

Förlossningsrädda kvinnors upplevelser av stödbehov och eftervård*

Anna-Karin Stillfors

Förlossningen är en stor livshändelse där sjukvårdens insatser är mycket viktiga både för mannen och kvinnan, men framför allt för förlossningsrädda kvinnor. Föreliggande undersökning syftade till att förstå förlossningsrädsla utifrån ett psykologiskt perspektiv, främst hur stödet och eftervården upplevs. Undersökningen baserades på en kvalitativ metod i form av intervjuer med åtta frivilliga intervjudeltagare. Alla respondenter upplevde stödet från stödverksamheten för förlossningsrädda som positivt. Samtliga upplevde ett behov av stöd i olika stor utsträckning. Faktorer som bidrog till minskad rädsla efter stödinsatser var verbalisering av oro, information, att bli tagen på allvar, positivt bemötande från personal samt att få kejsarsnittet godkänt. De som förlöstes vaginalt var mer nöjda med sin eftervård än de som förlöstes med kejsarsnitt.

Key words: pregnancy, fear of delivery, anxiety, support, aftercare.

Inledning

Ungefär 90 procent av alla kvinnor föder barn åtminstone en gång under sin livstid. En graviditet förändrar många kvinnors perspektiv på livet och har en potentiell viktig innebörd för kvinnans hälsa, välmående och sociala roll (Striegel-Moor, Goldman, Garvin, & Rodin, 1996). En graviditet innebär även en tid av förändring och anpassning, både fysiologiskt och psykologiskt och är en ny och unik situation som varje kvinna upplever olika. För många kvinnor innebär en graviditet ingen psykologisk risk, medan en del kvinnor kan uppleva graviditeten som en tid där de är emotionellt sårbara (Canals, Esparó, & Fernandez-Ballert, 2002). Konceptet livskvalitet har visat sig vara en viktig psykologisk dimension under graviditeten. Mer än 70 procent av gravida kvinnor i en studie rapporterade om illamående och kräkningar och 28 procent rapporterade att dessa faktorer hade en signifikant negativ inverkan på kvinnornas dagliga aktiviteter. Psykiska symptom såsom ökad hjärtfrekvens, magsmärter och yrsel som bland icke gravida kvinnor skulle definieras som orosymtom, anses under graviditeten vara vanligt och normalt både av kliniker och blivande mödrar, det är psykologiska förändringar som en kvinna normalt genomgår under en graviditet (Weisberg & Paquette, 2002).

Upplevelsen av födandet och förlossningen är för många kvinnor en central upplevelse som finns kvar i minnet under lång tid. Förlossningen är en stor livshändelse för både kvinnan och mannen, en livshändelse där sjukvårdens insatser är mycket viktiga (Björklund, 2004).

* Ett tack till stödverksamheten för förlossningsrädda samt överläkaren vid specialistmödravården som gjort denna undersökning möjlig att genomföra. Ett tack även till alla deltagande respondenter som delat med sig av sina upplevelser.

I den kliniska verkligheten finns olika grader av rädsla inför förlossningen, från att inte uppleva någon rädsla alls till att uppleva en mycket stark ångest. Föreliggande undersökning syftar till att belysa den måttliga förlossningsrädslan, som är den andra graden av förlossningsrädsla vilket innebär en oro som kvinnan kan ha svårt att hantera utan hjälp och professionellt stöd, men som *inte* medför ett ständigt psykiskt lidande. Tredje graden av rädsla är förlossningsfobi, som är den starkaste graden av förlossningsrädsla vilken medför att kvinnan på grund av extrem rädsla undviker graviditet eller vaginal förlossning. Svår förlossningsrädsla medför ett psykiskt lidande som väsentligen stör kvinnans vardag, funktioner eller anknytning till fostret, medan lindrig förlossningsrädsla som är den första graden av förlossningsrädsla innebär en oro som kvinnan kan hantera och som ger henne möjlighet att förbereda sig inför förlossningen (Ryding & Sundell, 2004). Orostillstånd är vidare den vanligaste förekommande formen av psykiska störningar. Flertalet ångestsyndrom såsom generellångestsyndrom, paniksyndrom och olika former av fobier är vanligare bland kvinnor än bland män (Hiroi & Neumaier, 2006). De starkt förlossningsrädda kvinnorna har ofta någon form av psykiatrisk diagnos sedan tidigare, men en vanlig missuppfattning är att förlossningsrädda kvinnor *alltid* skulle vara allvarligt psykiskt störda (Ryding & Sundell, 2004).

År 1981 led sex procent av en population svenska kvinnor i sen graviditet av svår förlossningsrädsla, men det finns i dag inga indikationer på att tillståndet tenderar att öka. Förstföderskor rapporteras vara mer rädda inför sin förlossning, på den lägre skalan av förlossningsrädsla, medan omföderskor tenderar att lida av den svåraste graden av förlossningsrädsla i större utsträckning (Ryding & Sundell, 2004). Werner (2004) menar att andelen kvinnor som söker hjälp för förlossningsrädsla definitivt har ökat, men menar att denna ökning kan bero mer på utbyggt stöd till kvinnor med förlossningsrädsla än en faktisk ökning av själva problemet.

Orsaker till förlossningsrädsla

Den vanligaste oron inför förlossningen hos kvinnor med alla grader av rädsla gäller barnets liv och hälsa (Ryding & Sundell, 2004). Huizink, Mulder, Robles de Medina och Buitelaar (2004) påvisade detta genom en trefaktorsmodell över graviditetsoro innefattande rädsla för att få ett handikappat barn, rädsla för att föda samt rädsla för utseendeförändringar under och efter graviditeten. Ytterligare orsaker till förlossningsrädsla har uppgetts vara oro för outhärdlig smärta, bristande förtroende för personalen, rädsla för att gå sönder och rädsla för sjukhus. Förlossningsrädsla har även visat sig ha samband med kvinnans personliga egenskaper som dålig självkänsla, bristande tilltro till den egna förmågan att kunna föda och förhöjt kontrollbehov (Ryding & Sundell, 2004). Rädsla för depression efter förlossningen har uppvisats hos de kvinnor som tidigare genomgått en depression i samband med förlossningen (Ryding, Wijma, B & Wijma, K., 1997). Forskning har även visat att kvinnors perception av förlossningen kan påverka graden av rädsla beroende på om kvinnan har en negativ eller positiv uppfattning om förlossningen i allmänhet, där en negativ perception kan skapa mer oro och osäkerhet inför förlossningen (Canals et al., 2002). Samband har också påvisats mellan stor oro under graviditeten, depression samt ilska (Field et al., 2003). Vidare har kvinnor med ångest och neurotiska tendenser visat sig uppleva en högre nivå av oro under sin graviditet (Canals et al., 2002; Ryding & Sundell, 2004). Patologiska former av rädsla och oro utvecklas ofta efter traumatiska erfarenheter, men påverkas även av genetik och biologi (Stoppel, Albrecht, & Stork,

2006). Neurosteroider är neuroaktiva molekyler som antas spela en viktig roll i flertalet neuropsykologiska och psykiatriska sjukdomsprocesser, däribland orostillstånd (Strous, Maayan, & Weizman, 2005). Huizink et al. (2004) påvisade även detta och tog det ett steg längre genom att påstå att förlossningsoro skulle kunna definieras som ett relativt distinkt syndrom snarare än en generell ångest på grund av kvinnors neuroendokrina förändringar under graviditeten. Andra studier har i motsats till detta resultat påvisat att graviditeten inte påverkar den psykologiska statusen på friska kvinnor (Paoletti, 2006).

