

Hur mödrarådgivningen kan stöda den förlossningsrädda kvinnan

**En kvalitativ studie över mödrarådgivningens möjligheter och
upplevelser att ge stöd vid förlossningsrädsla**

Julia Rågård

Examensarbete för yrkeshögskoleexamen inom social- och hälsovård

Utbildning: Barnmorska (YH)

Vasa 2022



EXAMENSARBETE

Författare: Julia Rågård

Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa

Handledare: Terese Österberg

Titel: Hur mödrarådgivningen kan stöda den förlossningsrädda kvinnan - en kvalitativ studie över mödrarådgivningens möjligheter och upplevelser att ge stöd vid förlossningsrädsla

Datum: 19.4.2022

Sidantal: 61

Bilagor: 3

Abstrakt

Förlossningsrädsla är något som blir allt vanligare i vårt samhälle och rädslan kan bero på många olika saker. Ofta föreligger rädsla på grund av att man tidigare haft en negativ förlossningsupplevelse, men förlossningsrädsla förekommer även hos kvinnor som inte fött barn tidigare. På mödrarådgivningen kartläggs bland annat kvinnans behov för extra stöd under graviditeten, och här har man bra möjligheter till att ge stöd vid eventuell förlossningsrädsla. Syftet med detta examensarbete är därför att gå närmare in på vilka erfarenheter som barnmorskor och hälsovårdare på mödrarådgivningen har av att ge stöd till förlossningsrädda kvinnor, och även vilket typ av stöd de kan ge.

Datainsamlingen görs genom en semistrukturerad intervju med fyra hälsovårdare/barnmorskor som arbetar vid mödrarådgivningen på en ort i Österbotten. Textmaterialet analyseras induktivt genom en kvalitativ innehållsanalys, och som teoretisk utgångspunkt används Jean Watsons omvårdnadsteori.

I resultatet framkommer det att informanterna stöter på många olika orsaker till förlossningsrädsla, och att rädslan kan ta sig i uttryck på olika sätt. På mödrarådgivningen har man som vårdare sig själv som redskap, och informanterna betonar vikten av en god relation till kvinnan för att kunna ge henne ett så bra, individanpassat stöd som möjligt. Stödet ges till största del genom samtal, och vid behov kan kvinnan hänvisas vidare, till exempel till polikliniken för förlossningsrädsla.

Språk: Svenska

Nyckelord: Förlossningsrädsla, mödrarådgivning, stöd

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Julia Rågård

Koulutus ja paikkakunta: Kätilö, Vaasa

Ohjaaja: Terese Österberg

Nimike: Miten äitiysneuvola tukee synnytystä pelkäävää naista – laadullinen sisällönanalyysi äitiysneuvolan kyvyistä ja kokemuksista tukea synnytyspelossa

Päivämäärä: 19.4.2022

Sivumäärä: 61

Liitteet: 3

Tiivistelmä

Synnytyspelko yleistyy yhteiskunnassamme, ja pelko voi johtua monista eri asioista. Negatiivinen kokemus aikaisemmasta synnytyksestä on usein syynä pelkoon, mutta pelkoa esiintyy myös naisilla, jotka eivät ole synnyttäneet aiemmin. Äitiysneuvolassa kartoitetaan muun muassa naisen tarvetta lisätukeen raskauden aikana, ja täällä on hyvä mahdollisuus tarjota tukea synnytyspelkoon. Työn tarkoituksena on tarkemmin käsitellä millaisia kokemuksia kätilöillä ja terveydenhoitajilla äitiysneuvolassa on tuen antamisesta, sekä millaista tukea he voivat antaa pelkääville naisille.

Tiedot kerätään puolistrukturoidussa haastattelussa, neljältä kätilöltä/terveydenhoitajalta jotka työskentelevät äitiysneuvolassa pohjanmaalaisella paikkakunnalla. Tekstin sisältö analysoidaan induktiivisesti laadullisen sisällönanalyysin kautta, ja teoreettisena lähtökohtana käytetään Jean Watsonin hoitoteoriaa.

Tulokset osoittavat pelon johtuvan monesta eri syystä, ja että se voidaan ilmaista eri tavoin. Äitiysneuvolassa hoitajilla on itsensä työkaluna, ja haastateltavat korostavat hyvää suhdetta naisen kanssa, jotta hänelle voidaan tarjota mahdollisimman hyvää henkilökohtaista tukea. Pääosin tukea annetaan keskustelun muodossa, ja tarvittaessa nainen ohjataan eteenpäin, esimerkiksi synnytyspelkopoliklinikalle.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Synnytyspelko, äitiysneuvola, tuki

BACHELOR'S THESIS

Author: Julia Rågård

Degree Programme: Midwife, Vaasa

Supervisor: Terese Österberg

Title: How antenatal clinics can support women with fear of childbirth – a qualitative study of the abilities and experiences of antenatal clinics in providing support for women with fear of childbirth

Date: 19.4.2022

Number of pages: 61

Appendices: 3

Abstract

Fear of childbirth is an increasing complication in our society, and the fear itself is caused by many different factors. A negative experience during a past childbirth is a common cause for fear, however, this fear is also present in women with no past experience in giving birth. During antenatal care, the woman's need for additional support can be clarified, and as a caregiver you are presented a great opportunity to help the woman overcome her fear. The aim of this thesis is to find out what kinds of experience midwives and health care providers at an antenatal clinic have in regard of providing support for women with fear of childbirth, as well as what kinds of support they are able to give.

The data is collected through a semi-structured interview with four midwives/health care providers at an antenatal clinic located in Ostrobothnia. The text material is analysed inductively through qualitative content analysis, and Jean Watson's theory of human caring is used as the theoretical framework.

The results show that the interviewees encounter a variety of causes for childbirth fear, and the fear itself is expressed through various ways. At an antenatal clinic a caregiver is effectively their own tool for support, and the interviewees emphasize the importance of a good relationship to the woman. This is important in order to give her the best possible, individual support. The support is primarily provided through conversation, and should it be necessary, she is referred to, for instance, a polyclinic for fear of childbirth.

Language: Swedish

Key words: Fear of childbirth, antenatal care, support

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund.....	2
2.1	Mödrarådgivning i Finland.....	2
2.1.1	Effekten av god mödrarådgivning.....	3
2.1.2	Praktisk tillämpning av mödrarådgivning.....	3
2.2	Förlossningsrädsla.....	5
2.2.1	Följder av förlossningsrädsla.....	5
2.2.2	Orsaker till förlossningsrädsla.....	6
2.3	Förebyggande vård och stöd vid förlossningsrädsla.....	9
2.3.1	Stöd genom samtal.....	11
2.3.2	Förlossningsförberedelse; att ta kontroll över rädslan.....	13
2.3.3	Förlossningsplan.....	15
2.3.4	Stödgrupper och doula.....	16
2.3.5	Effekten av stödet.....	16
2.3.6	Alternativa metoder.....	18
3	Teoretisk utgångspunkt.....	19
4	Syfte och frågeställningar.....	23
5	Metod.....	23
5.1	Datainsamling.....	23
5.2	Urval.....	24
5.3	Dataanalys.....	24
5.4	Etiska överväganden.....	26
6	Resultat.....	28
6.1	Grunden för stödet.....	28
6.1.1	Erfarenhet.....	28
6.1.2	Mötet kring förlossningsrädslan.....	30
6.1.3	Förutsättningar.....	32
6.2	Att sätta struktur på rädslan.....	33
6.2.1	Identifiering.....	33
6.2.2	Olika typer av rädsla.....	35
6.3	Den stödande processen.....	37
6.3.1	Stödets olika delar.....	38
6.3.2	Samarbete med andra yrkeskunniga.....	40
6.3.3	Resultat av stödet.....	42
7	Diskussion.....	43

7.1	Metoddiskussion.....	43
7.2	Resultatdiskussion	46
7.2.1	Upplevelser och erfarenheter	46
7.2.2	Metoder för att ge stöd	49
7.2.3	Sambandet med den teoretiska utgångspunkten.....	53
7.3	Slutsats.....	55
	Källförteckning.....	58
	Bilaga 1 - Intervjuguide.....	1
	Bilaga 2 – Följebrev.....	2
	Bilaga 3 – Samtyckesblankett.....	3

1 Inledning

Man behöver inte gräva särskilt djupt för att märka att förlossningsrädsla är något som bara blir vanligare och vanligare. Det är som att förlossningsrädsla har blivit en slags dålig trend, där man förstås kan påverkas av egen tidigare traumatisk förlossningsupplevelse, men också kanske andras. Exempelvis, så fort en lite mera känd person publicerar på sociala medier att hon är gravid, följer ofta frågor som har med förlossningsrädsla att göra, till exempel "Är du rädd inför förlossningen?", "Vad är du mest rädd för?" och "Skulle du hellre vilja ta kejsarsnitt än att föda vaginalt?".

Att se att detta påverkar kvinnor så mycket känns oroande och det är också därifrån som mitt intresse för ämnet kommer. Speciellt då det kommer till så kallade "influencers" har de en stor makt att påverka andra kvinnor med sina förlossningsrädslor, även om de inte ens skulle ha så starka rädsor. Förlossningsrädsla behöver som sagt heller inte bara ha att göra med att man påverkas av andra kvinnors upplevelser, men jag tror att ökningen av det till stor del beror just på sociala medier. Det är i alla fall där som jag själv har kommit mest i kontakt med ämnet.

Det är normalt att man som kvinna känner sig spänd inför sin förlossning, speciellt om det är den första, då är ju allt nytt. För en del kvinnor kan den här spänningen gå över i rädsla av olika svårighetsgrader och det är då viktigt att man talar om den här rädslan för någon. Ifall man trycker undan rädslan och gömmer den inom sig själv, kan den förvärras och utvecklas till mycket kraftig förlossningsrädsla. (Terveyskylä, 2017). En kvinna som lider av förlossningsrädsla borde få hjälp redan innan problemet hinner utvecklas, till exempel via mödrarådgivningen. Då förlossningsrädsla börjar bli alltmer vanligt borde man också fokusera mycket på att förebygga den, exempelvis genom att mer information ges och att man ser till att kvinnan är väl förberedd inför den kommande förlossningen.

Man borde kanske lägga mest fokus på förstföderskor för att förhindra att förlossningsrädsla utvecklas. Det skulle säkert också vara viktigt att se till att kvinnor som varit med om en traumatisk förlossning snabbt får hjälp med att bearbeta det som hon har gått genom för att inte utveckla rädsla och oro inför eventuella kommande förlossningar.

2 Bakgrund

I detta kapitel redogörs för bakgrunden som tangerar ämnena för examensarbetet. Här tas upp det väsentligaste angående mödrarådgivningen i Finland, hur den påverkar hela familjens hälsa och principerna som rådgivningen bygger på. En stor del av bakgrundsteorin handlar om förlossningsrädsla. Här presenteras fakta om själva rädslan, vad som kan ligga bakom utvecklandet av den och hur man som vårdare kan identifiera den. Här tas också upp vilka möjligheter det finns för kvinnor när det kommer till stöd som ges vid förlossningsrädsla och även vård som kan ges i ett tidigt skede för att förebygga att rädslan uppkommer, ifall det finns risk för detta.

2.1 Mödrarådgivning i Finland

Målet med den finländska mödrarådgivningen är att förbereda och stöda de blivande föräldrarna. Föräldrarna blir uppmärksammade om vad graviditeten och förlossningskedet innebär, och hur föräldralivet kommer ändra på den nuvarande tillvaron. Det ska finnas tid för att svara på alla frågor som de kan tänkas ha, och mödrarådgivningen ska få föräldrarna att reflektera över sina hälsovanor och resurser, och vad som kan behöva ändras gällande dessa. Genom mödrarådgivningen får kvinnan regelbundet komma på hälsoundersökningar där man kollar att allt går rätt till under graviditeten gällande fostrets och kvinnans hälsa. Dessa hälsoundersökningar möjliggör en större chans att i ett tidigt skede upptäcka riskfaktorer som kan komma att bli problem under graviditeten. Mödrarådgivningen gör även hembesök hos de kvinnor som är gravida med sitt första barn eller om kvinnan annars är i behov av ett sådant. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 16–17).

Förutom att stöda kvinnan och se till att allt är bra med fostret, främjar mödrarådgivningen även familjelivet. Hälsorådgivning kan också ges till kvinnans partner och man ska som vårdare hjälpa föräldrarna att upprätthålla den sexuella hälsan. Man ser till att lägga fram styrkor som familjen i sin helhet har och föräldragruppverksamhet kan erbjudas åt de som känner sig i behov av detta. Då kan föräldrarna hitta stöd genom personer som är i samma situation som dem, vilket stärker familjeförhållandet. Mödrarådgivningen ska också kunna ge rådgivning gällande olika tjänster som föräldrarna kan dra nytta av baserat på

kommunens tillgångar, exempelvis utkomststöd. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 17–18).

2.1.1 Effekten av god mödrarådgivning

Klemetti och Hakulinen-Viitanen (2015, s. 96–97) hävdar att de undersökningar som görs inom mödrarådgivningen har gett resultat i form av minskade antal dödsfall då det gäller kvinnor och barn. Enligt en översiktsartikel (Dowswell et al., 2015) som de nämner, hävdar man emellertid att ett mindre antal besök på rådgivningen, omkring 8–12, inte behöver betyda ökad risk för problematik under graviditeten, såsom till exempel preeklampsi, blodtrycksproblem hos kvinnan eller för tidig förlossning. Man har utöver detta upptäckt att mödrarådgivningen främjar minskandet av riskfaktorer som kvinnan själv kan påverka, till exempel så har mängden kvinnor som röker delvis minskat på grund av rådgivningen, vilket i sin tur har påverkat graviditeten och själva barnets hälsa mycket positivt. En viktig del av mödrarådgivningen är att identifiera vilka som behöver extra stöd, i form av bland annat fler besök, och hjälpa dem. Extra stöd kan till exempel ges till kvinnor som använder droger eller andra rusmedel under graviditeten. Kvinnor med exempelvis en kronisk sjukdom eller kvinnor som haft problem med något under en tidigare graviditet, såsom en för tidig förlossning, har också indikationer för extra stöd.

2.1.2 Praktisk tillämpning av mödrarådgivning

Ibland kan kvinnan behöva ta kontakt med mödrarådgivningen redan i planeringen av en graviditet, till exempel ifall det finns risk för att barnet utsätts för ärftliga sjukdomar eller om kvinnan själv har någon sjukdom, om det finns problem ur en psykosocial synvinkel eller om kvinnan annars behöver stöd med planeringen. Beroende på vad den bakomliggande orsaken är kan man på mödrarådgivningen ge stöd och information, och eventuellt hänvisa henne vidare ifall hon är i behov av ytterligare stödtjänster. Ifall kvinnan har någon slags sjukdom som kräver långvarig läkemedelsbehandling kanske doseringen behöver ändras av en läkare. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 99).

Regelbundna hälsoundersökningar av fostret och den gravida kvinnan görs ungefär tio gånger under graviditeten, fler kan göras om det finns behov för det. En kvinna tar ofta kontakt med mödrarådgivningen vid planeringen av graviditet eller då hon tror sig vara gravid. Vid första kontakten, som oftast är via telefon, samlar man in bakgrundinformation

om kvinnan, kvinnans levnadsvanor, hur det allmänna måendet är och information angående menstruation och graviditetstestet som gjorts. Man berättar också för kvinnan angående exempelvis olika symptom som kan uppstå, olika födoämnen, läkemedel och dylikt som hon ska undvika och vad som är bra att äta och att ta som tillskott. Man ger också kvinnan handledningsmaterial där hon kan läsa om graviditeten. Första besöket bokas in och det hålls mellan graviditetsvecka 8 - 10. De övriga besöken består, förutom av rådgivningsbesök hos barnmorskan eller hälsovårdaren, även av en del läkarundersökningar, ett hembesök några dagar efter hemkomst från förlossningen och för förstföderskor därtill ett hembesök under graviditeten. På dessa besök utförs bland annat både grundläggande och omfattande hälsoundersökningar av båda föräldrarna och av fostret, man ger information angående stödtjänster och utför screeningundersökningar, man följer upp föräldrarnas mående och kvinnans graviditetssymptom, och man stöder skötseln och interaktionen till barnet både under och efter graviditeten. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 100–107).

Vid den omfattande hälsoundersökningen i vecka 13–18, som delvis sker hos barnmorskan eller hälsovårdaren, och delvis hos läkaren, går man bland annat igenom hur kvinnan känner inför graviditeten och den kommande förlossningen. Här har kvinnan möjlighet att uttrycka eventuell oro inför förlossningen. Man använder sig även av olika frågeformulär där kvinnan och hennes partner får utföra självskattning på olika delar av den egna hälsan, bland annat den egna sinnesstämningen med hjälp av frågeformuläret EPDS. Detta frågeformulär kan även användas på andra besök ifall det finns behov för det. När förlossningen börjar närma sig kollar vårdpersonalen på mödrarådgivningen även upp ifall det föreligger någon oro eller rädsla inför förlossningen, vid behov kan kvinnan hänvisas till förlossningsförberedelse på förlossningssjukhuset. (THL, 2021).

Ipana äitiys är en tjänst som kan användas i samarbete mellan kvinnan som ska föda och vårdpersonalen på till exempel mödrarådgivningen eller förlossningssjukhuset. Tjänsten innehåller bland annat ett digitalt moderskapskort, olika frågeformulär och dagbok där kvinnan kan skriva om sin graviditet. Genom tjänsten kan kvinnan även följa med barnets utveckling. (Ipana Äitiys, u.å.).

2.2 Förlossningsrädsla

När en människa blir stressad och känner rädsla stimuleras utsöndringen av olika stresshormoner såsom kortisol, adrenalin och noradrenalin. Dessa hormoner skapar bättre förutsättningar för människan att fly eller besegra hot. Om man ser tillbaka i tiden kunde ett stort stresspåslag på grund av hot, hindra födandet från att framskrida och därmed ge kvinnan möjlighet till att hitta en tryggare plats ifall hon blev tvungen att fly. Med detta sagt är det därför mycket viktigt att kvinnan känner sig trygg för att förlossningen ska kunna gå framåt. (Heli & Svensson, 2017, s. 55).

2.2.1 Följder av förlossningsrädsla

Att känna sig nervös och osäker innan en förlossning är ändå något som är helt normalt och det klassas inte som förlossningsrädsla. Adrenalinhöjningen som skapas av att vara nervös innan man ska föda barn för också bra saker med sig, eftersom den främjar förberedelserna inför själva förlossningen. Det är ungefär 5 - 6 % av gravida kvinnor som drabbas av förlossningsrädsla. I dessa fall tar rädslorna över hela kvinnans vardag och det fina med graviditeten, och hon blir i stället lidande, till exempel i form av att hon känner ångest, får panikångestattacker eller mardrömmar. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 253). Utöver de psykiska nackdelarna som förlossningsrädsla kan orsaka, kan rädslan bygga upp en stress som vid förlossningen kan försvaga värvärdet och göra förlossningen mer långdragen. Om rädslan och stressen går över styr kommer kvinnans "fäkt eller fly"-system att sättas igång vid förlossningen, precis som förr i tiden ifall kvinnan kände sig hotad. Då blir hon spänd i kroppen, får en ökad andningsfrekvens, rösten blir ljusare och hon låser sig fast vid rädslan och paniken. Detta beteende gör att kvinnan inte heller har möjlighet att slappna av mellan värkarna, vilket skapar en ond cirkel. (Heli & Svensson, 2017, s. 56–57).

Förlossningsrädslan är ofta lite annorlunda beroende på om kvinnan har fött barn tidigare eller inte. Hos förstföderskor kan rädslan vara lite mer svår att sätta fingret på. Den kan mer handla om att kvinnan oroar sig eftersom det är något helt nytt och främmande som hon är på väg mot, eller så kanske hon inte är så bekant med alla möjliga undersökningar som görs och själva sjukhusmiljön i allmänhet. Detta benämns också som den primära förlossningsrädslan. Hos kvinnor som fött barn tidigare är det ofta negativa upplevelser av tidigare förlossning(ar) som ligger bakom själva rädslan. Denna typ av förlossningsrädsla

benämns som sekundär och det är också den här typen som ökar mest för tillfället (Heli & Svensson, 2017, s. 23). Något som är gemensamt för alla förlossningsrädda kvinnor är att de tenderar att i större utsträckning be om planerat kejsarsnitt och de har även i allmänhet svårare att lägga grunden för sin nya roll som förälder till barnet, vilket i sin tur försämrar anknytningen. (Sjögren, 2005, s. 58–59, 197).

Ångest under graviditet är starkt sammankopplad med förlossningsrädsla, och Rubertsson, Hellström, Cross och Sydsjö (2014) belyser i sin studie upp faktum att ångest hos en gravid kvinna även kan påverka fostret. Enligt en forskning (Berle et al., 2005) som de lyfter fram i sin studie har barn till kvinnor som lidit av ångest under graviditeten i genomsnitt haft lägre Apgar-poäng vid födseln. Man har också kunnat se samband mellan fostertillväxten och ångest hos kvinnan, där fostret under mitten av graviditeten växer långsammare än normalt. Risken för prematur födsel ökar också. Om kvinnan haft väldigt mycket ångest i början och mitten av graviditeten kan detta påverka fostrets hjärna negativt, till exempel genom att orsaka kognitiva problem senare under barnets liv. Nordeng, Hansen, Garthus-Niegel och Eberhard-Gran (2012) lyfter i sin studie också fram att kvinnor som lider av förlossningsrädsla, men inte mental ohälsa, tenderar att i högre grad vara i behov av läkemedelsbehandling med psykofarmaka, än de som inte är förlossningsrädda. Genom läkemedelsbehandlingen reduceras riskerna för kvinnan och fostret med tanke på de negativa följderna av att kvinnan mår psykiskt dåligt, men samtidigt exponeras även barnet för psykofarmaka.

2.2.2 Orsaker till förlossningsrädsla

Förlossningsrädsla förekommer överallt runtom i världen, men förekomsten varierar då man jämför mellan olika länder och man är inte helt säker på vad detta beror på (Nilsson et al., 2018). I en studie av Greer, Lazenbatt och Dunne (2014) kom man fram till tre huvudområden när det gäller de bakomliggande orsakerna till förlossningsrädsla, och det var rädslan för smärta, risker som föreligger vid vaginal förlossning och att antingen kvinnan själv eller barnet skadas under födseln.

Enligt Wigert et al. (2019) kan förlossningsrädsla bero på många olika saker. En av orsakerna som de i sin studie har kommit fram till är att kvinnor som inte tidigare haft förlossningsrädsla, men som sedan har varit med om en traumatisk förlossning, kan utveckla detta. Den traumatiska förlossningen kan handla exempelvis om att uppleva en

mycket smärtfylld förlossning, att barnet drabbas av syrebrist och akut kejsarsnitt blir aktuellt eller att barnet skadas eller är dödfött. Andra trauman kan också bero på att kvinnan på något sätt skadas under förlossningen eller själv är mycket nära att dö. Kraftiga bristningar i underlivet, att bli förlöst med sugklocka, stora blödningar, att barnet inte mår bra och behöver tas ifrån kvinnan eller att hon känner sig kränkt eller ensam vid förlossningen kan också lägga grunden för en traumatisk förlossningsupplevelse och rädsla inför nya förlossningar (Abascal, 2012, s. 203–207).

Utöver förlossningsrädsla som uppkommit från en tidigare traumatisk förlossning, kan även andra sorters traumatiska händelser på sjukhus orsaka rädsla inför förlossning (Sjögren, 2005, s. 59). Enligt Abascal (2012, s. 206) kan det hända att kvinnan tidigare inte blivit bemött på det sättet hon anser vara respektfullt, eller att någon i hennes närhet behandlats dåligt på sjukhus. Det kan kännas svårt att lita på sjukvården när man inte vet hur bemötandet kommer att fungera, eller ifall komplikationer kommer att uppstå. Åtgärder som kvinnan upplevt som negativa tidigare i livet kan prägla en oro inför sjukhusbesök även i framtiden. I studien gjord av Wigert et al. (2019) framkommer det att en del av kvinnorna som medverkade, upplevde att barnmorskan inte stöttade henne ordentligt och att hon därför kände sig utesluten från sin egen förlossningsvård, vilket i sin tur ledde till att kvinnan hade svårt att lita på barnmorskor vid följande förlossning. Efter den traumatiska förlossningen hade många kvinnor också svårigheter att gå vidare från händelsen och flera led bland annat av sömnsvårigheter och smärtor. Utöver detta orsakade den uppkomna förlossningsrädslan att kvinnorna tänkte sig noga för innan de blev gravida igen, fastän de verkligen ville ha fler barn.

Andra exempel på bakomliggande orsaker är att kvinnan lider av ångest eller depression, eller att hon blivit utsatt för sexuellt våld (Sjögren, 2005, s. 59, 197). Ifall kvinnan har varit med om många negativa händelser i sitt liv kan hon kanske få för sig att förlossningen också blir negativ, eftersom hon känner att hon i allmänhet har otur. Förlossningsrädslan kan också orsakas av andra problem såsom att kvinnan är fast i något slags missbruk, lider av ätstörningar eller har inte har en så bra relation med pappan till barnet. Rädslan kan frambringas av att känna otrygghet från omgivningen, där kvinnan inte vet vem som kommer att kunna stötta henne. (Abascal, 2012, s. 205–207). Om kvinnan varit med om något slags våld, exempelvis ett sexuellt övergrepp, kan traumat från detta utlösas av olika händelser vid eller innan en förlossning. Det kan handla om känslor såsom att inte ha

kontroll över situationen eller att kvinnan känner sig utlämnad och sårbar. (Sjögren, 2005, s.197; Heli & Svensson, 2017, s. 66).

Det kan vara svårt att känna att man har kontroll när man går mot något som man upplever oundvikligt och opåverkligt. Man känner oro över ifall man inte kommer att känna igen sig själv, hur man kommer att bete sig under förlossningen och att man kanske inte kommer kunna leva upp till de förväntningar man har på hur man tror en födande kvinna ska bete sig. Kvinnan är kanske rädd för hur hennes känslotillstånd kommer att vara efter förlossningen. Kommer hon att gå in i en depression? Kommer hon att kunna älska sitt barn? Här kan kvinnans relation till den egna mamman spela in, ifall kvinnan inte känner sig tillräckligt älskad kan hon vara rädd för att inte älska sitt eget barn. (Abascal, 2012, s. 204–206).

Gelaw, Ketema, Beyene, Gurara, och Ukke (2020) upptäckte i sin studie att en oplanerad graviditet också starkt kan förknippas med förlossningsrädsla. Detta kan bero på stressen som uppstår i en sådan situation, när kvinnan kanske tänkt att hennes liv ska se ut på ett helt annat sätt, än med ett eller flera barn med i bilden. Kvinnan får svårt att anpassa sig till sin graviditet, vilket i sin tur kan orsaka att hon känner mer smärta vid förlossningen och att hon mår psykiskt dåligt. Studien lyfter även fram hur avsaknaden av socialt stöd kan göra förlossningsrädslan värre. En viktig del av en trygg graviditet och förlossning är stödet som kvinnan får från exempelvis familjen, partnern eller barnmorskan.

En kvinna kan också utveckla förlossningsrädsla utifrån andras erfarenheter. Det kan exempelvis handla om att kvinnan hör om någon i sin närhet som varit med om en traumatisk förlossning, men rädslan kan också basera sig på vad kvinnan till exempel har läst om i böcker, sett på film eller hört om på sociala medier. (Wigert et al., 2019). I filmer och liknande framställs ofta förlossningen som något som framskrider väldigt hastigt och är präglad av panik, smärta och rädsla. Kvinnan framhävs oftast som drabbad och att födseln mer verkar som en händelse hon är med om, än som en handling som hon utför. Det är inte ofta i filmer som kvinnan vid en förlossning verkar trygg och målmedveten, även om förlossningen kan vara väldigt arbetsam att utföra. (Heli & Svensson, 2017, s. 52). Den rädsla som uppkommer av att se eller höra om andras traumatiska händelser kan ha följt med kvinnan ända sedan hon var ett barn och hon oroar sig över att hon själv kan dö eller skadas vid en förlossning (Sjögren, 2005, s. 197).

Abascal (2012, s. 203–204) menar också att själva oron inför smärtorna som uppstår vid en förlossning kan vara en stor del av orsaken till förlossningsrädslan. Det kan kännas överväldigande för en föderska att veta att hon kanske har timmar av stark smärta framför sig och att hon inte vet när det tar slut. Faktorer som kan ligga bakom själva rädslan för smärtan kan vara exempelvis att kvinnan känner att det är något som hon inte kan kontrollera, hon kan känna rädsla för den kraftigt fysiska smärtan i sig och som att hon inte kommer att klara av den. Omföderskor som känt smärtan tidigare kan känna rädsla inför att känna den igen, speciellt under öppningsskedet. Förstföderskor har i allmänhet svårare att klargöra exakt vad de är rädda för gällande smärtan, men det kan exempelvis handla om att hon är rädd att själva utdrivningsskedet ska gå för fort fram, att hon ska brista i underlivet och att det ska göra väldigt ont.

2.3 Förebyggande vård och stöd vid förlossningsrädsla

Mödrarrådgivningen har en viktig roll då det gäller att upptäcka kvinnor som lider av förlossningsrädsla och att sedan också kunna hjälpa dem. För att upptäcka dessa kvinnor gäller det att vara lyhörd och kunna identifiera den oro som kvinnan uttrycker som eventuell förlossningsrädsla. Därefter ska man försöka hjälpa kvinnan att komma fram till vad som då kan ligga bakom rädslan. (Sjögren, 2005, s. 61; Heli & Svensson 2017, s. 26) Ibland kan kvinnan själv uttala sig om sin rädsla, men i vissa fall kanske hon blundar för det faktum att hon känner sig rädd inför förlossningen och då gäller det för vårdpersonalen att se detta. Många brukar skjuta undan det som de anser som svagheter och därmed lida i tystnad. Det kan också finnas situationer då kvinnan har låst sig vid att hon inte vill gå igenom vad förlossningsrädslan kan bero på. Då är det viktigt att man som vårdare respekterar detta och ändå försöker hjälpa kvinnan utifrån de möjligheter man har. Utöver detta ska man även minnas att kulturella skillnader också kan försvåra tolkningen av kvinnans känslotillstånd. (Sjögren, 2005, s. 61–63, 200–201).

Om rädslan grundar sig på en konkret negativ händelse från exempelvis kvinnans tidigare förlossning är det viktigt att man hjälper kvinnan fokusera på känslotillståndet som hon då befann sig i. Oftast är det kanske inte själva händelsen i sig som varit traumatisk, utan det är de negativa känslorna den frambringade som är det traumatiska. Det kan till exempel hända att kvinnan kände sig mycket panikslagen och utom kontroll av stress. (Heli & Svensson, 2017, s. 26). Vårdaren på mödrarådgivningen ska finnas till för att i första hand

lyssna och ge sitt stöd. Ifall detta inte är tillräckligt ska man kunna vägleda kvinnan till att få hjälp genom andra medel, exempelvis genom att prata med en psykolog eller en barnmorska som har specialiserat sig på att hjälpa kvinnor med förlossningsrädsla. (Sjögren, 2005, s. 61, 166). Det är även viktigt att man i det förebyggande och stödande arbetet lägger fokus på att kvinnan blir medveten om olika tekniker som senare kan främja hanteringen av förlossningen, och att hon får öva på att använda dem. (Heli & Svensson, 2017, s. 31).

Sydsjö et al. (2015) har gjort en studie som undersöker hur en barnmorska kan stöda en kvinna med förlossningsrädsla och hur det påverkar kvinnan i efterhand. I studien framkommer det bland annat att kvinnor som lider av denna rädsla tenderar att oftare behöva bli igångsatta, vilket görs genom att man framkallar livmoderssammandragningar på konstgjord väg. De förlossningsrädda kvinnornas förlossning upplevdes också ofta som mycket mer ångestfylld. Kvinnorna fick stöd i form av möjlighet att komma en eller två gånger och bekanta sig med förlossningsavdelningen och den barnmorska som troligtvis skulle vara med vid förlossningen. Om partnern ville komma med var hen välkommen.

I studien fick kvinnan på förlossningsavdelningen bekanta sig med olika instrument och rutinundersökningar kunde utföras om det var dessa som skapade ångest, förutsatt att kvinnan ville det. Det fanns också gott om tid för frågor. Man uppmuntrade kvinnan att senare ta kontakt med barnmorskan så fort som möjligt ifall det var något som hon behövde stöd med och barnmorskan hjälpte kvinnan att skriva ett födelsebrev om hon inte redan hade gjort det och var villig till det. Utöver detta så erbjöds kvinnan terapi som en del av grunderna vid behandling av grov förlossningsrädsla. (Sydsjö et. al., 2015).

Kempe, Theorell, Alwazer, Taher och Christensson (2015) har utfört en studie där man undersöker hur förlossningsrädsla kan ta sig i uttryck i länder där risken att dö under eller efter förlossningen är ganska stor. I samband med studien har de också lyft fram vilka orsaker som finns gällande att som kvinna i ett sådant land inte känna sig rädd inför förlossningen. Faktorer som betonades främst var religiöst troende och att kvinnan kunde lita på sig själv, personer i hennes omgivning eller vårdpersonalen/barnmorskan. Kvinnor som födde på enheter uttryckte att de kände sig trygga tack vare vårdpersonalen, ibland hade de också fött barn där tidigare. Även de kvinnor som födde i mer rurala områden kände stor tillit till barnmorskan. Personer i kvinnans omgivning, till exempel stöd från

mamman eller partnern i kombination med en barnmorska kunde också vara orsak till att kvinnan inte kände rädsla inför förlossningen. Andra orsaker som höll förlossningsrädslan borta hos dessa kvinnor kunde vara att kvinnan såg barnet som något mycket viktigt och att smärtupplevelsen var värt mödan. En del kvinnor såg också moderskapet som orsak till att inte vara rädd inför förlossningen, eftersom det är en naturlig del av kvinnans liv och ett syfte att fullfölja.

För att mäta graden av förlossningsrädsla kan man använda sig av olika mätinstrument. Ett sådant är exempelvis FOBS (Fear of Birth Scale) som har skapats av Helen Haines, en barnmorska från Australien. FOBS liknar på VAS-skalan men har två linjer i stället för bara en. På den ena linjen mäts kvinnans orotillstånd mellan "lugn" och "orolig", och på den andra linjen mäts kvinnans upplevelse av rädsla mellan "ingen rädsla" och "stark rädsla". Linjerna är 100 millimeter långa och resultatet får man genom att mäta var på linjerna som markeringarna finns, addera talen och dela dem med två. Om det slutgiltiga talet blir över 60, lider kvinnan av förlossningsrädsla. Instrumentet är lätt att använda och lämpar sig för användning på alla kvinnor ur en kulturell synvinkel. Det ger också resultat med bra noggrannhet, och fungerar bra att använda såväl i forskningssyfte som i det vardagliga arbetet. (Heli & Svensson, 2017, s. 27).

2.3.1 Stöd genom samtal

En viktig del av ett stödande samtal är att som vårdare lyssna på det som kvinnan har att berätta. Man kan ställa frågor som får kvinnan att ge en bredare bild av hennes uppfattning, och man kan även konkret fråga vad man kan göra som hon tror skulle hjälpa henne. (Heli & Svensson, 2017, s. 28). Ett stödande samtal kan vara det första steget mot att övervinna rädslan. Det kan till exempel ske med en barnmorska som arbetar på en förlossningsavdelning, utöver de samtal som sker på mödrarådgivningen. Vid mötet är det viktigt att man som vårdare får kvinnan att känna sig trygg. Man erbjuder kvinnan att ta med sig någon som hon litar på, exempelvis hennes man, och ser till att välja en trygg och lugn plats. Ett alternativ kan vara själva förlossningsavdelningen eftersom kvinnan då också får möjlighet att på samma gång bekanta sig med platsen, eller så kan kvinnan själv välja den plats som hon föredrar. Det är bra att redan på förhand bestämma en tid för hur länge mötet pågår, exempelvis 45 minuter. (Sjögren, 2005, s. 198–199).

