

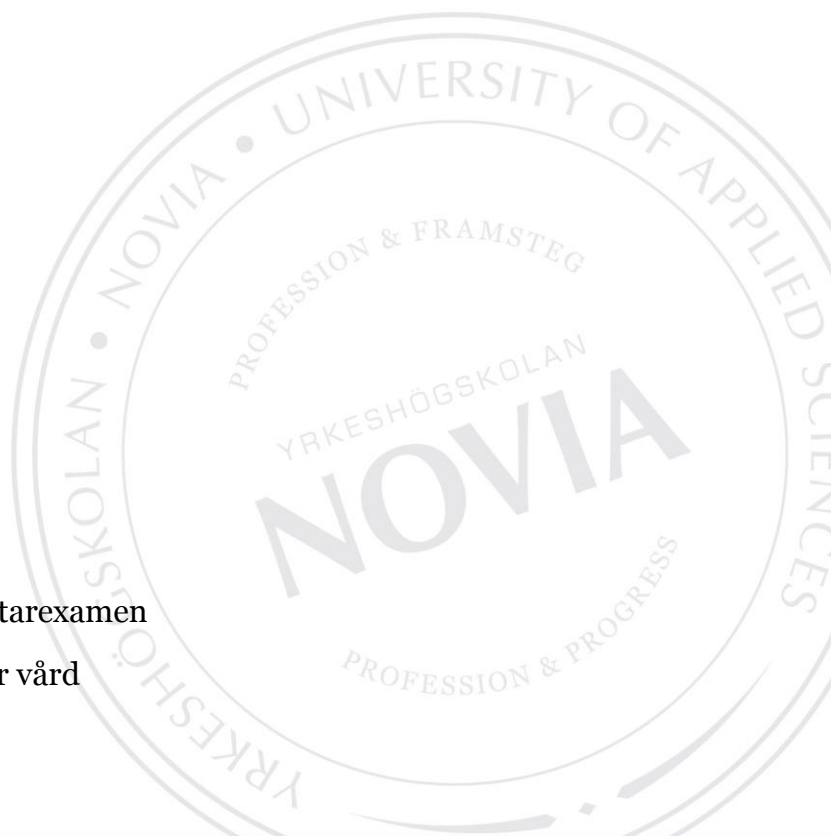
Hälsovårdarens stöd för att minska förlossningsrädsla hos de gravida

Lotta Lindroos

Examensarbete för sjukskötarexamen

Utbildningsprogrammet för vård

Åbo 11.10.2010



EXAMENSARBETE

Författare: Lotta Lindroos

Utbildningsprogram och ort: Vård, Åbo

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Sjukskötare/Hälsovårdare

Handledare: Christine Alm & Gunlög Lemmetyinen

Titel: Hälsovårdarens stöd för att minska förlossningsrädsla hos de gravida

11.10.2010

29 sidor

2 bilagor

Sammanfattning

Detta examensarbete är ett utvecklingsarbete på Pargas rådgivning och det ingår i projektet Rådgivningsverksamhet i utveckling. Ämnet jag behandlar är förlossningsrädsla. Mitt syfte är att producera en produkt som kan hjälpa hälsovårdarna på Pargas mödrarrådgivning att identifiera och stöda de kvinnor, som lider av förlossningsrädsla för att minska rädslan inför förlossningen. Med hjälp av en litteraturöversikt kom jag fram till att det är mycket svårt att identifiera förlossningsrädda kvinnor. Däremot kom det även fram vissa fysiska faktorer och orsaker till förlossningsrädsla som kan vara till hjälp vid identifikationen.

Resultaten av hälsovårdarens stöd för att minska förlossningsrädsla visade sig att hälsovårdaren kan använda sig av PLISSIT-modellen för att veta vilken nivå av bemötande och behandling den förlossningsrädda kvinnan behöver. Dessutom kom det fram olika viktiga faktorer som hälsovårdaren bör komma ihåg vid stödet av en rädd kvinna. Dessa faktorer var socialt stöd, kunskap, hälsovårdserfarenheter, stödet från pappan, försörjning, berättelser och hos omfödskor tidigare erfarenheter. På basis av dessa resultat producerade jag min produkt som består av ett flygblad (Identifiera & Stöda-flygbladet) med bifogande handbok (Handbok för användningen av Identifiera & Stöda-flygbladet).

Språk: Svenska Nyckelord: förlossningsrädsla, identifikation, stöd, orsaker, produkt

Förvaras: Examensarbetet finns tillgängligt antingen i webbiblioteket Theseus.fi eller i biblioteket.

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Lotta Lindroos

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Hoitotyö, Turku

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Sairaanhoidtaja/Terveystenhoitaja

Ohjaajat: Christine Alm & Gunlög Lemmetyinen

Nimike: Terveystenhoitajan tuki raskaana olevan synnytyspelkoa alentavana tekijänä

11.10.2010

29 sivuja

2 liitteitä

Tiivistelmä

Tämä opinnäytetyö on kehitystyö Paraisten neuvolalle ja se on osa ruotsinkielistä projektia nimeltään "Rådgivningsverksamhet i utveckling". Opinnäytetyön aiheena on synnytyspelko. Työn tarkoituksena on valmistaa tuote, joka voi auttaa Paraisten neuvolassa työskenteleviä terveystenhoitajia tunnistamaan ja tukemaan synnytyspelkoisia naisia ja alentamaan heidän synnytyspelkoaan. Kirjallisuuskatsauksessa käy ilmi, että synnytyspelkoisia naisia on vaikea tunnistaa. Lisäksi nostetaan esille synnytyspelkoon liittyviä fyysisiä tekijöitä ja syitä synnytyspelolle, jotka voivat olla apuna tunnistamisessa.

Tulokset terveystenhoitajan antamasta, synnytyspelkoa alentavasta tuesta osoittavat, että terveystenhoitaja voi käyttää PLISSIT-mallia saadakseen tietoa siitä, minkä tasoista hoitoa ja tukea synnytyspelkoinen nainen tarvitsee. Lisäksi käy ilmi erilaisia tärkeitä tekijöitä, jotka terveystenhoitajan tulisi muistaa tukiessaan synnytyspelkoista naista. Nämä tekijät ovat sosiaalinen tuki, tieto, terveystenhoitajan kokemus, isän tuki, toimeentulo, kertomukset ja uudelleensynnyttäjien aikaisemmat kokemukset. Näiden tuloksien mukaan valmistetaan tuote, joka koostuu lentolehtisestä (Tunnista & Tue-lentolehtinen) ja ohjekirjasta (Ohjekirja Tunnista & Tue-lentolehtisen käytöstä).

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: synnytyspelko, tunnistaminen, tuki, syyt, tuote

Arkistoidaan: Opinnäytetyö on saatavilla joko ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa Theseus.fi tai kirjastossa.



BACHELOR'S THESIS

Author: Lotta Lindroos

Degree Programme: Care, Turku

Specialization: Nurse/Public Nurse

Supervisors: Christine Alm & Gunlög Lemmetyinen

Title: The support of the Public Nurse to lower the fear of childbirth in pregnant women

11.10.2010

29 pages

2 appendices

Summary

This Bachelor's thesis is a development work at Parainen maternity clinic and it is part in a project called "Rådgivningsverksamhet i utveckling". The subject at study is fear of childbirth. My purpose is to develop a product that can help the Public nurses at Parainen maternity clinic to identify and support the women who suffer from fear of childbirth, in order to lower their fear. Based on a literature review my conclusion is that it is very hard to identify women who suffer from fear of childbirth. On the other hand, I also found out some physical factors and causes of fear of childbirth, which can be helpful for the identification.

The results of the support of the Public Nurse to lower the fear of childbirth showed that the Public nurse could use the PLISSIT-model to find out what level of refutation and care the women who suffer from fear of childbirth need. I also found out some important factors, which the Public nurse should remember when she/he supports a fearful woman. These factors were social support, knowledge, health service experience, the dad's support, provision, stories and, in case a woman is having her next baby, previous experiences. Based on these results I planned my product, which consists of a flyer (Identify & Support-flyer) with a handbook (A handbook for the use of Identify & Support-flyer).

Language: Swedish

Key words: fear of childbirth, identify, support, causes, product

Filed at: The examination work is available either at the electronic library Theseus.fi or in the library.

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
2 Förlossningsrädsla	3
2.1. Orsaker till förlossningsrädsla	4
2.2. Förlossningsrädslans inverkan på kvinnans liv	9
2.3. Identifiering av förlossningsrädda kvinnor	11
2.4. Hälsovårdarens stöd för att minska förlossningsrädsla.....	15
3 Processbeskrivning	20
3.1. Idéanalys	20
3.2. Metod för förverkligande.....	21
3.3. Datainsamling	21
3.4. Bearbetning av materialet	22
3.5. Produktplaneringen.....	22
4 Produktplanering.....	23
5 Diskussion.....	25
Källförteckning	27
Bilagor:	
Prototyp av handbok för användning av Identifiera & Stöda-flygbladet	bilaga 1
Prototyp av Identifiera & Stöda-flygblad	bilaga 2

1 Inledning

Detta är mitt utvecklingsarbete på Pargas rådgivning. Mitt utvecklingsarbete ingår i projektet ”Rådgivningsverksamhet i utveckling” och dess målsättning för studerande är kunskap om kvalitetsutveckling inom hälsovårdsverksamhet, färdigheter i teamarbete, fördjupad kunskap i rådgivningsverksamhet för barn och mödrar och mångprofessionellt samarbete. Projektet är ett samarbete mellan Yrkehögskolan Novia i Åbo och Pargas stads familjehus och det startade hösten 2008 med en utvärdering av verksamheten familjehuset. Jag har bestämt mig för att behandla ämnet ”förlossningsrädsla”, för att en del av klienterna på Pargas mödrarrådgivning önskat mer stöd i fråga om aktuell information och mer kunskap om ämnet (Ingves & Stenmark, 2009, 34).