De finska forskarna Saisto och Halmesäki (2003) har delat in förlossningsrädsla i fyra grupper utefter vilka grunder rädslorna har: biologisk (rädsla för smärta), socialt (bristande stöd, ekonomiska svårigheter), psykologisk (tidigare traumatiska upplevelser, rädsla för att bli förälder faktorer, som relaterar med personligheten) och sekundär förlossningsrädsla (rädsla från tidigare förlossningsupplevelser). Att dela in rädslorna i olika grupper gör diagnostiseringen av förlossningsrädda kvinnor lättare genom att man klargör varför kvinnan känner rädsla samt inför vad hon känner rädsla. Genom detta kan stödinsatserna riktas mer specifikt beroende på vilken grund rädslan uppstått. Saisto och Halmesäkis indelning kommer därför att användas i denna studie för att se om dessa kategorier av förlossningsrädsla också framkommer när kvinnor intervjuas om sin förlossningsrädsla.

Diagnostisering och stöd

I slutet av 1980-talet fick förlossningsrädsla ökad uppmärksamhet. Då uppmärksammades behovet av ett bättre omhändertagande av kvinnor som kände förlossningsrädsla. För diagnos av förlossningsrädsla används självskattningsskalor, oftast i samband med klinisk diagnos eller vid en intervju. Många av skalorna mäter generell ångest och är mindre specifika orossymptom. En kvinna med svår förlossningsrädsla kommer att få höga poäng för generell ångest, medan en del kvinnor med hög ångest inte har någon särskild förlossningsrädsla, vilket gör dem svårare att diagnostisera. Förlossningsskalor som mäter rädsla finns i olika utföranden, under graviditeten, under förlossningen och efter förlossningen samt vid kejsarsnitt. Även i det kliniska arbetet har de psykologiska skalorna ett värde, då dessa kan användas som mätvärden för senare uppskattade värden. En så pass enkel fråga som – ”Hur rädd är du?” på en skala mellan ett till tio kan vara till stor hjälp för att bedöma en persons grad av rädsla (Ryding & Sundell, 2004).

Det är viktigt att upptäcka förlossningsrädsla så tidigt som möjligt under graviditeten, för att möjliggöra behandling på rätt vårdnivå. Det är vid mödravårdscentralen (MVC) som de flesta kvinnorna i Sverige ger uttryck för hur de känner inför sin förlossning och det är därför oftast läkarna och barnmorskorna på den aktuella MVC som bedömer graden av rädsla hos dessa kvinnor. I de fall då diagnosen lindrig förlossningsrädsla fastställs behandlas oftast kvinnorna på MVC. I de svårare fallen finns dock inte resurser för att tillgodose kvinnornas behov där och de hänvisas till stödverksamheten för förlossningsrädda, där specialistmödravården kan erbjuda ytterligare professionellt stöd och råd (Björklund, 2004). Stödverksamhetens sammansättning och kompetens är viktig och bör bestå av erfarna förlossningsverksamma barnmorskor, obstetiker, psykolog, kurator och om möjligt en psykiatriker. Verksamhetens syfte är att minska förlossningsrädslan samt att förlossningsupplevelsen skall bli så positiv som möjligt oberoende av förlossningssätt. Detta uppnås genom stödjande samtal, förlossningsförberedelser, information om förlossningen, vilken hjälp kvinnan kan förvänta sig av barnmorskan, vilken smärtlindring som finns att få samt terapi inom vissa landsting. Behandlingen syftar till att öka kvinnans

trygghet, kunskap och tilltro till sig själv och hennes förmåga att föda (Werner, 2004). Stödsamtal minskar risken för en negativ förlossningsupplevelse oberoende av förlossningssätt (Waldenström, 2007). Jomeen och Martin (2005) fann att kvinnors tilltro till sin egen förmåga och självkänsla går enkelt att fastställa genom till exempel enkäter eller intervjuer och i interventioner för gravida kvinnor bör därmed stöd för ökad självkänsla ingå. Ett forum där kvinnorna får berätta om sin rädsla samt lyssna på andras tankar och upplevelser ses vidare som ett gott stöd. Delaktighet i förlossningsprocessen och stöd av barnmorska eller annan person är viktiga komponenter och i många studier framstår de som de viktigaste (Björklund, 2004). En studie visade att kvinnor med lågt socialt stöd under graviditeten uppvisade större sannolikhet att uppleva sämre hälsa under graviditeten än kvinnor med gott socialt stöd (Webster, 2000). Webster et al. argumenterar för att socialt stöd under graviditet enkelt kan mätas genom korta enkäter och bör ingå i interventioner för gravida kvinnor. Det är värdefullt för många kvinnor att skriftligen sammanfatta sina tankar och önskemål inför den kommande förlossningen. Detta genomförs oftast i slutet av graviditeten och dokumenteras noga i mödravårdsjournalen. Det finns ingen randomiserad kontrollerad studie gällande barnmorskorna inom stödverksamheten för förlossningsräddas arbete, men flera lokala utvärderingar i Sverige visar på att kvinnorna har varit mycket nöjda med det stöd de har erhållit innan förlossningen (Werner, 2004).

I en longitudinell studie med ett representativt urval av 3000 svensktalande gravida kvinnor, en s.k. KUB-studie (Kvinnors upplevelse av barnafödande), visade resultatet att den vård kvinnorna var minst nöjda med var vården på BB avdelningen. Övriga vårdenheter som kvinnorna inte var helt nöjda med var mödravårdscentralen och förlossningsavdelningen. Kvinnorna tenderade att vara mindre nöjda med vården om mannen inte fick stanna över natten på BB. Det kvinnorna i studien var mest missnöjda med på BB var informationen, samtalen om känslomässiga omställningar efter förlossningen, samtal om samliv och även om kroppsliga förändringar efter förlossningen (Waldenström, 2007).

Stödverksamheten för förlossningsrädda

Stödverksamheten för förlossningsrädda i dess nuvarande form har funnits vid det för studien utvalda lasarett sedan hösten 1999. Vid stödverksamheten för förlossningsrädda jobbar tre förlösande barnmorskor som alla har lång erfarenhet av sjukvården och som är vidareutbildade i samtalsmetodik. I samarbetet finns även en psykolog. Det finns i dagsläget ingen läkare som är kopplad till just stödverksamheten för förlossningsrädda utan kontakter förmedlas till läkare på kvinnokliniken. Stödverksamheten arbetar med alla olika grupper av kvinnor samt alla olika uttryck för rädsla. Att komma i kontakt med Stödverksamheten för förlossningsrädda kan ske på olika sätt. Antingen genom ett vårdmeddelande från psykolog, mödravårdscentralen eller genom att kvinnan själv tar kontakt med stödverksamheten för förlossningsrädda. Innan första kontakten med kvinnan går barnmorskorna igenom journaler och vårdmeddelanden för att få en överblick över kvinnans situation i dagsläget. Samtalen pågår cirka en timme. Antal besök varierar från ett till tio gånger beroende på kvinnans upplevda stödbehov. Personalen vid stödverksamheten försöker få kvinnan att verbalisera sin rädsla så att barnmorskan ska kunna kartlägga vilken rädsla/rädslor som finns samt när den/de har uppstått. Kvinnor med önskan om att få kejsarsnitt får verbalisera vad som skulle vara bättre med kejsarsnitt kontra att föda vaginalt. Personalen ger råd, stöd och information kring förlossningen och fungerar även som medmänniskor. Barnmorskornas mål är att utifrån varje enskild individ ge stöd och råd så att kvinnan skall kunna

få en så bra förlossningsupplevelse som möjligt, oberoende av förlossningsätt och känna sig så trygg som möjligt inför sin förlossning. Efter förlossningen kommer varje kvinna på ett så kallat post partumsamtal. Här går kvinnan och barnmorskan igenom förlossningen och kvinnan ges möjlighet att uttrycka sina upplevelser och få svar på eventuella frågor kring förlossningen.