Vid den första kontakten, till exempel via telefonen, kommer man överens om var man träffas, hur långt samtalet ska vara, vem kvinnan tar med sig och kvinnan informeras om att samtalet kommer att dokumenteras och att man som vårdare har tystnadsplikt. Samtalen kan finnas som stöd för att senare tillsammans skapa en förlossningsplan. Det är viktigt att man som vårdare under samtalet låter kvinnan berätta i lugn och ro, och avbryter henne endast då man behöver göra det för att kunna förstå allt ordentligt. Efteråt kan man gå igenom det som kvinnan berättat i stora drag och sedan ställa och besvara frågor. Som vårdare ska man kunna vägleda och stöda kvinnan utan att hon ska känna sig missförstådd eller som att hennes önskemål inte respekteras. Till exempel om kvinnan känner att det inte finns någon annan möjlighet att föda på än genom kejsarsnitt kan man förklara för kvinnan att detta alternativ är helt möjligt, vilket då gör att hon kan fokusera på själva rädslan i stället. Det är också viktigt att i stället för att försöka övertala kvinnan till en vaginalförlossning, försöka få henne nyfiken på det. Genom trygghet och enkel, relevant information kan man kanske få kvinnan att inse att en vaginal förlossning inte är helt otänkbar. (Sjögren, 2005, s. 199–201, 204).

Ifall kvinnan är rädd för att förlora kontrollen under förlossningen kan man fokusera på att få henne att förstå vad exakt det är som händer med kroppen under en förlossning och varför det är normalt att hon känner på ett visst sätt i en viss situation. Kunskapen om detta blir som en trygghet som hjälper henne att kunna känna avslappning vid förlossningen. Man kan även tipsa kvinnan om att utbilda sig själv om hur en bra förlossning kan gå till, till exempel genom att se en bra förlossningsvideo. Ifall kvinnan har allt för stark förlossningsrädsla kan hon behöva få ännu mera hjälp, vanligtvis via en psykolog. Via samtalen kan man också få reda på ifall kvinnan även är i behov av annan hjälp, till exempel av en massör på grund av att hon spänner sig fysiskt. Det som man som vårdare ska minnas, är att oavsett vilket förlossningssätt som samtalet leder till, så ska upplevelsen vara så positiv som möjligt och man ska göra allt man kan för att uppnå detta. (Sjögren, 2005, s. 201–202, 206).

Postpartumsamtal inom tre dygn efter en traumatisk förlossning, kan fungera som hjälp för att förebygga bland annat förlossningsrädsla. Genom postpartumsamtalet kan man också, förutom att stöda kvinnan efter den traumatiska upplevelsen, identifiera kvinnor som ligger i riskzonen för att utveckla psykiska besvär i framtiden efter förlossningen. (Dennett, 2003).

2.3.2 Förlossningsförberedelse; att ta kontroll över rädslan

Enligt Heli och Svensson (2017, s. 25, 119) är en viktig del av förebyggandet och behandlingen för förlossningsrädsla, att man som kvinna praktiskt förbereder sig inför förlossningen. Detta görs för att öka förståelsen för vad som händer, för att få kvinnan att kunna ta emot smärtan som kommer med värkarna och låta dem göra sitt jobb, och därmed hålla rädslan på en rimlig nivå. Detta kan fungera bra som kompletterande behandling tillsammans med stöd genom samtal och en bra utförd förlossningsplan. Förlossningsförberedelse kan ges till exempel i föräldrautbildningsgrupp inom mödrarådgivningen.

Att känna att man kan hantera smärtan vid en förlossning kan vara avgörande för att minska på förlossningsrädslan. En annan viktig del är också att kvinnan förstår att själva smärtan inte är farlig eller sjuklig, utan att det är en helt normal smärta som ska uppstå. För att ta sig igenom värkarbetet kan kvinnan använda sig av olika "verktyg", vilket också kan göra att kvinnan känner att hon har bättre kontroll över läget. Susanna Heli och Liisa Svensson har skapat "Trygghetsmodellen", för att hjälpa kvinnor att sträva till en förlossning med mindre stress och rädsla involverad. I denna modell ingår fyra verktyg som kvinnan kan använda sig av för att hantera olika delar av förlossningen som känns utmanande. Verktygen går att använda när som helst under förlossningen och de kan kombineras med andra tekniker och verktyg som är till för att hantera värkar. Dessa fyra verktyg är "andning", "avspänning", "rösten" och "tankens kraft", och de är till för att leda kvinnan mot trygghet. (Heli & Svensson, 2017, s. 73).

Om kvinnan hyperventilerar mister hon bland annat mycket energi, hon blir ännu mer stressad och börjar känna sig yr. Om kvinnan däremot fokuserar på att ha en så ljudlös andning som möjligt, blir kroppen automatiskt lugnare och hon har inte lika lätt för att gå upp i stress. När man är stressad och rädd så spänner man sig genast omedvetet. Vid en förlossning tror kroppen att värkarbetet behöver bromsas om kvinnan känner av rädsla, så det är också vad som händer. Därför är ett viktigt verktyg att kunna slappna av under värkarna, eftersom kroppen då kan arbeta ostört och låta värkarna göra sin sak. För att göra avslappningen lättare kan kvinnan tänka på att vara tung i kroppen och bara följa med, det kan hjälpa att aktivt tänka på att slappna av uppifrån och ner, från ansiktet och käkarna ner till axlarna, från axlarna ner till rumpan och benen. Kvinnan kan också fokusera på ord som

påminner henne om att slappna av och göra dem till ett slags mantra, exempelvis med ordet "tung". (Heli & Svensson, 2017, s. 75–85).

Olika ljud kan hjälpa till när man vill prestera i något, det kan ge mera kraft till exempel vid en förlossning. Oftast kommer ljudet naturligt vid en födsel, men för vissa kvinnor kan det kännas obekvämt att låta. Ett ljust skrik kan omedvetet ge kvinnan signaler om fara, därför är det bättre att fokusera på en mörkare ton och att hon snarare "brölar" än skriker. Då är det mindre risk att hon grips av rädsla och panik under förlossningen och den mörka rösten ökar buktrycket, som hjälper till under krystvärkarna. Kvinnan kan också med hjälp av tankens kraft hålla sig lättare vid tryggheten. Placebo och nocebo kan vara till hjälp här. Placebo innebär att vår förhoppning på något ger en positiv effekt på tillståndet, på grund av att tron så pass kraftfullt aktiverar en fysiologisk reaktion. Nocebo innebär motsatsen, alltså att negativa förväntningar förvärrar tillståndet ytterligare. För att ta hjälp av tankens kraft behöver kvinnan byta ut de negativa tankarna mot positiva tankar. Om kvinnan under en tillräckligt lång tid har upprepat och präntat in en positiv tanke, blir denna starkare än den negativa tanken. (Heli & Svensson, 2017, s. 85–97).

I många kommuner har man möjlighet att som förstföderska åka till sjukhuset på förlossningsförberedelse. Till exempel ordnar Vasa Centralsjukhus förlossningsförberedelse med jämna mellanrum och de hålls både på plats och via distans. På förlossningsförberedelsen får kvinnan och hennes partner bekanta sig med förlossningsenhetens utrymmen och lyssna på en föreläsning som hålls av en barnmorska på enheten. Samtidigt finns det också möjlighet till att lära sig olika andnings- och avslappningstekniker som kvinnan kan använda sig av vid förlossningen. (Vasa Centralsjukhus, 2022).

Om kvinnan känner sig osäker inför förlossningen och vill diskutera genom en tidigare eller den kommande förlossningen, finns det även möjlighet att åka till sjukhuset på fadderbarnmorskebesök. Där kan kvinnan diskutera igenom sådant som hon funderar på kring förlossningen, tillsammans med en fadderbarnmorska. (Vasa Centralsjukhus, 2020a). På Vasa Centralsjukhus finns även polikliniken för förlossningsrädsla, som samarbetar med förlossningssalen och mödrapolikliniken. Kvinnan kan få remiss från mödrarådgivningen om det stöd som ges därifrån inte är tillräckligt för att kunna hantera rädslan. Här kan

kvinnan få hjälp med att bearbeta rädslan tillsammans med en barnmorska, läkare och/eller psykolog. (Vasa Centralsjukhus, 2020b).

2.3.3 Förlossningsplan

En förlossningsplan kan vara en bra ögonöppnare för kvinnan, där hon kan skriva ner och ta fram rädslan, öka förståelsen för den och påbörja bearbetning av den (Abascal, 2012, s. 208). En förlossningsplan kan till exempel skrivas redan på mödrarådgivningen eller tillsammans med en barnmorska som arbetar på en förlossningsavdelning (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 251). Den ska basera sig på kvinnans egna förväntningar och målsättningar för förlossningen. Planen kan ändras ända fram tills förlossningen, och när den börjar bli dags går man tillsammans noggrant igenom planen och diskuterar hur önskemålen kan uppfyllas. Genom förlossningsplanen kan kvinnan förmedla sina rädslor och beskriva vad det är som hon behöver få stöd med under förlossningen. Ett förlossningskontrakt kan också skrivas, där man gemensamt med läkare och annan vårdpersonal kommer överens om ett beslut, till exempel igångsättning eller kejsarsnitt. Det är viktigt att alla inom vårdteamet respekterar kvinnans förlossningsplan och följer den så gott det går, eftersom kvinnans tillit annars kanske förstörs, vilket kan leda till traumatisk stress. (Sjögren, 2005, s. 165, 202–203).

Enligt Holopainen, Stramrood, van Pampus, Hollander och Schuengel (2020) kan skapandet av en förlossningsplan vara till stor hjälp efter en traumatisk förlossning för att nästa förlossning ska kännas mer positiv för kvinnan. Kvinnan kan börja skriva sin förlossningsplan tidigt i graviditeten och den kan vara till hjälp både för vårdaren och för kvinnan. Vårdaren får lättare att förstå vad det är som kvinnan behöver för att känna att hon får stöd för förlossningsrädslan, och kvinnan kan genom förlossningsplanen känna att hon är mer förberedd och har mer kontroll. Wulcan och Nilsson (2019) lyfter även fram vikten av att tillsammans med kvinnan skapa en förlossningsplan. I planen kan kvinnan ta upp olika saker som är betydelsefulla för henne under förlossningen, till exempel att det är viktigt att all information också ges till henne, eller hur hon föredrar att smärtlindring ska ges. I deras studie framkommer det att skapandet av en förlossningsplan kan minska förlossningsrädslan till stor del.

2.3.4 Stödgrupper och doula

Mödrarrådgivningen kan även ge remiss till stödgrupper för kvinnor med förlossningsrädsla. I till exempel Helsingfors ordnar man, utöver vanligt samtalsstöd vid förlossningsrädsla, även stödgrupper. Dessa "Nytti-grupper", som de kallas, ordnar man främst för kvinnor som ska föda barn för första gången och är oroliga inför förlossningen. På mötena får kvinnorna diskutera olika saker som de funderar på tillsammans med andra förstföderskor och de får också göra avslappningsövningar. Personen som leder "Nytti-gruppen" är psykolog till yrket och har inriktat sig på sådant som rör graviditet och förlossning specifikt. Vid ett tillfälle har deltagarna i gruppen även möjlighet att vara med på ett möte som äger rum i förlossningssal. Detta tillfälle leds av en barnmorska som inriktat sig på förlossningsrädsla. (HUS, u.å.).

Helsingfors erbjuder även en så kallad "Syli-specialförberedelse" för kvinnor som ska föda sitt första barn och känner rädsla inför detta. Den går ut på att en sjukskötare och en barnmorska går igenom hur förlossningen i sin helhet går till, vilka olika alternativ för smärtlindring som finns tillgängliga och hur kvinnan kan öva på att ta kontroll över läget och slappna av under förlossningen. (HUS, u.å.).

Siivola (u.å.) hävdar att man med hjälp av en doula kan öka sannolikheten för en positiv förlossningsupplevelse med 34%. En doula är en stödperson som kan hjälpa kvinna och eventuellt kvinnans partner på flera olika sätt under både graviditeten och vid förlossningen, till exempel genom att ge information, och stöda både psykiskt och fysiskt. Doulan kan öka känslan av trygghet, hjälpa kvinnan med smärtlindringen och ge henne olika tips som underlättar graviditeten och förlossningen. Doulan kan fungera som en slags samarbetspartner med vårdarna, och hon kan hjälpa kvinnan i beslutstagande kring förlossningsvården. Doulan kan, men behöver inte vara utbildad till barnmorska.

2.3.5 Effekten av stödet

I studien av Sydsjö et al. (2015) framkommer det att stödet som ges till kvinnor med förlossningsrädsla visade sig ha positiva effekter, med tanke på att rädslan bland annat orsakar fler kejsarsnitt, mer användning av smärtlindring och ett längre utdraget öppningsskede. I studien hade dessa faktorer blivit lindrigare och i vissa fall till och med förbättrats i jämförelse med kvinnor som inte led av förlossningsrädsla. Till exempel kunde

de tack vare stödet inte se någon skillnad då det gällde användningen av smärtlindring. En annan upptäckt som de gjorde var att kvinnor som hade förlossningsrädsla och fått behandling för det, till och med kunde ha kortare utdrivningsskede än kvinnor som inte hade några rädslor. De noterade också att det inte fanns någon större skillnad då det gällde frekvensen av kejsarsnitt mellan de två olika grupperna, de skedde ungefär lika ofta oberoende om kvinnan hade förlossningsrädsla eller inte, efter att kvinnorna med förlossningsrädsla fått behandling.

I en randomiserad kontrollerad studie utförd av Fenwick et al. (2015) upptäckte man att kvinnor med förlossningsrädsla som fick behandling i form av psykoterapi drog stor nytta av detta. Psykoterapin gavs i form av två telefonsamtal utöver den vanliga mödrarådgivningen. Man märkte en minskning på 8% då det gällde kejsarsnitt hos kvinnor med förlossningsrädsla som fick psykoterapi, i jämförelse med gruppen som inte fick det. Tidigare forskning (Saisto et al., 2001; Rouhe et al., 2013; Toohill et al., 2014) som man i studien lyfter fram, visar att kvinnor som får extra stöd via mödrarådgivning uppfattar förlossningen som mindre ångestfylld, vilket kan tolkas som att de i efterhand är mer nöjda med att föda vaginalt.

Kvinnorna i behandlingsgruppen som fick psykoterapi hade också mindre antal upplevelser med så kallade "flashbacks" som kan tyda på en traumatisk händelse. Det här visar att psykoterapi i samband med mödrarådgivning kan förebygga uppkomsten av förlossningsrädsla efter en traumatisk förlossning. Kvinnorna som fick behandling motiverades att vara mer självsäkra och att våga ifrågasätta saker och ting som kunde göra dem obekväma, vilket skulle göra att de kände sig mer delaktiga i förlossningsvården. Studien understryker faktum att barnmorskan har en viktig roll vid när det kommer till att stöda kvinnor som lider av förlossningsrädsla. (Fenwick et al., 2015).

Larsson, Karlström, Rubertsson och Hildingsson (2015) menar emellertid att enbart psykoterapi inte är tillräckligt för att minska på förlossningsrädslan. De har gjort en studie där de undersöker ifall kvinnor som får behandling mot sin förlossningsrädsla i form av psykoterapi, av en specialutbildad barnmorska inom ämnet, har någon effekt. I studien kommer de fram till att de flesta kvinnor som stöds på detta sätt genom sin rädsla är väldigt nöjda med stödet, men generellt kan man inte hitta så stora förändringar i positiv riktning om man ser på kvinnans upplevelse av förlossningen eller på hennes förlossningsrädsla.

Deras studie tyder också på att psykoterapi inte minskar på kvinnors tendens att vilja föda genom kejsarsnitt på grund av förlossningsrädslan.

2.3.6 Alternativa metoder

På sjukhus finns ofta en speciell mottagning för kvinnor med förlossningsrädsla och dit kan kvinnan hänvisas om stödet på mödrarådgivningen inte räcker till. Där kan kvinnan prata med exempelvis en barnmorska, som hjälper henne att få ett mer positivt synsätt på förlossningen. Här kan man också tillsammans med en läkare planera förlossningen och diskutera olika saker som kanske kan hjälpa kvinnan, bland annat igångsättning. (Heli & Svensson, 2017, s. 24–25).

För att ge kvinnan känsla av kontroll, om det är det som är den största faktorn då det gäller orsaken till rädslan, kan man efter att ha vägt för- och nackdelar låta kvinnan föda efter en igångsättning. Då kan kvinnan lättare känna att hon har kontroll över läget och hon får bättre möjlighet till att använda den smärtlindring hon önskar. Ibland kan det enda alternativet också bli kejsarsnitt, om stöd genom till exempel samtal inte är tillräckligt för att få bukt på förlossningsrädslan. Något värt att tänka på är att om kejsarsnittet görs på medicinska orsaker har riskerna med kejsarsnittet bedömts som mindre i jämförelse med riskerna gällande barnets eller mammans tillstånd. När en kvinna själv vill att kejsarsnitt utförs kan ofta riskerna vara större med att genomföra det än att inte gå hennes önskemål tillmötes. Det kan emellertid finnas skäl till att utföra ett kejsarsnitt som kvinnan själv ber om ifall hon riskerar att psykiskt fara illa av att föda barnet vaginalt. Här är det viktigt att kvinnan informeras om vad det är hon ger sig in på och hon behöver också kunna motivera varför ett kejsarsnitt är nödvändigt. (Abascal, 2012, s. 209, 256–257).

Ett kejsarsnitt innebär risker både för mamman och barnet och det leder oftare till komplikationer, jämfört med vid en vaginal förlossning. Risker för större blödningar ökar, inre organ kan skadas vid ingreppet, och precis som vid andra operationer innebär det en högre infektionsrisk. Beroende på kvinnans hälsotillstånd kan risken för att få en blodpropp efter operationen öka, och utöver detta behövs en hel del smärtlindring och återhämtningstiden efter förlossningen blir mer utdragen. Detta resulterar direkt i att kvinnan blir tvungen att vistas på sjukhuset längre. På grund av att kvinnan inte haft värkar på samma sätt som en vaginal förlossning, har hon inte samma koncentration oxytocin i kroppen, vilket kan påverka amningen och göra den svårare att få igång. Smärtan efter

ingreppet kan också hindra amningsstarten från att börja normalt. (Abascal, 2012, s. 261–262).

Efter ett kejsarsnitt kan även komplikationer uppkomma vid framtida förlossningar. Moderkakan kan till exempel lossna för tidigt, vilket är livsfarlig både för mamman och för barnet. Andra komplikationer gällande moderkakan kan vara att den växer fast i livmoderväggen eller att den växer på fel plats, som i senare fall kan orsaka blödning hos kvinnan och också riskera livet på dem båda. Kejsarsnittet kan också innebära andra risker för det ofödda barnet. Det kan till exempel drabbas av svårigheter med andningen eftersom vätskan i barnets lungblåsor inte hinner absorberas bort på samma sätt som under en vaginal förlossning. Kejsarsnittet kan också orsaka att barnet har lägre blodsocker än normalt vid födseln och ingreppet i sig innebär en förhöjd infektionsrisk. Andra nackdelar med att inte föda vaginalt är exempelvis att barnet inte får den naturliga tarmfloran direkt vid födseln, vilket direkt orsakar en riskökning på cirka 30% att barnet drabbas av inflammation/infektion i tarmen eller astma som kräver sjukhusvård. Man har också enligt rapporter hittat kopplingar mellan insjuknande i diabetes hos barn under femton år och kejsarsnitt. (Abascal, 2012, s. 261–262).

3 Teoretisk utgångspunkt

Det här examensarbetet analyseras inom ramen av Jean Watsons omvårdnadsteori. Fem av tio karativa faktorer används i dataanalysen. Enligt Jean Watson (1985, s. 7) ska en vårdare ha ett arbetssätt som är en kombination av vårdvetenskapen och ett humanistiskt tankesätt. De tio karativa faktorerna kan användas som vägledning för att fullfölja detta och de kan sägas vara en motsats till kurativa faktorer, alltså sådana faktorer som handlar om botandet av patientens sjukdom. De karativa faktorerna handlar i stället om att hur man kan hjälpa patienten att exempelvis bibehålla sitt välbefinnande.

Av de fem karativa faktorer som valts, är den första faktorn *Formation of a Humanistic-altruistic System of Values*, och den tar upp en del av det humanistiska tankesättet i teorin. Inom vårdarbetet finns oftast en naturlig grund för detta i form av att man som vårdare bryr sig om sin patient, känner kärlek för sig själv och andra, och närmar sig patienten på ett vänligt och respektfullt sätt. Det humanistiska tankesättet finns med ända från då man

är ett litet barn och det utvecklas under livets gång. Genom utbildningen till att bli en vårdare byggs det humanistiska synsättet upp, exempelvis genom att se hur erfarna vårdare arbetar och bemöter sina patienter. Utvecklingen kan också ske bland annat genom tidigare upplevelser som man varit med om utanför studierna eller tidigare i livet, att man som person ifrågasätter sina egna tankar och funderingar och även andras, att man kommer i kontakt med olika kulturer eller att man blir mer självmedveten exempelvis genom meditation. (Watson & Leininger, 1985, s. 10–11).

Den här faktorn tar upp det viktiga med att man är dedikerad till vårdyrket och att man känner nöje av att hjälpa andra. Som vårdare ska man kunna visa kärlek och omtanke till andra, och man ska kunna se sin patients resurser och hur dessa kan främja välbefinnandet hos denne. Man ska gå förbi sitt ego för att fullständigt kunna vara dedikerad, men samtidigt balansera detta så att man inte går över gränsen till att man offrar sig själv för yrket. Watson ser det humanistiska tankesättet som en mycket viktig del i det professionella vårdarbetet, och därför menar hon att det här är den mest grundläggande faktorn. (Watson & Leininger, 1985, s. 11–12).

Den andra karaktäristiska faktorn som valts är *Development of a Helping-trust Relationship* och den tangerar vikten av att skapa en trygg relation till sin patient. En sådan känsla kan infinna sig hos patienten om vårdaren visar att hen bryr sig och ser patienten och dennes behov. För att man som vårdare ska kunna öppna upp för möjligheten att skapa en trygg relation till sin patient krävs det att man visar intresse för individen och allt kring den. Vilka möjligheter och hinder upplever patienten att hen har, och vad finns det som kan göra att hen känner sig motiverad när det kommer till hälsan? Som vårdare kan det finnas risk för att man objektifierar sina patienter och inte ser dem för de individer som de är. Därför är det viktigt att man tänker på att grunden för en trygg relation finns hos en själv och att man därför har detta i åtanke i sina patientmöten. Watson lyfter fram vikten av att uttrycka sig genuint och med empati och värme mot sin patient. Vårdaren ska kunna lägga sin professionella roll åt sidan och behandla patienten på ett äkta sätt som bemöter både negativa och positiva känslor, utan att döma. Genom empati kan man som vårdare känna sig in i den enskilda individens känslotillstånd och se på saken ur dennes synvinkel. (Watson & Leininger, 1985, s. 25–32).

Den tredje karativa faktorn som används i dataanalysen av det här examensarbetet är *Systematic Use of the Scientific Problem-solving Method for Decision Making*. Watson (1985, s. 51–55, 64–66) menar att även om exempelvis erfarenheter är en viktig del i vårddyrket ska man inte glömma bort den vårdvetenskapliga delen där man fokuserar på att söka efter och skaffa sig vetenskaplig information, och sedan använda sig av den. Denna del i omvårdnadsteorin kan tillämpas på vården för att skapa en trygghet som bygger på evidens. Vårdprocessen och processen som sker när man gör en vetenskaplig efterforskning uppbyggda på samma sätt och de har båda samma mål; att få en lösning på ett problem eller en fråga. För det första undersöker man problemet och tar reda på fakta om ämnet i fråga. Man kan även här ställa hypoteser angående orsak – verkan gällande ett problem. I planen funderar man ut hur man ska mäta olika faktorer som inverkar och detta genomförs sedan enligt den. För att utvärdera de mätningar man gjort så analyserar man de resultat man fått och undersöker ifall mätningarna gjort någon nytta.

The Promotion of Interpersonal Teaching-Learning är den fjärde karativa faktorn som används i examensarbetet. Den handlar om lärandet inom sjukvården, både för vårdaren och för patienten. Vårdaren behöver söka evidensbaserad information för att framställas som trygg och vetande, och man ska också kunna förmedla informationen vidare till sin patient på ett sätt som hen förstår. Att som vårdare ge tillräckligt med information har visat sig att effektivt minska på exempelvis rädsla och stress vid olika medicinska åtgärder eller tillstånd. Om en patient känner sig stressad inför något kan bara en sådan sak, som att ge ordentligt med information, hjälpa mycket. Informationen kan hjälpa patienten att förstå vad det är som kommer att hända, vilket i sin tur kan föra med sig en känsla av kontroll och ta bort dramatiska fantasier. Hela sättet att se på det medicinska tillståndet kan också förändras och det kan främja den psykiska hanteringen av detta. (Watson & Leininger, 1985, s. 69–74).

Den sista karativa faktorn som används är *Provision for a Supportive, Protective, and(or) Corrective Mental, Physical, Sociocultural, and Spiritual Environment*. Som vårdare måste man ha i åtanke de olika komponenter som påverkar en persons hälsa och välmående, för att kunna identifiera vårdbehov. Komponenterna kan delas in i både yttre, till exempel omgivningen ur en social eller fysisk synvinkel, eller inre, till exempel omgivningen ur en spirituellt, sociokulturell eller mental synvinkel. När något plötsligt förändras i en persons omgivning orsakar det ofta en stressreaktion som man blir tvungen att hantera på något

sätt. Som vårdare behöver man då ta reda på varifrån stressen uppstått för att sedan kunna hjälpa patienten med hanteringen av den. (Watson & Leininger, 1985, s. 81–83).

Omgivningen kan påverkas av olika variabler och exempel på sådana är bekvämlighet, trygghet, bibehållen integritet och en ren och trivsamt miljö. Bekvämlighet ökar patientens egen funktionsförmåga och den stöder både de yttre och inre komponenterna. Praktiska exempel på detta är till exempel hur ett patientrum på så många sätt kan anpassas enligt patientens behov, olika vardagssysslor som hen kan få hjälp med, hur man som vårdare kan finnas till som samtalsstöd eller hur man bemöter patienten med tanke på dennes kultur och tro. En ren men samtidigt trivsamt miljö är en betydelsefull del av omgivningen. Miljön ska vara funktionell och praktisk för ändamålet, men behöver också inge trivsel och trygghet. Detta kan verkställas exempelvis genom att använda sig av funktionsanpassade möbler, färger, musik och att hålla miljön snygg och prydlig. (Watson & Leininger, 1985, s. 88–91, 99–100).

Integritet och trygghet är också väldigt viktiga variabler för att främja välbefinnande. För att patienten ska kunna bibehålla sin värdighet krävs det att man som vårdare hjälper till att bevara patientens integritet och respekterar denne. Professionell konfidentialitet hålls angående information om patienten och detta bygger på trygghet som vårdaren förmedlar. En vårdare kan inge trygghet på flera olika sätt, till exempel genom att försöka förhindra att patientens tillstånd förvärras via exempelvis en infektion eller genomföra förebyggande åtgärder för personer i olika riskgrupper. För att utstråla trygghet ska en vårdare i korthet identifiera och minska på olika faktorer som kan riskera patientens välmående, informera patienten om varför detta görs och sedan också se till att detta fungerar enligt planen. (Watson & Leininger, 1985, s. 93–98).

4 Syfte och frågeställningar

Syftet med det här examensarbetet är att beskriva hur barnmorskor och hälsovårdare inom mödrarådgivningen kan stöda kvinnor med förlossningsrädsla, vilka metoder de använder och vilka erfarenheter och upplevelser de har av detta. Detta görs för att gå djupare in på ämnet, och för att undersöka vilka möjligheter till stöd och vård som det finns för kvinnor som lider av förlossningsrädsla.

Frågeställningar som används är:

- Vilka upplevelser och erfarenheter har barnmorskor och hälsovårdare inom mödrarådgivningen av att ge stöd åt kvinnor med förlossningsrädsla?
- Vilka metoder kan barnmorskor eller hälsovårdare inom mödrarådgivningen använda för att ge stöd åt en kvinna med förlossningsrädsla?

5 Metod

Detta examensarbete görs i form av en kvalitativ studie. När man gör en kvalitativ studie ser man på fenomenet ur ett av många perspektiv och man undersöker andra människors erfarenhet och upplevelse av ett ämne. I en kvalitativ studie lönar det sig att ha färre personer som man exempelvis intervjuar, men att man går djupare in på deras erfarenhet av ämnet. Forskaren i en kvalitativ studie har en viktig roll genom insamlandet av all data och att sedan också analysera denna data, resultatet kan därför också bli lite mer subjektivt än om man jämför med vissa andra sätt att utföra en studie på. (Hedin & Martin, 2011).

5.1 Datainsamling

För att samla information till studien används en semistrukturerad intervjumetod och intervjun spelas in. Med hjälp av denna intervjutyp får man svar på frågor som tangerar exempelvis andra människors känslor, åsikter, upplevelser och erfarenheter. Där används en intervjuguide med innehållande frågor som tangerar ämnet. Den som intervjuar är flexibel mot informanten och kan ändra ordningsställningen på frågorna enligt vad informanten berättar. Intervjuaren kan också ställa passande följdfrågor för att få rikare

beskrivningar. Det är viktigt att man som intervjuare inte har med för många och för detaljerade frågor, det ska finnas utrymme för informanten att berätta mer fritt om sina erfarenheter och upplevelser av ämnet. Miljön som intervjun sker i ska utstråla trygghet och lugn för att ge så bra förutsättningar som möjligt till en bra intervju. (Henricson, 2017, s. 147). För datainsamlingen används en intervjuguide (se Bilaga 1) innehållande sju frågor som tangerar ämnet. Intervjufrågorna är breda för att lättare kunna ställa följdfrågor utifrån vad informanten berättar. Intervjuerna sker på en överenskommen plats och på informantens arbetstid.

5.2 Urval

I en kvalitativ studie väljer man inte slumpmässigt ut personer att utföra studien på, utan man väljer sådana som har erfarenhet av ämnet, och bara ett fåtal för att få en så ingående uppfattning som möjligt. (Henricson, 2017, s. 115). Därför väljs till det här examensarbetet fem barnmorskor eller hälsovårdare inom mödrarådgivningen som har erfarenhet av att just stöda kvinnor som lider av förlossningsrädsla. Examensarbetet inriktar sig på att studera mödrarådgivningen i Finland så därför begränsas urvalet till endast finländska mödrarådgivningar. För att underlätta vid datainsamling tar man i första hand kontakt med en kommun i Österbotten.

Datainsamlingen görs från informanter inom mödrarådgivningen, eftersom det är just de som oftast i första hand identifierar och ger stöd åt kvinnor som lider av förlossningsrädsla. Kriterierna för att kunna delta i studien är att man som barnmorska eller hälsovårdare arbetar på en mödrarådgivning och har erfarenhet av att ge stöd åt kvinnor med förlossningsrädsla. En fördel är om kvinnan senare har kunnat ge respons på hur hon upplevde stödet, om/och hur det hjälpte henne, och vilken upplevelse hon hade av förlossningen.

5.3 Dataanalys

När man gör en kvalitativ dataanalys kan man börja på med analysen redan efter att en eller några intervjuer har gjorts, i de flesta fall analyserar man dock alla intervjuerna på en gång när de har gjorts. Man kan analysera materialet på många olika sätt, till exempel med hjälp av någon analytisk ansats, men man kan också beskriva processen generellt. För det

första renskrivs intervjuerna från inspelningen och man läser igenom dem flera gånger. Man plockar sedan ut delar ur intervjuerna som är relevanta för studien och kategoriserar dem. I den här delen är det viktigt att ha syfte med frågeställningar i åtanke för att inte tappa den röda tråden. (Henricson, 2017, s. 116). Materialet som samlas in genom intervjuerna, analyseras genom en kvalitativ innehållsanalys.

En kvalitativ innehållsanalys kan göras på ett större material bestående av text som samlats in genom exempelvis intervjuer. Texten kan antingen analyseras deduktivt, det vill säga utgående från någon annan källa såsom en teori, eller också induktivt där man analyserar endast utgående från textmaterialet. (Henricson, 2017, s. 289–290). En induktiv ansats kan användas om det finns begränsat med kunskap om ämnet i fråga. När man analyserar induktivt kodas materialet, och meningsenheter som är av liknande typ kopplas samman genom koderna. Kodningen kan göras genom att man till exempel antecknar en tolkning eller ett ord utifrån en meningsenhet. Genom sammankopplingen av koderna skapas subkategorier och dessa namnges med ord som beskriver innehållet i korthet. Efter detta kan man ännu gruppera subkategorienheterna under större, mer övergripande kategorier, enligt hur de passar ihop. Antalet olika nivåer av kategorier kan variera, det ska pågå så länge som det är nödvändigt och slutligen kan kategorierna tillsammans bildas till olika huvudkategorier. Genom skapandet av dessa kategorier kan man lättare förstå helheten av företeelserna bakom materialet, vilket i sin tur utger kunskap. (Elo & Kyngäs, 2008).

Textmaterialet analyseras induktivt med hjälp av kodning där citaten kodas om till en egen, mer övergripelig tolkning och tolkningarna kopplas samman. Koderna bildar tillsammans ett visst antal underkategorier, och utifrån dessa skapas några få huvudkategorier. Processen för resultatanalysen kan ses på följande sida (tabell 1. Process för resultatanalys). Som teoretisk referensram och som anknytning till den kvalitativa innehållsanalysen kommer fem karativa faktorer ur Jean Watsons omvårdnadsteori att användas. Materialet som fås in genom intervjuerna kommer även att anknytas till tidigare vetenskaplig litteratur inom ämnet.

Tabell 1. Process för resultatanalys

Process för resultatanalys			
Huvudkategorier	Grunden för stödet	Att sätta struktur på rädslan	Den stödande processen
Underkategorier	Erfarenhet Mötet kring förlossningsrädslan Förutsättningar	Identifiering Olika typer av rädsla	Stödets olika delar Samarbete med andra yrkeskunniga Resultat av stödet
Koder	<ul style="list-style-type: none"> - Upplevd förekomst av förlossningsrädsla - Tidigare upplevelser av förlossningsrädsla - Personlig utveckling - Att möta utmaningar - En trygg relation - Förståelsen - Upplevelse av mötet - Att våga berätta - Kvinnan i fokus - Tiden - Möjligheter att ge stöd - Utvecklingsbehov 	<ul style="list-style-type: none"> - Att hitta rädslan - Att identifiera rädslan - Verktyg för identifiering - Utgångspunkt - Riskfaktorer - Rädsla ej kopplad till förlossning - Rädsla kopplad till förlossning - Hur rädslan kan ta sig i uttryck - Hur rädslan påverkar 	<ul style="list-style-type: none"> - Förebyggande av rädsla - En själv som redskap - Stöd för rådgivaren - Att följa upp rädslan - Att hitta styrkan - Individanpassat stöd - Stödperson - "Föda utan rädsla"-tekniken - Förlossningsförberedelse - Fadderbarnmorska - Postpartumsamtal - Polikliniken för förlossningsrädsla - Mentalvårdsteam - Framgång - Respons

5.4 Etiska överväganden

Forskningsetiska delegationen (TENK, u.å.) ser till att det inom alla vetenskapsområden förekommer etiskt korrekt forskning med god kvalitet. För att upprätthålla detta gör de exempelvis sådana saker som att på en nationell nivå ange anvisningar hur forskning ska utföras, de utbildar, de genomför humanvetenskapliga etikprovningar och de hjälper till i situationer där god vetenskaplig praxis inte har hållits. I TENKs senaste upplaga av anvisningar för etiska principer och etikprovning inom humanforskning, skriven av Kohonen m.fl. (2019), tar man bland annat upp vad som är viktigt att tänka på när man gör en studie där andra människor är inblandade. När man genomför en studie inom humanforskning ska man förutom att respektera självbestämmanderätten och människovärdet även ha i åtanke andra etiska principer. Studien får heller inte under några omständigheter riskera eller skada andra människor. Personen som är med i studien ska ha gett sitt samtycke och

ska vara medveten om att hen i vilket skede som helst kan tillbakadra sitt samtycke och avbryta deltagandet.

