

# Orsaker till rädsla under förlossningen

- En populationsstudie med kvinnor  
i Göteborgsområdet

<b>FÖRFATTARE</b>	Susanne Grundin Elin Svensson
<b>PROGRAM/KURS</b>	Barnmorskeprogrammet/ Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa 15Hp, RPH 100  HT 2010
<b>OMFATTNING</b>	15 högskolepoäng
<b>HANDLEDARE</b>	Marie Berg
<b>EXAMINATOR</b>	Anna Dencker

Sahlgrenska akademien

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa



*Ett stort tack till vår handledare Marie Berg för bra handledning  
och gott stöd under arbetet med denna  
magisteruppsats.*

*Och ett stort tack  
till vår examinator Anna Dencker.*

Titel (svensk):	Orsaker till Rädsla under förlossningen – En populationsstudie med kvinnor i Göteborgsområdet
Titel (engelsk):	Reasons for fear during childbirth – A population based study with women in the Gothenburg area
Arbetets art:	Självständigt arbete - magisteruppsats
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Barnmorskeprogrammet, 90 högskolepoäng/ Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa RPH 100
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	40 sidor
Författare:	Susanne Grundin & Elin Svensson
Handledare:	Marie Berg
Examinator:	Anna Dencker

---

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** En negativ förlossningsupplevelse kan resultera i sekundär förlossningsrädsla. Detta gör det viktigt att identifiera vilka faktorer som bidrar till rädsla under förlossningen. Detta är mycket lite utforskat. **Syfte:** Syftet var att kartlägga förekomst av och orsaker till rädsla under förlossningen hos kvinnor i Göteborgsområdet. **Metod:** Analys av en fråga ur en redan genomförd enkätstudie utfördes med kvalitativ innehållsanalys samt kvantifiering av förekomst, kategorier och underkategorier. **Resultat:** Nästan två tredjedelar av kvinnorna upplevde rädsla under förlossningen. Analysen resulterade i åtta kategorier som beskrev orsaker till rädsla under förlossningen. Kategorierna var; Smärta, Komplikationer under förlossningen, Egen förmåga, Förlossningsförlopp, Erfarenhet, Utsatt situation, Sjukhusmiljö och Fel på barnet. **Konklusion:** Det är samma faktorer som orsakar förlossningsrädsla under graviditet och rädsla under förlossningen. Därför är det viktigt att som barnmorska arbeta förebyggande, både inom mödrahälsovård och på förlossningen med hjälp av information och stöd.

**Nyckelord:** Rädsla under förlossning, förlossningsrädsla, förekomst av rädsla under förlossningen

## **ABSTRACT**

**Background:** A negative birth experience can result in secondary fear of childbirth. This makes it important to identify which factors contribute to fear during childbirth. These factors are not well explored. **Aim:** The aim was to study the incidence and causes of fear during childbirth among women in the Gothenburg area. **Method:** Analysis of a question from a completed questionnaire study was conducted using qualitative content analysis and also quantification of frequency, categories and subcategories. **Results:** Nearly two-thirds of the women experienced fear during childbirth. The analysis resulted in eight categories that described the causes of fear during childbirth. The categories were; Pain, Complications during childbirth, Self ability, The course of delivery, Experience, Vulnerability, Hospital environment and Something wrong with the child. **Conclusion:** It is the same factors that cause fear of childbirth during pregnancy and fear during childbirth. Therefore it is important for midwives to take preventative measures, both in antenatal care and at the maternity ward, such as give the women information and support.

**Keywords:** Fear during childbirth, fear of childbirth, occurrence of fear during childbirth.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING .....	2
BAKGRUND .....	2
FÖRLOSSNINGSRÄDSLÅ .....	2
Historik .....	2
Begreppet förlossningsrädsla .....	3
TIDIGARE FORSKNING OM FÖRLOSSNINGSRÄDSLÅ .....	4
Förekomst av förlossningsrädsla .....	4
Vad orsakar förlossningsrädsla? .....	4
Förlossningsrädslans samband med kejsarsnitt .....	6
Förlossningsrädslans konsekvenser .....	6
Att vårda kvinnor med förlossningsrädsla .....	7
Verksamheter för förlossningsrädsla .....	7
Barnmorskans roll i vården av förlossningsrädda kvinnor .....	7
Att förebygga sekundär förlossningsrädsla .....	10
PROBLEMFÖRMULERING .....	11
SYFTE .....	11
METOD .....	11
PUF-STUDIEN .....	11
URVAL OCH DATA .....	12
ANALYS .....	14
Analys av den strukturerade frågan .....	14
Analys av den öppna frågan .....	14
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN .....	15
Risk-nytta analys .....	17
PUF-studien .....	17
Analys av påståendet kring rädsla under förlossningen .....	18
RESULTAT .....	19
ÅLDER, PARITET OCH FÖREKOMST AV RÄDSLÅ .....	19
ORSAKER TILL RÄDSLÅ UNDER FÖRLOSSNINGEN .....	20
Smärta .....	22
Komplikationer under förlossningen .....	23
Egen förmåga .....	24
Förlossningsförlopp .....	26
Erfarenhet .....	27
Utsatt situation .....	29
Sjukhusmiljö .....	29
Fel på barnet .....	30
DISKUSSION .....	30
METODDISKUSSION .....	30
RESULTATDISKUSSION .....	33
Konklusion .....	36
Uppdelning av arbetet .....	36
REFERENSLISTA .....	37
BILAGOR	
Bilaga 1	
Bilaga 2	

## **INLEDNING**

Enligt den svenska State of the art för handläggning av normal förlossning från 2001 anges att målet med handläggningen av en så kallad "normal förlossning" ska resultera i att en kvinna föder ett friskt barn samt att kvinnan ska få en positiv förlossningsupplevelse (1). Förlossningsrädsla påverkar kvinnors vardagliga liv negativt och orsakar lidande i en mer eller mindre stor utsträckning och innefattar en tydlig rädsla och oro inför förlossningen (2). Under år 2004 hade fem procent av gravida kvinnor i sen graviditet behandlingskrävande förlossningsrädsla och de som fött barn tidigare var överrepresenterade (3), vilket kan tolkas som att den föregående förlossningen hade bidragit till förlossningsrädslan.

Det är viktigt att motverka faktorer som leder till en negativ förlossningsupplevelse eftersom det kan orsaka sekundär förlossningsrädsla (3). Konsekvenser av sekundär förlossningsrädsla kan bli att kvinnan inte vågar bli gravid igen (3), risk för förlängt värbete och/eller att förlossningen avslutas med akut kejsarsnitt (4). Som blivande barnmorskor med uppgift att handlägga förlossningar är vi intresserade av att ta reda på vad som orsakar rädsla under förlossningen hos kvinnor, bosatta i Sverige. Detta för att med hjälp av denna kunskap kunna motverka faktorer som leder till rädsla under förlossningen.

## **BAKGRUND**

### **FÖRLOSSNINGSRÄDSLÅ**

Att vara gravid och föda barn är en central händelse i livet och även en upplevelse med många olika dimensioner. Det är normalt att glädje och förväntan växlar med oro och ångslan under graviditetens framåtskridande. För vissa kvinnor tar oron och ångslan över och uttrycks då som förlossningsrädsla (5).

### **Historik**

Förlossningen har i alla tider varit en existentiellt laddad situation. Rädslan för att något som står utanför ens kontroll ska hända i samband med förlossning finns hos alla kvinnor. Förr i tiden kanaliserades rädslan kring barnafödandet genom många ritualer

som omgav graviditet och förlossning. Det var ofta en barnmorska som var kunnig i dessa ritualer. Under 1700-1800 talet blev barnafödandet på allvar en medicinsk företeelse och förlossningskonsten blev en medicinsk vetenskap, obstetrik. I det västerländska samhället har dessa traditionella ritualer mot rädsla försvunnit i takt med att födandet sker på sjukhus istället för i hemmet (6).

Under 40-talet myntade förlossningsläkaren Grantly Dick Read begreppet "Föda utan fruktan". Han menade att förlossningsrädslan orsakas av missuppfattningar, otillräcklig kunskap eller ren vidskepelse, samt att det för att kunna föda är nödvändigt att avlägsna rädslan. Han blev förlossningsförberedelsens revolutionär och hans metod för att minska kvinnors rädsla var att ge dem upplysning, information om fysisk aktivitet och psykologiskt stöd under förlossningen (5).

Riksdagen fastslog år 1976 att kvinnor har rätt till smärtlindring under förlossningen (7) och i samband med detta utvecklades psykoprofylax inför förlossning genom barnmorskan Signe Jansson. Detta för att öka möjligheten för kvinnor att få en positiv upplevelse av förlossningen (5) med hjälp av andnings- och avslappningsövningar (8). Denna metod spred hon sedan vidare till landets alla barnmorskor (5).

### **Begreppet förlossningsrädsla**

Det råder idag ingen konsensus kring hur begreppet förlossningsrädsla ska definieras (2). Enligt Nilsson, Bondas och Lundgren används termen förlossningsrädsla främst när gravida kvinnor uttrycker rädsla inför förlossningen (9). Det förekommer både primär och sekundär förlossningsrädsla. Den primära förlossningsrädslan uppstår innan kvinnan har fött barn och den sekundära förlossningsrädslan uppkommer efter en tidigare traumatisk förlossningsupplevelse (10).

Enligt Ryding och Sundell (3) kan förlossningsrädsla delas in i svår förlossningsrädsla, förlossningsfobi, måttlig eller lätt/lindrig förlossningsrädsla. Svår förlossningsrädsla är en rädsla inför, under och efter förlossningen vilken medför att kvinnor inte vågar bli gravida, föda vaginalt eller påverkar kvinnors psykiska välbefinnande vilket kan hämma dem i sin vardag. Förlossningsfobi är en undergrupp till svår förlossningsrädsla och innebär att rädslan är extremt svår/ fobisk. Vid måttlig förlossningsrädsla har kvinnan en oro som är svår att hantera utan hjälp och stöd, men där kvinnan inte mår psykiskt

dåligt hela tiden. Slutligen innebär lätt/lindrig förlossningsrädsla en oro som kvinnan kan hantera och som hjälper henne att göra sig redo inför förlossningen (3).

## **TIDIGARE FORSKNING OM FÖRLOSSNINGSRÄDSLÅ**

Till detta avsnitt valdes 16 artiklar ut, efter artikelsökning i databaserna PubMed, Cinahl och Scopus, i avsikt att identifiera främst tidigare forskning genomförd i Sverige.

Sökorden som användes var: fear of childbirth, traumatic birth experience och traumatic birth. För att få vetenskapliga artiklar avgränsades sökningarna med kriterierna "peer reviewed" och "research article". Titlarna lästes igenom, därefter lästes abstract till relevanta titlar och empiriska artiklar valdes ut. Av artiklarna var det två som togs fram med hjälp av utvalda artiklars referenslistor samt två artiklar ur en referenslista i en bok om förlossningsrädsla. En artikel hittades efter sökning i Scopus på författarnamn. Sammanlagt blev det 13 artiklar från Sverige, en från Finland, en från Schweiz och en svensk/dansk. Den finska och den schweiziska artikeln valdes ut på grund av att de förekom som referens i många av artiklarna som lästes igenom. Av artiklarna som valdes ut var sju kvantitativa enkätstudier, åtta kvalitativa intervjustudier samt en review artikel.

### **Förekomst av förlossningsrädsla**

Förekomst av förlossningsrädsla beskrevs i fyra artiklar; Enligt en kvalitativ intervjustudie gjord i Sverige 1981 framkom det att cirka sex procent av de gravida kvinnorna var svårt förlossningsrädda (11). Senare studier gjorda i Finland, Schweiz och Sverige visade att fem till tio procent av gravida kvinnor hade svår förlossningsrädsla (12-14). Andelen kvinnor med måttlig förlossningsrädsla varierar något i olika studier men låg runt 17-20 % (11, 13). De fyra studierna omfattade både förstföderskor och omföderskor (11-14).

