

Bemötande av föderska med tidigare traumatisk upplevelse

En netnografisk studie

Lotta Lindberg & Americ Norrgrann

Examensarbete
Barnmorska 2019
2021

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Barnmorska
Identifikationsnummer:	8417 & 8418
Författare:	Lotta Lindberg & Americ Norrgrann
Arbetets namn:	Bemötande av föderskan med tidigare traumatisk upplevelse
Handledare (Arcada):	Pernilla Stenbäck & Heikki Paakkonen
Uppdragsgivare:	Arcada
<p>Sammandrag:</p> <p>Examensarbetet är en del utav projektet Infodemiologi, Digitalt hälsobeteende. Projektets syfte är att utöka förståelsen av hälsorelaterade frågor, beteenden samt utmaningar med hjälp av stora datamängder ur olika datakällor. Lärdomsprovet syftar till att undersöka hur föderskan efter traumatisk upplevelse, avgränsat till negativ upplevelse under tidigare förlossning, missfall, abort samt sexuellt våld, med förlossningsrädsla önskar bli bemött och erfarenheter av bemötande under förlossning av vårdpersonal. För att uppfylla syftet av studien har två forskningsfrågor utformats; <i>Hur beskrivs önskan om bemötande under förlossning från vårdpersonal av föderskor med förlossningsrädsla framkallat av tidigare traumatisk händelse, begränsat till negativ upplevelse under tidigare förlossning, abort, missfall och sexuellt våld? Hur beskrivs erfarenheter av bemötande under förlossning från vårdpersonal av föderskor med förlossningsrädsla förorsakat av tidigare traumatisk upplevelse, begränsat till negativ upplevelse under tidigare förlossning, abort, missfall och sexuellt våld?</i> Studien genomförs genom en netnografisk kvalitativ studie med hjälp av diskussionstrådar som behandlar relevanta ämnen för studien. Den teoretiska referensramen för arbetet har som grund i Katie Erikssons två teorier om lidande och vårdprocessen. I resultatet av önskan av bemötande framkommer tre centrala teman; möjlighet till bestämmanderätt, vägledning och involvering. I resultatet av erfarenheter av bemötande framkommer två centrala teman; valmöjlighet och känslan av kontroll. Med hjälp av resultatet framkommer det behov och önskan föderskan med traumatisk upplevelse har under förlossning av vårdpersonal, samt hurdana erfarenheter som beskrivs. Resultatet kan stödja och utveckla förlossningsvården genom att uppmärksamma bemötandets nyckelroll i vårdmöten samt främja en positiv upplevelse av förlossning.</p>	
Nyckelord:	Förlossningsrädsla, hälsobeteende, mental hälsa, vårdpersonal, upplevd hälsa
Sidantal:	48
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Midwife
Identification number:	8417 & 8418
Author:	Lotta Lindberg & Americ Norrgrann
Title:	Treatment of the birthgiver with a previous traumatic experience
Supervisor (Arcada):	Pernilla Stenbäck & Heikki Paakkonen
Commissioned by:	Arcada
et	
Abstract:	
<p>The thesis is part of the project ‘Infodemiology’, Digital health behavior. The aim of the project is to expand the understanding of health-related questions, behavior and challenges with the help of massive data from different data sources. The thesis aims to investigate how the birth-giver after traumatic experience, limited to negative experience during previous childbirth, miscarriage, abortion and sexual violence, with fear of childbirth wishes to be treated and experiences of treatment during childbirth by health care personnel. To fulfill the aim of the study, two research questions have been formed; <i>How is the wish of treatment described during childbirth by birth-givers with fear of childbirth induced by previous traumatic event, limited to negative experience during previous childbirth, miscarriage, abortion and sexual violence? How are experiences of treatment described during childbirth by birth-givers with fear of childbirth induced by previous traumatic events, limited to negative experience during previous childbirth, miscarriage, abortion and sexual violence?</i> The study is conducted through a netnography qualitative study based on discussion threads which handles relevant topics for the study. The theoretical framework used in the study is based on Katie Eriksson’s two theories about suffering and the process of treatment. In the result of wishes of treatment emerges three themes: opportunity for decision-making, guidance and involvement. In the result of experiences of treatment two themes arise: choice and the feeling of control. With the help of the result, needs and wishes and experiences of treatment of the birth-giver during childbirth arise. The result can support and develop maternity care during childbirth by highlighting the key role the meeting and treatment has in care meetings while also promoting a positive experience of childbirth.</p>	
Keywords:	Fear of childbirth, health behaviour, mental health, health personell, experienced health
Number of pages:	48
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

INNEHÅLL

1	Inledning.....	7
2	Bakgrund.....	8
2.1	Rädsla, trauma och kris.....	8
2.2	Förlossningsrädsla	10
2.2.1	<i>Abort och missfall</i>	11
2.2.2	<i>Sexuellt våld</i>	12
2.3	Vården av förlossningsrädsla i Finland	13
2.4	Bemötande av föderskor	14
2.5	Förlossningsrädslans eventuella risker och följder	15
2.6	Digitalt hälsobeteende.....	16
3	Syfte & frågeställningar.....	19
4	Tidigare forskning	20
4.1	Förlossningsrädsla hos omföderskor	20
4.2	Förlossningsrädsla efter abort eller missfall.....	21
4.3	Förlossningsrädsla och upplevt våld	21
4.4	Förlossningsrädsla och psykisk ohälsa.....	22
4.5	Sammanfattning av tidigare forskning.....	23
5	Teoretisk referensram	24
5.1	Lidande.....	24
5.1.1	<i>Vårdlidande</i>	24
5.1.2	<i>Livslidande</i>	25
5.2	Vårdprocess	26
5.3	Sammanfattning av teoretisk referensram	27
6	Metod & Material	28
6.1	Kvalitativ netnografi	28
6.2	Datainsamlingsmetod.....	29
6.2.1	<i>Materialbeskrivning</i>	29
6.2.2	<i>Metodredovisning</i>	30
7	Etik.....	32
8	Resultat	33
8.1	Önskan om bemötande	34
8.1.1	<i>Möjlighet till bestämmanderätt</i>	35

8.1.2	<i>Vägledning</i>	35
8.1.3	<i>Involvering</i>	36
8.2	Erfarenheter av bemötande.....	36
8.2.1	<i>Valmöjlighet</i>	37
8.2.2	<i>Känslan av kontroll</i>	38
8.3	Sammanfattning av resultat.....	39
9	Diskussion och kritisk granskning.....	40
9.1	Metoddiskussion.....	40
9.2	Resultat diskussion.....	42
9.2.1	<i>Återkoppling till tidigare forskning</i>	42
9.2.2	<i>Återkoppling till den teoretiska referensramen</i>	44
9.3	Implementering i praktiken	46
9.4	Vidare forskning.....	47
Källor	48

Figurer

Figur 1. Medelvärde på populariteten för sökorden Synnytyspelko och Fear of child-birth.....	19
Figur 2. Medelvärde på populariteten för sökorden Synnytys och Giving birth.....	19
Figur 3. Exempel på kodningsmetod av önskan om bemötande av vårdpersonal under förlossning.....	32
Figur 4. Resultat av önskan om bemötande av vårdpersonal under förlossning.....	35
Figur 5. Resultat av erfarenheter av bemötande från vårdpersonal under förlossning.....	38

1 INLEDNING

Varje dag utförs ungefär 6.75 miljoner hälsorelaterade sökningar på enbart sökmotorn Google (Eysenbach & Kohler 2003). Internet är en vanlig kanal där människor kan söka stöd, gemenskap och kunskap, och på grund av internets natur är det lätt att komma i kontakt med andra likasinnade människor (Lin & Kishore 2021). Nu för tiden har drygt tre miljarder människor tillgång till internet, med tillgång till fler än en miljard webbsidor, vilket innebär en stor plattform för att söka information (Berg 2015).

Uppskattningsvis lider 6–10 % gravida av förlossningsrädsla (Tiitinen 2020). Rädslan kan vara ett resultat av exempelvis negativ upplevelse under tidigare förlossning, obstetriska undersökningar, missfall samt utsatthet för sexuellt våld, vilka kan upplevas som traumatiska och därmed utveckla en rädsla för att föda barn (Heli & Svensson 2017). Den starkaste indikatorn för förlossningsrädsla är en tidigare negativ förlossningsupplevelse (Dencker et al. 2019), men stark förlossningsrädsla kan även hittas hos föderskor med tidigare förlossningar med normalt förlopp. Därmed behöver inte rädslan hos omföderskor bero på tidigare förlossningar. Tidigare upplevelser i livet kan ge en förklaring till rädslan, vilken kan böttna i psykisk ohälsa och besvärande upplevelser från barn- och ungdomsperioden, exempelvis upplevt våld. (Sjögren 1998)

Förlossningsrädsla har bevisats att i vissa fall komplicera förlossning, ta bort glädjen från att vara gravid, posttraumatisk stress, negativt påverka förhållandet mellan moder och barn samt leda till postpartum depression (Rouhe et al. 2013). På grund av detta är det ett relevant och viktigt ämne att undersöka för att minska risken för dessa komplikationer.

Syftet med examensarbetet är att undersöka hur föderska efter traumatisk upplevelse, avgränsat till negativ upplevelse under tidigare förlossning, missfall, abort samt sexuellt våld, med rädsla inför sin förlossning önskar bli bemött och hurdana erfarenheter föderskan har av bemötande under förlossning av vårdpersonal. Detta utförs genom en netnografisk kvalitativ studie med hjälp av fyra diskussionstrådar där gravida söker stöd inför förlossning och delar med sig av sina erfarenheter av förlossning.

Val av forskningsämne baserar sig på intresset att få en uppfattning av föderskans upplevelser och erfarenheter som ett hjälpmedel inför bemötande under förlossning i framtida yrket som barnmorska. Vi anser att ett gott bemötande är en av grundstenarna för god vård och en positiv vårdupplevelse. Genom att bättre förstå föderskans erfarenheter och önskemål gällande bemötande, hoppas vi främja upplevelsen av förlossningen hos föderskor med tidigare traumatiska upplevelser.

Examensarbetet inleds med en bakgrund till tematiken bakom examensarbetet, för att sedan beskriva arbetets syfte och frågeställningar. Efter det redogörs den tidigare forskningen som arbetet har som grund och därefter beskrivs arbetets teoretiska referensram. Sedan redovisas metoden för arbetet och datainsamlingsmetoden, samt materialet för arbetet. Etiken för arbetet diskuteras och efter det presenteras resultatet. Avslutningsvis öppnar vi upp för diskussion om arbetet.

2 BAKGRUND

Under rubriken "Bakgrund" presenteras fakta och underlaget för arbetet, detta för att underlätta för läsaren samt öka förståelsen för materialet. Inledningsvis presenteras rädsla och trauma, förlossningsrädsla samt de traumatiska händelser vilka vi har valt att fokusera på i vårt examensarbete, som kan påverka och öka rädslan för förlossning. Vad förlossningsrädsla kan ge för möjliga följder presenteras, och sedan förklaras varför och hur människor använder sig av internet för att stöda sin egen hälsa och välmående, vilket beskrivs eftersom arbetet tillhör projektet Digitalt hälsobeteende.

2.1 Rädsla, trauma och kris

Rädsla kan definieras som den "obehagliga känslan som uppstår som en normal respons på realistiska faror." (Karlsson 2007 s. 397) Rädsla är en naturlig reaktion på hotande situationer, eftersom känslans uppgift är att skydda människan från fara. (Mielenterveystalo 2021)

Trauma är en emotionell respons på en djup stötande händelse som orsakar känslor av ångest, hjälplöshet, försvårar förmågan att känna känslor och påverkar självbilden hos individen. Symtomen kan uppträda som psykiska men också fysiska. Exempel på symptom kan vara oro, nervositet, irritation och sömnlöshet (Mielenterveystalo 2021). Reaktionen vid och från en traumatisk upplevelse är individuella. Att ha varit med om trauma är riskfaktor för att insjukna i depression, PTSD och drogmissbruk (Integrated listening systems 2020).

En traumatisk händelse är då individen genomgår en incident vilken upplevs som mycket svår och hotande, vilket kan ge upphov till psykiskt trauma. Exempel på traumatiska händelser är bland annat olyckor, dödsfall och katastrofer. Människor reagerar olika på svåra situationer. En del kan bli totalt apatiska medan andra agerar genomtänkt. Individens reaktion av händelsen har en inverkan på individens mående efter händelsen. Ifall personen inte återhämtar sig från situationen inom sex månader eller har återkommande minnen om händelsen samt ångest, är risken stor att personen har utvecklat trauma. (Psykologiguident 2021)

Examensarbetet fokuserar på hur föderskan som varit med om traumatisk händelse, begränsat till negativ upplevelse under tidigare förlossning, abort, missfall samt sexuell våld, med förlossningsrädsla vill bli bemött under förlossning. Abort, missfall och upplevt våld kan alla definieras som traumatiska händelser vilka kan ge upphov till förlossningsrädsla (Heli & Svensson 2017 s. 24) (Cullberg 2006 s. 128). Negativ upplevelse under tidigare förlossning är den starkaste indikatorn för förlossningsrädsla och är därför mycket relevant för arbetet (Dencker et al. 2019).