Syfte och frågeställning

Statistik visar att cirka 90 procent av alla kvinnor någon gång under sin livstid blir gravida (Striegel et al., 1996), vilket gör att ämnet förlossningsrädsla alltid kommer att behöva synliggöras och metoder för att lindra den hela tiden vidareutvecklas. Statistik visar även att antalet förlossningsrädda kvinnor inte tenderar att öka (Ryding & Sundell, 2004). Det kan dock antas att det finns ett stort mörkertal av kvinnor som inte söker stöd och hjälp eller avstår helt från att bli gravida på grund av bland annat stark ångest eller låg tilltro till sin egen förmåga att föda, vilket ytterligare talar för ett synliggörande av problemet. Tidigare studier har syftat till att förstå förlossningsrädsla främst utifrån fysiska orsaker, medan föreliggande undersökning syftar till att förstå förlossningsrädsla utifrån det psykologiska perspektivet och nå ökad kunskap om orsaker till måttlig förlossningsrädsla, och hur stödet upplevs och kan utvecklas. Följande frågeställningar formulerades: Vilka faktorer påverkar kvinnors upplevda rädsla inför förlossningen? Hur upplever blivande mödrar med förlossningsrädsla stödet från stödverksamheten för förlossningsrädda? Hur upplever kvinnorna den eftervård de erhållit?

Respondenternas rädslor kommer att så långt det är möjligt delas in under de kategorier som Saisto & Halmesäki (2003) använt sig av. Kategorierna är rädsla med biologisk grund, rädsla med social grund, rädsla med psykologisk grund och sekundär förlossningsrädsla. Dessa spårbegrepp kommer att användas för att förtydliga rädslorens olika grunder och kategorisera de olika rädsloren under de begrepp de tillhör.

Metod

Deltagare

Deltagare i undersökningen var fem förstföderskor och tre omföderskor i åldrarna 28 till 37 år, där medelåldern är 30,6 år och standardavvikelsen 1,4 år, med diagnosen måttlig förlossningsrädsla. Alla respondenter hade varit inskrivna vid stödverksamheten för förlossningsrädda i en medelstor svensk stad, under åren 2006-2007.

Material

Undersökningen gjordes utifrån en kvalitativ ansats med halvstrukturerade intervjuer. Intervjuguiden formulerades med framför allt öppna frågor för att stimulera berättande (Skott, 2004) och underlätta spontan information om företeelser och attityder från deltagarna (Svensson & Starrin 1996). Intervjufrågorna utgick från syftet och frågeställningarna i undersökningen och formulerades utifrån olika frågeområden i kategorier och underkategorier. Exempel på frågor i guidens frågeområden är *Förlossningsrädsla*: Berätta om första gången du kände en rädsla/oro inför din förlossning. *Perception*: Vad är du rädd för inför din förlossning? *Stödet*: Hur upplevde

du första mötet med stödverksamheten för förlossningsrädda? *Eftervården*: Berätta om dina upplevelser av vården efter din förlossning. Vilken eftervård har varit viktig? Efter att intervjuerna transkriberat ordagrant förstördes banden som intervjuerna spelades in på. Intervjumaterialet förvarades på ett sådant sätt att inga personer utöver författaren kom åt materialet.

Procedur

Första kontakten med specialistmödravården skedde genom telefonkommunikation, där syftet med undersökningen återgavs samt det tilltänkta urvalet av intervjudeltagare. Efter godkännande från specialistmödravårdens överläkare förmedlade en barnmorska informationen vidare genom att skicka ut missivbrev till 50 kvinnor som hade varit inskrivna vid stödverksamheten för förlossningsrädda under åren 2006-2007. Missivbrevet innehöll skriftlig information om studiens syfte, en förfrågan från stödverksamheten till kvinnorna om deltagande i undersökningen samt information om de forskningsetiska principerna om konfidentialitet, frivillighet att delta i studien och möjlighet att när som helst avbryta deltagandet. De kvinnor som valde att delta i undersökningen kontaktade därefter själva undersökningsledaren för bokning av intervjutillfälle, via e-post eller telefon.

Innan studien genomfördes en förberedande intervju, en så kallad pilotintervju, för att kontrollera att intervjuguidens olika delar fungerade enligt den uppgjorda planen, (Olsson & Sörensen, 2001). För pilotintervjun valdes en för undersökningsledaren känd person som tidigare varit inskriven vid stödverksamheten för förlossningsrädda vid tre olika tillfällen. Intervjuguiden modifierades enbart i liten utsträckning efter pilotintervjun.

Intervjuerna genomfördes under tre veckor i december 2007 hemma hos respondenterna eller hos undersökningsledaren. Intervjuerna gjordes enskilt med varje deltagare och pågick mellan 35-80 minuter samt spelades in med hjälp av en diktafon. Innan varje intervju informerades respondenterna ännu en gång om de forskningsetiska principerna.

Databearbetning

Intervjuerna genomlyssnades och transkriberades ordagrant. Efter transkriberingen genomlästes varje intervju flera gånger för att få ännu en överblick av materialet. Varje intervju fick en egen beteckning från R1-R8. Intervjuerna genererade 8-12 sidor transkriberat material per intervju. Intervjuerna analyserades med en blandning av meningskoncentrering och meningskategorisering (Kvale, 1997). Uttalanden som gjordes i intervjuerna omformulerades till mer precisa meningar med samma innerbörd. Meningskoncentreringen gjordes utifrån tre dimensioner som anknöt till de tre frågeställningarna. Materialet kodades med överstrykningspennor i olika färger utifrån rädslor och upplevelser av kejsarsnitt, stöd och eftervård. De koder som noterades för varje deltagare sammanfördes till övergripande kategorier inom respektive dimension. När det gäller den första dimensionen om rädslor kategoriserades koderna i enlighet med tidigare forskares resultat (Saisto & Halmesäki, 2003), det vill säga utifrån olika grunder för förlossningsrädsla som presenteras i Tabell 1.

Resultat

Rädslor och rädsornas grund

Respondenterna vittnade om ett brett fält av existerande rädslor inför förlossningen, rädslor som i Tabell 1 kategoriserats i enlighet med Saisto & Halemsäkis (2003) indelning. Det är fyra kategorier som bygger på rädsornas grund så som biologisk grund, som innefattar de fysiska förändringar och rädslor som har med kroppsliga förändringar att göra. Social grund innefattar tillit och tidigare sociala upplevelser. Psykologisk grund handlar om tidigare traumatiska upplevelser, kontrollförlust och diffus rädsla. Sekundär förlossningsrädsla har grund i tidigare förlossningsupplevelser.