Utöver den enskilda personens samtycke ska även forskningstillstånd ges från enheten där studien genomförs (Henricson, 2017, s. 289). Kohonen m.fl. (2019) hävdar också att man ska ge information om vad studien går ut på och vad målet med den är, när man genomför en studie som involverar andra människor. Ifall studien på något sätt skulle riskera de medverkande personernas välbefinnande, ska detta tydligt framgå.

När det kommer till insamling av personuppgifter ska dessa behandlas ansvarsfullt och man samlar endast in personuppgifter som behövs. När personuppgifterna inte längre behövs ska de alltså därför raderas. Ifall det är flera personer som genomför studien kan man ha en personuppgiftsansvarig. Vid publiceringen av studien ska personerna som medverkar vara oigenkännliga för omgivningen för att skydda deras integritet. (Kohonen m.fl., 2019).

Eftersom studien görs inom Österbotten och det är ett ganska litet område, är det viktigt att tänka på att barnmorskan eller hälsovårdaren som intervjuas inte blir igenkännbar på grund av vad som framkommer i intervjuerna. Inspelningsmaterial som fås via intervjuerna skyddas bakom lösenord, och det kommer endast vara skribenten och handledaren som har tillgång till materialet. När materialet inte längre behövs kommer det att raderas. Samtycke fås genom att informanten läser ett följebrev där information om examensarbetet, intervjuerna och dess etiska aspekter framkommer (se Bilaga 2), och skriver under på en samtyckesblankett (se Bilaga 3). Orten som intervjuerna genomförs i, har godkänt ett forskningstillstånd, vilket berättigar till forskning på informanternas arbetstid. På grund av risken för att orten kan identifieras, kommer forskningstillståndet inte att bifogas som en bilaga.

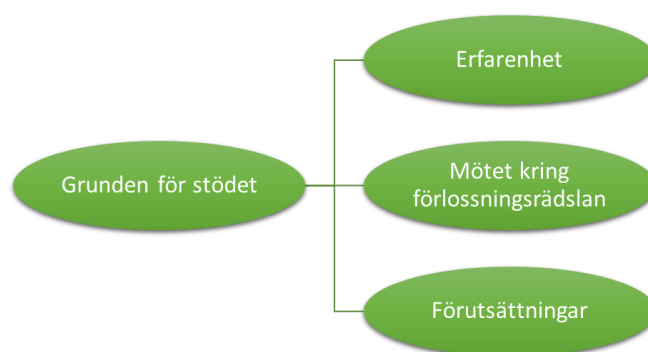
6 Resultat

I detta kapitel kommer resultatredovisningen att göras. Textmaterialet baserar sig på information från fyra personer inom mödrarådgivningen. Genom dataanalysen har tre huvudkategorier uppkommit, dessa är "Grunden för stödet", "Att sätta struktur på rädslan" och "Den stödande processen". Inom de tre huvudkategorierna finns sammanlagt åtta underkategorier, och dessa presenteras mer ingående i kapitlet. För att styrka påståendena används citat från informanterna.

6.1 Grunden för stödet

Denna kategori tar upp olika delar som ligger i grunden för stödet. Huvudkategorin är indelad i tre underkategorier som bygger på koder utifrån citaten. Förtydligande av huvudkategorin och dess underkategorier kan ses nedan (figur 1. Grunden för stödet). Informanterna berättar om tidigare erfarenheter av att vårda klienter med förlossningsrädsla, hur man som professionell ska bemöta den förlossningsrädda kvinnan, hur man själv kan utvecklas genom arbetslivet, och vilka förutsättningar som man som mödrarådgivare har när kommer till att stöda vid förlossningsrädsla.

Figur 1. Grunden för stödet



6.1.1 Erfarenhet

Informanterna upplever att förlossningsrädslan har blivit vanligare, eller att det åtminstone blivit vanligare att ämnet lyfts fram. Troligtvis beror detta delvis på att både rådgivarna och kvinnorna vågar öppna sig mer och prata mer om känslor än tidigare. Den sekundära förlossningsrädslan anses också vara vanligare än den primära. En informant menar att det kanske kan bero på att dagens ungdomar gärna letar reda på information till exempel via

nätet, vilket ökar känslan av kontroll för den ovetande och därmed minskar rädslan inför den första förlossningen. Ibland förekommer perioder med många flera kvinnor samtidigt som lider av förlossningsrädsla, medan det ibland inte alls kommer in någon med förlossningsrädsla.

"Alltså, jag tycker ju med min erfarenhet att jag har sett att det är mera... eller så pratar man mer om det idag."

"Det kan nog vara både och, men jag tror ju nog att en stor del också är att man tar upp det mer liksom. Att man... man är mer öppen. Både dagens blivande mammor och... och säkert också vi som jobbar."

"Och om man tänker nutida unga vill ju gärna ha väldig... en väldig kontroll i sina liv, upplever jag. Och om man är van att... att man serveras på nätet svar på allt man ska ha svar på och man vet att det finns, ja. Och... och kräver på ett annat sätt, och där märker jag nog att... att många kan ha en förlossningsrädsla som... som de har fått via en tidigare förlossning."

"Ja, alltså det kan ju kom... vissa gånger kan det komma så att man har några två, tre remisser under en... då tycker man "oj vad kort tid..." att "oj nej, har jag skickat så många nu"... Men sedan då kan det gå flera månader utan att man har skickat någon [till polikliniken för förlossningsrädsla]."

Informanterna har lång arbetserfarenhet inom mödrarådgivning och har mött flera kvinnor med förlossningsrädsla under åren som de arbetat. En av informanterna har även själv haft förlossningsrädsla och arbetat mycket med den för egen del. Erfarenheten kan bland annat göra det lättare för dem att snabbt identifiera vilket typ av stöd som kvinnan behöver och öka förståelsen. Samtidigt som man kanske kan ta hjälp av tidigare erfarenheter är det viktigt att komma ihåg att alla är individuella och kan behöva olika sorters stöd. Förlossningsrädslan hos kvinnorna som kommit till rådgivningen kan ha varit allt från lindrig till väldigt stark.

"För man... man känner nog kanske in lite att det här är nog kanske någon som behöver ha pelkopolibarnmorska och inte bara fadderbarnmorska..."

"...man har ju mött så mycket mammor under alla år man har jobbat, och det är klart att man kan dra paralleller och se om man vet att det här funkar med en, men det behöver ju inte alltid vara så att det här funkar med en annan man möter."

"...oftast kan de leva ganska normalt, att de är inte sådär att de ligger vaken och har mardrömmar och sådär. Men jag har nog haft någon som haft riktigt dödsångest. Som hade faktiskt som nog svårt."

En av informanterna upplever utmaningar, i samband med exempelvis förlossningsrädsla, som något mycket intressant och givande, och har även gått en coachutbildning som bland annat bekräftar det stödande arbetssättet. En annan av informanterna har även utbildat

sig till instruktör för "Föda utan rädsla"-tekniken. Hon får med den utbildningen dra kurser inom förlossningsförberedelse, men har valt att endast använda delar av utbildningen i mödrarådgivningsarbetet.

"...men det har jag alltid tyckt om, de här utmaningarna att jobba med... med... ja, nå bland annat är ju en... en sak, det här med förlossningsrädsla..."

"...jag tror inte egentligen det sättet som jobbar på, men det [coachutbildningen] har gett mera kanske termer och struktur till hur jag tänker. Vet du att jag tror inte jag jobbar annorlunda, men... men att ändå lite har fått bekräftat..."

"Alltså jag har ju också gått en... den här "Föda utan rädsla" -instruktörutbildningen, så den tycker jag att jag har haft ganska stor nytta av i mitt jobb."

6.1.2 Mötet kring förlossningsrädslan

Något som lyfts fram flera gånger är vikten av att redan från början skapa en bra relation mellan vårdaren och kvinnan. Kvinnan ska bemötas på ett bra sätt och man försöker hålla en kommunikation som inger förtroende och trygghet, för att kvinnan ska våga öppna sig och berätta om vad som tynger henne. Om kvinnan kommer till rådgivningen under flera graviditeter strävar man till att hon har samma vårdare alla gånger, eftersom vårdaren och kvinnan då är bekanta med varandra sedan tidigare. Man försöker anpassa mötet efter individuella behov och man försöker också stå som representant för fakta. Trots detta kan det ibland finnas personer som har väldigt svårt att öppna sig, vilket möjligtvis kan försvåra identifieringen och försämra möjligheten att ge stöd vid eventuell förlossningsrädsla. En av informanterna betonar även vikten av att främja kommunikationen, förståelsen och tryggheten mellan den förlossningsrädda kvinnan och stödpersonen som kommer att finnas med vid förlossningen, till exempel kvinnans partner.

"Och bara man får det där bra... liksom förhållandet direkt från början, att de märker att vi finns ju faktiskt där för dom, att vi lyssnar på dom och att de ska ha låg tröskel att ta kontakt och... och sådär så... Jag tycker man har nog för det mesta jättebra diskussioner med dom. Och att de vågar säga."

"...alltså det är ju det här kommunikationen som egentligen är a och o, och att man vinner det här... ska vi säga förtroendet, att de har den här tilliten... de här mammorna att berätta om... om... om.. ja, hur de mår egentligen och vad de har för tankar och funderingar."

"Nå, jag försöker vara en sådan där trygg person som ska stå för det där fakta och inte gå med i sådana där orosfunderingar och att spinna vidare på det, utan man måste som vara den där trygga personen som... som har den där faktakunskapen och på det sättet kunna stöda."

"Den här känslan av trygghet är nog den där viktigaste..."

En viktig del av det stödande arbetssättet när en kvinna med förlossningsrädsla kommer in, är att lyssna, visa genuin förståelse och att ta rädslan på allvar. Man försöker som vårdare visa empati och avfärdar inte tecken på rädsla och oro. Det är också av stor vikt att man tidigt under rådgivningen fångar upp förlossningsrädslan så att kvinnan inte lämnas ensam med sina tankar och funderingar.

”Men det är det viktiga, tror jag, med de här som har en förlossningsrädsla att vi fångar upp dem i tidiga veckor, att de inte lämnar som... att man inte förminskar den här rädslan de har, utan att man faktiskt lyssnar in, benar ut...”

”Men förstås man är empatisk och man ser... ser dom i deras rädsla och det där att inte som tänka att ”ja, nå men kvinnor har ju alltid fött barn, att nog klarar du det där nog”.”

”Att det... det känner jag... det är ju nog det viktiga, att de känner det att vi faktiskt bryr oss och att de får känna sig trygga.”

När en ny kvinna kommer till mödrarådgivningen lägger man värde i att vara lyhörd och öppen för de individuella behov som hon har. Hur mycket fokus man lägger på annat kring den förlossningsrädda kvinnan, som till exempel partnern, kan variera rådgivarna emellan. Ibland kan även partnern till kvinnan ha upplevt en tidigare förlossning som traumatisk. En av informanterna berättar emellertid att hon personligen inte varit med om att detta skulle ha utvecklats till någon slags rädsla som partnern skulle behöva stöd för, utan stödet fokuseras i första hand på kvinnan. Samtidigt berättar en annan informant att hon lägger mycket fokus på båda parterna, eftersom hon anser att exempelvis den blivande pappan kan vara en stor resurs i arbetet att lindra rädslan bara han får rätt vägledning.

”...för mig så är vartenda möte unikt.”

”...det är nog inte på samma sätt för honom utan det är nog som den gravida som har största rädslan nog. Jag har nu som inte upplevt att... att på det sättet att någon pappa skulle ha pratat om att han skulle ha jättestort trauma, utan de är nog mer som fokuserat på den gravida, den där vården.”

”...min andra förlossning så gick jag mina de här profylaxkurserna och vi läste böcker och vi... vi gjorde det som tillsammans och den andra förlossningen blev en riktigt sådan där drömförlossning. Jag vet som att... att om man faktiskt är mera inför... som båda två, speciellt den här mannen då, så kan man ju få en riktigt positiv förlossningsupplevelse. Revansch.”

”Och jag tycker att jag lägger ganska så stor vikt också på partnerns roll i den här mammans rädsla. Han känner ju henne bäst och... och viktigt också att han lär sig att lära sig känna av hennes rädsla. Och kunna läsa av henne, för att han... han är ju hela tiden med, förhoppningsvis.”

6.1.3 Förutsättningar

Informanterna uttrycker att det har goda förutsättningar att ge stöd åt förlossningsrädda kvinnor, dels genom erfarenhet och extrautbildningar, dels i och med att mödrarådgivningen pågår under så många veckor. Tiden ger möjlighet till att försöka komma fram till vad det är som ligger bakom rädslan och hur man kan stöda kvinnan. Ofta finns det också extra tid som ger möjlighet till att boka in extra besök ifall kvinnan känner att hon skulle behöva det. Man vet ju aldrig hur brådskande det kan bli under själva förlossningen, så därför är det viktigt att ha arbetat med rädslan på förhand. Kvinnor som har lindrigare förlossningsrädsla kan för det mesta stödas på mödrarådgivningen, medan de med kraftigare förlossningsrädsla ofta hänvisas vidare.

"...man kan nog göra mycket på en rådgivning. Vi har ju som... alltså lång tid på oss egentligen att stötta de här kvinnorna."

"...alltså jag tycker ju så om det för man kan som... man kan... hur ska vi säga... stöda dem, benar du ut vad som ligger bakom så kan du egentligen preppa de här mammorna inför förlossningen och... och få dem faktiskt att känna att "jamen, yes det här klarar jag av, det här blir bra!"..."

"Man kan ju boka tätare rådgivningsbesök, att det inte går lika länge liksom mellan som det är rekommenderat, utan man... Har man möjlighet, och det har vi ju nog i de flesta fall, så tar man dom tätare liksom om de vill komma och fundera och diskutera och känna att de som blir tryggt omhändertagna."

"Det är ju aldrig för sent att börja på. Men det kan ju vara en jättehektisk dag på förlossningssalen och de har jättemånga födande så de hinner inte vara närvarande med det här paret. Så, jag tror ju nog att det är jätteviktigt att de börjar på mödrarådgivningen, att de som börjar bearbeta det där och fundera lite och... Att det inte blir sedan att de kommer dit och sedan kommer bara jättekraftig rädsla, de vet inte hur dom ska tackla den där rädslan."

"Vi gör vårt bästa och stöder på bästa sätt. Så är det ju."

I vissa fall kan det ändå hända att tiden och resurserna inte räcker till. En av informanterna ger exempel på detta i form av att polikliniken för förlossningsrädsla kanske inte hinner ta emot kvinnan om remiss skickas efter graviditetsvecka 22. Det kan förstås finnas fall där förlossningsrädslan kommer fram först ganska sent in i graviditeten, vilket då försvårar möjligheterna att hinna ge stöd. En annan informant önskar att det skulle finnas bättre möjlighet till samtalsstöd på mödrarådgivningen, där man bland annat skulle kunna lägga mer tid på att gå närmare in på vad det är som ligger som grund för förlossningsrädslan.

"Nog kan man skicka remiss [till polikliniken för förlossningsrädsla efter vecka 22] men det är inte sagt att de hinner få tid. Jag har haft någon gång någon som var förstföderska som sedan kommer fram i vecka... det var jättesent... kanske vecka 36 eller något sådant... så kom det fram att hon var förlossningsrädd, så nog skickade jag remiss, men jag minns inte riktigt hur de fick det."

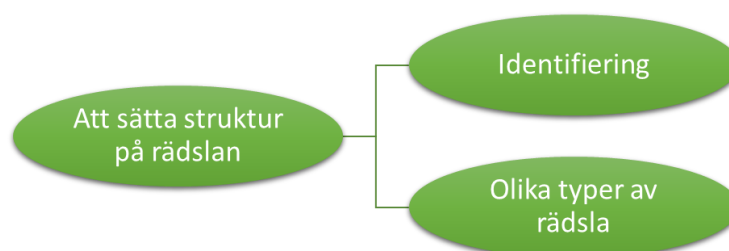
"...det som jag saknar här är ju att ha en vård... alltså ett samtalsstöd åt gravida specifikt bara på mödrarådgivningen som man kan hänvisa till. Att nu har dom ju lite svårt att få det så då blir det ju mycket att... att vi blir deras..."

"Och vi skrapar ju mest bara lite på ytan..."

6.2 Att sätta struktur på rädslan

Följande kategori tar upp hur man inom mödrarådgivningen kan göra för att identifiera och sätta struktur på rädslan, vilket är en förutsättning för att kunna ge stöd. Denna huvudkategori är indelad i två underkategorier, och nedan kan man se förtydligande av huvudkategori respektive underkategorier (figur 2. Att sätta struktur på rädslan). Informanterna berättar om hur man går tillväga vid identifieringen av förlossningsrädsla, vad som kan ligga bakom rädslan och vilka följder den kan utgöra för kvinnan.

Figur 2. Att sätta struktur på rädslan



6.2.1 Identifiering

Förlossningsrädslan, speciellt den kraftigare typen, kommer ofta upp redan vid första besöket på mödrarådgivningen, det vill säga på inskrivningsbesöket. Den kan komma fram till exempel när man går igenom och pratar om den eventuella tidigare förlossningen, eller när vårdaren försöker ta reda på om det finns någonting hos kvinnan som man behöver lägga extra fokus på. Förlossningsrädslan kan också komma på tal vid den omfattande hälsogranskningen.

"Nå, det brukar ju komma först nog upp på... redan på inskrivningsbesöket att dom har den där rädslan. Men jag brukar inte dyka in i det så djupt då redan."

"Så jag skulle nog säga att största delen fångar man nog upp, de som är riktigt, riktigt rädda, nog ganska tidigt i graviditeten."

"...jag vill... ta det här inskrivningsbesöket själv så att jag har som egentligen från första kontakten med mamman har kunnat pejla in att... att... att ja, hur mår hon? Finns det något område här som man kanske behöver... behöver jobba mera kring."

"Jo, alltså det är någonting som man det blir att man tar till tals, antingen redan vid inskrivningen när man går igenom kort lite om förra förlossningen om de har barn från förr."

Det är viktigt att ta reda på vad det är som orsakar rädslan. Dels för att hitta det bästa sättet att ge stöd på, dels för att ta reda på hur brådskande det är att få påbörja stödinsatsen. Identifieringen av rädslan görs på flera sätt, exempelvis genom samtal eller med hjälp av olika verktyg. Ibland kan det dock vara svårt för kvinnan att lägga fingret på vad det exakt är som ligger bakom rädslan, vilket kräver tid att komma fram till.

"...det är ju egentligen något som... som vi egentligen kollar upp med varenda gravid vi möter och personligen brukar jag egentligen pejla in det redan vid de första kontakterna då jag träffar mamman och hör att har... har hon en förlossningsrädsla och lite pejla upp vad den här rädslan riktigt handlar om."

"Och det är ju det att man försöker ju som kartlägga... för att kunna stöda dem också så är det ju som viktigt det där att man faktiskt får tag i det där att, vad bottnar den där rädslan i?"

"Och i första hand.. och man tycker ju att man diskuterar och funderar på vad det är för sorts rädsla som mamman har, och förstås utgående från den då bestämma vad som ska göras."

"...det är nog mera att man måste diskutera sedan genom det där frågeformuläret med mamman. Och tycker hon att hon vill bli skickad till pelkopoly eller tycker hon att hon inte har behov."

"Kanske främst om att det där... i vilket skede ska vi skicka, att hur fort behöver man skicka den där remissen [till polikliniken för förlossningsrädsla]."

Verktygen som informanterna nämner att de brukar använda sig av vid identifieringen är bland annat olika frågeformulär i programmet Ipana. Där finns ett frågeformulär som kallas för "Kraftresurser i vardagen" vilket innehåller en fråga angående hur lugn man känner sig inför förlossningen. Det finns också ett formulär som specifikt handlar om förlossningsrädsla, och där kan kvinnan bland annat skatta sin rädsla mellan 0–10 och svara på frågor gällande hurudan den är. Med hjälp av dessa frågeformulär får informanterna en uppfattning om hur stark rädslan är och lite vad den handlar om. En informant berättar också att mödrarådgivningskortet kan fungera bra som påminnelse för att komma ihåg att ta upp om förlossningsrädsla, tack vare att det numera finns en ruta där man kan kryssa i om kvinnan har förlossningsrädsla eller inte.

"Det finns det där som heter "Kraftresurser i vardagen" som THL vill att vi går genom med gravida under omfattande hälsogranskningen [...] Så det kommer ganska fort då här "Jag känner mig rofylld inför den kommande födseln", "helt", "delvis", "delvis av olika", "helt av olika". Så kommer det... kommer det treor och fyror där så måste vi... tar vi nog tag i det ganska så fort."

"Mm, jo på sistone har jag nog använt mig av... det finns ju i Ipana, i det här elektroniska frågeformuläret, så finns det ju den där förlossningsrädslablanketten. Så den tycker jag är till bra hjälp faktiskt. Att det är ju olika frågor liksom, vad de är rädda för, om det är smärtan eller om det är att det ska hända någonting med barnet eller..."

"...jag brukar använda den där "Förlossningsrädsla" som finns på Ipana. Att dom kan fylla i den där. Det är ett frågeformulär och då fyller dom ju själva i där, bedömer sin egen rädsla på en skala."

"Någon gång kan man hitta där också att "jaha, de har fyllt i förlossningsrädsla" men så kan man se att det var inte så mycket poäng, eller som någon stor rädsla att... då de ska som bedöma den där rädslan då, så kan det komma till exempel "0 – ingen rädsla" "10 – ohanterlig" en trea till exempel eller något sådant, alltså då vet man ju att det är ingen stor rädsla."

"...det finns ju det där nya mödrarådgivningskortet... nyaste variationen av mödrarådgivningskortet. Så där finns det ju en sådan där ruta med förlossningsrädsla. Så jag brukar alltid som fråga upp, remiss till rädslakliniken."

6.2.2 Olika typer av rädsla

När det pratas om förlossningsrädsla betonar en informant att det är normalt att man som kvinna känner en viss rädsla och osäkerhet inför den kommande förlossningen, eftersom man inte kan kontrollera hur den kommer att gå. Som det tidigare nämndes kan förlossningsrädslan komma fram redan vid inskrivningen, exempelvis när man går igenom den tidigare förlossningen. Förlossningsberättelsen kan ge en övergripande bild över hur den tidigare förlossningen gått, men det är ändå viktigt att diskutera den med kvinnan eftersom hon kan ha en helt annan uppfattning än vad som framkommer i berättelsen. Även om kvinnan upplevt att hon hade en bra förlossning, kan hon inför nästa förlossning känna sig rädd. Rädslan kan vara så stark att en vaginal födsel kan verka helt oöverkomlig för kvinnan, alltså att till exempel ett kejsarsnitt eller abort är de enda alternativen. I det här skedet är det förstås viktigt att kvinnan känner förtroende till vårdaren, eftersom motsatsen kanske kan göra att hon inte vågar berätta om sin förlossningsrädsla.

"För allihopa tror jag ju har i någon form en, ska vi säga en normal, sund rädsla."

"...när man läser den förlossningsberättelsen så kan man ju få en bild av att den här förlossningen har gått helt perfekt. [...] Och så då man pratar med mamman själv och frågar av henne att... att... att "ja, hur gick förlossningen?", Så säger hon "det var så hemskt så jag går aldrig igenom det här något mer"."

"...det är klart att det kan komma till gravida som man inte får det där... i och med att personkemin inte stämmer ju inte med alla fast hur man skulle vilja det heller, fast hur man gör så ibland så... så möts man inte på det där rätta stället. Men det är ju mer sällan nog skulle jag säga, men då är det ju knepigare att bygga vidare om man märker att vi som inte är på samma nivå så att säga, eller vi möts inte på rätta stället så att säga."

Informanterna nämner olika faktorer som kan ligga bakom förlossningsrädslan. Rädslan kan handla om sådant som har med olika saker kring förlossningen att göra, till exempel rädsla över att kvinnan själv eller barnet ska skadas, att förlossningen ska göra väldigt ont eller att hon inte vid förlossningen får den hjälp som hon upplever att hon behöver. En orsak som oftast, enligt de flesta av informanterna, förekommer är en tidigare upplevd traumatisk förlossning. Rädslan kan också böttna i andras negativa erfarenheter vid en förlossning.

"...men oftast har de nog en sådan där traumatisk förlossning i bagaget."

"Att är det just det att... att de är rädda att... att babyn... att det ska vara någonting med babyn, eller är det deras egna smärta..."

"...det kan vara allt från bemötande när man har kommit till sjukhuset, eller så kan det vara... det kan egentligen vara där också vad som helst. "Jag fick inte smärtlindring då jag ville ha utan, det var ingen anestesiläkare på plats så jag fick först en timme senare"..."

"Fast man tänker att förlossningsrädsla handlar alltid om själva förlossningen, men det kan ju många gånger vara... det kan vara någonting som... som de har hört av... fått av nån släkting eller nån syster eller någon där de vet att det har hänt någonting under en förlossning."

Informanterna lyfter även upprepade gånger fram att förlossningsrädslan ofta kan bero på något utanför själva förlossningen. De menar att det i princip kan vara vad som helst, det kan till exempel handla om ett generellt obehag över att besöka sjukhus, kanske på grund av någon tidigare negativ upplevelse där. Vid förlossningen eller under graviditet kan tillståndet som kvinnan befinner sig i, framkalla negativa känsloupplevelser, även om det kanske inte alls har med situationen att göra.

"Det böttnar ju oftast i så mycket annat, att det är ju inte bara att dom är rädda för förlossningen. Den där rädslan kommer ju säkert... alltså det finns ju någon annan orsak... eller någonting djupare som det böttnar i."

"Någon har kunnat ha, vet jag hade som... som hade att allt som hade drabbat henne i hennes liv så var alltså bara negativ erfarenhet av allt som har att göra med sjukhusvård."

En traumatisk förlossning som ligger i grunden för förlossningsrädsla kan påverka kvinnan till stor del i det vardagliga livet. Rädslan kan göra att kvinnan börjar undvika saker som påminner henne om förlossningen, till exempel att prata om den. Förlossningsrädslan kan orsaka att det tar väldigt länge, upp till flera år, innan kvinnan vågar bli gravid, både på grund av en tidigare traumatisk förlossning, men också på grund av rädslor som inte har med förlossningen att göra. En informant upplever dock att förstföderskor har lättare att bearbeta rädslan och att den lättar med tiden under graviditeten. I situationer där förlossningsrädslan hindrat kvinnan från att våga ta steget och bli gravid, har man kunnat

hänvisa kvinnan till polikliniken för förlossningsrådsla för att hjälpa henne hitta styrkan till det.

”Många kan ju berätta till och med redan då man träffar dem vid första besöket, så kan de ju säga att jag är jätte livrädd... att jag har inte... Jag har nu först vågat bli gravid att för jag är jätterädd och så kan det ju komma fram allt möjligt då som de är rädda för.”

”...alltså båda de som jag skrivit remiss åt nu så har fått remiss före de har blivit gravida andra gången. Så den ena sa att hon hade så posttraumatisk stress att hon... efter förlossningen att hon kunde inte prata om förlossningen, hon kunde inte se något i tv där de hade något om förlossning, för hon till stan så undvek hon att köra förbi sjukhuset för hon hade som så obehag för hela det där stället så att... Och hon sa då att hon undviker, hon har kanske vecka 15 nu eller någonting, att hon undviker att tänka på förlossningen ännu i det här skedet, att hon bara skjuter det framför sig. Det är ju förstås inte heller bra, för att hon skulle ju nog som behöva bearbeta det men det kan hända att hon tar itu med det sedan då hon far till pelkopoli, på det första besöket.”

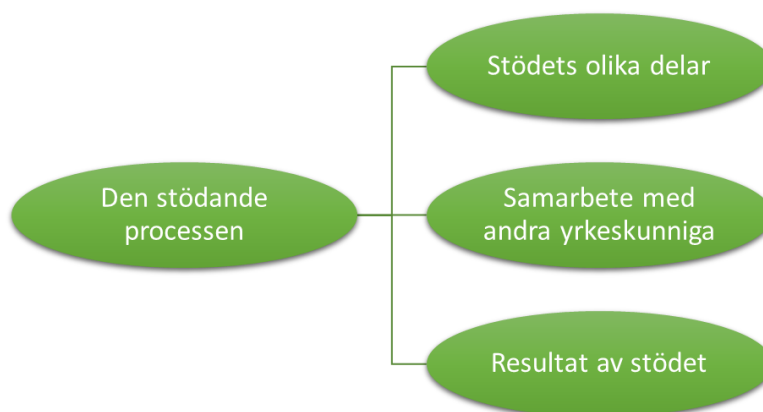
”...en del säger ju det att de inte tänker på det, att de skjuter det framför sig, att de är så rädda eller liksom sådär att de skulle inte vilja föda det där barnet.”

”Jo, hon tog ju... för henne var det inte så långt mellan första och andra barnet, hon har en 1,5 åring redan där hemma. Hon som fick remiss i samband med efterundersökningen. Hon som fick det för några år sedan så hon har en 5–6 åring där hemma eller kanske kan han vara 7 år.”

6.3 Den stödande processen

Den sista kategorin beskriver processen kring stödet som kan ges till förlossningsrädda kvinnor. Huvudkategorin är indelad i tre underkategorier, och förtydligande av dessa kan ses nedan (figur 3. Den stödande processen). Här presenteras olika sätt som mödrarådgivaren kan ge stöd på och vad som ligger i grunden för stödet, olika yrkeskunniga som mödrarådgivaren kan hänvisa kvinnan till och vilket resultat man kan få efter att man gett stöd åt en kvinna med förlossningsrädsla.

Tabell 3. Den stödande processen



6.3.1 Stödets olika delar

Ett sätt att förebygga att rädsla uppkommer är att efter förlossningen gå igenom hur kvinnan upplevde den och med hjälp av detta identifiera de som kanske behöver få hjälp redan då. Efter förlossningen går man igenom förlossningsberättelsen och diskuterar den med kvinnan. Kvinnan får också fylla i på en skala mellan 1–10 hur hon upplevt förlossningen. En informant menar emellertid att bedömningen ges så kort tid efter förlossningen och att den kan upplevas annorlunda när kvinnan fått lite distans från den.

”Men idag har de ju börjat sätta också den här VAS, den här bedömningen på... i förlossningsberättelse så att mamma ska ge ett utlåtande förrän hon far hem från sjukhuset, på då skala 1 till 10. Hur förlossningen har gått. Men det är ju lite tajt, lite nära på själva förlossningen. Att ge det i det skedet.”

När man som mödrarådgivare ger stöd vid förlossningsrädsla har man sig själv som resurs, genom den kunskap och erfarenhet som man samlat på sig. Under rådgivningstiden finns det flera tillfällen som kan leda in samtalet på förlossningsrädsla, till exempel när kvinnan svarat på frågeformulär eller när man tillsammans fyller i mödrarådgivningskortet. De här olika sakerna kan vara till stöd dels för att identifiera hurudan rädslan är, dels för att påminna vårdaren om att ta upp ämnet. En av informanterna uttrycker också att det kan kännas tryggt att veta att man kan hänvisa kvinnan vidare till exempel till polikliniken för förlossningsrädsla, eller till fadderbarnmorska, ifall man som mödrarådgivare inte kan ge tillräckligt med stöd.

”...inom mödravården skulle jag säga överlag, alltså som i rådgivningsjobbet, så vi har ju oss själva egentligen som redskap...”

”...jag tycker det är en bra sådan där påminnelse att har man inte frågat upp det så kan man fråga upp det då.”

”Så jag tycker nog, jag tycker nog faktiskt att man... man känner nog sådär att man har det där stödet bakom sig om man känner att man inte räcker till själv, utan att det behövs mer. Faktiskt.”

Att kvinnan uttrycker osäkerhet och eventuell rädsla inför förlossningen behöver inte betyda att man direkt börjar stöda kvinnan att bli av med dessa känslor, utan ibland kan man bara följa med hur de utvecklas. De flesta kvinnor kan känna sig aningen rädda inför förlossningen, men rädslan behöver inte utvecklas till ett direkt problem.

”Men så finns det ju de här mammorna som... som upplever sig att ha, men de säger det... uttalar direkt i början ”Men jag vill inte ännu i det här skedet” och man märker att de lite vacklar själv i att hur rädd är jag eller hur man ska säga, så de är ju de här som man... som man egentligen då bara... bara följer upp på rådgivningen för att att se då... hur utvecklar sig den här rädslan.”

Samtalsstöd är en viktig del av vården vid förlossningsrädsla, även fast kvinnan redan får hjälp via till exempel polikliniken för förlossningsrädsla. Genom att försöka komma fram till vad rädslan beror på kan man senare också försöka hjälpa kvinnan med förlossningsrädslan. Stödet kan ges i form av att man som vårdare försöker diskutera och få kvinnan att hitta de egna resurserna och styrkorna för att bemästra rädslan. Om kvinnan till exempel är så rädd att hon anser att ett kejsarsnitt är den enda utvägen kan man försöka få kvinnan att få ett annat perspektiv på situationen, genom att lägga fram både för- och nackdelar med ett kejsarsnitt. Vårdaren kan även ge praktiskt stöd i form av att till exempel göra någon extra undersökning, berätta om smärtlindringsalternativ eller att ha något extra besök för att få kvinnan att känna sig tryggare. Det är viktigt att stödet anpassas enligt de individuella behoven som kvinnan har.

*"...med de här mammorna som har rädslan och jobbar mycket med dom då för att försöka hitta...
Hitta den här egna... egna tron på sin egen kropp och förmåga att... att klara av att föda.
Tillsammans med sin partner."*

*"...man kan... kan ge föräldrarna eller mammorna då, de här verktygen som de kan använda sig av
under en förlossning för att de ska få en så bra upplevelse som möjligt."*

*"...det är ju det som de vill från pelkopoli, att dom har den där psykologkontakten eller
samtalsstödet. Att det är ju en del av den där processen."*

*"...till viss del så förstås stöder vi ju, och behövs det tätare besök till exempel, eller något sådant,
att har de också någon sådan där rädsla för att baby'n ska dö i magen eller något sådant så kan
man ju förstås..."*

*"Säger de då att, ja, de har sjukhusskräck och de är jätterädda för smärta, så då har man ju liksom
något att nysta på med... med just olika smärtlindringar och profylaxer och sådant här som de kan
anmäla sig till om det är som det som det bottnar i."*

En av informanterna ser den eventuella stödpersonen som en mycket stor resurs när det gäller att stöda den förlossningsrädda kvinnan, och hon lägger en del tid på att även ge stöd till denne. Stödpersonen innefattar oftast partnern och en del kvinnor kan välja att ha med en doula för ytterligare stöd, även om det hör mer till ovanligheten. Partnern är troligtvis en av dem som är närmast kvinnan och som förhoppningsvis har möjlighet att vara närvarande och ge stöd under hela förlossningen. Som vårdare kan man hjälpa stödpersonen att känna igen tecken på rädsla, och hur hen kan hantera detta för att stöda kvinnan.