Upplevelser som vi nämner ovan som traumatiska händelser kan benämnas som traumatiska kriser, vilket innebär en plötslig, chockerande och oförberedd händelse. Cullberg (2006) definierar den traumatiska krisen som något som innebär "ett hot mot ens fysiska existens, sociala identitet och trygghet eller mot ens grundläggande möjligheter till tillfredsställelse i tillvaron."

2.2 Förlossningsrädsla

Att vara nervös inför en förlossning är normalt. Stark förlossningsrädsla är en oproportionerlig rädsla som har negativ inverkan på föderska och graviditet samt en kommande förlossning. Uppskattningsvis lider 6–10 % av alla gravida av förlossningsrädsla. (Tii-tinen 2021)

Vad förlossningsrädsla har sin grund i varierar från individ till individ, men det mest förekommande faktorerna är rädsla för smärta, obstetrisk skada, att barnet eller föderskan själv skadas, förlust av kontroll, inte själv kunna föda, sjukhus, blod samt en bristande tillit till sig själv eller vården. (Heli & Svensson 2017 s. 23)

Waldenström, barnmorska och professor vid Karolinska Institutet, drar i sin bok “Föda barn” (2007) slutsatsen att de allra flesta föderskor är rädda för att de inte ska klara av att föda barn utan hjälp. Waldenström förklarar att föderskor nu för tiden, jämfört med för trettio år sedan, är mer mottagliga för olika interventioner före och under förlossning. Hon lyfter även att en rädsla för smärta är en av de stora orsakerna till förlossningsrädsla.

Waldenström refererar till de finska forskarna Saisto och Halmesmäki (Se Waldenström 2007 s. 155–156) vilka delar upp förlossningsrädsla i fyra kategorier beroende på var rädslan har fått sin grund. Biologiska kategorin kommer från en rädsla för smärta. Psykologiska kategorin baserar sig på tidigare traumatiska upplevelser, individens identitet eller rädsla för att bli förälder, sociala kategorin grundar sig i bristande stöd, ekonomiska problem och kategorin sekundär grundar sig i en tidigare negativ förlossningsupplevelse.

Förlossningsrädsla kategoriseras även i primär och sekundär förlossningsrädsla. Primär förlossningsrädsla beskrivs som en rädsla för något nytt och okänt, medan sekundär förlossningsrädsla är den rädsla omföderskor kategoriseras att ha. Sekundär förlossningsrädsla förklaras att ha en koppling till tidigare erfarenhet av att föda barn då den tidigare förlossningen har gett upphov till en rädsla att föda igen. Ofta handlar det om att föderskan har varit med om en eller flera traumatiska upplevelser under förlossning. (Heli & Svensson 2017 s. 23) Den sekundära förlossningsrädslan kan även förstärkas av trauman

som inte är kopplade till förlossningstraumat samt upplevelse av våld i livet (Borgfeldt et al. 2019 s. 68).

Riskfaktorer för att utveckla förlossningsrädsla benämns bland annat som tidigare negativ upplevelse under förlossning, missfall, medicinsk abort, sexuellt våld samt obstetriska undersökningar. Dessa upplevelser kan upplevas som traumatiska och utveckla en rädsla för att i framtiden föda barn på grund av att det kan påminna om den traumatiska upplevelsen. (Heli & Svensson 2017 s. 24)

Under och efter medicinsk abort kan obstetriska undersökningar förekomma (Tarnanen et al. 2013), vilka kan upplevas som skrämmande. Rädsla för smärta är en av de stora orsakerna till förlossningsrädsla, vilket kan ha sin grund i en tidigare smärtsam abort (Wadenström 2007), därför väljer vi att även fokusera på abort som traumatisk händelse som kan påverka och öka förlossningsrädsla. För att öka förståelsen för faktorerna som kan framkalla förlossningsrädsla som examensarbetet kommer att fokusera på, definieras abort och missfall samt sexuellt våld i underrubrikerna 2.2.1 samt 2.2.2.

2.2.1 Abort och missfall

Abort innebär avbrytande av graviditeten. Abort kan göras medicinskt eller kirurgiskt. Medicinsk abort är den vanligaste metoden och cirka 96% av alla aborter i Finland görs med hjälp av medicinskt tillvägagångssätt. Läkemedlet vilket används vid abort får livmodern att sammandra sig, vilket orsakar att livmodern töms av graviditetsmaterial. (Terveyskylä 2018) Examensarbete behandlar endast medicinsk abort, inte kirurgisk.

Missfall innebär att graviditeten avbryts spontant innan graviditetsvecka 22 eller när fostrets födelsevikt är under 500 g. Cirka 10–15 % av alla kliniskt bevisade graviditeter avslutas i missfall innan vecka 12. Med kliniskt bevisade graviditeter menas graviditeter då graviditetstestet är klart positivt och graviditeten har pågått i 6 veckor eller där graviditeten har konstaterats med hjälp av ultraljud. Det finns ingen egentlig orsak för missfall men i över hälften av fallen sker det på grund av kromosomavvikelser. (Tiitinen 2020)

Riskfaktorer för missfall kännetecknas bland annat som hög ålder, obalans i en kronisk sjukdom, övervikt, rökning och infektioner. De vanligaste symtomen på missfall är smärta i nedre delen av buken och blödning. Vården av missfall är att livmodern töms av sig själv med uppföljning eller med hjälp av medicinsk- eller kirurgisk abort. (Tiitinen 2020)

Missfall ökar risken att lida av psykologiska problem som depression, ångest, självmordsbeteende och missbruk av alkohol samt marijuana. I en studie utförd av Kulathilakas framkom det att nästan hälften av kvinnorna i studien upplevde svår sorg efter ett missfall. (Kulathilaka 2016)

Dessa psykologiska problem kan påverka stort kvinnans psykiska välmående och bearbetningsprocessen av händelsen. De kan också inverka negativt på sorgearbetet och bidra till att händelsen upplevs som traumatisk. Själva aborten eller missfallet kan vara smärtsamt vilket kan kännas traumatiskt. Kemppainen m.fl. (2020) undersökte smärtnivån hos abortpatienter i första trimestern. Skalan som användes var VAS (visuell analog skala 0–100), och medelvärdet var 75. Över hälften upplevde svår smärta och över 90% behövde annan smärtlindring än basmedicineringen ibuprofen och paracetamol. En fransk undersökning (Saurel-Cubizolles et al. 2015) påvisar liknande resultat, då av 453 kvinnor i studien upplevde över en tredjedel smärtan över 8 (VAS 0–10).

2.2.2 Sexuellt våld

Sexuellt våld definieras bland annat som oönskade sexuella kommentarer, icke-önskad beröring, tvingande att se på sexuellt material, våldsamt sex, våldtäkt och tvingande till sexuella aktiviteter (Nollalinja 2021). I Finland är utförande samt försök till sexualbrott straffbart och brotten definieras i kapitel 20 i Strafflagen (Finlex 2021).

Våldet behöver inte vara fysiskt för att betraktas som sexuellt våld, exempelvis kan maktpositioner påverka en människa till att gå med på oönskade och otrevligt saker och gärningar. Våldtäkt inom förhållande räknas till sexuellt våld, då samtycke ska komma från båda. Sexuellt våld kan påverka många aspekter av offrets liv, bland annat självbild,

upplevelse av närhet, tillitsproblematik samt problem med relationer till andra människor. (Nollalinja 2021)

Enligt Rådet för brottsförebyggande (2021) anmäls inte en stor del av sexualbrott till polisen. Ändå har anmälningsbenägenheten ökat samtidigt som polisundersökningar blivit effektivare under de senaste tio åren. Statistik pekar på att ungefär 10–60% av kvinnor över 18 år blivit utsatta för sexuella övergrepp (Borgfeldt et al. 2019 s. 18), men faktiska siffran kan vara svår att fastställa på grund av den låga anmälningsgraden, rädslan för att anmäla och att alla individer inte vet vad som kan anmälas som sexualbrott.

2.3 Vården av förlossningsrädsla i Finland

Enligt kapitel 2 i Hälsovårdslagen (1326/2010) bör kommunen i Finland ordna tjänster för gravida kvinnor och deras familjer som är hälsofrämjande. Hälsofrämjande tjänster bör gynna individens mående, ta vara på hans resurser och utgå ifrån individens egen insats i sin vård (Nordlund 2020).

Förlossningsrädsla sköts i första hand på mödrarådgivningen. Målet med vården är att ge föderskan en känsla av kontroll i sin graviditet och förlossning. Tankar kring förlossningen diskuteras senast i mitten av graviditeten, men tidiga symptom på depression eller rädsla bör tas i beaktan redan från början. Det är viktigt att föderskan känner sig bekväm i att ta upp frågor som hen funderar på under besöken för att kunna lägga in insatser för att kunna ge adekvat vård och stöd mot rädslan. För att specificera rädslan, kan ett frågeformulär användas. Innan vecka 30 bör rädslan hanteras på förlossningssjukhusets poliklinik för förlossningsrädsla, där läkare och barnmorskor som är specialiserade inom ämnet arbetar. Vården planeras utgående från föderskans rädslor, livssituation, familjelivet hemma och stödnätverk. Det bästa sättet att förebygga förlossningsrädsla är god vård under och efter graviditeten. (Tiitinen 2020)

Risikfaktorer för att lida av förlossningsrädsla kan också bero på personlighetsdrag som prestationsångest och jakten på att nå perfektion. Varje föderska bör få diskutera om sin förlossning, och därmed överväga kejsarsnitt om förlossningsrädslan grundar sig i en

rädsla för att föda vaginalt. God praxis innebär att upplysa att ingen tvingas till att föda vaginalt och att ett val av förlossningssätt inte behöver göras på första besöket på polikliniken. (Saisto et al. 2014)

Alla förstföderskor erbjuds familjeförberedelse. Förberedelsen innebär träffar under graviditeten, då föderskan får bekanta sig med förlossningssalen, samt även träffar efter förlossningen för att diskutera tillsammans med barnmorska om hur föderskan upplevde förlossningen. Många föderskor får hjälp att hantera och reducera sin förlossningsrädsla genom att titta på en förlossningsvideo och sedan ha en diskussion i grupp om videon i efterhand. Medicinska termer och olika former av smärtlindring är återkommande teman som upplevs främmande under förberedelsetillfällena. Partnern får också följa med på träffarna och det finns en möjlighet för kamratstöd av personer i samma livssituation för partner. (Saisto et al. 2014)

Efter förlossningen ges familjen möjligheten att prata igenom sin egen upplevelse om händelserna. På rådgivningens efterkontroll tas familjeplanering och möjlig depression eller traumatiska händelser i förlossningen i beaktan. Cirka en tredjedel av föderskor har symtom av trauma sex veckor efter förlossningen och kriterier för PTSD uppfylls av 2–6%. (Saisto et al. 2014)

2.4 Bemötande av föderskor

Bemötande innebär i sin grund ett möte mellan människor där kroppsspråk och verbala uttryck sker. Sjukhusomgivningen kan upplevas som främmande och skrämmande för många människor. Dessa känslor bör hanteras med hjälp av ett vänligt, förstående och professionellt bemötande från vårdpersonalen. Problemområden inom bemötande kan innebära svårskötta patienter, språksvårigheter, vårdpersonalens attityder, tolkningar, fördomar, för många personer i samma rum, brådska, okunskap och klagomål. (Kunskapsguiden 2019)

Oro är en normal känsla i situationer som känns osäkra och obekanta. Vid bemötandet av en person som känner sig orolig är det viktigt att hålla sig själv lugn, lyssna aktivt, ge information och visa omsorg (Olsson 2021).

Amstadter & Vernon (2008) gjorde en undersökning för att jämföra vilka känslor som uppkommer omkring fyra olika traumatiska händelser; sexuella övergrepp, fysiska övergrepp, transportolyckor och sjukdom/skada. 165 deltagare svarade på enkäter som innehöll frågor för att utvärdera känslorna under och efter trauma. Undersökningen visade att alla dessa olika traumatiska händelserna har liknande inverkan på deltagarnas känslor; ilska, rädsla, skuld, skam och sorg. Genom att uppmärksamma denna undersökning vill vi belysa att oberoende hurdan traumatisk händelse personen upplevt, bör bemötande vara den samma.