Tabell 1. *Respondenternas rädslor kategoriserade utifrån olika grunder*

Biologisk grund	Social grund	Psykologisk grund	Sekundär förlossningsrädsla
Fysiska skador/ förändringar	Låg tillit till personalen	Sexuella övergrepp	Tidigare graviditet och förlossningskomplikationer
Fysisk smärta		Skrämmande information	Oro för barnets liv och hälsa
Nålar och stick		Kontrollförlust	
Kejsarsnitt		Känslan av att vara utlämnad	
		Diffus rädsla/oro Bristande själv tillit	

Rädsorna med biologisk grund gällde den fysiska smärtan, fysiska förändringar, olika skador som kan uppkomma, rädsla för kejsarsnitt samt rädsla för nålar och stick. Rädsla med social grund var låg tillit till personalen på grund av tidigare dåliga erfarenheter inom sjukvården. Rädslor med psykologisk grund var rädsla för att tappa kontrollen under förlossningen som handlar om rädslan att hamna i panik eller rädsla för egna reaktionerna under förlossningen. Rädsla inför manlig personal med bakgrund i tidigare sexuella övergrepp ledde även till rädsla för att genomgå kejsarsnitt, då läkaren ofta är man och situationen anses som extremt utsatt av respondenten, med nakenhet och kontrollförlust över situationen samt känslan av att känna sig utlämnad. En respondent kände rädsla inför att bli pressad av den närvarande barnmorskan under förlossningen. R5: ”Ja alltså det är ju en sådan utsatt position och det är ju alltid en barnmorska som måste stå och försöka peppa en när man gör en naturlig födsel, liksom krysta, krysta. Jag skulle inte klara av att någon liksom stod bredvid och bara pressade på mig”. Under kategorin psykologisk grund finns även den diffusa förlossningsrädslan som innehåller en känsla av att inte riktigt kunna säga vad rädslan består av eller någon utlösande faktor för rädslan. Respondenterna rapporterar även om erfarenheter av skrämmande informationsfilm i grundskolans

sexualundervisning, som gett upphov till rädsla inför en eventuell förlossning. Rädslan har följt dem upp i vuxen ålder och har med andra psykiska faktorer så som dålig tillit till frånvarande förälder och bristande självförtroende gjort att rädslan bibehållits. R8: "Jag hade en ganska otrygg barndom, med föräldrar som har separerat och min mamma har vissa problem som har gjort att under långa stunder har vi inte haft någon kontakt alls eller att den har varit väldigt dålig". Till sekundära förlossningsrädslor hör rädsla för barnets liv och hälsa, vilket grundade sig i att tidigare ha förlorat ett barn under graviditeten eller att man haft en långt utdragen förlossningen som påverkat barnets hälsa negativt. R1: "Hon dog i magen och då fick jag beskedet när de hade upptäckt att hon dött, att jag måste föda ut henne normalt. Redan där kom väl skräcken för förlossningen". Sekundär förlossningsrädsla finns hos respondenter som tidigare genomgått graviditets- och förlossnings- komplikationer. När respondenten upplevt en svår graviditet uppstod rädsla för att inte orka föda fram barnet och att inte veta hur hon skulle hantera och reagera på den extrema smärtan. R4: "Jag kände att jag kunde uppleva att man måste ha kraft och ork att föda ett barn och jag hade lite funderingar på var jag skulle få min kraft ifrån".

Respondenternas skattning av sin rädsla. Respondenterna skattade sin upplevda rädsla före och efter förlossningen på en skala från 1-5. Fem respondenter värderade sin rädsla innan förlossningen till det högsta värdet, 5, en till 4-5, en till 4 och en till 3. Efter kontakten med stödverksamheten upplevde alla respondenter att styrkan minskat på något sätt. Fyra upplevde en skillnad mellan hur starkt man upplevde styrkan för kejsarsnitt och vaginal förlossning. Två upplevde att styrkan har sjunkit men ansåg att styrkan skulle ökas vid en ny graviditet. För en del hade styrkan inte minskat för vaginal förlossning men för kejsarsnitt. För andra upplevdes det motsatta, att rädslan för vaginal förlossning minskat men rädslan för kejsarsnitt kvarstod. Två av respondenterna upplevde under intervjutillfället att rädslan hade minskat, men vid en eventuell ny graviditet skulle den sannolikt öka igen, dock ej till samma styrka som innan kontakten med stödverksamheten. En respondent ansåg att förlossningsrädslans styrka skulle öka om hon skulle föda vid ett annat sjukhus där rutinerna är annorlunda och den trygghet som byggs upp vid denna vårdenhet skulle gå förlorad. En respondent visste inte vilken faktor som gjorde hennes rädsla mindre och ville inte koppla den lägre styrkan till det erhållna stödet.

Sjukvården och stödverksamheten

Hur deltagarna kom i kontakt med stödverksamheten för förlossningsrädda skedde på olika sätt. Några av respondenterna uttryckte sina rädslor när de besökte MVC och hade genom en barnmorska fått kontakt med stödverksamheten för förlossningsrädda. Andra fick kontakt genom en psykolog som skrev ett vårdmeddelande till stödverksamheten. En respondent fick genom sin läkare vid specialistmödravården information om stödverksamheten för förlossningsrädda kvinnor.

Förväntningar och behov inför stödsamtal. Flera av respondenterna berättade om sin nervositet inför sitt första möte med stödverksamheten för förlossningsrädda. Några berättade hur de föreställde sig att de skulle bli övertalade att föda vaginalt trots att deras önskan att få kejsarsnitt var väldigt stark, samt att barnmorskan skulle försöka få dem att må dåligt över denna önskan. R2: "Det kändes väldigt bra för jag var ju så inställd på att nu ska de försöka övertala mig, men de var ju väldigt stöttande". En respondent ansåg att det kändes spännande inför det

första mötet. En hade fått information att stödverksamheten skulle godkänna kejsarsnittet och kände sig väldigt hoppfull inför detta, men blev besviken när hon fick reda på att detta inte stämde. En kände stor hoppfullhet inför första mötet medan en annan vittnade om stressen det kan innebära att boka in ännu ett möte i en redan full kalender. En trodde inte att mötet skulle vara till någon hjälp för just henne.

Respondenterna upplevde behovet av stöd i olika grad. Några ansåg sig ha stort behov av stöd, medan någon trodde hon skulle klarat av att föda utan stödverksamhetens hjälp, men att hon då skulle ha mått sämre psykiskt under graviditeten. R7: "Jag tror säkert att det hade gått att föda utan stödet också, men det var ju en enorm trygghet att jag hade fått stödet när dagen väl var där". Några viktiga delar som respondenterna önskade att stödet skulle bestå av var: Att få information, att få någon sorts plan att hålla sig till, att få bekräftelse på att man har rätt att känna som man gör kring valet av förlossningssätt. En respondent som upplevde ett stort behov av stöd hade önskat mer stöd av personalen på BB. R3: "Jag hade velat ha lite mer hjälp på BB faktiskt, men på förlossningen var det ju ganska bra andra gången". Att kunna förstå varför man är rädd var viktigt för en annan kvinna och att få prata om sin oro. R8: "Jag förstod ju mycket vad de berodde på sen, varför jag blivit så rädd, att det handlar om tillit och tro på sig själv som jag kanske inte har i de här sammanhangen". En respondent upplevde inte själv något behov av att få stöd men hennes familj och barnmorska påtalade att hon hade ett behov av att få tala med någon om hennes tidigare förlossningserfarenheter. En respondent hade velat komma tidigare till stödverksamheten på grund av att hennes rädsla hade funnits med sen hon var barn och hon kände stort behov att få komma så snabbt som möjligt.