"Men jag tycker ju att... att jag lägger ner ganska mycket... som fokus på partnern."

”För att partnern kanske känner det lite övermäktigt att vara den där som har en sådan där stor roll. Så då kan det ju vara bra att man har den där doulan som har... alltid... alltid är med och kan... kan hjälpa till.”

Som tidigare nämndes har en informanterna gått instruktörsutbildning för ”Föda utan rädsla” och använder sig ibland av ”Föda utan rädsla”-tekniken i sitt rådgivningsarbete när hon har med förlossningsrädda kvinnor att göra. Fokus läggs på att paret ska arbeta med rädslan tillsammans, dels genom att få information om metoden, dels genom att öva på de fyra olika verktygen som tekniken innefattar.

”...det där kommer lite hela tiden vart efter och... märker jag sedan att det finns det där behovet så då brukar jag gå lite djupare in på den där ”Föda utan rädsla”-tekniken.”

”Ja, det att jag brukar rekommendera först att föräldrarna, båda två, ska läsa igenom den där boken [Föda utan rädsla], eller lyssna på den. Och sen så går vi bara kortfattat igenom mera den där... de där verktygen. Jag drar ju inte på det sättet kurser, men att vi går igenom de där olika teknikerna och övar lite på dem också sen här på mottagningen tillsammans när båda två är med. Och lite också vad som är tanken bakom det då. Och visar den här pappan lite också hur han konkret ska göra för att stöda den här mamman då hon blir rädd eller... eller känner att hon håller på att få panik.”

6.3.2 Samarbete med andra yrkeskunniga

På mödrarrådgivningen kan kvinnan till stor del få hjälp med sin förlossningsrädsla, men det är också ofta som man hänvisar henne vidare, till exempel på grund av att rädslan är så pass kraftig. De kvinnor som är gravida med sitt första barn kan välja att själv gå, eller annars hänvisas till förlossningsförberedelse på sjukhuset eller också via privat dragare. Mödrarrådgivaren kan även ringa och boka tid till fadderbarnmorska om kvinnan inte har en riktigt stark rädsla, men ändå vill åka till förlossningssalen för att till exempel bearbeta en tidigare förlossningsupplevelse eller vill känna sig säkrare på vad det är som väntar om platsen är helt ny. Utöver detta kan man även boka tid för postpartumsamtal, där kvinnan kan gå och prata om den tidigare förlossningen för att exempelvis bearbeta trauman.

”Men de här då som... som att... får första barnet går ju förstås på... eller har den här förlossningsförberedelsen också på sjukhuset.”

”Och så är det ju... åtminstone flera som jag har haft så har ju nappat på de här profylaxkurserna också som, alltså i privat regi. Och de har ju nog, allihopa som har gått på de har ju varit jättenöjda med... Och där är det ju nog stort fokus på pappornas stöd då.”

”Jag brukar nog ganska ofta... eller börja med den där fadderbarnmorskan. Att speciellt omfödernorna har... har kanske mera den där... att de behöver få gå igenom den där förlossningen och de behöver få gå in dit i förlossningssalen igen... och se.”

"...de som bara behöver ha den här tryggheten till att veta att "ja, men jag går till den dörren, jag ringer på den dörren och jag går in. Så här ser utrymmena ut och... och"... som behöver bara för att känna den där fysiska tryggheten. Att "vart ska jag fara?". Och då kan det ju hända att sådana i första hand skickas bara till en fadderbarnmorska."

"...4 var den där gränsen på den här VAS, men att... att ta kontakt också så de ska få då gå och träffa... ja, på sjukhuset igen... gå på sådan här, vad ska vi säga? Postpartumsamtal eller vet du, gå och diskutera, boka in ett besök och få gå och prata om... igenom sin förlossning."

Informanterna berättar att de ofta skickar remiss till polikliniken för förlossningsrädda kvinnor om förlossningsrädsla föreligger, speciellt om det handlar om en kraftigare sådan. Remissen kan skickas redan direkt efter den traumatiska förlossningen, eller också innan kvinnan blir gravid igen ifall hon upplevt förlossningen som traumatisk. Remiss kan även skickas under graviditeten, men i så fall innan vecka 22, eftersom kvinnan kanske inte hinner få tid annars. Beroende på kvinnans rädsla kan hon få tid till barnmorska, läkare och/eller psykolog på polikliniken. Innan kvinnan får tid till polikliniken för förlossningsrädsla får hon fylla i ett formulär gällande rädslan. En av informanterna har även egen erfarenhet att få hjälp via polikliniken för förlossningsrädsla, och vet därför hur bra stöd detta kan vara för en förlossningsrädd kvinna.

"...men sen förstås att om den är riktigt djup den där rädslan så blir det till pelkopoli."

"Jo, hon fick också remiss... hon fick det i samband med efterundersökningen."

"Då det är förlossningsrädsla så skickar vi remiss till mödrapolikliniken. Och så skickar de hem ett sådant där förhands... eller esitietolomake kallar dom det, sådant där frågeformulär om förlossningsrädslan. Och så får den här mamman då fylla i det och lite som mer... skriva noggrannare om hennes rädsla och så då hon har skickat tillbaka så ger de ut den där tiden."

"Nå, jag tycker det är ganska bra i och med att jag har egen erfarenhet av förlossningsrädsla och pelkopoli... jag har gått till pelkopoli redan innan jag blev gravid med andra för att jag hade så kraftig rädsla. Och jag tyckte det var jättebra stöd som man fick därifrån. Så därför vågar jag också hänvisa dom dit för jag vet att dom får bra hjälp."

När kvinnan får remiss till polikliniken för förlossningsrädsla tar de på polikliniken mer eller mindre över vården gällande rädslan. Kvinnan kan ändå behöva få stöd genom exempelvis stödsamtal, antingen på mödrarådgivningen eller genom att hon hänvisas till ett mentalvårdsteam. På polikliniken för förlossningsrädsla har de inte resurser att ta hand om annan typ av psykisk ohälsa, så det måste skötas på annat håll.

"...men det kan ju ofta vara en kombination, att de har både det [psykiskt illamående, depression...] och så har de förlossningsrädsla. Så att... om de annars har psykiska problem också så vill de ju på pelkopoli att det.. de där andra psykiska problemen sköter vi på HVC, alltså i öppna vården."

6.3.3 Resultat av stödet

Framgång av stödet och det arbete som kvinnan lagt ner på att minska på förlossningsrädslan kan komma fram i flera olika former. Det kan till exempel handla om att en kvinna som inte ens kunnat tänka sig att föda vaginalt ändå gör det väl vid förlossningen, eller att kvinnan efter födseln upplever att det inte alls var så hemskt som hon föreställde sig innan, att hon känt sig trygg och har en positiv förlossningsupplevelse. Framgång kan handla om att kvinnan vågar ta steget till att bli gravid efter flera års tveksamhet på grund av rädslan, eller att hon får en väldigt bra förlossningsupplevelse även om det förekommit komplikationer under den.

"...men sedan har man haft dem då där vid beräknat datum och sen har det ändå fött nedre vägen, fast de har varit helt säkra på att det finns inte som några andra alternativ..."

"...jag har en sådan som är gravid nu som för 2–3 år sedan tog kontakt och sa att hon skulle som nog vilja ha ett andra barn, men hon har inte vågat. Och så skrev jag remiss och så var hon då för... kan det vara 1 eller 2 år sedan, till pelkopoli, och nu är hon gravid. Och har förstås nog fått remiss nu också..."

"Att de har känt sig trygga eller som varit nöjda med... De har fått den servicen de har önskat."

"...alltså det skulle kunna bli till en åtgärdsförlossning, ett kejsarsnitt... Så att har mamman då upplevt att hon är trygg, så behöver det ändå inte bli något trauma eller något. Utan man kan ju få en jättepositiv förlossningsupplevelse ändå."

Informanterna upplever att en del av responsen från stödet fås från bland annat hembesöket när kvinnan och barnet kommit hem, eller också från när hon gör sin utvärdering av förlossningen. Här är det även viktigt att man som vårdare kommer ihåg att diskutera med kvinnan, hon kan ha upplevt något helt annat än vad som kommer fram i förlossningsberättelsen. Responsen ges å andra sidan mer indirekt, genom att kvinnan till exempel berättar hur förlossningen gått och hur hon upplevt den. Exempelvis, om en kvinna med förlossningsrädsla upplever sin förlossning som mycket positiv, kan man som vårdare dra slutsatsen att man gjort en bra stödsats.

"Det tar vi nog upp då på hembesöket, diskuterar vi ju igenom hela förlossningen..."

"...ofta är det ju det där som kommer då man har dom på efterkontrollen då det som är sista besöket man har med dom då före man skriver ut dom, så då kommer det ju nog ofta den där responsen att hur de har... hur de har upplevt den där graviditetstiden. Så då får man ju nog feedback tycker jag. Inte av alla men nog av de flesta."

"Mm, och dom bedömer ju också dom... dom utvärderar ju också förlossningen där, de ger också betyg, på förlossningen."

”Och man tänker, men det jag ser i dina papper, vet du, så allt har ju gått jättebra att... att var gick det fel? Och då kan det ju vara någonting då som inte kommer fram i papprena.”

Flera av informanterna lyfter emellertid fram att det skulle vara bra om de kunde få någon slags respons medan de ger stödet, för att se om kvinnan själv tycker att det är till hjälp. Ibland kan det ju kanske hända att kvinnan upplever att stödet som ges inte känns tillräckligt, och att detta då inte heller framkommer.

”Det är ju det man tänker att... att man skulle ju vilja ibland höra också om de... alltså förstås det här att föräldrarnas egen upplevelse om de får det här stödet de behöver, tänker jag. Vet du att man upplever att man... man ger dem det här nog stödet, alltså från hälsovårdare- eller barnmorske-hållet sett, så tycker vi kanske att ”nåmen det här sköter vi bra om”. Det skulle vara på ett sätt intressant att veta att får de här föräldrarna det stöd... Eller finns det någon som de saknar ännu?”

”Och också kanske sådär att de upplever att de inte får riktigt det stödet som de skulle vilja ha. Vad är det som fattas, eller vad skulle de som vilja ha till för att känna att de får riktigt stöd.”

7 Diskussion

Enligt Henricson (2017, s. 412–413, 416–418, 431–433) ska innehållet i examensarbetet granskas kritiskt genom att framhäva och reflektera kring styrkor och svagheter i tillvägagångssättet när studien genomförts. I metoddiskussionen reflekterar man kring den valda designen av studien, urvalet som användes, hur datainsamlingen gjordes och hur det kan ha påverkat studien, analysprocessen och hur man förhållit sig till det etiska förhållningssättet. Tillvägagångssättet granskas genom trovärdigheten, pålitligheten och överförbarheten för den genomförda studien. I resultatdiskussionen presenterar man de huvudfynd som gjorts, till exempel inom ramen för frågeställningarna som använts. Här reflekterar man även kring de resultat man fått, med stöd från det som framkommit i studien, och kopplar samman resultaten med tidigare vetenskaplig forskning och teori.

7.1 Metoddiskussion

Examensarbetet analyserades genom en induktiv ansats, eftersom det inte finns så mycket tidigare fakta om förlossningsrädsla ur ett mödrarådgivningsperspektiv. Detta understryker även examensarbetets trovärdighet, eftersom liknande studier inte har påvisats, speciellt om man ser på stödet som i sin helhet kan erbjudas den förlossningsrädda kvinnan. En

deduktiv ansats hade kunnat användas, men i så fall skulle resultatet till största del endast kunnat kopplas ihop med tidigare information om förlossningsrädsla. Där hade troligtvis en stor del av området som har med mödrarådgivningen fallit bort, speciellt om man specificerar sig till att endast ha i åtanke mödrarådgivningen i Finland, vilket i sin tur skulle ha påverkat trovärdigheten i negativ riktning. Om man hade analyserat genom en deduktiv ansats skulle resultatet troligen ha blivit ganska trångsynt i och med att man skulle ha analyserat utgående från en teori och tidigare forskning angående ämnet. En induktiv ansats gav möjlighet till att mer öppet analysera det som kom fram i intervjuerna, vilket kan ses som en styrka i examensarbetet.

En annan styrka i examensarbetet är den kvalitativa metoden, som valdes för att kunna göra undersökningar kring erfarenheter och upplevelser genom semistrukturerade intervjuer. För att säkerställa trovärdigheten genomfördes en pilotintervju för att få en uppfattning av frågornas relevans i sammanhanget, och frågorna granskades och godkändes även av handledaren. Intervjufrågorna var relativt öppna för att ge utrymme för informanterna att berätta, och därför gav de bra möjlighet till att gå djupare in på informanternas upplevelser och erfarenheter. Man hade även kunnat använda ett frågeformulär eller en annan typ av intervjuform som datainsamlingsmetod, men då hade möjligheten för att gå djupare in på en frågeställning fallit bort. Där hade det även funnits risk för väldigt korta svar och därmed lite textmaterial att arbeta med. En kvantitativ metod anses inte vara lämplig för just detta examensarbete, eftersom man då inte hade kunnat undersöka informanternas upplevelser och erfarenheter på samma sätt. En litteraturöversikt hade heller inte varit aktuell inom just detta ämne då det troligen inte finns några vetenskapliga artiklar som tangerar både förlossningsrädsla och den finländska mödrarådgivningen.

Informanterna som intervjuades till examensarbetet fanns inom endast en ort, vilket kan ses som en faktor som kan sänka trovärdigheten, vilket i sig också är en svaghet i studien. På en enskild mödrarådgivning kan det hända att man som vårdare influeras av de andra vårdarna, och därför har en väldigt liknande syn på vården av, i det här fallet, förlossningsrädsla. Genom intervjuerna upptäcktes emellertid att det stödjande arbetet mellan vårdarna varierade en hel del, men man hade troligtvis fått en bättre insikt i hur stora variationer som kan förekomma om man hade utfört studien på olika orter. Här kan förstås även ålder och tiden som man arbetat på mödrarådgivningen spela en roll, med

tanke på att utbildningen man fått kanske är annorlunda beroende på när man utbildat sig. Med åren uppkommer ju även mer erfarenhet, vilket kan påverka det stödande arbetssättet.

En annan svaghet gäller målsättningen för deltagarantalet i intervjuerna. Där var målet att få fem informanter och förfrågan skickades åt sammanlagt sju, men endast fyra deltog. För att få mer informanter hade man kanske behövt söka forskningstillstånd via fler orter, men då hade det också funnits en risk att informanterna blivit för många och analysmaterialet för stort. Förfrågningarna angående deltagandet hade kanske gått smidigare om informanterna tillfrågats direkt, nu skedde förfrågningarna indirekt och mera allmänt via orten, vilket gjorde att intervjuprocessen blev väldigt utdragen.

Att informanterna skulle sökas inom mödrarådgivningen var en självklarhet för att kunna utföra studien enligt planerna. För enkelhetens skull utfördes intervjuerna på en ort inom Österbotten, vilket begränsar resultatet till det lokala inom landskapet. Hos författaren till examensarbetet fanns inte så mycket tidigare erfarenhet om ämnet förlossningsrädsla, och ännu mindre om förlossningsrädsla sett ur ett mödrarådgivningsperspektiv. Detta kan ses som en faktor som ökar pålitligheten, eftersom man med mindre erfarenhet och tidigare uppfattningar tenderar att se mer öppensinnat på fenomenet, vilket kanske minskar risken för en mer subjektiv tolkning av resultatet.

I analysen plockades allt som kunde kopplas till frågeställningarna fram, oavsett tidigare bakgrundsteori som kommit fram i det förberedande arbetet för studien, det vill säga genom ett fenomenologiskt förhållningssätt. Sådant som framkom i intervjuerna och som det inte redan fanns fakta om i bakgrundsteorin, söktes upp i efterhand. En eventuell svaghet i analysprocessen var emellertid den utdragna tiden för intervjuerna, vilket gjorde att resultatanalysen påbörjades redan innan alla intervjuer genomförts. Detta resulterade i sin tur kanske i att de resterande intervjuerna omedvetet blev mer som komplettering till de tidigare resultaten som framkommit. Det är svårt att säga om resultatet hade blivit annorlunda om alla intervjuer analyserats på en gång, och även ifall resultatet då blivit bättre eller sämre. För att stärka trovärdigheten granskades resultatet även av handledaren. För att utöver detta förstärka bekräftelsebarheten har utkast av examensarbetet delats med handledaren vid några tillfällen, för att få stödande synpunkter i forskningsprocessen.

De etiska målsättningarna inför studien efterföljdes noggrant. Informanterna skrev under samtyckesblanketter efter att ha fått information om examensarbetet både muntligt och skriftligt. Inspelningarna från intervjuerna, samtyckesblanketterna och annan känslig information förvarades så att ingen kan på reda på vilka informanterna är. Namn och platser som nämndes i intervjuerna har inte tagits med, för att minska på risken att anonymiteten upphävs. Intervjuerna spelades in via författarens egen telefon eller dator, beroende på om intervjun gjordes genom en fysisk träff eller på distans, och materialet är lösenordskyddat för att stärka pålitligheten. Vidare transkriberades materialet, och detta har endast författaren av examensarbetet haft tillgång till. Vid förfrågan skulle även handledaren ha haft möjlighet att ta del av materialet från intervjuerna, vilket informanterna informerats om på förhand.

Eftersom examensarbetet gjorts inom ett så specifikt område, kan det kanske vara lite svårt att hitta en direkt överförbarhet mellan studien och andra kontexter. Utifrån vad som framkommer i bakgrundsteorin och resultatanalysen kan man ju emellertid konstatera att det borde finnas ett mer strukturerat tillvägagångssätt när det kommer till att stöda förlossningsrädda kvinnor, delvis i och med att förekomsten blir vanligare. Detta kan troligtvis implementeras på en del andra områden inom vårdkontext, speciellt om man ser på vården vid andra psykiska problem.

7.2 Resultatdiskussion

Syftet med det här examensarbetet är att ta reda på vilka erfarenheter och upplevelser som mödrarådgivningen har av att stöda förlossningsrädda kvinnor, och även vilka metoder de kan använda sig av för att ge stöd. Studien görs för att få en bättre uppfattning av vilka möjligheter det finns för stöd åt kvinnor med förlossningsrädsla. Resultatet diskuteras inom de frågeställningar som är gjorda för syftet av denna studie. Resultatet speglas mot tidigare bakgrundsteori, annan vetenskaplig litteratur och Jean Watsons omvårdnadsteori.

7.2.1 Upplevelser och erfarenheter

Inom ramen för upplevelser och erfarenheter som mödrarådgivare har av att ge stöd åt förlossningsrädda kvinnor, berättar informanterna en hel del om den förlossningsrädsla som de kommit i kontakt med. Exempel på detta är bland annat vad rädslan kan bero på och hur vanligt förekommande som förlossningsrädsla är, hur rädslan kan ha tagit sig i

uttryck och hur den påverkat kvinnan i det vardagliga livet. Erfarenheten som kommer av att möta olika kvinnor med olika bakomliggande orsaker till rädslan, kan troligtvis öka förmågan att ge stöd i liknande situationer i framtiden.

Något som informanterna verkar vara eniga om är att den sekundära förlossningsrädslan tycks vara vanligare, vilket också till viss del överensstämmer med tidigare litteratur. Bland annat menar Heli och Svensson (2017, s. 23) att det sker en större ökning när det kommer till den sekundära förlossningsrädslan i jämförelse med den primära. Forskare verkar emellertid vara lite oense om detta. I studien av Greer et al. (2014) framkommer det (enligt Ryding et al., 2009) att primär förlossningsrädsla skulle vara mer vanligt förekommande, men att kvinnor med sekundär förlossningsrädsla tenderar att lida av kraftigare rädslor. Khosravi, Pirdadeh Beiranvand, Beiranvand och Khalesi (2022) menar å andra sidan (enligt Hassanzadeh et al., 2020) att rädslan oftast kan vara kraftigare hos kvinnor som inte tidigare fött barn. Kanske kan orsaken till olikheterna mellan de här källorna bero på platsen där studierna genomförts, eller också någon annan faktor såsom medelåldern på kvinnorna eller deras utbildningsnivå.

Informanterna nämner olika faktorer som kan ligga i grunden för rädslan, exempelvis sjukhuskräck, olika historier de hört från bekanta, rädsla inför smärtan eller att något ska gå fel. Alla de orsaker till rädsla som informanterna stött på nämns även i tidigare litteratur, vilket bekräftas av tidigare bakgrundslitteratur (Greer et al., 2014; Wigert et al., 2019; Abascal, 2012; Sjögren, 2005). Något som också framkommer i det tidigare vetenskapliga litteratur, men som inte över huvud taget nämns av informanterna, är hur en oplanerad graviditet kan vara orsak till förlossningsrädsla. Denna orsak lyfts fram av Gelaw et al. (2020) och där tar man även upp hur ett bristfälligt socialt stöd åt kvinnan kan förvärra rädslan. Det kan förstås hända att kvinnan får stöd genom mentalvårdsteam i sådana här situationer, och att detta därför inte framkom i intervjuerna. I övrigt nämns stora delar av vetenskapliga källornas orsaker till förlossningsrädsla även bland informanterna, i större drag.

Informanterna lyfter fram hur kvinnan på olika sätt kan påverkas av sin förlossningsrädsla, dels under graviditeten, men även innan hon ens blivit gravid. Rädslan kan ha hindrat kvinnan från att våga ta steget till att skaffa barn, eller så har kvinnan undvikit att tänka på allt som har med förlossningen att göra, vilket i sig har kunnat vara psykiskt betungande.

Det hittas ingen tidigare vetenskaplig litteratur om hur förlossningsrädslan hindrat kvinnan från att bli gravid, vilket kanske kan bero på att dessa kvinnor ofta lider i tystnad. Enligt Khosravi et.al (2022) kan en traumatisk förlossning orsaka posttraumatiskt stressyndrom, och förlossningsrädsla kan förorsaka bland annat ångest och depression.

En del av informanterna nämner också att vissa kvinnor kan vara helt inställda på att ett kejsarsnitt är det enda alternativet på grund av förlossningsrädslan. I tidigare litteratur är det mest fokus på hur förlossningsrädslan kan påverka under en graviditet, till exempel hur stressnivån kan göra värkarbetet svårare och förlänga förlossningen (Heli & Svensson, 2017, s. 56–57). Den ganska så vanligt förekommande viljan att förlösa barnet genom kejsarsnitt, som en följd av förlossningsrädsla, tas emellertid upp av flera källor, bland annat Sjögren (2005) och Sydsjö et al. (2015). Enligt Khosravi et al. (2022) är förlossningsrädsla en av de största orsakerna till att kvinnor väljer att föda barnet genom kejsarsnitt i stället för vaginalt.

Precis som det i bakgrundsteorin också nämns (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 253), kommer det även i intervjuerna fram att det är helt normalt och till och med nyttigt att känna en viss rädsla inför förlossningen. Via Ipana äitiys-tjänsten fyller förstföderskor i frågeformuläret "Kraftresurser i vardagen" som bland annat kan identifiera förlossningsrädsla. Hos omföderskor kommer förlossningsrädslan främst fram genom diskussion, och för att gå djupare in på hurudan rädslan är kan informanterna använda sig av frågeformuläret "Förlossningsrädsla" via Ipana. I den teoretiska bakgrundsteorin nämns Heli och Svensson (2017, s. 27) som menar att man kan använda sig av olika skattningsskalor i identifieringen av förlossningsrädsla, till exempel FOBS. Informanterna brukar inte använda sig specifika skattningsskalor utformade för förlossningsrädsla, men frågeformuläret "Förlossningsrädsla" innehåller en VAS-skala som kan hjälpa en att förstå hur svår förlossningsrädsla som kvinnan har.

I och med att man inte "screenar" omföderskor för förlossningsrädsla via frågeformuläret "Kraftresurser i vardagen" kanske det finns en liten fallucka i identifieringen. I de flesta fall berättar väl nog kvinnan om sin förlossningsrädsla, men det kanske också finns sådana som inte vågar berätta om de inte blir konkret tillfrågade. Informanterna verkar emellertid vara konsekventa att ta upp ämnet förlossningsrädsla redan vid inskrivningsbesöket, oavsett om det gäller en förstföderska eller omföderska.

Sjögren (2005, s. 61–63) lyfter fram att situationer som kan göra att kvinnan inte vågar berätta om sin förlossningsrädsla kan vara att hon anser rädslan vara en svaghet som hon inte vill blotta sig med, eller så kan det också bero på kvinnans kultur. Informanterna upplever dock att dom i de flesta fall får en bra relation till kvinnan och att de känner att hon vågar berätta om sina problem, vilket de betonar som en mycket viktig del av arbetssättet på mödrarådgivningen. Några kulturella aspekter nämner de inte. Enligt Mathibe-Neke (2020) borde man bland annat lägga mycket tid på att låta kvinnan ställa frågor och ge informativa svar, och man ska ge utrymme för henne att uttrycka eventuella rädslor och behov.

Informanterna ger exempel på en lyckad stödinsats, som bland annat kan vara att kvinnan haft en positiv förlossningsupplevelse, oavsett hur hon fött, eller att hon tar steget att våga bli gravid efter mycket tvekande. Sjögren (2005, s. 206) menar att om kvinnan till exempel föder via kejsarsnitt för att en vaginal födsel känns för svår, har hon ändå vunnit över rädslan om kvinnan efteråt lämnar med en positiv förlossningsupplevelse. Studien gjord av Sydsjö et al. (2015) visar dock på att kejsarsnitt bland förlossningsrädda kvinnor generellt minskar om kvinnan får hjälp med sin rädsla. Samtidigt som kvinnan får positiva följder av stödet kommer det också genom intervjuerna fram, att stödet som ges vid förlossningsrädsla även kan var mycket stärkande för själva vårdaren. Utmaningar som dessa kan ses som det lilla extra i arbetet och framsteg är en god belöning för båda parter. Även i tidigare litteratur nämns hur framsteg i stödinsatsen vid förlossningsrädslan gynnar vårdaren, till exempel genom att man känner sig motiverad till att fortsätta och vinner massor med ny erfarenhet som främjar personlig utveckling (Wulcan & Nilsson, 2019).

7.2.2 Metoder för att ge stöd

Informanterna upplever att de på mödrarådgivningen har goda möjligheter att identifiera förlossningsrädsla och även ge stöd och rådgivning angående rädslan. De uttrycker att de har lång tid på sig att skapa en trygg relation till kvinnan, som öppnar upp för möjlighet till att berätta om sådant som tynger henne. Vikten av att skapa en trygg relation till kvinnan för att kunna stöda vid förlossningsrädsla bekräftas av Wulcan och Nilsson (2019). De menar att man som vårdare borde skapa tydliga riktlinjer för hur man kommer att gå tillväga under stödprocessen, och utstråla trygghet och lugn via kroppsspråket, oberoende hur den rädda kvinnan betar sig.

Genom intervjuerna framkom det att man under veckorna som kvinnan besöker mödrarådgivningen, tillsammans med kvinnan har god möjlighet till att försöka komma fram till vad rädslan beror på och hur hon kan få den att minska. Samtidigt kanske man inte har möjlighet att gå in så djupt på rädslan, men här finns bra förutsättningar för vårdaren att hänvisa kvinnan vidare till någon som kan fokusera specifikt på förlossningsrädslan. I och med att vårdaren kanske inte får någon direkt feedback på stödet som ges, kanske det kan vara lite svårt att i vissa fall avgöra när man behöver hänvisa kvinnan vidare för att få ytterligare hjälp.

Informanternas upplevelse av deras möjlighet att ge stöd bekräftas även av tidigare litteratur. Enligt Heli och Svensson (2017, s. 26) har man på mödrarådgivningen en ypperlig chans till att tidigt identifiera de kvinnor som lider av förlossningsrädsla. Även Sjögren (2005, s. 61) poängterar att man på mödrarådgivningen har en viktig roll i att identifiera rädsla, och att stödet i första hand kan ges genom att lyssna och diskutera med kvinnan. En svensk studie av Wahlbeck, Kvist och Landgren (2020) bekräftar att enbart samtalsstöd kan hjälpa kvinnan en hel del med att lindra förlossningsrädslan. Genom samtalsstödet får kvinnan möjlighet till att bland annat bearbeta en tidigare traumatisk förlossning och planera sin kommande förlossning.

Informanterna berättar att ifall kvinnan tidigare fött barn och hon blir gravid igen, börjar man alltid med att gå igenom den tidigare förlossningen på inskrivningsbesöket, detta bekräftas även av Klemetti och Hakulinen-Viitanen (2015, s. 104). Ifall kvinnan upplevt förlossningen som traumatisk och därför utvecklat en förlossningsrädsla kan det komma fram i det här skedet, menar informanterna. Det kan också hända att kvinnan uttrycker en rädsla inför förlossningen, men att hon ändå inte riktigt vill acceptera den, utan hellre blundar för den. Sjögren (2005, s. 61–62) menar att man i sådana här fall måste acceptera kvinnans val att inte göra något i nuläget, men att man samtidigt försöker ge stöd på bästa sätt. I intervjuerna framkommer det att en viktig del av stödinsatsen handlar om hur man som vårdare hjälper kvinnan att hitta de resurser som hon själv har, för att kunna lindra förlossningsrädslan. Informanterna berättar också att de har möjlighet att lägga in extra besök eller undersökningar, som lindring för förlossningsrädslan, ifall det finns skäl till det. Detta bekräftas även i litteraturen av Klemetti och Hakulinen-Viitanen (2015, s. 96).

Samtidigt som kvinnan är i fokus kan även en del stöd läggas på stödpersonen, till exempel den blivande pappan, för att hjälpa kvinnan med förlossningsrädslan. I intervjuerna framkom det att en del av vårdarna lägger mer fokus på partnern, medan en del lägger mindre. I en studie utförd av Minseon, Jisoon, Hyeji, och Sukhee (2021) upptäckte man att om mödrarådgivarens stöd även fokuserades på kvinnans partner, kunde detta bidra till att förekomsten av bland annat förlossningsrädsla och andra psykiska problem under graviditeten minskade.

En doula kan också användas för att ge ytterligare stöd till kvinnan. I intervjuerna framkommer det emellertid att det kanske inte är så många kvinnor som väljer att ha med en doula som stöd vid förlossningsrädsla, och orsaken till det kanske kan ha något med vår kultur att göra. Siivola (u.å) menar emellertid att en doula kan öka chansen för en positiv förlossningsupplevelse med hela 34%. Användningen av en doula kan också minska på andelen kejsarsnitt (Kozhimannil, Hardeman, Attanasio, Blauer-Peterson & O'Brien, 2013).

De fyra verktygen; "andning", "avspänning", "rösten" och "tankens kraft", som Heli och Svensson (2017, s. 73) tar upp och som ingår i "Trygghetsmodellen", kommer även fram i intervjuerna. Paret uppmuntras till att läsa boken "Föda utan rädsla" som är skriven av Susanna Heli, och tillsammans går de på mödrarådgivningen igenom hur verktygen kan användas i praktiken. Det finns ingen specifik forskning som stöd för att påvisa effekten av "Trygghetsmodellen".

Enligt informanterna kan de känna en trygghet av att veta att det finns mer hjälp att få för kvinnorna, ifall stödet på mödrarådgivningen inte är tillräckligt. Oftast kan de i sådana fall ge kvinnan en remiss till polikliniken för förlossningsrädsla, eller så kan man också hänvisa henne till en fadderbarnmorska. Wulcan och Nilsson (2019) menar att även barnmorskor i Sverige ser kliniker som är specialiserade på förlossningsrädsla som en bra tillgång i den stödande processen och de används ofta om det finns behov för det. Kvinnorna som får hjälp via dessa kliniker är generellt nöjda med stödet som erbjuds och det visar effekt i positiv riktning, till exempel mindre önskan att föda genom kejsarsnitt. I samma studie framkommer det även att stödande metoder såsom att kvinnan till exempel får komma till förlossningsavdelningen och bekanta sig även används på andra ställen, exempelvis i Sverige. I intervjuerna och den tidigare bakgrundslitteraturen (Vasa Centralsjukhus, 2020a)

förekommer detta i form av att kvinnorna har möjlighet att åka till sjukhuset på bland annat fadderbarnmorskebesök.

Informanterna berättar även att kvinnan, eller paret, utöver detta kan välja att gå på förlossningsförberedelse, antingen privat eller via sjukhus, och det har visat sig att sådana som gjort det varit mycket nöjda efteråt. En finsk studie utförd av Haapio, Kaunonen, Arffman och Åstedt-Kurki (2017) visar emellertid att omfattande förlossningsförberedelse endast kan lindra förlossningsrädslan till viss del, beroende på vad som ligger bakom den. Man kom även fram till att förlossningsförberedelse inte minskar på viljan att föda via kejsarsnitt på grund av att man är rädd för att föda vaginalt.

Ifall kvinnan haft en traumatisk förlossning kan postpartumsamtal vara till hjälp för att förebygga att förlossningsrädsla uppkommer eller blir värre, och detta understöds av Korukcu, Bulut och Kukulcu (2016), enligt dem är det viktigt att detta görs efter en förlossning för att kunna hitta kvinnor i riskzonen. Dennett (2003) menar det samma och även att postpartumsamtalet borde äga rum inom tre dygn efter förlossningen, för att uppnå effekt. Dennett (2003) hävdar också, att man genom dessa samtal kan upptäcka andra psykiska problem som kan uppkomma till följd av den negativa förlossningsupplevelsen. Informanterna berättar även att ifall kvinnan ytterligare lider av psykisk ohälsa som inte direkt har med förlossningsrädslan att göra, till exempel depression eller ångest, kan hon få remiss till mentalvårdsteam. Tidigare litteratur understryker att bland annat ångest även kan påverka fostret fysiskt i en negativ riktning under graviditeten (Rubertsson m.fl., 2014).

I intervjuerna framkommer det inte ifall kvinnorna även kan få hjälp via psykoterapi, men i vissa fall kan de åtminstone skickas med remiss till mentalvårdsteam. Det råder lite delade meningar om hur mycket psykoterapi hjälper vid förlossningsrädsla efter en traumatisk förlossning. Fenwick et al. (2014) menar att psykoterapi kan minska på negativa minnesbilder från förlossningen, vilket kan förebygga uppkomsten av förlossningsrädsla vid en eventuell senare förlossning. Larsson et al. (2015) står dock fast vid att enbart psykoterapi inte är speciellt hjälpsamt efter en traumatisk förlossning, det minskar till exempel inte på antalet kvinnor som vill föda via kejsarsnitt på grund av rädsla. Det här kan man ju kanske se som att det ena inte utesluter det andra, det vill säga att för att få ett bra

resultat borde man hjälpa kvinnan att bearbeta den traumatiska förlossningen på flera olika sätt.

7.2.3 Sambandet med den teoretiska utgångspunkten

Den första faktorn som valdes att ta med från Jean Watsons omvårdnadsteori är *Formation of a Humanistic-altruistic System of Values*, och den bygger på att som vårdare ha ett humanistiskt synsätt där man känner genuin vilja till att hjälpa andra. Det humanistiska synsättet kan utvecklas på flera sätt, till exempel genom olika saker man erfar och ens reflektioner kring dessa. (Watson & Leininger, 1985).