2.5 Förlossningsrädslans eventuella risker och följder

Förlossningsrädsla kan påverka olika från individ till individ, och kan variera från en lindrig till en förlamande och fobisk rädsla. Graden av rädsla fastställer hur mycket det påverkar den gravida. Starkare förlossningsrädsla kan ge problem i vardagen för den gravida, och ge sig i uttryck som exempelvis störd sömn, svårigheter i arbetsliv och påfrestningar i relationer, vilket stort påverkar den gravidas psykiska mående och välbefinnande. (Heli & Svensson 2017 s. 26)

Det är normalt att känna spändhet inför sin förlossning, men när den gravida inte får hjälp att hantera rädslan på lång tid kan stressen som kroppen och sinnet blivit utsatt för bli svår att hantera samt leda till risker och komplikationer. (Heli & Svensson 2017 s. 57)

Översiktsstudien "Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review" (2019) presenterar genom en sammanfattning av flertal studier, utförda med syftet att undersöka orsaker och följder av förlossningsrädsla. Artikeln finner "humörrelaterade aspekter" som en följd av förlossningsrädsla, vilka rubriceras som posttraumatisk stress samt behov av psykiatrisk vård. Posttraumatisk stress utvecklar ungefär tre procent av alla föderskor på grund av en traumatisk händelse under förlossningen. Symptom på

PTSD yttrar sig som mardrömmar, ångest, dissociation samt avsaknad av anknytning till barnet och glädje efter förlossning (Heli & Svensson 2017). Alla traumatiska händelser eller en svår förlossning leder inte alltid till PTSD (Sjögren 1998).

Posttraumatisk stress kan påverka både efter förlossning och vid kommande graviditeter. Obehandlad eller undantryckt förlossningsrädsla kan utveckla en negativ nedåtgående spiral, vilket kan komma att påverka framtida familjebildning och graviditet på grund av rädsla. (Dencker et al. 2019)

Förlopp av förlossning samt födelserelaterade utfall hittades ha koppling till förlossningsrädsla. De främsta studerade följderna av förlossningsrädsla var tidsintervall till nästa graviditet, större användning av smärtlindrande, förlängd förlossningstid samt förlossningsätt. (Dencker et al. 2019)

2.6 Digitalt hälsobeteende

Varje dag utförs ungefär 6.75 miljoner hälsorelaterade sökningar på enbart sökmotorn Google, vilket innebär att under en timme av en dag utförs nära 5000 sökningar gällande hälsa. Dessa siffror är endast tagna från sökmotorn Google. Det kan därför med säkerhet antas att många människor väljer att vända sig till internet för att få svar och stöd gällande deras hälsa. (Lin & Kishore 2021)

Till följd av internets lättsamma karaktär att komma i kontakt med andra människor har det gett upphov till populära plattformar att diskutera hälsa, sjukdom och erfarenheter. Genom dessa kanaler kan individer söka stöd och hjälp från andra som varit eller är i samma situation som dem, och därmed även utöka deras kunskap och förbättra deras egen hälsa (Jadad et al. 2000). Nätforum, var individer anonymt kan uttrycka sig, ger större chans för människor att fritt och obehindrat yttra sina känslor, upplevelser och tankar för att få socialt stöd från andra (Wu et al. 2016).

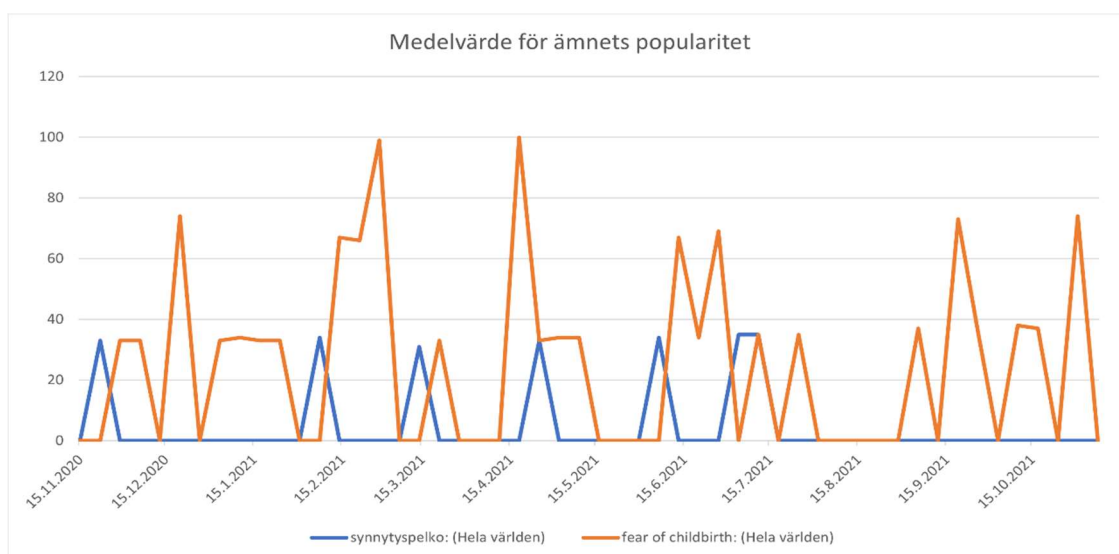
Hälsobeteende innebär hälsomedvetande, attityder och beteende som påverkar hur personen tar hand om sin hälsa (MeSh 2021). Delning av erfarenheter på internet och det sociala stödet är det som arbetet kommer att ta material från. Examensarbetet, som en del av

projektet Digitalt hälsobeteende, undersöker vad föderskor skriver på de utvalda diskussionstrådarna, där de söker stöd och delar erfarenheter inför och efter sin förlossning.

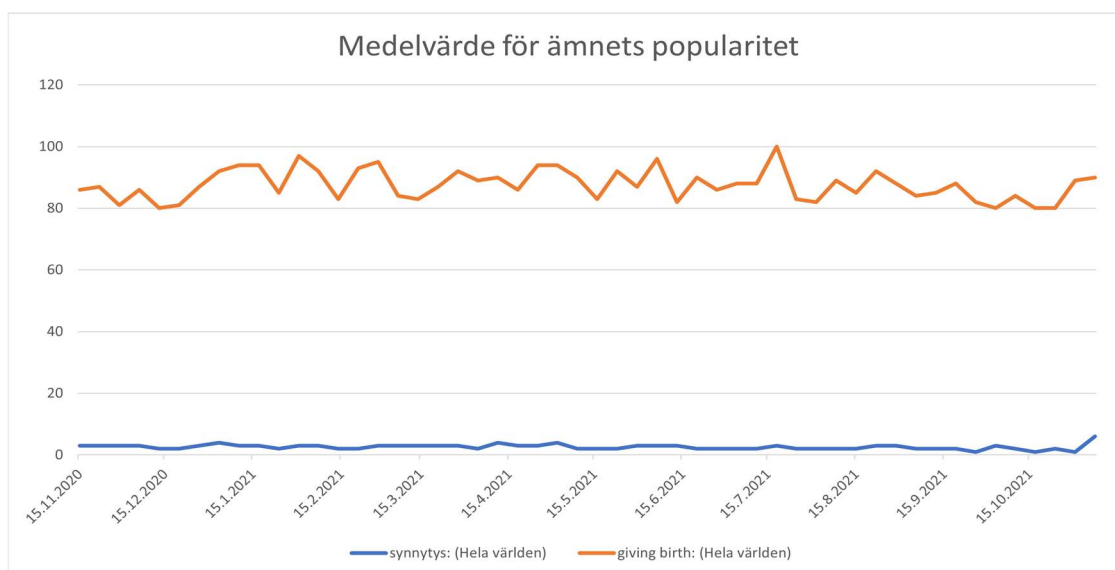
Google Trends är en webbplats som analyserar sökord i Google och använder sig av diagram för att jämföra sökvolym med skalan 0–100 beroende på sökordets popularitet inom alla ämnen som sökts på under tidsperioden. Sifferskalan baserar sig på sökordets popularitet under vald tidsram och vald region. Detta betyder att nummer 100 innebär att sökordet har varit mest populärt i valda regionen vid vald tidsram, 50 innebär att sökordet har varit hälften så populärt som vid sin höjdpunkt och 0 innebär att det inte finns tillräckligt med data för att säkerställa ett tillförlitligt resultat (Nasser 2018).

I tabellerna nedan presenteras sökorden; ”synnytyspelko” och ”fear of childbirth” (se figur 1) samt ”synnytys” och ”giving birth” (se figur 2), popularitet i Google Trends under tiden 15.11.2020—15.10.2021. Tidsramen valdes genom att beakta när examensarbetet påbörjades. Sökorden valdes genom deras relevans för arbetet och för att få en förståelse för sökordens popularitet under samma period.

I tabellerna jämförs sökordens popularitet i hela världen på finska och engelska. Finska valdes för att få en översikt hos finländare, eftersom en del utav urvalet till studien är baserat på svar från finländska föderskor. Engelska valdes för att det är ett populärt språk som många kan och använder sig av i sökmotorer.



Figur 1. Medelvärde på populariteten för sökorden Synnytyspelko (blå) och Fear of childbirth (orange) över 12 månader på Google 15.11.2020-15.10.2021. (Google Trends)



Figur 2. Medelvärde på populariteten för sökorden Synnytys (blå) och Giving Birth (orange) över 12 månader på Google 15.11.2020-15.10.2021. (Google Trends)

Forumet har ofta många användare men ofta används anonymitet för att gömma personen bakom åsikten. *Online disinhibition effect* innebär att personen betar sig annorlunda över nätet än när hen är bland andra människor fysiskt (Suler 2004). Känslan av anonymitet kan bidra till mer ärliga åsikter och frihet i sitt skrivande. Genom mer ärliga svar kan andra känna sig mer inkluderade och deras känslor eller upplevelser normaliseras. I en meta-analys av diskussionsforum för kvinnor med mental ohälsa och stigmatisering, skrivna av Moore m.fl. (2019), kan stödet från forumet sänka tröskeln att ansöka om vård.

Trovärdighet är ett problem med diskussionsforum och detta kan skapa konflikter bland skribenterna på trådarna. Det är viktigt att vara kritisk till information och medicinska råd på diskussionsforum. Även om diskussionsforumet har blandad faktabaserad information och delade åsikter, finns det många av dem. Suomi 24 är en populär nätsida för diskussioner och forum. Enligt Tilastokeskus (2017) har användningen av diskussionsforum sjunkit hos finländare men exempelvis sökordet "synnytys" uppger Suomi24 nätsidan 15 diskussioner från året 2021. Även om populariteten har minskat, finns det fortfarande människor som vill höra andra människors åsikter och tankar kring sina frågor på diskussionsforum.

3 SYFTE & FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med studien är att undersöka hur föderska efter traumatisk upplevelse, avgränsat till negativ upplevelse under tidigare förlossning, missfall, abort samt sexuellt våld, med rädsla inför sin förlossning vill bli bemött och hurdana erfarenheter föderskan har av bemötande under förlossning av vårdpersonal, detta genom en netnografisk kvalitativ studie med hjälp av fyra diskussionstrådar där gravida söker stöd och delar med sig av sina erfarenheter inför förlossning.

Fokuset av studien kommer att ligga på hur föderskan med rädsla vill bli bemött och hurdana erfarenheter föderskan har av bemötandet, baserat på svaren från diskussionstrådarna använda i studien. Studien har som syfte att belysa och ge mer förståelse för ämnet. Det unika med studien är att den kommer ta fasta på hur föderska med förlossningsrädsla, efter upplevda traumatiska händelser som kan komma att påverka deras förlossning, vill bli behandlade från deras synvinkel.

Forskningsfrågorna är utgående från syftet med arbetet. Forskningsfrågorna vi vill ta reda på med arbetet är:

Hur beskrivs önskan om bemötande under förlossning från vårdpersonal av föderskor med förlossningsrädsla framkallat av tidigare traumatisk upplevelse, begränsat till negativ upplevelse från tidigare förlossning, abort, missfall och sexuellt våld?

Hur beskrivs erfarenheter av bemötande under förlossning från vårdpersonal av föderskor med förlossningsrädsla förorsakat av tidigare traumatisk upplevelse, begränsat till negativ upplevelse från tidigare förlossning, abort, missfall och sexuellt våld?

4 TIDIGARE FORSKNING

Artiklarna vilka presenteras nedan är använda som tidigare forskning i vårt arbete för att få en förståelse för vad som redan är forskat inom området och ge en grund för vårt arbete. Inledningsvis presenteras studier om förlossningsrädsla hos omfödskor samt förlossningsrädsla efter abort, missfall och sexuellt våld, vilka är de traumatiska händelser som examensarbetet fokuserar på. Slutligen tas sambandet mellan förlossningsrädsla och psykisk ohälsa upp, eftersom arbetet fokuserar på föderskor som varit med om traumatiska händelser, vilket kan resultera i psykisk ohälsa.