Ämnet är intressant för att de flesta gravida kvinnor är nervösa och rädda inför förlossningen i någon utsträckning och därför behöver stöd och hjälp för att hantera rädslan (Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiiri, 2006). Förlossningsrädsla är värt att studera som blivande hälsovårdare för att man stöter säkerligen på ämnet, beroende på var man jobbar, och man bör även som hälsovårdare kunna identifiera och behandla det. I mitt arbete riktar jag mig både till de gravida kvinnorna på mödravården och hälsovårdarna.

På grund av att rädsla av förlossningen utsträcker sig från nästan total avsaknad av rädsla till mycket hög rädsla har tidigare forskningar tagit fram hur viktigt det är med olika strategier på mödrarrådgivningen för att kunna identifiera de kvinnor som är i behov av mera stöd under deras graviditet (Eriksson, Westman & Hamberg, 2005, 63). Syftet med mitt utvecklingsarbete är därför att producera en produkt som kan hjälpa hälsovårdarna på Pargas mödrarrådgivning att identifiera och stöda de kvinnor, som lider av förlossningsrädsla för att minska rädslan inför förlossningen. Min produkt består av ett flygblad, med bifogande handbok. I detta sammanhang behandlar jag endast lindrig, måttlig samt svår förlossningsrädsla, som går att behandla på mödrarrådgivningen. Därför att de som lider av förlossningsfobi kräver behandling hos en specialutbildad

terapeut med både kompetens i samtalsterapi och kunskap om förlossningsvård vid både normala förhållande som vid komplicerade tillstånd (Sjögren, 1998, 89).

Frågeställningarna som jag vill besvara är:

- Hur kan man identifiera de kvinnor som lider av förlossningsrädsla?
- Hur kan hälsovårdaren stöda de gravida för att minska deras rädsla?

Mitt examensarbete består av fyra delar. I första delen försöker jag få svar på mina frågeställningar. Den behandlar områden som allmänt om förlossningsrädsla, orsaker till förlossningrädsla, hur förlossningrädslan inverkar på den gravidas liv samt hur hälsovårdaren kan identifiera och stöda den gravida för att minska på rädslan. I andra delen beskriver jag min process, tredje delen består av produktplaneringen och fjärde delen består av diskussionen.

2 Förlossningsrädsla

Hälsovårdarna på mödrarådgivningen bör känna till vad förlossningsrädsla är, varför förlossningsrädsla behöver behandlas och hur man kan identifiera de förlossningsrädsla, för att kunna hjälpa de rädda kvinnorna. Därför har jag i denna del av mitt examensarbete också tagit upp orsakerna till förlossningsrädsla och hur förlossningsrädslan påverkar de gravidas liv, förrän jag kommit fram till identifieringen samt hälsovårdarens stöd för att minska förlossningsrädsla hos de gravida.

Nästan varje kvinna, som är gravid, är nervös och lite rädd inför förlossningen. Det är en naturlig reaktion och en liten nervositet är t.o.m. nyttig för den höjer adrenalinnivån och hjälper mamman att förbereda sig inför förlossningen och att klara av den. (Saisto, 2000; Viisanen, 2000, 87; Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiiri, 2006). Däremot talar man om den egentliga förlossningsrädslan då när rädslan hindrar det normala livet och skuggar graviditetens glädje (Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiiri, 2006).

Rädsla som fenomen är en naturlig reaktion till det som människan inte känner till och kan förklaras som en plötslig inre väderleksförändring, som inträffar utan att människan haft tid att förbereda sig (Köhler, 2000, 40-41). Rädslan kan uppkomma som spänning, osäkerhet, ångest eller panik (Vuorinen & Tuunala, 1995, 94). I en farlig situation är denna reaktion livsviktig och hjälper människan att försvara sig snabbt och effektivt. Däremot en människa som lider beständigt av någon sorts rädsla vet att situationen egentligen inte är farlig, men människans kropp reagerar ändå som om den skulle vara hotad av en riktig fara. I det här fallet kan inte hjärnan avskilja om det är frågan om en riktig farlig situation eller bara inbillning. Människan försöker efteråt därför undvika för att hamna i liknande situationer, på grund av att den egna reaktionen upplevdes skrämmande. (Hellström & Hanell, 2003, 23-24).

Redan var femte gravida kvinna är så rädd för förlossningen att den skuggar graviditeten och förbrukar krafter. Rädslan är oftast som starkast två veckor före förlossningen. (Saisto, 2000, 1483-1484, 1487). Föderskan är mest rädd för smärtan,

hjälplösheten, att förlossningen räcker länge, förlorandet av egna krafter och självbehärskning, den egna dåliga ”förlossningstekniken”, ingrepp, invalidisering av barnet under förlossningen och dålig behandling eller oförmåga av samarbete hos personalen (Saisto, 2000, 1483-1484; Humalajoki & Nurmi, 2010; Melender, 2002a, 105).

Förlossningsrädsla kan utifrån ett kliniskt perspektiv delas in i fyra olika grad av rädsla. Lindrig förlossningsrädsla innebär en oro som den gravida kan hantera och som ger henne en möjlighet att förbereda sig inför förlossningen. Måttlig förlossningsrädsla betyder att den gravida är så rädd för förlossningen att hon behöver hjälp och stöd för att lindra den, men hon lider inte hela tiden av psykiskt illabefinnande. Svår förlossningsrädsla är en rädsla som kan leda till att kvinnan inte vågar bli gravid överhuvudtaget eller föda vaginalt. Det kan även medföra att kvinnan lider av ett sådant psykiskt illabefinnande att det stör kvinnans vardag och/eller funktioner. Förlossningsfobi däremot innebär en så extrem rädsla att kvinnan starkt undviker att bli gravid eller undviker vaginal förlossning. (Ryding & Sundell, 2004, 7-8).

2.1. Orsaker till förlossningsrädsla

Orsaken till förlossningsrädsla kan vara biologisk, psykisk, social eller sekundär (Saisto, 2003, 4125; Saisto & Halmesmäki, 2003a, 202). Den biologiska orsaken till förlossningsrädsla det vill säga rädsla för en outhärdlig förlossningssmärta, är den vanligaste orsaken. Rädsla för förlossningssmärtan kopplas oftast till rädsla för smärta i allmänhet, oberoende av hur långt förlossning det är frågan om. (Saisto, 2003, 4126). Däremot fastän smärtan hör till en av den mest vanligaste orsaken till förlossningsrädsla har forskningar visat att farmakologisk smärtlindring inte ökar automatiskt belåtenheten under förlossningen (Kjærgaard, Wijma, Dykes & Alehagen, 2008, 341). Till exempel i en forskning kom fram att epiduralbedövning inte minskar förlossningsrädslan, utan endast smärtan, och bör därför inte ensam användas till att övervinna förlossningsrädslan (Laursen, Hedegaard & Johansen, 2007, 359).

Till rädsla för smärtan hör även en rädsla över att fastän smärtlindring finns, avstås det från att användas eller så ges det vid fel tidpunkt eller så hjälper det inte. Denna rädsla beror på vänners berättelser från den tiden, då det förekom en rädsla för att använda epiduralbedövning i början och slutet av öppningsfasen. Detta borde redan vara historia i hela Finland. (Saisto, 2000, 1484).

Den psykiska orsaken till förlossningsrädsla kan anknytas till personligheten, till tidigare traumatiska upplevelser eller till rädsla för kommande föräldraskapet (Saisto, 2003, 4125; Saisto & Halmesmäki, 2003a, 202). Till personligheten kan kopplas några drag som ökar risken för förlossningsrädsla. Dessa kan vara olika psykiska problem, såsom generell ångest och depression (Laursen, m.fl., 2007, 357; Kjærgaard, m.fl., 2008, 341). I en forskning associerades ångest till en femfaldig förlossningsrädsla och depression till en tvåfaldig förlossningsrädsla (Laursen, m.fl., 2007, 357). I en annan forskning framkom också att om kvinnan lider av mycket ångest leder det till en värre förlossningsrädsla (Hall, Hauck, Carty, Hutton, Fenwick & Stoll, 2009, 574).

En annan forskning kopplade även depression starkt ihop med förlossningsrädsla. Depressionen var oftast odiagnostiserad och ovårdad och dessutom förändrades den inte så mycket under graviditeten. Om kvinnan led av depression i början av graviditeten kunde det leda till ångest under graviditeten, förlossningsrädsla, missnöje med förlossningen samt depression under barnsängstiden. (Saisto, 2003, 4125). I en forskning framkom att kvinnor som led av depression trodde att de inte kunde föda sin baby och om de måste göra det skulle de dö. (Hofberg & Brockington, 2000, 84).