Personlig utveckling sker hela tiden hos vårdaren genom att stöda kvinnan, och en del av informanterna berättar att de gått extrautbildningar för att utvecklas ännu mer inom ämnet. Exempel på detta är coachutbildning och instruktörsutbildningen för "Föda utan rädsla". Informanten som har gått instruktörsutbildningen har dessutom egen erfarenhet av att ha upplevt förlossningsrädsla, och känner delvis på grund av detta vilja att hjälpa andra som är i samma situation. Informanterna uttrycker en vilja att kunna få bekräftelse på att deras stödande insats som de ger de förlossningsrädda, vilket även kan kopplas ihop med denna faktor. En del av den personliga utvecklingen handlar om att ifrågasätta sig själv, samtidigt som man också ifrågasätter andra (Watson & Leininger, 1985).

Enligt denna karativa faktor ska man stöda patienten till att hitta sina egna resurser som insats till att främja hälsan (Watson & Leininger, 1985). Den här faktorns budskap kommer fram på flera ställen i intervjuerna. Informanterna verkar generellt värdesätta att kvinnan ska känna att man som vårdare finns där för att hjälpa henne, och en stor del av det stödande arbetssättet vid förlossningsrädsla handlar om att stöda kvinnan att ta hjälp av de resurser som redan finns tillgängliga för henne. Den andra karativa faktorn som valdes att tas med, *Development of a Helping-trust Relationship*, kan också implementeras här. Den handlar om att tillsammans med sin patient skapa en trygg och hjälpsam relation genom att visa genuint intresse för individen, och inte bara se vårdåtgärderna. Där lägger man både fokus på svårigheterna, och på möjligheterna hos personen. Man hjälper patienten att hitta motivation och lyssnar med empati utan att döma. (Watson & Leininger, 1985).

Enligt informanterna är den trygga relationen som baserar sig på förståelse och empati en viktig del i deras arbetssätt. De betonar vikten av att ta förlossningsrädslan på allvar och att inte vifta bort kvinnans oro med något i stil med att "kvinnor har ju alltid fött barn, det går nog bra". I intervjuerna framkommer det att vårdarna försöker se varje möte som något unikt och att de är öppna för att ge hjälp och stöd oavsett utgångsläge. De strävar också efter att sköta samma kvinna vid fler graviditeter, eftersom de redan har grunden för en trygg relation då.

På grund av förlossningsrädslan kan kvinnan ha olika önskemål som hon anser skulle lindra hennes rädsla, till exempel önskan om att få föda via kejsarsnitt. I sådana situationer har vårdaren en neutral synvinkel och hjälper kvinnan att väga fördelar och nackdelar. Samtidigt står vårdaren för den evidensbaserade faktagrunden. Detta kan dels kopplas ihop med den tidigare karativa faktorn som nämndes, dels med den karativa faktorn *Systematic Use of the Scientific Problem-solving Method for Decision Making*. Där lägger vårdaren till viss del sin erfarenhet i bakgrunden och fokuserar mer på vårdvetenskaplig fakta. Då går man djupare in på problemet och söker information angående det. (Watson & Leininger, 1985).

Varken kvinnan eller vårdaren på mödrarådgivningen kan besluta att kvinnan får göra ett kejsarsnitt eller inte, det är förstått upp till en läkare, men med hjälp av evidensbaserad fakta kan man stöda kvinnan till att reflektera kring fördelar och nackdelar gällande ett kejsarsnitt. Denna karativa faktor kan också kopplas ihop med vårdarnas vilja att identifiera vad förlossningsrädslan kan bero på. Enligt detta tankesätt kan vårdprocessen likna en forskningsprocess, där man till exempel kan ställa hypoteser angående orsak – verkan, och med hjälp av olika medel komma fram till vad orsaken till ett problem är. (Watson & Leininger, 1985). Informanterna genomför denna process främst genom stödsamtal.

The Promotion of Interpersonal Teaching-Learning handlar om lärandet kring vården. Här förmedlar vårdaren evidensbaserad information på ett sätt som patienten förstår, vilket har visat sig fungera stressreducerande i sig och ge patienten en känsla av kontroll. (Watson & Leininger, 1985). Även den här faktorn sammankopplas med resultatet på flera sätt. Dels med det hela rådgivande arbetssättet som en vårdare på mödrarådgivningen har, dels hur ett stödsamtal vid förlossningsrädsla kan vara effektivt. Som det tidigare nämndes, berättar informanterna att de står för fakta och beroende på rädslans orsak kan de hjälpa kvinnan

att känna sig lugnare genom att exempelvis berätta om olika smärtlindringsalternativ eller utföra extra undersökningar. De kan också till exempel hänvisa kvinnan vidare till en fadderbarnmorska, där hon bland annat får bekanta sig med förlossningssalen.

Här kan man också koppla in den karativa faktorn *Provision for a Supportive, Protective, and(or) Corrective Mental, Physical, Sociocultural, and Spiritual Environment*. Den handlar bland annat om att identifiera patientens vårdbehov utifrån olika faktorer som kan riskera att påverka välbefinnandet. Efter identifieringen kan man göra olika insatser för att minska på riskerna eller de faktorer som faktiskt redan påverkar patienten negativt. (Watson & Leininger, 1985). Detta kan kopplas samman med resultatet med tanke på att informanterna lägger en hel del fokus på att hitta orsaken bakom rädslan, och att de även stöder kvinnan på olika sätt, till exempel genom samtalsstöd eller att hänvisa henne vidare till någon annan yrkeskunnig inom ämnet.

I den här karativa faktorn betonar man även att en del av tryggheten som vårdaren ska utstråla, kommer från att arbeta förebyggande. (Watson & Leininger, 1985). Informanterna berättar att de alltid går igenom den tidigare förlossningen, både när kvinnan är på återbesök efter förlossningen, och när hon kommer på inskrivningsbesök i början på en ny graviditet. Det här utgör en bra möjlighet till att redan efter en förlossning identifiera kvinnor som ligger i riskzonen för att utveckla förlossningsrädsla efter en traumatisk förlossning, och om förlossningsrädslan kommer fram redan vid inskrivningsbesöket har man lång tid på sig att arbeta med den.

7.3 Slutsats

Man kan via examensarbetet bekräfta att förlossningsrädsla är något som blir vanligare, även om det ännu är lite oklart om det är den primära eller sekundära rädslan som ökar mest. Kvinnor kan ju idag ta reda på så mycket information genom internet, men det är förstås på gott och ont. Kvinnan kan höra om någon annans traumatiserade förlossningsupplevelse via sociala medier, och därefter bli rädd för att själv gå samma öde till mötes, vilket är en vanlig orsak till förlossningsrädsla. Därför är det bra att det finns någon som kan ge kvinnan evidensbaserade fakta, till exempel de på mödrarådgivningen, för att få henne att känna sig trygg inför förlossningen. I inledningen skriver jag att man borde fokusera mest på förstföderskan för att förebygga uppkomsten av

förlossningsrädsla, men det är nog kanske lite mer invecklat än så. Genom intervjuerna får man ett intryck av att den primära förlossningsrädslan skulle vara lättare att lindra, medan den sekundära förlossningsrädslan kanske kräver år av bearbetande för att våga ta steget att bli gravid igen.

I inledningen skriver jag också om att man borde fokusera mer på den förebyggande delen av förlossningsrädsla, vilket man nog redan gör till viss del genom att prata igenom den genomgångna förlossningen för att hitta kvinnor som riskerar att utveckla förlossningsrädsla. I intervjuerna framkommer det att kvinnorna ibland skickas till polikliniken för förlossningsrädsla, i princip direkt efter förlossningen, vilket gör att de då kanske inte har lika svårt att våga bli gravida igen. Man kunde emellertid också kanske mer rutinmässigt implementera förberedelse för förlossningen på mödrarådgivningen, till exempel genom att utbilda fler "Föda utan rädsla"-instruktörer och lyfta mer vetskap kring en trygg förlossning, även hos kvinnor som inte känner av någon förlossningsrädsla alls. Man skulle också kunna göra en studie inom just det området, och se vilken effekt stöd baserat på "Trygghetsmodellen" skulle ha på förekomsten av förlossningsrädsla. En bredare involvering av stödpersonen tror jag skulle minska på förekomsten av rädsla under förlossningen, åtminstone till viss del. Då har kvinnan åtminstone en trygg punkt som kan hjälpa till att leda henne genom förlossningen, förhoppningsvis utöver den trygga relationen till barnmorskan.

Genom att gå mer in på hur förlossningsrädslan kan ta sig i uttryck och vilka metoder det finns till för att lindra den har jag fått en bättre uppfattning om vilka sätt man kan stöda en förlossningsrädd kvinna på. Även om vården till stor del sker via mödrarådgivningen och polikliniken för förlossningsrädsla finns det ett ganska stort stödnätverk i form av olika metoder som kan hjälpa vid individuella behov. I samband med detta tror jag att det skulle vara bra att också lägga mer vetenskaplig undersökning på vilket typ av stöd som är effektivast, eftersom stödet som ges idag, sett ur en global synvinkel, verkar vara ganska brokigt. Samtidigt är ju stödinsatsen väldigt individuellt utformad enligt kvinnans behov och vad som ligger bakom rädslan, vilket kanske försvårar en utveckling av mer tydliga riktlinjer.

Det här examensarbetet bidrar till att få ett bättre grepp över vilka möjligheter till stöd som finns tillgängligt för kvinnor med förlossningsrädsla, dels via mödrarådgivningen, dels via andra instanser. Denna information kanske redan kan fungera som en lugnande faktor, det

vill säga att det finns massor med hjälp att få. Man kanske kunde sammanställa resultatet till en slags broschyr för förlossningsrädda kvinnor, som baserar sig på evidens. Det finns sedan tidigare inte någon studie som specifikt går in på att undersöka den finska mödrarådgivningens möjligheter till att ge stöd för förlossningsrädda kvinnor, så denna studie fyller därmed en kunskapslucka inom det området. Genom examensarbetet upptäcker man även vilka brister som finns, till exempel att det skulle behöva finnas någon slags möjlighet till uppföljning av stödet som ges, för att man som vårdare ska veta ifall det är tillräckligt. Även om man kanske får ett slags "betyg" på den stödande insatsen efter förlossningen, när man som vårdare går igenom den med kvinnan och får höra hur det har gått, borde man kanske ändå få någon slags feedback för att se om stödet faktiskt är till ordentlig hjälp, också under processen.

Källförteckning

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

Berle, J. Ø., Mykletun, A., Daltveit, A. K., Rasmussen, S., Holsten, F. & Dahl, A. A. (2005). Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 181–189. doi: 10.1007/s00737-005-0090-z

Dennett, S. (2003). Talking about the birth with a midwife. *British Journal of Midwifery*, 11(1), 24-27. doi: 10.12968/bjom.2003.11.1.11008

Dowswell, T., Carroli, G., Duley, L., Gates, S., Gülmezoglu, A. M., Khan-Neelofur, D. & Piaggio, G. G. (2015). Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. doi: 10.1002/14651858.CD000934

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1). doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Fenwick, J., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E. & Ryding, E. L. (2015). Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(284). doi: 10.1186/s12884-015-0721-y

Forskningssetiska delegationen (TENK). (u.å.) *TENK*. Hämtad 2021-09-24 från <https://tenk.fi/sv/tenk>

Gelaw, T., Ketema, T. G., Beyene, K., Gurara, M. K. & Ukke, G. G. (2020). Fear of childbirth among pregnant women attending antenatal care in Arba Minch town, southern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(672). doi: 10.1186/s12884-020-03367-z

Greer, J., Lazenbatt, A. & Dunne, L. (2014). 'Fear of childbirth' and ways of coping for pregnant women and their partners during the birthing process: a salutogenic analysis. *Evidence Based Midwifery* 12(3), 95-100.

Haapio, S., Kaunonen, M., Arffman, M. & Åstedt-Kurki P. Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: an RCT. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 293-301. doi: 10.1111/scs.12346

Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedya, S., Mohammed-Alizadeh-Charandabi, S. & Mirghafourvand, M. (2020). Fear of childbirth, anxiety and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes. *BMC Womens Health*, 20 (1). doi: 10.1186/s12905-020-01048-9

Hedin, A. & Martin, C. (2011). *Liten lathund om kvalitativ metod med tonvikt på intervju*. Hämtad 2021-05-19 från <file:///C:/Users/Julia/Downloads/Liten%20lathund%20om%20kvalitativ%20metod%20med%20tonvikt%20p%C3%A5%20intervju%2011-08-25.pdf>

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

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

Holopainen, A., Stramrood, C., van Pampus, M. G., Hollander, M. & Schuengel, C. (2020). Subsequent childbirth after previous traumatic birth experience: women's choices and evaluations. *British Journal of Midwifery*, 28(8). doi: 10.12968/bjom.2020.28.8.488

Ipana Äitiys. (u.å.). *Digineuvola*. Hämtad 2022-02-07 från <https://www.ipana.fi/index.html%3Fp=7.html>

Kempe, A., Theorell, T., Alwazer, N-A., Taher, S. A. & Christensson, K. (2015). Exploring women's fear of childbirth in a high maternal mortality setting on the Arabian Peninsula. *Glob Ment Health (Camb)*, 2(10). doi: 10.1017/gmh.2015.6

Khosravi, P., Pirdadeh Beiranvand, S., Beiranvand, B. & Khalesi Z. B. (2022). Relationship between Primigravid women's awareness, attitude, fear of childbirth, and mode of delivery preference. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*, 14. doi: 10.1016/j.eurox.2022.100143

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

Kohonen, I., Kuula-Luumi, A. & Spoo S-K. (2019). *Etiska principer för humanforskning och etikprövning inom humanvetenskaperna i Finland*. Helsingfors: Forskningsetiska delegationen (TENK).

Korukcu, O., Bulut, O. & Kukulcu, K. (2016). Psychometric Evaluation of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version B. *Health Care for Women International*, 37(5), 550-567. doi: 10.1080/07399332.2014.943838

Kozhimannil, K. B., Hardeman, R. R., Attanasio, L. B., Blauer-Peterson, C. & O'Brien, M. (2013). Doula Care, Birth Outcomes, and Costs Among Medicaid Beneficiaries. *American Journal of Public Health*, 103(4), 113-121. doi: 10.2105/AJPH.2012.301201

Larsson, B., Karlström, A., Rubertsson, C. & Hildingsson, I. (2015). The effects of counseling on fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94(6), 629-636. doi: 10.1111/aogs.12634

- Mathibe-Neke, J. M. (2020). Midwife-Woman Interaction as a Critical Component of Antenatal Care: Ethical Implications and Lessons to Be Learnt. *Africa Journal of Nursing & Midwifery*, 22(2), 1-19. doi: 10.25159/2520-5293/6882
- Minseon, K., Jisoon, K., Hyeji, Y., Sun, A. K. & Sukhee, A. (2021). Development and application of a couple-centered antenatal education program in Korea. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 27(2), 141-152. doi: 10.4069/kjwhn.2021.06.20
- Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M. ... Begley, C. (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(28). doi: 10.1186/s12884-018-1659-7
- Nordeng, H., Hansen, C., Garthus-Niegel, S. & Eberhard-Gran, M. (2012). Fear of childbirth, mental health, and medication use during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 15, 203-209. doi: 10.1007/s00737-012-0278-y
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E. & Saisto, T. (2013). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women – randomised trial. *BJOG*, 120(1), 75–84. doi: 10.1111/1471-0528.12011
- Rubertsson, C., Hellström, J., Cross, M. & Sydsjö, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Archives of Women's Mental Health*, 17, 201-228. doi: 10.1007/s00737-013-0409-0
- Ryding, E., Nieminen, K. & Stephansson, O. (2009). Swedish women's fear of childbirth and preference for caesarean section in 2006. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 107. doi: 10.1016/S0020-7292(09)61539-3
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J., Konen, T. & Halmesmäki, E. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet Gynecol*, 98(5). doi: 10.1016/s0029-7844(01)01552-6
- Siivola, M. (u.å.). Mikä on doula? Mitä doula tekee? I: *Doules*. Hämtad 2022-08-02 från <https://doules.fi/mika-on-doula-mita-doula-tekee/>
- Sjögren, B. (red.) (2005). *Psykosocial obstetrik: Kropp och själ och barnafödande*. Lund: Studentlitteratur
- Sydsjö, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjörn, L., Bladh, M. & Josefsson, A. (2015). Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(115). doi: 10.1186/s12884-015-0548-6
- Terveyskylä. (2017). *Förlossningsrädsla*. Hämtad 2021-05-06 från <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/sv/graviditet-och-f%C3%B6rlossning/f%C3%B6r%C3%A4ndringar-och-vanliga-orosmoment-under-graviditeten/f%C3%B6rlossningsr%C3%A4dsla>

THL. (2021). *Periodiska hälsoundersökningar*. Hämtad 2022-02-07 från <https://thl.fi/sv/web/barn-unga-och-familjer/social-och-halsovardstjanster/modra-och-barnradgivning/modraradgivning/periodiska-halsundersokningar>

Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A. & Ryding, E. L. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth*, 41(4), 384–94. doi: 10.1111/birt.12136

Vasa Centralsjukhus. (2020a). *Fadderbarnmorskebesök*. Hämtad 2022-02-07 från https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/for_patienter/vard-och-undersokningar/kvinnor-barn-och-spadbarn/graviditet-och-forlossning/forberedelse-infor-forlossningen/fadderbarnmorskebesok/

Vasa Centralsjukhus. (2020b). Polikliniken för förlossningsrädsla. Hämtad 2022-02-07 från https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/for_patienter/enheter/polikliniker-och-mottagningar/polikliniken-for-forlossningsradsla/

Vasa Centralsjukhus. (2022). *Förlossningsförberedelse på sjukhuset*. Hämtad 2022-02-07 från https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/for_patienter/vard-och-undersokningar/kvinnor-barn-och-spadbarn/graviditet-och-forlossning/forberedelse-infor-forlossningen/forlossningsforberedelse2/

Wahlbeck, H., Kvist, L. J. & Landgren, K. (2020). Art Therapy and Counseling for Fear of Childbirth: A Randomized Controlled Trial. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 37(3), 123-130. doi: 10.1080/07421656.2020.1721399

Watson, J. & Leininger, M. (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boulder: University Press of Colorado.

Wigert H., Nilsson C., Dencker A., Begley., Jangsten E., Sparud-Lundin C. ... Patel Harshida. (2019). Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 15(1). doi: 10.1080/17482631.2019.1704484

Wulcan, A-C. & Nilsson C. (2019). Midwives' counselling of women at specialised fear of childbirth clinics: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 19, 24-30. doi: 10.1016/j.srhc.2018.12.001

Bilaga 1 - Intervjuguide

Intervjufrågor

1. Kan du berätta om dina erfarenheter av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla?
2. Berätta om hur du som barnmorska/hälsovårdare kan identifiera förlossningsrädsla?
3. Är det något speciellt du brukar ha i åtanke när du möter en kvinna med förlossningsrädsla?
4. Vilka metoder och tekniker har du använt dig av för att stödja en kvinna med stark förlossningsrädsla?
5. Ifall kvinnan behövt ytterligare stöd för sin förlossningsrädsla, har du då kunnat hänvisa henne vidare och vart i så fall?
6. Hur upplever du dina möjligheter att stödja kvinnor med förlossningsrädsla?
7. Har du förslag på något som du skulle ha användning av inom mödrarådgivningen, för att ännu bättre kunna stödja förlossningsrädda kvinnor?

Bilaga 2 – Följebrev

Informationsbrev

Hej!

Mitt namn är Julia Rågård och jag studerar mitt tredje år till barnmorska på Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Jag skriver ett examensarbete, vars syfte är att beskriva hur barnmorskor och hälsovårdare inom mödrarådgivningen kan stödja den förlossningsrädda kvinnan, och vilka erfarenheter och upplevelser de har av detta.

Som metod för datainsamling används intervju, och den spelas in och transkriberas för att möjliggöra analys av materialet. Materialet är konfidentiellt, anonymitet beaktas och materialet som samlas in kommer att bevaras bakom lösenordsskydd. Det är endast jag och min handledare som kommer att ha tillgång till materialet. När examensarbetet är granskat och bedömt raderas allt material. [REDACTED] benämns inte i examensarbetet utan orten benämns som "en kommun i Österbotten".

Avsikten är att intervjua fem barnmorskor/hälsovårdare inom mödrarådgivningen i [REDACTED], med erfarenhet av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla. Deltagandet är helt frivilligt, det kan avbrytas när som helst (utan krav på motivering från informanten) och det görs enligt informerat samtycke. Intervjuerna kommer att äga rum i november, och om du är intresserad av att delta kan du ta kontakt med mig via min e-post [REDACTED], gärna **innan fredag 12.11**.

Din kunskap är viktig och det skulle vara värdefullt för mig att få ta del av den i utvecklingen av mitt examensarbete. Förhoppningsvis kan det här examensarbetet också hjälpa kvinnor med förlossningsrädsla (både gravida och icke-gravida) att få en överblick över vilka möjligheter det finns för att få hjälp, speciellt inom mödrarådgivningen. Avsikten är också att fortsätta med ett utvecklingsarbete baserat på materialet från det här examensarbetet. Utvecklingsarbetet kan eventuellt genomföras som ett beställningsarbete, där ni har möjlighet att påverka så att det blir en produkt ni kan använda i ert arbete.

Handledaren för det här examensarbetet är Terese Österberg

[REDACTED]

Tack på förhand för visat intresse! Med vänliga hälsningar, Julia Rågård

Bilaga 3 – Samtyckesblankett

Samtyckesblankett

Samtycke till att delta i examensarbetet: "Hur mödrarådgivningen kan stödja den förlossningsrädda kvinnan".

- Jag har skriftligen informerats om examensarbetet och jag samtycker till att delta.
- Jag är medveten om att deltagandet är helt frivilligt, och att jag kan avbryta deltagandet när som helst utan att behöva motivera varför.

Underskrift

Namnförtydligande

Ort & datum

”Jag fick en rejäl revansch i förlossningssalen”

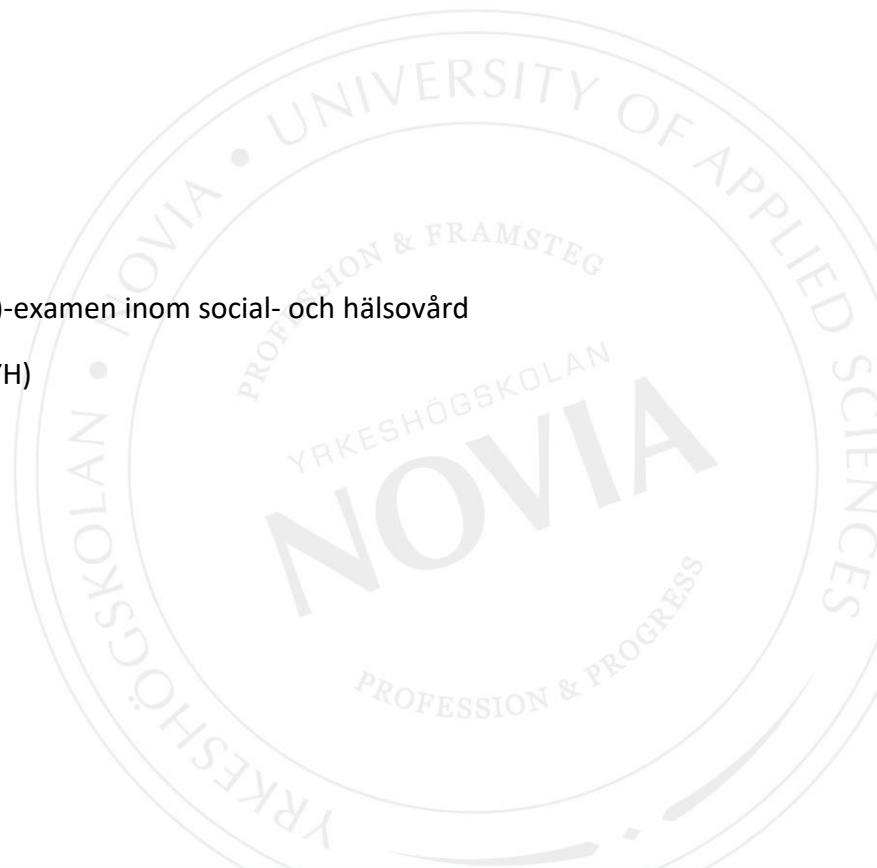
En kvalitativ studie över kvinnors upplevelse av stöd vid förlossningsrädsla

Julia Rågård

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

Utbildning: Barnmorska (YH)

Vasa 2023



UTVECKLINGSARBETE

Författare: Julia Rågård

Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa

Handledare: Terese Österberg

Titel: "Jag fick en rejäl revansch i förlossningssalen" – En kvalitativ studie över kvinnors upplevelse av stöd vid förlossningsrädsla

Datum: 24.5.2023

Sidantal: 45

Bilagor: 2

Abstrakt

I dagens samhälle är det bara fler och fler som lider av förlossningsrädsla, och orsakerna bakom rädslan kan vara många. Hos en del kan rädslan vara ganska lindrig, medan vissa har så stark förlossningsrädsla att man inte ens vågar ta steget att bli gravid fast man vill ha barn. Det finns som tur många olika vägar att ta för att försöka komma över sin rädsla. Syftet med det här utvecklingsarbetet är att ta del av kvinnors upplevelse av stöd vid förlossningsrädsla. I arbetet går man närmare in på vilka typer av stöd som kvinnorna använt sig av och hur stödet har påverkat rädslan. Eftersom utvecklingsarbetet är en fortsättning på examensarbetet "Hur mödrarådgivningen kan stöda den förlossningsrädda kvinnan – en kvalitativ studie över mödrarådgivningens möjligheter och upplevelser att ge stöd vid förlossningsrädsla" (Rågård, 2022), är syftet också delvis att se hur kvinnorna upplever stödet som ges från mödrarådgivningen.

Datainsamlingen görs genom en strukturerad intervju, där informanterna får svara skriftligt via ett frågeformulär. Materialet, som samlats in från elva kvinnor med erfarenhet av förlossningsrädsla, analyseras induktivt genom en kvalitativ innehållsanalys. Omvårdnadsteorin skapad av Jean Watson (Watson & Leininger, 1985) används som teoretisk referensram.

Resultatet visar att stödmetoderna är mångsidiga och kan anpassas bra enligt den enskilda individen. En viktig del av stödet är själva bemötandet kring förlossningsrädslan, kvinnan måste känna att hon blir tagen på allvar. Om man ser kvinnans behov och lägger tid på att hjälpa henne se bortom rädslan, finns det goda möjligheter för kvinnan att gå från att vara rädd till att se framemot förlossningen. De flesta informanter har positiva erfarenheter av stödet de fått, men några informanters upplevelser indikerar att det ännu finns utrymme för förbättring.

Språk: Svenska

Nyckelord: Förlossningsrädsla, kvinnors upplevelser, stöd

KEHITYSTYÖ

Tekijä: Julia Rågård

Koulutus ja paikkakunta: Kätilö, Vaasa

Ohjaaja: Terese Österberg

Nimike: "Sain kunnon koston synnytyssalissa" – Laadullinen tutkimus naisten kokemuksesta saamastaan tuesta synnytyspelkoon

Päivämäärä: 24.5.2023

Sivumäärä: 45

Liitteet: 2

Tiivistelmä

Yhä useampi kokee synnytyspelkoa nykypäivän yhteiskunnassa, ja pelkoa aiheuttavia syitä on monta. Toisilla pelko saattaa olla melko lievää, kun taas toisilla se voi jopa estää yrittämästä tulla raskaaksi, vaikka haluaisikin saada lapsia. Onneksi on olemassa monia tapoja päästä yli pelkonsa. Tämän kehittämistyön tarkoituksena on tutustua naisten kokemuksiin saamastaan tuesta synnytyspelon ylipääsemiseen. Kehittämistyössä keskitytään erilaisiin tapoihin vähentää pelkoa ja miten naiset ovat kokeneet näiden toimenpiteiden vaikuttaneen heidän pelkoonsa. Koska kehittämistyö jatkaa opinnäytetyötä "Miten äitiysneuvola tukee synnytystä pelkäävää naista – laadullinen sisällönanalyysi äitiysneuvolan kyvyistä ja kokemuksista tukea synnytyspelossa" (Rågård, 2022), on tarkoituksena osittain myös selvittää miten naiset kokevat neuvolasta saamansa tuen.

Tiedot kerätään strukturoidun haastattelun avulla, jossa vastaajat täyttävät kyselylomakkeen kirjallisesti. Vastaukset, jotka on kerätty yhdeltätoista naiselta, joilla on kokemusta synnytyspelosta, analysoidaan induktiivisesti laadullisen sisällönanalyysin kautta. Jean Watsonin laatimaa hoitoteoriaa (Watson & Leininger, 1985) käytetään teoreettisena viitekehystenä.

Tulokset osoittavat tukimenetelmien laajuutta ja yksilöllistä soveltuvuutta. Olennainen osa tukea on itse kohtaaminen synnytyspelon parissa, naisen täytyy kokea, että hänet otetaan tosissaan. Ottamalla naisen tarpeet huomioon sekä varaamalla riittävästi aikaa auttamaan häntä näkemään pelon ohi, ovat mahdollisuudet hyvät pelon muuttamiseksi odotukseksi synnytystä varten. Useimmilla kyselyyn vastanneilla on myönteisiä kokemuksia saamastaan tuesta, mutta muutaman vastaajan kokemusten perusteella olisi vielä parannettavaa.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Synnytyspelko, naisten kokemukset, tuki

DEVELOPMENT STUDY

Author: Julia Rågård

Degree Programme: Midwife, Vaasa

Supervisors: Terese Österberg

Title: "I got my revenge in the labour ward" – A Qualitative Study of Women's Experience of Support in Fear of Childbirth

Date: 24.5.2023

Number of pages: 45

Appendices: 2

Abstract

The amount of people suffering from fear of childbirth in today's society is ever increasing, and there are numerous causes to said fear. For some, the fear is not as severe as for others, who might not even dare take a step towards pregnancy despite the desire to have children. Fortunately, there are many paths to overcoming fear. The purpose of this development study is to take part in women's experiences of the provided support for their fear. The development study goes into more detail on the different support methods that the women have used as well as how said method has affected their fear. Due to this development study being a continuation on a bachelor's thesis "How Antenatal Clinics Can Support Women With Fear of Childbirth – a Qualitative Study of the Abilities and Experiences of Antenatal Clinics in Providing Support for Women With Fear of Childbirth" (Rågård, 2022), the purpose is also partly to find out what the women think of the support offered by the antenatal clinic.

The data collection is executed in the form of a structured interview, where the informants answer a survey in writing. The data, collected from eleven women with experience of fear of childbirth, is analysed inductively through a qualitative content analysis. Jean Watson's theory of human caring (Watson & Leininger, 1985) is used as the theoretical frame of reference.

The results are telling of versatility in the support methods as well as adaptability for every individual. The meeting itself plays an important role in the support, the woman has to feel her word is taken seriously. By taking into account the needs of the woman and allocating enough time to helping her overcome her fear, the opportunity becomes greater for her to go from fear to excitement of giving birth. Most of the informants have positive experiences of the offered support, though some experiences indicate some need for improvement.

Language: Swedish

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

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund.....	2
2.1	Förlossningsrädsla.....	2
2.1.1	Orsaker till förlossningsrädsla	2
2.2	Stödjande metoder vid förlossningsrädsla	4
2.2.1	Stöd från mödrarådgivningen	5
2.2.2	”Föda utan rädsla”-metoden.....	6
2.2.3	Polikliniken för förlossningsrädsla.....	7
2.2.4	Förlossningsförberedelse och fadderbarnmorskebesök.....	8
2.2.5	Stödgrupper och doula	8
2.2.6	Förlossningsplan	9
2.3	Kejsarsnitt och igångsättning vid förlossningsrädsla	9
3	Teoretisk utgångspunkt	10
4	Syfte och frågeställningar	13
5	Metod	14
5.1	Datainsamling	14
5.2	Urval.....	14
5.3	Dataanalys.....	15
5.4	Etiska överväganden	16
6	Resultat.....	17
6.1	Förlossningsrädslan	17
6.1.1	Bakgrunden till förlossningsrädslan	18
6.1.2	Vad förlossningsrädslan orsakade.....	19
6.2	Bemötandet	20
6.2.1	Vikten av ett gott bemötande	21
6.2.2	Brister i bemötandet	22
6.3	Stödåtgärder	23
6.3.1	Stöd från mödrarådgivningen	23
6.3.2	Samtalsterapi.....	25
6.3.3	Förlossningsprofylax.....	26
6.3.4	Poliklinisk hjälp	26
6.3.5	Besök på förlossningssjukhuset.....	27
6.3.6	Stöd av en doula	28

6.3.7	Förlossningsplan	29
6.4	Efter stödåtgärderna.....	29
6.4.1	Resultatet av stödet.....	29
6.4.2	Känslor inför en ny graviditet och förlossning.....	30
7	Diskussion	32
7.1	Metoddiskussion.....	32
7.2	Resultatdiskussion	34
7.2.1	Stödåtgärderna och effekten av dem.....	34
7.2.2	Stödet från mödrarådgivningen	40
7.3	Slutsats.....	41
	Källförteckning.....	43
	Bilaga 1 – Frågor till frågeformulär.....	1
	Bilaga 2 – Inlägg till Facebook-grupp.....	2

1 Inledning

Detta utvecklingsarbete är en fördjupning på examensarbetet ”Hur mödrarådgivningen kan stöda den förlossningsrädda kvinnan – en kvalitativ studie över mödrarådgivningens möjligheter och upplevelser att ge stöd vid förlossningsrädsla” (Rågård, 2022). I examensarbetet intervjuades fyra barnmorskor och hälsovårdare på en mödrarådgivning i Österbotten, där man gick in på vilka metoder som vårdarna kunde använda för att ge stöd kring förlossningsrädsla, och hur de upplevde sina möjligheter att ge stöd.

I examensarbetet (Rågård, 2022) framkom det att vårdarna upplevde att de hade goda möjligheter att ge stöd, främst i form av stödjande samtal där man gick djupare in på rädslan och funderade kring vad som kunde ligga bakom den. Ifall vårdaren upplevde att kvinnan kunde vara i behov av ytterligare stöd, kunde vårdaren hänvisa kvinnan vidare, exempelvis till en fadderbarnmorska på förlossningsavdelningen, polikliniken för förlossningsrädsla, eller att man bokar tid för ett postpartumsamtal där kvinnan får gå igenom den tidigare förlossningen.

Som en utveckling på examensarbetet vill jag se mer på stödet kring förlossningsrädsla ur kvinnornas synvinkel. Jag vill ta reda på vilket typ av stöd som kvinnor med förlossningsrädsla upplever att ha hjälpt dem, åtminstone genom att få rädslan lindrigare. Det skulle också vara intressant att höra ifall någon kunnat gå från att vara väldigt rädd till att känna sig mycket tryggare inför förlossningen och i efterhand se den som en positiv upplevelse.

Utvecklingsarbetet behöver inte endast vara inriktat på det stöd som kvinnorna upplever sig ha fått från mödrarådgivningen, utan mer allmänt med tanke på att det finns en hel del olika möjligheter till att få stöd. Det skulle emellertid vara intressant att utöver detta ha en direkt frågeställning kring hur stödet från mödrarådgivningen upplevts då det gäller förlossningsrädsla.

2 Bakgrund

I detta kapitel redogörs den vetenskapliga bakgrunden till utvecklingsarbetet. Det som tas upp handlar bland annat om förlossningsrädslan i sig, hur den påverkar den drabbade kvinnan och vilka faktorer som kan orsaka rädslan. Här tas även upp olika stödåtgärder som används för att stöda förlossningsrädda kvinnor, eller på vilket sätt de själv kan försöka hantera sin rädsla. Kapitlet innehåller även information om kejsarsnitt och igångsättning, bland annat som en följd av förlossningsrädsla.

