

FOU-PROJEKT –2000
CENTRALA MÖDRAHÄLSOVÅRDEN

**FÖRVÄNTNINGAR
OCH
FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSE
HOS
FÖRSTFÖDERSKOR**

Författare: Anki Kihlström Goldkuhl

Handledare: Lisbeth Brudal

SAMMANFATTNING

Syfte: Syftet var att genom undersökningen lära mera om kvinnors förväntningar inför sin första förlossning och beskriva dessa i relation till förlossningsupplevelsen.

Metod: Undersökningen omfattade 2 intervjuer med 35 förstföderskor i Bohuslän. Den första intervjun genomfördes i vecka 32 och den andra 4 veckor efter förlossningen. Kvinnorna valdes ut av sin barnmorska i primärvården.

Intervjuerna genomfördes enligt kvalitativ och kvantitativ metod, med en blandning av öppna och strukturerade frågor. En genomgång har också gjorts av kvinnornas förlossningsjournal för att studera personalens bedömning och i vilken utsträckning den speglar kvinnornas upplevelse.

Resultat: Kvinnorna delades vid tolkningen av resultaten in i 6 grupper och en undergrupp utifrån förväntningar och förlossningsupplevelse.

29 av de 35 kvinnorna har en positiv förväntan inför sin förlossning. Viktiga faktorer inför förlossningen är för dessa kvinnor:

1. En god relation till barnmorskan
2. Att relationen till partnern fungerar bra
3. Information om förloppet
4. Smärtlindring

För kvinnorna med negativa eller inga förväntningar nämns inte relationerna till personal eller partner på samma sätt kopplade till förväntningarna. Där framkommer i stället önskemål om att inte få för mycket information och önskemål om smärtlindring.

25 kvinnor har en positiv förlossningsupplevelse. 10 kvinnor upplever förlossningen som påfrestande, smärtsam eller på något sätt ”svår”. De kroppsliga uttrycken för smärta skiljer sig inte mellan grupperna, medan de känslomässiga upplevelserna ter sig olika. Kvinnorna med positiv förlossningsupplevelse beskriver stark smärta, men samtidigt känslomässigt härbärgerande, trygghet och goda relationer till personalen.

Det framkommer dold förlossningsrädsla hos 3 kvinnor, liksom förlossningsrädsla hos 5 av de blivande fäderna.

Det visar sig betydelsefullt att under graviditeten synliggöra vad som ligger bakom negativa eller inga förväntningar inför förlossningen.

Kvinnans tillit till sig själv och förmågan att i förlossningssituationen skapa nya inre strukturer är betydelsefullt tillsammans med förmågan och möjligheten att överlämna sig psykiskt och fysiskt till barnmorskan.

DU ÄR FRÖET

Du är fröet och jag din mull
Du ligger i mig och gror.
Du är det barn som väntas.
Jag är din mor.

Jord, ge mig din värme!
Blod, ge din saft!
En okänd makt behöver idag
Allt liv jag haft

Strömmande varma vågen
Känner ingen damm,
Vidare vill den skapa,
Bryter sig fram.

Därför gör det så levande ont
Ini mig nu:
Något växer och spränger mig –
Käraste, du!

KARIN BOYE (1900 – 1941)

FÖRORD

Jag vill rikta ett varmt tack till kvinnorna som så generöst delade med sig av sina förväntningar och förlossningsupplevelser. Vidare vill jag tacka barnmorska Gundel Lindbom som med sin långa erfarenhet och kunskap berikade våra diskussioner då vi planerade projektet tillsammans.

Tack också till vår handledare Lisbeth Brudal, MVC och kollegor som läst och haft värdefulla synpunkter under projektets gång.

Sist men inte minst tack till sekreterarna Ellinor Grundberg och Siw Karlsson som skrev och tålmodigt arbetade med min text.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	SID
FÖRORD	
1. SAMMANFATTNING	
2. INLEDNING	1
3. SYFTE	1
4. TEORETISK BAKGRUND	2
Förlossningsrädsla	2
Kris och förlossning	3
Att bli förälder	6
Akut kejsarsnitt	9
Barnmorskans roll	10
5. METOD	10
6. RESULTAT	11
Grupp 1 A – positiva förväntningar – positiv förlossningsupplevelse	12
1. Relationer till närstående	12
2. Psykiska kriser eller påfrestningar tidigare i livet	13
3. Förväntningar inför förlossningen	13
4. Förlossningsupplevelse	14
Kroppsliga reaktioner och smärtskala	14
Smärtskala	15
Känslomässiga reaktioner	16
Relationer till förlossningspersonalen	17
Relationer till BB-personalen	17
Post partumsamtal	18
Förlossningsjournalen	19
5. Drömmar och fantasier – under graviditet och efter förlossning	19
6. Anknytningen till barnet	20
Grupp 1 B	21
1. Relationer till närstående	21
2. Psykiska kriser eller påfrestningar tidigare i livet	22
3. Förväntningar inför förlossningen	22
4. Förlossningsupplevelse	23
Kroppsliga reaktioner och smärtskala	23

Smärtskala	24
Känslomässiga reaktioner	24
Relationer till förlossningspersonalen	25
Relationer till BB-personalen	25
Post partumsamtal	25
Förlossningsjournalen	26
5. Drömmar och fantasier under graviditet och efter förlossning	26
6. Anknytningen till barnet	26
Grupp 2 – positiva förväntningar – negativ förlossningsupplevelse	27
1. Relationer till närstående	27
2. Psykiska kriser eller påfrestningar tidigare i livet	27
3. Förväntningar inför förlossningen	28
4. Förlossningsupplevelse	29
Kroppsliga reaktioner och smärtskala	29
Smärtskala	29
Känslomässiga reaktioner	30
Relationer till förlossningspersonalen	30
Relationer till BB-personalen	30
Post partumsamtal	31
Förlossningsjournalen	31
5. Drömmar och fantasier under graviditet och efter förlossning	32
6. Anknytningen till barnet	32
Grupp 3 negativa förväntningar – positiv förlossningsupplevelse	33
1. Relationer till närstående	33
2. Psykiska kriser eller påfrestningar tidigare i livet	33
3. Förväntningar inför förlossningen	33
4. Förlossningsupplevelse	34
Kroppsliga reaktioner och smärtskala	34
Smärtskala	34
Känslomässiga reaktioner	34
Relationer till förlossningspersonalen	35
Relationer till BB-personalen	35
Post partumsamtal	35
Förlossningsjournalen	35
5. Drömmar och fantasier under graviditet och efter förlossning	36
6. Anknytningen till barnet	36
Grupp 4 negativa förväntningar – negativ förlossningsupplevelse	36
1. Relationer till närstående	36
2. Psykiska kriser eller påfrestningar tidigare i livet	36
3. Förväntningar inför förlossningen	37
4. Förlossningsupplevelse	37
Kroppsliga reaktioner och smärtskala	38
Smärtskala	38
Känslomässiga reaktioner	38
Relationer till förlossningspersonalen	39
Relationer till BB-personalen	39

Post partumsamtal	39
Förlossningsjournalen	39
5. Drömmar och fantasier under graviditet och efter förlossning	40
6. Anknytningen till barnet	40
Grupp 5 inga förväntningar – positiv förlossningsupplevelse	40
1. Relationer till närstående	40
2. Psykiska kriser eller påfrestningar tidigare i livet	41
3. Förväntningar inför förlossningen	41
4. Förlossningsupplevelse	42
Kroppsliga reaktioner och smärtskala	42
Smärtskala	42
Känslomässiga reaktioner	42
Relationer till förlossningspersonalen	43
Relationer till BB-personalen	43
Post partumsamtal	44
Förlossningsjournalen	44
5. Drömmar och fantasier under graviditet och efter förlossning	44
6. Anknytningen till barnet	44
Grupp 6 inga förväntningar – negativ förlossningsupplevelse	44
1. Relationer till närstående	45
2. Psykiska kriser eller påfrestningar tidigare i livet	45
3. Förväntningar inför förlossningen	45
4. Förlossningsupplevelse	46
Kroppsliga reaktioner och smärtskala	46
Smärtskala	47
Känslomässiga reaktioner	47
Relationer till förlossningspersonalen	47
Relationer till BB-personalen	48
Post partumsamtal	48
Förlossningsjournalen	48
5. Drömmar och fantasier under graviditet och efter förlossning	49
6. Anknytningen till barnet	49
Rökning, alkohol och narkotika	50
7. RESULTATDISKUSSION	50
Kriserfarenhet	51
Drömmar och fantasier	52
Förlossningsupplevelsen	53
Anknytningen till barnet	56
Förlossningsrädsla	57
Slutkommentar	58
8. REFERENSER	
Bilaga 1 och 2	

INLEDNING

Hösten 1995 startade en verksamhet för förlossningsrädda kvinnor i Uddevalla. Motsvarande verksamheter har vuxit fram på flera förlossningskliniker i landet under 90-talet. 1989 inleddes ett sådant arbete på Östra sjukhuset i Göteborg. I samarbete med dem kom vi att liksom de, kalla vår grupp "Aurora".

När vår förlossningsklinik slogs samman med den på NÄL (Norra Älvsborgs Länssjukhus) skedde en namnförändring till "Maria-Aurora". På NÄL fanns sedan tidigare en "Mariagrupp".