Även då förstföderskan är mycket ung eller å andra sidan gammal eller inte har levt i ett parförhållande ökar det risken för förlossningsrädsla (Rutanen, 2000, 1474; Saisto, 2003, 4127). Det här beror på att personligheten utvecklas via vissa stadier (barndom, tonår, självständighet, leva i ett parförhållande, föräldraskap o.s.v.) och först efter att människan gått igenom ett stadie färdigt kan hon börja på nästa. Det kan därför vara svårt för en person som inte gått igenom alla stadier att mogna till föräldraskapet. (Saisto, 2003, 4127).

Till personligheten kan även kopplas upplevelser från en problematisk barndom (Kjærgaard, m.fl., 2008, 341). Detta på grund av att en kvinna som har upplevt en problematisk barndom kan ha svårt att lita på andra människor och därför ha svårigheter att uppnå en bra relation med förlossningsavdelningens personal. (Ryding, Wirfelt, Wängborg, Sjögren & Edman, 2007, 819).

Tidigare traumatiska upplevelser som orsak till förlossningsrädslan kan vara våldsamma eller smärtsamma sexuella upplevelser eller smärtsamma eller förödmjukande gynekologiska undersökningar eller ingrepp (speciellt abort) (Saisto, 2003, 4125). Till exempel kvinnor som har blivit sexuellt utnyttjade associeras med förlossningsrädsla (Laursen, m.fl., 2007, 358). Det här kom även fram i en annan forskning, men i denna var det sexuella och/eller fysiska övergrepp i barndomen, inte i vuxenlivet, som associerades med förlossningsrädsla. I denna forskning kom även fram att om man upplevt övergrepp som barn var risken för en komplicerad förlossning lika stor som att vara en förstföderska. (Heimstad, Dahloe, Laache, Skogvoll & Schei, 2006, 438-439). I många somaliska flyktingsforskningar har även svår förlossningsrädsla kommit i uttryck och orsaken här är oftast posttraumatisk stress syndrom. Detta pga. att en del av de somaliska flyktingarna har varit med om kvinnokönsstympning under barndomen, våldtäkt under flykt och tortyr. Även flyktingar från Vietnam i Norge hade en hög grad av depression och posttraumatisk stress syndrom. (Högberg, 2004, 76).

Rädslan kan även anknyta sig till det blivande föräldraskapet istället för själva förlossningen. Därför att under förlossningen konkretiseras föräldraskapet. (Toivanen, Saisto, Salmela-Aro & Halmesmäki, 2002, 4567). Speciellt med tanke på förstföderskor antas det att förlossningsrädslan beror på ångesten över att bli en förälder och till det hörande ansvarstagande samt osäkerhet över sin egna förmåga både som föderska och mamma. (Saisto, 2000, 1485).

Den sociala orsaken till förlossningsrädsla kan vara brist på stöd, missnöje med sitt eget förhållande, arbetslöshet, dåliga socio-ekonomiska omständigheter, blivande ensamförsörjare, negativa berättelser och misstro av förlossningsavdelningens personal

(Saisto, 2003, 4125; Saisto & Halmesmäki, 2003a, 202; Kjærgaard, m.fl., 2008, 341; Saisto, 2000, 1485; Melender, 2002a, 106).

Brist på stöd kan bero på att hos till exempel förstföderskor är ofta även partnern lika förvirrad och rädd och därför inte kan ge det nödvändiga stödet (Saisto, 2000, 1485). Det kan också däremot bero på att kvinnan inte får tillräckligt stöd från sin egen moder. Under graviditeten spelar kvinnans egna mor en mycket viktig roll och då väcks oftast konflikter från kvinnans barndom och tonårstid upp. Om dessa konflikter inte blir bearbetade och lösta kan kvinnans rädsla för att bli moder leda till att hon inte vill föda barnet, vilket sen igen kan leda till komplikationer under förlossningen. (Sjögren, 1998, 15).

Missnöje för sitt eget förhållande kan också leda till förlossningsrädsla, därför att ett problematiskt parförhållande ökar på psykiska problem och mängden rädslor (Rutanen, 2000, 1474). Detta kan bero på att makarna inte klarar av att stöda varandra i en ny situation och det leder till att förlossningen blir mer skrämmande (Saisto, 2003, 4127). Även då paret inte är överens om att skaffa barn kan det lätt uppstå problem, till exempel i sådana situationer då kvinnan blir oplanerat gravid. Då kan kvinnan känna att hon bär fram på något oönskat och kan då ofta bli i konflikt med sig själv eller sina närmaste. Dessa situationer leder oftast till en dålig upplevelse av graviditet och förlossning. (Sjögren, 1998, 14).

Förlossningsrädsla kopplat till arbetslöshet och dåliga socio-ekonomiska omständigheter kan bero på att kvinnan känner sig rädd för att inte klara av att sköta om babyn tillräckligt bra och inte kunna ge babyn det den behöver på grund av brist till exempel på pengar, bostad med mera. Lite samma gäller en blivande ensamförsörjare, hon kan känna rädsla över att månne hon klarar av att sköta om babyn ensam.

Negativa berättelser om förlossningen från andra människor kan även vara en orsak till förlossningsrädsla, men även negativa berättelser som de gravida läst i böcker och tidningar (Melender, 2002a, 106). Mammorna själva har oftast svårt att säga vad rädsorna beror på. I en undersökning sade över en fjärdedel av mammorna att orsaken

berodde på ovetskap, 46 % sade att de berodde på andra mammors berättelser och 21 % på egna erfarenheter. (Rutanen, 2000, 1474).

Misstro av förlossningsavdelningens personal kan anknytas till rädsla över att barnmorskan inte har tillräckligt med tid för föderskan och lämnar henne ensam för en lång tid. Dessutom kan rädslan även kopplas till att barnmorskan inte sköter om föderskan ordentligt, ifall hon är ”besvärlig”. Förutom alla rädslor omkring själva förlossningen tror föderskan även att det krävs att hon kan bete sig: hon får inte skrika eller bli arg på barnmorskan eller sin partner och så vidare. Till detta anknyts en känsla av hjälplöshet samt en rädsla över att föderskan inte får någon hjälp och bör klara av förlossningen på egen hand. (Saisto, 2000, 1484).

Den sekundära orsaken till förlossningsrädsla kommer från tidigare dålig förlossningsupplevelse (Saisto, 2003, 4125; Saisto & Halmesmäki, 2003a, 202). En tidigare för tidig förlossning och speciellt att föda ett handikappat eller dött barn ökar alltid rädslan och ångesten vid nästa graviditet (Rutanen, 2000, 1474). Också förlossningar som lett till kejsarsnitt i tidigare förlossning är en klar riskfaktor (Rutanen, 2000, 1474; Saisto, 2000, 1483). I en forskning som undersökte effekten av barnfödelse-relaterad posttraumatisk stress syndrom på kvinnorna och deras förhållanden kom fram att om man tidigare har upplevt en traumatisk förlossning kan det leda till att man får förlossningsrädsla. Nästan alla kvinnor i denna forskning började lida av förlossningsrädsla och deras planer att skaffa ett till barn förändrades efter deras förlossningsupplevelse. (Ayers, Eagle & Waring, 2006, 396).

I en forskning kom fram att om den gravida tidigare upplevt en instrumental förlossning ökar det risken i följande förlossning till både instrumental förlossning och kejsarsnitt. Den mest vanliga orsaken för en upprepad instrumentell förlossning var oro för fostret. (Bahl & Strachan, 2004, 272-273). I en annan forskning kom det även fram att om den gravida har fått dålig smärtlindring under sin första förlossning är det vanligt att hon ber om kejsarsnitt i nästa förlossning (Saisto, 2000, 1484). Det är därför viktigt att man går igenom tillsammans med mamman den förlossning som upplevts traumatisk för att hindra att mamman börjar lida av förlossningsrädsla (Humalajoki & Nurmi, 2010).

2.2. Förlossningsrädslans inverkan på kvinnans liv

Förlossningsrädslan inverkar mycket på kvinnors liv, vilket hälsovårdaren bör vara medveten om. Den kan leda till komplikationer vid graviditets-, förlossnings- och barnsängstiden och framför allt förorsakar den plågan, mardrömmar och koncentrationssvårigheter (Saisto, 2000, 1483-1484). Den skuggar som värst hela graviditetstiden, kan försvåra förlossningen och komplicerar början på en god mamma-baby relation (Toivanen, m.fl., 2002, 4567).

Hela graviditetstiden kan skuggas genom att den gravida hela tiden lider av ångest, har mardrömmar, har panikattacker, kan inte sova, kan inte njuta av graviditeten alls med mera. Mera av dessa symptom kan läsas i stycket ”identifiering av förlossningsrädda kvinnor”.

