain-related background, and treatment of fear of childbirth*. Department of Obstetrics and Gynecology, University of Helsinki. Tillgänglig: <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/saisto/obstetri.pdf>. Hämtad: 15.01.2013

Saisto, Terhi. 2000, *Synnytyospelot ja niiden hoitaminen*. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2000;116(14):1483-1488

Saisto, T; Ylikorkala, O & Halmesmäki, E. 1999, *Factors associated with fear of delivery in second pregnancies*. Obstetrics & Gynecology 1999 Nov; 94(5 Pt 1): 679-82.

Salomonsson, B; Wijma, K & Alehagen, S. 2010, *Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth*. Midwifery 2010 Jun; 26(3):327-37

Sjögren, Berit. 2003, *Förlossningsrädsla utmanar vården*. Läkartidningen 2003/38: 2932-2935

Soet, Johanna; Brack, Gregory & Dilorio, Colleen. 2003, *Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth*. Birth. 2003 Mar; 30(1):36-46

Svenska Akademis ordbok. Sökord: instrumentell. Tillgänglig: <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>. Hämtad 23.4.2013.

Svenska Akademis ordbok. Sökord: obstetrik. Tillgänglig: <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>. Hämtad 23.4.2013.

Svenska akademins ordbok. Sökord: trauma. Tillgänglig: <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>. Hämtad 15.4.2013

Sydsjö, G; Sydsjö, A; Gunervik, C; Bladh, M & Josefsson, A. 2012, *Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia 2012 Jan; 91(1):44-9.

Thompson, Gill Margaret & Downe, Soo . 2010, *Changing the future to change the past: women's experiences of a positive birth following a traumatic birth experience*. Journal of Reproductive and Infant Psychology Vol. 28, No. 1, February 2010, 102–112

Tuomi, Jouni & Sarajarvi, Anneli. 2002, *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 1.-2. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Waldenström, U; Hildingsson, I; Rubertsson, C & Rådestad, I. 2004, *A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample*. Birth 2004 Mar;31(1):17-27

Waldenström, U; Hildingsson, I & Ryding, EL. 2006, *Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology 2006 Jun; 113(6):638-46.

Von Hertzen, Maria & Kerstin Stolt. 2009, Arcadas skrivguide. Version 1.2. Tillgänglig: http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/583. Hämtad: 15.2.2013

BILAGOR

Bilaga 1

Numrerade artiklar i resultatet

Nr	Rubrik	Syfte
1	Subsequent childbirth after a previous traumatic birth (Beck & Watson 2010)	Att beskriva betydelsen av kvinnans följande förlossningsupplevelser efter en tidigare traumatisk förlossningsupplevelse.
2	An evaluation of midwives counselling of pregnant women in fear of childbirth (Ryding; Persson; Onell & Kvist 2003)	Att studera kvinnors upplevelse av förlossningen, posttraumatiska stress symtom och tillfredsställelse med vården, efter att ha sökt vård för förlossningsrädsla under graviditeten.
3	Fear of childbirth: Mothers experience of team-midwifery care – a follow up study (Lyberg & Severinsson 2010)	Att belysa ämnet förlossningsrädsla hos kvinnor och kvinnornas upplevelse om vårdmodellen ”team - midwifery care” under graviditeten, förlossningen och postnatala perioden.
4	Midwives’ supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth (Lyberg & Severinsson 2010)	Att beskriva hur norska kvinnor upplevt barnmorskans ledarskap och handledande i samband med förlossningsrädsla.
5	Swedish midwives perceptions of	Att beskriva barnmorskors erfarenheter av och

	fear of childbirth (Salomonsson; Wijma & Alehagen 2010)	upplevelser om kvinnor med förlossningsrädsla.
6	Changing the future to change the past: women's experiences of a positive birth following a traumatic birth experience (Thompson & Downe 2010)	Att studerar hur kvinnor förbereder sig, upplever och anammar en positiv förlossningsupplevelse, efter att ha tidigare upplevt en negativ förlossning.
7	Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth (Soet; Brack & Dilorio 2003)	Att undersöka graden av upplevd psykologisk trauma under förlossningen och utforska möjliga faktorer som påverkar den psykiska störningens utveckling.
8	Birth Trauma – In the eye of the beholder (Beck 2004)	Att beskriva betydelsen av kvinnans traumatiska förlossningsupplevelser.
9	A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample (Waldenström; Hildingsson; Rubertsson & Rådestad 2004)	Att finna förekomsten av och riskfaktorerna för en negativ förlossningsupplevelse.
10	Women's fear of childbirth and preference for caesarean section- a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden (Nieminen; Stephansson & Ryding 2009)	Att undersöka graden av prenatal förlossningsrädsla hos kvinnor i olika skeden av graviditeten. Även faktorer associerade med intensiv rädsla och preferens för kejsarsnitt undersöktes.
11	Predictors of women's perceptions of the childbirth experience (Bryanton; Gagnon; Johnston & Hatem 2008)	Att ta reda på vilka faktorer som påverkar kvinnans förlossningsupplevelse och om dessa varierar med förlossningssättet.