4.1 Förlossningsrädsla hos omfödskor

Den starkaste indikatorn för förlossningsrädsla är en tidigare negativ förlossningsupplevelse (Dencker et al. 2019). En studie gjord av Räisänen m.fl. (2014) undersökte alla förlossningar i Finland mellan åren 1997–2010 för att få reda på riskfaktorerna för förlossningsrädsla och utvärdera sambandet mellan rädslan och negativa perinatale resultat. Totalt föddes 788 317 barn, av dessa förlossningar, led 2,5% av förstfödskorna och 4,5% av omfödskorna av förlossningsrädsla. Båda grupperna hade i princip samma riskfaktorer för att utveckla förlossningsrädsla; depression, högre ålder och hög socioekonomisk status, förutom att omfödskorna även hade utvecklat förlossningsrädsla från tidigare kejsarsnitt.

I Sverige genomfördes en undersökning på nio kvinnor som tidigare haft en negativ upplevelse under förlossning som sedan utvecklat förlossningsrädsla på grund av upplevelsen, vilket inverkar på deras dagliga liv. Studien utfördes genom intervjuer, och resultatet påvisade att kvinnorna kände sig frånvarande under förlossningen samt saknade stödet av barnmorskan i rummet vilket var orsaken till rädsla för en eventuell kommande förlossning. Dessa upplevelser orsakade negativa kopplingar till förlossningen i form av brist på tillit för vårdpersonal, rädsla, ensamhet och känslan av att de är inkapabla att föda barn. (Nilsson et al. 2010)

4.2 Förlossningsrädsla efter abort eller missfall

Abort och missfall är båda traumatiska händelser för en del kvinnor. I tre undersökningar (Kemppainen et. al. 2021 & Simonsen et. al. 2013 & Koc et. al. 2020) var syftet att ta reda på om abort har en inverkan på kvinnans utveckling av förlossningsrädsla. Ingen av de tre undersökningar kunde hitta tecken på att tidigare abort skulle påverka känslor till förlossning eller medföra rädsla inför en. Riskfaktorerna ansågs bero på ett tidigare trauma, hög ålder och psykiska sjukdomar.

Eftersom medicinsk abort i de flesta fall innebär obstetriska undersökningar, vilka kan upplevas som skrämmande och ge upphov till förlossningsrädsla (Heli & Svensson 2017), väljer vi att ta med abort som en traumatisk händelse vilken kan påverka och ge rädsla inför förlossning. Cullberg förklarar i sin bok "Kris och utveckling" (2006) att ofrivilliga aborter i de flesta fall genererar depression, men att tidiga frivilliga aborter inte i lika stor grad lämnar psykiska efterverkningar. Dock beskriver Cullberg aborter som något plågsamt, speciellt efter tredje eller fjärde månaden. OFrivillig abort innebär missfall.

I Kina gjordes en undersökning år 2013 på kvinnor över 18 år som var gravida med ett foster i tredje trimestern som inte tidigare gjort kejsarsnitt eller hade en riskgraviditet, då de genom ett frågeformulär svarade på olika frågor som kunde tyda på förlossningsrädsla. De yngre kvinnorna som tidigare haft ett missfall var i riskgrupp för att utveckla högre grad av rädsla, men dessa kvinnor hade även andra påverkande faktorer som lägre utbildningsnivå och dåligt stöd från sin partner. Detta påvisar att ett tidigare missfall innebär en riskfaktor för att utveckla förlossningsrädsla. (Gao et. al. 2015)

4.3 Förlossningsrädsla och upplevt våld

Kvinnor med en historia av sexuellt våld har en förhöjd risk och ökad sårbarhet för de förändringar och påfrestningar som graviditet och förlossning medför. LoGiudice och Beck (2016) förklarar att en historia med sexuellt våld kan förmörka den lycka en föderska kan känna då hen föder sitt barn.

Studien ”The Lived Experience of Childbearing From Survivors of Sexual Abuse: ’It Was the Best of Times, It Was the Worst of Times’” (2016) undersökte sex offer av sexualbrotts upplevelser av deras förlossning eller graviditet genom en kvalitativ intervjustudie. Kvinnorna som intervjuades var alla lyckliga över att vara gravida, men deras tidigare negativa upplevelse påverkade dem under och efter förlossningen samt tog bort delar av deras lycka och upprymdhet.

Studien ”Physical and sexual lifetime violence: prevalence and influence on fear of childbirth before, during and after delivery” (2011) fann att kvinnor som varit utsatta för sexuell våld i högre grad upplevde förlossningsrädsla efter förlossningen, men inte före eller under själva förlossningen. Författarna av studien förklarar detta som att kvinnorna som upplevt våld undantrycker sin tidigare upplevelse och förkastar associationer under förlossningen och graviditet, men efter förlossning kan inte kvinnan längre undantrycka det efter att graviditeten och förlossningen är förbi.

4.4 Förlossningsrädsla och psykisk ohälsa

Studien ”Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression” (Storksén & et al. 2012) undersökte kopplingen mellan förlossningsrädsla och ångest samt depression. I deras studie framkom att av 1642 deltagande kvinnor, rapporterade 8% mätbar förlossningsrädsla. Majoriteten av kvinnorna med förlossningsrädsla påvisades inte ha vare sig depression eller ångest. Däremot hittades ett samband mellan ångest och depression samt förlossningsrädsla, då kvinnor med ångest och depression påvisades ha en högre prevalens av förlossningsrädsla än kvinnor utan diagnosticerad ångest eller depression.

Bland kvinnor med ångest rapporterade 12% mätbar förlossningsrädsla. Bland kvinnor med depression rapporterade 32% av dem mätbar förlossningsrädsla. Av de kvinnor som både diagnosticerats med ångest och depression rapporterade 38% av dem mätbar förlossningsrädsla.

Studien tar fasta vid att majoriteten av kvinnorna som deltog i studien varken var diagnosticerade med ångest eller depression, men att ett samband mellan dessa och

förlossningsrädsla gick att fastställa. Studien utmärkte även att tidigare negativ upplevelse av obstetrisk undersökning kunde kopplas till kvinnor med förlossningsrädsla, och därmed kan denna ångest vara associerad med en tidigare dålig upplevelse som har gett upphov till rädslan.

4.5 Sammanfattning av tidigare forskning

Forskningen visar att tidigare negativa förlossningsupplevelser hos omfödernor och psykisk ohälsa i form av depression eller ångest har en klar koppling till förlossningsrädsla. Dessa riskfaktorer är viktiga att ha i beaktande och ha kunskap om, då det kan ha en inverkan på formen av vård och stöd som vårdgivare kan erbjuda.

Födernor som upplevt våld i sitt liv har löper större risk för att utveckla förlossningsrädsla på grund av de sårbara förändringar en graviditet och förlossning medför. De som upplevt sexuellt våld har en större risk att uppleva rädsla först efter själva förlossningen enligt tidigare forskning. Enligt THL (2021) bör hälso- och sjukvården systematiskt kartlägga risken för våld i nära relationer. Det är sällsynt att offret själv påbörjar diskussionen, därför vilar ansvaret på vårdaren att fråga och kartlägga. På THL:s hemsida finns olika frågeformulär och stöd för vårdpersonal om hur ämnet kring sexuellt våld kan tas upp med vårdtagare.

En koppling mellan förlossningsrädsla och abort kan vara svår att urskilja, då tidigare forskning påpekar en sak medan litteratur påpekar en annan. Både abort och missfall innebär ofta obstetriska undersökningar vilket kan upplevas skrämmande eller traumatiskt. På grund av detta, och att genomgå abort har visat sig öka risken för depression, väljer vi att ha med abort som traumatisk händelse. Missfall och abort är båda vanliga händelser i kvinnors liv.

5 TEORETISK REFERENSRAM

I detta kapitel redovisas den teoretiska referensramen för arbetet som utgår från Katie Erikssons teorier, Lidande och Vårdprocess. De två teorierna blir relevanta då föderskor som varit med om traumatiska händelser, har upplevt ett lidande, och om de inte får rätt stöd under förlossning även upplever vårdlidande under förlossning. Vårdprocessen är relevant med fokus på vårdandets trygghet, därför att föderskorna som studien inriktar sig på är i behov av stor känsla trygghet från vårdaren.

5.1 Lidande

Historiskt har vårdandet kommit till och funnits för att lindra lidande, men samtidigt har utvecklingen idag bidragit till i vissa fall ett ökat lidande för patienten. Eriksson (1994) förklarar att det finns tre olika former av lidande i vården; sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Till vårt examensarbete väljer vi Vårdlidande och Livslidande som passande del av vår referensram, då Sjukdomslidande upplevs mindre relevant eftersom förlossningsrädsla inte definieras som en sjukdom.

5.1.1 Vårdlidande

Vårdlidande definierar Eriksson (1994) som det lidande som upplevs på grund av den givna vården och vårdsituationen. Eriksson sammanfattar vårdlidande till fyra kategorier:

1. Kränkning av patientens värdighet
2. Fördömelse och straff
3. Maktutövning
4. Utebliven vård.

Kränkning av patientens värdighet innebär att förnedra patientens eget värde som människa och är den vanligaste formen av vårdlidande. Genom kränkningar trycker vårdgivaren ner patienten och ser inte patienten för den människan hen är. Exempel på detta är oempatiskt och nonchalant tilltal, slarv vid vårdåtgärder samt bristande etik och moral.

Fördömelse och straff innebär att vårdgivaren inte låter patienten få ta del eller bestämma över sin egen vård. Patienten har rätt till att få bestämma över sin vård, vilket i alla fall inte respekteras. Eriksson (1994) skriver om uppfattningen om en "idealpatient", och om patienten inte är den ideala och snälla patienten kan hen känna av fördömelse från vårdare. Straff kan utövas av vårdgivare genom att förnedra patienten, exempelvis nonchalera patienten eller utelämna vårdaktiviteter som straff.

Maktutövning innebär att ena parten berövas på sin frihet. Det kan innebära att patienten blir tvingad till något som hen inte vill eller att en underlägsenhet blir etablerad hos patienten. Patienten känner en maktlöshet vilket kan generera lidande.

Utebliven vård innebär att patienten inte får den vården hen behöver, ofta på grund av otillräcklig kunskap, oförmåga att undersöka och avgöra vad patienten är i behov av. Utebliven vård kan variera från mycket små oavsiktliga vårdmisstag till stora medvetna försummelser. Den uteblivna vården utgör alltid en kränkning av människans värde. (Eriksson 1994)

5.1.2 Livslidande

Livslidande beskriver Eriksson (1994) som ett lidande vilket har en anknytning till vad det innebär att leva och att existera. Det innebär ett hot mot hela individens existens och livssituation.

Livslidande är ett hot, innefattande förintelse, rädsla och förtvivlan, vilken människans vilja att leva kämpar mot. Något som duelleras mot det naturliga livet och det livet individen känner igen och är van vid, vilket kan definieras som fysiskt lidande, svår smärta samt förändrad livssituation, innebär att individen måste hitta ett nytt meningssammanhang på grund av livssituationen och lidandet.

Förlossningsrädsla kan man säga att innebär ett hot mot individen. Vid mycket stark rädsla tar denna ofta över och styr det vardagliga livet, vilket påverkar vardagen och

måendet, vilket kan generera ett lidande. Förlossningsrädsla kan även innebära ett hot mot människans existens, då rädsla inför döden eller att bli skadad kan vara stor.

5.2 Vårdprocess

Bemötande handlar bland annat om kroppsspråk, ögonkontakt och hur patienten tilltalas (Bäärnhielm m. fl. 2020). Gott bemötande inom vården innebär ett förhållningssätt där alla människor oavsett kön, tro, funktionsvariation, sexuell läggning eller kultur anses vara likvärdiga (Vårdhandboken 2020). Bemötande av patienten kan vara avgörande för att få hen att känna sig trygg och gynna ärlighet för att få rätt sort av vård.

Den andra teorin för arbetet vi valt är Katie Erikssons vårdprocess med fokus på vårdprincipen om vårdandets trygghet. Detta val gjordes för att i vårdsituationer sker alltid ett bemötande och en möjlighet till att inge trygghet.

Vårdprocessen har som mål en optimal hälsa. Med optimal hälsa menas det bästa möjliga tillståndet för individen gällande sin fysiska och psykiska hälsa. De olika faserna för vårdprocessen är kartläggning, planering, förverkligande och utvärdering. Dessa faser används ofta också i uppbyggnaden av vårdplaner. Hela processen sker i interaktion mellan vårdare och patient. (Eriksson 1985)

Vårdprinciper styr vårdprocessen och varje vårdprocess har en egen principprofil. Trygghetsprincipen bör utgå från patienten. Varje individ har ett revir omkring sig och detta revir utspelar sig fysiskt och psykiskt. Att invadera detta område kan reducera trygghets känslan. I vårdprocessens olika delar kan vårdpersonalen vara tvungen att gå in på detta revir, exempelvis vid undersökningar. Sjukhusomgivningen och undersökningar kan skapa en otrygghetskänsla hos många. Enligt Eriksson (1985) kan en allmän känsla av trygghet eller otrygghet ha ett samband med att vara fredad eller ofredad. De två principkontinuerna i vårdens trygghet är alltså:

1. Trygghet-otrygghet
2. Fredad-ofredad

I detta sammanhang täcker trygghet-otrygghet en upplevelse av inre och yttre säkerhet, förtrostan och självmedvetenhet. Fredad-ofredad inkluderar upplevelsen av integritet och känslan av kontroll i sitt reviområde. Genom en balans av dessa principer, kan målet optimal hälsa nås. (Eriksson 1985)

Känslan av trygghet kan stärkas av en lugn omgivning samt kunskap och information om sitt eget tillstånd och öppen kommunikation (Leslie & Lonneman 2016). God kvalitet på vårdrelationen mellan vårdare och patient har en positiv inverkan som kan främja tillfriskning och minska på mängden dagar som patienten spenderar i sjukhuset (Molina-Mula & Gallo-Estrada 2020).

5.3 Sammanfattning av teoretisk referensram

Sammanfattningsvis kan föderskan med traumatisk händelse i bakgrunden uppleva vårdbesök som ett lidande, något som påminner om händelsen eller ger en känsla av otrygghet och underlägsenhet. Ett gott bemötande och vårdande innebär en känsla av trygghet, vilket är nödvändigt för att minska lidande och skapa en god relation vårdare och vårdtagare emellan.

Examensarbetets huvuduppgift är att ge förståelse och kunskap om hur föderskan som varit med om traumatisk händelse vill bli bemött under förlossning samt vad för erfarenheter föderskorna varit med om. Kunskap om detta kan förbättra vården och minska vårdlidande. Genom empatiskt bemötande och etiskt förhållningssätt kan vårdaren ge föderskan en mer positiv upplevelse av förlossningen och därmed även minska lidande för föderskan. Valet av teoretisk referensram baserar sig på teorier om bra bemötande och en vilja att reducera lidande, och därmed motsvarar det som examensarbetet har i önskan att uppfylla.

6 METOD & MATERIAL

Under denna rubrik presenteras metoden för examensarbetet samt hur datainsamlingen har gått till för att nå resultatet. Med metod avses den metodologi som har legat som grund och utgångspunkten för arbetet.

6.1 Kvalitativ netnografi

Metoden för arbetet bygger på en netnografisk metod. Netnografi kan beskrivas som en vetenskaplig metod för att förstå internet men även det kulturella och sociala liv som förs på internet (Berg 2015). Bakgrunden och tidigare forskning bygger på vetenskapliga artiklar och böcker. Forskningsfrågan blir uppfylld av diskussioner på forum på nätet som hanterar ämnena som studien skall ta upp. Eftersom studien fokuserar på diskussioner från diskussionsforum, blir studien kvalitativ, eftersom den fokuserar på att analysera upplevelser och känslor.

Kvalitativ forskning kan förklaras på många olika sätt, och i stället för att ha endast en definition redogör Yin (2018) för fem utmärkande drag för kvalitativ forskning. Av dessa fem drag anser vi att vår studie kommer att studera “den mening som kan tillskrivas människors liv under verkliga förhållanden” samt “återge de människors åsikter och synsätt som ingår i studien”. Genom en kvalitativ forskningsvinkel vill vi undersöka verkliga händelser ur deltagarnas synvinkel.

Inom metodens ramar finns två olika förhållningssätt, induktiv och deduktiv (Alvesson & Sköldberg 2017). I detta arbete kommer vi att använda oss utav det induktiva förhållningssättet. Detta innebär att vi utgår ifrån levda erfarenheter via diskussionsforum och sedan generera eller ställa emot de valda teorierna i teoretiska referensramen i diskussionkapitlet.

Fördelar med en kvalitativ studie genom diskussionstrådar är att det finns mycket information och diskussioner lättillgängliga. Förhållandet till anonymitet är även en fördel. Vi får subjektiva upplevelser och berättelser från anonyma individer utan att själva hållit i

intervjuar. Genom subjektiviteten som diskussionsforumen erbjuder kommer vi lättare på djupet.

Nackdelar med att samla data från diskussionstrådar är att personerna är anonyma vilket kan påverka trovärdigheten medan den skyddar deras identitet. Eftersom skribenterna i diskussionstrådarna är anonyma kan det inte heller säkerställas att det faktiskt är sanna historier som skrivs, samt att det faktiskt är gravida och tidigare föderskor som skriver på trådarna. Det finns massvis med trådar gällande ämnet förlossningsrädsla, därför kan det även innebära en utmaning i avgränsningen av arbetet.

6.2 Datainsamlingsmetod

Den datainsamlingsmetod som används för examensarbetet är “Insamling”, vilket innebär en sammanställning av objekt vilka är relaterade och relevanta för studien (Yin 2018). Datainsamlingen sker via fyra diskussionstrådar där anonyma delar erfarenheter och söker stöd inför förlossning med de traumatiska händelser i bakgrunden som studien är intresserad av. Genom att avgränsa oss till valda diskussioner, kan vi inte generalisera informationen som skrivs men vi kan hitta samtliga likheter som är vägledande i personernas upplevelser. Inför analysen kommer materialet att kodas.

6.2.1 Materialbeskrivning

Artiklarna som används för arbetet är skrivna mellan åren 2010–2020 för att hålla tidsramen begränsad, därmed är data som används relevant och icke föråldrad. Artiklarna bör även vara från vetenskapliga databaser för att säkerställa validitet. Vi har använt oss utav följande databaser för att hitta och sammanställa artiklarna; Örebro Universitets biblioteksdatabas, Arcada Libguides, Pubmed och Google search. Följande sökord användes: fear of childbirth, förlossningsrädsla, tokophobia, abuse, violence, sexual abuse, anxiety, depression, abort och missfall.

Diskussionsforumen som används för arbetet är en finsk och en svensk. Av dessa forum har fyra diskussionstrådar valts ut genom deras relevans till ämnet. Den totala mängden svar från alla fyra diskussionstrådar är 45 stycken. Diskussionsforumen kommer inte nämnas för att skydda svararnas integritet.

Sökorden som användes för att hitta diskussionstrådarna på valda diskussionsforum var; Synnytyspelko, förlossningsrädsla, abort, missfall, änglabarn och sexuellt våld. Diskussionstrådarna är skrivna mellan åren 2009–2020. Inklusionskriterier för diskussionstrådarna innebär information som är skriven under samma tidsram som artiklarna i tidigare forskning och är skriven på finska eller svenska. Språkkriteriet baserar sig på säkerställande att vi som skriver examensarbetet förstår de skrivna svaren korrekt genom vårt eget modersmål.

6.2.2 Metodredovisning

Efter insamlingen av materialet från diskussionstrådarna gick vi igenom trådarna och skrev upp de återkommande teman vilka behandlades och diskuterades som är relevanta för vår studie. Att välja vilka svar på diskussionstrådarna som tillförde och tillika inte tillförde något till vår studie eller behandlade det vi var intresserade av, innebär att alla svar från diskussionstrådarna inte användes. De svar vi valde att behålla var relevanta för vårt ämne och de som uteslöts hanterade ämnen som inte var relevanta eller kommentarer som inte uppfyllde våra kriterier.

För att överskådliga och underlätta för oss strukturerade vi upp för varje diskussionstråd en sammanfattning då vi skrev in de svar från tråden som var relevanta. Då använde vi oss utav rubrikerna “Önskan” och “Erfarenhet” av bemötande vilka är de centrala delarna vi är intresserade av i vårt examensarbete. “Önskan”, där kommentarer om vad föderskorna önskade för bemötande under förlossning samt “Erfarenhet” där vi listade kommentarer om hur föderskorna hade upplevt bemötandet, det vill säga erfarenheter av bemötande.

Efter att vi strukturerat upp rubriker med “Önskan” och “Erfarenhet” till varje diskussionstråd som alla behandlade varsin aspekt; förlossningsrädsla efter abort, missfall,

sexuellt våld samt efter tidigare förlossning, såg vi över materialet för att hitta likheter mellan de olika svaren. Sedan kunde vi se tydliga teman för de olika ämnena, och kunde därmed skriva sammanfattningar på vad som ofta togs upp, exempelvis “Önskar inte manlig personal i förlossningssalen”.

Efter att vi sammanställt sammanfattningarna för svaren började vi koda materialet. Kodningen utfördes genom en tabell och nedan visas ett exempel på hur kodningen har gått till för att öka förståelsen.

Önskan om bemötande av vårdpersonal under förlossning

Sammanfattning av önskan	Kodning 1	Kodning 2
Önskar inte manlig personal i förlossningssalen	Kvinnlig personal	Möjlighet till bestämmanderätt
Endast nödvändiga vaginala undersökningar	Nödvändiga undersökningar	Möjlighet till bestämmanderätt
Tillräcklig smärtlindring under förlossning	Tillräcklig smärtlindring	Vägledning
Tillräcklig information om förlossningen	Informerande personal	Vägledning

Figur 3. Exempel på kodningsmetod av önskan om bemötande av vårdpersonal under förlossning.

Vid vår kodning av “Önskan om bemötande av vårdpersonal under förlossning”, kodade vi till en början sammanfattningen vi skapat från vårt tidigare steg i processen. På figur 3 kan man exempelvis se att “Önskar inte manlig personal i förlossningssalen” kodades till “Kvinnlig personal”. Efter att vi kodat alla sammanfattningar till koder för att minska antalet, utfördes kodningen ännu en gång då flera sammanfattningar lades under samma kod. Detta utfördes genom en färgkodning, då vi ändrade färgen på koderna som liknade varandra och därmed sammanfattades till ytterligare en kod. På figur 3 kan man se att “Kvinnlig personal” och “Nödvändiga undersökningar” båda är skrivna med färgen blå, vilket innebär att de kopplades ihop till att tillsammans kodas som “Möjlighet till bestämmanderätt”.

7 ETIK

En netnografisk forskning innebär ett antal forskningsetiska utmaningar, vilka ofta beror på internets diffusa karaktär. Berg (2015) lyfter bland annat konfidentialitet, skydd av identitet och informerat samtycke som problematiska utmaningar vid en netnografisk forskning.

Vid en netnografisk forskning kan skribenter på internet antas som författare, men de har inte samtyckt till att vara med i studien. Det finns krav på att ge källa på var data blivit insamlat enligt god vetenskaplig praxis, men samtidigt kan inte anonymitet säkerställas om källan till materialet redogörs i arbetet.

Berg problematiserar ämnet ytterligare, eftersom individer nu på internet långt måste registrera sina personuppgifter och är därmed alltså inte helt anonyma, vilket innebär att det går att spåra individen som har skrivit på internet även om skribenten kan framstå som anonym med exempelvis alias.

Informerat samtycke innebär att deltagarna får information om studien och ett val att vara med eller inte före början av studien. Detta kan inte säkerställas i en netnografisk studie, då att få tag på skribenterna på internet kan vara mycket ansträngande och näst intill omöjligt. Informerat samtycke är en stor grundpelare etiken i en studie vilar på, vilket inte kan genomföras i de allra flesta netnografiska studier. (Berg 2015)

För att skydda anonymitet och identitet av deltagarna i studien, kommer vi inte att redogöra vilka diskussionsforum eller trådar vi har tagit svaren från. Vi kommer endast redogöra för hur många diskussionsforum och trådar vi har använt oss utav. Valet grundar sig i att skribenterna på forumen inte kan samtycka till en delaktighet i vår studie, men eftersom forumen är öppna för alla, försöker vi ändå hitta ett sätt att skydda integriteten för skribenterna på forumen. Anonymiteten är svår att bibehålla då exempelvis citat från skribenterna på forumen kan sökas i sökmotor och då ursprungsforumet hittas. (Berg 2015)

För att kunna bibehålla i så god utsträckning som möjligt anonymiteten av de svarande på diskussionstrådarna utförs inte direkta citeringar till svaren, eftersom dessa kan googlas och hittas snabbt. Antalet svar på respektive diskussionstråd kommer inte heller redovisas, eftersom diskussionstrådarna behandlar unika och specifika ämnen som kan vara lätta att söka sig till.

I vårt arbete är målet att förstå hur vi kan bättre bemöta föderskor genom att ta deras upplevelser som grund. Upplevelserna, både positiva och negativa, bör alla tas i beaktan för att få en utförlig förståelse av möjliga förbättringsområden. Vi som skriver examensarbetet håller oss neutrala och objektiva eftersom våra tankar eller åsikter inte får styra riktningen i arbetet eller påverka slutresultatet. Vi gör inte egna tolkningar utgående från texterna utan använder data som finns ordagrant.