Förlossningsrädslan kan försvåra förlossningen genom att till exempel starta förlossningen för tidigt eller hindra den från att börja (Saisto, 2000, 1483). Om babyn föds för tidigt kan denne behöva mycket vård för att kunna överleva, därför att en för tidigt född babyn har inte utvecklat sina försvarsmekanismer ordentligt, klarar dåligt av syrebrist, förändringar på blodtrycket samt mekaniskt tryck och trauma. Dessutom är mamman oftast inte redo att föda och därför kan känna ångest både för den överraskande situationen samt för den för tidigt födda babyns möjlighet att överleva. För tidig förlossning kan även skapa skamkänslor hos mamman och en känsla av att hon har misslyckat. (Paananen, m.fl., 2009, 430-431). Som jag tidigare nämnde kan en för tidig förlossning leda till förlossningsrädsla, det vill säga om mamman är rädd redan från tidigare och upplever en för tidig förlossning kan det öka ännu mera på rädslan.

Däremot om förlossningsrädslan hindrar förlossningen från att börja leder det till en överburen graviditet och eventuellt ett behov av att få hjälp att starta förlossningen (Saisto, 2000, 1483). En överburen graviditet kan försvåra förlossningen avsevärt. Fostret kan mer lättare börja lida av syrebrist, för att placentans funktion så småningom

har börjat avta och det är också mer vanligt bland överburna föderskor, ingen skillnad om förlossningen startat av sig själv eller inte, att livmodermunnen förblir omogen eller att den öppnas långsamt och jobbigt. Dessutom kan även fostret vara stort, vilket sen igen försvårar krystningsskede. (Paananen, m.fl., 2009, 431-432).

En överburen förlossning leder ofta till att kvinnan lider av mer psykisk press än normalt, därför att kvinnan redan har väntat på förlossningen i flera veckor eller sen är det frågan om en förlossning som blivit startad med professionell hjälp. I detta skede är inte mammas mentala potential som bäst och upplevelsen att misslyckas hotar henne. Därför bör barnmorskan vara där för att se till att kvinnan får den bästa möjliga upplevelsen av förlossningen. (Paananen, m.fl., 2009, 431-432). Förlossningsrädslan kan även förlänga förlossningen och mammor som lider av förlossningsrädsla har en större risk att hamna på akut kejsarsnitt (Saisto, 2000, 1483).

De som lider av förlossningsrädsla har också ofta problem med föräldraskapet och med att bilda ett gott tidigt samspel med den nyfödda samt har en större risk att insjukna i barnsängsdepression. Om man inte vårdar mammans förlossningsrädsla stör det barnsängstidens lycka och försämrar möjligheterna att bilda ett gott samspel med den nyfödda. (Rouhe, m.fl., 2007, 2481, 2486).

Förlossningsrädsla kan dessutom leda till att de gravida kräver att få kejsarsnitt istället för normal förlossning, vilket är för det första mera riskabelt och för det andra två gånger dyrare (Saisto & Halmesmäki, 2003b, 593-597). Mammans dödlighet blir 2-4 gånger större och risken att bli sjuk är tio gånger större med kejsarsnitt jämfört med normal födsel. De vanligaste komplikationerna med kejsarsnitt är infektioner och blödningar och den nyfödda anpassar sig även långsammare till livet utanför livmodern efter kejsarsnitt. (Saisto, 2000, 1486-1487).

Kejsarsnittet har ökat under det senaste årtiondet (Lappi-Khabbal, 2008, 136). I en forskningen kom fram att under åren 1999-2005 utfördes 0,5- 3,0% av kejsarsnittet pga. förlossningsrädsla. Önskan att be om kejsarsnitt är ett sätt som patienten försöker lösa situationen som ger henne ångest. (Rouhe, m.fl., 2007,2482-2485). Förlossningsrädslan

däremot reflekterar mer omfattande kvinnans personlighet, sinnestämning, parförhållande och ångest, och dessa områdens problem sköts inte med hjälp av kejsarsnitt (Rouhe, m.fl, 2486).

I en forskning som undersökte skillnaden mellan kvinnor som utförde förlossningen med eller utan epiduralbedövning kom fram till att de kvinnor som valde epiduralbedövning var mera rädda för förlossningen jämfört med de som tyckte att alternativa smärtlindringsmetoder var effektiva. De kvinnor som tyckte att alternativa smärtlindringsmetoder var effektiva var också mindre beroende av professionella, fick mindre poäng för passiv efterlevnad och hade mer kunskap om riskerna med epiduralbedövning. I denna forskning kom de även fram till att kvinnor som upplevde sin första förlossning hade en större sannolikhet av att lida av en högre förlossningsrädsla. (Heinze & Sleigh, 2003, 327-330).

De gravida som har förlossningsrädsla uppskattar dessutom att de har en låg smärttolerans (Saisto, 2003, 4126). I en forskning som undersökte skillnaden mellan smärttoleransen hos kvinnor som led av förlossningsrädsla och kvinnor som inte led av förlossningsrädsla kom fram att kvinnor som lider av förlossningsrädsla har faktiskt en lägre smärttolerans jämfört med kvinnor som inte lider av förlossningsrädsla både före och efter förlossningen (Saisto, Kaaja, Ylikorkala & Halmesmäki, 2001, 125-126).

Förlossningsrädsla ökar även på behovet av smärtlindring under förlossningen (Saisto, 2000, 1483). I en forskning kom fram att mängden rädsla under öppningsfasen korrelerade signifikant med den totala andelen smärtlindring, men däremot förutspådde inte mängden rädsla längden av förlossningen (Alehagen, Wijma & Wijma, 2001, 319). Därför är vården av förlossningsrädsla av högsta värde viktigt (Toivanen, m.fl., 2002, 4567).

2.3. Identifiering av förlossningsrädda kvinnor

Förlossningsrädsla anknyts ofta till en känsla av skam. Det är svårt att tala om själva rädslan och även att söka hjälp. Därför kan det vara svårt för hälsovårdaren att identifiera de gravida som lider av förlossningsrädsla. Dessutom kan även kvinnor ha

svårt att känna igen sina känslor. Den gravida kan må dåligt eller ha några andra fysiska symptom som förlossningsrädslan ligger bakom. (Saisto, 2000, 1484). I denna del av mitt utvecklingsarbete skall jag ge några förslag på hur man kan identifiera en förlossningsrädd kvinna.

Kvinnor som lider av förlossningsrädsla under förlossningen känner rädsla även under graviditeten, vilket ger möjligheten att identifiera kvinnor med förlossningsrädsla redan under graviditeten (Kjærgaard, m.fl., 2008, 347). En forskning rekommenderar att man skall fråga kvinnorna hur de känner sig inför sin kommande förlossning senare under graviditeten (i medeltal den 32. veckan), därför att några av kvinnorna i forskningen uttryckte sig endast ha förlossningsrädsla senare under graviditeten (Laursen, m.fl., 2007, 355, 359). Lappi-Khabbal (2008, 136) nämner däremot att det står i läkarens handbok från år 2005 att man bör senast omkring graviditetsvecka 30 behandla förlossningsfobin på förlossningssjukhusets poliklinik. Humalajoki och Nurmi (2010) säger att hälsovårdaren ändå alltid skall ingripa så fort när det har kommit fram att kvinnan lider av förlossningsrädsla, hur tidigt det än är, och inte lämna den för hantering senare.

Några forskningar har kommit fram till vissa fysiska faktorer under graviditeten och förlossningen som förlossningsrädslan har kommit i uttryck som. Forskningen gjord av Melender (2002a, 2002b) delade upp sina faktorer i fyra olika grupper, vilket var stressymptom, påverkan på det vardagliga livet, önskan att få kejsarsnitt samt önskan att undvika graviditet och förlossning. De faktorer Melender inte nämnde, vilket andra forskningar gjorde, passar även in i grupperna, därför bestämde jag mig för att hålla mig till Melenders uppdelning av faktorerna.

- Stressymptom
 - Sömlöshet
 - Ångest
 - Panikattacker
 - Aggressivitet
 - Gråtande
 - Mardrömmar

- Att tala ofta om rädsorna
- Att tänka ofta på rädsorna
- Takykardi
- Rastlöshet
- Nervositet
- Påverkan på det dagliga livet
 - Brist på koncentrationsförmågan
 - Frånvarande från jobbet (sjukledigheter)
 - Spänning
 - Räknande av fostrets rörelser mer ofta än nödvändigt
 - Förändringar på dagliga aktiviteter (matvanor, fysisk aktivitet mm.)
 - Inte kunna njuta av graviditeten
 - Känna sig paranoid
 - Problem inom parförhållandet
 - Graviditetens och förlossningens förlopp försvåras
- Önskan till kejsarsnitt
 - Bett att få kejsarsnitt eller skall be att få kejsarsnitt
- Önskan att undvika graviditet och förlossning
 - Uppskjutning av att skaffa barn
 - Funderar på att göra abort

(Humalajoki & Nurmi, 2010; Rouhe, Halmesmäki & Saisto, 2007, 2481; Lappi-Khabbal, 2008, 136; Saisto, 2000, 1483; Melender, 2002b, 224; Melender, 2002a, 107).