2.1 Förlossningsrädsla

Att känna sig nervös och spänd inför förlossningen är något som är helt normalt. När det som känns nervöst och spännande dock går över till rädsla och dessutom påverkar det vardagliga livet, är det fråga om förlossningsrädsla. Detta orsakar i sin tur negativa föreställningar inför förlossningen. Förlossningsrädsla är en av orsakerna till frivillig barnlöshet. (Harvala, Pietiläinen, Raussi-Lehto & Äimälä, 2021, s. 484).

Förlossningsrädslans styrka kan förstås variera från allt mellan att vara ganska lindrig, till att kännas fobisk. Vid en lindrigare förlossningsrädsla känner kvinnan kanske mest av en oro som hon ändå klarar av att hantera. Vid lite svårare fall kan hon behöva hjälp med att hantera rädslan, det kan till och med vara så att kvinnan inte vågar bli gravid eller att hon endast kan tänka sig att föda via kejsarsnitt. (Berg & Lundgren, 2010, s. 170–171).

Upplevelsen av förlossningsrädsla kan enligt Wigert et al. (2019) beskrivas som att vara i en situation där det inte finns någon återvändo. Rädslan kan präglas av tankar på en tidigare, eventuellt traumatisk förlossning, tankar på att förlossningen ska gå lika illa som någon annans hemska förlossningsupplevelse, eller känslan av att det inte finns någon garanti för att förlossningen ska gå bra, vilket gör att hon känner sig lämnad åt sitt öde. En kvinna som lider av förlossningsrädsla kan känna sig ensam och som att ingen förstår henne.

2.1.1 Orsaker till förlossningsrädsla

Förlossningsrädsla kan både benämnas som primär och som sekundär. Primär förlossningsrädsla avser rädsla inför första förlossningen, eller att kvinnan är rädd inför att ens våga bli gravid för första gången. Denna typ av rädsla kan bero på många olika saker,

exempelvis kan det finnas en psykosocial orsak i bakgrunden eller oro för hur smärtan vid förlossningen kommer att kännas. Den sekundära förlossningsrädslan härstammar å andra sidan från en tidigare negativ förlossningsupplevelse. Det behöver nödvändigtvis inte ha hänt något avvikande under den tidigare förlossningen för att kvinnan ska ha upplevt den som traumatisk och därefter utvecklat förlossningsrädsla. (Harvala et al., 2021, s. 484). Många kvinnor kan ha känt sig helt trygga inför sin första förlossning, men så har något gått snett och i efterhand upplevs förlossningen som traumatisk. Efter en traumatisk förlossning kan kvinnan klandra sig själv och fundera på varför inte hon kan föda normalt som "alla andra". Graviditeten inför nästa förlossning kan vara väldigt betungande för en kvinna som varit med om en sådan här händelse, eftersom hon är rädd för ett liknande scenario. (Wigert et al., 2019).

Andra predisponerade faktorer för att utveckla förlossningsrädsla, förutom de ovan nämnda, kan enligt Heli och Svensson (2017, s. 23) bland annat vara att det blivande föräldraparet har en bristande relation, ett dåligt stödnätverk, att kvinnan varit med om svåra upplevelser tidigare i livet eller har ett dåligt självförtroende. Psykosociala orsaker kan exempelvis vara psykisk ohälsa, såsom ångest eller depression, men även traumatiska upplevelser efter till exempel ett sexuellt övergrepp eller annan typ av våld (Heli & Svensson, 2017, s. 24).

Vad det är som kvinnan gällande förlossningen känner rädsla inför kan variera mycket, det kan handla om rädsla inför smärta, rädsla inför att tappa kontrollen, få panik eller känna att man inte är delaktig och samarbetar med barnmorskan. Vissa kvinnor beskriver det som att de inte alls blivit hörda i förlossningsvården, utan att fokus i stället lagts på bland annat rutinåtgärder och andra medicinska interventioner (Wigert et al., 2019). Kvinnan kan vara rädd att hon själv, eller barnet, ska skadas eller till och med dö. Bland annat kan användningen av en sugkopp förknippas med en större risk för att barnet ska dö, vilket därmed orsakar att kvinnan är rädd för att en sådan ska behöva användas under förlossningen (Wigert et al., 2019). Själva sjukhussituationen eller olika vårdåtgärder kan också orsaka rädsla, och kvinnan kan känna att hon inte litar på vårdpersonalen. (Heli & Svensson, 2017, s. 23; Berg & Lundgren, 2010, s. 171). Vid en tidigare förlossning kan kvinnan till exempel också ha upplevt ett väldigt långt, eller tvärtom, ett väldigt kort krystningsskede, vilket kan orsaka rädsla inför en ny förlossning (Wigert et al., 2019).

2.2 Stödjande metoder vid förlossningsrädsla

Enligt Wigert et al. (2019) hamnar kvinnan att förr eller senare ta tag i sin rädsla, och det kan ske på många olika sätt. Vissa kan till exempel acceptera att förlossningen är något som man inte kan styra över, och helt enkelt bara försöka finna sig i situationen och lita på sin kropp. För någon kan hanteringen av en traumatisk förlossningsupplevelse vara lättare, om man lägger fokus på att fundera igenom det som skett. En del kan dock göra motsatsen och helt och hållet undvika att prata eller ens tänka på den tidigare förlossningen, i hopp om att rädslan på det viset ska försvinna. Detta kan resultera i att man även drar sig från att delta i gruppverksamhet kopplad till graviditet och förlossning. Ett hälsosammare sätt att hantera rädslan på är förstås genom att söka hjälp av någon professionell, exempelvis via mödrarådgivningen.

Genom att kvinnan får känna sig sedd och att hon upplever sig få ett bra stöd, finns det goda möjligheter till att hjälpa kvinnor med förlossningsrädsla. Hos den största delen av kvinnorna som får stöd för sin förlossningsrädsla minskar rädslan till en hanterbar nivå. Hos vissa syns stödet märkbart, till exempel genom att kvinnan väljer att föda vaginalt trots att hon till en början bara kunnat tänka sig att föda via kejsarsnitt. (Terveyskirjasto, 2022a). Det finns även andra märkbara fördelar av att få ett ordentligt stöd för sin förlossningsrädsla. Bland annat kan det göra att det aktiva förlossningsskedet till och med går snabbare hos en kvinna med förlossningsrädsla, i jämförelse med en livsstilmässigt motsvarande kvinna som inte har förlossningsrädsla. (Sydsjö et al., 2015).

Förutom att ge stöd vid förlossningsrädsla, är det förstås viktigt att man arbetar för att förebygga att rädslan uppkommer. Det görs bäst genom att fokusera på att ge en bra förlossningsvård, dels under förlossningen, dels efteråt. Om kvinnan upplever att förlossningen framskrider på ett positivt sätt främjar det automatisk anknytningen barnet, både innan det är fött och när det har kommit till världen. En viktig sak att ha i åtanke är att stödet och behandlingen av förlossningsrädsla inte bara handlar om att kvinnan ska våga föda vaginalt i stället för via ett kejsarsnitt, utan att det ska påverka hela familjens mående i en positiv riktning både under och efter graviditeten, och kvinnan ska känna sig tryggare inför att bli gravid igen. (Terveyskirjasto, 2022a).

2.2.1 Stöd från mödrarådgivningen

Det ställe som man först och främst ger stöd via vid förlossningsrädsla är kvinnans mödrarådgivning (Terveyskirjasto, 2022a). En viktig del när det kommer till att ge stöd åt en kvinna med förlossningsrädsla, är att identifiera rädslan i tid. På mödrarådgivningen har man som vårdare ett bra tillfälle att försöka hitta de kvinnor som lider av förlossningsrädsla, och sedan ge dem stöd eller hänvisa dem vidare. För att hitta dessa kvinnor är det viktigt att man redan under det första besöket går igenom eventuella tidigare förlossningsupplevelser, och hur kvinnans psykiska mående är för tillfället. Om kvinnan upplever en stark förlossningsrädsla kan hon remitteras vidare till en psykolog eller vårdare som specialiserat sig på förlossningsrädsla. (Berg & Lundgren, 2010, s. 181; Rågård, 2022, s. 41). Psykoedukation kan bland annat minska på planerade kejsarsnitt till följd av förlossningsrädsla (Fenwick et al., 2015). Utöver detta kan man även erbjuda kvinnan att gå på fadderbarnmorskebesök, där hon får åka till förlossningsavdelningen och bekanta sig med olika utrymmen och åtgärder som eventuellt kan vänta, och prata om saker som hon funderar på tillsammans med en barnmorska. Man kan också hänvisa kvinnan till postpartumsamtal, alltså ett samtal där kvinnan får diskutera igenom en tidigare förlossning med barnmorskan som varit med vid den. (Rågård, 2022, s. 40).

Om kvinnan inte har en alltför kraftig förlossningsrädsla som kräver lite mera hjälp, kan det räcka med att man samtalar med henne om rädslan på mödrarådgivningen. För att få mer tid till det här kan man behöva lägga in extra besök, det är viktigt att kvinnan kan berätta om sina rädslor i lugn och ro. Under samtalen försöker man komma fram till vad det är som ligger bakom rädslan, och man försöker på olika sätt hjälpa kvinnan att komma över den. Det kan till exempel hända att kvinnan är i behov av att veta mer detaljerat hur förlossningen kommer att gå till. (Berg & Lundgren, 2010, s. 181; Rågård, 2022, s. 54–55). Bara att kvinnan får information om förlossningen kan enligt Abascal (2012, s. 208) minska på förlossningsrädslan. Hon kan även få mycket hjälp av att prata och få sätta ord på sina rädslor. Olika undersökningar som påvisar att fostret mår bra kan också lugna kvinnan (Wigert et al., 2019).

2.2.2 "Föda utan rädsla"-metoden

Wigert et al. (2019) menar att ett bra sätt att hantera sin rädsla på, är att förbereda sig på att vid förlossningen arbeta med kroppen och inte mot den, till exempel genom att göra olika andnings- och avslappningsövningar. Susanna Heli och Liisa Svensson (2017) har tillsammans utvecklat "Trygghetsmodellen" (i vardagligt tal mer kallat "Föda utan rädsla"-metoden) för att främja förebyggandet och stödet kring rädsla och stress vid förlossningen. I denna modell ingår fyra verktyg som man kan använda sig av i den stödande processen, dessa är "andning", "avspänning", "rösten" och "tankens kraft" (Heli & Svensson, 2017, s. 73). Tanken bakom de här verktygen är att de ska kunna användas under alla skeden vid förlossningen, utan, eller i kombination med andra hanteringsmetoder. Man strävar till att med hjälp av de fyra verktygen aktivera lugn och ro-systemet, det vill säga det parasympatiska nervsystemet, i stället för stresssystemet, alltså det sympatiska nervsystemet. För att byta ut de kroppsliga reaktionerna för stress och rädsla mot trygghet, försöker man med hjälp av verktygen andas lugnt, slappna av i musklerna, sträva till att ha en mörkare röst och ha en mer god sinnesstämning genom att tänka positiva tankar. (Heli & Svensson, 2017, s. 72–73).

Man ska låta andningen ske så naturligt som möjligt, utan att lägga för mycket fokus på den. Om andningen är forcerad och stressad behöver den dock korrigeras, det man ska tänka på är att andningen ska vara så ljudlös och lugn som möjligt. Under en förlossning känner man ofta ett instinktivt behov av att andas snabbt och kraftigt, men det är just detta som man genom verktyget kan motverka, eftersom denna typ av andning är förknippad med rädsla. Ett annat sätt att använda andningen som verktyg är att avsluta sammandragningen med att sucka, det hjälper kroppen att slappna mellan sammandragningarna. (Heli, 2019, s. 103–107).

När man är rädd spänner man ofta sig omedvetet, till exempel genom att dra upp axlar och spänna käkmusklerna. Detta är inte fördelaktigt när man föder, eftersom man då motarbetar kroppen genom att göra sammandragningarna mindre effektiva. Det andra verktyget handlar om att man försöker vara så tung och passiv som möjligt, för att kroppen ska kunna göra sitt jobb. Käkens muskler är dessutom på sätt och vis sammankopplade med bäckenbottenmuskulaturen, så när man är spänd i ansiktet är man också spänd i bäckenbottenmusklerna, vilket gör det svårare att föda. (Heli, 2019, s. 111–112, 116–117).

Det tredje verktyget, "rösten", handlar om att försöka bryta ljusa läten, vilka är förknippade med rädsla, och ersätta dem med ett mörkt ljudande i stället. Om man låter med ljus röst, tenderar man att spänna sig mer och den triggjar lättare i gång flyktbeteende. När man i stället använder en mörkare röst stimuleras bäckenbottenmusklerna på ett positivt sätt och trygghetskänsla kan lättare infinna sig. Mot slutet av förlossningsskedet kan det vara svårt att ha en ljudlös andning, och här kan man kombinera andningen och rösten med varandra, genom att ha ett mörkt ljud på utandningen. (Heli, 2019, s. 119–120, 122).

"Tankens kraft" är ett mer mentalt verktyg och kan verka lite flummigt, men handlar bland annat om att ersätta negativa tankesätt med positiva, för att främja framskridandet av förlossningen. Ord som kan användas är till exempel "ja", "ner" eller "öppna". Det kan kännas svårt att våga använda detta verktyg, men det kan påverka förlossningsförloppet mycket positivt. Verktyget kan kanske naturligast användas när man får impulser att säga negativa saker under förlossningen, som exempelvis "nej". (Heli, 2019 s. 125–127). Man kan också fokusera på olika mantran, såsom att upprepa ett positivt ord, eller använda sig av visualisering. Med visualisering menas att man till exempel visualiserar hur andningen syresätter olika delar av kroppen och detta kan hjälpa en att slappna av och andas på ett fördelaktigt sätt. (Heli, 2019, s. 128–131).

2.2.3 Polikliniken för förlossningsrädsla

Idag har flera förlossningssjukhus en poliklinik speciellt avsedd för kvinnor med förlossningsrädsla. Där kan kvinnan få hjälp av läkare och barnmorskor som specialiserat sig inom förlossningsrädsla. På polikliniken för förlossningsrädsla tar man hänsyn till kvinnans hela livssituation för att ge henne ett så bra stöd som möjligt. Man ser bland annat på vilket stödnätverk som finns tillgängligt i hennes enskilda fall, och även på hennes familjesituation och psykiska mående. (Terveyskirjasto, 2022a).

Samtalen hos exempelvis en barnmorska som är specialiserad inom förlossningsrädsla handlar enligt Abascal (2012, s. 208) om att hjälpa kvinnan att prata om och reflektera kring rädslan. Där går man djupare in på rädslan och funderar till exempel på vad det exakt är som kvinnan känner rädsla inför och vilka problem detta orsakar, när rädslan har uppstått, hur motiverad hon själv är till att förbättra situationen, hurudan rädslan är, till exempel ifall den alltid finns där eller om den kommer fram då och då. Man kan också fundera på vad kvinnan själv tror ligger bakom problemen, kan det till exempel vara något tidigare problem

eller trauma som påverkar? Man går förstås också in på hur detta påverkar kvinnans vardag, och ifall hon känner att något skulle hjälpa hennes rädsla, samt vilket typ av stöd hon skulle vara i behov av att få från exempelvis partnern.

Ofta kan det behövas flera samtal med någon professionell för att kvinnan ska känna att det hjälper. Det kan också hända att kvinnan behöver samma hjälp och stöd inför nya graviditeter och förlossningar, även om hon får en positiv förlossningsupplevelse efter att ha fått stöd för sin rädsla. (Abascal, 2012, s. 209).

2.2.4 Förlossningsförberedelse och fadderbarnmorskebesök

För de som väntar sitt första barn erbjuder man till exempel inom Österbottens välfärdsområde föreläsningar inom förlossningsförberedelse. Där får man information om den kommande förlossningen, och man får även chans att göra avslappnings- och andningsövningar. (Österbottens välfärdsområde, u.å.). Det finns också möjlighet att åka till förlossningssjukhuset på fadderbarnmorskebesök. Där får kvinnan bekanta sig med förlossningsavdelningen, och hon kan ställa frågor i anknytning till förlossningen. (Rågård, 2022, s. 14, 55).

2.2.5 Stödgrupper och doula

Man kan även få stöd för sin förlossningsrädsla genom gruppverksamhet, till exempel genom att delta i en grupp med andra i samma situation. Det finns bland annat stödgrupper som dras av terapeuter, och som har visat sig ha bra stödjande effekt. (Terveyskirjasto, 2022a). Bland annat i Helsingfors ordnar man stödgruppsverksamhet för förlossningsrädda förstföderskor. Nyytti-gruppen, som stödgruppen kallas, erbjuder en samlingsplats för kvinnor som känner rädsla och oro inför sin första förlossning, och där kan de diskutera kring ämnet och göra avslappningsövningar tillsammans. (HUS, u.å.).

En doula är en person som vid förlossningen kan fungera som ett extra stöd, utöver kvinnans stödperson. Doulan kan bland annat hjälpa kvinnan med smärtlindring och att fatta olika beslut, och därmed fungera som en trygg närvaro. Användningen av en doula vid förlossningen kan ha flera fördelar. Bland annat minskar det risken för ett akut kejsarsnitt, och även användningen av syntetiskt oxytocin. Hos kvinnor med stöd av en doula minskar även risken för att uppleva förlossningen som negativ. (Siivola, u.å.).

2.2.6 Förlossningsplan

Ett sätt att hantera förlossningsrädslan kan vara att skriva en förlossningsplan som barnmorskor och läkare på förlossningssjukhuset senare kan ta del av (Wigert et al., 2019). Detta kan speciellt vara en bra hjälp åt omfödernor som tidigare varit med om en traumatisk förlossning och därefter utvecklat förlossningsrädsla (Holopainen et al., 2020). Skapandet av en förlossningsplan kan ha flera goda följder. Den kan till exempel skrivas på mödrarådgivningen tillsammans med vårdaren, och planen kan sedan bearbetas vid förlossningen med den barnmorska som är med då. Planen kan hjälpa kvinnan att få sina tankar och önskemål inför förlossningen mer strukturerade för sig själv, men även för barnmorskorna på förlossningsavdelningen. Där kan kvinnan skriva ner olika önskemål gällande exempelvis föredragna ställningar i krystskedet eller smärtlindring. Förlossningsplanen kan i sin tur även ge kvinnan en ökad känsla av kontroll. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 251). Enligt Abascal (2012, s. 208) är det bra att skriva brevet så tidigt som möjligt i graviditeten, eftersom man då blir mer bekant med tanken på den kommande förlossningen och troligtvis får mer tid till att hinna bearbeta rädslan.

2.3 Kejsarsnitt och igångsättning vid förlossningsrädsla

En del kvinnor kan tycka att ett kejsarsnitt skulle kännas mindre riskfyllt än en vaginal förlossning. Ett kejsarsnitt kan upplevas som en bättre arrangerad och mer kontrollerad förlossning. (Greer, Lazenbatt & Dunne, 2014). Ibland kan förlossningsrädslan vara så pass kraftig att kvinnan trots det stöd hon får, känner att en vaginal förlossning känns helt oöverkomlig. I dessa fall är det viktigt att kvinnan är väl medveten om vilka nackdelar och risker som ett kejsarsnitt medför. (Abascal, 2012, s. 209). En del kvinnor kan vara så rädda, att trots att viljan till en vaginal förlossning finns, vågar de ändå inte föda vaginalt och ber därför om att få föda via kejsarsnitt. Det finns kvinnor som ändå nekas kejsarsnitt, vilket kan upplevas som mycket respektlöst. (Wigert et al., 2019). Holopainen et al. (2020) menar också att kvinnor som upplevt en traumatisk förlossning kan uppleva nästa förlossning som positivare om den sker genom ett planerat kejsarsnitt. Det kan bero på att kvinnan därmed gjort valet själv, vilket kan ge en känsla av kontroll.

Enligt Terveyskirjasto (2022b) finns det flera risker och nackdelar med ett kejsarsnitt, och de vanligaste är blödning eller infektion på grund av ingreppet. Vid kejsarsnitt ökar risken för större blödningar, lungembolier och venösa trombosor, än om man jämför med en

vaginal förlossning. Kejsarsnittet kan också ha en negativ inverkan på det nyfödda barnet, bland annat kan det ta längre tid för barnet att vänja sig med den nya miljön utanför livmodern, och i framtiden är det mer sannolikt att barnet drabbas av någon luftvägssjukdom som exempelvis astma eller allergi, än om det skulle ha fötts vaginalt. Efter ett kejsarsnitt finns det även vid nästa graviditet ökad risk för bland annat för tidig placentaavlossning och missfall. Man kan även ha svårare att bli gravid efter ett kejsarsnitt.

I vissa fall kan man också erbjuda kvinnan en igångsättning, eftersom det kan öka kvinnans känsla av kontroll. Då finns det större möjlighet till att kvinnan hinner få de smärtlindringar som hon önskar, vilket kan underlätta en hel del. Det finns förstås nackdelar med en igångsättning, så därför är det viktigt att kvinnan är väl införstådd med vad en igångsättning innebär. (Abascal, 2012, s. 209). En igångsättning kan bland annat öka risken för kejsarsnitt eller en situation där det blir nödvändigt att använda sig av exempelvis sugkopp (Senanayake et al., 2022).

3 Teoretisk utgångspunkt

Utvecklingsarbetet kommer att analyseras utifrån en omvårdnadsteori skapad av Jean Watson. Precis som i examensarbetet "Hur mödrarådgivningen kan stöda den förlossningsrädda kvinnan – en kvalitativ studie över mödrarådgivningens möjligheter och upplevelser att ge stöd vid förlossningsrädsla" (Rågård, 2022) kommer detta arbete även analyseras med fem av de tio karativa faktorer som omvårdnadsteorin består av. Enligt Watson (s. 7, 1985) ska man som vårdare arbeta med en humanistisk värdegrund, med en samtidig strävan till att ständigt utveckla den. För att man ska kunna förverkliga vården på ett korrekt sätt, behöver man kombinera den humanistiska delen med vetenskapliga fakta. För att lättare kunna förstå de olika delarna av vården där det humanistiska och det vetenskapliga samverkar, har Watson skapat de tio karativa faktorerna.

Formation of a Humanistic-altruistic System of Values, är den första faktorn som valts att ta med i utvecklingsarbetet. Denna faktor handlar om att all vård som ges ska grunda sig i vänlighet, kärlek och att man genuint bryr sig. När vårdaren har denna värdegrund, kan hen se ut över sitt ego och glädja sig åt att hjälpa andra. Den här faktorn hjälper en att lättare acceptera olikheter hos andra och försöka vårda på ett så individuellt sätt som möjligt.

Erfarenhet som vårdaren erhåller i sin studie- och arbetskarriär, hjälper denne att lättare förstå och kunna tänka sig in i olika situationer, vilket därmed leder till att man fungerar bättre i samspel med andra. En viktig del av faktorn, trots att man som vårdare ska vara dedikerad, är att det inte får gå över till att man i princip offerar sig själv känslomässigt till arbetet. Watson menar att denna faktor kan ses som den mest grundläggande av de tio karaktäristiska faktorerna, eftersom det humanistiska synsättet är en så viktig del av vården. (Watson & Leininger, 1985, s. 11–12).

En annan faktor som valts är *Development of a Helping-trust Relationship*. Den handlar om relationen som byggs upp mellan vårdaren och patienten, när patienten upplever att vårdaren verkligen bryr sig om dennes situation. Vårdaren beaktar personens behov och ser denne som en individ, vilket lägger grunden för relation som bygger på tillit. Detta hjälper patienten att våga öppna upp sig och berätta om vad som tynger denne. När vårdaren kan skapa en sådan här koppling till sin patient, är det tecken på en hög-kvalitativ vård. (Watson & Leininger, 1985, s. 25).

För att kunna skapa en sådan här relation till patienten, behöver vårdaren kunna sätta sig in i dennes situation genom att först lära känna personen lite, och ta reda på vad som till exempel motiverar eller hindrar personen till att sträva efter ett hälsosamt livstillstånd. Ett bra tankesätt för att lättare kunna göra detta är att som vårdare försöka se patienten som en person med ett behov, i stället för att objektifiera personen och se hen som ett problem som behöver åtgärdas. En viktig del av vården är att kunna sätta sig in i patientens situation och känna empati för denne, utan att reagera på ett negativt sätt med känslor av exempelvis obekvämheter, ilska eller rädsla. Man måste helt enkelt kunna hantera patientens situation på ett sådant sätt att denne upplever att vårdaren förstår hur det känns utan att döma. Patienten ska få känna att hen är värd vårdarens tid. (Watson & Leininger, 1985, s. 25, 30).

Den tredje faktorn som valts är *Systematic Use of the Scientific Problem-solving Method for Decision Making*, och den handlar om den vetenskapliga grunden i vårdandet. Även om arbetserfarenheten och den humanistiska delen är en väldigt viktig del av vårdandet, ska man inte glömma bort att ta reda på evidensbaserade fakta när det finns behov av det, och sedan implementera detta i vården. Med denna faktor menar också Watson att man kan efterlikna vårdprocessen med en forskningsprocess. Precis som när man gör en

vetenskaplig efterforskning, behöver man i vårdarbetet först definiera problemet och kanske ställa hypoteser för att bättre kunna förstå situationen. Vårdaren behöver kunna planera vad man exempelvis behöver ta reda på för att kunna hjälpa patienten, och sedan söka vetenskapliga fakta och samla information gällande problemet. Till slut ska man också utvärdera vad man kommit fram till, och eventuellt gå djupare in på nya problem man stött på under processen. (Watson & Leininger, 1985, s. 51–52, 64–66).

Den fjärde karativa faktorn som valts till utvecklingsarbetet är *The Promotion of Interpersonal Teaching-Learning*. Den handlar bland annat om att utbilda patienten angående sitt tillstånd, till exempel om vad hen för tillfället kan göra eller vad som kan förväntas av situationen. Att patienten får tillräckligt med relevant information om sitt tillstånd har visat sig ha en stress- och ångestreducerande påverkan på personen, det är därför viktigt att som vårdare uppfylla detta behov. Om personen informeras ordentligt kan hen till exempel redan på förhand veta vad som kommer att hända, vilket i sin tur kan skapa en känsla av att personen har kontroll över situationen och därmed känner sig tryggare. Om personen inte vet vad som kan förväntas av exempelvis en åtgärd, kan hen gå runt med drastiska fantasier om hur det kommer att gå till, medan det i själva verket inte alls är så som hen föreställer sig. Oavsett patientens tillstånd, måste vårdaren försöka hjälpa personen att hitta ett bra sätt att hantera sina negativa känslor på. (Watson & Leininger, s. 1985, s. 69–72).

Den sista karativa faktorn som valts är *Provision for a Supportive, Protective, and(or) Corrective Mental, Physical, Sociocultural, and Spiritual Environment*. Det finns så mycket i en persons liv som kan påverka ens hälsa och mående, därför är det viktigt att vårdaren har hela personens liv i åtanke när det kommer till vårdandet. Personens liv kan delas in i olika variabler, både yttre och inre, och dessa påverkar individens liv på olika sätt. De yttre variablerna kan bland annat ha att göra med trygghet, privatliv, bekvämlighet, stress och en tillfredsställande omgivning. De inre variablerna handlar mer om de sociokulturella, mentala och spirituella delarna av en människas liv. (Watson & Leininger, 1985, s. 81–82).

När en patient hamnat i en situation som skapar stress, ska vårdaren finnas som en lyssnare, för att kunna förstå tillståndet som personen befinner sig i och sedan ge stöd genom att få personen införstådd i sin situation och förstärka de egna coping-strategierna. För att skapa en känsla av trygghet för patienten, är bekvämlighet en viktig del av vården.

Detta kan handla om praktiska saker, såsom att skapa en lugn miljö för patienten, ha tillgång till bekväma möbler under vårdtiden, reducera smärta eller hjälpa patienten att slappna av genom exempelvis andningsövningar. Dessa åtgärder kan öka bekvämligheten både på ett fysiskt och psykiskt sätt. (Watson & Leininger, 1985, s. 83, 88–90).

Konfidentialitet och att patienten känner sig trygg är två viktiga delar som ingår i denna faktor. Patienten ska kunna förlita sig på att det som hen berättar inte kommer fram till personer som informationen inte är menad för, eftersom detta skapar en känsla av förminskad värdighet för patienten. Vårdaren kan skapa trygghet bland annat genom att genomföra olika säkerhetsåtgärder och försöka förebygga olika säkerhetsrisker, till exempel genom att ha en noggrann aseptik i det kliniska arbetet. För att främja säkerhetsåtgärderna borde vårdaren även ge information åt patienten hur denne kan öka säkerheten i sitt individuella tillstånd. (Watson & Leininger, 1985, s. 93–94, 96–98).

4 Syfte och frågeställningar

Syftet med detta utvecklingsarbete är att undersöka hur kvinnor med förlossningsrädsla upplevt stödet som getts kring rädslan. Studien görs för att ta reda på vilket typ av stöd som kvinnan erbjudits och/eller använt sig av, och hur det hjälpt henne vid den kommande förlossningen. I utvecklingsarbetet ser man på olika metoder för stöd i allmänhet, men en del fokus läggs även specifikt på hur kvinnan upplevt stödet från mödrarådgivningen.

Frågeställningar som används:

- Vilket typ av stöd har kvinnan fått kring förlossningsrädslan, och hur har hon upplevt att detta hjälpt?
- Hur har kvinnan upplevt stödet från mödrarådgivningen, som getts kring förlossningsrädsla?

5 Metod

I en kvalitativ studie tar man på ett öppet sätt del av människors upplevelser och erfarenheter av ett fenomen, genom exempelvis intervju eller observation. När en studie genomförs med en kvalitativ metod är skribenten själv till viss del närvarande i resultatet, eftersom det är svårt att vara helt objektiv när man tolkar och analyserar informantens svar. Det är bättre att ha ett mindre antal informanter som kan berätta mer ingående om sina erfarenheter, än att ha många informanter som bara berättar allmänt och ytligt. (Henricson, 2017, s. 113–115).

5.1 Datainsamling

När man samlar in information i en kvalitativ studie kan man använda sig av exempelvis intervjuer som datainsamlingsmetod. (Henricson, 2017, s. 115). I en intervju får informanten möjlighet att berätta om sina upplevelser, erfarenheter och känslor med egna ord. Genom att ställa rätt frågor leder man informanten till att ge relevanta svar som kan användas i studien, och man undviker information som inte motsvarar studiens syfte. Man ska använda ett begränsat antal frågor och de får inte vara för specifika, eftersom det då finns risk att man inte har nytta av svaret. (Henricson, 2017, s. 143–144, 147). I utvecklingsarbetet används en strukturerad intervju med öppna frågor, som besvaras skriftligt. Enligt Henricson (2017, s. 145) kan detta genomföras genom att skapa ett frågeformulär med några öppna frågor inom ramen för studiens syfte. Här kan informanterna berätta med egna ord, vilket ger kvalitativ information. Till frågeformuläret skapas fem öppna frågor (se Bilaga 1) som tangerar ämnet.

5.2 Urval

När man gör en kvalitativ studie använder man sig främst av ett begränsat och ganska litet antal informanter. För att få ett tillförlitligt resultat krävs det att man hittar ett fåtal personer som lämpar sig för syftet av studien, och att man går in lite djupare på dessa personers erfarenheter och upplevelser inom ämnet. Informanterna väljs ut med omsorg, det vill säga att man söker sådana personer som har upplevt fenomenet som undersöks. (Henricson, 2017, s. 116).

För att kunna delta i studien krävdes det till en början att man som kvinna fött barn inom det senaste året, men efter att flera som fött barn inom de tre senaste åren visat intresse, ändrades kravet till "inom de tre senaste åren". Utöver detta ska kvinnorna som deltar ha erfarenhet av förlossningsrädsla vid den senaste graviditeten, samt ha fått något typ av stöd eller hjälp i samband med detta. Deltagandeförfrågan skickades ut i Facebookgruppen *Mammor & Gravida i Österbotten FINLAND* (se Bilaga 2). Totalt visade 13 kvinnor intresse för att delta i studien och frågeformulär skickades ut via Facebook Messenger eller e-post. Slutligen var det elva kvinnor som svarade på frågeformuläret.

5.3 Dataanalys

Dataanalysen kan göras induktivt, alltså endast utifrån textmaterialet som samlats in, eller så kan man också analysera deduktivt, där man analyserar utifrån exempelvis en teori. (Henricson, 2017, s. 290). Ifall det inte finns så många tidigare studier inom området, är en induktiv analysansats mer passande (Elo & Kyngäs, 2008).

I en kvalitativ studie kan man analysera resultatet utan att allt material ännu samlats in, även om man oftast gör det när allt material är insamlat. Textmaterialet som fås in läses igenom flera gånger, och sedan väljs meningsenheter som motsvarar frågeställningarna ut. När man genomför en induktiv dataanalys kodas meningsenheterna om, genom att man till exempel skapar ett övergripande ord eller en mening över olika citat som är liknande till innehållet. Koderna bildar därefter olika kategorier eller teman som vidare kan delas upp enligt behov. Kategorierna som skapas efter kodningen kan sammankopplas till större och ännu mer övergripande kategorier, och man kan fortsätta så här i den utsträckning som är nödvändig, för att sedan enklare kunna få en uppfattning av det mest väsentliga i materialet. (Henricson, 2017, s. 116; Elo & Kyngäs, 2008).

Efter att materialet analyserats induktivt och kodats om, skapas tretton underkategorier inom fyra huvudkategorier. Vilka huvud- och underkategorier som skapats utifrån vilka koder kan ses på följande sida (tabell 1. Process för resultatanalys). Resultatet analyseras i koppling till den teoretiska referensramen som används i arbetet, samt till vetenskapliga fakta som rör ämnet.

Tabell 1. Process för resultatanalys

Process för resultatanalys				
Huvudkategorier	Förlossningsrädslan	Bemötandet	Stödåtgärder	Efter stödåtgärderna
Underkategorier	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bakgrunden till förlossningsrädslan 2. Vad förlossningsrädslan orsakade 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vikten av ett gott bemötande 2. Brister i bemötandet 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stöd från mödrarådgivningen 2. Samtalsterapi 3. Förlossningsprofylax 4. Poliklinisk hjälp 5. Besök på förlossningssjukhuset 6. Stöd av en doula 7. Förlossningsplan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resultatet av stödet 2. Känslor inför en ny graviditet och förlossning
Koder	<ul style="list-style-type: none"> - Bakgrunden till förlossningsrädslan - Vad förlossningsrädslan orsakade - Känslor inför förlossningen före stödet 	<ul style="list-style-type: none"> - Bemötande - Brister i bemötandet - Kommentarer 	<ul style="list-style-type: none"> - Mödrarådgivningen - Samtalsterapi - Föda utan rädsla - Profylaxkurser - Övriga sätt - Rädslopolikliniken - Mödrapolikliniken - Förlossningsförberedelse - Fadderbarnmorskebesök - Postpartumsamtal - Doula - Förlossningsplan 	<ul style="list-style-type: none"> - Resultatet av stödet - Känslor inför en ny graviditet och förlossning

5.4 Etiska överväganden

När man gör utför en studie är det viktigt att ha flera aspekter i åtanke, bland annat måste man respektera andras människors värde, självbestämmanderätt, kultur och olika språkskillnader som förekommer. Studien ska inte riskera att skada personen eller det objekt som undersöks. (TENK, 2019, s. 8). Ifall man behöver samla in personuppgifter ska man bara samla in de nödvändiga, och de ska endast sparas så länge de behövs. (TENK, 2019, s. 13).