Flera berättade hur viktigt det var att få komma till stödverksamheten, att de lyssnade och tog respondenterna på allvar. Samt bekräftade att deras problem var viktiga och att inga frågor var dumma. En respondent upplevde en diffus förlossningsrädsla och var inte klar över varför hon upplevde rädsla när hon kom till första mötet. Därför upplevdes det som mycket positivt när barnmorskan tillsammans med respondenterna försökte ringa in problemet och orsaker till rädslan. Även att de fick berätta hur de kände sig inför förlossningen upplevdes som ett gott stöd. Flera av respondenterna beskrev hur de upplevde en värme från barnmorskorna de mötte vid stödverksamheten och hur den värmen gjorde respondenterna positivt inställda till verksamheten och att det kändes personligt på en gång. R4: "Sen kom vi in och hon kom emot oss med sitt soliga leende, hon kramade om mig och hon är ju bara för go". Flera ansåg att de var väldigt viktigt att få fylla på sin "ryggsäck" med mer information eller att få befria den från alla tunga tankar och frågor. Flera berättade också hur viktigt det kändes att få allt berättat i detalj, kring förlossningen och kejsarsnittet. R6: "Jag ville ju veta steg för steg, hur gör jag om jag får panik". En respondent berättade att bara genom att barnmorskan sa att hon inte skulle behöva må så här dåligt, gjorde att hon genast upplevde en stor positiv förändring. De som tidigare genomgått komplicerade och svåra förlossningar upplevde det som mycket positivt att få gå igenom den tidigare förlossningen, genom att tillsammans med barnmorskan läsa igenom journalen och få svar på olika frågor kring förloppet. R3: "Oj, det var spännande, och då gick vi ju igenom min första förlossning och de var ju en rejäl lunta eftersom det drog ut på tiden, med igångsättningar och tester". Respondenterna upplevde det som positivt att få information från stödverksamheten om olika alternativ och lösningar inför sina förlossningar. De upplevde även att barnmorskorna vid stödverksamheten förstod dem på ett annat sätt än vårdpersonalen som de tidigare träffat och de kände sig trygga eftersom de upplevde att barnmorskorna var mycket erfarna. Alla som medverkade i studien upplevde kontakten med stödverksamheten positivt. Det som gjorde dem positivt inställda var att de kunde prata fritt under mötena, att den stödjande barnmorskan

berättade i detalj hur olika förlossningsscenario kan se ut samt att de ställde bra frågor som gjorde att de fick tänka efter varför de var rädda och hur de ville bli hjälpta.

Innebörden av stöd som bidragit till minskad rädsla

Att få mycket information, få veta vad som ska hända, få tala om sin oro och att få bekräftat att det finns hjälp och stöd samt att det är normalt att känna som man gör inför sin förlossning nämndes som viktiga delar för att minska sin rädsla. Dessutom information om olika alternativ under förlossningen. För de respondenter som önskat kejsarsnitt var det mycket viktigt med bekräftelse på att de skulle få ett kejsarsnitt och information kring ingreppet. Genom att verbalisera sin drömförlossning fick en respondent klart för sig vad hon egentligen önskade inför sin förlossning. Att bli tagen på allvar var mycket viktigt för flertalet av respondenterna. En respondent berättade att hon fortfarande var orolig efter stödsamtalen, men att hon fick insikten att hennes rädsla handlar om den medicinska problematiken, som är svår att styra, mer än den psykologiska delen av förlossningsrädsla. En respondent menade att det inte var kontakten med stödverksamheten som gjorde henne mindre rädd, utan hennes senare erfarenhet av att ha fött barn. Att få antecknat i journalen att man var rädd och vad man önskar och behöver under och efter sin förlossning var också viktigt för flera av respondenterna och gjorde att de upplevde att de kunde släppa lite av ansvaret kring förlossningen och lita mer på personalen. Att möta trygga barnmorskor var en viktig del för respondenterna för att känna sig mindre rädda.

Andra stödpersoner. Stödverksamheten för förlossningsrädda har hjälpt samtliga på något sätt, men det fanns även andra viktiga stödpersoner. De flesta av respondenterna menade att deras respektive hade fungerat som bra stöd. Vissa ansåg dock att de var svårt för deras respektive att fullt ut kunna förstå och stödja just när det handlar om förlossningen, eftersom det är en situation som endast kvinnor ställs inför. Familjen och nära vänner är andra personer som respondenterna har kunnat finna stöd i. Annan vårdpersonal så som barnmorskan vid MVC, psykolog samt läkare har också fungerat som stöd för vissa av respondenterna.

De flesta hade ingen uppfattning om hur andra kvinnor har upplevt stödverksamheten för förlossningsrädda. De som hade en uppfattning om hur andra kvinnor har upplevt stödverksamheten berättade att de hade en väldigt positiv uppfattning, att man hade varit nöjd med stödet och hjälpen som man erhållit från barnmorskorna vid denna verksamhet.

Kejsarsnitt

Respondenterna upplevde för och nackdelar med kejsarsnitt vilket redovisas i tabell 2. Fördelarna var att slippa oro, mer kontroll på förlossningsförloppet, erhålla snabb fysisk status på barnet och det upplevdes även som det minst otäcka förlossningsalternativet. Nackdelarna som respondenterna upplevde var utsattheten ett kejsarsnitt innebar, eventuella efterkommande komplikationer, den upplevda nervositeten och ingen kontroll över ingreppet.

Tabell 2. För och nackdelar med kejsarsnitt

Fördelar	Nackdelar
Slippa oro	Utsatthet
Mer kontroll	Komplikationer
Minst otäckt	Nervositet
Snabb fysisk status på barnet	Ingen kontroll

Av de åtta respondenterna som medverkade i undersökningen hade sex av respondenterna någon gång genomgått ett kejsarsnitt. R2, R5 och R8 var förstföderskor som genomgått ett planerat kejsarsnitt. R5 genomgick kejsarsnitt på grund av rädsla för fysisk smärta, fysiska förändringar, pressen från barnmorskan under förlossningen samt en generell rädsla för allt som rör en vaginal förlossning. R5 upplevde att kejsarsnitt var det enda alternativet. R2 hade en psykologiskt grundad diffus förlossningsrädsla, efter att ha utsatts för skrämmande information under sexualundervisningen i grundskolan samt rädsla för kontrollförlust. R2 upplevde att kejsarsnitt var det enda alternativet. R8 upplevde rädsla för fysisk smärta, kontrollförlust på grund av skrämmande information om förlossningar genom grundskoleundervisningen. Hon upplevde att vaginal förlossning inte var något alternativ för just henne. R1, R3 och R4 genomgick både vaginala förlossningar och ett kejsarsnitt. R1 hade erfarenhet av tre vaginala förlossningar och ett kejsarsnitt. Hon kände rädsla för barnets liv och hälsa med bakgrund i förlusten av ett barn under graviditeten, som hon sedan var tvungen att föda fram, samt dålig fysisk status vid födseln på nästkommande barn. Rädslan framkom inför förlossningen av barnet som avlidit under graviditeten. R1 upplevde bara fördelar med kejsarsnitt, men upplevde att hon egentligen ville klara av att föda normalt, trots rädslan. Kejsarsnittet bestämdes i samråd med stödverksamheten. R3 hade erfarenhet av två vaginala förlossningar och ett kejsarsnitt. Hon hade tidigare erfarenhet av att gå över tiden i graviditeten (överburenhet) och kände en rädsla inför att samma scenario skulle upprepa sig, då hon upplevde det som psykiskt påfrestande att vänta på att förlossningen skulle börja. Hon hade även erfarenhet av svåra komplikationer i samband med tidigare förlossningarna, med mycket blodförlust. R3 upplevde att rädslan för förlossningen uppkom efter första förlossningen. Upplever även nackdelar med kejsarsnitt då komplikationer kan uppstå i samband med det operativa ingreppet men kände att kejsarsnitt var det enda alternativet. R4 har genomgått en vaginal förlossning och ett kejsarsnitt. R4 upplevde rädsla för att inte orka föda som grundade sig i en tidigare komplicerad graviditet och pågående depression samt rädsla för sina egna reaktioner under förlossningen. R4 upplevde även en rädsla för komplikationer efter förlossningen som grundade sig i tidigare erfarenheter av svåra förlossningskomplikationer. R4 upplevde rädsla redan inför sin första förlossning. Hon upplevde alternativet kejsarsnitt som positivt i just hennes situation. R4 upplevde att hon under stödsamtalen fick tankar om att kanske försöka föda vaginalt igen, men bestämde sig sedan för att kejsarsnitt var det enda alternativet.