Dessa fysiska faktorer kan vara till hjälp då hälsovårdaren skall identifiera de förlossningsrädda kvinnorna. Däremot förekommer inte alla dessa fysiska faktorer hos en kvinna som har förlossningsrädsla, utan möjligen bara några få beroende förstås hur stark förlossningsrädseln är. Enligt en forskning förekom stress symptom mer oftare hos kvinnor med en eller flera tidigare graviditeter jämför med de som inte än hade varit gravida. De gravida kvinnorna som hade problem med den nuvarande graviditeten upplevde mera stress symptom jämfört med som inte hade problem under graviditeten och kvinnor som planerade sitt kejsarsnitt upplevde också mera stress symptom jämfört med de som planerade en vaginal förlossning. (Melender, 2002a, 109).

Upplevelser av påverkan på det dagliga livet uppkom också olika beroende på hur hög skolning kvinnorna hade. De kvinnor som hade en universitets utbildning upplevde minst upplevelser av påverkan på det dagliga livet, medan de som hade gått i grundskolan och gymnasiet hade mest. Önskan till kejsarsnitt framkom sen igen mycket mera bland de kvinnor som redan planerade sitt kejsarsnitt jämfört med de kvinnor som planera att föda vaginalt. Sedan önskan att undvika graviditet och förlossning framkom mer oftare bland kvinnor som var arbetslösa jämfört med kvinnor som hade ett arbete och även mer ofta bland kvinnor som inte levde med en partner jämfört med de kvinnor som var gifta eller hade en sambo. (Melender, 2002a, 109).

Det man även kan göra för att få fram att den gravida är rädd för förlossningen är att helt enkelt fråga hur hon känner sig inför förlossningen (Paananen, m.fl., 2009, 423). Däremot kan det ju som jag tidigare nämnde vara svårt för den gravida att känna igen sina rädslor så det kan därför vara svårt att få fram om kvinnan har rädslor inför förlossningen endast genom att fråga.

Det som också kan vara till hjälp vid identifikation av förlossningsrädda kvinnor är orsakerna till förlossningsrädsla. Mycket av dessa orsaker kan hälsovårdaren få fram via anamnesen, såsom om den gravida är mycket ung eller gammal, inte lever i ett parförhållande, är en blivande ensamförsörjare, har tidigare upplevt traumatiska upplevelser, har tidigare haft en dålig förlossningsupplevelse och har dåliga socio-ekonomiska omständigheter.

Andra orsaker till förlossningsrädsla, såsom oro för blivande föräldraskapet, att ha brist på stöd, att ha ett problematiskt parförhållande, att ha hört och läst om negativa berättelser angående förlossningen och att ha misstro för förlossningsavdelningens personal, kan hälsovårdaren få fram genom att diskutera med den gravida om dessa faktorer. Psykiska orsaker till förlossningsrädsla, såsom generell ångest och depression, kan hälsovårdaren få fram genom att det endera är diagnostiserat eller sen igen genom symptomerna av generell ångest och depression. Till detta kan hälsovårdaren även använda sig av olika test såsom till exempel EPDS-testet. Däremot när det kommer på

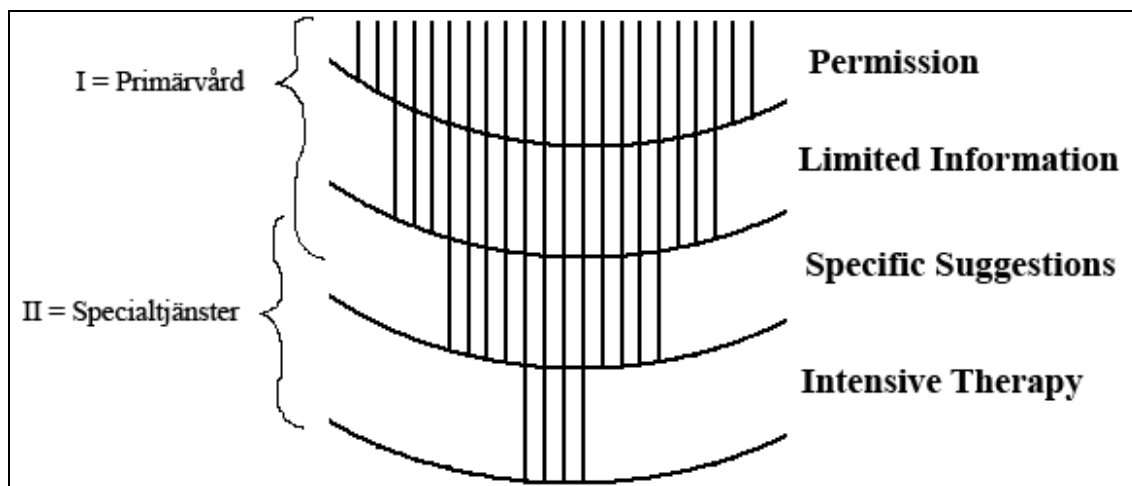
frågan att hälsovårdaren tror att den gravida lider av generell ångest eller depression bör den gravida visas till specialvård för vidare utredning och behandling.

Däremot gällande dessa orsaker till förlossningsrädsla bör hälsovårdaren komma ihåg att fastän den gravida är till exempel mycket ung eller gammal behöver det inte betyda att hon lider av förlossningsrädsla. Dessa orsaker till förlossningsrädsla är endast till hjälp vid identifikation av förlossningsrädda kvinnor och fastän den gravida uppfyller något/några av dessa orsaker behöver det inte betyda att hon har förlossningsrädsla.

2.4. Hälsovårdarens stöd för att minska förlossningsrädsla

Hälsovårdarens stöd för att minska förlossningsrädslan går ut på att hjälpa kvinnan att behärska sin graviditet och förlossning och att anvisa henne genom att uppskatta hennes känslor, så att hon genom det stöd hon får föder normalt och tar förlossningen emot så som den kommer. Till detta hör framför allt empatiskt lyssnande och av lyssnaren krävs det en god förmåga att möta ångslan för att gråt, hat, panikliknande nöd och förtvivlan hör till diskussionerna om det som kommer och tidigare förlossningar. Förutom lyssnande hör det ännu till hälsovårdaren att hon ger saklig kunskap till kvinnorna och vid behov handleder dem till specialvården. (Saisto, 2000, 1485-1486).

Kvinnor lider av förlossningsrädsla i olika grad och kräver därför olika stöd. För att bedömma vilket stöd hon behöver kan det vara bra att använda den så kallade PLISSIT-modellen. Den anger fyra nivåer av bemötande och behandling och skapades ursprungligen för att beskriva den kvantitativa fördelningen av insatser för människor som sökte hjälp för sexuella problem. (Sjögren, 1998, 88-89).



Figur 1. PLISSIT-modellen

Första nivån är ”Tillstånd” (”Permission”). Kvinnor som lider av lindrig förlossningsrädsla kan bli bemötta och behandlade enligt denna nivå för att minska rädslan. Kvinnorna som lider av denna nivå’s förlossningsrädsla behöver få lov att tala om sin rädsla med någon som kan lyssna och visa förståelse och någon som accepterar att kvinnan är rädd. En stor del av de gravida kvinnorna lider just av denna nivå’s förlossningsrädsla. Vem som helst kan vara den person som lyssnar, visar förståelse och accepterar att kvinnan är rädd, det kan vara frågan om pappan till barnet, en vän, hälsovårdaren med mera. Bara denna person förstår och tycker att det är okej att vara rädd inför förlossningen. (Sjögren, 1998, 88-89).

Nästa nivå är ”Begränsad information” (”Limited Information”). Till denna nivå kan man koppla kvinnor som lider av måttlig förlossningsrädsla. Dessa kvinnor behöver, förutom att någon lyssnar på dem, information om hur förlossningen går till i verkligheten och hjälp att planera den realistiskt. De behöver även någon som kan svara på deras frågor. Inom denna nivå är det frågan om hälsovårdare, barnmorskor och läkaren på mödrarådgivning som kan fullfölja detta stöd. I detta sammanhang är familjeförberedelsekurserna ett ypperligt tillfälle att diskutera med andra gravida kvinnor som är rädda och på det viset få uppleva att man inte är ensam med sin rädsla. (Sjögren, 1998, 88-89).

I en forskning som undersökte hur gruppterapi och avslappningsövningar hjälper mot förlossningsrädsla kom fram att gruppformad vård av förlossningsrädsla lindrar

förlossningsrädslan effektivt. Mest tyckte gruppmedlemmarna att de drog nytta av att diskutera med personer som var i samma situation. De att de andra kände och var rädda på samma sätt, befria den blivande mamman att känna sig själv mera värdefull och normal. Däremot krävs det av grupphandledaren psykologisk sakkännedom och gruppterapeutiska färdigheter. (Toivanen, m.fl., 2002, 4570-4571). Gruppterapi kan vara ett mycket bra sätt att stöda de kvinnor som lider av förlossningsrädsla. Detta kan förverkligas genom att samla ihop gravida kvinnor som lider av förlossningsrädsla till ett tillfälle i vilken endera utförs avslappningsövningar som i forskningen eller så kan man även ha ett informationstillfälle i vilken kvinnorna diskuterar sinsemellan till exempel om just förlossningsrädsla. För att detta skall fungera så bra som möjligt bör gruppen ha en god anda och därför kan inte gruppen bara träffas några gånger, utan isåfall borde de ha flera tillfällen tillsammans där de lär känna varandra bättre.