Det ska alltid vara frivilligt att delta i en studie, och personer som har valt att delta har rätt att avbryta deltagandet när som helst utan att behöva förklara varför. Det är viktigt att informerat samtycke, från personen som deltar, finns dokumenterat. Innan personen ger

sitt samtycke har hen rätt till att ta del av information som rör forskningen, till exempel hur deltagandet praktiskt genomförs och svar på eventuella frågor. Deltagaren har också rätt till att få information om hur exempelvis personuppgifter behandlas. Om deltagandet på något sätt medför risker, är det mycket viktigt att informera om detta. Det ska även framkomma vad målet med studien är. (TENK, 2019, s. 10).

Deltagarna i studien får information om vad deltagandet innebär genom inlägget (se Bilaga 2) som publicerats i Facebook-gruppen *Mammor & Gravida i Österbotten FINLAND*. Genom att de själva tar kontakt vid intresse av att medverka i studien ger de samtidigt samtycke. För att se till att anonymiteten hålls nämns i resultatredovisningen inga platser eller namn som kan tänkas framkomma i svaren.

6 Resultat

I detta kapitel görs resultatredovisningen, enligt vad som framkommit efter dataanalysen av informanternas svar på frågeformuläret. Resultatet baserar sig på de elva deltagarnas upplevelser och erfarenheter av stödet kring deras förlossningsrädsla. I dataanalysen framkom fyra huvudkategorier; "Förlossningsrädslan", "Bemötandet", "Stödåtgärderna" och "Efter stödåtgärderna". Sammanlagt skapades tretton underkategorier, vilka bygger på koderna som framkommit i dataanalysen. Citat från informanternas svar används för att stärka innehållet som beskrivs i resultatredogörelsen.

6.1 Förlossningsrädslan

I detta kapitel redogörs bakgrunden till varför informanterna var i behov av ett stöd för förlossningsrädsla, en del redan innan den första förlossningen, och en del efter den första förlossningen som då upplevts traumatisk. De berättar om sin förlossningsrädsla, exempelvis om vad som var orsaken till förlossningsrädslan och hur den har påverkat kvinnan i fråga.

6.1.1 Bakgrunden till förlossningsrädslan

I resultatet framkommer både primär och sekundär förlossningsrädsla med många olika bakomliggande orsaker, även om det finns flera gemensamma nämnare. Det framkommer också att man ibland inte riktigt kan sätta fingret på vad som ligger bakom rädsla. En del av kvinnorna har haft en traumatisk första förlossning, till exempel på grund av att förlossningssituationen har känts väldigt panikartad, svårhanterad eller utdragen. Vissa upplever att själva slutskedet av förlossningen varit det mest traumatiska, medan andra upplever att öppningsskedet var som värst.

”Jag hade svårt att sätta ord på vad det var jag var rädd för - jag bara kände ”illa” om själva förlossningssituationen.”

”Hon skrek direkt och jag fick henne i min famn men det enda jag kunde tänka på var nej nu gjorde jag fel fel fel fel fel. Man ska ju andas ut barnet, inte krysta. Det ska ju gå långsamt. Hur kunde jag göra så fel. Jag var ju så väl förberedd. Jag visste ju hur jag skulle göra. Försökte intala mig själv att det kanske inte var så farligt, att det inte gjorde något. Tyvärr hade det gått helt åt helvete även om min ringmuskel var hel.”

En kvinna beskriver rädslan av att förlora ännu ett barn efter att hon varit med om att barnet dog i slutskedet av förlossningen. En annan av informanterna berättar att pressen rörande allt kring amning efter babyns födsel, blev orsaken till förlossningsrädslan inför nästa graviditet. Ett dåligt bemötande vid den tidigare förlossningen och även i samband med BB-vistelsen nämns av flera informanter som en bakomliggande orsak. De har haft en förlossning där de upplevt att de inte kunnat känna sig trygga och att de är i goda händer.

”Det förstörde min tilltro på att barnmorskorna gör allt för att hjälpa mig. Jag träffade så många barnmorskor under de fyra dyggen före jag födde och jag upplevde att jag inte fick det stöd jag behövde av majoriteten.”

En del av informanterna berättar att de kände rädsla redan innan sin första förlossning. Förlossningsrädslan kunde i dessa fall bland annat bero på obehag inför själva sjukhusvistelsen på grund av att den sortens miljö var helt okänd, oro över att inte kunna ha kontroll över förlossningssituationen, eller rädsla över att man helt enkelt skulle dö under förlossningen.

”Jag var så rädd och trodde ärligt att jag skulle dö, så nära dödsångest har jag aldrig kommit innan eller efter.”

Oron över att inte klara av föräldraskapet kunde också vara en bidragande orsak. Några av informanterna som uttryckte en primär förlossningsrädslan betonade även att smärtan kändes skrämmande. En orsak som flera av informanterna nämner är ett bakomliggande

trauma. Bland annat har en av informanterna tidigare blivit utsatt för en våldtäkt som hon förträngt, men i samband med graviditeten kom minnena fram.

*”Min förlossningsrädsla uppstod vid första barnets förlossning *årtal*. Värkarna började den *datum* men baby'n föddes först *datum*. De fyra dyggen däremellan var de värsta i mitt liv. Jag fantiserade om att jag hade en pistol framför mig som jag skulle ta och skjuta mig själv så smärtan skulle ta slut.”*

”Det berodde på obearbetade trauman som jag inte visste om då utan som kommit fram senare. Bl.a. en våldtäkt som jag förträngt och som omedvetet gjorde att jag hade förlossningsrädsla. Då skulle det igen hända saker med mitt kön som jag inte kunde kontrollera.”

6.1.2 Vad förlossningsrädslan orsakade

Förlossningsrädslan skapade hos flera av informanterna ett hinder för att våga bli gravid. Vissa beskriver en stark önskan att ha velat skaffa ett barn till, eller att överhuvudtaget bli gravid för första gången, men att rädslan inför förlossningen har varit starkare. Detta har lett till att man skjutit på att våga bli gravid, en del av informanterna har gjort detta under flera års tid.

”Jag var inte förlossningsrädd inför födseln av mitt första barn men den förlossningen blev en väldigt tung och traumatisk upplevelse vilket gjorde att jag var väldigt rädd för att bli gravid igen även om vi önskade oss ett till barn. Det tog tre år tills längtan efter ett till barn började väga tyngre än rädslan för att föda och vi vågade försöka oss på ett andra barn.”

Några av informanterna upplever att den traumatiska förlossningen och förlossningsrädslan som uppkom till följd av den, skapade stora svårigheter med det psykiska måendet, vilket hos vissa ledde till insjuknande i förlossningsdepression. Några av kvinnorna berättar att detta i sin tur även har påverkat anknytningen till baby'n i negativ riktning, för en del redan innan baby'n fötts, men även under baby'ns första levnadsår. Den traumatiska förlossningen kunde hos vissa av informanterna väcka känslor av misslyckande, och att det var ens eget fel att det gått som det gått. Det kunde göra att man kände press inför en ny förlossning, och ett behov av att söka fel och försöka förbättra sin insats på alla sätt som bara var möjligt. Vissa av informanterna vände sig till internet för att lägga väldigt mycket energi på att försöka ta reda på all information som finns angående exempelvis en traumatisk förlossning, och vad man kan göra för att sträva till att en ny förlossning blir mer lyckad.

”Var som besatt med att läsa på Instagram om birthtrauma och hur man ska föda "naturligt" = utan rädsla, dropp eller epidural. Just för att jag tänkte att min kropp hade misslyckats och jag ville veta vad jag gjort för fel.”

I det skedet när man ändå vågar ta steget till att bli gravid, trots att man lider av förlossningsrädsla, kan man lätt uppleva att situationen är utom kontroll. Föreställningarna inför den kommande förlossningen kan lätt skena iväg och upplevas som svåra att hantera.

”Det är ju liksom oundvikligt i det skedet för ut ska ju barnet.”

Enligt informanterna kan rädslan ta sig i uttryck på många olika sätt och skapa många olika föreställningar om mardrömsscenarioer. Informanterna kunde bland annat känna stark rädsla inför att babyn eller en själv ska skadas eller till och med dö innan/under förlossningen, att förlossningen ska gå allt för snabbt eller bli väldigt utdragen, eller att man ska känna att man inte kan lita på barnmorskorna och få ett dåligt bemötande. Flera av informanterna beskriver att de kände ren och skär dödsångest inför förlossningen.

”Mot slutet av sommaren (födde i september) kändes det som att jag väntade på min egen avrättning.”

”Förberedde mig bl.a. genom att skriva testamente, utifall att jag skulle gå och dö i samband med förlossningen.”

”Jag var livrädd att bli bemött på samma sätt med eventuella syskon.”

Många av informanterna beskriver att de kände en stark rädsla över att de inte skulle kunna hantera förlossningssmärtan och en del av dem kände rädsla inför att det skulle bli en instrumentell förlossning eller att man till exempel skulle bli tvungen att klippa en episiotomi. I och med Covid-19-pandemin upplevde en del av informanterna stark rädsla över att bli tvungen att föda i ensamhet, till exempel om partnern skulle ha blivit sjuk just innan förlossningen.

”Jag har ett stort kontrollbehov och kände mig väldigt orolig för hur allt skulle gå och om jag skulle kunna hantera smärtan. Var väldigt rädd för smärta.”

”...jag var livrädd för att min man skulle bli sjuk och han skulle bli förbjuden att delta vid förlossningen. Skulle han ha blivit sjuk skulle jag ha krävt planerat kejsarsnitt för då skulle den lilla strimma motivation jag hade för att genomgå en vaginal förlossning ha försvunnit för gott.”

6.2 Bemötandet

I detta kapitel redogörs informanternas upplevelse av bemötandet de fick kring sin förlossningsrädsla. De berättar om på vilket sätt vårdaren kunnat hjälpa dem, och hur stödet har hjälpt och vilka känslor det frambringat. I detta kapitel framkommer även ett utvecklingsbehov med tanke på bemötandet, då en del informanter även har haft negativa upplevelser.

6.2.1 Vikten av ett gott bemötande

Majoriteten av informanterna upplever sig ha fått ett gott bemötande angående sin förlossningsrädsla. Många upplever att mödrarådgivningen var mycket bra på att ta rädslan på allvar, och därefter ge stöd i att kunna hantera den eller alternativt remittera dem vidare ifall ytterligare behov för stöd fanns.

”På mödrarådgivningen togs min rädsla genast på allvar och jag erbjöds extra stöd redan från första besöket.”

”På mödrarådgivningen kände jag direkt stöd av hälsovårdaren.”

”De var väldigt tillmötesgående. De märkte genast ett behov av samtalsterapi.”

Till största del upplevde informanterna ett gott bemötande även på andra ställen, till exempel på mödrapolikliniken, polikliniken för förlossningsrädsla och på BB i samband med fadderbarnmorskebesök innan förlossningen, men även efter när babyn fötts. Det upplevdes som en trygghet att veta att det finns hjälp att få om man ber om det. Kvinnan som förlorat sitt barn i slutet av förlossningen upplevde det som mycket positivt att hon inte behövde berätta om vad hon varit med om gång på gång när hon kom i kontakt med någon ny ur vårdpersonalen, utan att de alltid snabbt kunde läsa i journalen och därför ge henne stöd direkt.

”...utan att jag hunnit berätta min historia bemöttes jag alltid av värme och förståelse utan att jag behövde säga något.”

Flera av informanterna nämner även hur mycket positiv inverkan det goda bemötandet hade på förlossningsrädslan, när de anlände till förlossningsavdelningen för att föda sitt barn. De berättar att ett lugnt, varmt och positivt bemötande gjort att de kunnat slappna av och känna sig mer trygga. En viktig gemensam nämnare är att man som barnmorska uppmärksammar och tar förlossningsrädslan på allvar, och sedan arbetar på ett sätt där man har den i åtanke.

”...hon var påläst på min journal när jag kom in och lugnade mig otroligt. Hennes pepp och positivism vägledde mig genom hela den andra förlossningen och jag är så tacksam för att just hon var med oss den dagen. Hon hälsade även på mig vid BB några dagar efteråt och gav så fin och snäll feedback till mig att jag kunde åka hem med min nyfödda båda lycklig och stolt.”

Informanterna har uppskattat att man som barnmorska på förlossningsavdelningen läst på i journalen innan man kommit in i rummet för första gången, och att man sedan vid olika vårdåtgärder berättat vad man kommer göra och varför man gör det. Att kunna stöda

kvinnan i att använda olika hanteringsmetoder, till exempel "Föda utan rädsla"-metoden, har även för vissa känts som en stor trygghet.

"När det blev dags att föda så tog vår barnmorska verkligen i beaktande min rädsla, hon var så otroligt lugn och metodisk, berättade om allt hon gjorde och varför och jag kände mig verkligen sedd och respekterad."

6.2.2 Brister i bemötandet

Även om informanterna till största del upplever att de fått ett bra bemötande i samband med sin förlossningsrädsla, finns det utrymme för förbättring. En del har fått kommentarer som de menar att de kunde klarat sig utan, till exempel i stil med att andra barnet går lättare att föda. För en förstföderska kunde kommentarer som dessa handla om att hennes kropp nog vet hur man föder och att det därför inte skulle vara något att oroa sig över.

I svaren framkommer det missnöje över att vården inte blivit som man önskat, vilket minskat känslan av tillit till vårdpersonalen. Exempel som informanterna ger på detta är bland annat att vårdpersonalen inte respekterar önskemål i förlossningsplanen eller att man försäkras om att man kommer få ett gott bemötande vid förlossningsavdelningen, när det senare visar sig att förhoppningarna om detta inte uppfylls. En av informanterna upplever att bemötandet var bättre vid andra babys födsel i och med att det syntes i journalen att hon fått extra stöd för förlossningsrädsla, och poängterar att det skulle ha fått vara lika bra oavsett om man är förlossningsrädd eller inte.

"Bemötandet var bra från mödrarådgivningen, alla försäkrade mig om att jag inte skulle vara ensam i det jobbiga utan att min sambo och barnmorskorna skulle vara med och stöda och hjälpa hela vägen. Det kändes tryggt. Sedan blev det ju tyvärr inte så."

"Här gick det åt helvete. Hjälpbarnmorskan var vänners studiekompis. De två som kom in tusslade och viskade fast jag bad dem va tysta två gånger. Det stod för övrigt i mitt förlossningsbrev att jag önskade att personalen skulle ta ovidkommande diskussioner sinsemellan som inte jag behövde höra utanför rummet, jag ville inte bli störd igen som under min första förlossning."

*"Jag tycker det är synd att det ska krävas att gå via pelkopoli för att man ska få ett bra bemötande vid *sjukhus* och speciellt BB-avdelningen."*

Informanterna berättar att de vid vissa tillfällen känt sig förlöjligade och som att vårdpersonalen inte tagit deras rädsla på allvar, dels på olika besök innan förlossningen, dels under själva förlossningen. Här kan även Covid-19-pandemin ha spelat in och förvärrat situationen, eftersom kvinnans stödperson även ibland nekats att få vara med vid förlossningen, vilket gjort att kvinnan känt sig mer ensam och otrygg. En av informanterna

upplevde att de föreliggande hälsoriskerna som kunde försvåra förlossningen inte togs på allvar, och att man i stället bara försökte förklara för henne hur dåligt ett kejsarsnitt skulle vara i motsats till en vaginal förlossning.

”Under ett av läkarbesöken som hör till under graviditeten fick jag av läkaren höra att jag var löjlig, att jag oroade mig i onödan och att hur förlossningen än går så är det en så kort tid i livet att det inte spelar någon roll. Till den läkaren går jag aldrig mer, jag kände mig så tillplattad och nervärderad.”

”Under förlossningen var det nog ingen som tog min förlossningsrädsla och depression i beaktande. Jag var ensam under största delen av förlossningen, min sambo fick inte vara med, min doula fick inte vara med och barnmorskorna var frånvarande.”

Några av informanterna upplever att stödet helt enkelt inte varit tillräckligt. En av dem menar att stödet kring förlossningsrädslan fick ett abrupt slut, när barnmorskan menade att hon nu förberett sig tillräckligt inför förlossningen, fast kvinnan själv inte upplevde det så. En annan av informanterna skulle ha velat att man gjort upp en bättre plan inför förlossningen, i och med att det fanns så många riskfaktorer för att den vaginala förlossningen inte skulle lyckas.

”...barnmorskan sa vid andra träffen att nu har vi förberett så långt det går. Och då blev jag förvånad och osäker för det kändes inte som att jag var tillräckligt förberedd. Jag hade trott att jag skulle få mer handledning i t.ex. hur jag ska göra hemma för att klara av de första värkarna.”

6.3 Stödåtgärder

I detta kapitel redogörs de olika stödåtgärderna som informanterna berättar om att de blivit erbjudna. En del har även själva aktivt sökt sätt att lindra sin rädsla på. Främst har stödet erhållits från bland annat mödrarådgivningen, samtalsterapi eller polikliniken för förlossningsrädsla. Flera har också fått bra stöd från exempelvis förlossningsprofylax, såsom ”Föda utan rädsla”-metoden eller genom att skriva en förlossningsplan. Flera av informanterna har också tagit hjälp av en doula.

6.3.1 Stöd från mödrarådgivningen

Största delen av informanterna upplever att de hade fått stöd kring förlossningsrädslan redan vid mödrarådgivningen, och att det hjälpt bra. På mödrarådgivningen kände kvinnorna att de hade möjlighet till att med jämna mellanrum dela med sig av sin oro kring förlossningen, vilket var mycket uppskattat. Flera betonar också hur bra det har varit att man på mödrarådgivningen tog rädslan på allvar, speciellt i de fall där informanten själv

helst inte velat se rädslan för vad den var. Kvinnorna upplever att mödrarådgivningen varit på deras sida i rädslan, och mödrarådgivningen kunde även i vissa fall göra anmälningar om felbehandlingar vid den tidigare förlossningen, vilket stärkte känslan av att bli tagen på allvar.

”Därutöver så togs det även upp vid varje besök vid mödrarådgivningen så jag fick lufta mina funderingar.”

”Hon lyssnade på mig med sån empati och hon såg min rädsla trots att jag även försökte trycka undan den.”

”...om hälsovårdaren på mödrarådgivningen inte tagit min rädsla på tillräckligt stort allvar och drivit på mig eller bara viftat undan den [...] så kan det nog hända att jag själv skulle ha sopat saken under mattan.”

Av det stöd som erbjöds på mödrarådgivningen var bland annat samtalsstödet det som uppskattades mest. Flera av informanterna känner tacksamhet över tålmodet som vårdarna på mödrarådgivningen visade. En kvinna berättar att hon fick möjlighet att byta barnmorska på mödrarådgivningen, tills hon hittade en som hon kände tillit till och vågade berätta om sina rädslor till.

”Grät nästan varje besök men upplevde att hon orkade uppmuntra trots att jag ältade samma saker om och om igen.”

Informanterna upplever att man på mödrarådgivningen kunde peppa dem till att ta mer kontroll över situationen och försöka vara mer delaktiga i sin förlossning. Om kvinnans förlossningsrädsla var på en sådan nivå att inga remitteringar till exempelvis polikliniken för förlossningsrädsla behövdes, kunde samtalen på mödrarådgivningen vara mycket värdefulla, eftersom det kunde vara en av de få kontakter som kvinnan hade möjlighet att dela sina tankar om förlossningen med.

”...hon stötte mig genom hela graviditeten och fungerade också som en terapeut till mig, utan henne hade jag nog aldrig vågat mig på en vattenfödsel som det tillslut blev när jag födde mitt andra barn.”

”...jag fick känna att jag inte var ensam. Det behövdes för jag hade annars bara min man att dela rädslan med.”

Informanterna upplever också möjligheterna till remitteringar som en stor hjälp från mödrarådgivningen. Flera av dem betonar vikten av att vårdaren på mödrarådgivningen kunnat identifiera vilket typ av stöd som kvinnan varit i behov av, och att man sedan sett

till att hon även kommit sig dit och fått hjälp. Mödrarådgivningen kunde till exempel hänvisa kvinnan vidare till polikliniken för förlossningsrädsla, psykolog, familjerådgivning eller en annan barnmorska som specialiserat sig på "Föda utan rädsla". Då kunde man i stället fokusera på annat rörande graviditeten vid mödrarådgivningen, även om man kontinuerligt följde med hur förlossningsrädslan artade sig.

"På rådgivningen pratade vi igenom hur jag kände och blev remitterad till en sköterska specialiserad på "föda utan rädsla"."

"Min rådgivningsbarnmorska var riktigt behjälplig med att fixa remiss och sådant."

6.3.2 Samtalsterapi

Största delen av informanterna fick någon form utav samtalsterapi utöver samtalsstödet på mödrarådgivningen. De flesta av dem gick hos en psykolog, men några av dem fick också samtalsstöd via familjerådgivningen. Samtliga upplever att samtalsterapin var till hjälp, hos någon informant endast till viss del, medan någon annan menar att det hjälpte mycket.

"Terapin hjälpte mot nattliga gråten men jag kände ändå ett stort obehag inför tanken på att föda igen."

"...terapeuten lyssnade och bekräftade min rädsla och mina samtal med henne hjälpte mig att skifta focus tillslut från rädd till motiverad."

Bara det att det fanns någon som kunde lyssna på ens oro och bekräfta rädslan, var enligt informanterna redan till stor hjälp. Vissa av dem betonar att det var positivt ifall personen redan var bekant med ens situation eftersom man gått hos denne tidigare, eller att personen hade mycket erfarenhet av kvinnor som varit med om liknande och därför kunde ge ett bra stöd.

"Hon [på familjerådgivningen] gav det mesta samtalsstödet då hon hade erfarenhet av jobb på mödrarådgivning och traumatiska förlossningar."

"...det kändes tryggt att få prata med henne som jag fått terapi för efter första förlossningen för hon visste vad jag gått igenom."

En av informanterna berättar att hon fortsatte gå i terapi efter förlossningen, även om den andra förlossningen gått bra. I svaren framkommer det även att vissa gått i terapi både efter den första traumatiska förlossningen, och sedan igen innan nästa förlossning.

"Även efter förlossningen fortsatte jag med psykologsamtal några månader för att se hur allt gick med den nya babyen."

6.3.3 Förlossningsprofylax

Sex av informanterna förberedde sig inför förlossningen genom att gå på olika profylaxkurser eller bekanta sig med metoden "Föda utan rädsla". De flesta gjorde detta tillsammans med sin partner, så att denne också skulle vara mer förberedd och ha bättre möjlighet till att fungera som stödperson för kvinnan.

"Pluggade FUR-metoden utantill..."

"Vi (jag och min man) deltog även i profylaxkurs och föda utan rädsla kurs och dessa gav mig bra verktyg inför förlossningen och gjorde mig lugnare inför den. Det hjälpte mig också att mannen fick vara med och "öva" praktiskt så att han sedan skulle veta vad han skulle göra. Det var bra!"

De flesta läste boken "Föda utan rädsla", eller lyssnade på den som ljudbok, men någon gick även en kurs som baserade sig på denna metod, eller gick och pratade med barnmorska som specialiserat sig på detta. Några av informanterna poängterar hur mycket stöd de fick av profylaxkurserna och "Föda utan rädsla"-metoden. Det hjälpte dem att hantera tankarna inför förlossningen och smärtan på ett annat sätt än tidigare, vilket gjorde att de kände sig lugnare inför den kommande förlossningen.

"Jag lyssnade även till ljudboken Föda utan rädsla som verkligen gav mig tips till att bemöta smärtan annorlunda."

I svaren framkommer även lite andra små knep som kvinnorna själva använt sig av för att försöka hantera sin rädsla. Det kan till exempel vara att distrahera sig med annat, såsom fysisk aktivitet, eller försöka skaffa mer kunskap om den kommande förlossningen genom att lyssna på podcasts, läsa böcker eller söka information på internet.

"Hanterade mycket av ångesten med fysisk aktivitet alltså."

"...förlossningsförberedelse i form av poddar..."

6.3.4 Poliklinisk hjälp

Nästan alla informanter har fått stöd via polikliniken för förlossningsrädsla, där de antingen gått själv eller tillsammans med sin partner, och flera menar att de fått mycket hjälp därifrån. Där fick kvinnorna möjlighet att berätta mer ingående om sina rädslor, och om man hade en tidigare traumatisk förlossning i bakgrunden kunde man gå igenom den här för att reda upp eventuella frågetecken. I fall man inte riktigt kunde sätta fingret på vad rädslan handlade om, kunde man i stället ha mer allmänna stödsamtal, exempelvis om hur en normal förlossning kan gå till och vad man kan förvänta sig.

”Jag tyckte de lyssnade bra på mig och mina rädslor. Jag fick också svar på en del frågor som jag hade angående min första förlossning, varför de gjort si eller varför de sagt så.”

”...den tog bort mycket av rädslan. Det kändes också bra att få säga till en barnmorska alla sätt jag upplevde att jag hade blivit sviken på vid första förlossningen. Hon kunde också ge svar på många frågor som tyngt mig i flera år och det gjorde mig lättare till sinnes.”

”Eftersom det inte direkt var något riktigt speciellt jag var rädd för så gick vi allmänt igenom förlossningens skeden, smärtlindringsmetoder och hur de går till, tips på hur man får förlossningssalen mera hemtrevlig och dylikt. Detta hjälpte och kändes bra.”

Förutom att prata med barnmorskor på polikliniken för förlossningsrädsla, gick flera även till gynekologen på mödrapolikliniken för extra kontroller. Dels fick kvinnorna möjlighet att diskutera med läkaren om sin rädsla, men vissa informanter berättar att man ibland också gjorde olika extraundersökningar, till exempel MRI-pelvimetri eller hinnsvepningar i samband med att den beräknade dagen närmade sig.

”Var femte vecka gick vi till läkare på mödrapoli men skulle ha fått gå ännu oftare.”

”Ett förberedande samtal med barnmorska och läkare i samband med sista ultraljudet.”

”Eftersom min förstfödde aldrig kom förbi spinae gjordes t.o.m. MRI-pelvimetri ca 1 månad innan bf, bäckenmåtten var tillräckliga för ett normalstort huvud.”

6.3.5 Besök på förlossningssjukhuset

Några av informanterna nämner att de bland annat varit på sjukhusets förlossningsförberedelse, både online på grund av Covid-19-pandemin, men också på plats. Förstföderskorna med förlossningsrädsla uppskattade detta mycket, eftersom det skänkte lite trygghet att på förhand veta hur det ser ut, och att få veta om olika smärtlindringsmetoder som erbjuds. En del berättar också att de deltagit i olika föräldraförberedelsekurser och stödgrupper. Några av informanterna har gått på fadderbarnmorskebesök, men det framkommer inte desto mer hur det hjälpte. En av informanterna upplevde att det inte var till någon hjälp.

”Vi var på en förberedelsekurs till BB där vi fick bra med info om själva förlossningen och smärtlindring. Under besöket fick vi också gå runt i förlossningssalarna och besöka förlossningsavdelningen. Detta gav så mycket trygghet.”

”Rädslan erkände jag väl de sista månaderna och var då på ett fadderbarnmorskebesök till förlossningsavdelningen. Det upplevde jag ingen som helst nytta av, jag hade nog koll på vilka bedövningsmetoder som fanns redan innan.”

Två av informanterna berättar att de även har besökt förlossningssjukhuset igen efter den traumatiska förlossningsupplevelsen, för att få gå på postpartumsamtal. Där har de fått möjlighet till att ställa frågor angående sådant de lämnat att fundera på, eller fått förklarat för sig varför det troligen gick som det gick. Båda informanterna upplever det som mycket positivt att de fått bekräftelse och svar på sina funderingar.

”Två gånger var vi till förlossningen och pratade med en av barnmorskorna som var med under första förlossningen, vi fick ställa precis alla frågor vi hade och vi gjorde upp en plan för den kommande förlossningen.”

”Jag fick även besöka förlossningssalen och prata med en barnmorska om min första förlossning. Det var ett väldigt givande besök eftersom jag där fick bekräftat vad jag själv trott men inte vetat med säkerhet, att PCB:n inte hade haft någon effekt eftersom allt gått så snabbt. Barnmorskan beskrev även för mig att när ett förlopp går så snabbt att man öppnas från 5 till 10cm på 30 minuter så hinner inte huvudet med och smärtan blir kraftigare. Det kändes som en skön bekräftelse att få.”

6.3.6 Stöd av en doula

Ungefär hälften av informanterna anlidade en doula som extra stödperson. Vissa hade doulan närvarande under själva förlossningen, men ibland fanns hon till mer som samtalsstöd innan förlossningen. En informant berättar också att de hade planerat att doulan skulle vara med under förlossningen, men att det sedan inte lyckades på grund av coronarestriktioner.

”...jag tog hjälp av en doula som skulle följa med som extra stöd under förlossningen.”

De flesta har bara nämnt i sitt svar att de tagit hjälp av en doula, men några har även berättat om vilken inverkan detta hade på förlossningen. En av informanterna menar till exempel att förlossningsupplevelsen blev så bra som den blev, tack vare doulans engagerade stöd och närvaro.

”Jag är inte rädd inför en eventuell kommande förlossning men jag skulle aldrig föda utan en doula igen, hennes stöd var ovärderligt och går inte att jämföra med stödet från t.ex. barnmorskorna och rådgivningen. Utan en doula tror jag födseln skulle ha varit mer skrämmande och jag skulle ha känt mig utelämnad. Doulans engagemang var ju också på en helt annan nivå, med det sagt så var det på stark inrådan av hälsovården på rådgivningen som jag kontaktade en doula.”

En annan informant berättar om att förväntningarna på förlossningen med doula var höga, men att den inte riktigt blev som tänkt eftersom doulan hann medverka först mot slutet av förlossningen. Det resulterade i att kvinnan inte kände att det var någon som tog tag i rollen som stödperson, och upplevelsen blev i stället negativ.

"Hade en doula till hjälp men tyvärr blev inte min första förlossning som jag hade hoppats. [...] Doulan hann just och just med och jag kände att ingen tog ett tydligt kommando över situationen och jag blev otroligt rädd."

6.3.7 Förlossningsplan

Fyra informanter berättar att de skrev en förlossningsplan för att skapa en bättre känsla av kontroll. Det skapade trygghet eftersom kvinnan då visste att hon inte behövde berätta massor om sina tidigare erfarenheter, och hur hon nu ville att denna förlossning skulle bli, utan det var bara att räkna över ett papper.

"Inför förlossningen hade jag skrivit ett kort förlossningsbrev med mina önskemål och rädslor, vilka jag upplevde att togs väl emot under förlossningen."

Flera upplever att deras önskemål togs i beaktning och att det märktes att barnmorskorna gjorde lite extra för att kvinnan skulle känna sig omhändertagen, till exempel genom att snabbt erbjuda olika slags metoder för smärtlindring, eller vara mer närvarande och hjälpa kvinnan att fokusera på avslappning och andning.

"...förlossningsplanering (japp uppföljdes extensivt)..."

"I förlossningssalen märktes det att de två barnmorskorna jag hade läst mina papper och planen. De var snabba med att föreslå smärtlindringsmetoder och jobbade för att hålla mig lugn och trygg. Jag fick en bättre förlossningsupplevelse tack vare dem."

6.4 Efter stödåtgärderna

I detta kapitel redogörs informanternas upplevelse av hur stödinsatserna har hjälpt dem med sin förlossningsrädsla, och om de upplever att stödet varit tillräckligt eller om de skulle ha varit i behov av mer stöd än vad som erbjudits. Kvinnorna har också delat med sig av vilka känslor de skulle ha inför en ny graviditet och förlossning.

6.4.1 Resultatet av stödet

Största delen av informanterna upplever att de fått tillräckligt med stöd för sin förlossningsrädsla. Flera beskriver sin senaste förlossning som en "revanschförlossning" och berättar att de är mycket tacksamma för stödet som getts under graviditeten. Stödet har gjort att kvinnan har kunnat känna sig sedd och tagen på allvar, vilket frambringt trygghet och lugn inför förlossningen. Det öppna klimatet har hjälpt kvinnan att våga öppna

upp och prata om sin rädsla, något som enligt vissa informanter kunde ha blivit gjort om man inte blivit tagen på allvar.

”Det här är något som jag med värme kommer att bära med mig hela livet!”

”Jag hade tillförsikt och tro på att det kanske skulle gå vägen vaginalt. Kände mig väl omhändertagen och uppföljd.”

”Ja det [stödet] var tillräckligt. Från att ha känt en stor rädsla inför förlossningen svängde det till att jag var peppad.”

Informanterna har fått stöd för sin rädsla på olika sätt, enligt vad som har passat just ens egna behov. För de flesta har just de stödmetoder som erbjudits varit passande och tillräckliga, och en kvinna betonar hur bra det var att man kunde skraddarsy stödet enligt vad som behövdes.

”Allt var precis vad vi behövde! Känner att det inte fanns en färdig mall utan vi fick plocka det som passade oss, perfekt!”

Några av informanterna menar emellertid att stödet inte varit riktigt tillräckligt. En kvinna berättar att hon kände att en hel del av stödet fallit bort på grund av alla restriktioner som Covid-19-pandemin ställde till med. I samband med detta känner hon att sådant som blivit sagt inte kunnat hållas, vilket har gjort det svårt för henne att lita på vårdpersonalen. En annan berättar att hon gärna skulle ha velat ha mer stöd än det som erbjöds, speciellt mot slutet av graviditeten. Hon upplever att stödet hjälpte bra under en tid, men att oron och rädslan ganska lätt kom tillbaka om hon inte fick prata om det med någon.

”Stödet var inte tillräckligt. Jag upplevde att allt stöd försvann pga coronarestriktionerna. Det som lovades uppfylldes inte.”

Flera av kvinnorna var, utöver det erbjudna stödet, själv aktiva och sökte efter sätt att lindra sin rädsla, till exempel genom att läsa på eller söka mer stöd än det som erbjödits.

”...jag sökte själv aktivt efter hjälp och hjälpmedel för att bearbeta min rädsla.”

6.4.2 Känslor inför en ny graviditet och förlossning

De flesta har i dagens läge en positiv inställning till en ny graviditet och förlossning. Många betonar en oro som ligger i bakgrunden, men att rädslan inte är lika omfattande som tidigare. Till största del handlar oron till exempel om att man inte ska få lika bra stöd vid en ny förlossning eller att det ska hända något oväntat i negativ bemärkelse. Det är ändå flera

av informanterna som tycker att en ny förlossning inte känns skrämmande. Flera känner sig stärkta av sin senaste förlossning, och de känner mer tillit till sig själva.

"Jag hoppas att samma erbjuds oss då och att vi inte faller mellan för att vi nu har haft en lyckad graviditet och förlossning."

"I dagsläget tror jag inte att en eventuell ny graviditet skulle innebära rädsla på samma sätt, förmodligen en del allmän oro men inte rädsla."

"Jag är nu gravid igen och har bf [beräknad födelse] i februari och känner inte samma rädsla som förra gången. Jag är motiverad och vet att jag kommer att klara av det igen."

"Jag ser på en kommande graviditet med spänning, ödmjukhet och tacksamhet. Jag fick en sån fin upplevelse av min dotters födelse så för tillfället känner jag ingen rädsla inför en framtida graviditet eller förlossning."

Några av informanterna ser tyvärr ännu en ny graviditet och förlossning som en stor utmaning, eller rentav som en omöjlighet. För någon har en del av rädslan lämnat kvar och kräver ytterligare stöd. En av informanterna kände sig väl förberedd inför förlossningen och som att hon hade fått bra stöd med tanke på den föreliggande rädslan, men trots detta blev förlossningsupplevelsen mycket traumatisk. I efterhand ångrar hon att hon ens tog steget till att bearbeta sin förlossningsrädsla, eftersom det enligt henne ledde till ytterligare en traumatisk förlossning och en lång tid för återhämtning.