Respondenterna berättade om många olika tankar kring just kejsarsnitt. Vissa av dem som ville föda vaginalt har inte haft så många tankar kring kejsarsnitt, men tankar att det kanske skulle

vara enklare att föda genom kejsarsnitt och på så sätt slippa oron innan förlossningen. Tanken var att det skulle gå fortare och att man kan planera kring sin förlossning på ett annat sätt än vid en vaginal förlossning. R4: ”Tänk om det bästa är att alla får ett planerat kejsarsnitt och slippa all oro. Men den tanken fick aldrig något fäste, det var aldrig något som jag egentligen funderade på, aldrig”. Andra tankar som framkom var att ett kejsarsnitt var minst otäckt och att det kändes bättre eftersom man upplever mer kontroll. Rädsla för att behöva genomgå ett kejsarsnitt fanns också, kopplad till att inte ha någon kontroll över vad som sker med ens kropp samt nakenhet och utsatthet, som i sin tur var kopplad till tidigare sexuella övergrepp. En annan respondent berättade att hon inte hade så mycket tankar kring kejsarsnitt, utan mer tankar kring fakta om det operativa ingreppet, som att det går snabbt. För denna respondent var det viktigt utifrån tidigare förlossningskomplikationer att få snabb feedback på barnets liv och hälsa. Flera av kvinnorna har känt sig väldigt nervösa inför ett eventuellt kejsarsnitt och upplevt det psykiskt jobbigt att vänta på ett datum för ingreppet samt tankarna på alla olika komplikationer som kan uppstå efter ett kejsarsnitt. R3: ”Det var ju allt som kunde gå fel, och hur ryggbedövningen skulle komma fel och man skulle bli förlamad, få ont i ryggen och allt det andra”. Några respondenter hade redan innan första kontakten med stödverksamheten bestämt att kejsarsnitt var enda alternativet, vilket gällde både hos omfödernor och förstfödernor. En respondent berättade att tankarna kring kejsarsnittet var fyllda med oro kring ingreppet, då respondenten innan kontakten med stödverksamheten själv letat information om ingreppet via Internet och fått information som inte gällde den svenska sjukvården.

De respondenter som inte hade någon önskan om kejsarsnitt har inte heller pratat med stödverksamheten om detta. Flera berättade att tankarna kring kejsarsnitt har förändrats efter samtalet med stödverksamheten. Det som framkom var att respondenterna upplevde det som positivt att få prata om kejsarsnitt samt tankar om att känna sig onormal för att man önskar kejsarsnitt. Att respondenterna fick information om hur ett kejsarsnitt går till var för flera väldigt positivt och de kände sig lugnare genom att de fick förloppet förklarat och vilka risker som fanns.

Upplevelsen av eftervården

Det som framkom från respondenterna när det gällde eftervården var att de som haft normala vaginala förlossningar överlag varit mycket mer nöjda med eftervården än dem som vårdats på komplikationsavdelningen efter kejsarsnitt eller av andra orsaker. Respondenterna vid komplikationsavdelningen åkte hem tidigare och kände sig obekväma och till besvär för personalen. I Tabell 3 redovisas endast respondenternas senaste förlossningssätt och upplevelser.

Tabell 3. *Eftervård vid vaginal förlossning och kejsarsnitt*

Vaginal 2 respondenter	Kejsarsnitt 6 respondenter
Nöjd med eftervården	Missnöjd med eftervården
Valt längre eftervårdstid	Valt kortare eftervårds tid
Nöjd med personal	Missnöjd med personal

R1: ”Vården på den andra avdelningen när jag fött vaginalt har varit jättebra. Men jag blev jättebesviken på vården efter kejsarsnittet. Jag var kvar i två nätter, sen åkte jag hem jättesnabbt”. Respondenter som vårdats på familje-BB har beskrivit tiden som trevlig med känslig och bra sjukvårdspersonal, och de har även stannat längre på BB än de som vårdats på

komplikationsavdelningen. R6: ”Vi stannade där i fyra dagar för vi tyckte att de var så bra” En respondent berättade hur hon upplevde att de äldre barnmorskorna hade en hårdare attityd och mindre känslighet för patienternas behov. De som inte hade fått ha sin partner kvar på avdelningen under natten såg detta som väldigt negativt. De som genomgått kejsarsnitt upplevde att de behövde sin partner extra mycket under denna tid, eftersom de inte klarade av någonting själva första dagen, utan var helt utlämnad till personalen. Smärtlindring var för en respondent den viktigaste eftervård och även en önskan om att få möjlighet att prata om kejsarsnittet med sjukvårdspersonalen. Flera respondenter hade önskat mer eftervård i form av samtal med personal som varit närvarande vid kejsarsnittet eller förlossningen. De respondenter som erhöll denna eftervård upplevde det som en väldigt positiv del i deras bearbetning av upplevelsorna kring kejsarsnittet/förlossningen. Flera av dem som genomgått kejsarsnitt beskrev upplevelsen av eftervården som negativa och kände sig besvikna på personalen, till och med illa bemötta och förödmjukade. R1: ”Det var så fruktansvärt. Jag har nog aldrig i hela mitt liv blivit så illa behandlad och förödmjukad! ’Man bad om ursäkt hela tiden för att man fanns till på den avdelningen.’ Jag har fött tre barn innan och om man då frågade någonting så blev man nästan lite dumförklarad”. Komplikationsavdelningen hade av personalen presenterats som en sämre avdelning att vårdas vid, för en respondent. R4:

De kom in på förlossningen och sa att snart skall du få hamna på familje-BB, och sen kom de in fem minuter senare och säger ’nu har vi ju tittat fel här, nu är vi väldigt ledsna vi har ett tråkigt meddelande till dig’. ’Men vad är det har ungen dött eller tänkte jag?!’ ’Nej du ska få ligga på 86:an, och på 86:an får inte pappan stanna kvar för det är vår komplikationsavdelning’. Och de presenterade det som ett dåligt meddelande, och jag bara kände hallå!

En annan respondent ansåg att personalen vid komplikationsavdelningen behöver jobba mycket med sitt bemötande, hon menade att man inte skall behöva känna rädsla för att vårdas vid BB. En respondent berättade hur hon upplevde att efter förlossningen var patienten avklarad och låg långt ner på prioriteringslistan, kontra hennes upplevelse när hon först kom till förlossningen och blev väldigt väl omhändertagen. Dock upplevdes några bland personalen mycket positivt. Alla respondenter var nöjda med det erhållna post partum-samtal, vilket ägde rum vid stödverksamheten. En önskan fanns att erhålla detta samtal tidigare efter förlossning, speciellt vid de tillfällen det inte ägt rum något eftersamtal vid BB. En respondent ansåg att det var viktigt att inte lägga alla resurser före förlossningen, utan även fånga upp kvinnor som genomgått svåra förlossningar och inte varit i kontakt med stödverksamheten för förlossningsrådsla innan, för att undvika en eventuell sekundär förlossningsrådsla.