Tredje nivån av PLISSIT-modellen består av "Särskilda råd" ("Specific Suggestions"). En svår förlossningsrädsla kan behandlas med hjälp av denna nivå. Kvinnorna som når upp till denna nivå behöver en mera tidskrävande rådgivning av någon som har intresse för och erfarenhet av förlossningsrädsla. Inom denna nivå bör det även vara en barnmorska, hälsovårdare eller läkare som ger det behövande stödet. Sedan fjärde nivån är "Intensive terapi" ("Intensive Therapy"). Med hjälp av denna nivå kan man bemöta och behandla kvinnor som lider av förlossningsfobi. Det är endast ett litet antal av kvinnor som lider av så stark förlossningsrädsla att de är i behov av bedömning och behandling hos en specialutbildad terapeut. (Sjögren, 1998, 88-89). Om en kvinna lider av denna nivå's behandling bör hon skickas till rädslopoliklinik för behandling från experter.

För att kunna välja rätt nivå av bemötande och behandling är tumregeln den, ifall man inte direkt kan bedömma vilken nivå den rädda behöver, att börja från den lägsta nivån och se om det räcker till (Sjögren, 1998, 90). Däremot skall hälsovårdaren komma ihåg att det är alltid den gravida kvinnan som gör beslutet om hurudant bemötande och stöd hon vill ha och därför bör hälsovårdaren alltid diskutera med den gravida före man till exempel tar med henne på gruppterapi som jag tidigare nämnde. Det är oftast också den gravida som vet hurudant stöd hon behöver och på vilken nivå.

Hälsovårdarens stöd för att minska förlossningsrädsla grundar sig även på tillfällen som är helt rutinmässiga på mödrarådgivningar, såsom familjeförberedelsekurser, mödravårdsmottagningar och att ge saklig kunskap till den gravida och dess partner (Humalajoki & Nurmi, 2010; Melender, 2002b, 221; Rutanen, 2000, 1474). I en forskning kom fram att de förstföderskor som hade redan vid svarstillfället deltagit i familjeförberedelsekursen hade en mindre rädsla jämfört med de som inte hade ännu gått på familjeförberedelsekursen (Melender, 2002b, 224).

I en annan forskning gjord av Melender (2002b) kom fram att det var vissa faktorer som skapar en känsla av trygghet angående graviditeten och förlossningen. Dessa faktorer var socialt stöd, kunskap, hälsovårdserfarenheter, stödet från pappan, försörjning, positiva berättelser och hos omföderskor tidigare positiva erfarenheter. De sociala stödet fick man från sina föräldrar, syskon samt andra släktingar, vänner och arbetskamrater. Detta stöd är ytterst viktigt för gravida kvinnor för att minska deras förlossningsrädsla. (Melender, 2002b, 221).

Kunskapen som skapa en känsla av trygghet handlade om förlossningen, babys vård samt graviditeten (Melender, 2002b, 221). Däremot bör hälsovårdaren komma ihåg att inte ge för mycket information, för att inte skrämma upp den gravida. Hälsovårdaren kan därför fråga av mammorna vad de verkligen vet om graviditeten och förlossningen och vad de skulle vilja veta mera om (Melender, 2002, 225). I en forskning framkom viktig information som hälsovårdaren bör berätta till den förlossningsrädda kvinnan så att kvinnas upplevelse av förlossningen skall bli så positiv som möjligt. Denna information var kunskap om förlossningen, kunskap om att dolda rädslor kan väckas under förlossningen, kunskap om att förlust av självkontroll under förlossningen är vanligt, att kvinnan skall vara förberedd på att det gör ont att föda och att hon skall ha förtroende för sin förmåga att hantera sin smärta. (Sjögren, 1998, 20). Det hälsovårdaren också bör komma ihåg är att även ge information till den gravidas partner, därför att som jag tidigare nämnde kan även partnern känna sig förvirrad och rädd och inte kunna ge det behövliga stödet till den gravida.

Hälsovårdserfarenheterna betydde de stöd man fick på mödravårdsmottagningarna av professionella hälsovårdare samt undersökningarna de gjordes under graviditeten. (Melender, 2002b, 221). Hälsovårdarens stöd för att minska förlossningsrädsla bör planeras individuellt genom att beakta den gravida kvinnans psykiska uppbyggnad, livssituation i helheten, familjesituation och användbara stödnätverk (Saisto, 2003, 4127). Det är även viktigt att fråga hur mamman känner sig inför graviditeten, förlossningen och blivande moderskapet (Melender, 2002, 225). Det väsentliga, då hälsovårdaren bemöter en kvinna som är rädd för förlossningen, är att rädslorna och de konstiga känslorna anknytt till förlossningen kan bli hörda och accepterade (Toivanen, m.fl., 2002, 4571).

De stöd man fick av pappan betydde bland annat att man hade en möjlighet att diskutera om viktiga frågor hemma med barnets pappa angående att få ett barn (Melender, 2002b, 221). Stödet från partner är ytterst viktigt och som jag tidigare nämnde ökar problem inom förhållandet psykiska problem och mängden rädslor. Makarna påverkar varandra kraftigt både under graviditeten och efter förlossningen och förändringar i nedstämdheten samt belåtenheten med parförhållandet beskriver snarare paret än makarna skilt. Det skulle därför vara viktigt att båda makarna går på rådgivningen. Där skulle det vara viktigt att de skulle få veta hurdana förändringar det kan ske inom parförhållandet efter att barnet har fött, så att de kan redan på förhand förbereda sig. Detta kan hjälpa paret att komma igenom problem och på det viset minska på psykiska problem och mängden rädslor. (Saisto, 2003, 4127).

Försörjningen sen igen anknöts till arbetets/studiernas och ekonomisk situation. En orsak bakom förlossningsrädsla kan vara som jag tidigare nämnde just att man är arbetslös eller har dåliga ekonomiska omständigheter. God försörjning skapar därför trygghet för kvinnan och kan eventuellt även minska på förlossningsrädslan. Positiva berättelser som skapa en känsla av trygghet angående graviditeten och förlossningen var andras positiva berättelser om graviditeten, förlossningen och babyns vård, som även berörde tidigare positiva erfarenheter (omföderskor). (Melender, 2002b, 221). Det är ändå bra att fråga hurdana berättelser mammorna har hört från andra kvinnor eller läst i böcker eller tidningar och hur dessa berättelser har inverkat på dem. (Melender, 2002,

225). Detta pga. att i undersökningar, som jag nämnde tidigare, kom fram att 41 % av mammorna sa att orsaken till förlossningsrädslan var andra mammors berättelser om förlossningen och även negativa berättelser som de gravida läst i böcker och tidningar var en orsak till förlossningsrädsla.

Alla faktorer i Melenders (2002b) forskning upplevdes bringa rätt så kraftigt en känsla av trygghet och speciellt betonades pappans stöd och hälsovårdserfarenheterna. (Melender, 2002b, 221). Dessa faktorer kan även minska på förlossningsrädsla, för att som jag tidigare har nämnt kan brist på dessa faktorer orsaka förlossningsrädsla. Det är därför viktigt att hälsovårdaren stöder den gravida kvinnan att uppnå dessa faktorer.

Partners, familjens och vänners stöd, bra familjeförberedelse och att ge saklig kunskap på rådgivningarna vid alla stadier av graviditeten är av högsta värde viktigt vid vården av rädsla (Rutanen, 2000, 1474). Till de kvinnor som begär kejsarsnitt utan medicinska skäl bör man även berätta om kejsarsnittoperationens risker. Detta för att få dem mera medvetna om vad de begär efter och eventuellt få dem att pröva på normal förlossning till att börja med. (Saisto & Halmesmäki, 2003b, 593).

3 Processbeskrivning

I det här stycke skall jag beskriva min process och samtidigt även utvärdera den för att se om jag kunde ha gjort något bättre.

3.1. Idéanalys

Idén att skriva om ämnet förlossningsrädsla kom fram på vårt första möte på Pargas rådgivning där en årskurs högre presenterade sina resultat från sina slutarbeten. Efter det mötet funderade jag på flera olika idéer om vad jag skulle utveckla inom förlossningsrädsla. Jag läste mycket litteratur och diskuterade även med handledarna om mina idéer. Till slut kom jag fram till att göra någon sorts produkt som kan hjälpa hälsovårdarna att identifiera och stöda de förlossningsrädda kvinnorna.

Frågeställningarna tog också en tid att komma fram till. I början hade jag massor med

frågor, men till slut med hjälp av handledarna fick jag dem minskade till två frågeställningar.

Nu efteråt tycker jag att själva idén var helt bra och de resultat jag kommit fram till och den produkt jag designa hjälper säkert åtminstone till en del hälsovårdarna att identifiera och stöda de förlossningsrädda kvinnorna. Däremot var idén ganska så svår att uppfylla, pga. det visade sig att det är svårt att identifiera och stöda de förlossningsrädda kvinnorna som hälsovårdare för att minska rädslan. Frågeställningarna tyckte jag att jag fick svar på ganska så bra och dem skulle jag inte ha kunnat ändra på så mycket mera med tanke på syftet med mitt arbete.

3.2. Metod för förverkligande

Först ville jag göra ett frågeformulär för att komma fram till hur kvinnorna ville bli stötta, men för att det redan fanns så mycket litteratur gällande förlossningsrädsla var detta inte nödvändigt. Istället gjorde jag en litteraturöversikt genom att studera litteratur och forskning inom ämnet förlossningsrädsla (Forsberg & Wengström, 2008, 29-30). Därefter planerade jag min produkt på basis av de jag kommit fram i litteraturöversikten.

Metoden för förverkligande var en bra metod i detta fall, därför att det redan fanns mycket information och forskningar om ämnet förlossningsrädsla. Däremot ledde det ju till att man läste igenom massor med text, fastän man inte ens behövde använda allt, för att det var inte relevant för mitt arbete. Detta var väldigt tidskrävande och det är ju alltid möjligt att det var någon viktig information som jag missade pga. att jag ofta skummade igenom resultaten snabbt då jag sökte efter forskningar. Däremot tror jag ändå att jag har hunnit tagit fasta på det allra viktigaste gällande förlossningsrädsla.

3.3. Datainsamling

När jag började söka efter material hittade jag massor. Vid det skede tog jag allt till vara, men senare valde jag ut den information som jag behövde. Databaser som jag har

använt mig av är EBSCO, Medic, Google Scholar, ScienceDirect (Elsevier) och PubMed. Jag har även sökt i olika bibliotek såsom Novias bibliotek, Åbo Akademis bibliotek, Åbo stadsbibliotek, Turun yliopistos bibliotek och Pargas bibliotek.

Sökorden jag har använt mig av är förlossningsrädsla (fi: synnytyspelko, eng: fear of childbirth, fear of vaginal birth, tokophobia), mödravård (fi: äitiyshuolto, eng: antenatal care), barnfödelse (fi: synnytys, eng: childbirth), rädsla (fi: pelko, eng: fear), födelse (fi: synnytys, eng: birth) och smärta (fi: kipu, eng: pain). Dessutom har jag kombinerat vissa av dessa ord såsom förlossningsrädsla och mödravård, förlossningsrädsla och barnfödelse, rädsla och barnfödelse, rädsla och födelse och förlossningsrädsla och smärta och rädsla, födelse och smärta och barnfödelse och smärta. Jag har avgränsat med hjälp av årtal och också genom att endast söka artiklar som jag får i fulltext. De artiklarna som jag sist och slutligen valde till mitt utvecklingsarbete var sådana som gav mer innehåll till mitt arbete, som var tillförlitliga, var skrivna av professionella, var för det mesta förstahandskälla och rätt så nya.

3.4. Bearbetning av materialet

Samtidigt som jag samlade ihop material skrev jag ner det som jag ansåg vara relevant till mitt arbete. I början bestod en stor del av min text av råmaterial som jag inte hade bearbeta rätt så mycket. För mig var det enklast att först skriva massor med råmaterial och först sen börja ordna om texten och bearbeta den. Detta gjorde det enklare sedan att skriva om texten till en flytande text då resultaten redan var klart för mig i tankarna. Det tog däremot förstås en lång tid förrän jag kom fram till resultaten, men jag kom dit iallafall.

3.5. Produktplaneringen

Efter att jag gjort min litteraturoversikt började jag planera min produkt. Det tog mycket länge förrän jag kom fram till att jag skall göra ett flygblad med bifogande handbok. Först ville jag göra en musmatta, men på grund av att det skulle ha rymmas så lite text på den kom jag fram till att ett tvåsidigt flygblad skulle vara passande. Att designa mitt

flygblad tog mycket tid, för det första skulle jag ju få all text att rymmas och sedan också få den att se intressant ut med hjälp av färg och bilder. Dessutom kunde jag inte göra den så mycket större för annars skulle den inte vara så lätt att använda något mer.

Handboken var däremot enklare att designa, därför att i den var det texten som var huvudsaken och inte så mycket hur den såg ut. Det jag däremot börja tänka på var ifall hälsovårdaren skulle kunna använda sig av en VAS-skala (Visual Analogue Scale) vid identifikationen av förlossningsrädda kvinnor och även kunna se hur stark rädslan är hos kvinnorna, men då skulle det betyda att de förlossningsrädda kvinnorna måste vara medvetna om att de är rädda inför förlossningen. Däremot skulle hälsovårdaren eventuellt kunna använda sig av den vid mätning av vilken nivå av bemötande och behandling den förlossningsrädda kvinnan behöver, men detta bör isåfall undersökas vidare för att se hur det skulle fungera i praktiken. Sist och slutligen tycker jag att min produkt blev mycket bra och jag är stolt över att ha gjort den själv. Däremot hur det fungerar att använda den i praktiken är något jag får vänta och se. Jag tycker även att jag med hjälp av mitt flygblad och bifogande handbok har uppnått mitt syfte med examensarbetet och även fått svar på mina frågeställningar.

4 Produktplanering

Min produkt blev till slut ett flygblad, med bifogande handbok. Handboken innehåller information om förlossningsrädsla och hur hälsovårdaren kan identifiera och stöda de gravida till en minskad rädsla, medan sen igen flygbladet innehåller kortfattat hur man kan identifiera och stöda den rädda gravida kvinnan. Detta flygblad samt handbok är riktad till hälsovårdarna på Pargas mödrarådgivning. Hälsovårdarna kan använda sig av flygbladet samt handboken för att kunna hjälpa de förlossningsrädda kvinnorna. Jag bestämde mig för att göra ett flygblad med bifogande handbok för att ett flygblad är lätt att ha med sig och man kan snabbt och enkelt kolla upp just till exempel vilka de där fysiska faktorerna var för att kunna identifiera de gravida och sedan även vad som hälsovårdaren bör komma ihåg då man stöder den rädda kvinnan.

Handboken planera jag så att den skulle vara enkel att läsa och hälsovårdaren skulle direkt få mycket kunskap om förlossningsrädsla, hur hälsovårdaren kan identifiera den förlossningsrädda kvinnan samt hur hälsovårdaren kan stöda den förlossningsrädda kvinnan. Dessutom innehåller den information om hur hälsovårdaren kan använda sig av Identifiera och stöda-flygbladet. Pärmens på handboken har jag gjort så att handboken skall se så intressant ut som möjligt och alla helst blir intresserade av att läsa den. Bilden på pärmens är samma bild som är ena av bilden från flygbladet. Texten i handboken är en stor del av mitt examensarbetets text, för att den innehåller mycket viktig fakta som hälsovårdaren bör känna till för att lättare kunna hjälpa den förlossningsrädda.

Identifiera och stöda-flygbladet planerade jag så att på ena sidan är identifiering av förlossningsrädda kvinnor och på andra sidan är stöd av förlossningsrädda kvinnor. Storleken på detta flygblad är 21 x 16.5 cm. På framsidan vilket handlar om identifiering av förlossningsrädda kvinnor är de fysiska faktorerna och orsaker till förlossningsrädsla radade i punktform. Detta för att som jag kom fram i detta examensarbete kan dessa fysiska faktorer samt orsaker vara till hjälp vid identifieringen av förlossningsrädda kvinnor. Framsidan har även en bild med en gravid kvinna på samt lite färg så att den skall se mera intressant ut och inte bara innehålla text. Bilden är från Microsoft Words Clip Art.

Bakre sidan av Identifiera och stöda-flygbladet består av stöd av förlossningsrädda kvinnor. På den har jag lagt fram PLISSIT-modellen som beskriver den kvantitativa fördelningen av insatser för människor som behöver stöd för att minska förlossningsrädsla. Som jag tidigare har berättat kan hälsovårdaren med hjälp av PLISSIT-modellen få reda på hurdan bemötande samt stöd den förlossningsrädda behöver för att minska på rädslan och på vilken nivå. På bakre sidan har jag även lagt olika viktiga faktorer som hälsovårdaren bör beakta för att kunna minska den gravidas förlossningsrädsla. Dessa faktorer är kunskap, socialt stöd, stödet från pappan/partnern, berättelser, erfarenheter, hälsovårdserfarenheter och försörjning. Under dessa faktorer har jag lagt i punktform vad faktorerna innebär. Bakre sidan har även en bild, tagen från Microsoft Words Clip Art och föreställer en gravid kvinna med en man som kramar om

henne. PLISSIT-modellen och de viktiga faktorerna är innanför olika färgade rutor så att texten innanför rutorna syns bättre. Detta flygblad samt bifogande handbok hoppas jag kan vara till hjälp vid identifieringen av förlossningsrädda kvinnor samt då hälsovårdaren stöder den rädda kvinnan för att minska på förlossningsrädslan.

5 Diskussion

Mitt syfte med detta examensarbete var att producera en produkt som kan hjälpa hälsovårdarna på Pargas mödrarådgivning att identifiera och stöda de kvinnor, som lider av förlossningsrädsla för att minska rädslan inför förlossningen. Frågeställningarna jag ville få besvarade var hur kan man identifiera de kvinnor som lider av förlossningsrädsla och hur kan hälsovårdaren stöda de gravida för att minska deras rädsla. Mina resultat bevisar att det kan vara mycket svårt att identifiera de förlossningsrädda kvinnorna och de fysiska faktorer och de orsaker till förlossningsrädsla som jag kom fram till kan endast vara som hjälp för att finna dessa förlossningsrädda kvinnorna. Hälsovårdarna bör därför veta så mycket som möjligt om förlossningsrädsla för att kunna identifiera de förlossningsrädda kvinnorna.