Valet av benämning av föderskan gjordes för att alla inte identifierar sig som kvinna och vi vill främja inkludering. Vi kan inte heller med säkerhet veta att alla som har svarat i diskussionstrådarna benämner sig själva som kvinna. En föderska ska inte känna att hens könsbenämning eller identitet har en inverkan inom förlossningsvården eller i arbetet.

Arbetet diskuterar känsliga ämnen, som inte är rekommenderat enligt god vetenskaplig praxis vid Arcada (2019), men vi vill respektfullt ta upp dessa ämnen då de är en central del av vårt kommande yrke som barnmorskor och vårdgivare i ett människonära arbete.

8 RESULTAT

Resultaten av studien baserar sig på svar från fyra diskussionstrådar som berör önskan om bemötande samt erfarenheter av bemötande av vårdpersonal under förlossning då föderskan har varit med om traumatisk upplevelse, avgränsat till negativ upplevelse under tidigare förlossning, missfall, abort samt sexuellt våld, med rädsla inför sin förlossning på grund av den tidigare traumatiska händelsen.

Tidigare negativ upplevelse under förlossning, missfall, abort och sexuellt våld har visat sig påverka framtida förlossningar (Heli & Svensson 2017) (Dencker et al. 2019) (Sjöblom & Spraud-Lundin 2019). Upplevelserna är individuella och kan skilja sig från andra föderskor med liknande upplevelser. Likadant är påverkan av händelsen personlig och inverkar olika från person till person.

Varje underrubrik är en kod som skapats för att sammanställa huvudpunkterna i önskan om och erfarenheter av bemötande. I underrubrikerna beskrivs vilka saker föderskorna tagit upp, inom vilken tematik som ämnet tas upp och vid relevanta situationer även mängden gånger samma ting upprepas.

Resultatet och underrubrikerna formades genom att hitta samband och teman mellan de olika diskussionstrådarna. Under kategorin Önskan av bemötande framställdes tre övergripande teman; Möjlighet till bestämmanderätt, Vägledning och Involvering. Under kategorin Erfarenheter av bemötande framställdes två omfattande teman; Valmöjlighet och Känslan av kontroll. Dessa teman har påverkat föderskorna både till det positiva och negativa under förlossning.

8.1 Önskan om bemötande



Figur 4. Resultat av önskan om bemötande av vårdpersonal under förlossning

Under rubriken Önskan om bemötande framställs och presenteras resultaten av fynden från diskussionstrådarna hur föderskan önskar bli bemött under förlossning av vårdpersonal.

8.1.1 Möjlighet till bestämmanderätt

Återkommande tema i alla diskussionstrådar, oavsett då det berör omföderskor, våldsutsatta, abort eller missfall, var möjligheten till att själv kunna vara med och bestämma om vården under förlossning. Föderskorna önskade att barnmorska och läkare skulle respektera deras önskemål om hur de ville bemötas och hur vården skulle ges. Centralt var önskan om att känna en delaktighet i att få vara med och fatta beslut, och att inte uppleva att de inte hade något att säga till om deras vård. Önskan om delaktighet var det mest framträdande temat i alla diskussionstrådar.

Ett specifikt ämne som återkom i diskussionstråden som berörde sexuellt våld och förlossning, var önskan om att manlig vårdpersonal inte skulle vara med under förlossning. Föderskorna som skrev detta förklarade att de inte ville ha en vårdare av manligt kön i rummet, eftersom det tidigare varit en person av det manliga könet som våldfört sig på dem. Det framkom att föderskorna ofta önskade att manlig personal endast skulle vara delaktiga i vården om det gällde livshotande tillstånd vid behov av exempelvis specialist. Av svaren på diskussionstråden framkom det att drygt 50 % av föderskorna som svarade på tråden önskade att manlig personal inte skulle vara med i förlossningssalen.

Viljan att undvika onödiga gynekologiska undersökningar i förlossningssalen var ett tema som också togs upp på diskussionstråden gällande sexuellt våld. Detta på grund av att karaktären av vårdformen och känslan av obehag påminde föderskan om våldet.

8.1.2 Vägledning

Under koden "Vägledning" tas följande saker upp: Tillräcklig smärtlindring under förlossning samt information om förlossningen och de olika skedena av förlossning.

Föderskorna önskar att vårdpersonalen skulle ge dem tid för att gå igenom de olika händelserna och svara på föderskornas frågor. Många av föderskorna kände sig ovetande om händelserna och önskade mer handledning.

Gällande smärtlindring, önskade många att barnmorskan skulle ge dem tillräckligt med alternativ och information om olika metoder. Dessa funderingar togs upp i diskussionsforumen med fokus på omföderskor och föderskor som tidigare genomgått en abort.

8.1.3 Involvering

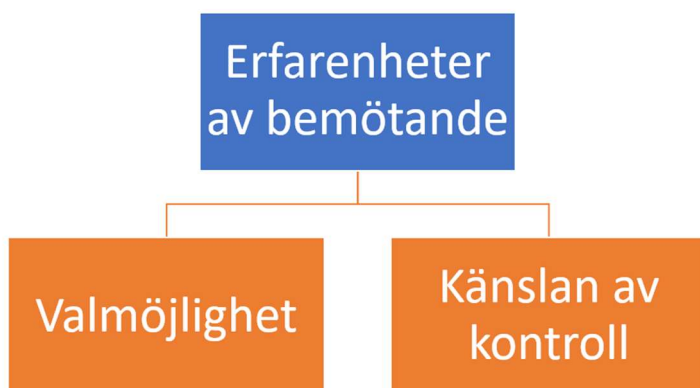
Under koden "Involvering" tar föderskorna upp följande fokuspunkter: Närvaro, förtroende och eftervård.

Närvaro önskades i form av den tid som barnmorskan spenderar i förlossningssalen. I dessa tillfällen önskar föderskorna att barnmorskan hade fokus på dem och att hen inte hade bråttom.

Förtroende växte hos de föderskor som fick känslan av att deras rädsla togs på allvar. Förtroende var ett tema som uppkom i alla diskussionstrådar som en bidragande faktor till säkerhetskänslan. Förtroendet kunde förstärkas genom tillräcklig vetskap om föderskans bakgrund med hjälp av ett förlossningsbrev.

Eftervården nämndes i formen av att föderskorna önskade sig tid att få prata ut om händelserna under förlossningen och få diskutera om upplevelsen. Dessa önskemål togs främst upp i diskussionsforumet för omföderskor men också för dem som tidigare blivit sexuellt utnyttjade.

8.2 Erfarenheter av bemötande



Figur 5. Resultat av erfarenheter av bemötande från vårdpersonal under förlossning

Under rubriken Erfarenheter av bemötande presenteras resultaten av fynden från diskussionstrådarna hur föderskan upplevt bemötande under förlossning av vårdpersonal.

8.2.1 Valmöjlighet

Erfarenheter av bemötande under förlossning berörde mycket huruvida föderskorna fick valmöjlighet att vara med och bestämma gällande sin förlossning. Detta gällde främst val av tillvägagångssätt under förlossning och vem som fick vara i rummet under förlossningen.

I diskussionstråden som behandlade temat omföderskor och förlossningsrädsla, framkom det att det var mycket viktigt för omföderskan att få vara med och känna sig delaktig i besluten före och under förlossning. Något som beskrevs som en positiv erfarenhet från förlossning var då föderskan fick genomgående information om vad för val som fanns att välja på gällande förlossningstillvägagångssätt. En omföderska skrev om hur hen fick prata med barnmorskan länge om skillnader, fördelar och nackdelar gällande vaginal förlossning och kejsarsnitt. Detta upplevde föderskan att gav henne en större möjlighet att göra ett klokt val, vilket även väckte en större tillit till barnmorskan. En tredjedel av omföderskorna nämnde i diskussionstråden att de hade fått möjlighet till att själv välja gällande smärtlindring och förlossningssätt.

Erfarenheter av att få vara med och bestämma vem som fick vara med i förlossningssalen var ett centralt tema i diskussionstråden gällande sexuellt våld. Fler föderskor beskrev att de hade skrivit i förlossningsbrev att de önskade att ingen manlig personal skulle vara med i förlossningssalen, men sedan under förlossningen berörde det inte majoriteten av föderskorna att det var manlig personal i rummet. En föderska skriver om en erfarenhet då hon önskat om att inte manlig personal skulle vårda henne, men under förlossning var det en manlig läkare som skulle sätta spinalbedövning och föderskan klarade inte av det. Majoriteten av föderskorna skriver ändå att under förlossningen påverkade det inte dem att en man var i rummet.

8.2.2 Känslan av kontroll

Under koden 'Känslan av kontroll' har vi sammanställt följande underrubriker, utgående från föderskornas erfarenheter; Empatiskt bemötande, oempatiskt bemötande, belastningskänsla och kvinnlig personal.

Exempel på empatisk bemötande skrev omföderskorna i diskussionstråden och föderskor som genomgått en abort, att vårdpersonalen gav dem stöd och uppdateringar vilket bidrog till en känsla av kontroll samt trygghet. Oempatiskt bemötande uppkom i omföderskornas diskussionstråd där föderskorna hade negativa upplevelser av mottagningen för förlossningsrädsla och att vårdpersonal inte gav tillräcklig smärtlindring för att personen tidigare fött barn. De negativa upplevelserna från mottagningen var att föderskorna kände sig mer uppskrämda eller att deras rädsla inte togs på allvar.

Belastningskänslan uppkom i diskussionstråden med omföderskor där föderskorna kände sig krävande eller påfrestande för vårdpersonalen. Denna känsla stärktes av känslan att barnmorskorna hade bråttom och var stressade. I vårdsituationer, önskade sig föderskorna en lugn omgivning där känslan av värdighet kunde uppnås.

Den sista underrubriken kunde hittas i diskussionstråden med föderskor som upplevt sexuellt våld. Föderskorna i tråden upprepade flera gånger att de inte önskade någon manlig personal i förlossningssalen för att det kunde påverka trygghetskänslan och skapa stress.

De flesta upplevde ändå att under förlossningen uppkom sällan några negativa kopplingar till tidigare traumatisk upplevelse.

I tre av fyra diskussionsforum nämns också rädslan för att bli ensam under förlossningen. Föderskorna upplevde känslor som övergivenhet och rädsla för att inte klara av förlossningen på egen hand.

8.3 Sammanfattning av resultat

Att känna delaktighet i sin vård under förlossning var något som genomsyrade alla diskussionstrådar. Att kunna själv få bestämma i mån om möjlighet önskade den stora majoriteten av de svarande föderskorna på diskussionstrådarna. Genom att ge föderskor möjlighet att vara med och bestämma om deras vård ökar det förtroendet för vårdpersonalen. För att som föderska även kunna känna en säkerhet i val av exempelvis förlossningssätt, önskades även informerande samtal och stöd då vårdpersonalen har tid att exempelvis svara på frågor för att föderskan skulle ha en bättre uppfattning om sin egen vård och behov.

Närvaro var ett annat centralt tema som majoriteten av föderskor belyste. Det var flera föderskor som beskrev en tidigare förlossning då vårdpersonalen inte hade tid för dem eller upplevdes mycket stressade, vilket försämrade upplevelsen av vårdrelationen samt förlossningen.

Sammanfattningsvis önskade föderskorna att få ta större del av sin egen vård genom att få vägledande handledning och information om sin förlossning, samt att vårdpersonalen skulle se dem som individer och ge dem den tid som de var i behov av.

Valmöjlighet och känslan av kontroll en central roll i diskussionstrådarna samt har en koppling mellan varandra. För flera föderskor upplevdes valmöjligheten i form av val av förlossningssätt, smärtlindring och personerna som var i rummet under förlossningen. För flera av föderskorna som upplevt sexuellt våld var det viktigt att ingen manlig personal

var i rummet under förlossningen. Dessa valmöjligheter stärkte känslan av kontroll då föderskorna upplevde att deras åsikter togs i beaktan av vårdpersonalen

Känslan av kontroll stärkes också då föderskorna får empatiskt bemötande och tillräckligt med information om ovannämnda valmöjligheter. Känslan av ensamhet kunde också minskas genom dessa metoder.

Oempatiskt bemötande nämndes också vilket innebär för föderskorna att rädslan inte tas på allvar av vårdpersonalen och att de är stressade samt tidsbrist och otillräcklig smärtlindring.

9 DISKUSSION OCH KRITISK GRANSKNING

Avslutningsvis diskuteras resultatet för examensarbetet samt val av metod. Styrkor och svagheter med metoden lyfts och om metoden har givit ett tillförlitligt resultat. Resultatet återkopplas till frågeställningen och syftet med examensarbetet, tidigare forskning och den teoretiska referensramen. Slutligen diskuteras hur resultatet kan användas och implementeras inom vården samt förslag på fortsatt forskning.

9.1 Metoddiskussion

Resultatet av examensarbetet är sammanställt genom den valda metoden för arbetet. Metoden som vi använt oss av är netnografi, kvalitativ studie. Genom vald metod fås en djupare uppfattning om ämnet. Netnografi innebär en studie av internet, de samtal och liv som förs där (Berg 2015), och genom examensarbetet har vi riktat in oss på att få svar från diskussionsforum som behandlar ämnen vi är intresserade av.

Valet att använda sig av den kvalitativa metoden utgår ifrån att vi vill ha få en förståelse från föderskans synvinkel gällande erfarenheter och önskemål. Vi upplever att den kvalitativa metoden ger oss ett mer användbart resultat eftersom det behandlar subjektiva upplevelser. De levda erfarenheterna ger oss verktyg inför bemötande och vårdande av förlossningsrädda föderskor med tidigare traumatiska händelser i bakgrunden.

Valet att dokumentera resultatet från diskussionsforum grundar sig i att ämnet har flera olika trådar och det visar ett behov att ta föderskans upplevelser och önskemål i beaktan i praktiken. Diskussionstrådarna ger dess skribenter en möjlighet till ärlighet genom att svara anonymt. Eftersom de inte är medvetna om att deras svar används i ett examensarbete då de är ute efter att diskutera med likasinnade på diskussionstrådarna, kan det ge en mer trygghet och ärligare svar, än om de exempelvis skulle intervjuas av en som inte upplevt samma sak. Vi upplever att detta gynnar ett mer tillförlitligt resultat. I kapitlet Etik diskuteras den etiska problematiken gällande att de svarande på diskussionstrådarna inte kan välja om de vill vara med eller inte i studien.

Anonymiteten ger dock en öppenhet för falska svar. För resultatet av vårt arbete har vi valt de svaren som stöder syftet med arbetet. Med detta menas att endast svar som handlar om levda erfarenheter och önskemål av föderskorna tas i beaktan i resultatet. Detta exkluderar situationer där föderskor som skriver om erfarenheter de inte själv upplevt eller händelser någon bekant person till dem genomgått. Denna exkludering stöder tillförlitligheten då respondenten inte kan beskriva en annan persons upplevelser.

Exkluderingen av material kan ha en negativ inverkan på vårt arbete. Det kan innebära att vi har tolkat något fel, och sedan sållat bort ett relevant tema för vårt examensarbete. Det är en annan nackdel med val av metoden, då de svarande på diskussionstrådarna inte kan förklara sig, utan vi får försöka objektivt och korrekt samla in vad de berättar.

Resultatet av examensarbetet baserar sig på fyra stycken diskussionstrådar, vilka behandlar varsin tematik; rädsla efter tidigare förlossning, abort, missfall och sexuellt våld. Eftersom det är en snäv inriktning av fokusgrupp och sparsamt med svar, innebär det att insamlat material inte är massivt. Därför kan man diskutera om metoden har genererat ett tillförlitligt resultat, men eftersom vi vill ta reda på subjektiva upplevelser och erfarenheter genom ett kvalitativt tillvägagångssätt behöver vi inte kunna fastställa att denna studie är generaliserbar på alla.

9.2 Resultat diskussion

I detta kapitel diskuteras och speglas arbetets resultat till examensarbetets syfte och frågeställning, tidigare forskning och teoretisk referensram. Inledningsvis lyfts arbetets syfte och frågeställningar, och om dessa har uppfyllts och besvarats.

Syftet med arbetet är att undersöka hur föderskan efter traumatisk upplevelse, avgränsat till negativ upplevelse av tidigare förlossning, missfall, abort samt sexuellt våld, med förlossningsrädsla vill bli bemött samt upplevt bemötandet under förlossningen av vårdpersonal.

Vi upplever att vi kunde fullfölja syftet med studien. Vi hittade material som var relevant för vårt arbete och lyckades hitta diskussionstrådar med de ämnen som vi hade avgränsat arbetet till.

Forskningsfrågorna för arbetet är:

Hur beskrivs önskan om bemötande under förlossning från vårdpersonal av föderskor med förlossningsrädsla framkallat av tidigare traumatisk händelse, begränsat till negativ upplevelse från tidigare förlossning, abort, missfall och sexuellt våld?

Hur beskrivs erfarenheter av bemötande under förlossning från vårdpersonal av föderskor med förlossningsrädsla förorsakat av tidigare traumatisk händelse, begränsat till negativ upplevelse från tidigare förlossning, abort, missfall och sexuellt våld?

Forskningsfrågorna kunde besvaras genom det material vi samlat in. Vi fick en bred syn på de olika delarna av de traumatiska händelserna och användbart material för att kunna sammanställa svar. Vi fick klara önskemål och levda erfarenheter. I erfarenheterna nämndes brister som vi kommer uppmärksamma i vårt framtida yrke.

9.2.1 Återkoppling till tidigare forskning

Examensarbetet fokuserar på traumatiska händelser, avgränsat till tidigare negativ upplevelse under förlossning, abort, missfall och sexuellt våld, vilka alla kan bidra samt

framkalla till förlossningsrädsla vilket kan försvåra och försämra upplevelsen av den egna förlossningen (Heli & Svensson 2017 s. 24) (Cullberg 2006 s.128).

Enligt tidigare forskning syns en klar koppling mellan att tidigare ha fött barn och av det utveckla förlossningsrädsla (Dencker et al. 2019). Detta syntes även under insamling av materialet till examensarbetet, då det framkom att många föderskor utvecklat rädsla för att föda barn efter att ha varit med om en förlossning. Undersökningen utförd av Nilsson et al. (2010) visar att på grund av tidigare negativ upplevelse under förlossning gav det brist på tillit till vårdpersonalen, känsla av rädsla och ensamhet samt känslan av att vara inkapabel att föda barn.

Det som framkom tydligt i diskussionstråden gällande hur omföderskor önskade att bli bemötta under förlossning, var att deras rädsla skulle tas på allvar, vilket skulle öka känslan av delaktighet och öka ett förtroende vårdare och patient emellan. Känslan av ensamhet var även återkommande tema i diskussionstråden. Då önskade föderskorna att barnmorskan skulle visa närvaro i förlossningssalen, genom att lyssna på föderskan och inte stressa.

Enligt tidigare forskning som examensarbetet har fokuserat på finns det inte tydliga belegg för att en abort genererar rädsla för att föda barn ((Kemppainen et. al. 2021 & Simonsen et. al. 2013 & Koc et. al. 2020). Däremot upplevs ofta gynekologiska undersökningar, som många gånger tillhör vården vid abort, som skrämmande och otrygga, vilket kan ge upphov till förlossningsrädsla. Gynekologisk undersökning är även vanlig procedur vid missfall, men om det skulle vara orsaken till förlossningsrädslan diskuteras inte på diskussionstråden. En föderska skrev på diskussionstråden som hanterade missfall att hen var rädd för att påminnas om missfallet under förlossning, och därför var rädd inför förlossning.

Med stöd av diskussionstråd gällande abort och missfall, har vi nått slutsatsen att de kan ge upphov till förlossningsrädsla. Det främsta som förklarades vara anledningen till förlossningsrädsla efter abort och missfall, var rädsla för smärtan, och att de önskade adekvat smärtlindring från vårdpersonalen under förlossning.

En bakgrund med sexuellt våld innebär ofta en ökad sårbarhet vid graviditet och förlossning enligt tidigare forskning, och kan därmed förmörka lyckan av att föda sitt barn under förlossning (LoGuidence & Beck 2016). Det som framkom i diskussionstråden som behandlade sexuellt våld och förlossning, var att föderskorna generellt upplevde förlossningen bra och att de kunde distansera sig ifrån det tidigare våldet de upplevt. Enligt annan tidigare forskning framkommer det att minnen av våldet gör sig påmind först efter förlossning (Schroll, Tabor & Kjaergaard 2011), detta påpekade även en av de föderskor som beskrev sina upplevelser.

Ämnet obstetriska undersökningar kom inte upp i diskussionstråden gällande abort och förlossningsrädsla, utan var istället ett tema i diskussionstråden för våldsutsatta med förlossningsrädsla. 23 % av svarande föderskor i diskussionstråden gällande sexuellt våld uppgav att de önskade att endast nödvändiga vaginala undersökningar skulle göras, eftersom det upplevdes otryggt och påminde i många fall om det tidigare upplevda våldet.

Enligt tidigare forskning finns ett samband mellan att ha diagnostiserad ångest och/eller depression med förlossningsrädsla (Storksén & et al. 2012). Det uppgavs inte i diskussionstrådarna om någon av de svarande föderskorna var diagnostiserad med ångest eller depression.

I diskussionstrådarna för omföderskor och föderskor som tidigare genomgått en abort och sexuellt våld nämndes också positiva upplevelser. Omföderskorna nämnde att förlossningen gick bättre andra gången och gav föderskorna en helande upplevelse. För en del av föderskor som tidigare genomgått en abort upplevdes smärtan lindrigare vid förlossningen än vid abort. Majoriteten av föderskor som upplevt sexuellt våld upplevde förlossningen magisk, trots rädslan inför den. Detta motsäger tidigare forskningen som antyder att rädslan ofta väller över under själva förlossningen (LoGuidence & Beck 2016).

9.2.2 Återkoppling till den teoretiska referensramen

De teoretiska referensramarna som arbetet är begränsat till är Katie Erikssons teorier om Lidande (Eriksson 1995) och Vårdprocessen (Eriksson 1985).

Inom referensramen Lidande, valde vi två underkategorier; Vårdlidande och Livslidande. Vårdlidandet indelas i ytterligare tre kategorier; Kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning och utebliven vård. I resultaten kunde vi hitta kopplingar mellan alla ovannämnda kategorier. Föderskorna kunde känna sig kränkta, dömda och även straffade av vårdpersonalen. Exempelvis skriver en omfödelska att hon upplevde sig straffad av vårdpersonal, då hon tidigare fött barn och därmed enligt vårdpersonalen borde klara av smärtan.

Valmöjligheten gällande den egna vården togs inte i beaktan i alla vårdsituationer, vilket kändes som om personalen inte tog föderskans rädsla på allvar. Maktutövningen spelade sig i form av förnekelse för smärtstillande läkemedel och otillräcklig förklaring för gynekologiska undersökningar. Utebliven vård visade sig i form av otillräcklig tid och närvaro efter förlossningen. Föderskorna kände sig ensamma och hade ofta många frågor gällande förlossningens gång som de inte fick svar på av vårdpersonalen.

Livslidande innefattar ett hot, förintelse, rädsla och förtvivlan som sänker på kvaliteten av personens liv. Detta innebär både fysisk och psykiskt lidande. (Eriksson 1994)

I resultaten kunde vi finna både fysisk och psykiskt lidande hos föderskorna gällande tidigare traumatiska upplevelser. För de flesta föderskor var det psykiska lidandet tydligare beskrivet. Föderskorna hade ofta en negativ upplevelse i koppling till smärtan men också gentemot bemötande från vårdpersonalen. Många föderskor upplevde en känsla av ensamhet under förlossningen. De kände sig rädda och osäkra på förlossningssituationen. För föderskor som utsatts för sexuellt våld, kändes tanken av en manlig vårdare i förlossningsrummet som ett hinder.

Vårdprocessen har som mål optimal hälsa, med detta menas det bästa möjliga tillståndet hos individen både fysiskt och psykiskt. (Eriksson 1985) I examensarbetet har vi valt att fokusera på trygghetsprincipen eftersom trygghetskänsla är en hörnsten i gott bemötande.

Känslan av trygghet nämndes i diskussionstrådarna. Kommentarer behandlade vårdpersonalens närvaro och tilliten för dem. Föderskorna nämnde att de kände trygghet då de fick uppdaterad information om sin pågående situation, tillräcklig information om

smärtlindring och genuin närvaro av vårdpersonalen. Trygghetskänslan gynnades också av att föderskans önskemål togs i beaktning och hans åsikt frågades gällande vårdhandlingar. Förlossningsbrev var ett sätt som föderskorna kunde indirekt framföra sitt önskemål, och därigenom uppleva en trygghet då vårdpersonal fick vetskap om deras erfarenheter och önskemål.

9.3 Implementering i praktiken

Förlossningsrädsla har i forskning visat att i vissa fall komplicera förlossning, ge upphov till posttraumatisk stress, ta bort glädjen från att vara gravid, inverka negativt på förhållandet mellan förälder och barn samt leda till postpartum depression (Rouhe et al. 2013). Därmed är det relevant och viktigt att undersöka vad som påverkar samt förbättrar upplevelsen av förlossning hos föderskor med förlossningsrädsla, både för att kunna förbättra vården men även minska vårdlidande. Genom vårt examensarbete kan vi ge ett svar på hur föderskor med förlossningsrädsla framkallat av tidigare traumatisk händelse, vill bli bemötta samt hur de har upplevt bemötandet från vårdpersonal under förlossning.