Samtliga respondenter var överens om att tillgång till eget rum och att få vara privat när man önskar är viktigt. Flera upplevde det som viktigt att kunna välja hur mycket man deltog socialt vid eftervården på BB. De ansåg att det känslotillstånd som man befinner sig i efter en förlossning eller kejsarsnitt är mycket känsligt och de hade känt stress över att behöva störa varandra när de delat rum på avdelningen. Vilket i sin tur lett till att respondenterna inte kunnat sova, valt att åka hem tidigare och känt det som påfrestande att behöva ta hänsyn till någon annan samtidigt som man själv inte mätte bra varken psykiskt och fysiskt. De respondenter som erhöll eget rum upplevde detta som mycket positivt. De som haft möjligheten att dela rum med sin partner över natten på avdelningen kände sig tryggare och var mer nöjda med eftervården vid BB. R7: ”Min man och jag fick eget rum och de var väldigt skönt att kunna välja hur mycket man ville delta i det där sociala”. Några av dem som delat rum på BB upplevde att de erhållit stöd av

sin rumskamrat genom utbyte av tankar, men om de fått välja hade de valt eget rum och att deras partner fått stanna kvar över natten som stöd och trygghet. R1: ”Det är ju väldigt roligt att kunna prata med någon, jag är ju väldigt social, men just stressen över att man stör någon annan som ska sova, när ens egna barn vaknar hela tiden är jättstressande”.

Flera berättade att de pratat med andra nyförlösta kvinnor på BB, men endast ytligt. En respondent ansåg att det var viktigare för just henne att få prata med någon ur personalen som verkligen kunde hjälpa henne än att samtala med andra nyförlösta kvinnor som endast resulterade i ytliga konversationer.

Respondenterna har funnit stöd i att prata med familjen, nära vänner och i mammagruppen efter att de lämnade BB. Några av dem som haft större komplikationer efter förlossningen/kejsarsnittet hade en önskan om mer socialt umgänge på BB, genom att prata med andra nyförlösta kvinnor. En respondent upplevde det mycket jobbigt att prata med andra kvinnor på grund av att hon mådde dåligt fysiskt efter sin förlossning. En annan respondent träffade inte någon under sin BB vistelse som hon pratat med, men önskade att det senare skulle finnas grupper för förlossningsrädda kvinnor som man kan vända sig till där man kunde prata om sina upplevelser och dela sina tankar.

Diskussion

Förlossningsrädslans orsaker i detta resultat stämmer väl överens med tidigare forskning enligt Ryding & Sundell (2004) och Saisto & Helmesmäki (2003). Studien har även lyckats täcka in de flesta olika rädslor som enligt forskningen existerar. De rädslor som inte framkommit i denna studie är rädsla för sjukhus, rädsla för att hamna i depression efter förlossningen och rädsla för att dö under förlossningen. Varför dessa rädslor inte har framkommit hos respondenterna i denna studie kan förklaras med svårigheten att lyckas täcka in alla existerande rädslor med ett litet urval. Det som dock är värt att notera är att så många rädslor ändå har täckts genom ett urval i denna studie på endast åtta personer och att spridningen hos dessa personer varit stor när det gäller upplevda rädslor. Det som har framkommit som inte tidigare redovisats inom forskningen är den diffusa förlossningsrädslan, där kvinnan inte kan klargöra varför hon är rädd, utan bara att hon är rädd. Detta område skulle behöva vidare forskning och ställa sig frågan om det finns en förlossningsrädsla som inte har någon bakomliggande grund?

I den tidigare genomförda KUB-studien, så har det framkommit att de 3000 kvinnor som medverkade i studien var minst nöjda med vården på BB-avdelningen, vilket även gäller denna studie. Att respondenternas partner inte får stanna över natten har även påverkat vårdinställningen och upplevelsen av vården vilket också stämmer med KUB studien (Waldenström, 2007). De respondenter som varit missnöjda med vården på BB berättade att det är bemötandet från personalen som är det primära, både det direkta bemötandet i olika de vårdsituationerna men även efteråt, då man saknat eftersamtal. Det bemötande som respondenterna har varit missnöjda med har innefattat samtal om förlossningsförloppet, bemötande vid behov av hjälp i en vårdsituation och bemötande som gäller råd om barnets skötsel. Här skiljer sig respondenternas svar i förhållande till den tidigare forskningen, där det primära missnöjet är brist på samtal om känslomässiga omställningar, brist på samtal om samliv och kroppsliga omställningar efter förlossningen (Waldenström, 2007).

Samtliga respondenter har varit mycket positivt inställda de anställda barnmorskorna vid stödverksamheten för förlossningsrädda, vilket även redovisas i andra studier (Werner, 2004).

Alla skattade sin rädsla lägre, på en skala från 1-5 där 1 var lite ängslig och 5 mycket rädd, efter sina samtal med stödverksamheten. Dock skattade vissa respondenter sin rädsla för kejsarsnitt och vaginal förlossning olika beroende på vilken rädsla som var den primära när de sökte stöd. Det som kan ses är att vissa skattningar visar att rädslan för vaginal förlossning är konstant medan rädslan för kejsarsnitt sjunkit. Om detta beror på att respondenten har genomgått ett kejsarsnitt och fått erfarenhet kring ingreppet som även gör dem tryggare eller om det är stödverksamhetens påverkan som bidragit till den lägre skattningen är svår att avgöra. Det kan givetvis också röra sig om en kombination av dessa faktorer som gör att respondenterna skattar sin rädsla lägre.

Tidigare forskning visar genomgående att stödet är viktigt för kvinnor med förlossningsrädsla och att det ger kvinnorna en mer positiv upplevelse av förlossningen (Waldenström, 2007). Vilka faktorer som verkligen har minskat rädslan under stödsamtalen för förlossningsrädda är dock inte så väl belyst inom tidigare forskning. Respondenterna berättade i denna studie om basala faktorer som har påverkat rädslan att bli mindre, som att någon lyssnar, att man blir tagen på allvar och att man får bekräftat genom barnmorskorna att man inte ska behöva må dåligt under sin graviditet.

Att undersöka respondenternas känslor och förväntningar inför det första stödsamtalet och upplevt stödbehov är inte något som har blivit närmare belyst inom tidigare forskning, men som är betydelsefullt eftersom mycket viktig information kan framkomma om vad respondenterna haft för behov av stöd och vilket bemötande de upplever sig behöva.

Validitet. Undersökningsledaren upplevde att kvinnorna inte varit hämmade på något sätt under intervjuerna. Respondenterna pratade frispråkigt och öppet om deras förlossningsrädsla och upplevelser inom vården och redovisad flera upplevelser på detaljnivå. För många var det viktigt att berätta hela förloppet kring olika delar av sina upplevelser, vilket kan ha påverkat deras svar att bli mer svårtolkade. Två respondenter (R5 och R2) berättade mindre utförligt än övriga respondenter och hade inte lika mycket tankar kring sina upplevelser, vilket genererade i ett mindre material att analysera. Studien innefattade kvinnor i olika åldrar samt både förstföderskor och omföderskor, med olika förlossningserfarenheter och rädslor. Urvalet var dock mycket litet, endast åtta personer, vilket inte kan anses vara representativt för landets population. En kvalitativ studie som bygger på intervjuer av endast åtta personer kan givetvis inte utan vidare generaliseras till hela gruppen förlossningsrädda kvinnor. Målet för en kvalitativ studie är dock inte att generalisera resultatet till olika populationsgrupper utan att fördjupa sig i just den för studien valda målgruppen. Ändå finns skäl att anta att resultatet har en giltighet utöver just dessa undersökta kvinnor, dels genom överensstämmelsen med andra liknande studier i Skandinavien, dels genom att de erfarenheter deltagarna pekar på ter sig både rimliga och med betydelsefulla konsekvenser för hur ett bra bemötande i vården skall utformas.