Dessa grupper med kvinnonamn som vuxit fram i landet består av särskilt intresserade barnmorskor som erbjuder enskilda samtal till förlossningsrädda kvinnor, par eller också ibland till en blivande far.

Då vår grupp etablerades hade jag arbetat som mödrahälsovårdpsykolog i Uddevalla/norra Bohuslän i ett år.

En stor del av de kvinnor och par jag möter i min kliniska vardag beskriver rädsla och oro relaterat till en förlossning de just upplevt, men även beträffande en förlossning som ligger längre tillbaka i tiden, men som aktualiseras i samband med en ny graviditet eller önskemål om en ny graviditet. Jag kom att fundera över de specifika omständigheter som gäller för omfödskor. Vad upplevde de första gången? Vilka kvinnor utvecklar förlossningsrädsla inför en andra förlossning, som ej varit förlossningsrädda första gången?

När förlossningen innebär en synlig traumatisk händelse ter sig orsakerna tydliga för oss. Exempel på detta är akut kejsarsnitt, sugklocka, tång, missbildning hos barnet eller stor blödning hos modern.

Andra faktorer som framkommit i tidigare forskning är faktorer i kvinnans historia såsom traumatisering, övergrepp eller kränkningar.

Min uppsats handlar om kvinnans förväntningar inför sin första förlossning i relation till hennes förlossningsupplevelse.

Vad händer i samband med den första förlossningen? Kan vi urskilja faktorer och utöka vår kunskap om vad som är viktigt under graviditet, förlossning och i förloppet närmast efteråt och erbjuda insatser för att minska risken för förlossningsrädsla senare?

SYFTE

Syftet är att genom undersökningen lära mera om kvinnors förväntningar inför sin första förlossning och beskriva dessa i relation till förlossningsupplevelsen. Förhoppningen är att genom detta öka kompetensen hos oss som arbetar med graviditet och förlossning.

Genom att närmare utforska förväntningarna, synliggöra psykologiska faktorer och känslomässiga behov kunna optimalt tillgodose dessa tillsammans med medicinsk-teknisk kompetens.

Undersökningen planerades utifrån frågorna: Varför är omfödorskor förlossningsrädda? Vad har de erfart vid den första förlossningen?

Ett syfte är att söka svaren på dessa frågor och därigenom minska risken för förlossningsrädsla hos omfödorskor samt att förebygga den hos förstfödorskor.

Därigenom även förebygga negativa post partumreaktioner, främja en god anknytning till barnet samt stärka kvinnan och paret i sin relation under den period som innebär påfrestningar.

Studien syftar också till att erbjuda nya frågor och perspektiv att tillföra det basprogram som är utgångspunkten i barnmorskans arbete med den gravida kvinnan.

TEORETISK BAKGRUND

FÖRLOSSNINGSRÄDSLÅ

Barbro Areskog –82 visar i sin undersökning att 23% av kvinnorna uttrycker rädsla för förlossningen. (17% moderat rädsla, 6% en allvarlig rädsla).

Hon kommer också fram till att en rad negativa livserfarenheter har samband med förlossningsrädsla.

Negativa barndomserfarenheter och sexuella erfarenheter under uppväxten och en allmän benägenhet för ångest visade sig vara signifikanta bakgrundsfaktorer. (Areskog –82). De områden som kvinnorna oftast uttryckte rädsla kring, innehöll följande faktorer:

- Att barnet skulle vara missbildat
- Att barnet skulle skadas eller dö inför förlossningen
- Att kvinnan själv skulle brista, gå sönder under förlossningen
- Att kvinnan skulle få smärtsamma injektioner
- Att förlora kontrollen
- Att inte kunna hjälpa till under förlossningen

Barbro Areskog kommer också fram till att hos förstfödorskorna fanns ett samband mellan förlossningsrädsla och ett stort självförtroende i modersrollen, samt känslor av störd emotionell kontakt med barnet. Hos omfödorskor var förlossningsrädslan associerad med tveksamhet inför att föda igen. (Areskog –92).

Vilken upplevelse har en omfödelska med förlossningsrädsla bakom sig då rädslan utvecklas efter första förlossningen? Då en kvinna i den här situationen kommer i kontakt med en Aurorabarnmorska och man gemensamt blickar tillbaka på första förlossningen beskriver journalen och även kvinnan själv att det egentligen inte varit några problem utan att det varit en "normalförlossning". Kvinnans upplevelse av förlossningen kan då uttryckas som att hon kände sig övergiven, "sjönk in i ett tillstånd, nära döden, bortom verkligheten, jag kunde inte

ta kontakt och ingen, inte barnmorskan, inte min man förstod mitt tillstånd". "Jag trodde jag skulle dö, jag kunde inte göra någonting. Efteråt sa de att det gått bra, att jag varit duktig". I andra fall är det uppenbart att förlossningen inneburit en kris som vid t ex akuta kejsarsnitt. Omhändertagandet efter varje förlossning är betydelsefullt. Ett mål är att varje kvinna skall erbjudas ett post partumsamtal – ett samtal om sin förlossning, helst med förlösande barnmorska, men om detta ej är möjligt, med någon annan.

Alla kvinnor som står inför sin förlossning funderar över smärta.

Trots utveckling av smärtlindringsmetoder, bl a lustgas, akupunktur, epiduralblockad (EDA), så vet vi att smärta ej går att eliminera helt. Tillsammans med tekniskt medicinska smärtlindringsmetoder gäller kvinnans förmåga att härbergera smärta psykologiskt. Att genomleva den med stöd av partner och förlossningspersonal. Gerd Fridh studerade i sin avhandling förlossningssmärta –88, 50 förstfödelskor och 88 omfödelskor. Resultaten av hennes studie visar bl a att:

Kvinnorna hade inte realistiska förväntningar på smärtan före förlossningen
Endast bland omfödelskor fanns det en överensstämmelse mellan förväntad smärta och upplevd smärta

- Förstfödelskorna upplevde förlossningen mer smärtsam än omfödelskorna
- Barnmorskorna underskattade smärtintensiteten i förlossningens slutfas, samtidigt som kvinnorna då upplevde smärtan intensivast.
- Kvinnorna kunde i efterhand inte komma ihåg graden av smärta de upplevt under förlossningen.

Med stöd av resultaten i denna och andra studier, står det klart att graviditet och förlossning är förenade med ett komplicerat mönster av psykologiska reaktioner. Att koncentrera intresset enbart till förlossningssmärta är felaktigt, då en negativ förlossningsupplevelse i många fall endast är ett delsymptom i ett större sammanhang.

Fridh pekar på motsättningarna som finns i barnafödandet. Samtidigt som födandet är förknippat med den mest intensiva smärta man kan uppleva, är det också en av de mest fantastiska upplevelser en kvinna kan ha i sitt liv. En annan motsättning är att smärta vanligtvis är kopplat till skada, sjukdom eller upplevelser av ohälsa, medan förlossningssmärta är en förväntad företeelse, en akut smärta med ett snabbt förlopp och där resultatet i de flesta fall är positivt i form av ett friskt barn. (Gerd Fridh –88).

KRIS OCH FÖRLOSSNING

"Ett psykiskt kristillstånd kan man sägas befinna sig i, då man råkat in i en sådan livssituation att tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt inte är tillräckliga för att man skall förstå och psykiskt bemästra den aktuella situationen. Graviditet, förlossning och nyblivet föräldraskap

är ett skede i livet som ställer mycket stora krav på förmåga till omställning och anpassning, både psykiskt och socialt och kan därför med rätta kallas för en krisperiod". (Cullberg –92).

Man skiljer på traumatiska kriser och utvecklingskriser, eller livskriser.

Traumatisk kris kan innebära en plötslig, oväntad yttre påfrestning, en olyckshändelse eller en nära anhörigs död. Att få barn brukar tillhöra det man brukar beskriva som utvecklingskris.

Vilken inre privat betydelse får det inträffande för den drabbade?

Det är viktigt att skaffa kunskap om personens förutsättningar och personliga resurser att återhämta sig.

Exempel:

En 27-årig kvinna beskrev för mig att hon inte hade någon "karta" för den här situationen. Jag träffade henne med det första barnet, en 8 veckor gammal son. Hon var nedstämd och ångestfylld. Hon hade tidigare i livet varit van att ha situationen under kontroll och klarat utbildning, arbete och relationer till andra människor. Hon hade närmat sig sin första förlossning med tillförsikt. Förlossningen var en s k "normalförlossning". Hon var chockad över upplevelsen av att ha tappat kontrollen under förlossningen. Hon hade klarat andra utmaningar, men hennes "karta" gick inte att applicera på denna situation utan hjälp. Hon hade skakats om i sin tillit till sig själv och fick också svårigheter att känna tilltro till sin egen förmåga att tillgodose barnets behov.

Raphael Leff –94 skriver att, för vissa kvinnor kan upplevelsen av förlossningen innebära svåra erfarenheter av djupt personligt nederlag många år framåt.

Omkring 10% av alla kvinnor drabbas av en post partumdepression efter barnets födelse. Den utvecklas framför allt under inverkan av psykosociala faktorer. Post partumdepressionen förefaller ha en långvarig effekt, inte bara för kvinnan själv utan också på relationen till partnern och i interaktionen med barnet. (Wickberg –96).

Varje ny situation erbjuder möjligheter till att bana nya spår i sin "karta". Vi talar därför om att gå stärkt ur en kris.

En anledning till krisreaktioner är att den repertoar av försvarsmekanismer man vanligtvis har tillgång till inte räcker. Det är då vanligt att regrediera, d v s gå tillbaka i utvecklingsmönster och reagera på den tidigare nivån. Blir man då respekterad och bemött med värme, stöd och förståelse, finns förutsättningar för reparation och mognad.

Under en förlossning är det självklart att tänka sig att alla kvinnor/par, kan hamna i tillfälliga regressiva tillstånd då påfrestningarna ter sig alltför stora.

Det finns också anledning att fundera över hur tidigare kriser i livet påverkar graviditet, förlossning och föräldraskap.

Har den drabbade fått möjlighet att samtala med någon – i första hand närstående eller vänner eller vid behov med någon professionell, har detta betydelse för om krisen innebär utveckling och mera mogna försvarsmekanismer eller om den leder till förnekande, projektion eller avspjälkning av känslan. Detta kan då leda till att krisen aktiveras vid en ny påfrestning som kan påminna om den första.

Abort, missfall eller sexuellt utnyttjande är sådana situationer som vi måste beakta då det gäller förlossning. Under en graviditet är det viktigt att erbjuda möjlighet att samtala om reaktioner på en abort eller ett missfall.

En abort som ter sig självklar i en omöjlig situation kan ändå väcka smärta eller skuld långt senare.

Kvinnan kan uppfyllas av tanken på att bestraffas och att inte kunna föda ett friskt levande barn. Ofta finns detta, blandat med en önskan om att reparera efter aborten eller missfallet – se att allt fungerar, att hon är kapabel att bära fram och föda ett barn. Lisbeth Brudal tar upp det paradoxala med en kris och beskriver att paradoxen består i att: ”Motgång kan gi medgång og at en fare også er en sjanse”. Krisen kan leda till att personen går stärkt ur situationen men den kan också leda till att personen fastnar på en lägre funktionsnivå än tidigare, med symptom som ångest, depression – post partumreaktioner av neurotisk eller psykotisk karaktär. Denna kris i perinatalperioden är förutsägbar och har ett tidsbegränsat förlopp, men är avgränsat till graviditet, förlossning och barnsängstid. Den innehåller såväl kroppsliga som psykologiska processer. Det är också möjligt att studera krisreaktioner hos både kvinnan och mannen. Det är en kris som rör personens identitet. (Brudal –89).

Barndomen kommer tillbaka och kvinnan blir upptagen av sin egen mor och minnen av sin far i att söka modeller för sitt föräldraskap. Att göra det som föräldrarna gjorde, att vara som dem, men också att betona det man inte vill upprepa. Ingrid Ursing tydliggör i sitt arbete om förlossningsrädsla betydelsen av kvinnans egen mor. Relationen till henne, möjligheten att acceptera henne som förebild och grund för ett eget tryggt moderskap. Att inse och acceptera hennes tillkortakommanden och försonas med hennes brister. (Ursing –84).

Fantasier och föreställningar om föräldraskap och det blivande barnet, är liksom förlossningsförberedelsen viktiga enheter i det psykosociala basprogrammet som tillsammans med det medicinska basprogrammet utgör ramar för barnmorskan på Barnmorskemottagningen. För kvinnan är detta en del, där samtal med partnern, modern och andra kvinnor och deras förlossningsberättelse är en annan. Under den sista tredjedelen av graviditeten är det betydelsefullt att ställa in sig på att föda och ta emot barnet.

Ytterligare ett sätt att komma i kontakt med de känslor som finns inför förlossningen presenteras av Lisbeth Brudal som 1993 startade ett forskningsprojekt där 100 gravida kvinnor fick en dagbok där de uppmuntrades att skriva ner upplevelser, tankar och föreställningar de hade under graviditeten samt även nattliga drömmar.

De samtalade sedan med sin barnmorska om drömmarna, inte för att tolka dem utan för att ge uttryck för de känslor som finns hos den gravida kvinnan.

Bland de känslor som redovisas framkommer glädje, upprymdhet, ångest, oro, men också lugn och balans, förvirring, nedstämdhet, övergivenhet, känsla av ömhet och en känsla av att vara i harmoni. (Brudal –96).

A Antonovsky, professor i medicinsk sociologi, har utvecklat viktiga tankar kring begreppen hälsa och sjukdom. Utifrån ett patologiskt synsätt försöker man förstå varför människor blir sjuka medan man utifrån ett salutogenetiskt perspektiv (fokus på hälsans ursprung) ställer

man en helt annan fråga. Varför förblir människor friska, eller hamnar vid den positiva polen i dimensionen hälsa/ohälsa? Utifrån dessa frågor har Antonovsky utvecklat begreppet "Känsla av sammanhang" KASAM. Begreppet kan definieras som en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till:

- De stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga.
- De resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga
- Dessa krav är utmaningar värda investering och engagemang (Antonovsky –91).

Detta är faktorer värdefulla att beakta i relation till kriser och krisbearbetning i samband med graviditet, förlossning och föräldrablivande. Då frågor, tankar och känslor oundgängligen måste formuleras av den som möter en nybliven mor eller far i kris är det viktigt att också bevara hälsoperspektivet och vara medveten om frågornas betydelse för alla blivande föräldrar, för barnmorskan i primärvården och i Auroraverksamhet. Anita Eriksson, barnmorska sammanfattar i en uppsats Aurorabarnmorskans roll i förhållande till kvinnan:

- Att ge kvinnan all möjlighet att sätta ord på oro och rädsla
- Att veta hur oron skall bemötas
- Att genom sitt förhållningssätt och sina kunskaper kunna och våga vända krisen till en positiv vändpunkt, särskilt hos sårbara individer och där påfrestningarna blivit för stora
- Att genom att vara uppmärksam på "riskpatienter" och därigenom kunna förebygga bl a postpartumpsykos (Eriksson 1996-1997).

Eriksson betonar också värdet av kunskap och specialinriktade utbildningsönskemål för Aurorabarnmorskan. Hon avslutar med att beskriva värdet av ett personligt möte mellan barnmorskan och den gravida kvinnan.

ATT BLI FÖRÄLDER

Ängslan och oro finns hos många blivande föräldrar. Denna ängslan får olika innebörd beroende på de blivande föräldrarnas förväntningar liksom på deras inre och yttre beredskap. En viss ambivalens mot barnet och föräldrablivandet finns säkert hos alla mödrar och fäder. Carlberg beskriver ett likartat mönster hos varje föräldrapar, men också att mönstret skiljer sig åt beroende på om modern är förstföderska eller omföderska. "Det första som sker, är att föräldrarna konstaterar att barnets kropp är välskapt. Det sker en bearbetning av inuti – utanpå problemet, framför allt hos förstföderskorna och uttrycks som tänk att du har legat inuti mig. Föräldrarna talar om barnets kön och namn. Omföderskor är mera barncentrerade. De jämför barnet med syskon och jämför med tidigare förlossningar. Förstföderskor är mera självcentrerade och talar om hur de själva mår, om graviditeten och förlossningen". (Carlberg –94).

På förlossningsavdelningen är kvinnan i fokus och får tillfredsställelse i sitt behov av att vara betydelsefull på ett sätt som hon känner igen på MVC under graviditeten. På BB och BVC

kan kvinnan uppleva att hon inte får den uppmärksamhet hon själv behöver. Barnet är huvudpersonen. Detta blir påtagligt för de kvinnor som kommer i någon form av kris eller regression efter förlossningen.

Britt Wiberg beskriver i sin avhandling "The first hour of life" hur viktigt det är att i anslutning till barnets födelse ge de nyblivna föräldrarna tid tillsammans så att de får möjlighet att känna, reagera och verbalisera att de fått ett barn, att födas som mor och far. Den fysiska öppenheten och blottläggandet har också en motsvarighet i den emotionella

öppenheten och regressionen, speciellt hos modern som tidigare beskrivits. Wiberg beskriver också barnets födelse som höjdpunkten i en livsförändrande kris. (Wiberg –90).

Förlossningen är unik i en kvinnas liv. Hon bär för alltid med sig minnet av den. I lyckosamma fall kan förlossningen få en stark positiv betydelse för kvinnan om hon har förmågan att på ett fruktbart sätt använda sina psykiska och fysiska krafter i den ansträngning som förlossningen innebär. Men upplevelsen under förlossningen kan också bli så ångestladdad och smärtsam att krisen fördjupas eller blir akut och försvårar mognad in i modersrollen och en god anknytning till barnet. Under den nya livskrisen aktualiseras ofta gamla bortträngda konflikter, traumata och ångest såsom t ex känslor av övergivenhet och hjälplöshet, problem i samband med separationen från en älskad far eller mor, ångest för kroppslig skada och för samvetets stränga krav. (Lagercrantz –79).

Lagercrantz genomförde en studie om graviditet och förlossning, samt moderns och barnets samspel och utveckling under de första 18 månaderna. Lagercrantz intervjuar 33 kvinnor med normala förlossningar och beskriver utifrån vissa förhållanden i kvinnans historia och nuvarande livssituation reaktioner på förlossning och moderskap. Hon delar in kvinnorna i fem grupper och beskriver deras reaktioner.

1. Kvinnor som genom regressiva och reintegrativa processer utvecklar en moderlig beredskap för att tillgodose barnets behov. Hos dessa kvinnor finns också ett fördjupat och förstärkt identitetsmedvetande, ökad insikt och mognad.
2. Kvinnor som präglas av ambition och ytlighet och har svårt att delge och uttrycka konfliktfyllda och depressiva känslor. Försvarsmekanismerna kännetecknas av bortträngning och förnekande.
3. Kvinnor vars fantasier om modersrollen var orealistiska och kompensatoriska. De präglades också av skuldkänslor och masochistiska fantasier. Försvaren präglade av reaktionsbildning, bortträngning och förnekande.
4. Kvinnor som efter förlossningen befann sig i akut kris och ångest. Barnet var oönskat och kvinnan var oförberedd och omotiverad för moderskap. Krafterna räckte ej till. Skuldkänslor, behov av kristerapi.
5. Också dessa kvinnor var oförberedda på graviditetsbesked och förlossning. De hade en upplevelse präglad av chock, ångest och motstridiga känslor. Barnen föddes mer eller mindre ovälkomna. Många psykiska symptom. De var ofta kaotiska. Behov av långvariga stödande insatser av olika karaktär. (Lagercrantz –79).

Hos nästan alla blivande mödrar finns en fruktan att föda ett missbildat eller dött barn. Daniel Stern citerar T B Brazelton och spinner vidare på hans tankar. Brazelton har funnit att modern under 7:e och 9:e graviditetsmånaden släpper en del på sina övervägande positiva representationer för att undvika besvikelser. Oron för att barnet inte skall födas friskt ligger under ytan men huvudsakligen omedvetet. Stern tar även upp att i och med första barnets födelse förändras kvinnans grundläggande identitet och status i livet. En del av dessa förändringar har planerats och inletts redan innan barnets födelse, medan andra kommer att vara oplanerade och kommer mera plötsligt och överraskande. Förändringarna handlar naturligtvis om den blivande moderns bild av sig själv som kvinna, mor, hustru, yrkesperson

och hennes roll i ursprungsfamiljen. I detta ingår hennes bild av sig själv. ”Alla dessa nätverk kommer via olika händelser att hamna i den smältdegel som uppstår efter förlossningen och de kommer med all sannolikhet att få ny skepnad. Kvinnan flyttar centrum från att primärt ha varit dotter till sin mor, till att bli mor till sin dotter”. (Stern –96). Den nyblivna modern måste ge upp alla önskingar och tankar om hur hon skulle kunna rätta till, eller återvända till sin barndom eller barndomshemmet vid behov. Det finns möjligheter att reparera brister, men inte som ett barn. Stern tar också upp den djupgående känsla av förlust som dyker upp då livsvillkoren förändras. I förlängningen är detta en del av det som beskrivs som post partumdepression eller blues.

Raphael Leff beskriver två olika kvinnotyper som möter graviditet och förlossning med helt olika förväntningar. Den ena kvinnotypen (facilitators) har ett emotionellt perspektiv medan den andra gruppen (regulators) har ett mera intellektuellt och konkret perspektiv.

Facilitators

Fas 1. Det är betydelsefullt att bli en vuxen kvinna – hon är upptagen av graviditeten och går så djupt in i den att hon tappar intresset för världen f ö. Hon leker med tanken att befruktningen var en mirakulös händelse och idealiserar situationen.

Fas 2. Hon är angelägen om att visa upp graviditeten och berättar för alla om den. Hon framhäver också graviditeten genom sin klädsel.

Fas 3. Från fokus på sin egen gravida kropp förskjuts fokus till barnet som skall födas. Denna grupp av kvinnor inriktar sig senare på barnet.

Hon har blandade känslor inför avslutandet av graviditeten. Hon sörjer avslutningen av den. Hon sörjer också avbrytandet av den omedelbara kontakt och närhet som det innebär att bära barnet inom sig. Hon förbereder sig å andra sidan omsorgsfullt för att ta emot barnet och skapa resurser runt sig och barnet. Hon omger sig med personal som kan ställa upp och erbjuda hjälp när det behövs och hon önskar sig också en barnmorska som är tålmodig och som kan vaka över dem som en god mor utan att störa.

Regulators

Fas 1. Denna kvinna är mera reserverad och går inte in i graviditeten så djupt i ett tidigt skede. Hon tillåter sig inte så djupgående fantasier i händelse av att något skulle gå fel. I linje med detta berättar hon inte för så många om graviditeten då hon vill skydda sig själv från besvikelse. Hon försvarar sig mot tendenser till regression eller att bli alltför emotionell. Hon strävar efter att vara sig själv, oförändrad, snarare än att vara ”en gravid kvinna”.

Fas 2. Hon fortsätter att klä sig som vanligt. Hon undviker också fantasier eller en lekfull dialog med det blivande barnet. Fostret får inte bli en person, som hon fäster sig vid om något skulle gå fel. Hon anförtror sig dock i relation till dem som står henne närmast och förbereder sig mera i hemlighet för att ta emot ett barn.

Fas 3. Kvinnan känner sig nu stor och klumpig. De kroppsliga förändringarna tynger henne och hon längtar efter att återfå sin vanliga figur. Över huvud taget inverkar graviditeten mycket på hennes liv och hon vill gärna att allt skall vara som vanligt. Hon är känslig för att tappa kontrollen, blir sårbar och känner sig utsatt. Hon är rädd att blotta gömda aspekter av sig själv. Hon känner sig inte förberedd (ingen ”karta”). Hon litar kanske inte på sin kropp

och är rädd att hon inte har kunnat lära sig det hon borde av barnmorskan i primärvården och att hon skall misslyckas med förlossningen. På ett djupare plan finns en rädsla att hon skall skada barnet eller skadas själv genom förlossningen. Hon försöker förbereda sig intellektuellt genom att kontrollera känslor. Vid tanken på att tappa kontrollen känner hon sig panikslagen inför förlossningen. Hon förlitar sig på experter och på den medicinska tekniken. Hon är ointresserad av introspektion och att graviditet, förlossning och barnafödande skulle påverka hennes identitet.

Raphael Leff beskriver två kvinnotyper som utgör extremer. De flesta kvinnor är en blandning av båda grupperna. (Raphael Leff –91).

AKUT KEJSARSNITT

”Stark förlossningsrädsla som ej behandlats under graviditeten förefaller öka risken för att ett akut kejsarsnitt skall komma att bli nödvändigt. Ett akut kejsarsnitt innebär ofta ett psykiskt trauma för den födande kvinnan, även när hon kan känna glädje över sitt barn. Den nyblivna mamman mår ofta psykiskt sämre i efterförloppet efter ett akut kejsarsnitt än efter ett planerat snitt eller efter en normalförlossning. Skillnaden i psykiskt välbefinnande är mindre mellan akut kejsarsnitt och en förlossning med sugklocka/tång”. (Ryding –98).

Ryding beskriver värdet av tidiga individuella rådgivningsinsatser efter akuta kejsarsnitt. Tidiga insatser ökar möjligheten att få klart för sig kvinnans reaktion på ett akut kejsarsnitt. Är det lindriga eller måttliga bekymmer? Allvarlig posttraumatisk stressreaktion eller mår kvinnan utmärkt efter akutsnittet?

Ryding beskriver i sin avhandling att de kvinnor som genomgått akut kejsarsnitt under graviditeten hade rapporterat en i genomsnitt klart högre grad av förlossningsrädsla än kontrollgruppen.

Det psykiska välbefinnandet var bättre både en månad och 6 månader efter akut kejsarsnitt hos den grupp kvinnor som genomgått psykologisk rådgivning, jämfört med den grupp som ej fått behandling.

Att erbjuda rådgivning/samtal efter ett akut kejsarsnitt förebygger psykisk ohälsa i framtiden. Förväntningarna inför förlossningen har ej infriats. Vad betyder det inför en kommande graviditet och förlossning? Ryding beskriver hur positiv förväntan och tillförsikt dominerade när kvinnorna kom till förlossningsavdelningen. Reaktionen som följer då kejsarsnitt blir nödvändigt är rädsla men samtidigt lättnad i samband med beslut om kejsarsnitt. En rädsla för

det operativa ingreppet och litet av tillfredsställelse när allt gått bra efter hotet om att barnets eller hennes eget liv varit i fara. För över hälften av kvinnorna i undersökningen var rädslan så stark att det akuta kejsarsnittet kan beskrivas som ett trauma som skulle kunna förorsaka PTSD (Post Traumatic Stress Disorder).

”I framtiden bör vi utarbeta och pröva modeller för uppföljning efter komplicerade förlossningar och för diagnostik och behandling av posttraumatiska reaktioner efter förlossningar”. (Ryding –98).

Ett akut kejsarsnitt ställer på sin spets detta med kvinnans förväntningar och önskemål och vad som sedan utspelar sig medicinskt och psykologiskt under förlossningen och vad det sedan innebär för varje enskild kvinna, för barnet och för partnern.

BARNMORSKANS ROLL

Ursing –84 påpekar att vi genom medicinsk teknologi blottlägger den existentiella otryggheten. Sundqvist –95 anknyter till detta i sin intervjuundersökning med barnmorskor och citerar en barnmorska som uttrycker bl a det tröttande i att ställa in sig på varje förälders behov. Förlossningsvården har förändrats från att ha kännetecknats av en sjukdomsmodell till att eftersträva en självständighetsmodell. Idag uppmuntras föräldern till att ha tilltro till sin egen förmåga och att vara delaktig. Detta kräver ytterligare inlevelse och engagemang av barnmorskan för att tolka och tillgodose de blivande föräldrarnas behov.

Sundqvist pekar också på barnmorskans roll, innebärande att alltid ha med behövande människor att göra. Att möta kvinnor i regressiv fas vilket ställer höga krav på inlevelseförmåga och bemötande. Hon betonar också hur viktigt det är med stödjande insatser för barnmorskor, speciellt i svåra situationer. Som exempel på hur detta bör genomföras nämner hon debriefing, avsatt tid för samtal kollegor emellan – kamratstöd – handledning och utbildning. (Sundqvist –95).

METOD

Undersökningen omfattar två intervjuer med 35 förstfödorskor i Bohuslän. Kvinnorna var mellan 19-39 år. Medianåldern är 28 år. Den första intervjun genomfördes i graviditetsvecka 32 och den andra 4 veckor efter förlossningen, under perioden juli –97 – april –98. Kvinnorna valdes ut av sin barnmorska i primärvården och tillfrågades vid besök på barnmorskemottagningen då de var i vecka 25-28. Barnmorskorna hade då fått dels muntlig, dels skriftlig information om studien. Informationen bestod av fastställda urvalskriterier enligt följande:

1. Förstfödorskor utan diagnostiserad förlossningsrädsla.
2. Kvinnor som lever i parrelation. Gift/sambo/särbo.
3. Nordiska kvinnor.
4. Kvinnor som ej haft missfall efter vecka 22 tidigare i sitt liv.
5. Ej IVF-graviditet.
6. Vid andra eventuella komplikationer var god tag kontakt med undersökningsledare.

Barnmorskan hade också en standardiserad text att förmedla då hon introducerade studien för kvinnan. Bilaga 1. Den gravida kvinnan erhöll också skriftlig information. Bilaga 2.

De kvinnor som intervjuades var de 35 första som tackade ja till deltagande.

Bortfall: Från barnmorskorna i primärvården rapporterades endast ett bortfall, d v s en kvinna som avböjde deltagande. När intervjuerna senare skulle genomföras skedde ytterligare bortfall. Ett barn föddes prematurt i vecka 30. De övriga fyra som föll bort gick ej att nå vid försök till kallelse till intervju, eller var bortresta under vecka 32 då intervjun skulle ske i

mitten av juli –97. Intervjuerna genomfördes under perioden juni –97 till april –98. Samtliga kvinnor som var intresserade av att delta fullföljde sedan studien.

Intervjuerna genomfördes sedan enligt kvalitativ och kvantitativ metod, med en blandning av öppna och strukturerade frågor. Intervju nr 2 genomfördes med bandspelare och intervjuerna skrevs sedan ut ordagrant. Analysarbetet har inneburit att söka mönster i materialet, samt att avgränsa och tydliggöra det som avviker. Det har varit ett växelspel mellan helhet och detaljer. Detta arbete baseras på ”Grounded Theory-traditionen. (Hallberg –93), (Starrin, Larsson, Dahlgren och Styrborn 1991), (Svensson, Starrin 1996). Materialet kategoriserades enligt fastställda kriterier som redovisas i samband med resultaten.

En genomgång har också gjorts av kvinnornas förlossningsjournal, för att studera personalens bedömning och i vilken utsträckning den avspeglar kvinnornas förlossningsupplevelse.

Initialt planerades att arbetet skulle genomföras tillsammans med barnmorska Gundel Lindbom. Vi förberedde oss för intervjuarbetet gemensamt med tanken att dela intervjuerna lika mellan oss. Gundel blev sedan av personliga skäl tvungen att avsluta sin del av arbetet. Hon hade då gjort 4 fullständiga intervjuer, d v s både intervju 1 och 2.

RESULTAT

Kvinnorna delades in i grupper med utgångspunkt från förväntningar inför förlossningen och förlossningsupplevelse. Inom respektive grupp delar kvinnorna denna grundförutsättning medan de fö skiljer sig i erfarenhet och personlighet. Mitt intresse har utgjorts bl a av ett försök att tydliggöra faktorer som leder till en positiv förlossningsupplevelse trots stora påfrestningar psykiskt och fysiskt medan en till synes ”normal” förlossning leder till en negativ upplevelse och anknytningssvårigheter till barnet.

Kriterier för indelningen har varit:

1. Positiva förväntningar inför förlossningen – positiv förlossningsupplevelse. 22 kvinnor.
2. Positiva förväntningar – negativ förlossningsupplevelse 7 kvinnor.
3. Negativa förväntningar – positiv förlossningsupplevelse. 1 kvinna.
4. Negativa förväntningar och negativ förlossningsupplevelse. 1 kvinna.
5. Inga förväntningar – positiv förlossningsupplevelse. 2 kvinnor.
6. Inga förväntningar – negativ förlossningsupplevelse. 2 kvinnor.

= 35 kvinnor.

Grupp 1 består av 22 kvinnor. Dessa beskriver en positiv upplevelse av förlossningen. 6 av kvinnorna kan bedömas ha erfarit extra ordinära påfrestningar under förlossningen av psykologisk eller somatisk karaktär. De utgör en undergrupp. Grupp 1 är därför indelad i grupp 1 A och grupp 1 B.

Grupp 2. Kvinnorna i grupp 2 har haft positiva förväntningar inför sin förlossning, men har sedan ett förlossningsförlopp som är traumatiskt.

Grupp 3, 4, 5 och 6 innehåller kvinnor som haft negativa förväntningar eller inga förväntningar alls inför sin förlossning och där upplevelsen sedan tittat sig dels positiv, dels negativ.

För att strukturera materialet har jag valt att presentera det under följande rubriker:

1. Relationer till närstående, föräldrar och partner.
2. Psykiska kriser eller påfrestningar tidigare i livet. Faktorer som efterfrågas är: förlust av närstående. Om kvinnan någon gång i livet varit utsatt för kränkning. Abort eller missfall före vecka 22. Annan kris eller egen sjukdom tidigare i livet.
3. Förväntningar inför förlossningen.
4. Förlossningsupplevelse: Kroppsligt/känslomässigt och i relation till personalen på förlossning, BB och omhändertagande efter förlossningen.
5. Drömmar och fantasier under graviditeten och efter förlossningen.
6. Anknytningen till barnet.

GRUPP 1 A – POSITIVA FÖRVÄNTNINGAR – POSITIV FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSE

16 kvinnor

Diagnoser: Spontanförlossning: 9 kvinnor varav 1 säte. Sekundär värksvaghet: 5 kvinnor. Primär värksvaghet: 1 kvinna. Planerat kejsarsnitt: 1 kvinna (p g a säte och trångt bäcken).

1. RELATIONER TILL NÄRSTÅENDE

15 av de 16 kvinnorna i den här gruppen beskriver att de har en mycket god relation till sin mor. En kvinna som ej vuxit upp med modern anger en ganska god relation till henne.

12 av dessa kvinnor har även en mycket god relation till fadern. 2 kvinnor har vuxit upp med andra vårdnadshavare än föräldrarna. Bägge har ganska dålig relation till sin far. Båda dessa modersersättare är döda – den ena under kvinnans graviditet. De övriga kvinnorna anger en god eller ganska god relation till fadern.

Beträffande relationen till partnern upplever en majoritet (11 kvinnor) att relationen påverkats under graviditeten. Alla tycker att det varit en positiv påverkan och nämner större närhet som exempel på detta.

Vad gäller mannens närvaro under förlossningen tycker 13 kvinnor att hans närvaro varit såsom de tänkt sig, 3 kvinnor bedömer att närvaron varit bättre än de tänkt sig.

Kvinnorna beskriver genomgående att partnern varit deltagande, engagerad och stödjande. En man var förlossningsrädd och fick stöd av personalen. Barnmorskan stöttade sambon genom att säga *"Det här brukar killarna tycka är värst"*. Hennes uttalande stärker känslan av samhörighet med andra män i förlossningssituationer och motverkar utanförskapet och känslan av otillräcklighet. 4 män har barn sedan tidigare med andra kvinnor och har varit närvarande vid förlossning.

En kvinna säger: *"Förlossningen har stärkt både mig och min sambo – stärkt förhållandet – att ha gått igenom det här tillsammans och klarat det – det är en önskedröm"*.

2. PSYKISKA KRISER ELLER PÅFRESTNINGAR TIDIGARE I LIVET

5 av kvinnorna i gruppen har ingen erfarenhet av psykiska påfrestningar tidigare i livet och svarar nej på samtliga frågor i studien som fokuserar på detta. 5 kvinnor har genomgått abort. En kvinna har haft missfall strax innan nuvarande graviditet. Ytterligare 2 kvinnor har tidigare haft missfall.

Andra krisfaktorer som framkommer är mobbning (1 kvinna) och förlust av närstående (morfarföräldrar t ex). 2 kvinnor har förlorat den kvinna som haft modersfunktionen i deras liv genom dödsfall. Den ena har avlidit under graviditeten. En annan kvinna har förlorat 2 närstående under graviditeten. 2 kvinnor har haft panikångest och gått i psykoterapi tidigare. En kvinna har drabbats av dödsfall under graviditeten. Hon har tidigare erfarenhet av abort och missfall, samt en kronisk sjukdom. Hon har ej haft någon professionell samtalskontakt. Sammanlagt har 9 kvinnor haft stödjande eller bearbetande samtal med professionell person, t ex lärare, kurator, psykolog, eller psykoterapeut.

3. FÖRVÄNTNINGAR INFÖR FÖRLOSSNINGEN

Fråga i intervju 1: Vad är viktigt för dig för att det ska bli en bra förlossning?

Kvinnorna betonar genomgående betydelsen av en god relation till personalen. Detta uttrycks dels genom önskemål om egenskaper, dels i termer av samarbete med kvinnan och mannen men också med varandra. Andra faktorer som beskrivs är behovet av information från personalen.

Önskemålet om information gäller framför allt smärtlindring och vad som kan förväntas ske från den första kontakten med förlossningsavdelningen genom telefonsamtal eller då paret kommer in på förlossningsavdelningen. Genomgående beskrivs egenskaper hos personalen som viktiga för en bra förlossning och för en god relation. Önskemålen är att personalen är: välkomnande, vänlig, trevlig, trygg, lugn, lyssnande, stödjande och lyhörda. Vad som även framkommer är betydelsen av att kvinnan får sina behov tillgodosedda och att partnern uppmärksammas. Behovet av att bli respekterad framhålls liksom att kunna lita på att personalen uppmärksammar problem om sådana skulle uppstå. Kvinnorna betonar också betydelsen av att känna tillit till personalen för att därigenom känna ökad tillit till sig själv. Att få bra smärtlindring om det behövs framhålls också som ett önskemål. Kvinnorna närmar

sig sin förlossning med positiva förväntningar och en kvinna kan sägas vara representativ för gruppen med följande uttalande: *"Andra, t ex mamma och mormor har klarat det. Jag ställer in mig på att jag också skall göra det"*.

Fråga i intervju 1: Finns det något speciellt som du känner oro för inför förlossningen? De svar som framkommer på denna fråga överensstämmer med det som vi känner igen från tidigare undersökningar. (Areskog –82).

Oro för att det ska vara fel på barnet
Att något ska gå fel
Oro för mig själv
Att inte orka
Att tappa kontrollen
För framtiden – jobb efter föräldraledigheten
För kejsarsnitt

För att det ska gå för fort
För att det ska vara för långdraget
Partnern är förlossningsrädd
För några kvinnor uttrycks oron utifrån faktorer som handlar om vinterväglag, lång resväg eller för att bli hemskickad

Alla kvinnor har gått i föräldragrupp med sin partner. En majoritet (11 kvinnor) tycker att det varit väldigt bra eller bra medan 5 kvinnor beskriver bristande tillfredsställelse. För en blivande far har föräldragruppen varit negativ och oroat honom ytterligare. En kvinna säger att hon saknade kunskap inför förlossningen och då om förlossningsförloppet och värkarnas funktion och mening. *"Det gav inget nytt men det var roligt att prata med andra som skulle ha barn. Det var synd att det inte handlade mer om amning. Tråkigt också att det inte blev mer konversation i gruppen"*.

Genomgående är att de som är mycket nöjda betonar att det är en bra grupp. De uppskattade att det blev ett samtal i gruppen och utbyte av erfarenheter. Detta beskrivs som minst lika viktigt som information och kunskapsförmedling. *"Det var roligt att gå dit varje gång – vi blev en grupp. Vi hann gå igenom många ämnen och vettiga saker. Det ska bli spännande att träffas efter förlossningen"*.

Samtliga 16 kvinnor har hört andra kvinnor redogöra för sina förlossningsupplevelser. 12 kvinnor upplever detta positivt, medan en kvinna tycker det varit negativt. 3 kvinnor kan ej bedöma, och svarar "vet ej" på frågan om hur det varit att ta del av andra kvinnors förlossningsberättelser.

4. FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSE

Kvinnorna i gruppen har ju haft positiva förväntningar. På frågan om kvinnorna tycker att förlossningen motsvarat förväntningarna svarar 6 kvinnor nej. Medan 10 kvinnor tycker att förlossningen blivit som de tänkt sig. De kvinnor som svarar nej anger att det gått snabbare, lättare eller varit en mera positiv erfarenhet än vad de föreställt sig. En kvinna förlöstes med planerat kejsarsnitt p g a säte och trångt bäcken. Detta är överraskande för henne. Hennes mor hade fött många barn vaginalt.

Kroppsliga reaktioner och smärtskala

Sammanställning av kvinnornas kroppsupplevelser under förlossningen:

Ont i magen – ont i ryggen
Krystvärkar – som att behöva gå på toa
Konstig smärta
Inte så ont – smärfri ibland – ganska ont
Hög smärtröskel
Domna bort – smärtlindring – bada
En värk i taget
Sitta, gå, ligga, röra mig
Jätteont, fruktansvärt ont, intensivt, otroligt stark smärta
Förvärkar, värkar, kliar, sipprar
Vattenavgång
Klipper, brister
Kämpar – kämpar emot
Som en kraftig fylla
Yr, svimmar
För varmt – skakar, fryser
Chockartat

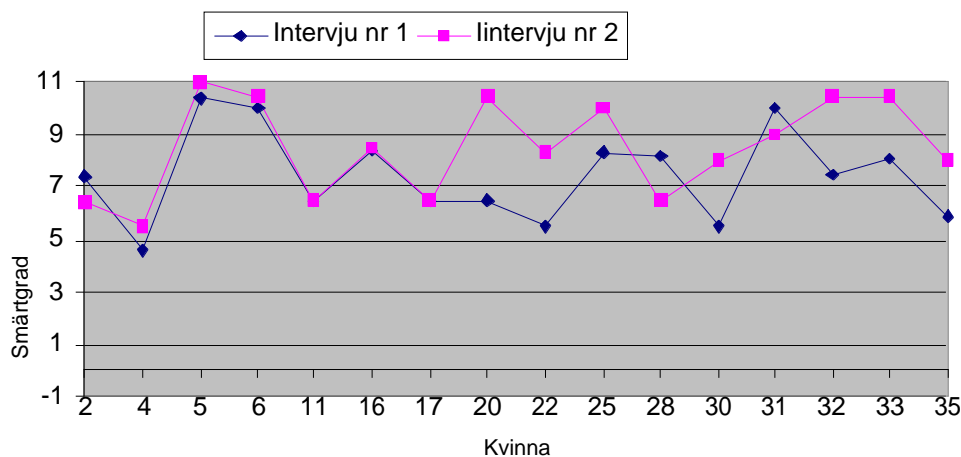
Exempel på uttalanden: *”Det var en otroligt stark smärta. Jag visste att det skulle göra ont, men att det skulle göra så väldigt ont trodde jag inte. Men jag uthärdade och skulle gärna göra om det”.*

”Det var tufft, det gjorde vrålont och jag tappade krafter, jag skrek som en dåre – men jag blev pushad av personalen – de tyckte jag var duktig. De skrek på mig – och jag skrek. Ett par gånger till, sa dom. Då orkade jag”.

”Jag upplevde det som ganska lätt, jag trodde det skulle vara värre. Det var hemskt när det var som värst. Man kan inte förneka att det gjorde ont, men man glömmer ju lika fort igen. Jag var inställd på att få ligga i jättemånga timmar. Jag tyckte det gick fort”. (Hennes förlossning tog 8 timmar, efter inläggning med sammandragningar).

Smärtskala

Diagram nr 1



För hälften av kvinnorna råder en mycket stor överensstämmelse mellan förväntad och upplevd smärta. Samtliga kvinnor utom en (kvinna 4) föreställer sig smärtan måttlig – stark. Kvinna nr 4 beskriver att hon har en hög smärtröskel. Förlossningssmärtan upplever hon som ”måttlig”. Två kvinnor (nr 2 och nr 31) anger förväntad smärta som starkare än den hon sedan upplevde.

För de kvinnor som har större avvikelse mellan smärtskala 1 och 2 (kvinna 20, 22, 25, 28, 30, 32, 33, 35) anger samtliga utom en (kvinna 28) att den upplevda smärtan varit starkare än hon förväntat sig. Kvinna nr 20 har den största differensen. Denna kvinna är också besviken över ett barnmorskebyte inför utdrivningsskedet. Detta kan ha påverkat henne beträffande upplevd smärta då hon också berättat att det aldrig etablerades ett förtroende mellan henne och den nya barnmorskan. Kvinnan kände sig arg och besviken och kunde ej ta till sig det som barnmorskan sade.

Övriga kvinnor med differens beskriver att det inte gjorde så ont som det förväntat sig. (Kvinna nr 22, 25, 28, 30, 33). Detta trots att förväntad smärta skattats starkare för alla utom för kvinna 28 som skattat förväntad smärta i intervju 1 starkare. 2 kvinnor (kvinna 32 och kvinna 35) uttrycker verbalt att det inte skulle kunna göra mera ont. Kvinna nr 32 har trots detta ej skattat smärtan som ”stark” i samband med förlossningen.

Känslomässiga reaktioner

Kännetecknande för dessa kvinnor är den positiva förlossningsupplevelsen. Den beskrivs i termer av växt och mognad, inte bara för kvinnan utan även för mannen och därmed också för paret. Kvinnorna har haft en positiv förväntan inför sin förlossning, men beskrivningarna kännetecknas också av att upplevelsen varit ännu mera positiv än väntat. Flera kvinnor beskriver att förlossningen varit lättare än väntat och att de känt stor trygghet och lugn. Endast en av kvinnorna i denna grupp uttrycker att det varit tuffare än hon trott. Hon beskriver en

fruktansvärd smärta och hjälplöshet, hon kände sig som en ”vante” utan kontakt och kontroll. Denna känsla var ej gällande under hela förlossningen. Hon var besviken över bytet av barnmorska, då hon inledningsvis hade en barnmorska som hon fick god kontakt med. Denna

relation bar genom hela förlossningen, d v s också som en trygghet i relation till den nya barnmorskan, där kontakten ej fungerade lika bra. Förlossningen var ”både och”. Det finns en tillfredsställelse i att ha klarat förlossningen bra. Detta uttrycks genom formuleringar som: *”Det var tufft men ändå lättare än väntat – jag kände lugn och trygghet”*.

Känslor av brist på tillit och oro för att inte orka framkommer, liksom känslan av uppgivenhet, att vara sjåpig och besvärlig, men dessa upplevelser hanteras slutligen med personalens och partners stöd. En kvinna säger: *”Förlossningen var perfekt – det mest fantastiska jag upplevt”*.

En kvinna kände sig övergiven av personalen. De hade mycket att göra och hon upplevde bristen på information som mycket frustrerande. Partnern var förlossningsrädd, men det fanns ytterligare en anhörig närvarande under förlossningen. Kvinnan upplevde att den information och stöd hon fick kom från denna äldre kvinna.

Då hennes förlossning startade i hemmet förstod hon ej att det var värkar, eller att värkarna bidrog till att hon öppnade sig. Hon frågade sig varför ingen redogjort för värkarnas betydelse. Detta synliggör svårigheten att nå fram med information också under graviditet och i föräldragruppen, då olika försvarsmekanismer träder in som skydd mot det svåra eller okända som väntar. I detta fall i form av bortträngning – ett försvar som för henne tidigare verkat adaptivt, d v s hjälpt henne att så länge det var möjligt hålla borta tankar och oro för outhärdlig värk och smärta. Då värkarbetet var i gång kunde hon ändå möta det, på ett för henne tillfredsställande sätt.

En annan kvinna beskriver starka känslor av stress, men ingen panik då det stod klart att det blir en sätesförlossning. Hon mobiliserar all kraft och upplever en stark intensitet i kropp och känsla och samtidigt en stark lättnad när sätesförlossningen genomförs utan komplikationer.

Reflektioner kring kontroll och rädsla för att tappa kontrollen under förlossningen formuleras i stor utsträckning av gravida kvinnor. *”Det gjorde vidrigt ont – trodde jag skulle dö. Jag var helt tokig – jag hade sagt att jag inte skulle bära mig åt som en dåre. Tänkte att det här klarar jag inte – men det var inget att göra – man är ju där, man kan inte mer än trycka på. Jag hade förtroende för personalen och jag var inte utlämnad. Barnmorskan var kanonbra. Efter förlossningen tänkte jag – det här var väl inget – hon bara slank ut – när hon kom ut och upp på magen ... det går inte att beskriva”*.

Relationer till förlossningspersonalen

Samtliga 16 kvinnor beskriver relationen till personalen som mycket betydelsefull. Kvinnorna är också med enstaka reservationer mycket nöjda med omvårdnad och relationen till personalen. Ett sammanfattande uttalande är: *”Det rådde ett bra samarbete mellan personalen och mellan barnmorskan och oss. Vi blev väl omhändertagna. Personalen gav sig tid. De var lyhörda, respektfulla, stödjande och otroligt engagerade och känsliga för mina behov. De ingav trygghet och var hjälpsamma och proffsiga”*. Trots en upplevelse av att personalen hade mycket att göra beskriver en kvinna hur hon bevarar känslan av stöd från personalen. *”De var väldigt bra. De var hemskt stressade och hade väldigt många förlossningar på gång. Samtidigt var de vänliga och jättekäcka. Jag hade två barnmorskor och båda var lika vänliga”*.

En annan kvinna beskriver personalbytet som mera påfrestande. *”Första barnmorskan var himla go´ - den andra bara beordrade och jag försökte göra som hon sa. Det sista hon sa till mig var: Kryst ut ungen nu och jag blev väldigt arg på henne. Jag kände att jag tappade*

kontrollen över förloppet och visste inte var jag var – hur långt det kunde vara kvar – vi hade ingen kontakt. Min sambo stöttade mig och det hade börjat så bra med den första barnmorskan”.

En tredje kvinna beskriver förloppet på följande sätt: *”Barnmorskan var väldigt bra. Hon hjälpte mig mycket och gav tips om hur jag skulle få kraft. Vi pratade bra ihop under värkarna. Jag hade samma barnmorska som på visningen. Det var jättebra och jag kände igen hennes fräcka frisyra direkt”.*

Att ha en god relation innebär att barnmorskan är fysiskt och psykiskt närvarande, ger kontakt, omtanke, stöd och uppmuntran. Hon är också känslig för att tillgodose kvinnans behov genom att ibland ordlöst tolka vad kvinnan och även mannen behöver, samt skapar förutsättningar för dialog.

Önskemålen i förhållande till barnmorskan påminner om modersfunktionen. Kvinnorna i denna grupp kännetecknas av en mycket god relation till modern vilket kan öka förutsättningarna för att tillitsfullt gå in i denna dialog.

Relationer till BB-personalen

10 kvinnor beskriver omhändertagandet på BB som ”väldigt bra”, eller ”bra”. Faktorer som varit viktiga är: Bra vägledning, stöd och omtanke. Åter igen framkommer nödvändigheten av att personalen kan tolka kvinnornas behov. För vissa uttrycks uppskattning kring att personalen aldrig trängde sig på, utan bara kom när man bad om det eller ringde efter dem. Andra kan känna sig övergivna om barnmorskan inte kommer. En faktor som egentligen är självklar, nämligen att personalen kommer in och presenterar sig, beskrivs också i positiva ordalag.

En nybliven pappa hade erbjudits att övernatta första natten, vilket blev mycket betydelsefullt för paret.

Anmärkningsvärt är ändå att så många kvinnor i denna grupp med positiva erfarenheter av relationer till personal på förlossningsavdelningen, uttrycker stor besvikelse med BB-vistelsen. Kritiken som framförs handlar om relationerna till BB-personalen. Kvinnorna känner övergivenhet och kontaktlöshet. Dåligt samarbete med Neonatalavdelningen framkommer. Ett problem som kvinnorna mött handlar om svårigheter med att hantera olika budskap från personalen. Dessa olika budskap handlar framför allt om amning. En kvinna uttrycker det på följande sätt:

”Det var trevlig och fin personal – men motsägelsefullt”. En annan kvinna bad om hjälp och personalen sa: *”Jag är inte på Din sida”.* Kvinnan uppfattade detta bildligt och hennes hjälplöshet ökade. Upplevelsen av att ej få hjälp att hantera barnet beträffande skrik och amning ledde till oro. En annan kvinna upplevde att personalen bestämde för mycket, vilket ledde till en känsla av att det var sjukhusets barn.

Post partumsamtal

Hälften av kvinnorna, 8 st, har erbjudits och genomfört post partumsamtal med sin förlossningsbarnmorska. En del av dessa kvinnor har dessutom erbjudits samtal om förlossningen med annan, t ex barnmorskan på MVC eller BVC. Kvinnorna har i intervju 2 kategoriserat dessa samtal som ”väldigt bra” eller ”bra”. 5 kvinnor har ej erbjudits post partumsamtal. En av dessa säger att hon väntat på sin barnmorska och kände sig besviken över att ej fått möjlighet till detta. Denna kvinna kände sig också fö övergiven på BB och här kan det vara viktigt att beakta post partumsamtals roll som en brygga från förlossning till BB, från graviditet till föräldraskap. 3 kvinnor har haft post partumsamtal med annan än förlossningsbarnmorska, t ex BB-personal eller barnmorska inom mödrahälsovården. Också detta har värderats högt.

2 kvinnor har inte haft post partumsamtal med någon och säger sig inte heller sakna detta. ”Det spelar ingen roll, tror jag. De gör sitt jobb. Jag hade 2 barnmorskor”. Här kan anas en viss tveksamhet.

Den andra kvinnan säger: ”Jag har pratat med andra om min förlossning”. Hon uttrycker klart ett behov av att prata om förlossningen men att hon inte varit medveten om möjligheten till post partumsamtal.

Förlossningsjournalen

Förlossningen i tid från inläggning på förlossningsavdelningen: 50 min – 17 tim

Förlossningsvecka: 37 + 5 – 42 + 1

Smärtlindringsmetod:

**Antal
kvinnor**

EDA 4

EDA + lustgas 3

EDA + lustgas + akupunktur 1

TNS + lustgas 1

PDB 1

Inga önskemål om smärtlindring 1

Inga kommentarer om smärtlindring 4

Uttalanden om kvinnans förlossningsupplevelse: Kvinnan har smärtsamma värkar. Beskrivning av hennes förmåga att slappna av. Uttalanden om känsloreaktioner, t ex ledsen, uppgiven och att hon har det jobbigt. Efter barnets födelse beskrivs reaktioner hos kvinnorna som "en positiv upplevelse", "skönt" och "en mycket lycklig mor".

I tre journaler finns inga uttalanden om kvinnans upplevelser.