12	Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study (Nilsson; Lundgren; Karlström; Hildingsson 2012)	Att undersöka förlossningsrädsla under graviditeten, ett år efter förlossningen och förlossningsrädslans samband med förlossningsupplevelse och förlossningssätt.
13	Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland (Melender 2002)	Att beskriva orsaker till rädsla i anknytning till graviditet och förlossning, samt att ta reda på vad kvinnor gör för att klara sig med rädslan.
14	Fear of childbirth according to parity, gestational age and obstetric history (Rouhe; Salme-la-Aro; Halmesmäki & Saisto 2009)	Att studera förlossningsrädsla utgående från antal förlossningar, havandeskapets längd och kvinnans obstetriska historia.
15	Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant woman (Melender 2002)	Att beskriva hur kvinnor upplever rädsla i samband med graviditet och förlossning.
16	Factors associated with fear of delivery in second pregnancies (Saisto; Ylikorkala &	Syftet med forskningen var att identifiera faktorer förknippade med rädsla inför kommande graviditet.

	Halmesmäki 1999)	
17	Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth (Waldenström; Hildingsson & Ryding 2006)	Forskningens avsikt var att i en riksomfattande stickprovsundersökning undersöka hur allmän förlossningsrädslan är och dess förbindelse med kejsarsnitt som följande förlossningsmetod. Forskarna ville även undersöka den allmänna upplevelsen av förlossningen. Kvinnor som lider av rädsla inför förlossningen och fått rådgivning, och kvinnor som inte lider av förlossningsrädsla jämförs med varandra i en framåtblickande studie.
18	Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy (Sydsjö, G; Sydsjö, A; Gunervik; Bladh & Josefsson 2012)	Att jämföra förlossnings resultat mellan kvinnor som inte led av förlossningsrädsla och kvinnor med förlossningsrädsla som fått rådgivning under graviditeten.
19	Does a traumatic birth have an impact on future reproduction (Gottvall & Waldenström 2002)	Att undersöka kvinnans upplevelse efter hennes första förlossning och om det påverkar framtida beslut om att skaffa flera barn.
20	Förlossningsrädsla – med fokus på kvinnors upplevelse av att föda (Nilsson 2012)	Att beskriva upplevelsen av förlossningsrädsla, samt sambandet med förlossningsrädsla och förlossningsupplevelsen hos kvinnor med förlossningsrädsla.

21	A Longitudinal Survey of Childbirth-Related Fear and Associated Factors (Hildingsson; Nilsson; Karlström & Lundgren 2011)	Att ta reda på förekomsten av rädsla inför förlossningen under graviditet till ett år post partum. Utöver detta ville forskarna undersöka faktorer som kunde bidra till att bli botad från förlossningsrädslan.
22	Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women (Fenwick; Gamble; Nathan; Bayes & Hauck 2009)	Att undersöka olika nivåer av förlossningsrädsla under graviditet och förlossningsrädsla postpartum. Dessutom ville forskarna undersöka rädlans relation till förlossningens utfall.
23	The influence of womens fear, attitudes and believes of childbirth on mode and experience on birth (Haines; Rubertsson; Pallant & Hildingsson 2012)	Att ta reda på hur kvinnans rädsla, attityd och tankar om förlossningen påverkar upplevelsen av förlossningen och förlossningssättet.

Bilaga 2

Arbetsfördelningen

<i>Kapitel</i>	<i>Student</i>
Abstrakt	Catherine & Sophie
1. Inledning	Sophie
2. Centrala begrepp	Catherine & Sophie
3. Bakgrund	Sophie
3.1 Förlossningsupplevelsen	Sophie
3.2 Förlossningsrädsla	Sophie
3.2.1 Konsekvenser av förlossningsrädsla	Catherine
3.2.2 Vård av förlossningsrädsla	Catherine
3.2.3 Förlossningsrädsla som upplevelse	Catherine
4. Syfte och frågeställning	Catherine & Sophie
5. Design	Sophie
6. Teoretisk referensram	Catherine
6.1 Lidandet	Catherine
6.2 Lindrandet av andras lidande	Catherine
7. Metod	Catherine & Sophie
7.1 Den kvalitativa forskningsmetoden	Catherine & Sophie
7.2 Induktiv innehållsanalys	Catherine & Sophie
7.3 Datainsamling	Sophie

7.3.1 Inklusions och exklusions kriterier	Sophie
7.3.2 Litteratursökning och valda artiklar	Catherine
7.4 Medvalda artiklar utifrån datainsamlingen	Catherine & Sophie
8. Etiska reflektioner	Catherine & Sophie
9. Resultat	Catherine & Sophie
10. Diskussion	Catherine & Sophie
11. Kritisk granskning	Catherine & Sophie
12. Avslutning	Sophie
Bilaga 2: Arbetsfördelningen	Catherine
Tabell 2: Litteratursökningen	Catherine
Tabell 1: Manuella sökningen	Catherine
Bilaga 1: Numrerade artiklar i resultatet	Catherine
Figur 2. Resultatindelning	Sophie
Figur 1. Design	Sophie