### **Vad orsakar förlossningsrädsla?**

I tidigare studier har det framkommit att långsam progress i förlossningsarbetet och rädsla för uppkomst av skador på barnet eller kvinnan (12, 15), smärta, rädsla för att barnet eller kvinnan ska dö under förlossningen, känslan av att förlora kontrollen över sin kropp och sitt förnuft eller att inte klara av att föda fram barnet var faktorer som orsakar kvinnors förlossningsrädsla (12,15,16). Ryding fann i en studie att bland annat



vaginala bristningar och rädsla för att drabbas av postpartum depression var källor till förlossningsrädsla (17).

Kejsarsnitt, instrumentell förlossning, EDA, generell anestesi, känslan av att vara helt beroende av andra och rädsla över att bli lämnad ensam var andra företeelser som orsakade förlossningsrädsla (12). Vidare framkom det att kvinnorna var rädda för att inte bli bemötta med respekt av personalen och/eller inte få vara delaktiga i viktiga beslut (9,18) samt bristande tillit till personalen (16). Detta var i överrensstämmelse med vad barnmorskor och obstetiker ansåg orsaka kvinnors förlossningsrädsla, som framkom av en svensk kvalitativ studie. De faktorer som framkom var smärta i samband med förlossningen, rädsla för att bli dåligt bemötta, behöva visa sig nakna och vara beroende av andra (19).

Eriksson, Westman och Hamberg fann i en svensk enkätstudie att upplevda faktorer som associerades med förlossningsrädsla var utsatthet och underlägsenhet, kommunikationssvårigheter, samhällets förväntningar om att graviditet och förlossning ska vara harmoniska samt upplevelse av osäkerhet och fara (15). I fem av dessa sju studier hade forskarna tillfrågat informanterna om deras rädsla under graviditeten (9,12,16,17,19) samt i två av studierna där informanterna tillfrågades om förlossningsrädsla efter att barnet var fött (15,18).

Vissa personlighetsdrag som var signifikant relaterade till gravidas tendens att utveckla förlossningsrädsla var: orosbenägenhet, personer som lätt upplever tristess och personer som är lätt irriterbara. Kvinnor som haft problematiska relationer i barndomen, lider av asteni (brist på psykisk energi) och/eller som har en svår förlossningsrädsla, riskerar att få en mer negativ förlossningsupplevelse (20).

Waldenström, Hildingsson och Ryding har gjort en svensk enkätstudie, där de studerat egenskaper hos kvinnor med förlossningsrädsla i andra trimestern. De upptäckte att dessa kvinnor till en större utsträckning var arbetslösa, sjukskrivna, rökare, hade en icke svensktalande bakgrund och att graviditeten upplevdes vara mindre välkommen än hos kvinnor utan förlossningsrädsla. En stor del av dessa kvinnor upplevde ett litet eller inget stöd från sin partner. De var även mer oroliga och flera av kvinnorna hade symptom

på depression. Av omföderna i denna grupp var det en stor andel som tidigare hade haft ett akut kejsarsnitt och en negativ upplevelse av sin senaste förlossning (21).

### **Förlossningsrädslans samband med kejsarsnitt**

Forskning har påvisat att det finns ett samband mellan förlossningsrädsla och kejsarsnitt. Bland annat har det framkommit att hos omföderna är ett tidigare kejsarsnitt den enda faktorn som kan förutse förlossningsrädsla. Bland förstföderna är förlossningsrädsla den enda faktorn som kan förutspå om kvinnorna föredrar kejsarsnitt framför en vaginal förlossning. Hos omföderna bidrar följande faktorer till att gravida föredrar ett kejsarsnitt; förlossningsrädsla, tidigare kejsarsnitt och en tidigare instrumentell förlossning (14). Förlossningsrädsla har visat sig leda till en högre andel elektiva kejsarsnitt men med hjälp från verksamheter för förlossningsrädda kan rädslan minska och leda till en bättre förlossningsupplevelse (21).

### **Förlossningsrädslans konsekvenser**

I en kvalitativ intervjustudie framkom det att kvinnorna kände sig ensamma i sin rädsla på grund av att de inte kände stöd och förståelse från omgivningen (22). De upplevde att samhället inte respekterade deras förlossningsrädsla (22-23) och de fick en känsla av osäkerhet och underlägsenhet jämfört med andra gravida kvinnor (15,22-23). Kvinnorna ansåg det vara svårt att tala om sin rädsla. De var bland annat oroliga för att belasta andra, bli missförstådda och inte tagna på allvar. Att tala om sin rädsla gjorde rädslan mer intensiv (23). En annan studie bekräftade att kvinnorna hade svårt att tala om sin förlossningsrädsla men att de samtidigt uttryckte ett behov av att tala om sin rädsla (15).

Forskning har även visat att kvinnor som är förlossningsrädda under senare delen av graviditeten upplever en högre grad av rädsla under förlossning och postpartum-tid än kvinnor som inte är förlossningsrädda (24). I en studie av Nilsson et al. (9) undersöktes vilken betydelse den tidigare förlossningsupplevelsen hade för en grupp svårt förlossningsrädda kvinnor som var gravida med sitt andra barn. Den tidigare förlossningen ledde till fastetsade minnen i form av rädsla, chock, oro, ensamhet, ilska, sorg, misstro till sin förmåga att föda och misstro mot vårdpersonalen (9).

## **Att vårda kvinnor med förlossningsrädsla**

### ***Verksamheter för förlossningsrädsla***

Det råder oenighet i dagens forskning kring vilken och hur stor effekt verksamheter för förlossningsrädsla, som på vissa orter i Sverige benämns Auroraverksamhet, har på de förlossningsrädda kvinnorna. En studie visade att rådgivning under den senare delen av graviditeten (graviditetsvecka 34-37) inte fullständigt lindrade förlossningsrädslan (20).

I en annan studie var de gravida som fick konsultation för sin förlossningsrädsla lika nöjda med sin förlossning som icke förlossningsrädda kvinnor, oavsett om förlossningen avslutades vaginalt eller med ett elektivt kejsarsnitt. Däremot var gruppen förlossningsrädda som inte fått någon konsultation mer missnöjda med sin förlossningsupplevelse än icke förlossningsrädda. Detta innebar att Auroraverksamheten bidrog till en bättre förlossningsupplevelse, medan obehandlad rädsla hade en negativ inverkan på förlossningsupplevelsen. Samma studie kunde inte påvisa något samband mellan förlossningsrädsla och andelen akuta kejsarsnitt som utförs, men gravida som fick hjälp hos en Auroraverksamhet, hade en högre andel elektiva kejsarsnitt än förlossningsrädda som inte fick någon hjälp (21).

### ***Barnmorskans roll i vården av förlossningsrädda kvinnor***

I Sverige har andelen kvinnor som söker hjälp för sin förlossningsrädsla ökat. Denna ökning behöver inte bero på att fler kvinnor är förlossningsrädda utan att stödet till dessa kvinnor har blivit bättre (25). Det var i slutet av 1980-talet som förlossningsrädsla fick ökad uppmärksamhet och Auroraverksamheter startades på några kliniker i Sverige, för att hjälpa kvinnor med stark förlossningsrädsla (26). Namnet Aurora betyder morgonrodnad och syftar till att ge kvinnor ljusare tankar om förlossningen (27). Under 1990-talet öppnades ytterligare liknande verksamheter på Sveriges kvinnokliniker.

Måttlig och stark förlossningsrädsla behandlas på Auroramottagningar med stödjande samtal under graviditeten i syfte att kvinnan och hennes partner ska få en så bra förlossningsupplevelse som möjligt oavsett vilket förlossningssätt det blir (26). Samtalen ska även resultera i att kvinnan ska kunna föda i trygghet (27). Den gravida kvinnan får träffa en barnmorska eller en läkare för enskilda samtal som fokuserar på information runt födandet och kvinnans rädsla. Behandlingen kan även behöva bestå av

obstetriska åtgärder som till exempel en planerad induktion och information om lämplig anestesi under förlossningen (28).

Personalens förhållningssätt vid Auroramottagningen är präglad av respekt och öppenhet inför kvinnans situation. Kvinnor med sekundär förlossningsrädsla har behov av att berätta om den traumatiska förlossningen för någon som lyssnar aktivt samt att ha någon att dela rädslan med, vilket möjliggör bearbetningen av upplevelsen. Samtalen förs på den klinik där kvinnan ska föda då det underlättar för kvinnan att känna till lokalerna när hon väl ska föda (28).

Kvinnor med svår förlossningsrädsla upplever en känsla av ensamhet, utsatthet och tycker det är svårt att tala om rädslan inför förlossningen. Stödet från barnmorskorna inom mödrahälsovården, på Auroramottagningen, förlossningsavdelningen och/eller BB-avdelningen är därför viktigt då det kan bryta kvinnans ensamhet, läka en tidigare svår förlossningsupplevelse och hjälpa kvinnan att ta sig igenom sin svåra situation (28). Dessa kvinnor är en mycket sårbar grupp och trots eventuell behandling vid Auroramottagningar kan det vara svårt att möjliggöra samma positiva förlossningsupplevelse, som för en kvinna som inte är förlossningsrädd. Barnmorskan är expert på omvårdnad under graviditet och förlossning och två av barnmorskans viktigaste uppgifter i arbetet med förlossningsrädda kvinnor är att lyssna på och lindra kvinnornas rädsla. Kvinnorna ska kunna känna sig förstådda, bli lugnade och uppleva sig delaktiga i planeringen av sin kommande förlossning (29).

Inom mödravården är det viktigt att fånga upp de kvinnor med primär och sekundär förlossningsrädsla så tidigt som möjligt för att kunna hjälpa dem på bästa sätt genom rätt behandling. Det görs med hjälp av frågor om tankar och strategier rörande akuta obstetriska situationer och åtgärder, om smärta samt genom att barnmorskan uppmuntrar till avslappningsmetoder och icke-farmakologisk smärtlindring (30). Oro och även måttlig förlossningsrädsla kan många gånger handläggas inom mödrahälsovården vilket kan fordra tid utöver basprogrammet med den patientansvariga barnmorskan (31).

Om kvinnan har en sekundär förlossningsrädsla med en tidigare traumatiskt förlossningsupplevelse bakom sig kan det vara bra att ha ett läkarsamtal där man i lugn

och ro kan gå igenom kvinnans tidigare journal. Att paret deltar i föräldragrupp på mödrahälsovården kan rekommenderas i förlossningsförberedande syfte, likaså eventuell profylaxkurs eller gravidyoga. Om paret inte vill delta i föräldragrupp bör de erbjudas samma information men enskilt med den patientansvariga barnmorskan (31). Värdefullt för många kvinnor är att få sammanfatta sina tankar och önskemål inför förlossningen, men det har sina begränsningar (30). I en svensk kvantitativ enkätstudie visades att en förlossningsplan inte förbättrade förlossningsupplevelsen (32).

I mötet med den förlossningsrädda kvinnan på förlossningsavdelningen är det viktigt att barnmorskan förmedlar respekt för kvinnans situation, ger information och lyssnar till kvinnan vilket ger kvinnan en känsla av trygghet. Det är viktigt att barnmorskan läser förlossningsbrevet som kvinnan eventuellt har med sig och sedan bekräftar att hon läst det genom att diskutera det med henne. Att barnmorskan kan vara inne hos den födande kvinnan och hjälpa henne under förlossningen skapar trygghet och hjälper till att skapa en positiv upplevelse av förlossningen vilken i sin tur kan läka kvinnans förlossningsrädsla (28).

Kontakten med barnmorskan på Auroramottagningen är viktig då den ger stöd, kunskap om den stundande förlossningen och ger kvinnan en bekräftelse i sin vilja att föda. Ett positivt möte mellan barnmorska och kvinna kan leda till vägen som återskapar kvinnans tillit till hennes förmåga att föda barn. På så vis kan chansen att uppleva en bra förlossning öka samt att uppkomsten av eventuellt lidande under förlossningen kan minska (22). De flesta kvinnorna anser att en intresserad och förstående barnmorska är en förutsättning för att möjliggöra för dem att uttrycka och tala om sin rädsla (23). Däremot påvisade en studie att förlossningsrädslan inte blev mindre om kvinnan träffade samma barnmorska i mödravården och på förlossningsavdelningen (33).

I en svensk kvalitativ intervjustudie upplevde en del kvinnor att deras rädsla hade nonchalerats av barnmorskan inom mödravården eller att deras rädsla inte hade tagits på allvar och/eller att de fått olämpliga svar i stil med att ”kvinnor har fött barn i alla tider” (23). I en annan kvalitativ intervjustudie framkom det att kvinnorna upplevde stödet inom mödravården och på förlossningsavdelningen som minimalt och att det bristande stödet bidrog till känslan av att vara ensam. Personalen visade ingen sympati för kvinnornas förlossningsrädsla och var undvikande i sin attityd och viljan om att prata

om de gravidas förlossningsrädsla (22). Nilsson et al. fann i en studie att kvinnor med sekundär förlossningsrädsla, vid sin första förlossning upplevt att barnmorskan inte var närvarande, inte gav ett tillräckligt stöd i form av engagemang och uppmuntran och kommunikationssvårigheter med personalen. Alla dessa faktorer bidrog till förlossningsrädseln (9).

### ***Att förebygga sekundär förlossningsrädsla***

Under sin yrkesutövning har barnmorskor en unik kompetens och möjlighet att kunna förmedla den kvinnliga kroppens förmåga att föda, fostra, älska och föra livet vidare. Då barnmorskan möter kvinnor på olika arenor (bland annat ungdomsmottagning, mödrahälsovård och förlossning) finns det möjlighet att överföra denna kunskap till kvinnorna om kvinnans styrka och förmåga och därmed bidra till att undanröja rädslan för att föda (5).

Barnmorskan bör vara medveten om att kvinnan i en förlossningssituation är utsatt och sårbar på ett sätt som hon kanske aldrig tidigare har upplevt. Viktigt är också att barnmorskan visar förståelse för kvinnan och ger henne stöd. Det är lika viktigt att visa respekt för kvinnan som behöver visa sina mest intima delar och utföra sina mest intima behov inför andra som hon inte känner (34). Vidare är det viktigt att vara lyhörd för kvinnans önskemål och kunna vägleda kvinnan genom förlossningen, möta kvinnan där hon är och låta henne själv ge uttryck för sina behov för att känna sig trygg under förlossningen (5).

Det är för barnmorskan viktigt att skapa förtroende och tillit mellan sig själv och kvinnan som ska föda. Detta för att kunna inge trygghet och för att den födande kvinnan ska kunna lita på att barnmorskan kommer att hjälpa henne på bästa sätt. Det är även viktigt att kvinnan har en lugn och harmonisk miljö att föda i som inger trygghet, vilket kan underlätta förlossningsprocessen och skapar en positiv upplevelse av förlossningen (5).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Den i bakgrunden redovisade litteratur- och forskningsgenomgången visar att det idag finns en hel del forskning om förlossningsrädsla, om dess förekomst, orsaker, samt dess relation till kejsarsnitt och personlighetsdrag hos kvinnorna med ökad risk att utveckla förlossningsrädsla. Riskfaktorer för förlossningsrädsla, konsekvenser av förlossningsrädsla, hur dessa kvinnor handskas med rädslan och hur personalen påverkar deras situation har det också forskats på. Det är dock inte så väl studerat vad som orsakar rädsla under förlossningen, vilket är viktiga faktorer att ta hänsyn till vid vård under förlossning.

## **SYFTE**

Syftet är att kartlägga förekomst av och orsaker till rädsla under förlossningen hos kvinnor i Göteborgsområdet. Centrala frågeställningar är:

1. I vilken frekvens förekommer rädsla under förlossningen hos kvinnor bosatta i Göteborgsområdet.
2. Vad orsakar rädsla under förlossningen hos kvinnor bosatta i Göteborgsområdet.

## **METOD**

### **PUF-STUDIEN**

Mellan år 2000-2001 genomförde barnmorskorna Marie Berg, Ingela Lundgren och Karin Nyberg en interventionsstudie i Göteborg. Studien heter "Kan en vårdplan förbättra kvinnors upplevelse av förlossningen? - en interventionsstudie i Göteborg". Syftet var att se huruvida en vårdmodell kunde ge kvinnan en mer positiv upplevelse av förlossningen. Studien gick även under namnet, "Positiv Upplevelse av Förlossningen" (PUF-studien). Inklusionskriterier var att kvinnorna skulle genomgått basprogrammet i mödravården på någon av de sju utvalda mödravårdscentralerna i Göteborg, samt ha fött på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU)/Östra (ÖS). Denna studie resulterade i två artiklar, vars metodbeskrivning vi utgår ifrån vid beskrivning av PUF-studien.

En vecka postpartum fick en kontrollgrupp besvara en enkät om hur de upplevt förlossningen. Datainsamlingen för kontrollgruppen skedde mellan april-augusti 2000

och alla som födde barn på SU/ÖS fick erbjudande om att delta. Enkäten hade specialkonstruerats för studien och byggde på forskarnas tidigare gjorda forskning, vilket beskrivs i de två artiklarna från PUF-studien (32,35) samt på genomgång av annan publicerad forskning om kvinnors förlossningsupplevelser. Mellan november 2000 till juli 2001 insamlades material till en interventionsgrupp. Interventionen innebar att alla kvinnor som vårdades under graviditeten på någon av sju utvalda mödrahälsovårdscentraler blev erbjudna att delta i studien. Exklusionskriterier var planerat elektivt kejsarsnitt, avsaknad av kunskaper att förstå och kunna uttrycka sig på svenska språket, intrauterin fosterdöd, samt kvinnor som planerade föda barn på SU/Möndal.

Interventionsgruppen fick genomgå en vårdmodell som innefattade ett frågeformulär som de fick runt graviditetsvecka 33 som berörde känslor, behov och önskemål inför förlossningen. Vid nästa besök formulerade varje kvinna, tillsammans med barnmorskan en vårdplan inför förlossningen och denna lämnades sedan till ansvarig barnmorska på förlossningsavdelningen. En vecka postpartum fick kvinnorna i interventionsgruppen fylla i samma enkät som kontrollgruppen om hur de upplevt förlossningen. Hur många kvinnor som tillfrågades är oklart, men det framgår i artiklarna att svarsfrekvensen i kontrollgruppen var 91 procent (n=271) respektive 98 procent (n=271) i interventionsgruppen, vilket resulterade i sammanlagt 542 besvarade enkäter (32,35). För forskningspersonsinformation se bilaga 1.

## **URVAL OCH DATA**

Till denna studie har fråga 34 från PUF-studien analyserats. Denna fråga har aldrig tidigare presenterats. Frågan är utformad som två påståenden och kommer från enkäten som fylldes i postpartum, för frågans utformning se figur 1. Interventionsgruppen och kontrollgruppen slogs ihop och de 542 enkätsvaren behandlades som en helhet. Frågan består av två delar, en strukturerad fråga med sex fasta svarsalternativ i en likertskala samt en öppen fråga avseende orsaker till rädsla under förlossningen. Kvinnorna hade i den öppna delen möjlighet att kryssa i en ruta om de inte visste orsaken till sin rädsla.



34. Under förlossningen kände jag rädsla för att föda	1 Stämmer inte alls	2	3	4	5	6 Stämmer helt
Orsaken till min förlossningsrädsla var:						
_____						
_____						
_____						
Vet ej orsaken till min rädsla <input type="checkbox"/>						

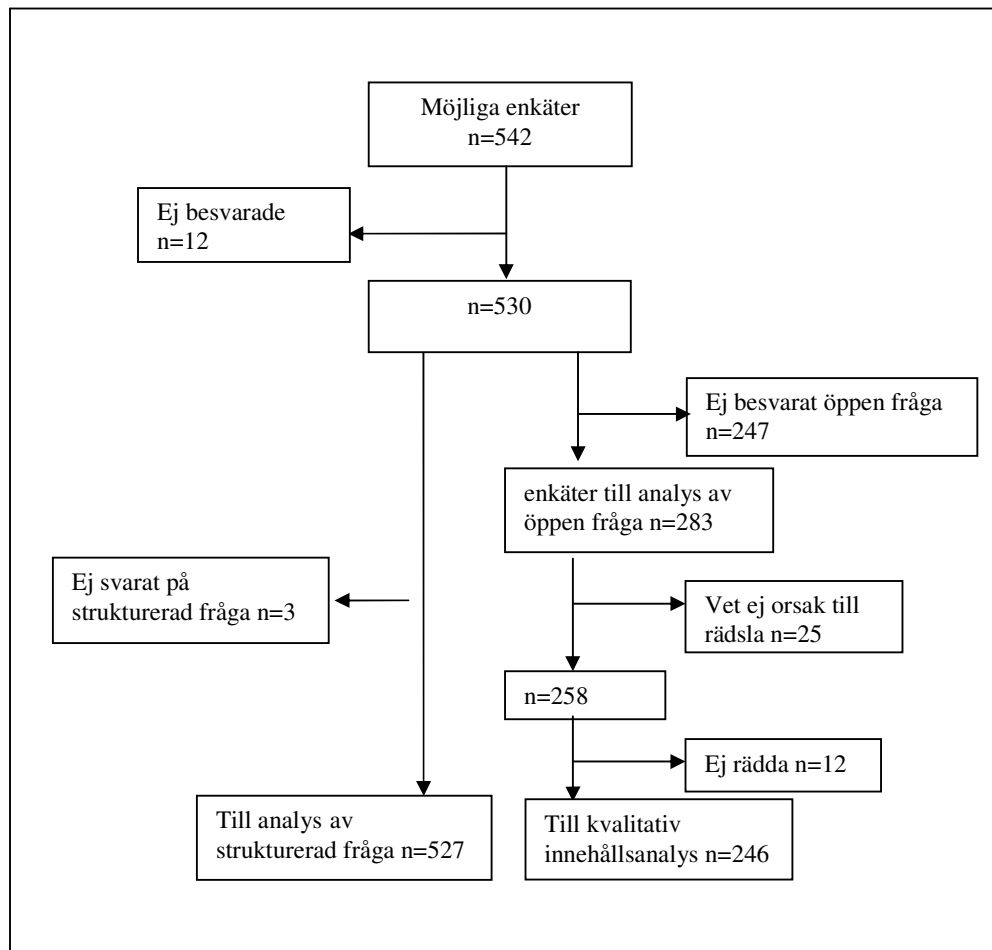
**Figur 1.** Enkätfråga 34 i PUF-studien.

Inklusionskriterierna för analys var att kvinnorna skulle ha svarat på en av de två delarna av frågan, eller båda. Efter en första genomgång exkluderades 12 enkäter, elva på grund av att frågan ej var besvarad och den 12:e på grund av att två svarsalternativ angivits på första delen av frågan. Möjliga enkätsvar för denna analys var sålunda 530 (98 %) enkäter av de 542 enkätsvaren som fanns att tillgå.

Från de 530 exkluderades tre enkäter från analysen av den strukturerade frågan, på grund av att deltagarna inte fyllt i den strukturerade frågan med fasta svarsalternativ. Detta resulterade i att totalt 527 (97 %) enkäter användes till analysen av det strukturerade påståendet.

Vid analysen av den öppna frågan inkluderades alla som hade svarat på den öppna delen av påståendet, vilket resulterade i 283 enkätsvar. Vid den kvalitativa innehållsanalysen start exkluderades 25 enkäter, då kvinnorna inte visste orsaken till rädslan. Ytterligare 12 enkätsvar exkluderades på grund av att det i de meningsbärande enheterna framgick att dessa kvinnor inte var rädda. Materialet bestod slutligen av 246 (45 %) enkäter.

För ett detaljerat flödesschema över vilka enkäter som låg till grund för analys av den strukturerade frågan och den öppna frågan se figur 2.



**Figur 2.** Flödesschema över inkluderad enkäterna till analyserna.

## ANALYS

### Analys av den strukturerade frågan

Till analysen av det strukturerade påståendet användes datorprogrammen Microsoft Office Excel 2007 (Excel) samt The Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 17.0. Den redan insamlade datan matades in i ett kalkylblad i Excel som sedan exporterades till SPSS för analys. Följande variabler analyserades; ålder, paritet samt det strukturerade påståendet.

### Analys av den öppna frågan

Den öppna delen av frågan analyserades med kvalitativ innehållsanalys som fokuserar på tolkning av texter. Det finns olika varianter av denna analysmetod och vi har använt centrala delar i kvalitativ innehållsanalys såsom det har beskrivits av Lundman och

Hällgren Graneheim. Dessa forskare menar att det i analysprocessen sker en tolkning på olika nivåer, samt att denna metod är applicerbar på olika typer av texter. Den metodologiska ansatsen kan vara antingen deduktiv eller induktiv där en deduktiv ansats innebär analys utifrån en i förväg utarbetad mall. Den induktiva ansatsen innebär en förutsättningslös analys av texter baserade på människors berättelser om sina upplevelser. Forskaren pendlar mellan närhet och distans. Ett sätt att distansera sig är att använda strukturerade frågeformulär som en enkät eller i förväg ha strukturerat fasta frågor som ställs till alla deltagare på samma sätt (36).

Analysprocessen består av de åtta olika begreppen analysenhet, domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori och tema. Analysenhet är det dokument som ska analyseras. Domän är den del av texten som handlar om ett område. Meningsenhet innebär en meningsbärande del av texten och kan vara meningar, ord eller hela stycken. Med kondensering menas att forskaren gör texten kortare och mer lätthanterlig. Vid abstraktion lyfts innehållet till en annan nivå och koder sätts på orden/meningarna. Kategorier tas fram och utgörs av koder som har liknande innehåll och sist skapar forskaren eventuellt övergripande teman som formar den röda tråden (36).

Den kvalitativa innehållsanalysen i denna studie gjordes enligt en modifikation av den ovan beskrivna analysmodellen, med en induktiv ansats, där begreppen domän samt teman utslöts. För exempel på analysprocessen se Bilaga 2. Colins, Liken, King och Kokinakis beskriver hur kvalitativa data kan göras kvantitativa för att få fram frekvenser, detta genom att kvantifiera kategorier och underkategorier (37). I enlighet med deras beskrivning kvantifierades därmed kategorier och underkategorier för att få fram frekvensen av orsakerna till kvinnornas rädsla under förlossningen.

## **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Nürnbergkodex 1947 var den första offentliga koden för medicinsk forskning. Denna kom till efter att nazisternas grymma, ofta dödliga forskning på människor uppmärksammades. Det märktes att det fanns ett behov av forskningsetisk reflektion och av regler och rekommendationer inom forskningen. Forskaren har ansvar för forskningspersonernas välbefinnande och även för den information som samlas in. Med Nürnbergkodex 1947 slogs det bland annat fast att informerat samtycke krävs.

Forskningen ska ha goda konsekvenser för samhället och riskerna för försökspersonerna/deltagarna i studien skall minimeras. Varje deltagare ska när som helst ha möjlighet att avbryta sitt deltagande (38).

Enligt Lag om etikprövning av forskning som avser människor 4 § 2, ska etikprövning genomföras då forskningsmetoden innebär en risk att skada försökspersonen fysiskt eller psykiskt (39). Enkäter och intervjuer är metoder som kan riskera att skada försökspersonen (40). PUF-studien genomgick en etikprövning innan den påbörjades. Till denna magisteruppsats behöver ingen ny etikprövning göras på grund av att forskarna i PUF-studien tidigare fått tillstånd att genomföra studien. Magisteruppsatsen faller inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå och det är ytterligare en anledning till att den inte behöver granskas enligt etikprövningslagen (41).

World Medical Association (WMA) utvecklade 1964 Helsingforsdeklarationen för första gången. Denna har sedan ändrats flera gånger och den senaste och nu gällande versionen kom 2008 (42). Enligt Helsingforsdeklarationen finns individskyddskravet som innebär att den ansvariga forskaren inför sin forskning ska väga fördelen, det vill säga kunskapsstillskottet mot möjliga negativa risker och konsekvenser för individerna som deltar i studien. Individskyddskravet består av fyra allmänna huvudkrav på forskningen, de forskningsetiska huvudprinciperna. Dessa är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (43).

Informationskravet: undersökningsdeltagarna ska upplysas om sin roll/uppgift i projektet och vilka villkor som finns för deras deltagande. De ska även upplysas om att deltagandet är helt frivilligt och att de när som helst har rätt att avbryta sin medverkan. Informationen skall även innefatta information om den aktuella undersökningen, dess syfte samt kontaktuppgifter till forskarna. I och med att forskarna i PUF-studien lämnade ut både muntlig och skriftlig information tog de hänsyn till informationskravet. Den skriftliga informationen gavs i form av en forskningspersonsinformation, där det framhölls att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att det skulle påverka deras framtida vård (se bilaga 2).

Samtyckeskravet innebär att forskaren skall få undersökningsdeltagarnas samtycke till att delta i studien. Detta eftersom de själva har rätt att besluta om de vill vara delaktiga i

undersökningen eller inte. Ibland kan det även kräva målsmans samtycke (43). Genom att deltagarna i PUF-studien fick skriva på ett samtyckesformulär togs det hänsyn till detta krav.

Konfidentialitetskravet: uppgifterna om alla som deltar i undersökningen ska ges största möjliga konfidentialitet och alla personuppgifter ska förvaras så att ingen obehörig kan få tillgång till dem (43). Forskarna i PUF-studien avidentifierade svaren i enkäten så att det i de två artiklar, som blev resultatet av denna studie, inte gick att härleda tillbaka till kvinnorna som deltog. Enkäterna som innehöll personuppgifter förvarades inlåsta så att ingen utomstående kunde ta del av informationen.

Nyttjandekravet innebär att de insamlade uppgifterna om enskilda personer enbart får användas i forskningssyfte vilket medför att det insamlade materialet inte får användas i icke-vetenskapliga ändamål (43). Det framgick tydligt av forskningspersonsinformationerna att det enbart var forskarna i studien som skulle ta del av svaren. Till denna magisteruppsatts inbegrips studenterna under forskarna och därför tas det fortfarande hänsyn till nyttjandekravet.

## **Risk-nytta analys**

### ***PUF-studien***

I PUF-studien gjorde forskarna en risk- nytta analys. När det gällde förlossningsbarnmorskan ansåg de att denna person kunde råka ut för ett etiskt dilemma. Detta då det förelåg en risk att barnmorskan gav mer tid åt den födande kvinnan som hade en individuell vårdplan och att hon blev mer sedd, än de andra födande kvinnorna som vårdades samtidigt av barnmorskan. Vid uppföljande intervjuer kunde forskarna ställas inför ett etiskt dilemma när kvinnorna beskrev sina förlossningsupplevelser. Om kvinnorna hade erfarit en negativ förlossningsupplevelse och behov av att tala vidare om denna, hade forskaren en strategi för hänvisning till andra professionella så som förlossningsbarnmorskan, mödravårdsbarnmorskan eller Aurora-barnmorskan.

Om det inträffade att vårdplanen framkallade känslor hos kvinnan som hon ej var redo för hade mödrahälsovårdsbarnmorskan fått utbildning på hur hon på bästa sätt kunde hjälpa kvinnan att bearbeta dessa känslor.

Forskarnas önskan var att resultatet från studien skulle kunna bidra till att utveckla vården för de gravida och födande kvinnorna. Förhoppningarna med PUF-studien var att den föreslagna vårdmodellen skulle ge kvinnan möjlighet att med stöd från barnmorskan vara mer delaktig och ta större ansvar för sin förlossning. Detta skulle ge kvinnan möjlighet att påverka sin vård vilket överensstämmer med Hälso- och sjukvårdslagen. Deras förhoppning var även att med vårdmodellen stärka vårdkedjan mödrahälsovård – förlossningsvård.

### ***Analys av påståendet kring rädsla under förlossningen***

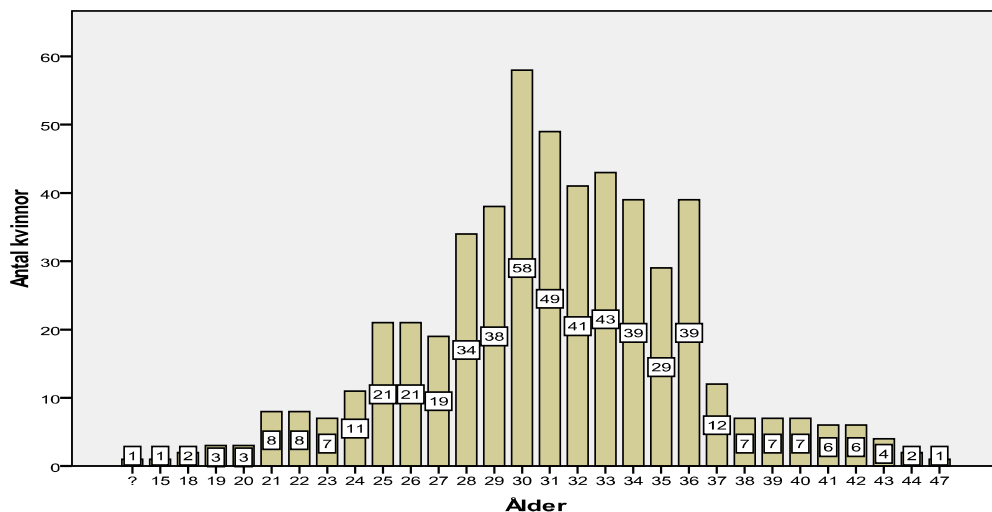
Avsikten med denna analys är att få fram vilka faktorer som orsakar rädsla under förlossningen, vilket kan hjälpa barnmorskan i sitt arbete och därmed förbättra förlossningsupplevelsen för kvinnan. Denna studie utgör ingen potentiell risk för informanterna på grund av att vi inbegrips under forskarna i PUF-studien. Fördelarna med att denna studie görs är att material som tidigare ej analyserats tas till vara på och kommer till nytta.

## RESULTAT

### ÅLDER, PARITET OCH FÖREKOMST AV RÄDSLÅ

Till analysen av den strukturerade frågan användes 527 enkäter. Fördelningen av förstföderskor och omföderskor var jämn i denna studie, 250 (47 %) var förstföderskor och 270 (51 %) omföderskor. Sju (1 %) av kvinnorna hade inte angett om de tidigare fött barn.

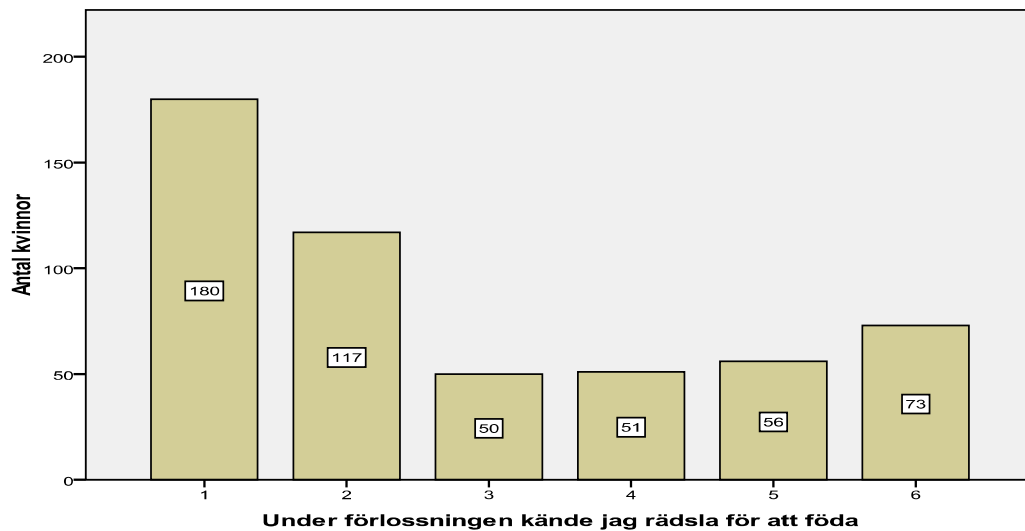
Medelåldern var 31 år, med en åldersspridning mellan 15-47 år (n=526). Detaljerad åldersspridning redovisas i Figur 3.



**Figur 3.** Åldersspridning (n=527).

Spridningen av svaret på det strukturerade påståendet redovisas i figur 4. Kvinnorna fick på en likertskala mellan ett till sex grader huruvida de kände rädsla under förlossningen, där siffran ett stod för att påståendet ”stämmer inte alls” och siffran sex ”stämmer helt”. Då siffran ett stod för ”stämmer inte alls” har detta svar tolkats som att kvinnorna inte kände någon rädsla under förlossningen och övriga svar har tolkats som att de kände rädsla i olika grad. Majoriteten av kvinnorna (66 %) uppgav att de kände någon grad av rädsla under sin förlossning. Det var 14 % som höll med i den högsta graden av rädsla under förlossningen och 22 % kvinnorna höll med i den lägsta graden av att de kände rädsla under förlossningen. Av omföderskorna var det 62 % (n=167) och

av förstföderskorna var det 70 % (n=174) som angivit att de under förlossningen kände rädsla i någon grad.



**Figur 4.** Svartsfördelning av det strukturerade påståendet (n=527), enligt Likertskala; 1= Stämmer inte alls, 6 = Instämmer helt.

### ORSAKER TILL RÄDSLÅ UNDER FÖRLOSSNINGEN

Materialet för analysen av den öppna frågan bestod av 246 (45 %) enkätsvar. Den kvalitativa innehållsanalysen identifierade 335 meningsbärande enheter som svarade på orsaker till rädsla under förlossningen, detta då vissa kvinnor uppgett fler än en orsak till sin rädsla under förlossningen. Analys av dessa meningsbärande enheter kategoriserade rädsla i följande åtta kategorier; Smärta, Komplikationer under förlossningen, Egen förmåga, Förlossningsförlopp, Erfarenhet, Utsatt situation, Sjukhusmiljö och Fel på barnet. Dessa åtta kategorier består av totalt 23 underkategorier. En fullständig presentation av kategorier och underkategorier återges i tabell 1.



**Tabell 1.** Presentation av kategorier och underkategorier

KATEGORI	UNDER-KATEGORI	ANTAL MENINGS-BÄRANDE ENHETER	ANDEL AV DE 246 SVARANDE
Smärta	Förlossningssmärta	83	34 %
	Smärtlindring	17	7 %
	Hantering av smärta	4	2 %
	Kronisk smärta	1	0,4 %
	<b>Totalt</b>	<b>105</b>	<b>43 %</b>
Komplikationer under förlossningen	Komplikationer med kvinnan	31	13 %
	Komplikationer med barnet	25	10 %
	Ospecificerad komplikation	9	4 %
	<b>Totalt</b>	<b>65</b>	<b>26 %</b>
Egen förmåga	Bristande tillit till egen förmåga	44	18 %
	Trötthet	7	3 %
	Rädd att svimma	2	1 %
	<b>Totalt</b>	<b>53</b>	<b>22 %</b>
Förlossningsförlopp	Snabbt förlopp	13	5 %
	Intervention	7	3 %
	Långdraget/avstannat förlopp	7	3 %
	Krystskedet	6	2 %
	Ovetskap om tidsförlopp	4	2 %
	Förlossningssätt	3	1 %
	Värkar	2	1 %
	<b>Totalt</b>	<b>42</b>	<b>17 %</b>
Erfarenhet	Tidigare förlossnings-erfarenhet	30	12 %
	Tidigare erfarenhet	5	2 %
	Andras erfarenhet	3	1 %
	<b>Totalt</b>	<b>38</b>	<b>15 %</b>
Utsatt situation	<b>Totalt</b>	<b>15</b>	<b>6 %</b>
Sjukhusmiljö	Personal	8	3 %
	Sjukhusrädd	2	1 %
	Spruträdd	2	1 %
	<b>Totalt</b>	<b>12</b>	<b>5 %</b>
Fel på barnet	<b>Totalt</b>	<b>5</b>	<b>2 %</b>

Nedan följer en beskrivning av kategorierna för orsaker till rädsla under förlossningen. Resultatet exemplifierades med citat benämnda med kodnummer för deltagaren i PUF-studien.

## **Smärta**

Nästan hälften (43 %) av alla kvinnorna, som svarat på den öppna frågan, uppgav att smärta var orsaken till deras rädsla, vilket gjorde smärta till den mest förekommande orsaken till rädsla under förlossningen. Hit hör underkategorierna; förlossningssmärta, smärtlindring, hantering av smärta och kronisk smärta.

### ***Förlossningssmärta***

I denna underkategori återfanns de flesta kvinnor (34 %) som uppgav att orsaken till deras rädsla under förlossningen orsakades av förlossningssmärta. Vissa av kvinnorna tyckte att smärtan höll i sig för länge och andra var rädda för att det skulle göra ännu ondare än vad det redan gjorde. En del av kvinnorna uttryckte smärta på specifika ställen såsom i ryggen, magen, trycket mot ändtarmen och av hemorrojder. En kvinna trodde att hennes ingångsättning orsakade mer förlossningssmärta än vad en naturlig förlossningsstart hade gjort. Några uppgav att smärtan var som svårast under utdrivningsskedet och krystningsfasen.

*”att det J-vla ont att krysta, det kändes som om jag skulle brinna upp och bli till aska.”(i62)*

Att inte veta hur smärtan skulle kännas, att den var svår att bemästra, att smärtan var så stark och kom som en chock eller att smärtan var starkare än vad kvinnorna kunde ha föreställt sig orsakade också rädsla.

*”Jag hade inte föreställt mig att det skulle göra så ont.”(95)*

Några kvinnor upplevde att smärtan var svår att stå ut med eller att den var outhärdlig och att den fick dem att tappa kontrollen. En kvinna upplevde smärtan så stark att hon trodde att hon skulle dö på grund av smärtan.

*”jag var räd att smärtan skulle ta över mig och att jag skulle dö utan att klara med förlossningen”. (i12)*

### ***Smärtlindring***

Otillfredsställande smärtlindring eller att inte kunna få den bedövning kvinnorna planerat att använda, bland annat på grund av att det inte hanns med till följd av ett snabbt förlopp, orsakade rädsla. En kvinna uppgav att lustgasen inte fungerade och en annan kvinna beskrev intensiva och smärtsamma värkar trots lustgas och EDA. Ett fåtal kvinnor hann inte få någon bedövning alls vilket orsakade deras rädsla.

*”Jag fick dödsångest i slutet då ingen smärtlindring hjälpte...” (217)*

### ***Hantering av smärta***

Hantering av smärta inbegreper att bli lämnad ensam med smärtan, att inte klara av att hantera smärtan som uppkom eller att anse sig ha en låg smärttröskel.

*”att bli lämnad ensam med smärtan, rädd för att jag skulle fatta fel beslut angående smärtlindringen.”(i81)*

### ***Kronisk smärta***

En kvinna uppgav att hennes rädsla under förlossningen var orsakad av att hon sedan tidigare hade mycket ont i kroppen på grund av sin reumatiska sjukdom.

### **Komplikationer under förlossningen**

Till denna kategori hör orsaker som har med komplikationer under förlossningen att göra. Här återfinns drygt 26 % av de meningsbärande enheterna och underkategorierna var följande; komplikationer med kvinnan, komplikationer med barnet och ospecificerad komplikation. Den komplikation som flest kvinnor fruktade var att något skulle hända med dem själva, därefter att något skulle hända barnet.

### ***Komplikationer med kvinnan***

Rädslan för stora bristningar uttrycktes av majoriteten av kvinnorna i denna underkategori. Andra specifika komplikationer som orsakade rädsla var att bli klippt, genomgå ett kejsarsnitt, att dö, stor blödning, att moderkakan skulle fastna eller att vara trång i bäckenet. En kvinna uppgav att orsaken till hennes rädsla var att hon inte hade någon känsel i benen.

*”Att rent rationellt vet jag att barnet är större än hålet det ska ut igenom. Att jag kommer att behöva gå sönder för att barnet ska komma ut.” (i94)*

### ***Komplikationer med barnet***

För ett par kvinnor i studien där CTG pågick och visade att barnet inte mår bra, orsakade detta deras rädsla under förlossningen.

*”Hjärtljud som försvann och rädsla för att det skulle skada vårt barn...”*  
(i209)

En kvinna med feber i samband med sin förlossning var rädd att barnet skulle drabbas av infektionskomplikation i samband med förlossningen. Andra orsaker till rädsla som kvinnorna uttryckte var att det skulle hända barnet något, att barnet skulle skadas, må dåligt, få syrebrist eller att barnet var dött.

*”Rädsla att ngt skulle gå fel med barnet då jag gick så mycket över tiden”*  
(i217)

Två kvinnor uppgav att orsaken till deras rädsla var att barnet skulle fastna i samband med förlossningen och en trodde att lustgasen skulle påverka barnet.

### ***Ospecificerad komplikation***

De meningsbärande enheterna som hör till ospecificerad komplikation var att kvinnorna var rädda för att något skulle gå fel under förlossningen eller behöva skiljas från sitt barn.

*”Var rädd att något skulle gå fel.” (13)*

### **Egen förmåga**

Rädsla under förlossningen relaterad till egen förmåga angavs av 22 % av de svarande. Denna kategori bestod av tre underkategorier; bristande tillit till egen förmåga, rädd att svimma och trötthet.

### ***Bristande tillit till egen förmåga***

Nästan en femtedel av kvinnorna, beskrev att bristande tillit till egen förmåga var orsaken till deras rädsla under förlossningen. Vilket innebar att denna underkategori var den största underkategorin till kategorin egen förmåga. Kvinnorna beskrev sin bristande tillit till egen förmåga med uttryck som; kommer jag att klara detta eller kommer jag att orka hela förlossningen? De uttryckte även en rädsla för att tappa kontrollen och rädsla för att släppa efter och följa kroppen. Några av kvinnorna tvivlade på kroppens förmåga, att de skulle ge upp, var rädda för att göra fel så att det skulle gå gale eller rädsla för att de inte skulle klara att föda fram barnet.

*”Rädsla för hur ska lilla jag kunna klämma ut en stor bebis mellan mina ben.” (31)*

*”Att jag inte litade på min egen förmåga att klara av förlossningen. Kände mig inte fysisk stark och i kondition att följa med värkarna som jag hade kunnat om jag inte varit så trött och otränad”. (i210)*

### ***Rädd att svimma***

Två av kvinnorna uppgav att orsaken till deras rädsla under förlossningen var att de skulle svimma.

*”Jag mådde väldigt illa, var yr och kände mig rädd för att svimma.” (110)*

### ***Trötthet***

En annan underkategori till egen förmåga var trötthet och hit kunde sju svar relateras. Olika uttalanden var; att bli tröttare och tröttare under förlossningens gång, att bli trött av värkarbetet eller att inte ha krafter kvar att krysta som orsaker till rädsla under förlossningen.

*”jag var väldigt trött och ville ha time-out efter 5-timmar (av 7)” (i26)*

Att inte sova de sista dygnet före förlossningen gav upphov till två kvinnors trötthet, för en av dem bidrog även otillfredsställande näringsintag till tröttheten.

### **Förlossningsförlopp**

Det var 17 % av kvinnorna som uppgav att förlossningsförloppet var orsaken till deras rädsla. Snabbt förlopp, interventioner, långdraget/avstannat förlopp, krystskedet, ovetskap om tidsförlopp, förlossningssätt och värkar var underkategorier till förlossningsförlopp.

#### ***Snabbt förlopp***

Att ha ett snabbt förlossningsförlopp orsakade rädsla under förlossningen. Det snabba förloppet gav upphov till en känsla av att inte riktigt hänga med, inte få tid till återhämtning mellan värkarna eller att inte vara säker på att förlossningen var på riktigt. Förlossningen kunde kännas plötslig eller intensiv.

*"... Den var jobbig och jag hängde inte riktigt med i svängarna. Allt gick så fort."*(15)

*"Det gick så fort, jag hann inte fokusera tankarna, utan höll på att få panik."* (85)

#### ***Interventioner***

En kvinna var rädd för att bli klippt och tre kvinnor var rädda för en intervention med sugklocka. En fick avsluta sin förlossning med en sugklocka och två av dem var rädda för att förlossningen skulle behöva avslutas med en sugklocka. Två kvinnor blev igångsatta och för dem var detta orsak till rädsla.

*"Att jag blev igångsatt med dropp så det kändes som om kroppen inte var 'naturligt' inställd inför förlossningsarbetet."* (103)

#### ***Långdraget/avstannat förlopp***

Rädsla för långdraget öppningsskede, att krystvärkarna skulle avta, att inte öppna sig som förväntat eller på något annat sätt långdragen förlossning uttrycktes av sju kvinnor som var rädda för långdraget/avstannat förlopp.

*"...när förlossningsarbetet inte fortskred som det skulle..."* (i19)

### ***Krystskedet***

Sex kvinnors rädsla var relaterad till krystskedet. Rädslan berodde på krystvärkarna, osäkerhet om hur krystningen skulle gå till, att inte få riktiga krystvärkar och därför inte kunna krysta riktigt eller rädsla för när barnets huvud skulle födas fram. En kvinnas rädsla orsakades av tidig krystkänsla.

*”Känslan av att vilja krysta fastän att jag inte var helt öppen...”* (i146)

### ***Ovetenskap om tidsförlopp***

Ovetenskap om hur lång tid förlossningen skulle ta, att inte ha någon kontroll över tidsförloppet eller att känna en oro för att förlossningen aldrig skulle ta slut orsakade rädsla under förlossningen hos fyra kvinnor.

*”...Ingen kontroll över tidsförloppet”* (172)

### ***Förlossningssätt***

Tre kvinnor uppgav att deras rädsla orsakades av förlossningssättet. Två barn föddes vaginalt i säte och den tredje kvinnan ville från början föda med kejsarsnitt men fick föda vaginalt.

*”Att barnet föddes i säte att huvudet inte fick fastna att jag inte skulle orka krysta fram hela honom.”* (265)

### ***Värkarna***

Värkarna orsakade rädsla för två av kvinnorna i studien. En av dem blev överraskad av hur plötsliga och intensiva värkarna var.

### ***Erfarenhet***

Kategorin erfarenhet bestod av drygt 15 % av de meningsbärande enheterna. Denna kategori består av underkategorierna tidigare förlossningserfarenheter, tidigare erfarenheter och andras förlossningserfarenheter.

### ***Tidigare förlossningserfarenhet***

Denna underkategori utgör med sina 12 % den största till kategorin erfarenhet. Den tidigare förlossningserfarenheten hade betydelse för omföderns upplevelse av

rädsla under förlossningen. Även en förstföderska som varit med om en släktings förlossning uppgav att det var orsaken till hennes rädsla under förlossningen. Minnen från tidigare förlossningar som varit långdragna, smärtsamma eller där kvinnan tidigare fött ett barn som inte mådde bra orsakade rädsla under förlossningen. Tidigare dåliga förlossningserfarenheter, otillfredsställande stöd från barnmorskan och tidigare erfarna förlossningskomplikationer såsom blödning eller kvarhållen placenta orsakade också rädsla under förlossningen.

*”Hade ont vid tidigare förlossning. Har inte haft något jättestöd från barnmorskan tidigare.”* (8)

*”Då vår första dotter föddes hade jag en lång förlossning med utdraget värkarbete, barnets hjärtljud gick ner, sugklocka. Dessutom fick moderkakan opereras ut under narkos. Tappade mycket blod och det tog ett tag att hämta sig fysisk. Nu var jag rädd för liknande händelser.”* (51)

### ***Tidigare erfarenheter***

Fem kvinnor uppgav att livserfarenheter var orsaken till deras rädsla under förlossningen. Det innefattade tidigare bilolycka och andra trauman, eller om tidigare/pågående sjukdom och operation. En kvinna menade att på grund av hennes svåra graviditet med mycket värk, sammandragningar och oro orsakade detta hennes rädsla.

*”Har man varit med om något traumatiskt finns givetvis rädslan där latent.”* (186)

### ***Andras förlossningserfarenheter***

Skrämmande berättelser om andras förlossningar orsakade rädsla under förlossningen hos tre av kvinnorna i studien.

*”Hört några ’sk’ skräckhistorier...”.* (37)



### **Utsatt situation**

Det var sex procent av kvinnorna som svarade att de under sin förlossning upplevde att de var i en utsatt situation. Följande gav upphov till denna upplevelse; rädsla för att råka bajsas i samband med förlossningen, att det var deras första förlossning eller att det var första gången förlossningen startade spontant.

*”Första gången. Insåg att jag inte visste hur jag skulle krysta hur jag skulle krysta och när. Att förstå när det var bäst att börja krysta...” (127)*

Att känna ensamhet eller ha en känsla av uppgivenhet i samband med förlossningen orsakade rädsla för två kvinnor. Andra orsaker till upplevelsen av att vara i en utsatt situation var att förlossningen inte var som kvinnorna hade tänkt sig, att den upplevdes som komplicerad, ovetskap om hur förloppet skulle bli eller förväntningar över hur det skulle kännas. En kvinna beskrev att hon blev rädd när hon blev varse kraften som hon inte kunde kontrollera.

### **Sjukhusmiljö**

För 12 kvinnor (5 %) orsakade sjukhusmiljön rädsla under förlossningen. Underkategorierna var personal, spruträdd och sjukhusrädd.

#### ***Personal***

Att ha helt ny personal eller en barnmorskestudent som inte hade den erfarenhet som önskades orsakade rädsla hos två av kvinnorna. Upplevelsen av att barnmorskan inte trodde på kvinnas smärta utan tyckte att kvinnan överdrev, att barnmorskan inte tog hänsyn till eller att känna att barnmorskan inte respekterade och lyssnade på kvinnan orsakade rädsla.

*”Att jag kände att barnmorskan ej fullt ut var lyhörd för mina behov, känslor. Ej respekterade eller tog min smärta på allvar utan negligerade den. Ej tillräckligt positivt stöd när det var jobbigt...” (105)*

En kvinna menade att första delen av hennes förlossning sköttes så dåligt att hon blev livrädd.

### ***Sjukhusrädd***

Två kvinnor uppgav att de var sjukhusrädda och att det var orsaken till deras rädsla under förlossningen.

### ***Spruträdd***

Två kvinnor var mycket spruträdda och en av dem kände att hon behövde en ryggbedövning och den andra uppgav att hennes rädsla för sprutor var anledningen till rädslan under förlossningen.

*”Är mycket spruträdd. Och visste väl mer eller mindre att ryggbedövningen var oundviklig” (205)*

### **Fel på barnet**

Fem kvinnor (2 %), var rädda för att det skulle vara någon avvikelse på barnet. Kvinnorna beskrev att de var rädda att något skulle vara fel med deras barn, en hade drömt mardrömmar om att något var fel med barnet.

*”Att barnet inte skulle vara friskt, det man kan se just då sedan kan man alltid upptäcka saker. Men rädslan var att se ngt just när hon kom ut...” (i244)*

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera den öppna delen av frågan i enkäten. Denna metod lämpar sig då det är stort material att tillgå (36). Vi hade totalt 542 olika enkätsvar att arbeta med, där 246 enkäter togs med i den kvalitativa innehållsanalysen av den öppna delen av frågan. Kvinnorna hade skrivit olika mycket, en del hade enbart skrivit ett ord och andra hade skrivit mycket mer där deras svar innehöll mycket information. All data analyserades av båda författarna till studien, detta sågs som en fördel då det hela tiden gick att ”bolla” informationen mellan båda författarna. Detta kan även bidra till att informationen inte övertolkas och analysen därför blir fel. Det bidrar även till att båda författarna hela tiden är lika insatta i

materialet som finns att tillgå. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim ökar studiens tillförlitlighet om fler än en person varit delaktig i att koda och utforma kategorier (36).

Med kvalitativ innehållsanalys analyseras det manifesta innehållet i de meningsbärande enheterna (44). Då det kan ha förekommit ett latent innehåll i de meningsbärande enheterna kan eventuellt viktig information ha gått förlorad i analysen. Vi valde att analysera svaren från både interventionsgruppen och kontrollgruppen som en helhet. Detta kan ha påverkat resultatet så att det hade kunnat se annorlunda ut, men vi ansåg det inte relevant att analysera grupperna var för sig. Anledningen till detta var att det i en av artiklarna som blev resultatet av PUF-studien framkom att en vårdplan inte förbättrade förlossningsupplevelsen för majoriteten av informanterna (32). Detta har tolkats som att det inte var någon skillnad på intervention och kontrollgruppen.

Kvinnornas utbildningsgrad fanns inte att tillgå i enkätstudien, yrke användes av forskarna till PUF-studien för att göra en socioekonomisk klassificering. Dokumentet från 1984, som de refererade till i sin studie (32) finns inte längre att tillgå. Efter kontakt med Linda Larsson Conteh som arbetar på Statistiska centralbyråns (SCB) kundservice fick vi ett dokument där det framgick att det idag inte finns en officiell SCB-standard som säger vad som räknas som höginkomst- och låginkomsttagare (personlig kommunikation, 29 november 2010). De anger däremot riktlinjer för uträkning av hög- och låginkomsttagare enligt olika skattenivåer (45).

Eftersom det 26 år gamla dokumentet som användes i PUF-studien inte fanns att tillgå och de löneuppgifter som gick att finna var från 2009, ansåg vi att den socioekonomiska indelningen som skulle kunna göras inte skulle vara helt tillförlitlig. Detta på grund av att lönerna idag för de olika yrkena kan ha ändrats och skulle därmed kunna påverka den socioekonomiska fördelningen. Det finns en dansk studie som visar på att det finns ett samband mellan kvinnans utbildningsgrad och inkomst och kvinnas förlossningsrädsla (46) däremot påvisar en svensk studie att det inte finns något samband (14). Med stöd av den svenska studien valde vi därför att inte göra en socioekonomisk indelning.

Giltighet eller validitet handlar om huruvida resultatet är korrekt och reflekterar det bakomliggande syftet med studien. Att använda citat från de meningsbärande enheterna

är ett sätt att ge möjlighet för läsaren att bedöma studiens giltighet (36). Citaten stödjer även resultatets tolkning och visar läsaren ur vilket kontext texten analyserats (47). Ett flertal citat har använts för att göra resultatet mer levande och representativt. Giltigheten för denna studie är enligt författarna god, detta eftersom resultatet svarar till syftet och dess frågeställningar.

Tillförlitlighet är det samma som studiens reliabilitet och syftar till i vilken utsträckning det går att lita på resultatet som redovisas. Skulle svaret bli det samma vid upprepade mätningar? Först när en enkät är besvarad går det att veta om enkäten är reliabel eller inte. Har informanterna svarat på frågan så som det var tänkt? Eller har de kanske uppgett flera svarsalternativ när det bara var tänkt att de skulle ange ett alternativ? (48). Frågorna till PUF-studien hade inte validerats statistiskt inför PUF-studiens start (32). Eftersom att frågorna ej testats innan PUF-studien kan vi inte förutsätta att resultatet skulle bli detsamma vid upprepade mätningar. Därför kan vi inte svara på om studiens reliabilitet är god eller inte.

Eftersom kvinnorna som deltog i studien bodde i sju olika stadsdelar i göteborgsområdet med olika social bakgrund anser vi att resultatet är överförbart på andra svensktalande födande kvinnor. En annan anledning är att resultatet stöds av tidigare forskning som studerat vad som orsaker förlossningsrädsla och att metodvalet anses vara lämpligt på grund av dess tillförlitlighet och giltighet.

Enkäten fylldes i en vecka postpartum, vilket kan ses som en fördel då kvinnorna förmodligen hade förlossningsupplevelsen färskt i minnet. Dock har en tidigare studie visat att kvinnorna nära inpå förlossningen kan ha svårt att tala om och eller erkänna att de haft negativa förlossningsupplevelser, framförallt om de fött ett friskt barn. Även samhällets förväntningar kan påverka de nyblivna mödrar då det anses att de ska sätta sitt barn i första hand och vara glada över sin förlossning (49). Detta innebär att resultatet kunde ha sett annorlunda ut om kvinnorna hade tillfrågats vid ett senare tillfälle.

## RESULTATDISKUSSION

Resultatet visade att nästan två tredjedelar (66 %) av kvinnorna, i någon grad höll med om att de känt rädsla under sin förlossning. Det går dock inte med likerskala att bedöma hur stark rädslan var eller vilken betydelse den hade för kvinnornas framtid, eftersom frågan enbart avsåg om de upplevde rädsla under förlossningen. Det var 14 % av kvinnorna som instämde helt i påståendet att de kände rädsla för att föda, men det går inte att dra slutsatsen att dessa kvinnor på grund av det utvecklade en sekundär förlossningsrädsla. Det går heller inte att utröna från resultatet om kvinnorna sedan tidigare hade med sig en primär eller sekundär förlossningsrädsla när förlossningen ägde rum.

Som tidigare har visats är frekvensen förlossningsrädda kvinnor ungefär 17-20 % för medelsvår förlossningsrädsla (11,13) samt 5-10 % av kvinnorna har svår förlossningsrädsla (12-14). Av vårt resultat framgick det att 66 % av kvinnorna helt eller delvis höll med om att de kände rädsla under förlossningen. Vårt resultat urskiljer dock inte olika typer av rädsla utan bara i vilken grad kvinnorna håller med om påståendet ”under förlossningen kände jag rädsla för att föda”. Slutsatsen att förlossningsrädsla under graviditet och att känna rädsla under förlossningen är samma sak kan inte dras utifrån vårt resultat. Det kan däremot vara intressant att ha i åtanke att av de 66 % som kände rädsla i någon grad var det 22 % som höll med om frågan i den lägsta graden och 14 % som angav att det stämde helt.

I resultatet framgår det att majoriteten av både omfödelskor och förstfödelskor var rädda under sin förlossning. Det var något fler förstfödelskor som kände rädsla under förlossningen jämfört med omfödelskorna. Det går dock inte att säga om det finns något samband mellan paritet och rädsla under förlossningen och detta skulle vara intressant att studera i framtiden.

Av resultatet framkommer det att det i stort sett är samma orsaker som leder till kvinnors rädsla under förlossningen som tidigare studier funnit orsakar förlossningsrädsla under graviditet (9,12,15–19). Eftersom kvinnorna i stort sett är rädda för samma saker under graviditet och förlossning, anser vi att rädslan under graviditeten skulle kunna ses som en prediktor för vad kvinnan kommer vara rädd för

under förlossningen. Det har också framkommit i en studie av Alehagen, Wijma och Wijma att kvinnor som är förlossningsrädda även upplever en högre grad av rädsla under förlossningen (24). Därför är viktigt att under graviditeten bearbeta rädslan, antingen i mödrahälsovården eller hos en verksamhet för förlossningsrädda för att möjliggöra för kvinnan att kunna föda i trygghet och få en bra förlossningsupplevelse. Detta stöds av tidigare studier där det framkommer att en av barnmorskans viktigaste uppgifter i arbete med förlossningsrädda kvinnor är att lyssna på dem och lindra deras lidande (29). Förlossningsläkaren Grantly Dick Read sade redan på 1940-talet att information och upplysning behövs för att eliminera rädslan hos de gravida kvinnorna (5).

Resurserna i Göteborgsområdet idag är knappa när det gäller att kunna hjälpa kvinnor med måttlig eller stark förlossningsrädsla på Auroramottagningar. Eftersom vårt resultat visar att två tredjedelar är rädda men i olika grad, anser vi att det är av största vikt att barnmorskor arbetar förebyggande. Med förebyggande arbete menar vi att barnmorskorna under förlossningen bör försöka eliminera/lindra de faktorer som leder till rädsla under förlossningen, vilket kan motverka risken för att kvinnorna utvecklar en sekundär förlossningsrädsla. Detta är viktigt då det är just omfödernor som är överrepresenterade i gruppen som kräver behandling för sin rädsla hos Auroraverksamheter (3).

De i vår studie tre mest frekvent angivna faktorerna till rädsla under förlossningen var i fallande ordning, förlossningssmärtan (34 %), bristande tillit till egen förmåga (18 %) samt komplikationer hos kvinnan (13 %). Enligt Magnusson har barnmorskan under förlossningen en roll som bland annat innebär att vägleda kvinnan, vara lyhörd för kvinnans önskemål och möta henne där hon är. Barnmorskor har även en uppgift i att förmedla kvinnans förmåga att föda (5). Med stöd av detta anser vi att barnmorskan under graviditeten och förlossningen, har den viktiga uppgiften att hjälpa kvinnan att stärka tilliten till sin kropp och egen förmåga.

Vägledning är även viktig gällande förlossningssmärtan, det är ett samspel som sker mellan kvinnan och barnmorskan där kvinnan informerar vart hennes smärtgräns går och där barnmorskan erbjuder lämplig lindring. Detta samspel kan då hindra risken för att smärtan eventuellt skulle kunna utgöra en källa till rädsla under förlossningen. Detta

samspel utgör ett stöd under förlossningen och tidigare forskning har visat på att stödet har positiv effekt på förlossningsupplevelsen (28,31). Det kan även ge kvinnan en känsla av kontroll.

Resultatet visade att 66 % av kvinnorna kände rädsla i någon grad och därför anser vi att det är viktigt att som barnmorska vara medveten om vad som orsakar rädsla under förlossningen. Bland annat för att det hjälper barnmorskan i hennes arbete med att minska och lindra dessa faktorer och därmed kunna minska risken för uppkomsten av sekundär förlossningsrädsla. För att kunna göra det anser vi att det är viktigt att stödja och stärka kvinnan, både under graviditet och förlossning.

Det framkom i en tidigare svensk studie att det är av vikt att barnmorskan på förlossningsavdelningen förmedlar respekt, ger information och stöd och lyssnar till kvinnan, för att kunna ge henne en känsla av trygghet och underlätta för en positiv upplevelse av förlossningen (28). Vårt resultat visar att brist på respekt, brist på information och stöd från barnmorskan samt bristande erfarenhet hos förlossningspersonalen var bidragande orsaker till rädsla under förlossningen. Detta anser vi är något som personalen måste tänka på för att kunna uppnå målet att kvinnan ska ha en positiv förlossningsupplevelse (1).

Av kvinnorna uppgav 12 % (n=30) att rädslan var orsakad av tidigare förlossningserfarenhet. Detta stärker tidigare forskning om att en tidigare negativ förlossningsupplevelse kan leda till rädsla under kommande förlossning (3). Denna upplysning är viktigt för barnmorskor på förlossningsavdelningen att ha i åtanke när de handlägger förlossning för att sträva efter att hjälpa kvinnan till att få en så bra förlossningsupplevelse som möjligt. Det som framkommit i resultatet av vår studie, är faktorer som orsakat rädsla för kvinnorna och att vissa av dem är möjliga för barnmorskan att lindra eller motverka att de uppkommer. Detta till exempel genom att erbjuda smärtlindring i tid, stärka kvinnans tillit till sin egen förmåga, lindra trötthet och att ge kvinnorna kontinuerlig information och stöd.

Vi anser att det skulle vara intressant att göra en större studie där det studeras om det är samma faktorer som orsakar kvinnors rädsla under graviditet och förlossning. Detta för att det i resultatet framkom att kvinnorna i stort sett är rädda för samma saker under

förlossningen, som tidigare forskning visat orsakar kvinnors rädsla under graviditeten. Det skulle även vara intressant att studera om det finns ett samband mellan paritet och rädsla under förlossningen samt eventuellt samband mellan socioekonomisk status och rädsla under förlossningen. Ytterligare ett område som inte är så väl utforskat och som vi anser vara viktigt att studera vidare, är hur barnmorskor kan förebygga sekundär förlossningsrädsla.

### **Konklusion**

Resultatet visar på att nästan två tredjedelar (66 %) av kvinnorna upplevde rädsla under förlossningen. Orsaker till kvinnors rädsla under förlossningen var smärta, komplikationer under förlossningen, egen förmåga, förlossningsförlopp, erfarenhet, utsatt situation, sjukhusmiljö och fel på barnet. Nyttan med denna kunskap för en förlossningsbarnmorska är att barnmorskan då kan arbeta förebyggande, till exempel med kontinuerlig information och stöd.

### **Uppdelning av arbetet**

Arbetet med denna studie har utförts av oss författare tillsammans. Litteratursökning och artikelsökning till bakgrunden gjordes gemensamt. Båda av oss läste samtliga artiklar som var relevanta för syftet med uppsatsen. Därefter har uppsatsens samtliga delar skrivits gemensamt av oss båda, även analysen som har lett fram till resultatet har gjorts gemensamt. Dock har vissa ändringar och tillägg skrivits av den ena av oss, för att därefter läsas igenom av den andra, samt vissa delar av diskussionen har skrivits separat och sedan lästs igenom och färdigstälts av båda tillsammans.



## REFERENSLISTA

1. Socialstyrelsen. Handläggning av Normal Förlossning – State of the Art [elektronisk]. Stockholm: Socialstyrelsen. [2001, Tillgänglig 2010-05-20][69 sidor] Tillgänglig från: URL: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11427/2001-123-1\\_20011231.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11427/2001-123-1_20011231.pdf)
2. Eriksson C, Nilsson C. Förlossningsrädsla. I: Kaplan A, Hogg B, Hildingsson I & Lundgren I (red). Lärobok för barnmorskor. Lund: Studentlitteratur; 2009. sid. 62-64.
3. Ryding E-L, Sundell G. Definitioner och diagnostik. I: Sjöberg N-O (red). Förlossningsrädsla. Svenska föreningen för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupper för psykosocial obstetrik och gynekologi samt sexologi, perinatologi samt MÖL-gruppen, rapport nummer 51. Östervåla: Elanders Tofters; 2004. sid. 7-14.
4. Laursen M, Johansen C, Hedegaard M. Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. BJOG. 2009; 116, 1350-1355.
5. Magnusson B. Barnmorskan och förlossningsrädsla. I: Sjögren B (red). Förlossningsrädsla. Lund: Studentlitteratur; 1998. sid. 9-35.
6. Höjeberg P. Tröskelkvinnor - Barnafödande som kultur. Oskarshamn: Carlssons Bokförlag; 2000.
7. Olofsson N. Förlossningssmärta och smärtfysiologi. I: Olofsson N (red). Förlossningssmärta – och dess behandling. Lund: Studentlitteratur; 2003. sid. 11-24.
8. Svenska Barnmorskeförbundet. Signekursen- träna avslappning [elektronisk]. Stockholm: Svenska Barnmorskeförbundet; [2004, Tillgänglig 2010-12-20][17 sidor] Tillgänglig från: URL: <http://www.barnmorskeforbundet.se/images/content/documents/signekursen.pdf>
9. Nilsson C, Bondas T, Lundgren I. Previous Birth Experience in Women With Intense Fear of Childbirth. J Obstet Gynaecol Neonatal Nurs. 2010; 39, 298-309.
10. Hofberg K, Brockington I. Tokophobia; an unreasoning dread of childbirth. Br J Psychiatry. 2000; 176, 83-85.
11. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Fear of childbirth in late pregnancy. Gynecol Obstet Invest. 1981; 12(5): 262-266.
12. Geissbuehler V, Eberhard J. Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. J Psychosom Obstet Gynecol. 2002; 23, 229-235.


13. Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003; 82 201-208.
14. Nieminen K, Stephansson O, Ryding E L. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88, 807-813.
15. Eriksson C, Westman G, Hamberg K. Experiential factors associated with childbirth-related fear in Swedish women and men: A population based study. *Journal of Psychosom Obstet Gynecol.* 2005; 26, (1) 63-72.
16. Sjögren B. Reason for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 1997; 18, 266-272.
17. Ryding, E-L. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1993: 72, 280-285.
18. Eriksson C, Westman G, Hamberg K. Content of Childbirth-related Fear in Swedish Women and Men – Analysis of an Open- Ended Question. *J Midwifery Womens Health.* 2006; 51, (2) 112-118.
19. Karlström A, Engström-Olsson R, Nystedt A, Thomas J, Hildingsson I. Swedish caregivers' attitudes towards cesarean section on maternal request. *Women Birth.* 2009;22, 57-63.
20. Ryding E-L, Wirfelt E, Wängborg I-B, Sjögren B, Edman G. Personality and fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007; 86, 814-820.
21. Waldenström U, Hildingsson I, Ryding E L. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent cesarean section and experience of childbirth. *BJOG.* 2006; 113, 638-646.
22. Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery.* 2009; 25, e1-e9.
23. Eriksson C, Jansson L, Hamberg K. Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery.* 2006; 22, 240-248.
24. Alehagen S, Wijma B, Wijma K. Fear of childbirth before, during and after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006; 85: 56-62.
25. Waldenström U. *Föda barn- från naturligt till högteknologiskt.* Stockholm: Karolinska Institutet University Press; 2007.
26. Werner A. *Auroraverksamheten. I: Sjöberg N-O (red). Svenska föreningen för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupper för psykosocial obstetrik och gynekologi samt sexologi, perinatologi samt MÖL-gruppen, rapport nummer 51.* Östervåla: Elanders Tofters; 2004. sid. 25-30.

27. Sjögren B, Ryding E-L, Magnusson B. Psykologiska och medicinska stödåtgärder vid förlossningsrädsla. I: Sjögren B (red). Förlossningsrädsla. Lund: Studentlitteratur; 1998. sid. 88-110.
28. Nilsson C. Att möta och vårda kvinnan med förlossningsrädsla. I: Kaplan A, Hogg B, Hildingsson I & Lundgren I (red). Lärobok för barnmorskor Lund: Studentlitteratur; 2009. sid. 64-68.
29. Onell C, Thelin K. Barnmorskans arbete med förlossningsrädda mammor. I: Sjögren B (red). Psykosocial obstetrik. Lund: Studentlitteratur; 2005. sid.197-206.
30. Ellis S. Mödravårdens roll. I: Sjöberg N-O (red). Förlossningsrädsla. Svenska föreningen för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupper för psykosocial obstetrik och genekologi samt sexologi, perinatologi samt MÖL-gruppen, rapport nummer 51. Östervåla: Elanders Tofters; 2004. sid. 19-23.
31. Ryding E-L. Psykologiska aspekter på graviditet och förlossning. I: Hagberg H, Marsál K, Westgren M (red). Obstetrik. Lund: Studentlitteratur; 2008. sid. 135-150.
32. Lundgren I, Berg M, Lindmark G. Is the Childbirth Experience Improved by a Birth Plan?. J Midwifery Womens Health. 2003; 48, 322–328.
33. Kjærgaard H, Wijma K, Dykes A-K, Alehag S. Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. J Reprod Infant Psychol.2008; 26, (4) 340-350.
34. Eriksson K. Den lidande människan. Stockholm: Liber; 1994.
35. Berg M, Lundgren I, Lindmark G. (2003). Childbirth Experience in Women at High Risk: Is IT Improved by Use of a Birth Plan?. J Perinat Educ.2003; 12(2), 1-15.
36. Lundman B, Graneheim U. Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär M, Höglund-Nielsen B. (red). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2008. sid. 159-172.
37. Colins C, Liken M, Kings S, Kokinakis C. Loss and Grief Among Family Caregivers of Relatives With Dementia. Qual Health Res. 1993; 3: 236-253.
38. CODEX. Forskning som involverar människan. [Elektronisk] Uppsala: CODEX. [2010-11-15, Tillgänglig 2010-12-20] [ca: 3 sid.]Tillgänglig från: URL: <http://www.codex.uu.se/forskningmanniska.shtml>
39. Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Stockholm: Riksdagen.

40. CODEX. Forskningsetisk prövning. [Elektronisk] Uppsala: CODEX. [2010-11-23, tillgänglig 2010-12-20] [ca: 3 sid.] Tillgänglig från: URL: <http://www.codex.uu.se/manniska5.shtml>
41. Lag om ändring i lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2008:192). Stockholm: Riksdagen.
42. World Medical Association. Declaration of Helsinki. [Elektronisk] World Medical Association, [2008-10-22, Tillgänglig 2010-12-20] Tillgänglig från: URL: <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/index.html>
43. CODEX. Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning. [Elektronisk]Uppsala: CODEX. [Tillgänglig 2010-12-20] [17 sid.]Tillgänglig från: URL: <http://www.codex.uu.se/texts/HSFR.pdf>
44. Graneheim U H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004; 24, 105-112.
45. Heggemann H. Höginkomsttagare – var går gränsen? [Elektronisk]. Stockholm: Statistiska centralbyrån. [2004, tillgänglig 2010-12-20] [2 sid.] Tillgänglig från: URL: [http://www.scb.se/Grupp/valfard/BE0801\\_2004K01\\_TI\\_06\\_A05ST0401.pdf](http://www.scb.se/Grupp/valfard/BE0801_2004K01_TI_06_A05ST0401.pdf)
46. Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. Fear of childbirth: Predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG*. 2008; 115, 354-360.
47. Krippendorff K. *Content Analysis: an introduction to its methodology*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2004.
48. Patel R, Davidson B. *Forskningsmetodikens grunder. – att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur; 2003.
49. Soet J E, Brack G A, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*. 2003; 1, 36–46

## Forskningspersonsinformation

## Studie om kvinnors upplevelser av förlossningen



Positiv  
Upplevelse av  
Förlossningen

En studie pågår för närvarande inom mödrahälsovård och förlossningsvård i Göteborg.

### Syfte

Syftet är att undersöka om införandet av en ny vårdmodell under graviditet och förlossning kan påverka upplevelsen av förlossningen i en positiv riktning. Den nya vårdmodellen innebär att varje kvinnas behov och önskemål inför förlossningen i slutet av graviditeten kommer att sammanfattas i form av en individuell vårdplan som lämnas till förlossningsbarnmorskan.

### Vill Du delta i denna studie? Ditt deltagande innebär följande

1. Runt graviditetsvecka 33 får Du ett frågeformulär som berör Dina känslor, behov och önskemål inför förlossningen.
2. Vid nästa besök lämnar Du det ifyllda frågeformuläret till Din barnmorska. Med detta som grund formulerar ni tillsammans en vårdplan inför förlossningen.
3. Vårdplanen lämnar Du till förlossningsbarnmorskan när Du kommer in till förlossningen.
4. Efter förlossningen, under BB-tiden, får Du en ny enkät med frågor som beskriver hur Du upplevde förlossningen. Några av De som deltar i studien kommer dessutom att bli kontaktade för en telefonintervju.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt, och om Du väljer att gå med i studien kan Du när som helst avbryta Ditt deltagande. Vården i övrigt kommer inte påverkas av om Du avböjer att delta. Resultatet av studien kommer att presenteras i oidentifierad form så att man inte kommer att kunna identifiera enskilda individer. Ingen annan än vi forskningsbarnmorskor kommer att ha tillgång till enkätsvaren. All data kommer att oidentifieras. Detta innebär att ingen kommer att kunna koppla Dina svar till Din person.

Marie Berg  
Barnmorska  
Tel. 031-343 6661

Ingela Lundgren  
Barnmorska  
Tel. 031- 343 5712

Karin Nyberg  
Barnmorska  
Tel. 031-343 5725

000305patinfo

## Bilaga 2

**Tabell.** Exempel på kvalitativ innehållsanalys

<b>Orsaken till min rädsla under förlossningen var:</b>	<b>Kondenserad meningsenhet*</b>	<b>Kod</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Kategori</b>
Klarar Jag detta? Räcker jag till?	Klarar jag detta? Räcker jag till?	Klara av, Räcka till	Bristande tillit till egen förmåga	Egen förmåga
Svåra o långdragna krystvärkar vid tidigare förlossning	Svåra o långdragna krystvärkar tidigare	Tidigare krystvärkar	Tidigare förlossningserfarenhet	Erfarenheter
Allt kändes så plötsligt och för tidigt (v34). 2 timmar så var allt klart för mig som förstföderska till tvillingar. Dagen innan pratade vi hemma om vi skulle föda vaginalt eller med kejsarsnitt då en låg i sätesbjudning och den andra på tvären. Det blev vaginalt.	Kändes plötsligt och för tidigt, snabbt förlopp med tvillingar som förstföderska, pratat om att föda vaginalt eller kejsarsnitt, det blev vaginalt	Oförberedd , snabbt förlopp, diskussion om förlossningssätt, blev vaginalt	Snabbt förlopp	Förlossningsförlopp
Rädsla för smärta. Har väldigt låg smärtgräns.	Rädsla för smärta.	Rädsla för smärta	Förlossnings-smärta	Smärta
Att barnet skulle vara sjukt eller något annat fel. Haft lite mardrömmar.	Att barnet skulle vara sjukt eller ha annat fel.	Fel på barnet	Fel på barnet	Fel på barnet
jag va' ensam	Jag va' ensam	Att vara ensam	Utsatt situation	Utsatt situation
Att jag skulle gå sönder för mycket.	Att jag skulle gå sönder för mycket.	Gå sönder för mycket	Komplikationer med kvinnan	Komplikation under förlossningen
Att min barnmorska var studerande och hade inte den erfarenhet jag krävde då det var första gången jag skulle föda barn.	Att min barnmorska var studerande och hade inte den erfarenhet jag krävde då det var första gången jag skulle föda barn.	Barnmorsk student med bristande erfarenhet	Personal	Sjukhusmiljö

\* Mellan kondensering och kodning sker en abstraktion av innehållet.