"Även om min andra förlossning gick bättre så blev min postpartumtid lika dålig som vid första förlossningen. Det känns därför som att jag inte besegrade helt mitt rädslomonster."

"Det har tagit så hårt på det psykiska med allt som rör födandet. Har alltid tänkt att jag vill ha tre barn men tvekar nu."

"Att föda är ingenting jag någonsin kommer att göra igen. Skulle jag bli gravid igen skulle jag utan tvekan göra abort direkt. Jag kan gå så långt och säga att jag utan tvekan ångrar att jag överhuvudtaget födde vaginalt, det är otvivelaktigt det absolut största misstag jag har begått i hela mitt liv, jag borde ha krävt snitt så som jag initialt hade tänkt."

"Egentligen kan jag väl säga att med hänsyn till mitt äldre barn var min andra förlossning och det att "bearbeta förlossningsrädslan" ett stort, själviskt misstag och en fåfäng dum idé som kom att drabba min förstfödde oerhört hårt. Han fick ett syskon men miste sin mor till skadorna och depressionen det medförde. Jag har när jag mått som sämst inte velat leva längre pga tarmtömningssvårigheterna och okunskaperna jag mött hos vården i Finland."

En informant, som upplevde att hon inte fått ett tillräckligt bra stöd under sin förra förlossning som hon dessutom fått stöd för förlossningsrädsla inför, har planerat att byta sjukhus eller eventuellt föda hemma vid en ny förlossning. Hon har nu bearbetat den traumatiska förlossningen och lärt sig att hon inför en ny förlossning ska vara mer tydlig med det stöd hon behöver få för att kunna känna sig trygg.

”Jag vill gärna bli till mamma en gång till men jag överväger starkt att ha en hemmafödelse då eller åtminstone ett annat sjukhus för att upplevelsen på det sjukhus vi var på blev så dålig. Men jag har bearbetat förlossningen och allt kring det i terapi så jag känner mig okej nu. Blir det flera gånger ska jag stå på mig bättre och tydligare kommunicera mina behov. Kräva mitt stöd helt enkelt.”

7 Diskussion

För att avsluta arbetet på ett korrekt sätt krävs en metoddiskussion där man utvärderar ifall syftet och frågeställningarna uppfyllts och besvarats med hjälp av det valda urvalet och den valda metoden, datainsamlingen och dataanalysen. Man diskuterar även etiken i arbetet ur tre olika aspekter; överförbarhet, pålitlighet och trovärdighet. I metoddiskussionen är det viktigt att man som skribent kan lyfta fram både styrkorna och svagheter i arbetet, eftersom det påvisar ett kritiskt förhållningssätt vilket ökar kvaliteten på arbetet. (Henricson, 2017, s. 411–412).

I arbetet behövs också en resultatdiskussion, där man ser på helheten av resultatet och kopplar ihop det som framkommit med tidigare fakta som finns kring ämnet och den teoretiska utgångspunkten som valts. Detta görs för att hitta sammankopplingar som stärker det resultat man kommit fram till, men man kan också hitta påståenden som skiljer sig från varandra. För att göra resultatdiskussionen mer övergriplig och lätt att förstå, kan man diskutera resultatet utifrån de frågeställningar som arbetet grundar sig på. (Henricson, 2017, s. 411, 417).

7.1 Metoddiskussion

Med tanke på att det inte hittats någon studie inom just denna synvinkel kring förlossningsrädsla, anses en induktiv analysansats vara mest passande. Det finns tidigare studier, i form av litteraturöversikter, där man bland annat sett på hur kvinnor upplevt sin förlossningsrädsla och vad de kan ha fått för slags hjälp, men de är alla utländska och beskriver ämnet på ett mer övergripande sätt. I en deduktiv ansats hade man kanske kunnat gå in för att söka likheter och olikheter med tidigare litteraturöversikter, men det hade troligtvis skapat ett mer inskränkt resultat, och syftet med arbetet var att skapa en så öppen och verklig bild som möjligt av det stöd som kvinnan fått kring förlossningsrädslan, och hur hon upplevt detta. Trots att syftet inte specifikt var att gå in på hur kvinnan upplevt

sin förlossningsrädsla, togs det med i resultatredovisningen för att man ska kunna förstå bakgrunden till det stöd som krävdes. Analysen har alltså varit fenomenologisk, vilket innebär att man ser på materialet som ska analyseras mer öppet, i stället för att använda sin förförståelse i analysen (Henricson, 2017, s. 417). Förförståelse kan i den här bemärkelsen till exempel handla om att man känner till de stödåtgärder som erbjuds och förutsätter att de är till hjälp för kvinnan. Därför anses valet av induktiv analysansats vara en stärkande komponent som skapar trovärdighet för just den här infallsvinkeln till ämnet, eftersom det ger bättre förutsättningar för en öppen analys.

Valet av den kvalitativa metoden, i stället för kvantitativ metod, är en styrka i arbetet eftersom syftet var att få ta del av kvinnornas egna upplevelser. Om arbetet hade varit mer omfattande hade kanske en semistrukturerad intervju, där man kunnat ställa följdfrågor till svaren, varit ett bättre alternativ för att få ännu användbarare svar av informanterna. En del av dem svarade kort på vissa frågor, vilket kan tolkas som en svaghet. Emellertid hade kanske inte lika många informanter hört av sig för att delta i en intervju, som det nu gjorde när de fick fylla i ett frågeformulär. De öppna frågorna som användes anses matcha frågeställningarna bra, speciellt med tanke på exemplen i frågorna som hjälper informanten att hålla sig till det önskade ämnet. För att ytterligare stärka trovärdigheten har frågorna kontrollerats och godkänts av handledaren för utvecklingsarbetet.

Det finns både styrkor och svagheter i urvalet som använts. Det är kvinnans egen upplevelse som avgör om hon tycker sig lida av förlossningsrädsla eller inte, så deltagarnas grad av förlossningsrädsla är förstås olika. Alla deltagare har iallafall fått hjälp för sin förlossningsrädsla, vilket är en förutsättning för att kunna delta. Urvalet begränsades till att kvinnan skulle ha fött barn inom de tre senaste åren, för att få så färsk information som möjligt om vilka möjligheter till stöd det finns. För bara några år sedan kan stödresurserna ha sett mycket annorlunda ut, så detta ses som en styrka. Till en början var begränsningen "inom det senaste året", men tillräckligt med informanter deltog inte då, så beslut togs om att ändra kriterierna. I och med ändringen deltog några kvinnor som hade fött barn under den tiden då coronarestriktionerna var som värst, vilket förstås förde en hel del negativt med sig och troligtvis påverkade deras förlossningsupplevelsen ytterligare i negativ bemärkelse. Det här är kanske en faktor som påverkar trovärdigheten negativt, men samtidigt kan det vara bra att belysa hur något som exempelvis en pandemi kan inverka på möjligheter att få stöd vid olika svårigheter i livet. Deltagarantalet anses vara en faktor som

höjer pålitligheten för resultatet, eftersom fler kvinnor än väntat visade intresse för att delta i studien.

I och med att urvalet avgränsades till Österbotten, kan överförbarheten ha påverkats negativt. Om man hade använt exempelvis kvinnor från hela Finland i studien hade resultatet troligtvis sett ganska annorlunda ut, och det hade kanske varit överförbart på ett nationellt plan. Emellertid skulle utvecklingsarbetet säkert vara värdefullt i vidare forskning om ämnet, med tanke på att resultatet påvisar vilken inverkan som stödåtgärderna har för den förlossningsrädda kvinnan.

En styrka i arbetet är det etiska förhållningssättet till studien. Samtycket har varit enkelt att samla in, eftersom kvinnorna själv tagit kontakt och deltagit i studien. En del av de som visade intresse för att delta, svarade aldrig på frågeformuläret, och inga vidare åtgärder gjordes för att få dem att svara eftersom deltagandet är helt frivilligt. I intervjuerna framkom en del namn och platser, men dessa namngavs inte i resultatredovisningen.

7.2 Resultatdiskussion

Syftet med det här utvecklingsarbetet är att skapa bättre kunskap om vilka stödåtgärder som kvinnor erbjuds vid förlossningsrädsla, och på vilket sätt stödåtgärderna kan hjälpa kvinnan i fråga inför hennes följande förlossning. Av det som framkommer i resultatanalysen tas alla stödåtgärder och sätt att lindra rädslan på i beaktan, men ett specifikt fokus läggs också på hur stödet från mödrarådgivningen upplevs. I resultatdiskussionen kopplas resultatredogörelsen ihop med tidigare litteratur i anknytning till ämnet, bland annat examensarbetet "Hur mödrarådgivningen kan stöda den förlossningsrädda kvinnan – en kvalitativ studie över mödrarådgivningens möjligheter och upplevelser att ge stöd vid förlossningsrädsla" (Rågård, 2022) och omvårdnadsteorin som Jean Watson (Watson & Leininger, 1985) skapat.

7.2.1 Stödåtgärderna och effekten av dem

Informanterna som deltagit i utvecklingsarbetet har alla olika bakgrunder till sin förlossningsrädsla, vissa har fått stöd för primär förlossningsrädsla, och vissa för sekundär. Trots olikheterna i informanternas livssituationer, finns det många gemensamma faktorer till rädslan. Hos informanterna med primär förlossningsrädsla handlade det främst om

ovissheten för hur det skulle bli att föda barn, bland annat med tanke på smärta eller känslan av att inte kunna ha kontroll, vilket enligt Wigert et al. (2019) är en vanlig orsak till förlossningsrädsla. En av förstföderskorna hade också ett generellt obehag inför sjukhusbesök, vilket var en bidragande orsak till förlossningsrädslan, och det kan också vara en orsak till rädslan för många andra (Heli & Svensson, 2017, s. 23; Berg & Lundgren, 2010, s. 171).

Rädslan kunde också vara ihopkopplad med ett tidigare trauma, såsom exempelvis en våldtäkt. Detta nämns även som orsak i tidigare litteratur (Heli & Svensson, 2017, s. 24). Hos informanterna med sekundär förlossningsrädsla handlade rädslan mest om en tidigare traumatisk förlossningsupplevelse, till exempel på grund av att förlossningen blivit väldigt utdragen eller att kvinnan gripits av panik. En orsak till sekundär förlossningsrädsla är också dåligt bemötande av vårdpersonalen. Många var även rädda för att man själv eller barnet skulle skadas eller dö under förlossningen, eller att det skulle bli en instrumentell förlossning. Wigert et al. (2019) tar bland annat i sin studie upp att ett dåligt bemötande kan orsaka förlossningsrädsla, och kvinnan kan till exempel uppfatta en sugkoppsförlossning som en större risk för att barnet kommer att dö, vilket kan vara en orsak till rädslan.

För flera informanter har förlossningsrädslan varit så kraftig, att den hindrat kvinnan från att våga bli gravid, vilket även bekräftas av hälsovårdare och barnmorskor på mödrarådgivningen. Ibland kan det ta flera år innan man vågar bli gravid igen (Rågård, 2022, s. 42). En del har på grund av sin traumatiska förlossning känt sig väldigt misslyckade, och någon av informanterna har insjuknat i förlossningsdepression. Enligt Khosravi, Pirdadeh Beiranvand, Beiranvand och Khalesi (2022) föreligger risk för att insjukna i depression på grund av förlossningsrädslan, och efter förlossningen finns det även risk för att drabbas av posttraumatiskt stressyndrom.

En väldigt viktig del av stödet är att skapa en bra relation med kvinnan, där hon känner sig väl bemött och vågar berätta om sina känslor. Det anser vårdarna på mödrarådgivningen som deltog i examensarbetet skrivet av Rågård (2022, s. 30). Generellt upplever informanterna att de fått ett gott bemötande angående sin förlossningsrädsla, på alla ställen som de besökt under graviditeten eller i samband med förlossningen. Något som uppskattats av informanterna är när förlossningsrädslan tagits på allvar, och att man som

vårdare visat att man lyssnar på kvinnan och förstår hennes oro. Upplevelsen av ett gott bemötande och att kvinnorna känner att de har blivit tagna på allvar kan kopplas ihop med den karativa faktorn *Formation of a Humanistic-altruistic System of Values*. Kvinnorna märker av att vården de får är grundad på genuin vänlighet och de kan känna sig trygga i relation till vårdaren. (Watson & Leininger, 1985). I svaren från informanterna framkommer det även hur viktigt det är att vara närvarande och ge stöd vid förlossningen, bland annat genom att hjälpa kvinnan att slappna av och vara lugn, till exempel med hjälp av metoden "Föda utan rädsla". De brister angående bemötandet som framkommer i resultatet, handlar främst om det motsatta, alltså att man inte tagit kvinnan på allvar och i stället viftat bort hennes oro eller till och med förlöjligat den.

Enligt vad som framkommer i examensarbetet av Rågård (2022, s. 39) är samtalsstödet en mycket central stödmetod vid förlossningsrädsla. Där kan man försöka hjälpa kvinnan att hitta de egna nycklarna till att komma över rädslan. I och med att alla informanter har olika bakgrunder till sin förlossningsrädsla har de fått det stöd som passar just dem själva, enligt de egna behoven. Därför är de använda stödmetoderna, i kombination till varandra, väldigt olika hos var och en. De flesta upplever emellertid att de fått ett bra stöd från mödrarådgivningen och nästan alla har fått samtalsterapi. Flera berättar att samtalsterapin gjort att de känt sig bekräftade, det har också hjälpt flera att se framåt mot förlossningen med något annat än rädsla. Abascal (2012, s. 208) menar att man under stödsamtalen borde hjälpa kvinnan att ordentligt reflektera kring rädslan, för att bland annat komma fram till grundorsaken, hur rädslan påverkar henne i vardagen och vad hon skulle behöva för att kunna hantera den.

Ungefär hälften av informanterna hanterade förlossningsrädslan genom att delta i förlossningsprofylaxkurser, eller bekanta sig med profylaxmetoder genom att exempelvis läsa boken "Föda utan rädsla". Förlossningsprofylax uppskattades av flera, det kunde skapa ett lugn inför förlossningen med tanke på att man nu hade verktyg till att hantera den på ett annat sätt. Det var några som även bekantade sig med verktygen tillsammans med partnern, så att denne också skulle vara mer förberedd. Förlossningsprofylax är ett bra sätt att bearbeta förlossningsrädsla på, det hjälper kvinnan att vid förlossningen aktivera det parasympatiska nervsystemet, alltså lugn och ro-systemet. Detta kan göras genom exempelvis andnings- och avslappningsövningar, såsom bland annat med hjälp av "Föda utan rädsla"-metoden. (Wigert et al., 2019; Susanna & Heli, 2017). *Provision for a*

Supportive, Protective, and(or) Corrective Mental, Physical, Sociocultural, and Spiritual Environment, är den karativa faktor som bland annat tar upp hur vårdaren kan hjälpa patienten att hantera en stressande situation. Detta kan bland annat göras genom att hjälpa patienten att slappna av, med hjälp av exempelvis andningsövningar. (Watson & Leininger, 1985).

Från mödrarådgivningen remitterades nästan varenda en av informanterna till polikliniken för förlossningsrädsla, vilket var till stor hjälp för de flesta. Där fick kvinnorna möjlighet att gå djupare in på förlossningsrädslan, prata om en eventuell tidigare förlossning eller annars bara få allmän information om den kommande förlossningen. På mödrapolikliniken fick kvinnan möjlighet att prata med en läkare och göra olika extrakontroller om det fanns behov för det. Detta, som en del av stödmetoderna för att få kvinnan att känna sig tryggare, bekräftas av Rågård (2022, s. 39) och Klemetti och Hakulinen-Viitanen (2015, s. 96). På polikliniken för förlossningsrädsla ser man på kvinnans hela livssituation med tanke på det psykiska måendet och stödnätverket som finns runtom henne, och försöker hitta de bästa resurserna som hon kan utnyttja för att komma över sin rädsla (Terveyskirjasto, 2022a). Detta ger även mödrarådgivningen mer utrymme för att fokusera på annat gällande graviditeten, när kvinnan har möjlighet att fokusera på bearbetandet av rädslan på ett annat ställe (Rågård, 2022, s. 41).

Österbottens välfärdsområde, (u.å.) ordnar tillfällen att besöka sjukhuset för förlossningsförberedelse, något som enligt svaren, uppskattades av förstföderskorna. Där fick de bekanta sig med utrymmena och de fick även information om bland annat smärtlindringsmetoder. I en studie utförd av Kaya och Guler (2022) kan man enligt resultatet, samt andra studier som de nämner och som pekar på samma, dra slutsatsen att förlossningsförberedelse kan lindra förlossningsrädsla på ett effektivt sätt. Den karativa faktorn *The Promotion of Interpersonal Teaching-Learning*, handlar bland annat om att utbilda patienten om den egna situationen och hjälpa denne att hantera den. Information som ges på förhand, i det här fallet inför förlossningen, har visat sig ha en lugnande effekt och ökar känslan av kontroll. (Watson & Leininger, 1985).

I resultatet av utvecklingsarbetet framkom det också hur värdefullt det kan vara att få möjlighet till att besöka förlossningssjukhuset igen för ett postpartumsamtal, där man kan prata igenom den tidigare förlossningen och ställa frågor angående den. Postpartumsamtal

kan vara en förebyggande faktor för förlossningsrädsla, eller hindra rädslan från att eskalera (Rågård, 2022, s. 32; Korukcu, Bulut & Kukulcu, 2016).

Enligt vad som framkom i examensarbetet av Rågård (2022) används inte doulor så ofta som stödperson, men det var förvånansvärt många av deltagarna i utvecklingsarbetet som tagit stöd av en doula inför eller vid förlossningen, och det stödet som gavs uppskattades av alla. För en av informanterna var doulans deltagande väldigt viktigt, och hon menar att hon inte skulle vilja föda barn igen utan att en doula är med. Tidigare litteratur visar att chansen för att få en mer lyckad förlossningsupplevelse ökar när kvinnan har med sig en doula, och samtidigt blir risken mindre för akut kejsarsnitt (Siivola, u.å.).

Enligt en del av informanterna var en förlossningsplan till bra hjälp för att känna att man hade lite mer kontroll över situationen. Detta understöds av Klemetti och Hakulinen-Viitanen (2015, s. 251). Det upplevdes också enkelt att bara få visa sin förlossningsplan till vårdpersonalen, i stället för att till exempel behöva berätta vad man varit med om och vad man önskade vid den här förlossningen. I resultatet framkom till största del positiva erfarenheter av att skriva en förlossningsplan, eftersom informanterna upplevde att önskemålen beaktades och försökte uppfyllas i den mån som var möjlig. En informant upplevde dock att vårdarna inte tog hänsyn till förlossningsplanen när de började prata om annat i förlossningssalen under hennes förlossning, vilket hon specifikt önskat att man inte skulle. Enligt Sjögren (2005, s. 203) är det viktigt att alla som vårdar kvinnan under förlossningen är inläst i den eventuella förlossningsplanen, eftersom kvinnans tillit till vårdarna kan påverkas mycket negativt om man inte tar hänsyn till den.

Till största del uttrycker informanterna att de är tacksamma och nöjda med det stöd de fått och att stödet varit tillräckligt. Stödet har skapat trygghet och lugn inför förlossningen, och kvinnorna har känt sig uppmärksammade. Detta är enligt Watson och Leininger (1985) ett tecken på att vården är av hög kvalitet. *Development of a Helping-trust Relationship* handlar om just det, att patienten upplever sig ha en sådan relation med vårdaren att hen vågar berätta om sina problem. Patienten känner att vårdaren tar denne på allvar. Att stödet kunnat anpassas så bra enligt de behov man har, är något som också har uppskattats av informanterna. En av de karaktäristiska faktorerna, *Formation of a Humanistic-altruistic System of Values*, kopplas bra ihop med denna del, eftersom man där menar att vårdaren ska kunna se olikheterna hos personerna, acceptera dem och ge vård på det sätt som passar

just den enskilda individen. En annan karativ faktor, *Provision for a Supportive, Protective, and(or) Corrective Mental, Physical, Sociocultural, and Spiritual Environment* går också in på detta. Den handlar bland annat om att man försöker hitta kvinnans egna coping-strategier och utnyttja dessa för att hantera rädslan. (Watson & Leininger, 1985).

Även om de flesta är nöjda över stödet som gavs och känner att det hjälpte dem med deras rädsla, upplever några att stödet inte var tillräckligt. Hos en informant beror det kanske främst på att hon var gravid och födde när coronarestriktionerna var som kraftigast, men trots detta hade hon lovats ett bra stöd vid förlossningen, vilket inte uppfylldes. Det gick inte att hitta studier som gick närmare in på hur coronarestriktionerna påverkat möjligheterna att ge stöd vid förlossningsrädsla under coronapandemin, men Hamzehgardeshi, Omidvar, Amoli, och Firouzbakht (2021) menar iallafall att coronapandemin förvärrat det psykiska måendet hos många under graviditeten. Några andra informanter upplever också att de inte fått ordentligt med stöd trots att de bett om det. Ett dåligt bemötande med otillräckliga stödåtgärder kan göra mycket skada, det kan ju till och med vara hela orsaken till förlossningsrädslan (Rågård, 2022, s. 36; Abascal, 2012, s. 206).

Största delen av informanterna känner sig positivt inställda till en ny graviditet och förlossning, även om det hos vissa ännu kan ligga lite oro i bakgrunden. Många känner ändå att de fått ny styrka efter den senaste lyckade förlossningen, och att de känner mer tillit till sig själva. Detta understöds av Fenwick et al. (2015), som menar att terapi har flera positiva effekter på förlossningsrädsla, bland annat minskar det risken för att få negativa "flashbacks" till förlossningen. Några av informanterna som deltog i utvecklingsarbetet känner sig dock inte helt nöjda över den senaste förlossningen och att de inte helt kommit över sin rädsla. För en känns en ny graviditet och förlossning helt omöjlig eftersom den senaste förlossningen också blev traumatisk, trots att hon hade lyckats komma över förlossningsrädslan innan den. Oavsett om kvinnan önskar bli gravid igen efter en traumatisk förlossning eller inte, är det förstas viktigt att hon får stöd så fort som möjligt. Om kvinnan vill ha fler barn kan man till exempel lägga in en remiss till polikliniken för förlossningsrädsla direkt efter förlossningen, för att hon ska ha tid att bearbeta det som hänt och minska risken för att förlossningsrädslan utvecklas (Rågård, 2022, s. 37).

7.2.2 Stödet från mödrarådgivningen

I examensarbetet "Hur mödrarådgivningen kan stöda den förlossningsrädda kvinnan – en kvalitativ studie över mödrarådgivningens möjligheter och upplevelser att ge stöd vid förlossningsrädsla" (Rågård, 2022, s. 49–50) framkommer det att vårdarna på mödrarådgivningen upplever sig ha goda förutsättningar för att stöda kvinnor med förlossningsrädsla. De ser vikten av få kvinnan att känna sig trygg, för att hon ska kunna dela med sig av rädslan. Inom ramen för hur kvinnorna upplevt stödet, från specifikt mödrarådgivningen, är upplevelserna i huvudsak positiva. De flesta tycker att rädslan blivit tagen på allvar och att vårdaren på mödrarådgivningen sedan kunnat ge stöd och hjälpa kvinnan att komma över sin rädsla. En del informanter berättar att de själv helst velat blunda för rädslan, men att vårdaren fått dem att våga se den och börja bearbeta den, och här kan man se hur viktigt det är att rädslan uppmärksammas. En informant berättar dock att hon från mödrarådgivningen blivit lovad att hon inte skulle behöva vara ensam vid förlossningen, utan att barnmorskan och partnern skulle vara närvarande och ge henne stöd. Det blev tyvärr inte så, och hon kände sig mycket ensam under förlossningen, vilket gjorde att hennes tillit till vårdarna minskade. Det här visar kanske att det samtidigt är viktigt att som vårdare inte lova något som man inte till 100% vet kommer ske, eftersom det kan äventyra tilliten.

Det upplevdes som mycket positivt att man via mödrarådgivningen, med jämna mellanrum, fick möjlighet att ta upp sina funderingar kring den kommande förlossningen. Att bara bli lyssnad på med tålamod uppskattades mycket av kvinnorna. Den karativa faktorn *Development of a Helping-trust Relationship*, som handlar om relationen mellan patienten och vårdaren, beskriver just detta. Vårdaren behöver vara kapabel till att lyssna med empati på patienten, och även komma ihåg att ta hela personen i beaktan och inte objektifiera den för sina problem. Patienten ska kunna känna sig förstådd, och att hen är värd den tid som går åt till att bearbeta problemen. (Watson & Leininger, 1985).

Vårdarna på mödrarådgivningen som deltog i examensarbetet skrivet av Rågård (2022, s. 50) berättar att de, utöver samtalsstödet, har möjlighet att erbjuda extra besök eller undersökningar utöver rutinerna, ifall behov finns för det. Detta uppskattades mycket av informanterna, eftersom det skapade känsla av trygghet och omhändertagande. De uppskattade även möjligheten att bli vidareremitterade ifall det behövdes. Informanterna remitterades främst till polikliniken för förlossningsrädsla, eller till någon annan

professionell som dom kunde prata med, till exempel en psykolog eller någon på familjerådgivningen.

Den karativa faktorn *Systematic Use of the Scientific Problem-solving Method for Decision Making* handlar bland annat om att man kan se processen vid lösandet av ett vårdbehov, som en forskningsprocess. Processen kräver planering, man behöver ta reda på bakgrundsinformationen till problemet och fundera vad just den här patienten kan vara i behov av för att situationen ska förbättras. För att kunna se processen som färdig, behöver man ha utvärderat situationen och eventuellt fortsatt att arbeta med kvarstående problem. (Watson & Leininger, 1985). Det samma behövs i stora drag när man ger stöd vid förlossningsrädsla. Vårdaren behöver känna till bakgrunden till rädslan, och beroende på situationen kan man stöda kvinnan på olika sätt och i vissa fall hänvisa henne vidare till andra som kan ge ytterligare stöd.

7.3 Slutsats

Det här utvecklingsarbetet har gett en inblick i vilka goda förutsättningar det finns inom den finländska vården att ge stöd till förlossningsrädda kvinnor, och samtidigt hur många som arbetar hårt för att göra detta möjligt. Utvecklingsarbetet kommer också som en liten bekräftelse på mödrarådgivningens upplevelse av att de kan ge kvinnorna ett bra stöd vid förlossningsrädsla, att de metoder de använder sig av där uppskattas av kvinnorna och kan vara till stor hjälp för dem.

Det har krävt en del självdisciplin att inte aktivt söka efter kopplingarna mellan mödrarådgivningens upplevelse av stödet och kvinnornas upplevelse av stödet, och i stället försökt se på informanternas upplevelser så öppet som möjligt. Detta har dock visat sig vara värt mödan, när man får överraskas av hur bra mödrarådgivningen ändå verkar kunna känna av effekten av stödet som de ger.

Något som jag iallafall kan dra som slutsats, är att i princip inget av det stöd som erbjudits kvinnorna, verkar ha varit i onödan. De kvinnor som kommit över sin rädsla verkar ha behövt just det stödet som erbjudits och inget mindre. Det finns ju förstås några som inte helt kommit över sin rädsla, och jag hoppas att det finns resurser för att uppmärksamma detta och att de får fortsatt stöd. Deras upplevelser visar att det ännu finns förbättringsmöjligheter, och för dem måste vi alla samarbeta.

Jag måste ändå säga att jag är mycket positivt överraskad över slutresultatet. I inledningen skriver jag; "Jag vill ta reda på vilket typ av stöd som kvinnor med förlossningsrädsla upplever att ha hjälpt dem, åtminstone genom att få rädslan lindrigare. Det skulle också vara intressant att höra ifall någon kunnat gå från att vara väldigt rädd till att känna sig mycket tryggare inför förlossningen och i efterhand se den som en positiv upplevelse." Som man kanske kan ana från detta hade jag inte så väldigt höga förhoppningar om att i stort sett alla deltagare skulle ha kommit över sin förlossningsrädsla och i stället känt sig helt trygga inför förlossningen. Det visade ju sig emellertid, att så var nästan fallet! Det är en del av informanterna som känner att stödet de fått inte varit tillräckligt, men förvånansvärt färre än vad jag hade vågat hoppas på. Låt oss nu hoppas att detta fortsätter i rätt riktning.

Källförteckning

- Abascal, G. (2012). *Att föda: En barnmorskas tankar, råd och erfarenheter*. Stockholm: Bonnier Fakta.
- Berg, M. & Lundgren, I. (red.) (2010). *Att stödja och stärka: Vårdande vid barnafödande*. Lund: Studentlitteratur.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1). doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Fenwick, J., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E. & Ryding, E. L. (2015). Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(284). doi: 10.1186/s12884-015-0721-y
- Forskningsetiska delegationens (TENK). (2019). *Etiska principer för humanforskning och etikprövning inom humanvetenskaperna i Finland*. Hämtad 2022-11-23 från https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Etikprovning_inom_humanvetenskaperna_2020.pdf
- Greer, J., Lazenbatt, A. & Dunne, L. (2014). 'Fear of childbirth' and ways of coping for pregnant women and their partners during the birthing process: a salutogenic analysis. *Evidence Based Midwifery* 12(3), 95-100.
- Hamzehgardeshi, Z., Omidvar, S., Amoli, A.A., Firouzbakht, M. (2021). Pregnancy-related anxiety and its associated factors during COVID-19 pandemic in Iranian pregnant women: a web-based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21, 208. doi: 10.1186/s12884-021-03694-9
- Harvala, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. (2021). *Kättilötyö*. Helsingfors: Edita.
- Heli, S. & Svensson, L. (2017). *Trygg förlossning: En omvårdnadsmodell för minskad stress och rädsla*. Stockholm: Gothia Fortbildning.
- Heli, S. (2019). *Föda utan rädsla*. Stockholm: Bonnier Fakta.
- Henricson, M. (red.) (2017). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Holopainen, A., Stramrood, C., van Pampus, M. G., Hollander, M. & Schuengel, C. (2020). Subsequent childbirth after previous traumatic birth experience: women's choices and evaluations. *British Journal of Midwifery*, 28(8). doi: 10.12968/bjom.2020.28.8.488

HUS. (u.å.). *Mottagningar under graviditeten*. Hämtad 2023-01-04 från <https://www.hus.fi/sv/patienten/behandlingar-och-undersokningar/mottagningar-under-graviditeten#f%C3%B6rlossningsprofylax-f%C3%B6r-f%C3%B6rst>

Kaya, N. & Guler, H. (2022). Online solution-focused psychoeducation as a new intervention for treating severe fear of childbirth: A randomized controlled trial in the pandemic period. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 2116–2126. doi: 10.1111/ppc.13038

Khosravi, P., Pirdadeh Beiranvand, S., Beiranvand, B. & Khalesi Z. B. (2022). Relationship between Primigravid women's awareness, attitude, fear of childbirth, and mode of delivery preference. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*, 14. doi: 10.1016/j.eurox.2022.100143

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

Korukcu, O., Bulut, O. & Kukulcu, K. (2016). Psychometric Evaluation of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version B. *Health Care for Women International*, 37(5), 550–567. doi: 10.1080/07399332.2014.943838

Rågård, J. (2022). *Hur mödrarådgivningen kan stöda den förlossningsrädda kvinnan – en kvalitativ studie över mödrarådgivningens möjligheter och upplevelser att ge stöd vid förlossningsrädsla*. Barnmorska (YH). Institutionen inom social- och hälsovård. Vasa: Yrkeshögskolan Novia.

Senanayake, H., Mariani, I., Pessa Valente, E., Piccoli, M., Armocida, B., Businelli, C., ... Lazzarini, M. (2022). Outcomes of induction versus spontaneous onset of labour at 40 and 41 GW: findings from a prospective database, Sri Lanka. *BMC Pregnancy Childbirth* 22(518). doi: 10.1186/s12884-022-04800-1

Siivola, M. (u.å.). Mikä on doula? Mitä doula tekee? I: *Doules*. Hämtad 2023-01-04 från <https://doules.fi/mika-on-doula-mita-doula-tekee/>

Sjögren, B. (red.) (2005). *Psykosocial obstetrik: Kropp och själ och barnafödande*. Lund: Studentlitteratur.

Sydsjö, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjörn, L., Bladh, M. & Josefsson, A. (2015). Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(115). doi: 10.1186/s12884-015-0548-6

Terveyskirjasto. (2022a). *Synnytyospelko*. Hämtad 2022-12-12 från <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00884>

Terveyskirjasto. (2022b). *Keisarileikkaus*. Hämtad 2023-01-04 från <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00873/keisarileikkaus#s3>

Watson, J. & Leininger, M. (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boulder: University Press of Colorado.

Wigert H., Nilsson C., Dencker A., Begley., Jangsten E., Sparud-Lundin C. ... Patel Harshida. (2019). Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 15(1). doi: 10.1080/17482631.2019.1704484

Österbottens välfärdsområde. (u.å.) Förlossningsalen. Hämtad 2022-11-27 från <https://osterbottensvalfard.fi/palvelumme/halsa-och-medicinska-tjanster/sjukhustjanster/forlossning-och-gynekologi/forlossningssalen/>

Bilaga 1 – Frågor till frågeformulär

Frågor till frågeformulär

1. Berätta om hur du upplevde din förlossningsrädsla, t.ex. var den började, hur den påverkade dig och ditt liv...
2. Hur upplevde du att vårdpersonal, till exempel på mödrarådgivningen, (ev. också mödrapolikliniken och/eller förlossningssalen) bemötte dig angående din förlossningsrädsla?
3. Berätta om den/de stödmetod(er) som erbjudits dig gällande din förlossningsrädsla, samt på vilket sätt det här har påverkat rädslan.
4. Upplever du att stödet som gavs kring förlossningsrädslan var tillräckligt, eller var det något som t.ex. kändes otillräckligt/du saknade/hade kunnat vara annorlunda med tanke på stödet?
5. Beskriv de känslor som du har du inför en eventuellt kommande graviditet och förlossning, med tanke på förlossningsrädsla?

Bilaga 2 – Inlägg till Facebook-grupp



Julia Rågård ▶ Mammor & Gravida i Österbotten
FINLAND



13 januari · 🌐

Hejsan!

Mitt namn är Julia Rågård och jag studerar fjärde året till barnmorska på Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Jag har nyligen skrivit ett examensarbete som handlar om hur mödrarådgivningen kan ge stöd vid förlossningsrädsla, och skulle nu vilja fördjupa mig ännu mer inom ämnet, men ur kvinnornas synvinkel. Syftet med studien är att **undersöka hur kvinnor upplevt stöd som getts kring förlossningsrädsla**. Genom utvecklingsarbetet vill jag ta reda på vilket typ av stöd som kvinnor erbjudits/använt sig av vid förlossningsrädsla, samt på vilket sätt detta påverkat rädslan. Till viss del fokuseras arbetet även på att undersöka hur stöd kring förlossningsrädsla, som getts från mödrarådgivningen, har hjälpt.

Till studien söker jag kvinnor som har **fött barn inom de tre senaste åren** (*ändrat detta från det tidigare kriteriet "under det senaste året"*) och som vid denna graviditet haft förlossningsrädsla, samt **fått något slags stöd gällande detta**. Deltagandet är enkelt. Du behöver bara ta kontakt med mig så skickar jag ett frågeformulär som du får fylla i. Som deltagare är du förstas anonym, och detaljer som exempelvis namn på personer eller mindre platser nämns inte i studien, för att bevara konfidentialiteten. Tveka inte att höra av dig, din erfarenhet är värdefull!

Med vänliga hälsningar, Julia Rågård

E-post: julia.ragard@edu.novia.fi