Femtio kvinnor tillfrågades att medverka i studien varav åtta valde att delta. Att så få valde att delta kan bero på att kvinnor med förlossningsrädsla inte gärna vill prata om sin rädsla, då det kan innebära skam att känna rädsla inför sin förlossning eller att inte vilja riva upp traumatiska minnen om kring förlossningen. En annan faktor kan vara tidsbrist, att kvinnorna upplevt att de inte haft tid att medverka i studien. De kvinnor som valde att delta uppgav att de deltog för att de tyckte det var ett viktigt ämne som behövde vidare belysning.

Då alla respondenter i denna undersökning har vårdas vid samma lasarett så blir dock spridningen på erfarenheter av eftervård mer koncentrerad till det som respondenterna varit missnöjda med just vid detta lasarett. Om undersökningen hade innefattat respondenter som vårdas vid andra lasarett hade kanske erfarenheterna varit annorlunda av eftervården.

Intervjuguiden avsåg att täcka av respondenternas subjektiva upplevelser, stödbehov och kartlägga vilka rädslor som existerar bland förlossningsrädda samt i vilken mån kontakten med stödverksamheten mildrat rädslan. Intervjuguiden fungerade väl utifrån den psykologiska ansats som denna studie hade. Även om skattningarna handlar om en upplevelse vid en och samma tidpunkt efter förlossningen ger de ändå en bild av en positiv förändring ur respondenternas subjektiva synvinkel.

Då förlossningsrädsla alltid kommer att vara ett mångfacetterat ämne finns även behov av vidare forskning som belyser kvinnornas upplevelser av förlossningen, eftervården och stödet. Eftervård skulle vara ett intressant ämne att forska vidare inom då det verkar vara en viktig del av kvinnornas upplevelser. Det var inom detta ämne som respondenterna upplevde sig vara mest missnöjda med vad de erhöll. En fördjupning inom upplevelsers av eftervårdens betydelse för senare upplevd förlossningsrädsla skulle tillföra forskningen viktig information om eftervårdens påverkan på förlossningsrädslan bland kvinnor. Ämnet har det senaste åren blivit mer belyst både inom forskningen och i media. Dagens informationssamhälle spelar en viktig roll för oss människor som hela tiden är på jakt efter svar och olika alternativ. Förlossningsvårdens påverkan av denna utveckling har blivit att fler efterfrågar alternativ, kräver att själv få bestämma förlossningsätt och idag är mer kritisk till vårdexpertisen, både på gott och ont. Att generalisera och säga att så här ska det se ut för *alla* som kommer till BB med ett normalt förlossningsförlopp var tidigare en självklarhet. I dagens samhälle passar denna inställning inte för kvinnor som skall genomgå en förlossning. Man önskar sig full kontroll före och även under förlossningen, man vill helst kunna planera sin förlossning när det gäller förlopp och tidpunkt och man vill ha möjlighet att välja kejsarsnitt om man så önskar. När man skall beakta denna fråga och dess utveckling så är det viktigt att se till individens och individernas bästa, vilket även innefattar det ofödda barnets bästa. Vården förespråkar vaginal förlossning så långt detta är kliniskt möjligt vilket innebär att det inte finns någon/några fysiska faktorer som gör det omöjligt eller medför en stor risk att genomgå en vaginal förlossning. Det som inte har tagits i lika stor beaktning tidigare är den gravida kvinnans psykiska välmående under graviditeten och förlossningen, vilket även det är en viktig faktor för kvinnan och det ofödda barnets välmående. Vården har tagit ett stort steg närmare individuella lösningar genom att det finns många stödverksamheter för förlossningsrädda kvinnor oavsett vilka rädslor kvinnorna bär med sig. Att på detta sätt möta kvinnors rädslor och behov av stöd har redan nu visat sig ge ett gott resultat genom att dessa kvinnor känner sig tryggare, mer positivt inställda och tacksamma för stödet de erhållit från sjukvården.

Vården har gjort en betydande insats för de respondenter som medverkat i studien och deras rutiner för förlossningsrädda kvinnors bemötande innan förlossningen är väl utvecklat. Det som nu återstår för att den sista kedjan i länken inte skall brista är att utveckla eftervården och hur man bemöter de förlossningsrädda kvinnorna, främst de som genomgått ett kejsarsnitt. Så kanske ännu fler kvinnor kan känna sig trygga med all den vård de erhåller under sin graviditet och förlossning.

Referenser

- Björklund, U. (2004). Förlossningsrädsla. Svensk förening för obstetrik och gynekologi (Red.) *Förlossningsupplevelsen*. (ss 15-17). Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi.
- Canals, J., Esparó, G., & Fernández-Ballert, J. D. (2002). How anxiety levels during pregnancy are linked to personality dimensions and sociodemographic factors. *Personality and Individual Differences*, 33, 253-259.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R., & Bendell, D. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. *Depression and Anxiety*, 17, 140-151.
- Hiroi, R., & Neumaier, J. F. (2006). Differential effects of ovarian steroids on anxiety versus fear as measured by open field test and fear-potentiated startle. *Behavioural Brain Research*, 166, 93-100.
- Huizink, A. C., Mulder, E. J. H., Robles de Medina, P. G., Visser, G. H. A., & Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*, 79, 81-91.
- Jomeen, J., & Martin, C. M. (2005). Self-esteem and mental health during early pregnancy. *Clinical effectiveness in nursing*, 9, 92-95.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2001). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Paoletti, A. M., Romagnino, S., Contu, R., Orrù, M. M., Marotto, M. F., Zedda, P., Lello, S., Biggio, G., Concas, A., & Melis, G. B. (2006). Observational study on the stability of the psychological status during normal pregnancy and increased blood levels of neuroactive steroids with GABA-A receptor agonist activity. *Psychoneuroendocrinology*, 31, 485-492.
- Ryding, E. L., & Sundell, G. (2004). Förlossningsrädsla. Svensk förening för obstetrik och gynekologi (Red.), *Definitioner och diagnostik* (ss. 7-13). Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi.
- Ryding, E. L., Wijma, B., & Wijma, K. (1997). Posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96, 856-861.
- Saisto, T., & Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 82 201-208.
- Skott, C. (2004). *Berättelsens praktik och teori, narrative forskning. I ett hermeneutiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur
- Stoppel, C. A., Albrecht, H-C. P., & Stork, O. (2006). Genes and neurons: Molecular insights to fear and anxiety. *Genes, Brain and Behavior*, 5, 34-47.
- Striegel-Moore, R. H., Goldman, S. L., Garvin, V., & Rodin, J. A. (1996). A prospective study of somatic and emotional symptoms of pregnancy. *Psychol Women Q*, 20, 393-408.
- Strous, R. D., Maayan, R., & Weizman, A. (2005). The relevance of neurosteroids to clinical psychiatry: From the laboratory to the bedside. *European Neuropsychopharmacology*, 16, 155-169.
- Svensson, P-G., & Starrin, B. (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Waldenström, U. (2007). *Föda barn*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.
- Webster, J., Linnane, J. W. J., Dibley, L. M., Hinson, J. K., Starrenburg, S. E., & Roberts, J. A. (2000). Measuring social support in pregnancy: Can it be simple and meaningful? *Birth*, 27,

97-101.

Weisberg, R. B., & Paquette, J. A. (2002). Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women. *Womens health issues, 12*, 32-36.

Werner, A. (2004). Förlossningsrädsla. Svensk förening för obstetrik och gynekologi (Red.), *Auroraverksamheten*, (ss 25-29). Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi.