

Den sköra tråden mellan välbefinnande och förlossningsrädsla

En kvalitativ studie baserad på vårdpersonalens erfarenheter
av ett självskattningsverktyg för förlossningsrädsla

Nicoline Granbacka
Jenny Skuthälla

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

Utbildning: Barnmorska och hälsovårdare (YH)

Vasa: 2022



EXAMENSARBETE

Författare: Nicoline Granbacka och Jenny Skuthälla

Utbildning och ort: Barnmorska, Hälsovårdare, Vasa

Handledare: Terese Österberg

Titel: Den sköra tråden mellan välbefinnande och förlossningsrädsla – En kvalitativ studie baserad på vårdpersonalens erfarenheter av ett självskattningsverktyg för förlossningsrädsla

Datum Augusti 2022

Sidantal 35

Bilagor 4

Abstrakt

Förlossningsrädsla drabbar en relativt stor del av föderskorna. Det är svårt att se en tydlig gräns mellan förlossningsrädsla och en normal oro eller nervositet inför förlossningen. Man räknar med att för cirka 5 procent av föderskorna har rädslan tagit över i vardagen. Den som lider av förlossningsrädsla, kan vara rädd för olika skeden av graviditeten, förlossningen och tiden efteråt. Rädslan kan beröra att något händer barnet, en själv eller både och.

Syftet med denna studie är att utvärdera användbarheten av självskattningsverktyget *Förlossningsrädsla - Ett självskattningsverktyg och diskussionsunderlag* (Ekman & Kull, 2020), genom att ta reda på mödrarådgivningspersonalens erfarenheter av verktyget efter att de fått testa det på gravida kvinnor.

Studien genomfördes som kvalitativ intervjustudie med sex informanter som arbetar på mödrarådgivning i Österbotten. Intervjuerna analyserades induktivt genom kvalitativ innehållsanalys. Resultatet har speglats mot Kristen M. Swansons omvårdnadsteori (Alligood, 2013).

Resultatet består av tre huvudkategorier och åtta subkategorier. I resultatet framkommer både positiva och negativa upplevelser av självskattningsverktyget. Enligt informanterna hjälpte verktyget kvinnorna att sätta ord på sina rädslor. Däremot kunde man få större nytta av verktyget ifall det var i ett digitalt format. Informanterna skapade sig även en uppfattning hur man kan dra största möjliga nytta utav verktyget, vilket även nämns i resultatet.

Språk: Svenska

Nyckelord: Förlossningsrädsla, självskattningsverktyg, vård, stöd, vårdpersonalens erfarenheter, kvalitativ studie

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Nicoline Granbacka ja Jenny Skuthälla

Koulutus ja paikkakunta: Kätilö, Terveystieteiden tutkimuskeskus, Vaasa

Ohjaaja(t): Terese Österberg

Nimike: Hauras lanka hyvinvoinnin ja synnytyksen pelon välillä - Laadullinen tutkimus, joka perustuu terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksiin synnytyksen pelon itsearviointityökalusta

Päivämäärä Elokuu 2022

Sivumäärä 35

Liitteet 4

Tiivistelmä

Synnytyospelko koskettaa suhteellisen suurta osaa äideistä. On vaikea nähdä selkeää rajaa synnytyospelon ja normaalin synnytystä edeltävän ahdistuksen tai hermostuneisuuden välillä. Arvioiden mukaan noin 5 prosentilla äideistä pelko on vallannut jokapäiväisen elämän. Synnytyospelosta kärsivät voivat pelätä raskauden eri vaiheita, synnytystä ja sen jälkeistä aikaa. Pelko voi koskea jotain lapselle tapahtuvaa, joko itseään tai molempia.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida itsearviointityökalun Förlossningsrådsla – Ett självskattningsverktyg och diskussionsunderlag (Ekman & Kull, 2020) selvittämällä äitiysneuvolan henkilökunnan kokemuksia työkalun käytöstä testattuaan sitä raskaana olevilla naisilla.

Tutkimus tehtiin kvalitatiivisena haastattelututkimuksena kuuden Pohjanmaalla äitiysneuvonnassa työskentelevän osallistujan kanssa. Haastattelut analysoitiin induktiivisesti laadullisen sisältöanalyysin avulla. Tulos on heijastunut Kristen M. Swansonin hoitotyön teoriaan (Alligood, 2013).

Tulos koostuu 3 pääkategoriasta ja 8 alakategoriasta. Tulokset paljastavat sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia itsearviointityökalusta. Osallistujien mukaan työkalu auttoi naisia pukemaan pelkonsa sanoiksi. Työkalusta voisi kuitenkin saada enemmän hyötyä, jos se olisi digitaalisessa muodossa. Osallistajat muodostivat myös idean, kuinka työkalusta saadaan kaikki irti, mikä mainitaan myös tuloksissa

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Synnytyospelko, itsearviointityökalu, hoito, tuki, hoitohenkilökunnan kokemukset, laadullinen tutkimus

BACHELOR'S THESIS

Author: Nicoline Granbacka and Jenny Skuthälla

Degree Programme: Midwife, Public Health Nurse, Vaasa

Supervisor(s): Terese Österberg

Title: The Fragile Thread between Well-being and Fear of Childbirth - A Qualitative Study based on Healthcare Professionals' Experiences of a Self-assessment Tool for Fear of Childbirth

Date August 2022

Number of pages 35

Appendices 4

Abstract

Fear of childbirth affects a relatively large proportion of mothers. It is difficult to see a clear line between fear of childbirth and normal anxiety or nervousness before childbirth. It is estimated that for approximately 5 percent of mothers, fear has taken over everyday life. Those who suffer from fear of childbirth can be afraid of different stages of the pregnancy, childbirth and the time afterwards. The fear can concern something happening to the child, oneself or both.

The aim of the study is to evaluate the usefulness of the self-assessment tool Förlossningsrädsla- Ett självskattningsverktyg och diskussionsunderlag (Ekman & Kull, 2020), by finding out about antenatal care staff's experiences of the tool after they had tested it on pregnant women.

The study was conducted as a qualitative interview study with six informants who work at maternity counseling in Ostrobothnia. The interviews were analyzed inductively through qualitative content analysis. The result has been reflected against Kristen M Swanson's nursing theory (Alligood, 2013).

The result consists of 3 main categories and 8 subcategories. The results reveal both positive and negative experiences of the self-assessment tool. According to the informants, the tool helped the women put their fears into words. However, one could get more use out of the tool if it was in a digital format. The informants also formed an idea of how to get the most out of the tool, which is also mentioned in the results.

Language: Swedish

Key words: Fear of childbirth, self-assessment tool, care, support, healthcare professional's experiences, qualitative study

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Bakgrund	2
2.1	Förlossningsrädsla	2
2.2	Riskfaktorer	3
2.3	Identifiera förlossningsrädsla	4
2.4	Eventuella följder av förlossningsrädsla	4
2.5	Vården av förlossningsrädsla.....	5
2.6	Stöd inför förlossning	7
2.7	Skattningsskalor kring förlossningsrädsla	8
3	Teoretisk utgångspunkt	9
3.1	Kristen M. Swanson – Theory of Caring.....	9
4	Syfte och frågeställningar	11
5	Kvalitativ metod	11
5.1	Datainsamling genom semistrukturerade intervjuer.....	12
5.2	Urvalsgrupp.....	13
5.3	Kvalitativ innehållsanalys.....	13
5.4	Genomförande av studien	14
6	Etiska överväganden.....	14
7	Resultat.....	16
7.1	Användbarhet	16
7.1.1	Graviditetens olika skeden	16
7.1.2	Personlighetsdragens inverkan	17
7.1.3	Multipara eller primipara.....	18
7.2	Styrkor.....	20
7.2.1	Layout och ifyllandet.....	20
7.2.2	Möjligheten till diskussion.....	21
7.3	Utvecklingsbehov.....	21

7.3.1	Format.....	22
7.3.2	Frågornas utformning.....	22
7.3.3	Jämförelse med annat självskattningsverktyg	23
8	Diskussion	25
8.1	Resultatdiskussion.....	25
8.2	Metoddiskussion.....	29
8.3	Slutledning.....	31
9	Källförteckning.....	33
	Bilagor	

1 Inledning

Detta examensarbete tar avstamp i utvecklingsarbetet "Att identifiera och diskutera förlossningsrädsla – ett självskattningsverktyg och diskussionsunderlag" (Ekman & Kull, 2020). Vi har fått tillåtelse av utvecklarna att undersöka självskattningsverktyget (Bilaga 1) och dess användbarhet inom mödravården.

Det hela börjar med ett plus på stickan, sedan följer en graviditet som är unik för varje kvinna och familj. En av de största händelserna i en kvinnas liv är att få barn. Trots att de flesta drar paralleller mellan förlossning och lycka, finns det många faktorer som kan skapa en annan syn på denna vändpunkt i livet. Under alla år har barnafödelse varit en naturlig händelse och något som kvinnan behöver vara stark nog att klara av. Stunden när ett nytt liv ska komma till världen förgylls av tusentals olika känslor för föräldrarna och fjärlarna i magen är många. Ibland tar fjärlarna i magen över och ger upphov till en negativ känsla som kan kopplas ihop med ångest och rädsla. Det orsakar en rädsla inför förlossningen, förlossningsrädsla. Andelen kvinnor som drabbas av förlossningsrädsla och uppsöker vård för att få hjälp med sin rädsla ökar (Heli & Svensson, 2017, s. 22–23) Kvinnor vars rädsla vinner över lyckan som graviditeten medför är 5–6% i Finland (Terveyskylä, 2019).

I takt med att andelen förlossningsrädda ökar, ökar även behovet av stöd för denna grupp med kvinnor. Man räknar med att det finns fyra olika typer av stöd som kvinnorna anser är av stor betydelse inför en förlossning; känslomässigt stöd, fysiskt stöd, informativt stöd och partnerskap. En kvinna som upplever att hennes behov av stöd uppnås och tillfredsställs har en bättre förlossningsupplevelse med positiva intryck. Därför är det ytterst viktigt att den blivande mamman känner att det finns tillräckligt med stöd redan tidigt i graviditeten, för att undvika ångest och stress (Heli & Svensson, 2017, s. 37–38). Det är även väsentligt att hjälpa kvinnan att skilja mellan förlossningsrädsla och normal nervositet. Normal oro och nervositet behövs för att kvinnan ska kunna skydda sitt barn (Rickert-Olsson, 2019, s. 65).

Genom detta arbete vill vi få en bättre kunskap och förståelse inom området inför vårt framtida yrke som hälsovårdare och barnmorska. Eftersom antalet kvinnor med förlossningsrädsla ökar hela tiden anser vi att detta är ett viktigt ämne att fördjupa sig i. Med studien hoppas vi att flera kvinnor i ett tidigt skede kan få det stöd och den hjälp som de behöver för att övervinna sin rädsla och få en trygg förlossning. Vi hoppas även att vårdpersonal kan dra nytta ut av detta arbete.

2 Bakgrund

Detta kapitel behandlar förlossningsrädslans olika nivåer och vad som kan ligga till grund för den. Kapitlet berör även hur förlossningsrädslan tar sig till uttryck, hur vården kan se ut samt konsekvenser som kan uppstå till följd av rädslan.

2.1 Förlossningsrädsla

Att det finns en liten rädsla inför förlossningen är helt normalt, det kan dessutom sporra kvinnan inför och under förlossningen. Men när rädslan tar över det dagliga livet och när man inte kan glädjas över att få föda och se sitt barn, då har rädslan övergått till det som kallas för förlossningsrädsla. Av gravida kvinnor är det omkring 40 procent som upplever en liten form av rädsla. För cirka 5 procent har rädslan tagit över i det vardagliga livet och ungefär 3 procent känner en enorm rädsla inför förlossningen. Det är svårt att se en tydlig gräns mellan förlossningsrädsla och en vanlig oro inför förlossningen. Allt mellan oro och fobi kallas förlossningsrädsla (Abascal, 2012, s. 202-203).

Rädslan kan grupperas enligt följande: lindrig rädsla, måttlig rädsla och kraftig rädsla. Om rädslan blir så strak att man funderar på abort eller vill ha ett löfte på planerat kejsarsnitt kallas det förlossningsfobi (tokofobi). Vid lindrig och måttlig rädsla har den gravida kvinnan en mild ångest över fostrets mående och om barnet föds friskt. Vid kraftig rädsla kan den gravida kvinnan ha svårt att genast förklara vad hon har ångest inför. Vanligaste är att hon upplever ångest över att inte klara av sin förlossning. Många människor vill kontrollera allt som händer i deras liv och känna att de

alltid har kontrollen, därför är det många som har ångest över förlossningen eftersom det är en händelse man inte helt och hållet kan kontrollera över. Dessa kvinnor önskar oftast ett planerat kejsarsnitt för att känna en större kontroll över sin förlossning (Hagberg, 2014, s.131–132).

2.2 Riskfaktorer

Det finns fysiska, psykiska och sociala faktorer som kan utlösa rädsla inför förlossningen. De fysiska faktorerna är bland annat hemska tankar om den smärta som kan uppstå vid en förlossning och om man varit med om sexuella övergrepp. Som förstföderska har man inga aningar om hur en förlossning kommer vara och hur det kommer kännas. Förstföderskor kan även bli skrämda av andras förlossningsupplevelser och känna en stor ångest över den kommande förlossningen. De kvinnor som varit med om sexuella övergrepp eller annan misshandel kan vara känslig för beröring på vissa ställen av kroppen och har svårt att visa sin kropp (Hagberg, 2014, s.132).

De psykiska faktorerna kan vara en ångestsjukdom eller om man tidigare varit deprimerad, psykisk ohälsa. Olika slags fobier som till exempel sjukhus-, blod-, sprutfobier likaså dålig självkänsla och dåligt förtroende till vården hör till de psykiska faktorerna. (Rickert-Olsson, 2019, s.65)

Till den sociala biten hör bristande ekonomi och boendestatus. Man kan känna ångest över att inte kunna ge barnet de nödvändigheter som krävs. Om mamman bor i ett oroligt område kan hon känna oro över att barnet inte kommer få bo i en trygg miljö. Även hur partnerskapet ser ut kan skapa en rädsla för mamman. Om hon är ensamstående, lever i ett dåligt parförhållande som hon inte vågar lämna eller i ett samkönat förhållande kan skapa många olika tankar. Som ensamstående kan man känna sig otillräcklig och orolig för att klara av allting själv. I ett dåligt parförhållande kan det finnas psykiskt och fysiskt våld inblandat. Det kan även vara att den ena i förhållandet känner större längtan efter barnet än den andra. Om man lever i ett samkönat parförhållande kan man känna oro inför barnets framtid och vilka tankar barnets omgivning kommer att ha över att hen har två pappor eller två mammor (Abascal, 2012, s.207).

2.3 Identifiera förlossningsrädsla

Ångest och rädsla är känslomässiga reaktioner på att vi upplever något som känns hotfullt och man vet inte om man kommer klara det som komma skall. I kroppen utlöses mera adrenalin och kortisol som gör att kroppen förbereder sig för att fly eller fäkta. Dessa hormoner är i rätt halt enbart till nytta vid förlossningen, men förmycket av hormonerna leder till ångest. Vanligen finns det fysiska eller psykiska situationer som utlöser ångesten. Omedvetet väljer man att undvika dessa faktorer, vilket i sin tur kan påverka livskvaliteten när man begränsar sig själv. I Detta fall kan det handla om att den förlossningsrädda kvinnan väljer att undvika vaginal födsel och önskar kejsarsnitt. Vid flera ångestsjukdomar kan det hända att man inte kan sätta fingret på vad som utlöser ångesten och det blir svårt att hantera den (Rickert-Olsson, 2019, s. 57).

Att känna ångest inför sin förlossning är ett tecken på att man lider av förlossningsrädsla. Ångestsymtom kan ge sig till uttryck genom sömnsvårigheter, mardrömmar och koncentrationssvårigheter i vardagen. Kvinnan har svårt att fokusera på fostret, eftersom rädslan utformar hela graviditeten. Trötthet, illamående och diffusa smärtor är tydliga tecken på att man kan lida av ångest till följd av förlossningsrädsla (Rouhe, 2015).

2.4 Eventuella följder av förlossningsrädsla

En grav förlossningsrädsla kan även öka risken för andra komplikationer och följder av en förlossning. En kvinna som lider av en svår förlossningsrädsla kan ha svårt att peka ut vad som är den bakomliggande orsaken till den egna rädslan. Man känner kanske endast en total ångest för att man inte ska behärska sin förlossning. Ångesten grundar sig ofta i den okunskap man kan känna, man vet inte vad som kommer ske eller när är det över. Det finns med andra ord inga garantier. Denna oro kan bidra till att man hellre väljer ett planerat kejsarsnitt som är över på ofta bestämd tid eller i allvarliga fall till och med väljer abort som enda flykt från sin rädsla. Kvinnan kan ha svårt att ta till sig av den information som ges, ändå kan ångesten och rädslan mildras av att känna lite vetskap kring sin förlossning (Ryding, 2008, s. 131–132). Enbart på Helsingfors universitetssjukhus utfördes

3,6% av förlossningarna genom kejsarsnitt på grund av förlossningsrädsla. (Saisto & Ulander, 2020)

Smärtan är en av de vanligaste faktorerna man känner oro kring inför en förlossning. En förlossningsrädd kvinna kan känna ångest över att den smärtmedicinering och bedövning som finns till inte är tillräcklig. Det är konstaterat att kvinnor som lider av en intensiv förlossningsrädsla har en sämre förmåga av att tolerera smärta. (Ryding, 2008, s. 132)

Svåra problem med rädsla inför förlossning höjer även risken för att senare efter förlossningen drabbas av postpartumdepression eller förlossningsdepression som det också heter. Den nyblivna mamman känner sig värdelös och tvivlar på sin förmåga att kunna ge barnet vad som krävs. Ångesten och oron kan i sin tur ha effekt på anknytningen till den nyfödde. En förälder som lider av ångest tenderar i flera fall att vara överdrivet beskyddande och barnet får inte chans att utforska nya saker. Passiviteten kan senare utveckla ångest även hos barnet. Det bildas med andra ord en ond cirkel som behöver brytas med stödet från bland annat vårdpersonalen (Rickert-Olsson, 2019, s. 79).

Förlossningsrädsla och ångest för förlossning ökar risken att drabbas av posttraumatisk stress. Posttraumatisk stress kan drabba en kvinna som varit med om en traumatisk förlossning. Upp till 30% av kvinnorna har upplevt ett psykiskt trauma under någon del av förlossningen (Ryding, 2008, s. 135). Symptomen som uppstår är depression, orkeslöshet, mardrömmar och "flashbacks", vilket påverkar sömnen och koncentrationen. En kvinna som varit med om en traumatisk förlossning kan ha svårt att lita på vården eller andra människor som associeras till händelsen (Rickert-Olsson, 2019, s. 153–154).

2.5 Vården av förlossningsrädsla

Många kvinnor som lider av förlossningsrädsla önskar att förlossningen sker via kejsarsnitt. Tack vare den effektiva vården väljer slutligen 50–87% av dessa kvinnor att förbereda sig för att föda vaginalt. Vården består vanligen av terapi, träning samt stöd av vårdpersonal som barnmorska och psykolog. Det är konstaterat att gruppterapi är ett effektivt sätt att bearbeta förlossningsrädsla. I första hand ska den väntande mamman

vända sig till mödrarådgivningen för att diskutera sin rädsla. Ifall detta inte hjälper och rädslan fortfarande kvarstår är det viktigt att man snabbt söker hjälp vid polikliniken för förlossningsrädsla. Där kan man få stöd och handledning av specialiserande barnmorskor och förlossningsläkare. Ett vanligt problem är att modern inte får den hjälp hon behöver förrän sent i graviditeten, i omkring vecka 36. På mödrarådgivningen är det bra att redan under något av de första besöken fundera kring den väntande kvinnans känslor kring sin förlossning. (Rouhe & Saisto, 2013).

När man bemöter en förlossningsrädd kvinna, behöver man skapa en lojal patientrelation så den rädda kvinnan känner att hon kan öppna upp och berätta om sina känslor. Som vårdpersonal ska man prata om problemet och förklara hur allmänt problemet är. Det är också bra att ge information kring risker och komplikationer som kan uppstå vid kejsarsnitt, ifall kvinnan överväger det. Den blivande mamman behöver känna till att hon inte är tvingad till vaginal födsel och på så sätt kan konversationerna bli mera avslappnade. Som vårdpersonal är det alltså viktigt att man diskuterar kring det som berör förlossning. Det kan bland annat handla om smärtlindring eller hur man kan förbereda sig för förlossningen. Det är bra att ge ut informationen även i skriftligt format (Rouhe & Saisto, 2013).

En kvinna som lidit av rädsla och ångest inför sin förlossning, lider av en högre risk att även drabbas av psykiska besvär även efter sin förlossning (Ryding, 2008, s. 135). Vården efter förlossningen är då ytterst viktigt för att undvika vidare svårigheter som posttraumatisk stressreaktion. Har man upplevt att förlossningen varit jobbig eller till och med traumatisk är det nödvändigt att gå igenom och diskutera hur allt gått till med en barnmorska. Eftervården kan också ske som diskussion och bearbetning i grupp med andra som lider av samma problematik. Fokuset borde alltid vara på preventionen och förebyggandet av posttraumatisk stress i stället för att i ett senare behandla dem (Leap & Hunter, 2016, s. 169–171).

2.6 Stöd inför förlossning

Stödet inför och under förlossning är den faktor som starkt inverkar på den psykiska balansen som kvinnan känner. Stödet delas in i två huvudgrupper; kontinuerligt och intermittent. Det kontinuerliga stödet pågår under hela graviditeten och förlossningen, utan avbrott. Det intermittenta stödet sker mera punktvis, men har lika mycket inverkan på moderns trygghet trots det (Heli & Svensson, 2017, s. 36–39).

Man räknar med att det finns fyra olika nivåer av stöd som är av betydelse för att nå optimal trygghet före, under och efter en förlossning. Dessa fyra är; känslomässigt stöd, fysiskt stöd, informativt stöd och partnerskap. Det känslomässiga stödet innefattar att bilda en god patientrelation till mamman. Att visa empati och bekräftelse bidrar till att den gravida vågar öppna upp sina tankar och känslor. Fysiskt stöd kan innebära massage och beröring, men även att hjälpa mamman hitta rätt positioner under förlossningen. Det informativa stödet är behövs för att kvinnan ska känna att hon får svar på sina frågor och funderingar. Det informativa stödet omfamnar också all den information som vårdpersonalen ger samt att förmedla kvinnans önsknings. Stödet man får från partner är av stor vikt vid förlossningen. En partner behöver inte vara fadern, utan kan vara exempelvis en doula, barnmorska, släkting eller vän som respekterar och stödjer mammans syn på förlossningen. Dessa dimensioner av stöd bidrar tillsammans till en trygg miljö som inverkar på den emotionella sinnesstämningen hos den blivande modern (Heli & Svensson, 2017, s. 36–39).

För de gravida kvinnorna är det viktigt att de får tillräckligt med kunskap och information om den kommande förlossningen. All information, även den som inte kommer från vårdpersonalen är betydelsefull för kvinnan. Det kan handla om erfarenheter av vänner, bekanta, familj och förstås vårdpersonal. Statistik över olika komplikationer kan hjälpa den blivande mamman att ta det lugnt innan förlossningen, då hon vet att riskerna att något går fel är trots allt små. Kvinnan behöver också skapa ett förtroende för vårdpersonalen, så hon kan lita på att barnmorskan vet hur hon ska fungera i olika situationer som kan uppstå. Den information som kvinnan får behöver hon anse som korrekt för att den ska hjälpa henne att förstå vad hon kan vänta sig av förlossningen (Mårtensson m.fl., 2014).

Kontinuitetsmodellen som fortfarande är relativt ovanlig i våra trakter, kunde vara ett alternativ för att stöda kvinnor med förlossningsrädsla. Kvinnor med förlossningsrädsla som vid förlossningen får ha en barnmorska som de sedan tidigare känner till, får en bättre förlossningsupplevelse. Dessa kvinnor upplever också att vården är tryggare, de får mer information och kan känna sig mer deltagande i beslut som tas. Föderskorna känner med andra ord att de har en bättre kontroll över sin förlossning, när barnmorskan är bekant sedan tidigare. Att barnmorskan är bekant med föderskan, har också det en positiv inverkan på patientrelationen. Barnmorskan känner sig bättre rustad att ge en god vård åt kvinnan samt möta hennes behov (Hildingsson m.fl., 2019).

2.7 Skattningsskalor kring förlossningsrädsla

För att mäta förlossningsrädsla och bedöma dess grad, har man även tidigare tagit fram olika skalor och mätningar som kan vara till stöd. The Fear of Birth Scale används för att mäta hur kvinnan upplever förlossningsrädslan genom att gradera sin rädsla på två olika linjer. Linjerna är 100 mm långa, det betyder att skalan är graderad från 1-100. Den ena linjen går från lugn till oroad och den andra från ingen rädsla till stark rädsla. När kvinnan fyllt i klart räknar man ut ett medeltal från båda linjerna och ett tal över 60 tyder på förlossningsrädsla. Ett exempel på en fråga som finns med i FOBS är "Hur känner du just nu inför den kommande förlossningen?" (Rondung m.fl., 2018).

En annan skala som blivit framtagen och prövad de senaste åren är "Birth Attitude Profile Scale", BAPS. Skalan undersöker kvinnornas inställning till förlossningen och hur omfattande deras förlossningsrädsla är. BAPS är uppbyggt på ett sådant sätt att kvinnan får fylla i olika påståenden i vilken grad de överensstämmer med hennes attityd till förlossningen. Dessa påståenden börjar med "Jag vill ha en förlossning som...". Påståendena fylls i på en sex-poängsskala från "håller helt klart med" till "har inte tänkt på det". Utifrån det som kvinnan fyller i framkommer fyra olika huvudområden; personlig påverkan, förlossningen som en naturlig händelse, valfrihet och funderingar kring säkerheten. Skalan hjälper till att starta en diskussion och planera förlossningen (Hildingsson & Rubertsson, 2021).

Inom Österbottens välfärdsområde använder rådgivningarna det elektroniska mödrarådgivningskortet Ipana. I Ipana kan den blivande mamman fylla i information om sin graviditet antingen hemma eller tillsammans med personalen på rådgivningarna. I Ipana hittar man även en blankett angående förlossningsrädsla, där man får svara på frågor och utifrån det kan man ta upp ämnet till diskussion med rådgivningspersonalen. Frågorna i Ipana-blanketten är utformade på ett sådant sätt att den blivande mamman kryssar för vad som skapar en eventuell rädsla hos henne. Till exempel om det är smärtan eller att mista kontrollen som är de största orosmomenten (Ipana, u.å.).

3 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt i detta arbete har Kristen M. Swansons omvårdnadsteori valts. Den teoretiska referensramen används för att tydligare beskriva orsaken till problemet som behöver studeras. I denna studie är den teoretiska utgångspunktens funktion att bidra till den avslutande reflektionen (Henricsson, 2012, s. 64-65).

3.1 Kristen M. Swanson – Theory of Caring

Omvårdnadsteorins fem grundbeståndsdelar som alla bygger på omvårdnad (knowing, being with, doing for, enabling, maintaining belief). När dessa fem tillfredsställs ska den vårdade uppleva välbefinnande. Huvudbegreppen beskrivs på följande sätt:

Knowing - Strävan efter att förstå meningen av en händelse i en annans liv. Detta utan att dra förhastade slutsatser och antaganden, enbart fokusera på personen. Vårdaren ska bedöma händelsen noggrant och vara uppmärksam på ledtrådar. Både vårdaren och den vårdade ska vara engagerade.

Being with – Betyder att vårdaren ska vara närvarande på ett emotionellt plan och dela med sig av sina känslor utan att sätta bördan på den vårdade. Vårdaren bör finnas där och vara tillgänglig.

Doing for - Gyllene regeln, gör det för andra så som du själv skulle vilja bli behandlad. Vårdaren ska utföra ett professionellt och skickligt arbete. Kunna uppfylla de behov som

den vårdade har och trösta. Skydda den vårdade och respektera dennes värdighet och integritet.

Enabling – betyder att man som vårdare ska underlätta och stöda i övergångar till nya livskeden och nya händelser. Detta genom att olika metoder fokusera på händelsen som att informera, förklara, stödja, tänka igenom saker, ge feedback och känna igen känslor.

Maintaining belief – Att upprätthålla tron i den andra personens kapabilitet att klara en övergång eller livshändelse. Stödja den vårdade till att klara av att bemöta framtiden med meningsfullhet, hoppfullhet och realitet. Stå vid den vårdades sida i vilken situation hen än befinner sig i. (Alligood, 2018, s. 553-561)

När Kristen M. Swanson jobbade på en intensivvårdsavdelning för nyfödda märkte hon att hennes omvårdnadsteori även kan användas till flera ändamål. Den kan exempelvis användas på mammor, pappor samt vårdpersonal. Swanson vidareutvecklade sin teori 1993, då blev fyra fenomen och antaganden kring dessa aktuella (nursing, person/client, health, environment). Hon definierar nursing som att ta hand om andras välbefinnande. Kristen M. Swanson hävdar även att omvårdnaden bygger på empiriskt kunnande och disciplinerna som hör till denna vetenskapsgren. Hit hör även etiska, personliga och bra kunskaper som härstammar från vårdarens värderingar, upplevelser och förväntningar. (Alligood, 2018, s. 553-561)

Kristen M. Swanson beskriver människan som en unik varelse som är mitt i utvecklingen och vars helhet yttrar sig i tankar, känslor och beteenden. Hon menar också att miljön och omgivningen har en stor påverkan på människan och hur hon utvecklas. Människan har även en längtan till att vara kopplad med andra varelser och det spirituella eller andliga. Swanson hävdar att den spirituella delen av människan kopplar ihop varje varelse med oändlig källa med godhet, det oförklarliga, livet, kreativitet och lugn. Dock finns det 'begränsningar som kan hindra individen från att leva fritt. Dessa är bland annat hudfärg, samhällsklasser, kön och tillgång till vård. (Alligood, 2018, s.553-561)

Enligt Swanson är innebörden med hälsa att uppleva den meningsfulla delen av helheten. Helheten i sin tur består av en känsla av att höra till en enhet och att fritt få uttrycka sin existens. Alltså hälsa och välbefinnande är en komplex process kring botande och helande, där man kan släppa inre smärta, etablera nya betydelser, återställa integrationen

och utvecklas i en känsla av en förnyad helhet. Omgivningen är något som varierar mellan olika situationer enligt Swanson. Hon menar att det är flera faktorer som inverkar på omgivningen dessa är kulturella, sociala, politiska, ekonomiska och så vidare. Hon uttrycker att det som i en situation är miljön, kan i en annan situation upplevas som klient. (Alligood, 2018, s.553-561)

4 Syfte och frågeställningar

Vi har valt att utgå från utvecklingsarbetet *Att identifiera och diskutera förlossningsrädsla – Ett självskattningsverktyg och diskussionsunderlag* (Ekman & Kull, 2020). I utvecklingsarbetet har Ekman & Kull utformat ett självskattningsverktyg (Bilaga 1) för att hjälpa vårdpersonalen att identifiera förlossningsrädsla även i ett tidigt skede. Det är viktigt att komma ihåg att verktyget inte ger någon direkt diagnos, utan är riktgivande och ska hjälpa vårdpersonal att identifiera kvinnor som eventuellt visar tecken på förlossningsrädsla.

Syftet med studien är att utvärdera användbarheten av det självskattningsinstrumentet som Ekman & Kull utformat. Målgruppen för studien är barnmorskor och hälsovårdare som arbetar på mödrarådgivning. Följande frågeställning är centralt för att uppnå syftet med examensarbetet:

- Hur användbart är självskattningsverktyget enligt barnmorskor och hälsovårdare på mödrarådgivningarna?

5 Kvalitativ metod

En kvalitativ studiemetod är lämplig att använda när en forskare söker information om personers tankar, erfarenheter och upplevelser kring ett visst fenomen eller område. Det material man samlar in av informanterna är subjektiv och därför finns det inga svar som är rätt eller fel. Materialet kan heller inte presenteras i siffror eller som statistik. Detta eftersom man samlar in informanternas beskrivande åsikter och tolkningar kring

fenomenet. Inom den kvalitativa designen vill forskaren med andra ord söka förståelse kring och insikt i sitt område (Henricson, 2012, s.130–131). I detta arbete lämpar sig en kvalitativ studie, eftersom man vill förstå självskattningsverktygets (Bilaga 1) användbarhet inom mödravården.

Inom den kvalitativa metoden är olika former av intervjuer återkommande. Även observation, berättelser och fokusgrupper är datainsamlingsmetoder som används inom metoden. Det är viktigt att ha i åtanke att forskaren kan inverka på resultatet, eftersom denne också kan ses som forskningsinstrument. Forskaren bör därför gå tillbaka till sig själv och reflektera kring sina egna tidigare erfarenheter och kunskaper kring forskningsämnet. Hur dessa kan inverka på resultatet och dess analys. Det kan också vara utav värde att forskaren kommer nära informanten och är flexibel när det kommer till forskningsområdet (Henricson, 2012, s 132-133).

5.1 Datainsamling genom semistrukturerade intervjuer

I denna studie har öppna frågor valts till intervjuerna för att samla in material, med andra ord semistrukturerade intervjuer. Detta innebär att frågorna har utformats på förhand och sammanställts i en intervjuguide (Bilaga 4). Frågorna har använts som stöd under intervjuerna för att ge diskussionen en struktur. Frågorna behöver inte tas i den ursprungliga ordningen, utan kan variera med tanke på hur intervjun framskrider. Det är viktigt att komma ihåg att frågorna endast finns till för stöd och inte är för riktgivande. Respondenten ska ha rum att berätta om sina erfarenheter utan att bli störd eller avbruten. Intervjuaren behöver tillräckligt med kunskap för att kunna ställa lämpliga frågor och få svar på dessa. Intervjuguiden ska inte vara längre än en A4 för att på så sätt inte störa intervjun och dess innehåll (Henricsson, 2012, s. 167-168)

5.2 Urvalsgrupp

Det som kännetecknar en kvalitativ studie gällande urvalet är att deltagarna inte är slumpmässigt utvalda. Forskaren strävar till att hitta de deltagare som har de upplevelserna och erfarenheterna som är aktuella inom forskningsämnet. Deltagarna är ofta relativt få till antalet, eftersom det viktigaste är att hitta informanter med olika erfarenhet kring området (Henricson, 2012, s. 134). I studien valdes ett antal rådgivningar och därifrån valdes vårdpersonalen ut, utifrån vilka som har kontakt med de gravida kvinnorna. Vårdpersonalen i denna studie syftar på barnmorskor och hälsovårdare som jobbar på en mödrarådgivning i Österbotten.

5.3 Kvalitativ innehållsanalys

För att analysera det insamlade materialet har en kvalitativ innehållsanalys valts. Vid kvalitativ innehållsanalys kan man gå till väga på flera olika sätt, vanligast är det dock att man utgår från enhetliga transkriberade intervjuer. För att analysen ska bli fullständig finns det olika steg man kan följa. Första steget innebär att man ett flertal gånger läser igenom det transkriberade materialet för att få en helhets översikt. I det andra steget väljer man ut textdelar som svarar på frågeställningarna. Senare flyttar man dessa textdelar till olika koder och kategorier. Vid analysen är det viktigt att man som forskare inte glömmer bort syftet och frågeställningarna (Henricson, 2012, s.135-136).

I denna studie är innehållsanalysen induktiv, vilket innebär att forskarna inte använt sig av tidigare erfarenhet eller förutfattade meningar. Det vill säga att forskaren så förutsättningslöst som möjligt studerar det specifika ämnet och utgående från detta data beskriver det. Utifrån det analyserade materialet kan man dra slutsatser och utforma teoretiska begrepp (Henricson, 2012, s. 37-38).

I denna studie har intervjuerna blivit transkriberade och noggrant genomlästa. I skedet när texterna transkriberades översattes dialektala uttryck till standardsvenska. Texterna blev sedan färgkodade utifrån gemensamma faktorer och indelade i huvudkategorier samt subkategorier. Direkta citat valdes ut och dessa framkommer i resultatdiskussionen. Dessa citat ansåg skribenterna att hade betydelse för studiens resultat. I studien har skribenterna

arbetat så objektivt som möjligt och försökt att inte använda sig av sina egna tankar och erfarenheter kring ämnet.

5.4 Genomförande av studien

Vi har haft direkt kontakt med några mödrarådgivningar för att fråga vilka som vill ställa upp och på detta sätt har vi samlat ihop ett tillräckligt antal med informanter. Vi har berättat om vårt arbete och dess syfte. Vi förtydligade också vad som krävs av vårdpersonalen och tillvägagångssättet av datainsamlingen. Informationsbrev (Bilaga 2), samtyckesblankett (Bilaga 3) och självskattningsverktyget (Bilaga 1) delades ut till rådgivningarna som valde att delta. I informationsbrevet framgick all information kring arbetet, dess datainsamling, analys och konfidentialitet. Det framgick även att varje informant deltog frivilligt och kunde när som helst under studiens gång avbryta sitt deltagande.

Vårdpersonalen delade ut och testade självskattningsverktyget på ett fåtal gravida kvinnor. Efter att personalen bildat sig en uppfattning av verktyget blev barnmorskorna och hälsovårdarna intervjuade. Deras tankar och åsikter om självskattningsverktyget lyftes fram och utifrån dessa fick vi en förståelse om självskattningsverktygets användbarhet.

6 Etiska överväganden

När man utför en forskning behöver man följa etiska regler. Idag finns det etiska kommittéer och etiska forskningsråd som ansvarar för att utforma dessa etiska riktlinjer. Dessa regler och riktlinjer berör bland annat områden som; konfidentialitet, integritet, samtyckeskrav, säkerheten, självbestämmanderätt och underhållning av information. Forskningens etiska råd finns till för att skydda deltagarna i studien (Bell, 2006, s.53–58). Forskningsetiska delegationen har sammanställt en nationell anvisning över de etiska principer man bör ta i beaktande i ett forskningsarbete (TENK, 2019)

De allmänna principerna inom etiken som forskare i Finland följer är att man respekterar människovärdet och självbestämmanderätten. Forskaren ska ta i beaktande deltagarnas rättigheter dessa är till exempel, yttrandefrihet, integritet och skydd för privatlivet (TENK, 2019).

Konfidentialitet och integritet betyder inom forskningsetiken att deltagarnas personliga uppgifter inte ska framgå i studien. Deltagarna ska inte heller beskrivas på ett sådant sätt att det är möjligt att de kan bli identifierade. För att deltagaren ska kunna vara helt anonym förutsätts att inte ens forskaren håller koll på vilka är deltagarna bakom svaren, vilket man bör hålla bakom örat när man utlovar anonymitet. När en person väljer att delta i en studie, undertecknas även ett samtycke. Detta samtycke ställer krav inte enbart på forskaren utan även på deltagaren. Deltagaren har när som helst rätt att annullera samtycket och avbryta sitt deltagande i studien (Bell, 2006, s.53–58). En person som väljer att avsluta sitt deltagande i studien behöver inte ange någon orsak och det skall inte heller uppkomma några negativa följder till avbrytandet. Det ska vara lätt att annullera samtycket (TENK, 2019)

Till de allmänna principerna hör även att forskaren ska respektera kulturarvet och naturens mångfald. Med andra ord har varje folkgrupp rätt att bevara sitt språk samt kultur. Forskningen får heller inte innebära risker, skador eller andra men för deltagaren eller dess omgivning. Det innebär också att deltagaren har rätt att få information kring studien, tillvägagångssätt och vad som är det egentliga målet med studien. Hur materialet förvaras och används är viktigt att informera till deltagaren. Det är viktigt att se till att deltagaren inte känner sig tvingad till att delta eller känner en rädsla över deltagandet (TENK, 2019).

I examensarbetet togs dessa etiska aspekter i beaktande. Ett informationsbrev (Bilaga 2) utformades som deltagarna fick ta del av innan de bestämde sig för att delta. I informationsbrevet lyftes vikten av dessa etiska riktlinjer fram. Deltagarna i arbetet undertecknade även ett samtycke till deltagandet (Bilaga 3). Skribenterna i detta arbete gjorde sitt bästa för att inte inverka på resultatet och analysen av materialet.

7 Resultat

Syftet med studien var att utvärdera användbarheten av självskattningsverktyget (Bilaga 1) på mödrarådgivningarna inom Österbottens välfärdsområde. Detta genom att ta reda på barnmorskorna och hälsovårdarnas erfarenheter. I detta kapitel presenteras resultatet utifrån olika huvudkategorier. Kategorierna har skribenterna tagit fram genom att gruppera och koda intervjumaterialet. De tre huvudkategorierna är användbarhet, styrkor samt utvecklingsbehov. Huvudkategorierna delas vidare in i subkategorier som formats utifrån citat av barnmorskorna och hälsovårdarna.

7.1 Användbarhet

Informanterna i denna studie har när de delat ut självskattningsverktyget, fått en bild av hur man bäst kunde dra nytta av det. Det vill säga hur man på olika sätt kunde optimera självskattningsverktygets användbarhet. Denna kategori har skribenterna därför valt att dela in i subkategorierna; **graviditetens olika skeden, personlighetsdragets inverkan och primipara eller multipara.**

7.1.1 Graviditetens olika skeden

Alla barnmorskor och hälsovårdare som deltog i studien, delade ut självskattningsverktygen åt kvinnor som var i olika skeden av graviditeten. Detta ledde till att vårdpersonalen fick en uppfattning om när det lämpar sig bäst för de blivande mammorna att fylla i blanketten. Näst intill alla informanter var överens om att man inte ska dela ut självskattningsverktyget för tidigt i graviditeten. Barnmorskorna och hälsovårdarna menar att man i början av graviditeten har svårt att greppa att man är gravid och allt känns nytt. Förlossningen känns fortfarande långt borta. Någon enstaka barnmorska och hälsovårdare ansåg att man behöver dela ut självskattningsverktyget i ett tidigt skede, då det är ett svårt ämne man ska handskas med. Vårdpersonalen betonade

även att det är viktigt att se till att man inte drar ut på det för länge, eftersom då är risken att man inte hinner få den vård man behöver större.

“Självskattningsverktyget behöver användas vid rätt tidpunkt för att man ska ha nytta av det märkte jag”

“Många brukar säga att det känns så långt borta vid vecka 15 att de inte ännu har tänkt på det, graviditeten känns ännu så överklig. Ännu i vecka 15 kan vissa känna sig som om de inte är gravida på riktigt”

“Man är så fokuserad på graviditeten i början så förlossningen känns så långt borta”

“Normalt om det är någon som inte är rädd så börjar de först fundera på förlossningen efter vecka 30, men då igen kan det bli tight om de plötsligt ändå är rädda att hinna få den rätta vården.”

“Jag skulle nog dela ut det ganska snabbt. Endera på omfattande hälsogranskningen eller så där på följande besök. För det är nog viktigt att man får grepp om rädslan ganska snabbt. För det är ju alltid de som man misstänker att de har förlossningsrädsla men erkänner inte det från början.”

“De får inte samma stöd som de skulle få om man hittar rädslan snabbt, så jag skulle nog dela ut det vid andra eller tredje besöket”

7.1.2 Personlighetsdragens inverkan

Barnmorskorna och hälsovårdarna var överens om att självskattningsverktygen är viktiga speciellt för personer som inte har lika lätt att öppna upp sig och diskutera kring ämnet. Ifall det är fråga om en kvinna med ett tyst och introvert personlighetsdrag, kan det vara svårt att starta en bra diskussion kring förlossningsrädsla. Däremot om det är en kvinna som gärna diskuterar och öppnar upp sig så fortlöper diskussionen enklare, även utan ett självskattningsverktyg. Vårdpersonalen var också överens om att rädslans grad är

avgörande, en mycket rädd kvinna pratar gärna om förlossningsrädslan på djupet. Flera av barnmorskorna och hälsovårdarna tyckte att det skulle vara till nytta att dela ut verktyget åt alla gravida för att hitta de med förlossningsrädsla.

“Om kvinnan är jättetyst så kan det vara svårt att veta vad hennes tankar är, men har man bra kontakt så är inte formulär så viktiga.”

“Får man inte igång en diskussion så behövs ett frågeformulär”

“Alla förstår ju inte vad som väntar, så de behöver få lite input att de måste börja tänka vad det är frågan om riktigt. Att de börjar jobba fram tankar kring förlossningen.”

“Nog skulle det vara bra att dela ut det åt alla, eftersom man inte får alla att prata och berätta. Så man får fast de med förlossningsrädsla. Det kanske kommer bättre fram i sådana här verktyg.”

“Är det någon som är jätteförlossningsrädd så genast de kommer på besök måste man ta upp det. Så man i ett tidigt skede kan hjälpa dem.”

“Det är ju ofta de kvinnor som annars diskuterar ganska mycket, så när det kommer något sådant här så startar det en bra diskussion.”

7.1.3 Multipara eller primipara

Barnmorskorna och hälsovårdarna hade olika erfarenheter angående att dela ut självskattningsverktyget åt omfödernor. Vid flera av rådgivningarna försökte man att personalen skulle få vårda samma kvinna ifall hon genomgår flera graviditeter. I dessa fall ansåg barnmorskorna och hälsovårdarna att verktyget inte var till så stor nytta då man var bekant med kvinnan sedan tidigare och det inte framkom något nytt. Såklart beroende på deras tidigare erfarenheter. Några andra barnmorskor och hälsovårdare tyckte att verktyget fungerade bra att använda även på omfödernor, eftersom det skapade en bra diskussion. De flesta var överens om att självskattningsverktyget var viktigt för

förstföderskorna, eftersom de inte har erfarenheter av förlossningar från tidigare. Förstföderskorna har kanske hört berättelser av andra som fått barn och har därför förutfattade meningar över det som komma skall.

Barnmorskorna och hälsovårdarna märkte även av att den optimala tidpunkten för att dela ut verktyget varierar hos omföderskor och förstföderskor. Hos förstföderskorna behöver man se till att inte dela ut självskattningsverktyget för tidigt. Inte heller för sent, eftersom detta kan riskera att de inte får den vård de behöver. Till omföderskorna behöver man inte dela ut verktyget lika tidigt som förstföderskorna, men det är viktigt att man ändå har i åtanke att ifall förlossningsrädslan uppdagas behöver de få tillräcklig vård.

“Det märkte jag att förstföderskorna ifall vi tog det i samband med omfattande hälsogranskningen var det för tidigt, för de hade inte tänkt så långt ännu. Omföderskorna däremot, beroende på vad de hade för erfarenheter, så var det ett riktigt bra verktyg. Vi kunde diskutera på basen av det och vissa var man bekant med från förr. “

“Jag hade flera föderskor som var omföderskor som var senare i graviditeten så då kom det inte fram så mycket nytt.”

“Förstföderskor har kanske hört av andra om deras dåliga upplevelser.”

“I princip skulle man kunna dela ut det åt alla, jag tror dock inte att alla skulle fylla i det. Förhoppningsvis skulle man få snappat upp flera av de som är rädda om man skulle dela ut åt alla.”

“Om det är en omföderska med traumatiska upplevelser från förut, så vet man att man måste ta det till diskussion i god tid, så man hinner hjälpa. Om det är en förstföderska kan det vara att man märker först i slutskedet att okej, nu sover du dåligt, nu snurrar tankarna, så nu först har du börjat tänka på förlossningen.”

“Omfödorskor som det gått bra för under tidigare förlossningar så fyllde i det på nolltid, utan att fundera. Så nog är det ju skillnad om de haft en lite svårare första förlossning eller om det gått smidigt.”

7.2 Styrkor

Informanterna, det vill säga barnmorskorna och hälsovårdarna som deltog i studien, märkte flera positiva aspekter med självskattningsverktyget. Denna kategori delas in i subkategorierna; **Layout och ifyllandet** samt **möjligheten till diskussion**.

7.2.1 Layout och ifyllandet

Enligt informanternas erfarenheter var antalet frågor passligt och självskattningsverktyget var lätt att förstå. Någon informant ansåg att vissa frågor var aningen svårtolkade, vilket bidrog till att föderskorna fick stanna upp och tänka över sina svar grundligare. De flesta av barnmorskorna och hälsovårdarna tyckte att det gick smidigt att fylla i verktyget och att det inte var tidskrävande.

“Det var inte svårt. Många verktyg har för många frågor och är svåra att fylla i så de faller bort. Folk orkar inte engagera sig i det. Det är viktigt att det inte är för många frågor och lätt att fylla i, rakt på sak.”

“Helt klara frågor och man lämnade inte att fundera över något. Några tolkningsproblem uppstod inte heller.”

“Jag tycker det verkar riktigt bra. Riktigt bra faktiskt! Klienterna som fyllde i det tyckte det gick snabbt och smidigt att fylla i.”

“Några tyckte att vissa av frågorna var svåra att svara på. Vissa saker kändes lite diffusa. Man behövde stanna upp och fundera. Kanske det också är meningen att man ska stanna upp och fundera lite”

7.2.2 Möjligheten till diskussion

Barnmorskorna och hälsovårdarna var för det mesta överens om att verktyget öppnade enkelt en diskussion kring förlossningsrädsla mellan vårdare och klient. Självskattningsverktyget hjälpte även föderskorna att sätta ord på sina rädslor och väcka deras tankar kring ämnet, enligt informanterna. Verktyget hade även en vägledande effekt, genom att hjälpa kvinnorna att ta reda på vad de är rädda för eller hur de själva kan underlätta förlossningsupplevelsen. Enligt informanternas erfarenheter, rensade självskattningsverktyget även bort de som inte var förlossningsrädda.

“Det väcker viktiga frågor som de kanske har hört om, om det är fråga om förstföderskor. De kanske inte har en direkt plan över sin förlossning eller till exempel vilken smärtlindring de önska använda, men med hjälp av självskattningsverktyget kommer det till tals.”

“Bra frågor, fick igång en bra diskussion!”

“Ibland vet de inte var skon klämmer, så det är ett bra öppnings sätt att få i gång diskussionen.”

“De jag delade ut åt var inte förlossningsrädda. Förstås startade det en diskussion, men de tyckte att de hade läget under kontroll och man fick bekräftat att de inte är rädda.”

7.3 Utvecklingsbehov

När hälsovårdarna och barnmorskorna hade delat ut självskattningsverktygen åt föderskorna, fick de en uppfattning även om vilka utvecklingsbehov som finns. Denna kategori har skribenterna vidare delat in i följande subkategorier; **format, frågornas utformning** och **jämförelse med annat självskattningsverktyg**.

7.3.1 Format

Flera av barnmorskorna och hälsovårdarna ansåg att en pappersversion i dagens samhälle inte är optimalt. Det finns risk för att man glömmer att dela ut verktyget, eftersom det inte är digitalt. I dag använder man allt mindre papper på rådgivningarna och den största delen av deras material finns på datorn. Speciellt yngre vårdpersonal som inte jobbat lika länge inom rådgivningen, föredrog digitala blanketter och formulär i stället för pappersversioner. Den äldre generationen som är vana att använda sig av fysiska frågeformulär, hade inget emot att fylla i självskattningsverktyget som det är.

“Man använder inte längre så ofta pappersformulär, utan mest via Ipana digitalt”

“Jag är inte en sådan som tycker jättemycket om papper. Jag tycker mera om sådant som finns färdigt på nätet, därför tror jag att jag hade glömt att dela ut blanketten, eftersom jag bara använder det som finns digitalt.”

“För mig blir det lätt att jag glömmer sådant som ska delas ut i pappersformat, eftersom jag bara använder det som finns digitalt.”

7.3.2 Frågornas utformning

Vissa av frågorna behövde enligt informanterna utvecklas för att minska risken för missförstånd. De föreslog att man kunde förklara mera vad frågorna och påståendena syftar på. Exempelvis om det är utifrån det fysiska eller psykiska måendet som föderskorna ska besvara. Öppna frågor efter varje påstående skulle vara en idé ansåg någon i vårdpersonalen. Detta för att vårdpersonalen lättare skulle förstå föderskornas tankegång kring påståendena. Barnmorskorna och hälsovårdarna önskade flera frågor samt påståenden som riktade sig på tiden efter förlossningen. De ansåg att de flesta av frågorna och påståendena endast beskrev stunden inför förlossningen och under den rådande förlossningen.

““Det jag tänker på är fråga nummer 1: “Jag känner ett stort behov av att kontrollera min förlossning.” Samtliga funderade på vilket sätt kontrollera? Man skulle kunna utveckla

frågan bättre, till exempel önskar viss smärtlindring. Förklara frågan bättre, hur den är tänkt.””

””Till exempel: ”Jag kommer må bra efter förlossningen.” Klart att man vill må bra efter förlossningen, men alla har ju känningar efter förlossningen. Frågan: ”Jag utgår från att babyen kommer må bra efter förlossningen.” De flesta är ju rädda att något kommer hända babyen, de flesta är ju rädda att någonting kommer hända babyen. Så dessa frågor var kanske lite svåra att svara på.””

””Fråga nummer 8: ”Jag litar på att jag kommer få det stöd jag behöver under förlossningen.” Där borde det vara utgård istället.””

”Vissa frågor var mer konkreta och andra var mera diffusa och lite svåra att tolka och svara på.”

””Åtminstone den här frågan: ”Jag tror att jag kommer må bra efter förlossningen.” Där vet man inte om det syftas på psykiskt, fysiskt, både och eller helhetsmässigt. Ingen mår ju riktigt bra efter en förlossning, men är det fysiskt eller psykiskt?””

”Mera öppna frågor och att de själva skulle få fylla i vad de tänkt med vissa frågor.”

””Frågan: ”Jag litar på att barnmorskan involverar mig i de beslut som tas under förlossningen.” Där skulle man kunna formulera på ett annat sätt. Det behöver vara enkla och tydliga påståenden.””

7.3.3 Jämförelse med annat självskattningsverktyg

Alla informanter hade tidigare använt sig av Ipana, vilket ledde till att de flesta jämförde självskattningsverktyget med Ipana-blanketten. Ipana är en digital plattform för gravida kvinnor. Där de har tillgång till material som berör graviditeten, bland annat ett självskattningsverktyg om förlossningsrädsla. Informanterna jämförde frågorna samt verktygets användbarhet med Ipana. Flera av informanterna föredrog Ipana, eftersom de

har använt det en längre tid och anser att det fungerar. En av fördelarna med Ipana enligt informanterna är att kvinnan själv kan i lugn och ro fylla i formulären. Senare går man tillsammans med sin barnmorska eller hälsovårdare genom det man svarat. En annan sak som informanterna reagerade är att självskattningsverktyget inte hade en tydlig skala för när det är fråga om förlossningsrädsla, vilket Ipana har. Även här kom det fram att Ipana består av flera öppna frågor än självskattningsverktyget, vilket informanterna värdesatte.

Informanterna funderade även angående ifall det behövs fler än ett verktyg inom ämnet förlossningsrädsla. Som tidigare nämnts föredrog de flesta Ipana, men ifall man utvecklade självskattningsverktyget skulle man kunna dra nytta av båda. Detta genom att exempelvis slå ihop båda verktygen eller uppdatera Ipana och dra influenser från självskattningsverktyget. Någon av barnmorskorna och hälsovårdarna hade en positiv inställning till att använda båda verktygen åt föderskorna, vilket skulle leda till att man som vårdare får mera material att utgå från och kunna ge en mer kvalitativ vård. Det framkom även att det blir för mycket att använda båda verktygen, eftersom föderskorna som är i behov av vård vid polikliniken för förlossningsrädsla, även har formulär därifrån som ska fyllas i.

“Vi är vana med Ipana och det skulle behöva vara endera, man behöver inte båda.”

“Vi har ju som sagt redan Ipana, så att de dessutom skulle få ett till blir bara tårta på tårta. De som far till polikliniken för förlossningsrädsla har egna formulär och tar ännu mer itu med rädslan. Så klart skulle det gå att ändra på det som finns på Ipana, men jag tycker att det inte behövs ett till.”

“På Ipana får de själva ge på VAS-skala 0-10 hur de upplever förlossningsrädslan, i vilken grad. Klart det är väl något poängsystem på självskattningsverktyget, men man vet inte riktigt vad gränsen är för förlossningsrädsla.”

“Redan i början av graviditeten fyller de i Ipana och där kommer en fråga om de känner sig rofyllda inför förlossningen och då kommer man ganska naturligt in på förlossningsrädsla”

“På Ipana är det mera öppna frågor och där är det ju också att de ska kryssa i vad de är rädda för; smärta, ingrepp, förlora kontrollen eller att någonting händer åt barnet eller en själv. Så i princip kommer alla frågor i självskattningsverktyget, men de kan ändå beskriva mer själv på Ipana.”

“Man skulle kunna ha dem i kombination, att de skulle fylla i både Ipana och självskattningsverktyget. Man får ju bara mera verktyg själv och man får mera information om vad de är rädda för. Man får alltså mera kött på benen och kan stöda dem i jobbet.”

8 Diskussion

I detta kapitel beskrivs resultatdiskussionen, metoddiskussionen samt slutledningen. Resultatet jämfördes med tidigare forskning och Kristen M. Swansons “Theory of Caring” i resultatdiskussionen. I metoddiskussionen presenteras hur skribenterna gått till väga i studien samt kritiska invändningar på arbetet. Slutledningen tar fasta på i vilken grad skribenterna har uppnått syftet med studien samt på vilket sätt man kunde fortsätta studera ämnet.

8.1 Resultatdiskussion

I detta kapitel speglas resultatet med tidigare forskning samt omvårdnadsteorin utformad av Kristen M. Swanson. Teorin bygger på fem grundpelare; Knowing, being with, doing for, enabling och maintaining belief (Alligood, 2013). Resultatdiskussionen grundar sig på studiens syfte som i detta fall var att ta reda på hur användbart självskattningsverktyget kan vara på rådgivningarna utifrån barnmorskorna och hälsovårdarna. Den slutliga frågeställningen blev därmed “Hur användbart är självskattningsverktyget enligt barnmorskor och hälsovårdare på mödrarådgivningarna?”. Barnmorskor och hälsovårdare runt om i Österbotten delade ut verktyget och deras erfarenheter av användbarheten samlades in genom intervjuer.

Skribenterna i detta arbete valde att dela in materialet i tre huvudkategorier: **användbarhet, styrkor och utvecklingsbehov**. Dessa huvudkategorier förgrenades vidare till åtta subkategorier: **gravitetens olika skeden, personlighetsdragens inverkan, multipara eller primipara, layout och ifyllandet, möjligheten till diskussion, format, frågornas utformning samt jämförelse med annat självskattningsverktyg**. Det är alltså dessa kategorier som jämförs med den tidigare forskning som presenteras i kapitlet bakgrund. Kristen M. Swansons omvårdnadsteori och resultatet ställs även mot varandra.

I resultatet kom det fram att barnmorskorna och hälsovårdarna märkte skillnader i när verktyget lämpar sig bäst. De flesta var överens om att man inte ska dela ut verktyget för tidigt, men inte heller för sent. Rouhe & Saisto (2013) skriver att ett vanligt problem är att föderskorna inte får den hjälp de behöver i tid, eftersom diskussionen kring förlossningen och förlossningsrädsla kommer senare än i vecka 36. Det skrivs även att man i ett tidigt skede, under något av de första besöken ska ta upp och fundera med den väntande kvinnan kring ämnet. De flesta informanterna i denna studie ansåg däremot att det inte är till någon nytta ifall man tar det i ett för tidigt skede. Speciellt hos förstföderskorna som det kan ta längre tid för att inse att de verkligen är gravida.

Personlighetsdrag var en faktor som barnmorskorna och hälsovårdarna i studien märkte att inverkade på självskattningsverktygets användbarhet. Ifall det var en kvinna med en mera försiktig personlighet, var det viktigt att man använde sig av verktyget för att få i gång en diskussion. Var kvinnan däremot mera öppen och utåt, fick vårdpersonalen lättare i gång en diskussion och då var det inte lika nödvändigt med formulär och verktyg. Detta kan man jämföra med psykiska riskfaktorerna för förlossningsrädsla. I Rickert-Olsson (2019) skrivs det att bland annat fobier, dålig självkänsla och dåligt förtroende till vården kan vara några av dessa faktorer. Ifall en föderska lider av något av dessa, kan det leda till att hon mera tystlåten och har svårt att uttrycka sig.

Maintaining belief som är en av grundpelarna i Kristen M. Swansons omvårdnadsteori innebär att man oavsett vad står bredvid den vårdades sida (Alligood, 2013). Barnmorskorna och hälsovårdarna strävar till att alltid ge den bästa vården, oavsett hur förlossningsrädd eller inte kvinnan är. Informanterna beskrev också detta genom att vården är individuell för varje föderska, vissa behöver flera formulär, andra kanske inte behöver formulär, utan kan beskriva sina tankar friare. I (Hildingsson, m.fl., 2019) beskrivs

att kontinuitetsmodellen kunde vara ett alternativ för att stödja kvinnor med förlossningsrädsla, eftersom de känner sig tryggare med en barnmorska som man sedan tidigare är bekant med. Detta visar också på att en god patientrelation inte alltid kräver formulär, eftersom kvinnan känner sig bekväm att uttrycka sig.

Ifall föderskan var multipara eller primipara hade också betydelse, det vill säga om hon genomgått tidigare förlossningar eller inte. Hagberg (2014) skriver att förstföderskor ofta har hört om andras förlossningsupplevelser och historier. Detta kan leda till oro och ångest hos förstföderskorna, eftersom de inte vet vad de har framför sig. Det här var något som även informanterna nämnde. Därför var självskattningsverktyget speciellt viktigt för dem, så de fick uttrycka sina känslor och tankar inför förlossningen. Kristen M. Swanson menar också att miljön och omgivningen har en stor påverkan på människan samt hur hon utvecklas. Här kan man också dra paralleller, där det är omgivningen som påverkar föderskan med sina förlossningsberättelser. Knowing betyder att man som vårdare ska vara uppmärksam på ledtrådar och att man inte drar några förhastade slutsatser, utan fokuserar på personen (Alligood, 2013). Någon av informanterna förklarade att det är viktigt att hjälpa kvinnan att fokusera på den egna graviditeten och kommande förlossning, eftersom alla upplever det olika. Mårtensson m.fl (2014) skriver däremot att kvinnorna behöver informationen av bekanta och vänner för att bli tryggare inför sin egen förlossning.

Informanterna skapade sig även en uppfattning kring hur man utifrån självskattningsverktyget kunde öppna en diskussion och hur det väckte klienternas tankar kring förlossningsrädsla. Rickert-Olsson (2019) skriver att vid ångestproblematik händer det ofta att man inte kan sätta fingret på vad som oroar en. Barnmorskorna och hälsovårdarna nämnde att självskattningsverktyget öppnade upp en bra diskussion och kunde hjälpa föderskorna att ta reda på vad de är rädda eller oroade för. Rouhe-Saisto (2013) nämner att man som vårdare behöver skapa en lojal patientrelation så att kvinnan kan öppna upp om sina känslor. Being with är den andra grundpelaren till välbefinnande och beskriver hur vårdaren behöver vara tillgänglig på olika plan. Informanterna nämnde också att ifall man hade en relation till kvinnan sedan tidigare hade man lättare att öppna en diskussion och grundligare diskutera förlossningsrädslan.

Som vårdpersonal ska man våga diskutera förlossningsrädsla och ge ut information. I studien var fokuset mera på självskattningsverktyget och desto mera på vilka andra faktorer som behövs för att skapa en öppen dialog kring förlossningsrädsla. Det krävs mera än ett självskattningsverktyg mellan vårdare och klient för att dialogen ska leda till förbättring. Vissa informanter nämnde ändå att man på deras rådgivning försökte vårda samma kvinna vid alla hennes graviditeter, vilket ledde till att man skapade en helt annan tillit och relation. Då var det inte lika viktigt med ett självskattningsverktyg för att öppna en diskussion. Doing for eller den gyllene regeln i omvårdnadsteorin, innebär alltså att man ska uppfylla den vårdades behov och försöka ge den bästa vården. Barnmorskorna och hälsovårdarna i studien menade att ifall det är en kvinna som är ordentligt förlossningsrädd, så tar hon upp ämnet redan vid första mötet. Då är det viktigt påbörja arbetet kring ämnet och uppfylla samt diskutera kring hennes önskemål.

Enligt Ipana (u.å) är Ipana-blanketten som används inom Österbottensvålfärdsområde ett digitalt formulär, där den blivande mamman får egna inloggningsuppgifter. Detta bidrar till att hon kan sätta sig ner i lugn och ro hemma och fylla i de olika delarna i Ipana. Flera av informanterna reagerade på att självskattningsverktyget är i pappersformat, vilket begränsar användningen i dagens samhälle. Dessutom kan det hända att verktyget glöms bort, eftersom det mesta är digitalt i dag. En del av området enabling i Swansons omvårdnadsteori, förklarar att man som vårdare ska använda olika metoder för att fokusera på en händelse som i detta fall är en övergång till ett nytt livsskede (Alligood, 2013). Själskattningsverktyget kan ses som en av dessa metoder. Utifrån den vill man hjälpa kvinnan att väcka sina tankar och känslor kring detta. Själskattningsverktyget är en början till ett vidare arbete på rådgivningen eller polikliniken för förlossningsrädsla. En informant förklarade att kvinnan inte har en direkt plan över sin förlossning, men efter att ha använt sig av verktyget kommer det till tals och man kan tillsammans börja arbeta ut en plan.

Alla informanter var sedan tidigare bekanta med Ipana och använde sig av det i sitt arbete. Detta ledde till att informanterna jämförde det mesta av självskattningsverktyget med just Ipana. Det som barnmorskorna och hälsovårdarna var fundersamma över var hur man ska bedöma ifall kvinnan är förlossningsrädd eller inte utifrån självskattningsverktyget. Abascal (2012) menar att det är svårt att se en tydlig gräns mellan förlossningsrädsla och allmän oro inför förlossningen. Därför ser man att allt mellan lindrig oro och svår fobi räknas som förlossningsrädsla. När man som vårdare använder sig av självskattningsverktyget är det

därför viktigt att man också reagerar på låga poäng, eftersom oron kan leda till rädsla. Rondung m.fl. (2018) som förklarar "The fear of Birth Scale", beskriver hur kvinnan får gradera sin rädsla från 1-100 på två olika linjer, som uttrycker rädsla och oro. Ifall medeltalet på linjerna överstiger 60 så pratar man om förlossningsrädsla. Här har man alltså valt att dra ett sträck var gränsen går, vilket även informanterna i vissa fall ansåg att är svårt.

Någon av informanterna beskrev hur det i vissa situationer har hänt att kvinnan först i ett senare skede har utvecklat förlossningsrädsla. Detta eftersom kvinnan inte öppnat upp sig kring ämnet och vårdaren inte såg tecknen på förlossningsrädsla, utan det framkom först i slutet av graviditeten. När man använder självskattningsverktyget behöver man också vara uppmärksam på kvinnans beteende och inte förlita sig helt på verktyget.

8.2 Metoddiskussion

I detta kapitel granskas studien och dess innehåll för att se till att dess kvalitet säkerställs. Skribenterna strävar till att ha ett kritiskt förhållningssätt till arbetet och diskutera dess styrkor samt svagheter. För att studien ska uppnå en god vetenskaplig kvalitet, krävs att innehållet beskrivs tydligt och korrekt (Henricson, 2017, s. 412–425). Skribenterna i denna studie använde sig av en kvalitativ metod och datainsamlingen utfördes genom semistrukturerade intervjuer. Urvalet var de Österbottniska rådgivningarna som var villiga att delta i studien. Dataanalysen skedde genom en induktiv ansats.

Syftet med studien var att ta reda på hur användbart Ekman & Kulls (2020) självskattningsverktyg var bland rådgivningarna i Österbotten enligt barnmorskorna och hälsovårdarna. Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer som insamlingsmetod lämpade sig därför bra. Informanterna fick då relativt fritt förklara sina erfarenheter efter att de delat ut självskattningsverktyget. Kvantitativ metod passade inte med arbetets frågeställning och syfte. Detta eftersom det är svårt att beskriva användbarhet och hur bra självskattningsverktyget skulle fungera utifrån siffror och statistik.

Vid datainsamlingen valde skribenterna att använda sig av semistrukturerade intervjuer. Intervjuguiden som utvecklades på förhand användes som stöd vid intervjuerna. Informanterna fick ändå fritt berätta om sina erfarenheter utifrån de frågor som

skribenterna ställde. Skribenterna hade ingen tidigare erfarenhet av att intervjua informanter i studier. Skribenterna märkte stora skillnader mellan innehållet i den första och sista intervjun. En provintervju skulle därför varit nödvändig för att kunna samla in mera material till analysen och på så sätt göra ett mera kvalitativt arbete. Båda skribenter deltog vid alla intervjuer och informanterna fick själva välja hur intervjun skulle utföras. Detta på grund av den rådande coronapandemin. Alla informanter valde att utföra intervjuerna via telefon. Detta kan ses som en svaghet i vårt arbete, eftersom man som skribent inte kan se ansiktsuttryck och andra beteenden. Samtidigt kan det stärka materialets innehåll, eftersom informanterna kunde känna sig bekväma och svara på frågorna i en bättre utsträckning.

Urvalet är också av stor betydelse för att öka studiens trovärdighet och överförbarhet (Henricson, 2017, s.412–413). Målet med urvalet var att kunna samla in material av barnmorskor och hälsovårdare på mödrarådgivningarna i Österbotten. Skribenterna planerade att informanterna skulle ha varierande arbetserfarenhet samt att de skulle vara från olika rådgivningar i Österbotten. Detta för att öka arbetets trovärdighet. Skribenterna insåg snabbt under studien gång att detta inte kunde uppfyllas på önskat sätt. Antalet informanter blev i slutändan knappt med endast sex informanter från tre olika rådgivningar, vilket påverkar studiens överförbarhet. Alla informanterna jobbade i Österbotten och därför är det svårt att tillämpa resultat i andra sammanhang. Däremot hade studiens informanter varierande arbetserfarenhet, vilket stärker kvaliteten.

Intervjuerna spelades in, transkriberades och lästes igenom innan analysarbetet påbörjades. Att en utomstående person granskar analysarbetet ökar trovärdigheten och överförbarheten (Henricson, 2017, s. 412–413). Handledaren har varit med vid olika tillfällen under studiens gång, men det fanns inte möjlighet att denne skulle vara med under analysprocessen. Detta är en svaghet i arbetet, då skribenterna inte tidigare utfört en liknande analys och därför hade svårt att hålla sig till syftet. Då skribenterna har varit två till antalet har man ändå kunnat diskutera materialet och se på det ur olika synvinklar, vilket ökar trovärdigheten. Analysen hade en induktiv ansats och resultatet diskuterades med den teoretiska referensramen som grund. Skribenterna upplevde det som komplicerat att koppla ihop materialet med den teoretiska utgångspunkten. Därför skulle skribenterna

kunnat välja en klarare utgångspunkt. Materialet i bakgrundskapitlet var också svårt att jämföra med i analysprocessen.

Skribenterna tog först kontakt med rådgivningarna för att ta reda på vilka som var intresserade att delta i studien. Därefter fylldes ett forskningslov i, som beviljades av Österbottens välfärdsområde. Informanterna som valde att delta i studien fick hemskicka ett informationsbrev. Innan intervjuerna fick informanterna underteckna en samtyckesblankett. På så sätt har de forskningsetiska ställningstagandena följts under studiens gång. Allt material har behandlats konfidentiellt, vilket gjort att informanternas integritet skyddats. Citaten som använts i resultatet har översatts från dialekt. Detta tryggar också informanternas integritet och anonymitet.

8.3 Slutledning

Syftet med studien var att ta reda på hur användbart självskattningsverktyget utformat av Ekman & Kull (2020) är på mödrarådgivningarna. Detta förverkligades genom att ta fasta på barnmorskorna och hälsovårdarnas erfarenheter kring verktyget. Detta eftersom vi ville få bredare kunskap inom området och då andelen förlossningsrädda ökar är det ett viktigt ämne att belysa. Vi hoppades även att vårdpersonalen i framtiden kunde använda sig av självskattningsverktyget och lättare hitta fler förlossningsrädda.

Frågeställningen i studien var "Hur användbart är självskattningsverktyget enligt barnmorskor och hälsovårdare på mödrarådgivningarna?". Vi anser att med hjälp av frågeställningen har vi uppnått vårt syfte att utvärdera självskattningsverktygets användbarhet. Vi upplever att det ändå var svårt att hålla en röd tråd genom arbetet, eftersom alla informanter hade erfarenhet av verktyget Ipana och därmed jämförde till en stor del självskattningsverktyget med det. Detta syns relativt tydligt i resultatet.

Då antalet informanter var få, upplever vi att resultatet inte blev tillräckligt brett. Alla informanter var från Österbotten och därför kan det vara svårt att få ett helhetsperspektiv för hur användbart verktyget faktiskt är. För att på ett rättvist sätt kunna utvärdera dess användbarhet skulle urvalet behövt vara större. Utifrån det material vi samlade in kan man ändå dra slutsatsen att självskattningsverktyget kunde vara användbart på rådgivningarna

i Österbotten. Detta om man använder studiens resultat och utvecklar innehållet på verktyget.

Examensarbetet har varit en mycket givande del av studierna. Detta eftersom vi fått bredare kunskap och erfarenhet av förlossningsrädsla att ta med oss i våra kommande yrken. Vi har även fått en förståelse hur man utför en vetenskaplig studie med intervjuer och analyser. För att fortsätta studien har vi valt att grundligare utvärdera självskattningsverktygets användbarhet. I utvecklingsarbetet kommer vi därför att ta reda på gravida kvinnors erfarenheter av självskattningsverktyget.

9 Källförteckning

Abascal, G. (2012). *Att föda: En barnmorskas tankar, råd och erfarenheter*. Stockholm: Bonnier fakta.

Alligood, R. M. (2018). *Nursing Theorists and Their Work*. St.Louis: Elsevier

Bell, J. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Ekman, S. & Kull, E., 2020. *Att identifiera och diskutera förlossningsrädsla - Ett självskattningsverktyg och diskussionsunderlag*. Vasa: Utvecklingsarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård. Yrkeshögskolan Novia, Enheten för hälsa och välfärd.

Forskningsetiska delegationen. (2019) *Etiska principer för humanforskning och etikprövning inom humanvetenskaperna i Finland*. Hämtad 2021-10-19 från https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Etikprovning_inom_humanvetenskaperna_2020.pdf

Hagberg, H. (2014) *Obstetrik*. Lund: Studentlitteratur

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

Henricson, M. (2012) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2017) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Hildingsson, I., & Rubertsson, C. (2021) Testing the birth profile scale in a Swedish sample of women with fear of birth. *Journal of psychosomatic obstetrics & gynecology*, 2021(42), s. 132-139

Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A., & Haines, H. (2019) A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2019(21), s. 33-38

Ipana. (u.å.) Digneuvola. Hämtad 2022-07-11 från <https://www.ipana.fi/digneuvola/index.html>

Leap, N., & Hunter, B. (2016). *Supporting Women for Labour and Birth – A thoughtful guide*. New York: Routledge.

Mårtensson, L., Mogren, L., Lindbom, E & Thorstensson, S. (2014). *What Helps? A description of experiences of support among primiparous women with fear of childbirth: An interview study*. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 6(5), s.69-71.

Rickert-Olsson, R. (2019). *Bemötande vid psykisk ohälsa i mödra- och barnhälsovården*. Stockholm: Gothia Fortbildning.

Rondung, E., Ekdahl, J., & Sundin, Ö. (2018). Potential mechanisms in fear of birth: The role of pain catastrophizing and intolerance of uncertainty. *Birth*, 2019(46), s. 61-68.

Rouhe, H. (2015). Fear of childbirth (Doktorsavhandling, Helsingforsuniversitet) Hämtad från <https://helda-helsinki-fi.ezproxy.novia.fi/bitstream/handle/10138/154673/fearofch.pdf?sequence=1>

Rouhe, H., & Saisto, T. (2013). *Synnytyspelko*. *Duodecim*, 129 (5), s. 521-527.

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

Saisto, T., & Ulander, V-M. (2020). *Miten Suomi on välttynyt keisarileikkausepidemialta?*. *Duodecim*, 136 (21), s. 2329-2331.

Terveyskylä. (2019). *Synnytyspelko*. Hämtad 2021-05-22
från <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytys/raskauden-tuomat-muutokset-ja-yleiset-huolenaiheet/synnytyspelko>

Självskattningsverktyg för förlossningsrädsla

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Jag litar på min förmåga att hantera smärta

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Jag är rädd att förlora självkontrollen under förlossningen

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

10. Jag känner mig lugn och trygg inför förlossningen

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

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

Till vårdpersonalen

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

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

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

Källor som ligger till grund för verktyget:

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

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

Informationsbrev till vårdpersonalen

Hej! Tack för visat intresse!

Vi är två studerande från Yrkehögskolan Novia i Vasa. Vi studerar till barnmorska samt hälsovårdare. Vi håller just nu på att skriva vårt examensarbete kring förlossningsrädsla. I examensarbetet har vi valt att ta avstamp från utvecklingsarbetet *Att identifiera och diskutera förlossningsrädsla – Ett självskattningsverktyg och diskussionsunderlag*, skrivet av Sara Ekman och Elin Kull 2020. I utvecklingsarbetet har skribenterna utformat ett självskattningsverktyg för att hjälpa vårdpersonalen att identifiera förlossningsrädsla även i ett tidigt skede. Verktöget ger ingen diagnos, utan ska vara ett riktgivande hjälpmedel för vårdpersonalen.

Vi ber er att dela ut självskattningsverktyget åt fem gravida kvinnor som fyller i blanketten. Självskattningsverktyget kommer förhoppningsvis öppna en diskussion kring ämnet och hjälpa till att identifiera förlossningsrädsla i ett tidigt skede. Efter att ni samlat in svar av fem gravida som valt att delta, vill vi intervjua er kring era tankar och åsikter om användbarheten av självskattningsverktyget. Intervjun kommer ske i början av december 2021, tid och plats kommer vi överens om tillsammans. Intervjun bandas in och transkriberas, för att sedan användas i vårt arbete. Det inbandade materialet förstörs efteråt. Ni får fylla i en samtyckesblankett på plats vid intervjutillfället, som försäkrar att ni när som helst får avbryta ert deltagande i undersökningen.

Vi hoppas att ni vill delta i studien och på så sätt hjälpa oss med vårt examensarbete!

Hälsningar

Nicoline Granbacka

nicoline.granbacka@edu.novia.fi

Jenny Skuthälla

jenny.skuthalla@edu.novia.fi

Handledare

Terese Österberg

Terese.osterberg@novia.fi

Samtycke till deltagande i intervju

Jag ger mitt samtycke att delta i intervjun och att svaren får bandas in. Materialet får användas i examensarbetet och att studien får publiceras. Jag har fått information kring studiens syfte och att deltagandet är helt och hållet frivilligt. Jag har fått svar på mina frågor angående deltagandet i studien.

Avtalet är uppgjort i 2 identiska exemplar, ett till informanten och ett till respondenterna.

Underskrift och namnförtydligande

Datum

Nicoline Granbacka

nicoline.granbacka@edu.novia.fi

Jenny Skuthälla

jenny.skuthalla@edu.novia.fi

Handledare

Terese Österberg

Terese.osterberg@novia.fi

Intervjuguide

Bakgrund

1. Är du barnmorska eller hälsovårdare? Och hur länge har du jobbat på mödrarådgivningen?
2. Hur många kvinnor har du delat ut självskattningsverktyget till?
3. I vilket skede av graviditeten var kvinnorna när du delade ut det?

Användbarhet

1. Berätta om ditt första intryck av självskattningsverktyget.
2. Upplevde du att verktyget underlättade diskussionen kring förlossningsrädsla? På vilket sätt?
3. Upplevde du att verktyget underlättade för dig att identifiera kvinnor med förlossningsrädsla?
4. Berätta vad du tänker om användbarheten av verktyget för de gravida? Kan det t.ex. hjälpa dem att sätta ord på sina känslor?
5. I vilket skede av graviditeten anser du att verktyget skulle lämpa sig bäst? Motivera.

Utformningen av verktyget

1. Vad anser du om utformningen av verktyget? (uppstod missförstånd vid ifyllandet, var verktyget lätt att förstå, var antalet frågor lämpligt.)
2. Finns det enligt dig något som kunde utvecklas gällande verktyget för att förbättra användbarheten? I så fall vad?
3. Har du något du vill tillägga angående verktyget och dess användbarhet?

Trygghet, nyckeln till en positiv förlossningsupplevelse

En kvantitativ studie baserad på gravida kvinnors erfarenheter
av ett självskattningsverktyg för förlossningsrädsla

Nicoline Granbacka

Jenny Skuthälla

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

Utbildning: Barnmorska och hälsovårdare (YH)

Vasa: 2023

EXAMENSARBETE

Författare: Nicoline Granbacka & Jenny Skuthälla

Utbildning och ort: Barnmorska, Hälsovårdare, Vasa

Handledare: Terese Österberg

Titel: Trygghet, nyckeln till en positiv förlossningsupplevelse – En kvantitativ studie baserad på gravida kvinnors erfarenheter av ett självskattningsverktyg för förlossningsrädsla

Datum: Maj 2023 Sidantal: 21

Bilagor: 4

Abstrakt

Förlossningsrädsla beskriver man ofta som en orimlig nivå av rädsla inför förlossning. Förlossningsrädsla ökar hela tiden och är därför ett viktigt ämne att beröra. För att kvinnorna ska kunna få den hjälp som krävs, behöver man fungerande verktyg och bra stöd från vårdpersonalen. Dessa verktyg ser ut på olika sätt, men verktygen fungerar enbart som hjälpmedel och därför är det viktigt att man även skapar en god vårdrelation för att kunna hjälpa den förlossningsrädda kvinnan.

Syftet med denna studie var att fortsätta utvärdera användbarheten av självskattningsverktyget i examensarbetet *Förlossningsrädsla - Ett självskattningsverktyg och diskussionsunderlag* (Ekman & Kull, 2020). Detta uppnåddes genom att mansamlade in gravida kvinnors erfarenheter av verktyget. Materialet samlades in genom utvärderingsenkäter. Datainsamlingsmetoden var kvantitativ med ett inslag av en kort kvalitativ del. Det analyserade materialet speglades mot Marie Bergs teori omvårdnadsteori.

Resultatet i detta utvecklingsarbete överensstämmer till stor del med resultatet i examensarbetet *Den sköra tråden mellan välbefinnande och förlossningsrädsla - En kvalitativ studie baserad på vårdpersonalens erfarenheter av ett självskattningsverktyg för förlossningsrädsla* (Granbacka & Skuthälla, 2022). I resultatet framkommer bland annat att kvinnorna haft nytta av verktyget, men man bör inte dela ut det i ett för tidigt skede av graviditeten.

Språk: Svenska

Nyckelord: Förlossningsrädsla, självskattningsverktyg, enkätstudie

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Nicoline Granbacka & Jenny Skuthälla

Koulutus ja paikkakunta: Kätilö, Terveystieteiden tutkimuskeskus, Vaasa

Ohjaaja(t): Terese Österberg

Nimike: Turvallisuus, avain positiiviseen synnytyskokemukseen - Kvantitatiivinen tutkimus, joka perustuu raskaana olevien naisten kokemuksiin synnytysten pelon itsearviointityökalusta

Päivämäärä Toukokuu 2023 Sivumäärä 21

Liitteet 4

Tiivistelmä

Synnytyspelko kuvataan usein kohtuuttomaksi peloksi synnytystä kohtaan. Synnytyspelko lisääntyy koko ajan ja on siksi tärkeä aihe koskettaa. Jotta naiset voivat saada tarvitsemaansa apua, tarvitaan toimivia työkaluja ja hyvää tukea terveydenhuollon henkilökunnalta. Nämä työkalut näyttävät erilaisilta, mutta työkalut toimivat vain apuvälineenä ja siksi on tärkeää luoda myös hyvä hoitosuhde synnytystä pelkäävän naisen auttamiseksi.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli jatkaa itsearviointityökalun hyödyllisyyden arviointia *Förlossningsrädsla – Ett självskattningsverktyg och diskussionsunderlag* (Ekman & Kull, 2020). Tämä saavutettiin keräämällä raskaana olevien naisten kokemuksia työkalusta. Aineisto kerättiin arviointikyselyillä. Tiedonkeruumenetelmä oli kvantitatiivinen ja siinä oli lyhyt laadullinen osa. Analysoitu aineisto heijastui Marie Bergin hoitotyön teoriaa vastaan.

Tämän kehitystyön tulos on pitkälti yhdenmukainen tutkintotyön tuloksen kanssa *Den sköra tråden mellan välbefinnande och förlossningsrädsla - En kvalitativ studie baserad på vårdpersonalens erfarenheter av ett självskattningsverktyg för förlossningsrädsla* (Granbacka & Skuthälla, 2022). Tulokset osoittavat muun muassa, että naiset hyötyivät työkalusta, mutta sitä ei pidä jakaa liian varhaisessa raskauden vaiheessa.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Synnytyspelko, itsearviointityökalu, kyselytutkimus

BACHELOR'S THESIS

Author: Nicoline Granbacka & Jenny Skuthälla

Degree Programme: Midwife, Public Health Nurse, Vaasa

Supervisor(s): Terese Österberg

Title: Safety, the Key to a Positive Birth Experience - A Quantitative study based on Pregnant Women's Experiences of a Self-assessment Tool for Fear of Childbirth

Date May 2023 Number of pages 21

Appendices 4

Abstract

Fear of childbirth is often described as an unreasonable level of fear towards childbirth. Fear of childbirth is increasing all the time and is therefore an important topic to touch. In order for the women to be able to get the help they need, functional tools and good support from the healthcare staff is needed. These tools look different, but the tools only function as an appliance and therefore it is important to also create a good care relationship in order to help the woman who is afraid of childbirth.

The purpose of this study was to continue evaluating the usefulness of the self-assessment tool in *Förlossningsrädsla - Ett självskattningsverktyg och diskussionsunderlag* (Ekman & Kull, 2020). This was achieved by collecting pregnant women's experiences of the tool. The material was collected through evaluation surveys. The data collection method was quantitative with an element of a short qualitative part. The analyzed material was reflected against Marie Berg's nursing theory.

The result of this development work is largely consistent with the result of the degree project *Den sköra tråden mellan välbefinnande och förlossningsrädsla - En kvalitativ studie baserad på vårdpersonalens erfarenheter av ett självskattningsverktyg för förlossningsrädsla* (Granbacka & Skuthälla, 2022). The results show, among other things, that the women benefited from the tool, but it should not be distributed at a too early stage of the pregnancy.

Language: Swedish

Key words: Fear of Childbirth, self-assessment tool, survey study

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Bakgrund.....	2
2.1	Identifiera och känna igen förlossningsrädsla	2
2.1.1	Definition och prevalens av förlossningsrädsla.....	2
2.1.2	W-DEQ och FOBS	3
2.2	Vård och stöd vid förlossningsrädsla	4
2.2.1	Egenvård	4
2.2.2	Professionellt stöd	4
2.3	Följder och risker vid förlossningsrädsla	5
2.3.1	Psykiska följder	5
2.3.2	Fysiska följder	5
2.4	Resultatet i examensarbetet	6
3	Teoretisk utgångspunkt	7
3.1	Genuint vårdande av det genuina	7
3.1.1	En värdighetsbevarande vårdrelation	7
3.1.2	Balanserande av naturligt och medicinskt perspektiv	8
3.1.3	Förkroppsligad kunskap.....	8
4	Syfte & frågeställning	9
5	Kvantitativ metod	9
5.1	Enkät som undersökningsmetod	9
5.2	Urvalsgrupp och genomförande av studien	10
6	Etiska överväganden.....	11
7	Resultatredovisning	11
7.1	Statistik	12
7.2	Resultat från öppna frågor.....	14
7.2.1	Frågornas utformning.....	15
7.2.2	Tidpunkt för utdelning.....	15
8	Diskussion	16
8.1	Resultatdiskussion	16
8.2	Metoddiskussion.....	18
8.3	Slutledning	20
9	Uppdaterad version av självskattningsverktyget	20
10	Källförteckning.....	22

Bilagor

1 Inledning

Denna studie är en fortsättning på examensarbetet "Den sköra tråden mellan välbefinnande och förlossningsrädsla - En kvalitativ studie baserad på vårdpersonalens erfarenheter av ett självskattningsverktyg för förlossningsrädsla", (Granbacka & Skuthälla, 2022). Studien var alltså en kvalitativ studie med sex informanter som jobbade inom mödrarådgivningen. Syftet med studien var att utreda användbarheten av självskattningsverktyget utformat av Ekman & Kull 2020. Barnmorskorna och hälsovårdarna som deltog i studien fick testa verktyget på gravida kvinnor och därefter intervjuades de. Det insamlade intervjumaterialet utformade sedan vårt resultat. Utifrån resultat framkom både fördelar och utvecklingsbehov med självskattningsverktyget samt hur man kunde optimera dess användning.

Vi ansåg redan vid skapandet av examensarbetet att man även behöver ta reda på vilka erfarenheter de gravida kvinnorna har av självskattningsverktyget. Detta för att utvärderingen av dess användbarhet ska vara rättvis. Därför samlades datamaterialet till utvecklingsarbetet in i samband med att man samlade in material till examensarbetet i början på året 2022. Materialet till den teoretiska bakgrunden kommer att bytas ut i detta utvecklingsarbete. Det övriga bakgrundsmaterialet kommer att uppdateras med nya och mera aktuella källor.

Vi vill med detta utvecklingsarbete på ett rättvist sätt utvärdera självskattningsverktygets användbarhet och därmed kunna bidra till att man lättare ska hitta de kvinnor som har en begynnande förlossningsrädsla så de får den hjälp de behöver. Förlossningsrädslan ökar hela tiden och därför är det ett viktigt ämne att beröra.

2 Bakgrund

I bakgrunden beskrivs tidigare studier och forskning kring ämnet förlossningsrädsla.

2.1 Identifiera och känna igen förlossningsrädsla

Kapitlet behandlar hur förlossningsrädsla kan komma till uttryck och exempel på skalor man kan använda för att mäta rädslan. Hur stor del av de gravida kvinnorna som lider av förlossningsrädsla redogörs också.

2.1.1 Definition och prevalens av förlossningsrädsla

Förlossningsrädsla beskrivs ofta som en orimlig nivå av rädsla inför förlossning och kan vidare delas in i primär och sekundär förlossningsrädsla. Primär förlossningsrädsla innebär att kvinnan inte tidigare har varit med om någon förlossning och rädslan har bildats utifrån intryck från omvärlden. En kvinna som däremot har en sekundär förlossningsrädsla, har själv tidigare upplevt en förlossning som satt spår i kvinnan och en rädsla utvecklats på så sätt. Förlossningsrädsla kallas också för tokofobi (O'Connell m.fl., 2017).

Det som föderskorna är rädda för varierar. Rädslan kan vara kopplad till smärta eller barnets hälsa. Kvinnorna har också varit rädda för att själv skadas i förlossningen eller att de inte ska få den vård de behöver. Rädslan kan alltså grunda sig i olika saker, men man har märkt att tidigare ångest- eller depressionsproblematik har ökat risken för att drabbas av förlossningsrädsla. Bristande socialt stöd har också setts som en bidragande faktor samt bristande socioekonomiskstatus. Den största och vanligaste utlösande faktorn till förlossningsrädsla är ändå en tidigare traumatisk förlossningsupplevelse (Kaplan m.fl. 2010, s.62-64). Studier visa att en av tre föderskor drabbas av sekundär förlossningsrädsla efter en traumatisk förlossning (Grundström m.fl., 2022).

Kvinnor som lider av förlossningsrädsla varierar i olika länder mellan 3.7% till 43%. Detta har man konstaterat i studier där man tagit hjälp av verktyget W-DEQ. I snitt kan man ändå räkna med att 14% av alla gravida kvinnor lider av någon form av förlossningsrädsla. Dessa siffror varierar som sagt eftersom alla kvinnor upplever rädsla och nervositet på olika sätt

och därför finns det ingen tydlig gräns var nervositeten övergår till förlossningsrädsla. Det som forskning ändå tyder på är att förlossningsrädsla ökar hela tiden och det behövs mera forskning kring hur man på rätt sätt kan stöda de kvinnor som upplever förlossningsrädsla (O'Connell m.fl., 2017).

2.1.2 W-DEQ och FOBS

För att identifiera förlossningsrädsla finns det sedan tidigare även skattningsskalor som man kan använda. Två exempel på dessa är skalorna W-DEQ och FOBS. W-DEQ är ett formulär bestående av 33 frågor eller påståenden och poängsätts på en skala mellan 0 och 165. Poängen bedöms utifrån olika gränsvärden. Vilket gränsvärde som används varierar, men ofta används 66 poäng som ett gränsvärde. Detta bidrar även till att prevalensen av förlossningsrädsla är svår att bedöma. W-DEQ skalan har man även jämför med en VAS-skala, där man använde 5 som ett gränsvärde. VAS-skalan graderas från 1 till 10 och används oftast för att bedöma smärta, men i detta fall bedömdes 1 som ingen rädsla och 10 värsta tänkbara rädsla. Det visade sig ändå att VAS-skalan inte var lika exakt som W-DEQ för att mäta förlossningsrädsla (Nilsson m.fl., 2018).

Det finns även oklarheter i varför antalet förlossningsrädda kvinnor i olika länder varierar så mycket. En orsak kan vara att det finns brister i översättningen av verktyget W-DEQ. En annan orsak kan vara att verktyget inte tar i beaktande en del faktorer som kan inverka på förlossningsrädsla, som till exempel rädsla för att bli övergiven av personalen, rädsla för att tappa kontrollen eller självbestämmanderätten eller rädsla för att bli utsatt för obstetriskt våld. Det har även konstaterats att kortare verktyg än W-DEQ skulle vara mera användbara och mera kostnadseffektiva med tanke på den vård som krävs vid förlossningsrädsla (Nilsson m.fl., 2018).

FOBS eller Fear Of Birth Scale är ett exempel på ett kortare verktyg som kan användas för att bedöma förlossningsrädsla. FOBS består av en fråga som lyder "Hur känner du just nu inför förlossningen?" samt två linjer som benämns "A" och "B". Linje A är graderad "lugn" till "orolig" och linje B sträcker sig från "ingen rädsla" till "stark rädsla". Båda linjerna är 100mm långa och kvinnan svarar genom att sätta ett märke på båda linjerna. Linjerna är alltså graderade från 1 till 100 och utifrån de två linjerna får man ett medelvärde. Ett högre

medelvärde indikerar på starkare förlossningsrädsla (ofta används 49 som ett gränsvärde). Studier har visat att det finns en tendens att FOBS överidentifierar kvinnor med förlossningsrädsla. FOBS kan användas som ett första screeningverktyg, men det rekommenderas att man använder andra verktyg tillsammans med FOBS eller fortsätter diskutera förlossningsrädslan för att ta reda på ifall det finns en bakomliggande rädsla (den Boer m. fl., 2022).

2.2 Vård och stöd vid förlossningsrädsla

Kapitlet behandlar hur kvinnan på egenhand kan lindra rädslan samt hur utbildad vårdpersonal kan hjälpa till.

2.2.1 Egenvård

Vården och stödet vid förlossningsrädsla är viktigt, eftersom det kan vara svårt att på egen hand hantera tankarna och känslorna. Det finns metoder ändå som man själv kan vända sig till för att försöka få kontroll över rädslan. Kvinnor som tidigare upplevt en traumatisk förlossning har haft hjälp av att försöka lita på den egna kroppen och möta de gamla minnena. Detta för att få en bättre förståelse vad som hände under den tidigare förlossningen. Kvinnor har även haft hjälp av att försöka intala sig själv om att kvinnor genom tiderna alltid klarat av att föda och att de själva därför också kommer klara det. Andra kvinnor har haft nytta av att blockera minnena och tankarna som uppstod vid den tidigare förlossningen. Detta genom att undvika att prata om sin rädsla samt hålla sig upptagna med aktiviteter som får de på bra humör. För flera hjälpte det även att fokusera mera på framtiden och tiden efter förlossningen (Wigert m.fl., 2020).

2.2.2 Professionellt stöd

Många kvinnor väljer ändå att söka hjälp från specialsjukvården för att få den vård de behöver för att hantera sin rädsla. Där fick kvinnorna hjälp genom att få information om olika smärtlindringsmetoder och vården under samt efter förlossningen. Att kvinnan fick extra kontroller och fick se att barnet mår bra, var också till stöd för kvinnan. Kvinnan fick se barnet på ultraljud, höra hjärtslagen och se att barnet rörde på sig. Av barnmorskan

fick de även uppmaningen att skriva ett förlossningsbrev, där kvinnan fick skriva ner sina tankar och önskemål inför förlossning (Wigert m.fl., 2020).

Vårdpersonalens bemötande har för många kvinnor varit av stor betydelse. När kvinnan fick känna att personalen lyssnar och ser henne, lättade rädslan. En stödjande barnmorska tillsammans med en stödjande partner har haft den mest optimala verkan på rädslan. När kvinnan fick en god vårdrelation med barnmorskan, kunde kvinnan även ha starkare tillit till barnmorskans professionella kompetens. Detta gjorde att kvinnan kunde känna sig tryggare och lugnare i den nya situationen. Olika terapiformer har också gett ett bra stöd till kvinnor med förlossningsrädsla (Wigert m.fl., 2020)

2.3 Följder och risker vid förlossningsrädsla

I kapitlet redogörs vilka konsekvenser förlossningsrädsla kan ha på föderskan samt på det nyfödda barnet.

2.3.1 Psykiska följder

En föderska som lider av förlossningsrädsla har en större risk att drabbas av även andra problem efter förlossningen. Dessa är främst psykiska besvär som förlossningsdepression och PTSD eller posttraumatiskt stressyndrom. Nyblivna mammor som drabbas av förlossningsdepression, lider i sin tur en större risk att även drabbas av PTSD (Çapik & Durmaz, 2018). Relationen mellan mamman och barnet påverkas däremot inte, utan mamman känner i de flesta fall en direkt förbindelse mellan henne och barnet. Detta även om hon upplevt förlossningssituationen som mycket negativ. (Klabbers m.fl. 2020).

2.3.2 Fysiska följder

Förlossningsrädslan kan även sätta fysiska spår i kvinnan. Rädslan kan vara så stark att kvinnan medvetet väljer att inte bli gravid. Detta även om kvinnan har en stark önskan om att få barn. Förlossningsrädsla har också setts som en orsak till abort. Planerat kejsarsnitt har blivit vanligare hos kvinnor med stark förlossningsrädsla. Detta eftersom kvinnorna upplever att kejsarsnitt är en enklare utväg än en vaginal förlossning, trots att det inte skulle vara nödvändigt (Kaplan m.fl., 2010, s.62-64).

2.4 Resultatet i examensarbetet

I examensarbetets resultat diskuterades användbarheten, styrkorna samt utvecklingsbehovet av självskattningsverktyget (Bilaga 3). Det mest aktuella som kom fram gällande användbarheten var att barnmorskorna och hälsovårdarna upplevde att det inte lönar sig att dela ut självskattningsverktyget i ett för tidigt skede av graviditeten. Vårdpersonalen märkte även skillnader i användningen av självskattningsverktyget ifall kvinnan var multipara eller primipara, samt om hon hade lätt att diskutera och öppen som person. Till omfödreskor kunde man dela ut självskattningsverktyget i ett tidigare skede än till förstfödreskor. Barnmorskorna och hälsovårdarna upplevde att verktyget öppnade upp en bra diskussion och var därför mer användbar i vissa situationer där det var svårare att diskutera förlossningsrädsla med den gravida kvinnan (Granbacka & Skuthälla, 2022).

De styrkor som vårdpersonalen märkte med självskattningsverktyget (Bilaga 3) var att det var lätt att fylla i och inte var tidskrävande. Verktyget öppnade även en bra diskussion kring förlossningsrädslan och rensade även bort de som inte led av förlossningsrädsla. Självskattningsverktyget hjälpte även kvinnorna att orientera sig i sin rädsla och sätta ord på vad de specifikt är rädda för. Vårdpersonalen hade ändå en relativt negativ syn på att ta i bruk självskattningsverktyget inom mödrarådgivningen, eftersom de redan använde sig av Ipana och var nöjda med det. Ipana är ett elektroniskt mödrarådgivningskort som används inom Österbottens välfärdsområde. Där finns bland annat en blankett kring förlossningsrädsla. (Granbacka & Skuthälla, 2022).

Utvecklingsbehoven som vårdpersonalen kom fram till gällde formatet på självskattningsverktyget (Bilaga 3) samt frågornas utformning. Barnmorskorna och hälsovårdarna ansåg att självskattningsverktyget skulle vara mera användbart ifall det var i digitalt format och inte i pappersform. De upplevde även att frågorna i vissa fall var svåra att förstå och därför skulle behöva förklaras tydligare. Vårdpersonalen hade gärna sett att verktyget hade öppna frågor efter varje fråga, där den gravida kunde skriva ner de tankar som uppstod när hon svarade på frågan. Frågor angående tiden efter förlossningen skulle också vara av nytta märkte flera i vårdpersonalen när de fick pröva självskattningsverktyget (Granbacka & Skuthälla, 2022).

3 Teoretisk utgångspunkt

Kapitlet behandlar den teoretiska utgångspunkten som resultatet kommer att speglas mot senare i utvecklingsarbetet.

3.1 Genuint vårdande av det genuina

Marie Bergs modell för vården av kvinnor med ökade risker vid förlossningen har valts som teoretisk utgångspunkt i detta utvecklingsarbete. Denna modell har benämnts "genuint vårdande av det genuina" och är indelad i tre olika, grundläggande områden. Dessa områden eller teman är **värdighetsbevarande vårdrelation, balanserande mellan det naturliga och det medicinska perspektivet** samt **förkroppsligad kunskap**. Alla områdena tillsammans bildar ett användbart verktyg för barnmorskor och annan vårdpersonal vid vården av kvinnor med ökade risker. Verktuget kan tillämpas såväl innan förlossningen som under och efter (Berg & Lundgren, 2010, s.150-157).

3.1.1 En värdighetsbevarande vårdrelation

För att en värdighetsbevarande vårdrelation ska uppfyllas mellan föderska och barnmorskan kan man ge akt på fem olika delar. Dessa delar är **ömsesidighet, tillit, fortgående dialog, delat ansvar** och **kontinuerlig närvaro**. Ömsesidigheten utvecklas när både föderskan och barnmorskan är tillmötesgående och öppna för varandra. Tilliten byggs upp när båda parterna känner förtroende för varandra. Barnmorskan tror på föderskan som person och blivande mor. Föderskan litar på barnmorskans professionella kompetens samt känner förtroende för den person hon är. Fortgående dialog innebär att kvinnan under hela förloppet är informerad om vad som händer, även i de skeden då hon inte själv klarar av att fråga (Berg & Lundgren, 2010, s.150-157).

I de fall där graviditeten och förlossningen innebär ökade risker, behöver föderskan specialistvård. Det är trots det viktigt att föderska får uppleva känslan av delat ansvar och känna sig delaktig. Under vårdrelationen mellan föderskan och barnmorskan är kontinuerlig närvaro väsentlig. Den kontinuerliga närvaron kan ge sig i uttryck både som

fysisk och känslomässig närvaro. Ifall dessa inte uppfylls finns risken att kvinnan känner sig ensam och otrygg i situationen (Berg & Lundgren, 2010, s.150-157).

3.1.2 Balanserande av naturligt och medicinskt perspektiv

Detta perspektiv innebär att man som barnmorska främjar det naturliga och normala, även vid riskgraviditeter och förlossningar. I dessa fall behöver man hitta en medelväg mellan det naturliga och det medicinska. Synsättet medför alltså en tilltro till kvinnans kropp och kapacitet både vid förlossning och vid moderskapets utveckling. Det är viktigt att man som barnmorska försöker undvika att riskerna och komplikationerna inte kör över föderskan. Detta genom att se människan med komplikationen, inte enbart en komplikation. I vissa fall kan detta förhållningssätt krocka med läkares, men detta betyder inte att man motarbetar det medicinska undersökningar eller behandlingar, utan försöker hitta en bra balans av dessa (Berg & Lundgren, 2010, s.150-157).

3.1.3 Förkroppsligad kunskap

Förkroppsligad kunskap, den kunskap som sitter djupt rotad i barnmorskan. Kunskapen yttrar sig då barnmorskan använder alla sina sinnen och kan vidare delas in i fem olika kategorier. Dessa fem är vara **äkta, teoretisk kunskap, praktisk kunskap, reflektiv kunskap** och **intuitiv kunskap**. Att vara äkta innebär att man som barnmorska accepterar den egna personen, sina känslor och den teoretiska samt den erfarenhetsbaserade kunskap hon har och agerar utifrån dessa. Teoretisk och praktisk kunskap ger en ökad professionell säkerhet. Reflektiv kunskap kan tillämpas genom att reflektera över situationer endera med sig själv eller med sina kollegor. Det sista begreppet, intuitiv kunskap, är det område som innebär att barnmorskan kan få en känsla. Det kan vara fråga om en obehagskänsla och då gäller det att våga lita på den känslan för att vården ska vara optimal (Berg & Lundgren, 2010, s.150-157).

4 Syfte & frågeställning

Syftet med denna studie är att fortsätta utvärdera självskattningsverktyget (Bilaga 3) i utvecklingsarbetet *Att identifiera och diskutera förlossningsrädsla – Ett självskattningsverktyg och diskussionsunderlag* (Ekman & Kull, 2020). Detta genom att ta reda på de gravida kvinnornas erfarenheter av verktyget. I examensarbetet av Granbacka & Skuthälla (2022) tog man fasta på vårdpersonalens erfarenheter. Följande frågeställning blir därför aktuell i detta utvecklingsarbete:

- Hur användbart är självskattningsverktyget enligt de gravida kvinnorna?

5 Kvantitativ metod

Materialet till detta utvecklingsarbete samlades in i form av enkäter, vilket innebär att studien är kvantitativ. Kvantitativ metod innebär att materialet samlas in i någon form av strukturerade mätningar eller observationer. Det insamlade materialet presenteras i sin tur genom siffror och statistik. Själva forskningsprocessen kan delas in i två olika stadier inom den kvantitativa forskningen. Det första är planeringsstadiet, där man noga planerar studiet för att resultatet i slutändan ska vara tillförlitligt. Genomförandestadiet är det andra stadiet, där man utför själva studien. (Henricson, 2017, s. 99-109).

Kvantitativ metod lämpar sig bra när man vill leta efter samband mellan olika variabler eller om man vill jämföra olika saker. Metoden lämpar sig även bra när man utan någon djupare analys, vill kartlägga eller beskriva något fenomen (Henricson, 2017, s. 99-109). Vi anser därför att kvantitativ metod lämpar sig bra för att uppnå studiens syfte. Detta eftersom man samlat in data från en större grupp än i examensarbetet och på så sätt tydligare kan se ett resultat.

5.1 Enkät som undersökningsmetod

En enkätstudie är en bra studieform om man vill få in information på kort tid av många personer. Före man påbörjar sin studie är det viktigt att man har planerat bra och att syftet i studien är färdigställt. Om man har gjort alla steg korrekt före man påbörjar studien, är

enkätstudien en mycket kostnadseffektiv studie eftersom man snabbt får in material av många människor. (Henricson, 2017, s. 121–132)

Utvärderingsenkäten (Bilaga 2) utformades utifrån syftet i detta utvecklingsarbete. Frågorna i utvärderingsenkäten består av både flervalsfrågor och öppna frågor. Flervalsfrågorna är graderade från en skala 1 till 5, där 1 innebär att svararen inte alls håller med och 5 innebär att svararen håller fullständigt med. Flervalsfrågorna ansågs nödvändiga för att svararna enkelt skulle kunna fylla i blanketten och att tidsåtgången inte skulle bli för stor. De öppna frågorna valdes att ta med i utvärdering för att få en tydligare bild av svararens åsikter och behov.

5.2 Urvalsgrupp och genomförande av studien

Materialet till detta arbete samlades in i samband med insamling av materialet till examensarbetet "Den sköra tråden mellan välbefinnande och förlossningsrädsla - En kvalitativ studie baserad på vårdpersonalens erfarenheter av ett självskattningsverktyg för förlossningsrädsla", (Granbacka & Skuthälla, 2022). Detta för att det skulle vara möjligt att ta del av de gravida kvinnornas åsikter och därmed kunna svara på frågeställningen i detta utvecklingsarbete. Utvärderingsenkäten (Bilaga 2) delades ut av vårdpersonalen på rådgivningarna i samband med att kvinnan fått svara på självskattningsverktyget (Bilaga 3). Urvalsgruppen är alltså de kvinnor som svarat på självskattningsverktyget i början av året 2022. På samma gång delades även ett infobrev (Bilaga 1) ut åt de gravida kvinnorna där de kunde ta del av syftet med studien samt hur materialet kommer användas.

I studien deltog alltså 29 gravida kvinnor, eftersom i examensarbetet var deltagarantalet fem och dessa deltagare delade i sin tur ut självskattningsverktyget (Bilaga 3) åt sex gravida kvinnor. Förutom en som delade ut självskattningsverktyget åt fem gravida kvinnor. Dessa kvinnor utgör då urvalet i detta utvecklingsarbete.

6 Etiska överväganden

Varje studie bör följa de etiska aspekterna för att dess trovärdighet behålls samt att inget fusk sker. I Finland finns det tre allmänna etiska principer som bör tas i beaktan under studiens gång och även efter att studien är färdig. Den första allmänna principen innebär att man respekterar människovärdet och självbestämmanderätten. Den andra principen betonar att man bör respektera kulturarvet och naturens mångfald. Forskningen ska utföras på ett sådant sätt att människor, samhället eller andra undersökningsobjekt undgår risker eller skador. Detta utgör den tredje principen (TENK, 2019).

Personer som deltar i studien bör ha ett förtroende till forskarna och vetenskapen. Detta kan man säkerställa genom att bevara människovärdet och följa de etiska riktlinjerna, samt att deras rättigheter respekteras. En deltagare i en studie deltar frivilligt och har möjlighet att när som helst avbryta sitt deltagande. Detta innebär även att man kan vägra deltagande och annullera sitt samtycke i vilket skede av studien som helst. Deltagaren har rätt att ta del av all väsentlig information, så som studiens mål, tillvägagångssätt och behandling av personuppgifter (TENK, 2019).

I denna studie respekteras dessa etiska överväganden. Vi utformade ett informationsbrev (Bilaga 1) till deltagarna där dessa etiska principer tas i beaktande och studiens mål framkommer. Utvärderingsenkäten (Bilaga 2) fungerar i denna studie som samtycke till deltagande, men deltagarna har mottagit information angående att de när som helst har rätten att avbryta deltagandet. Datamaterialet förstörs efter att studien är avslutad. I detta arbete vet vi inte vem deltagarna är, eftersom vårdpersonalen delat ut självskattningsverktyget (Bilaga 3) i början av året 2022. Därför säkerställs även deltagarnas anonymitet och materialet förblir konfidentiellt.

7 Resultatredovisning

I detta kapitel behandlas resultatet som framkom i enkätutvärderingen. Sammanlagt 29 gravida kvinnor svarade på blanketten. Resultatet av de fyra första frågorna, det vill säga flervalsfrågorna, presenteras i form av cirkeldiagram. Två sista frågorna i enkäten var öppna

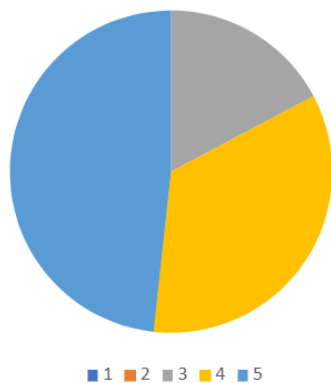
frågor, där kvinnorna fick skriva ifall de hade något att tillägga. Några svar kom in på dessa frågor.

7.1 Statistik

Flervalsfrågorna var graderade från 1 till 5, där 1 innebar att man inte alls höll med och 5 att man höll fullständigt med. Figur 1 föreställer resultatet från fråga 1 och så vidare.

Figur 1:

Hur lätt var det att fylla i blanketten?

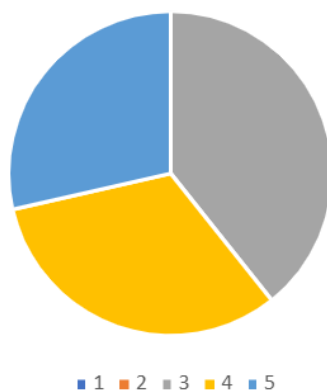


N=29

Första frågan handlade om ifyllandet av blanketten och hur enkelt det gick. 48,28% (15 av 29) av de gravida kvinnorna hade svarat att de håller fullständigt med. 34,48% (10 av 29) hade svarat 4 och 17,24% (4 av 29) hade svarat 3. Ingen hade svarat 2 eller 1.

Figur 2:

Var blanketten till nytta under
rådgivningsbesöket?

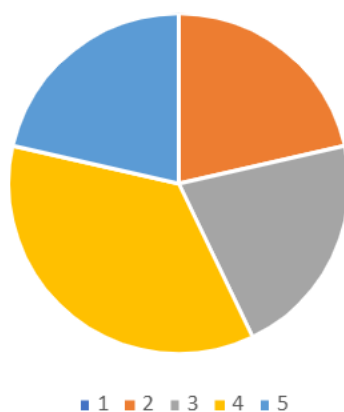


N=28

Andra frågan handlade om blanketten var till nytta. 28,57% (8 av 28) höll fullständigt med. 39,29% (11 av 28) av de gravida kvinnorna svarade 3 och 32,14% (9 av 28) svarade 4. I denna fråga fanns ett bortfall, därav endast 28 svar. Ingen hade svarat 2 eller 1.

Figur 3:

Hjälpte blanketten dig att sätta ord på dina
känslor?



N=28

Den tredje frågan berörde hur kvinnorna upplevde att självskattningsverktyget (Bilaga 3) hjälpte dem att sätta ord på sina känslor. 21,43% (6 av 28) av de gravida höll fullständigt med. 35,71% (10 av 28) hade svarat 4 och 21,43% (6 av 28) hade svarat 3. Den resterade

21,43% (6 av 28) hade svarat 2. I denna fråga fanns även ett bortfall, som inte hade svarat på frågan. I denna fråga svarade ingen 1.

Figur 4:



N=29

Den sista flervalsfrågan gällde i vilken grad blanketten kunde vara till nytta inom mödravården enligt de gravida kvinnorna. 41,38% (12 av 29) hade svarat att de håller fullständigt med att verktyget kunde vara till nytta. 41,38% (12 av 29) svarade 4 och 13,79% (4 av 29) svarade 3. 3,45% (1 av 29) hade svarat 2. Ingen svarade 1 i denna fråga.

7.2 Resultat från öppna frågor

I slutet av utvärderingsenkäten (Bilaga 2) fanns två öppna frågor, där de gravida fick fritt formulera svar. Frågorna löd: "Finns det något som du tycker saknas på blanketten eller behöver utvecklas? Vad?" och "Har du något övrigt du vill tillägga?". Det kom in fyra svar på den första frågan samt två svar på den andra frågan. Svaren som kom in gällde främst frågornas utformning samt i vilket skede man borde dela ut självskattningsverktyget (Bilaga 3). Utifrån dessa utformades två underkategorier: **frågornas utformning** och **tidpunkt för utdelning**. Kvinnorna ansåg att frågorna kunde vara tydligare, eftersom vissa var svåra att förstå. Flera tyckte även att man inte skulle dela ut självskattningsverktyget för tidigt i graviditeten, eftersom förlossningen då känns för långt borta. Någon påpekade även att

det kunde vara bra att ha en fråga som gäller i fall man har funderat över sin förlossning eller inte.

7.2.1 Frågornas utformning

De gravida kvinnorna upplevde att frågorna kunde vara mera specificerade samt flera frågor. Ett exempel som uppkom var ifall man funderat på sin förlossning eller inte. Någon tyckte ändå att det var en bra längd på enkäten.

“Kunde vara mera detaljerade frågor och eventuellt flera frågor också för att det ska vara till nytta för personalen.”

“Kanske någon fråga om man funderat på sin förlossning eller inte?”

“Passlig längd på formuläret. Vissa frågeställningar svåra, kräver tankearbete.”

7.2.2 Tidpunkt för utdelning

De gravida kvinnorna var överens om att man inte ska dela ut självskattningsverktyget (Bilaga 3) för tidigt i graviditeten. Detta eftersom förlossningen känns för långt borta ännu i det skedet. Speciellt när det gäller förstföderskor.

“Förstföderska, känns ännu avlägset i h.17.”

“Svårt att tänka eller kunna uttrycka sig i hur förlossningen kommer gå. Att gå in i förlossningen med positiv inställning är A&O tror jag, dock jättesvårt att hålla positiv inställning om det kommer/händer komplikationer/fördröjning/barnet vill inte komma ut när den borde...”

“Bra att fylla i senare i graviditeten (i början fokuserar man bara på att vara gravid, ej att föda).”

“Frågeformuläret skall ej delas ut för tidigt i graviditeten.”

8 Diskussion

I detta kapitel diskuteras resultaten som framkom i studien och speglas mot den teoretiska bakgrunden. Kapitlet innefattar även den kritiska granskningen, där metoden och tillvägagångssättet genom hela studien diskuteras.

8.1 Resultatdiskussion

I resultatdiskussionen jämförs resultatet med de tidigare studierna som presenterades i bakgrunds kapitlet samt med den teoretiska utgångspunkten. Syftet med studien var att utvärdera hur användbart självskattningsverktyget (Bilaga 3) av Ekman & Kull (2020) enligt de gravida kvinnorna som fått testa verktyget. Detta syfte och dess slutliga frågeställning ska utgöra grunden till resultatdiskussionen.

De flesta av de gravida kvinnorna hade en positiv syn på självskattningsverktyget (Bilaga 3). Majoriteten ansåg att självskattningsverktyget var lätt att fylla i. Det framkom även i resultatet att verktyget var i passlig längd. Detta framkommer även i artikeln av Nilsson m.fl. (2018) att kortare verktyg som enkelt går att fylla i är mera kostnadseffektiva och hjälper de gravida kvinnorna att få rätt hjälp i tid. I den Boer m.fl. (2022) artikel poängteras även att kortare verktyg som FOBS kan användas som första screeningverktyg, men då finns ens risk för överdiagnostisering. Därför är det viktigt att man även diskuterar kring förlossningsrädslan för att få djupare information. Detta är något som de gravida kvinnorna framförde, att frågorna kunde vara mera djupgående för att vara till nytta för personalen. Någon av de gravida kvinnorna framförde att det kunde vara bra att självskattningsverktyget skulle innehålla en fråga angående ifall man funderat på sin förlossning eller inte. Detta kunde i sin tur gallra bort de som inte har förlossningsrädsla.

En större del av de gravida kvinnorna förhöll sig mera neutralt till att självskattningsverktyget (Bilaga 3) skulle varit till nytta under rådgivningsbesöket. I artikeln av Wigert m.fl. (2020) tog de fasta på vikten av vårdrelationen och dess betydelse för kvinnan. Utifrån detta kan man dra slutsatsen att självskattningsverktyg och frågeformulär inte är de viktigaste redskapen, utan vårdrelationen som skapas. Dessa verktyg är endast hjälpmedel för att ta fast rädslan, men som tidigare nämnts behövs en djupare diskussion

kring ämnet. Detta är något som också är återkommande i Marie Bergs teori "genuint vårdande av det genuina", där vårdrelationen mellan barnmorska och föderska värderas högt. I teorin framkommer även att kontinuerlig närvaro behövs för att kvinnan inte ska känna sig ensam eller otrygg (Berg & Lundgren, 2010, s.150–157).

En del av de gravida kvinnorna hade en mer negativ inställning till att verktyget hjälpte dem att sätta ord på sina känslor. Majoriteten var ändå mera positiv eller neutral till detta. I artikeln av Nilsson m.fl. (2018) framkom det att verktyget W-DEQ inte hjälpte kvinnorna att ta reda på vad rädslan grundar sig i, eftersom verktyget inte tog i beaktande en del faktorer som kan inverka på förlossningsrädslan. Detta skulle därför vara önskvärt när man utvecklar ett självskattningsverktyg (Bilaga 3) för förlossningsrädsla.

En del av de gravida kvinnorna hade en mera neutral eller negativ syn på om verktyget skulle vara till nytta inom mödravården. I artikeln av O'Connell m.fl. (2017) kan man läsa att förlossningsrädsla ökar hela tiden och att det därför behövs mera kunskap inom området för att kunna ge rätt stöd åt kvinnorna. Det framkommer även i artikeln att antalet förlossningsrädda varierar mycket i olika länder, därför fungerande verktyg och hjälpmedel. Den största delen av de gravida kvinnorna ansåg där emot att självskattningsverktyget (Bilaga 3) kunde vara till nytta inom mödravården.

I examensarbetet av Granbacka & Skuthälla (2022) kom vårdpersonalen fram till att det inte lönar sig att dela ut självskattningsverktyget (Bilaga 3) i ett för tidigt skede. Detta upplevde även de gravida kvinnorna. Vårdpersonalen märkte även att detta är speciellt viktigt hos förstföderskor, eftersom de har fokuset enbart på graviditeten i början. I de öppna svaren av de gravida kvinnorna framkommer även detta att förlossningen känns avlägsen ännu i början av graviditeten. De gravida kvinnorna ansåg att det skulle behövas mera detaljerade frågor och mera omfattande. Både de gravida kvinnorna och vårdpersonalen var överens om att vissa frågor var svåra och krävde mera åtanke.

I resultatet i examensarbetet av Granbacka & Skuthälla (2022) framförde vårdpersonalen också att det skulle behövas djupare frågor för att få användbar information. Självskattningsverktyget (Bilaga 3) var enligt vårdpersonalen till nytta när den gravida skulle sätta ord på sina känslor. Detta upplevde inte majoriteten av de gravida kvinnorna själva.

De flesta av de gravida kvinnorna ansåg att verktyget kunde vara till nytta inom mödravården. Däremot upplevde en stor del av vårdpersonalen att verktyget inte skulle vara så användbart på rådgivningen.

8.2 Metoddiskussion

Det är viktigt att man kan ha ett kritiskt förhållningssätt till det egna arbetet. Detta uppfylls genom att diskutera styrkor och svagheter som arbetet medfört. För att arbetet ska hålla en god vetenskapliga kvalitet bör dess innehåll vara strukturerat och korrekt. Det finns även andra faktorer som bidrar till arbetets trovärdighet och kvalitet. Dessa presenteras till näst i detta kapitel (Henricson, 2017, s. 411–412). I utvecklingsarbetet användes en kvantitativ metod för att svara på arbetes syfte. Materialet samlades in via utvärderingsenkäter (Bilaga 2) och urvalsgruppen var de gravida kvinnor som i början av året 2022, fyllt i självskattningsverktyget (Bilaga 3).

Syftet med studien var att ta reda på hur användbart självskattningsverktyget (Bilaga 3) av Ekman & Kull (2020) var enligt de gravida kvinnorna. I arbetet användes alltså en kvantitativ metod, eftersom deltagarantalet i utvecklingsarbetet var betydligt större än i examensarbetet av Granbacka & Skuthälla (2022). Därför var det lämpligt att använda sig av kvantitativ metod och utvärderingsenkät (Bilaga 2) i studien. På så sätt fick man under en kortare tid större data. Detta var till stor nytta, då materialet samlades in på samma gång som materialet till examensarbetet.

Som tidigare nämnt skedde datainsamlingen i enkätformat. Denna utvärderingsenkät (Bilaga 2) utformades innan datainsamlingen påbörjades. Med syftet och frågeställningen som grund utformades enkäterna. I utvärderingsenkäten fanns både flervalsfrågor och öppna frågor. Detta möjliggjorde att deltagarna fritt fick formulera sina åsikter. Vi hade ingen tidigare erfarenhet av att utveckla en enkät och i efterhand märktes en del brister. Bland annat skulle det ha varit nyttigt att utföra en pilotstudie med utvärderingsenkäten. I flervalsfrågorna skulle graderingen behövs utvecklas på ett tydligare sätt, för att göra det möjligt att tolka resultatet bättre. Vi märkte även att det endast var ett fåtal som svarat på de öppna frågorna, vilket påverkar studiens tillförlitlighet. Utvärderingsenkäten delades ut på samma gång, under rådgivningsbesöket, som självskattningsverktyget (Bilaga 3). Ifall

den gravida kvinnan och vårdpersonalen har diskuterat självskattningsverktyget, så finns det risk att åsikterna delas.

Målsättningen med studien var att ta reda på de gravida kvinnornas erfarenheter och tankar om självskattningsverktyget (Bilaga 3). Alla de gravida kvinnorna som fyllt i självskattningsverktyget, hade även svarat på utvärderingsenkäten (Bilaga 2). Detta gör resultatet mera trovärdigt och ger en rättvisare bild av självskattningsverktygets användbarhet. Självskattningsverktyget testades i examensarbetet på tre olika rådgivningar. Detta gör överförbarheten av arbetet är begränsat. Vi anser att det skulle varit önskvärt att flera rådgivningar ställt upp i studien.

Resultatet analyserades och presenterades i form av cirkeldiagram, vilket gör det tydligt för läsaren. Den teoretiska utgångspunkten byttes ut från examensarbetet och vi upplever att teorin av Marie Berg lämpar sig bättre för denna studie. Bakgrunden skrevs även om och vi använde oss av mera aktuella källor. Resultatet kunde på detta sätt enklare återspeglas till den teoretiska utgångspunkten samt den övriga teoretiska bakgrunden.

I de etiska ställningstagandena poängterades vikten av att deltagarnas anonymitet respekteras. Detta krav har uppfyllts i arbetet. Deltagarna fick även ett informationsbrev (Bilaga 1), där info om studiens syfte och tillvägagångssätt beskrivs. Deltagarna blev således medvetna om deras rättigheter angående studien. De etiska utgångspunkterna har följts under hela arbetes gång.

Validitet innebär att ett instrument mäter det som det är avsett att mäta. Med andra ord behöver enkäten ge svar på frågeställningen (Henricson, 2017, s.133–134). Frågornas utformning i utvärderingsenkäten (Bilaga 2) svarade på frågeställningen i arbetet. Däremot skulle gradering behövt se annorlunda ut för att validiteten skulle kunna höjas. Ifall instrumentet har en hög reliabilitet, innebär det att man får samma resultat vid upprepade mätningar. Slumpmässig variation framkommer vid nästan alla mätinstrument. (Henricson, 2017, s.135). I studien fanns ett par bortfall, vilket inverkar på reliabiliteten. I studien ville vi ta reda på de gravida kvinnornas tankar och erfarenheter kring självskattningsverktyget (Bilaga 3). Därför kan det vara svårare att få samma resultat ifall mätningen utfördes på nytt.

8.3 Slutledning

Vi upplevde att självskattningsverktyget (Bilaga 3) av Ekman & Kull (2020) skulle utvärderas på ett mera rättvist sätt och därför ville vi även samla in de gravida kvinnornas erfarenheter av verktyget. Syftet med denna studie blev därför att fortsätta utvärdera verktyget genom att ta reda på kvinnornas tankar. Detta för att man ska kunna utveckla självskattningsverktyget till det mera användbara och eventuellt kunna använda sig av det i arbetet på mödrarådgivningen.

Den slutliga frågeställningen i utvecklingsarbetet blev "Hur användbart är självskattningsverktyget (Bilaga 3) enligt de gravida kvinnorna?". Vi upplever att trots brister i utvärderingsenkäten (Bilaga 2) har kunnat svara på frågeställningen och att materialet är tillräckligt omfattande för att man ska kunna ha möjlighet att utveckla självskattningsverktyget. Vi upplever även att det var enklare att spegla resultatet mot den teoretiska bakgrunden, eftersom det inte framkom att de gravida kvinnorna jämfört verktyget med till exempel Ipana.

Deltagarantalet var betydligt större än i examensarbetet, vilket gör att resultatet är mera tillförlitligt. Det man ändå bör ha i åtanke att deltagarna kommer från de samma tre rådgivningar. För att få ett ännu mera användbart resultat skulle det vara bra att verktyget testades i andra delar av Finland. Självskattningsverktyget (Bilaga 3) kunde man även översätta till finska för att få ett ännu större urval.

Arbetet med utvecklingsarbetet har varit mycket givande och intressant. Vi kände oss mera bekväma i att utföra en studie och detta märks nog i studiens kvalitet. Vi tar med oss erfarenheter kring utvecklande av studier samt förlossningsrädsla. Denna kunskap kommer vara mycket användbar i våra kommande yrken som barnmorska och hälsovårdare.

9 Uppdaterad version av självskattningsverktyget

Utifrån resultatet i examensarbetet av Granbacka & Skuthälla (2022) och resultatet i detta utvecklingsarbete har vi utvecklat en uppdaterad version av självskattningsverktyget

(Bilaga 4) utformat av Ekman & Kull (2020). Bland annat har frågorna förtydligats och möjligheten att fritt formulera sina tankar har tillagts. Informationen om användningen som de gravida kvinnorna och vårdpersonalen får ta del av har även uppdaterats.

10 Källförteckning

Çapik, A. & Durmaz, H. (2018). Fear of Childbirth, Postpartum Depression, and Birth-Related Variables as Predictors of Posttraumatic Stress Disorder After Childbirth. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 15(6). S. 455-463.

den Boer, I., Hendrix, Y. M. G. A., Knoop, H. & van Pampus, M. G. (2022). Identifying women with fear of childbirth with the Dutch Fear of Birth Scale and its added value for consultations. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*. 43(4). S. 419-425.

Berg, M. & Lundgren, I. (2010). *Att stödja och stärka - vårdande vid barnafödande*. Lund: Studentlitteratur.

Granbacka, N. & Skuthälla, J. (2022). *Den sköra tråden mellan välbefinnande och förlossningsrädsla - En kvalitativ studie baserad på vårdpersonalens erfarenheter av ett självskattningsverktyg för förlossningsrädsla*. Vasa: Opublicerat examensarbete för sjukskötarexamen (YH). Yrkeshögskolan Novia, Enheten för hälsa och välfärd.

Grundström, H., Malmquist, A., Ivarsson, A., Torbjörnsson, E., Walz, M. & Nieminen, K. (2022). Fear of childbirth postpartum and its correlation with post-traumatic stress symptoms and quality of life among women with birth complications — a cross-sectional study. *Archives of Women's Mental Health*. 25(2). S. 485-491.

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

Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (2010). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.

Klabbers, G. A., Wijma, K., van Bakel, H. J. A., Paarlberg, K. M. & Vingerhoets J. J. M. (2020). Resistance to fear of child birth and stability of mother-child bond. *Early child development and care*. 190(2). S. 175-184.

Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Sparud-Lundin, C., Wigert, H. & Begley, C. (2018). Definitions, measurements and

prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 18(1). S. 28-28.

O'Connell, M. A., Leahy-Warren, P., Khashan, A. S., Kenny, L. C. & O'Neill, S. M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 96(8). S. 907-920.

TENK, Forskningsetiska delegationen. (2019) *Etiska principer för humanforskning och etikprovning inom humanvetenskaperna i Finland*. Hämtad 2022-09-29 från https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Etikprovning_inom_humanvetenskaperna_2020.pdf

Wigert, H., Nillson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., Mollberg, M. & Patel, H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of qualitative studies on health and well-being*. 15(1). S. 1704484-1704484.

Informationsbrev till gravida

Hej! Tack för visat intresse!

Vi är två studerande från Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Vi studerar till barnmorska samt hälsovårdare. Vi håller just nu på att skriva vårt examensarbete kring förlossningsrädsla. I examensarbetet har vi valt att ta avstamp från utvecklingsarbetet *Att identifiera och diskutera förlossningsrädsla – Ett självskattningsverktyg och diskussionsunderlag*, skrivet av Sara Ekman och Elin Kull 2020. I utvecklingsarbetet har Ekman och Kull utformat ett självskattningsverktyg för att hjälpa vårdpersonalen att identifiera förlossningsrädsla även i ett tidigt skede. Verktöget ger ingen diagnos, utan ska vara ett riktgivande hjälpmedel för vårdpersonalen.

Det tar inte många minuter att fylla i frågeformuläret och du är fullständigt anonym. Svaren vi får kommer vi analysera i vårt utvecklingsarbete. Utvecklingsarbetet kommer skrivas under studieåret 2022-2023. Alla svar som vi får in kommer efter studien att förstöras.

Vi hoppas att ni vill svara på enkäten och på så sätt hjälpa oss med vårt utvecklingsarbete!

Hälsningar

Nicoline Granbacka

nicoline.granbacka@edu.novia.fi

Jenny Skuthälla

jenny.skuthalla@edu.novia.fi

Handledare

Terese Österberg

Terese.osterberg@novia.fi

Utvärderingsblankett

I denna utvärderingsblankett kan du fylla i vad du tyckte om självskattningsverktyget. Det finns både frågor med svarsalternativ och öppna frågor där du fritt får skriva dina åsikter. I frågorna med svarsalternativ betyder 1 håller inte alls med och 5 håller fullständigt med. Kom ihåg att du är helt anonym!

Hur lätt var det att fylla i blanketten?

1 2 3 4 5

Var blanketten till nytta under rådgivningsbesöket?

1 2 3 4 5

Hjälpte blanketten dig att sätta ord på dina känslor?

1 2 3 4 5

Tror du blanketten kan vara till nytta inom mödravården?

1 2 3 4 5

Finns det något som du tycker saknas på blanketten eller behöver utvecklas? Vad?

Har du något övrigt du vill tillägga?

Självskattningsverktyg för förlossningsrädsla

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

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

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

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

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

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

13. Jag utgår från att babyn kommer må bra efter förlossningen

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

14. Jag litar på min förmåga att hantera smärta

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

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

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

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

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

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

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

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

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

19. Jag är rädd att förlora självkontrollen under förlossningen

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

20. Jag känner mig lugn och trygg inför förlossningen

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

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

Till vårdpersonalen

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

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

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

Källor som ligger till grund för verktyget:

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

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

Självskattningsverktyg för förlossningsrädsla, uppdaterad version

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

Vänligen ringa in det alternativ som bäst stämmer in på hur Du tänker och känner kring förlossningen. Siffrorna finns till endast för att ge vårdpersonalen en överblick av resultatet. Under varje fråga finns det möjlighet att fritt formulera dina tankar som uppkommer vid ifyllandet.

1. Jag funderar mycket på min förlossning och hur förloppet kommer vara.

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

2. Jag känner ett stort behov av att kontrollera min förlossning, till exempel när det gäller smärtlindringsmetoder, igångsättning och så vidare.

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

3. Jag utgår från att barnmorskorna har en god kommunikation med mig under förlossningens förlopp, samt håller mig uppdaterad om läget och eventuella beslut som måste tas.

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

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

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

5. Jag litar på min förmåga att hantera smärtan som kan uppstå under förlossningen.

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

6. Jag litar på min egen kropps förmåga att föda barn och att jag klarar av det.

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

7. Jag utgår från att jag kommer må bra psykiskt efter förlossningen och den fysiska återhämtningen är normal.

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

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

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

9. Jag utgår från att jag kommer få det stöd jag behöver under förlossningen från barnmorskorna och partnern/stödpersonen.

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

10. Jag är rädd att förlora kontrollen under förlossningen.

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

11. Jag känner mig lugn och trygg inför förlossningen.

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

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

Till vårdpersonalen

Detta verktyg är ett utvecklingsarbete gjort av Sara Ekman och Elin Kull inom utbildningen till hälsovårdare (YH) vid Yrkeshögskolan Novia. Verktöget har vidare utvecklats i utvecklingsarbetet av Nicoline Granbacka och Jenny Skuthälla.

Detta självskattningsverktyg ska delas ut i ett senare skede av graviditeten, exempelvis vid omfattande mödrarådgivningsbesöket eller besöket därpå. Med hjälp av de elva frågorna i verktyget och de poäng kvinnan får bedöms hennes risk för förlossningsrädsla. Ju högre poäng kvinnan får desto större är risken att hon har symptom på förlossningsrädsla. De öppna svaren tas även i beaktande. Redan ett fåtal poäng är orsak för vidare diskussion.

Poängen räknas ihop genom att addera de siffror som finns under de påståenden som kvinnan har ringat in. Maxpoäng är 44 och minsta möjliga poäng 0. Kom ihåg att verktyget endast är riktgivande och ger ingen diagnos.

Källor som ligger till grund för verktyget:

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

Granbacka, N. & Skuthälla, J. (2022). *Den sköra tråden mellan välbefinnande och förlossningsrädsla - En kvalitativ studie baserad på vårdpersonalens erfarenheter av ett självskattningsverktyg för förlossningsrädsla.* Vasa: Opublicerat examensarbete för sjukskötarexamen (YH). Yrkeshögskolan Novia, Enheten för hälsa och välfärd.

Granbacka, N. & Skuthälla, J., (2023). *Trygghet, nyckeln till en positiv förlossningsupplevelse - En kvantitativ studie baserad på gravida kvinnors erfarenheter av ett självskattningsverktyg för förlossningsrädsla.* Vasa: Opublicerat utvecklingsarbete för barnmorskeexamen (YH) och hälsovårdarexamen (YH). Yrkeshögskolan Novia, Enheten för hälsa och välfärd.

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