I mitt arbete kom jag även fram till hur viktigt det är att behandla förlossningsrädsla. Förlossningsrädsla kan leda till många komplikationer, såsom att kvinnan föder för tidigt eller för sent, hamnar på akut kejsarsnitt med mera. Kvinnan kan även börja lida av panikattacker, sömnlöshet, nervositet, ångest och mycket mer. Hälsovårdarens stöd sen igen för att minska den gravidas förlossningsrädsla innehåller många dimensioner. Det är viktigt att hälsovårdaren för det första delar med sig all den kunskap som hälsovårdaren rutinmässigt gör då kvinnan kommer på ett rådgivningsbesök eller på familjeförberedelsekurserna. Detta kan minska den rädda kvinnans förlossningsrädsla och hjälpa henne att förstå vad som händer med hennes kropp under graviditeten, förlossningen och barnsängstiden. Även undersökningarna som görs under graviditeten kan minska på kvinnans rädsla. Detta betyder att mödrarådgivningsverksamheten är mycket viktigt för en förlossningsrädd kvinna för att det just kan minska på förlossningsrädslan hos dem.

Andra viktiga faktorer som kom fram i mitt examensarbete var socialt stöd från andra människor, såsom från partnern, föräldrarna, vänner med mera, berättelser, erfarenheter och försörjning. Att den gravida har tillräckligt stort socialt stöd kan hälsovårdaren främja till exempel genom att dela med sig den viktiga kunskapen till också partnern så att denne skall kunna stöda den gravida så bra som möjligt och inte själv känna sig förvirrad och vara rädd. Med tanke på vänner, om inte den gravidas vänner stöder tillräckligt mycket, kan hälsovårdaren eventuellt åstadkomma en form av gruppterapi där den gravida kan få stöd från andra i liknande situation. Det som hälsovårdaren sen igen behöver komma ihåg om berättelser är att det kan finnas både positiva och negativa berättelser. Dessa negativa berättelser bör hälsovårdaren bearbeta tillsammans med den gravida så att hon kan få en så bra bild över graviditeten, förlossningen samt barnsängstiden som möjligt. Samma gäller negativa erfarenheter. Inom försörjningen kan däremot inte hälsovårdaren påverka värst så mycket. Däremot kan man ta fram att man behöver inte alltid vara så rik för att klara av att sköta om en baby. Förr i tiden klarade man ju sig också utan alla möjliga bekvämligheter så varför skulle man inte kunna göra det nu.

Resultaten från detta examensarbete är enligt min egen åsikt mycket bra och de är även tillförlitliga. Jag har använt mig av mycket bra källor, som är skrivna av professionella och de är även rätt så nya. Min produkt besvarar mitt syfte på mitt examensarbete och jag besvarar även bra mina frågeställningar. Det som ännu skulle vara intressant att undersöka om är att om det skulle finnas några andra sätt att identifiera de förlossningsrädda kvinnorna. Jag har tidigare nämnt VAS-skalan som ett förslag, men förekommer det flera. Till exempel hur mycket är det forskat kring frågeformulär som besvarar frågan om man har förlossningsrädsla eller inte. Att designa ett sådant frågeformulär kanske skulle kunna vara en möjlighet för mig i mitt hälsovårds examensarbete.

Källförteckning

- Alehagen, S., Wijma, K. & Wijma, B. (2001). Fear during labor. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 80, 315-320.
- Ayers, S., Eagle, A. & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, 11 (4), 389-398.
- Bahl, R. & Strachan, B.K. (2004). Mode of delivery in the next pregnancy in women who had a vaginal delivery in their first pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 24 (4), 272-273.
- Eriksson, C., Westman, G. & Hamberg, K. (2005). Experiential factors associated with childbirth-related fear in Swedish women and men: A population based study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 26 (1), 63-72.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.
- Hall, W. A., Hauck, Y. L., Carty, E. M., Hutton, E. K., Fenwick, J. & Stoll, K. (2009). Childbirth Fear, Anxiety, Fatigue, and Sleep Deprivation in Pregnant Women. *JOGNN* 38, 567-576.
- Heimstad, R., Dahloe, R., Laache, I., Skogvoll, E. & Schei, B. (2006). Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstetricia et Gynecologica* 85, 435-440.
- Heinze, S. D. & Sleigh, M. J. (2003). Epidural or no epidural anaesthesia: relationships between beliefs about childbirth and pain control choices. *Journal of reproductive and infant psychology*, 21 (4), 323-333.
- Hellström, K. & Hanell, Å. (2003). *Fobiat*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hofberg, K. & Brockington, I. (2000). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. *British Journal of Psychiatry* 176, 83-85.
- Humalajoki, R. & Nurmi, J. (2010). *Synnytyspelko*. Sairaanhoidajan käsikirja. http://ezproxy.novia.fi:2071/dtk/shk/koti?p_haku=synnytyspelko (hämtat 04.05.2010).
- Högberg, U. (2004). An "American dilemma" in Scandinavian childbirth: unmet needs in healthcare? *Scandinavian Journal of Public Health*, 32 (1), 75-77.
- Ingves, J. & Stenmark, J. (2009). *Pargas mödrarådgivning i utveckling*. Opublicerat lärdomsprov för sjukskötarexamen. Yrkehögskolan Novia, Utbildningsprogrammet för vård, Åbo.

Kjærgaard, H., Wijma, K., Dykes, A-K. & Alehagen, S. (2008). Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (4), 340-350.

Köhler, H. (2000). *Pelon arvoitus – Missä pelko on perusteltua, kuinka voimme asettaa vuorovaikutukseen sen kanssa*. Vantaa: Suomen antroposofinen liitto.

Laursen, M., Hedegaard, M. & Johansen, C. (2007). Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG* 115 (3), 354-360.

Lappi-Khabbal, R. (2008). Synnytyspelon hoidon kustannusvaikuttavuus. *Tidskrift för barnmorskor* 4, 136-138.

Melender, H-L. (2002a). Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A study of 329 Pregnant women. *BIRTH* 29 (2), 101-111.

Melender, H-L. (2002b). Odottavat äidit voivat kokea sekä pelkoja että turvallisuutta. *Tidskrift för Barnmorskor* 6, 221-225.

Paananan, U. K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (2009). *Kättilötyö*. Helsinki: Edita Prima.

Rouhe, H., Halmesmäki, E. & Saisto, T. (2007). Synnytyspelon vuoksi tehdyt keisarileikkaukset vuosina 1999-2005. *Duodecim* 123 (20), 2481-6.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96817.pdf> (hämtat: 19.04.2010).

Rutanen, E-M. (2000). Raskaudenaikaiset pelot. *Duodecim* 116 (14), 1473-1475.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo91645.pdf> (hämtat 19.04.2010).

Ryding, E. L. & Sundell, G. (2004). *Definitioner och diagnostik*. I Almström, E., Björklund, U., Ellis, J., Ryding, E. L., Sandell, G. & Werner, A. (2004). *Förlossningsrädsla*. Nr 51. Östervåla: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.
<http://www.sfog.se/ARG+intressegrupper/natupplaga/ARG51.pdf> (hämtat 7.9.2010).

Ryding, E. L., Wirfelt, E., Wängborg, I-B., Sjögren, B. & Edman, G. (2007). Personality and fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 86, 814-820.

Saisto, T. (2000). Synnytyspelot ja niiden hoitaminen. *Duodecim* 116 (14), 1483-8.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo91649.pdf> (hämtat: 19.04.2010).

Saisto, T. (2003). Synnytyspelko – mitä se on? *Finlands läkartidning* 41 (58), 4125-4128. <http://www.synnytys.net/synnytyspelko.pdf> (hämtat 19.04.2010).

Saisto, T. & Halmesmäki, E. (2003a). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 82 (3), 201-208.

Saisto, T. & Halmesmäki, E. (2003b). Keisarileikkauksen riskit. *Duodecim* 119 (7), 593-598. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93493.pdf> (hämtat 19.04.2010).

Saisto, T., Kaaja, R., Ylikorkala, O. & Halmesmäki, E. (2001). Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. *Pain* 93 (2), 123-127. <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0304-3959/PIIS0304395901003025.pdf> (hämtad 16.04.2010).

Sjögren, B. (1998). *Förlossningsrädsla*. Lund: Studentlitteratur.

Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri. (2006). *Synnytyspelko*. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,1995,6344> (hämtat: 09.12.2009).

Toivanen, R., Saisto, T., Salmela-Aro, K. & Halmesmäki, E. (2002). Synnytyspelon hoito terapeuttisen ryhmän ja rentoutumisharjoituksen avulla. *Finlands läkartidning* 45 (57), 4567-4572. http://www.synnytys.net/synnytyspelon_hoito.pdf (hämtat: 19.04.2010).

Viisanen, K. (2000). *Screeningundersökningar och samarbete inom mödravården. Rekommendationer 1999*. Stakes. Handböcker 38. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vuorinen, R. & Tuunala, E. (1995). *Psykologian perusteet. Aivot ja psyyke*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.