En stor majoritet av de föderskors svar som använts till examensarbetet nämner att de vill känna en delaktighet under förlossning. Att de får ta del utav deras vård och information, samt har rätt att själv få fatta informerade val. Detta ger en känsla av trygghet och ger ett förtroende för vårdpersonalen. Återkommande tema som hindrade känslan av delaktighet hos föderskorna, var att vårdpersonalen upplevdes stressade eller inte ha tid för dem. Det gav en försämrad känsla av trygghet och delaktighet, vilket även sänkte förtroendet för vårdpersonalen.

Därmed kan man som vårdpersonal arbeta aktivt för att vara med i nuet, lyhört lyssna och även informera utförligt om vården samt ge möjlighet till föderskan att själv få bestämma över sin vård i mån av möjlighet. Ett arbete inom förlossningsvården kan ofta innebära stressiga situationer, men genom att visa som vårdpersonal att man är närvarande ger en positivare och tryggare miljö till patienter.

Det är viktigt att komma ihåg att alla föderskor har sin egen subjektiva upplevelse och egna subjektiva behov. Många föderskor beskrev det empatiska bemötande de upplevt under förlossning av vårdpersonal, vilket förgyllde deras förlossning. En minoritet beskrev istället ett oempatiskt bemötande som i många fall förmörkade förlossningen. Det är viktigt att komma ihåg att alla patienter är människor med känslor, och att behandla alla med respekt.

9.4 Vidare forskning

Inför vidare forskning tänker vi att det skulle vara intressant att svänga på syftet i formen av att hur vårdpersonalen upplever bemötande av patientgruppen föderskor med tidigare traumatisk erfarenhet. Forskningen kunde ge en möjlighet för mer öppen kommunikation och gemensam förståelse för varandra mellan föderska och vårdpersonal.

Trygghetskänslan är en viktig del vid god vårdkontakt. Denna känsla främjar positiva upplevelser hos föderskor. Vidare forskning gällande hur vårdpersonalen kan upprätthålla känslan av trygghet hos föderskan genom de olika delarna av förlossningen kunde vara viktigt att undersöka inför vidare förbättring på bemötande.

Att utföra en liknande studie genom en intervjustudie anser vi även skulle kunna bidra till mer kunskap inom ämnet. Med en intervjustudie skulle man bättre kunna koppla den traumatiska händelsen till specifika önskemål, i och med att i vår studie var önskemålen i de flesta fall generella som man kan tänka sig att majoriteten av alla föderskor skulle önska sig av sin förlossning, exempelvis närvaro och rätt till att få vara med och bestämma om sin vård.

KÄLLOR

- Alvesson, M. & Sköldberg, K. 2017. *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- Amstadter, A. & Vernon, L., 2008, Emotional Reactions during and after trauma: A comparison of trauma typer, *Journal of aggression, maltreatment & trauma*, s. 391–408
- Berg, M., 2015, *Netnografi att forska om och med internet*, Studentlitteratur AB, Lund.
- Borgfeldt, C., Sjöblom, I., Strevens, H. & Wangel, A-M., 2019, *Obstetrik och gynekologi för sjuksköterskor*, 5 uppl., Studentlitteratur AB, Lund.
- Bäärhielm, S., Gabrielsson, K., Fossum, B. & Reichenberg, K., Gott professionellt bemötande kan stärka den utsatta patienten, *Läkartidningen*, 14.1.2020
- Cullberg, J., 2006, *Kris och utveckling, Natur och kultur*, Stockholm.
- Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Wigert, H., Hessman, E., Sjöblom, H. & Sparud-Lundin, C., 2019, Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: a systematic review. *Women and Birth*, s. 108-110.
- Eriksson, K., 1994, *Den lidande människan*, Liber Utbildning
- Eriksson, K. 1985, *Vårdprocessen*, 3., Almqvist & Wiksell, Stockholm.
- Eysenbach, G., & Kohler, C., 2003, What is the prevalence of health-related searches on the World Wide Web? Qualitative and quantitative analysis of search engine queries on the internet, *AMIA annual symposium proceedings*, American Medical Informatics Association, Vol. 2003, s. 225.
- Finlex, 2021, Strafflag 1889/39 20 kap., Tillgänglig: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1889/18890039001#L20> Hämtad: 15.11.2021
- Gao, L. L., Liu, X. J., Fu, B. L. & Xie, W., 2015 Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: A cross-sectional questionnaire survey. *Midwifery*.

Georgsson, S., Krautmeyer, S., Sundqvist, E. & Carlsson, T., 2019, Abortion-related worries, fears and preparedness: A Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, Volym 24, Issue 5, s. 380-389

God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada, 2019, Tillgänglig: https://start.arcada.fi/system/files/media/file/2019-06/god_vetenskaplig_praxis_i_studier_vid_arcada.pdf Hämtad: 31.10.2021

Google Trends, 2021, Tillgänglig: <https://trends.google.com/trends/?geo=FI> Hämtad: 10.11.2021

Heli, S., & Svensson, L., 2017, *Trygg förlossning: en omvårdnadsmodell för minskad stress och rädsla*, 1 uppl., Gothia fortbildning, Stockholm.

Integrated listening systems, 2020, Tillgänglig: <https://integrated-listening.com/what-is-trauma/> Hämtad: 30.9.2021

Isokylä, J., Klen, I. & Lötjönen, M., 2021, Virheellinen tieto muokkaa ihmisten terveystähtäytymistä, *Dialogi*, 18 Maj, Tillgänglig: <https://dialogi.diak.fi/2021/05/18/virheellinen-tieto-muokkaa-ihmisten-terveystaytyymista/> Hämtad: 29.9.2021

Jadad, A.R., Haynes, R.B., Hunt, D. & Browman, G.P., 2000, The Internet and evidence based decision-making: a needed synergy for efficient knowledge management in health care, *Cmaj*, 362–365.

Karlsson, L., 2007, *Psykologins grunder*, 4 uppl., Studentlitteratur AB.

Kempainen, V., Niinimäki, M., Bloigu, A., Saisto, T., Rouhe, H., Gissler, M., Heikinheimo, O., Mentula, M., 2021, Fear of childbirth after medical vs surgical abortion, 2021, Population-based register study from Finland, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 743-750.

Kempainen, V., Mentula, M., Palkama, V. & Heikinheimo, O., 2020, Pain during medical abortion in early pregnancy in teenage and adult women, *Acta Obstet Gynecol Scand*, December 99(12), s. 1603-1610

Tarnanen, K., Heikinheimo, O., & hela arbetsgruppen för rekommendationen, 2013, Duodecim God vetenskaplig praxis, Tillgänglig:

<https://www.kaypahoito.fi/sv/khr00046> Hämtad: 20.11.2021

Kirsi Tarnanen, Oskari Heikinheimo, hela arbetsgruppen för rekommendationen

Koc, A. E., S, Colak, G. V., Pusuroglu, M. & Hocaoglu, C., 2021, Investigating fear of childbirth in pregnant women and its relationship between anxiety sensitivity and somatosensory amplification. *J Obstet Gynaecol*.

Kulathilaka, S., Hanwella, R. & de Silva, V.A, Depressive disorder and grief following spontaneous abortion, *BMC Psychiatry* 16, 100 (2016)

Kunskapsguiden, 2019, Tillgänglig: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-te-man/arbetsmetoder-och-perspektiv/bemotande-i-halso-och-sjukvarden/om-bemotande-i-halso-och-sjukvarden/> Hämtad: 11.11.2021

Lin, X., & Kishore, R., 2021, Social media-enabled healthcare: a conceptual model of social media affordances, online social support, and health behaviors and outcomes. *Technological Forecasting and Social Change*.

Leslie JL & Lonneman W. , Promoting Trust in the Registered Nurse-Patient Relationship, *Home Healthc Now*. 2016 Jan;34(1):38-42.

LoGiudice, J. A., & Beck, C. T., 2016, The lived experience of childbearing from survivors of sexual abuse: “It was the best of times, it was the worst of times”. *Journal of midwifery & women's health*, s. 474-481.

MeSh, 2021, Tillgänglig: <https://mesh.kib.ki.se/term/D015438/health-behavior> Hämtad: 29.9.2021

Mielenterveystalo, 2021, Pelot (Fobiat), Tillgänglig: https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/tietoa_oireista/Pages/pelot-fobiat.aspx Hämtad: 30.9.2021

Mielenterveystalo, 2022, Äkilliset elämäkriisit, Tillgänglig: https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/tietoa_oireista/Pages/akilliset_elamankriisit.aspx Hämtad: 10.2.2022

Molina-Mula J. & Gallo-Estrada J., 2020, Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making, *Int J Environ Res Public Health*.

Moore D, Drey N, Ayers S., 2020, A meta-synthesis of women's experiences of online forums for maternal mental illness and stigma. *Arch Womens Ment Health*, s. 507-515

Nationalencyklopedin (NE), 2021, *Dystoci*. Tillgänglig: <https://www-ne-se.ezproxy.arcada.fi:2443/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/dystoci> Hämtad: 29.9.2021

Nasser, L., 2018, Exploring the benefits of Google trends, The next ad, Tillgänglig: <https://thenextad.io/blog/exploring-the-benefits-of-google-trends/> Hämtad: 27.1.2022

Nilsson, C., Bondas, T. & Lundgren, I., 2010, Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 298-309.

Nollalinja, 2021, Tillgänglig: <https://nollalinja.fi/mika-on-vakivaltaa/seksuaalinen-vakivalta/> Hämtad: 1.10.2021

Nordlund, B., 2020, Hälsofrämjande hälso- och sjukvård, Vårdgivarguiden, Tillgänglig: <https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/halsoframjande-arbete/halsoframjande-halso--och-sjukvard/> Hämtad: 10.2.2022

Olsson, C., 2021, Oro och psykisk ohälsa, Vårdgivarguiden, Tillgänglig: <https://vardgivarguiden.se/utveckling/2019-ncov/trycksaker-etc/bemota-oro/> Hämtad: 10.2.2022

Palonen, V., 2020, *Terveyskäyttäytymisen tukeminen sähköisten terveyspalvelujen keinoin*, LAB ammattikorkeakoulu, Tillgänglig: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/338375/OPPARIpdf.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Psykologiguiden, 2021, Tillgänglig: <https://www.psykologiguiden.se/rad-och-fakta/fa-hjalp/kris-och-trauma/trauma> Hämtad: 23.10.2021

Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., & Saisto, T. (2013). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women—randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(1), 75-84.

Rådet för brottsförebyggande, 2021, Tillgänglig: <https://rikoksantor-junta.fi/sv/sexualbrott> Hämtad: 15.11.2021

Räisänen, S., Lehto, S.M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R. & Heinen, S., 2014, Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997-2010, *BJOG*.

Saisto, T., Lindbohm, P., Stenbäck, P., & Toivanen, R., 2014, Synnytyspelon hoito, *Potilaan lääkirilehti*, 24.4.2014

Saurel-Cubizolles MJ, Opatowski M, David P, Bardy F, Dunbavand A., 2015, Pain during medical abortion: a multicenter study in France. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, Nov;194:212-7

Schroll, A. M., Tabor, A., & Kjaergaard, H., 2011, Physical and sexual lifetime violence: prevalence and influence on fear of childbirth before, during and after delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 19-26.

Sjögren, B., 1998, *Förlossningsrädsla*, Studentlitteratur, Lund.

Storksén, H. T., Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S. U. S. A. N., & Eskild, A., 2012, Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression, *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*.

Suler J. The online disinhibition effect. *Cyberpsychol Behav*. 2004 Jun;7(3):321-6

THL, 2021m, Tillgänglig: <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/hyvinvointi-ja-terveys/vakivallan-ehkaisy/lomakkeet-vakivallan-kirjaamiseen> Hämtad: 23.10.2021

Tiitinen, A., 2021, Synnytyspelko, *Lääkirikirja Duodecim*, 11.10.2021, Tillgänglig: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00884> Hämtad: 31.10.2021

Tiitinen. A., 2020, Keskenmeno, *Lääkärikirja Duodecim*, 26.4.2021, Tillgänglig: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00138> Hämtad: 1.10.2021

Tilastokeskus, 2017, Tillgänglig: https://www.stat.fi/til/sutivi/2017/13/sutivi_2017_13_2017-11-22_kat_003_fi.html Hämtad: 13.11.2021

Terveyskylä, 2018, Tillgänglig: <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/sv/sexuell-h%C3%A4lsa/abort/abortmetoder> Hämtad: 1.10.2021

Vårdhandboken, 2020, Tillgänglig: <https://www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-var-d-och-omsorg/bemotande-i-var-d-och-omsorg-vardegrund/oversikt/> Hämtad: 23.10.2021

Waldenström, U., 2007, Föda barn, Karolinska Institutet, University press.

Wu, B., Jiang, S., & Chen, H., 2016, Effects of individuals' motivations on communications in online health forums. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 299-312.

Yin, R. K., 2018, *Kvalitativ forskning från start till mål*, Studentlitteratur AB, Lund.