5. DRÖMMAR OCH FANTASIER – UNDER GRAVIDITET OCH EFTER FÖRLOSSNING

6 kvinnor har drömt mera under graviditeten än annars. 8 kvinnor har ej gjort detta. 2 kvinnor kan ej bedöma och svarar "vet ej" på frågan om de drömt mera under graviditeten än annars. Efter förlossningen har endast en kvinna drömt mer än vanligt och 15 kvinnor har ej gjort detta. 4 kvinnor beskriver återkommande temadröm under graviditeten. Dessa temata är:

- En känsla av kaos – det är jobbigt, rörigt och svårtolkat. Jag kämpar.
- Drömmar om att mannen skall vara otrogen och/eller lämna mig.
- Drömmar om att tappa tänderna.

Endast en kvinna beskriver temadröm efter förlossningen. Hon har då återkommande drömmar om barn.

Fråga i intervju 1: Har Du föreställningar och fantasier om barnet i magen?
13 kvinnor svarar ja på denna fråga.

De 3 kvinnor som säger sig ej ha föreställningar och fantasier om det blivande barnet minns ej heller nattliga drömmar under graviditeten eller efter partus. De 3 kvinnorna har en mycket positiv förlossningsupplevelse och en god anknytning till sina barn. Ett av dessa barn är oplanerat, ett är inte direkt planerat och ett barn är aktivt planerat. En av dessa kvinnor har både haft missfall och genomgått abort. Hon hade heller inte tankar om att förlossningsupplevelsen skulle påverka relationen till barnet. Av de 13 kvinnor som har fantasier och föreställningar om det blivande barnet är 9 barn aktivt planerade, 3 inte direkt planerade och ett barn oplanerat.

6. ANKNYTNINGEN TILL BARNET

Fråga i intervju 1: Tror Du att Din förlossningsupplevelse påverkar Din relation till barnet?
2 kvinnor tänker sig att förlossningsupplevelsen påverkar relationen till barnet, medan 13 inte tror att detta har betydelse. En kvinna svarar "vet ej" på frågan.

Fråga i intervju 2: Hur har det varit att ta emot och lära känna Ditt barn?
Alla kvinnor utom en i denna grupp beskriver ett bra tidigt samspel och god anknytning till barnet. Det varierar från omedelbara moderskänslor direkt efter förlossningen: "Det bästa

som hänt, jag kände moderskänslor från första stund när hon kom ut, pigga med vidöppna ögon och börja suga – bra kontakt direkt”. Eller ”Jag kände inga moderskänslor direkt, de kom när jag var ensam med honom och då var det starka moderskänslor”.

En kvinna beskriver hur moderskänslorna kommer under de första dagarna och hur mannen har förmågan att först trösta barnet och hur hon själv kommer in i rollen som förälder långsammare än han gör.

En kvinna beskriver svårigheter i samspelet med barnet under den första tiden. Hon känner att hon behöver tid och stöd av andra. Hon har själv förlorat sin mor och även drabbats av dödsfall (moderns ersättare) under graviditeten.

”Jag har känt trygghet när andra tagit hand om barnet och har fått hjälp att passa honom. Frågor har dykt upp – om han inte varit ens egen. Man blir ju mamma direkt vid förlossningen men det tar tid innan man inser det, att man är det och tycker att det är så fantastiskt. Även om det är ett efterlängtat barn så var det en annan erfarenhet än jag tänkt. Jag behöver tid”.

Kvinnorna uttrycker också ambivalens och överklighetskänslor men samtidigt tillit. *”Jag längtar efter barnet när det sover eller då jag går hemifrån. Jag kan inte se mig mätt på honom”.* En kvinna som haft ett missfall strax innan graviditeten beskriver uppdykande, rädsla för plötslig spädbarnsdöd.

Fråga i intervju 2: Kan Du sammanfatta Din förlossning?

En fin upplevelse

Ännu bättre än väntat

Tuffare än jag trott – men det är glömt nu

Stärkt förhållandet till partnern genom den gemensamma upplevelsen

En önskedröm – det mest fantastiska jag upplevt

Bra omhändertagande

Personlig växt

Fråga i intervju 2: Finns det något som var särskilt viktigt? Sammanfattande svar på denna fråga handlar om personalens omtanke, trygghet, nära kontakt och engagemang. Dessutom partners närvaro.

GRUPP 1 B

Denna grupp består av 6 kvinnor. Dessa har positiva förväntningar inför sin förlossning och uttrycker också känslomässigt en positiv förlossningsupplevelse. Detta trots upplevda och i journalen beskrivna stora påfrestningar.

Diagnoser: Sekundär värksvaghet 5 kvinnor. 2 av dessa aktuella att förlösas med sugklocka men detta verkställdes ej. 1 förlossning genomfördes med sugklocka. 2 är prematurförlossningar. Överburen, igångsatt: 1.

Dessutom förekommer i diagnoserna hypertoni, fosterasphyxi, långdragen process, förlossning med yttre press, stor bristning, förlossningsskada, manuell placentalösning utan narkos med stor blödning.

1. RELATIONER TILL NÄRSTÅENDE

5 av kvinnorna beskriver att de har en mycket god eller god (1 kvinna) relation till bägge föräldrarna. En av kvinnorna har en mycket god relation till modern men en ganska dålig i förhållande till fadern, som hon ej vuxit upp med. Hon har inte heller haft någon god relation till en styvfar, utan snarare upplevt relationen till honom som problematisk.

Beträffande kvinnornas relation till sin partner i förhållande till graviditeten upplever kvinnorna att det skett en positiv påverkan, med ett närmande till varandra. 2 av männen känner förlossningsrädsla och tveksamhet till att vara närvarande vid förlossningen. En av kvinnorna har blandade känslor inför detta. Hon har å ena sidan respekt för mannens oro, men känner samtidigt besvikelse över att han sviker henne om han väljer att stanna hemma. Denna kvinna planerar samtidigt att ta med en syster till förlossningen och känner tillförsikt inför sin förlossning även utan maken. Hon lämnar öppet för honom att välja. Bägge kvinnorna som har förlossningsrädda män säger också att det är viktigt att mannen får bestämma själv. De önskar inte att han är närvarande enbart för hennes skull då det skulle kunna innebära att hon själv belastas av oro för mannen.

5 av dessa 6 graviditeter är aktivt planerade, medan en beskrivs som ”inte direkt planerad”.

Samtliga män var sedan närvarande vid förlossningen. Kvinnorna var mycket nöjda med mannens närvaro och beskriver att han fanns tryggt i bakgrunden. En av de förlossningsrädda männen var ett mycket gott stöd för kvinnan och hon betonade särskilt hur han baddade hennes panna och höll hennes hand då komplikationer tillstötte. Den andre förlossningsrädde mannen fanns i bakgrunden. Kvinnan uttrycker inte så mycket behov av honom under förlossningen, utan var mera upptagen av sig själv i relation till barnmorskan som hon ingående beskriver. För henne blir mannen betydelsefull efter förlossningen då han gärna tar hand om barnet för att avlasta henne och låta henne vila.

Det är också denna kvinna som har en dålig relation till sin far och styvfar. För detta par blir förlossningen och barnet mycket positivt och kvinnan beskriver hur deras relation mognat och fördjupats.

2 kvinnor beskriver att mannens närvaro var bättre än väntat, inte minst för honom själv. Mannens roll i förhållande till kvinnan har varierat mellan en trygg närvaro i bakgrunden och till att vara aktiva och deltagande. En kvinna beskriver att mannen var ”*som vilken undersköterska som helst – mycket mer aktiv än vad jag trott, jag hade tänkt mig att han kanske skulle få gå ut och inte klara blod, klet och det som är äckligt*”.

Alla kvinnorna beskriver känslan av att mannen var engagerad och närvarande, men det avgörande var inte hur aktiv eller passiv han var. Den gemensamma upplevelsen utgör en seger för paret och en viktig förutsättning för detta var den uppmuntran man fick från personalen.

En kvinna beskriver sin mans utvecklingsprocess genom graviditet och förlossning genom att berätta att han under graviditeten formulerade ”*hon ska ha barn*”, att han också var förlossningsrädd men att han sedan var trygg och lugn och ett stöd för sin kvinna under

förlossningen. Denne man hade samtidigt en längtan efter barnet, men att han känslomässigt hade svårt att befatta sig med förlossningen innan han befann sig i situationen.

2. PSYKISKA KRISER ELLER PÅFRESTNINGAR TIDIGARE I LIVET

Två av kvinnorna har ingen erfarenhet av kris eller förlust tidigare i livet. Fö framkommer mobbing, kriser i ursprungsfamiljen med separationer och dåliga relationer mellan familjemedlemmar och även i ett fall förlust av fadern genom dödsfall. Dödsfallet skedde då kvinnan var vuxen och det fanns en mycket god relation till fadern. En kvinna har genomgått en abort. En kvinnan har tidigare gått i psykoterapi. Hon beskriver att hon mått dåligt under perioder. De övriga har ej erhållit professionellt stöd eller behandling.

Gemensamt för kvinnorna är att de är mycket öppna och lätta att få kontakt med. De framhåller också betydelsen av att få prata om känslomässiga faktorer under graviditeten och efter förlossningen. En av kvinnorna formulerade också ett behov av fortsatta samtal utifrån de ämnen och tankar som dyker upp under intervjun.

3. FÖRVÄNTNINGAR INFÖR FÖRLOSSNINGEN

Fråga intervju 1: Vad är viktigt för Dig för att det skall bli en bra förlossning?

Även i denna grupp kvinnor betonas betydelsen av en god relation till barnmorskan som det allra viktigaste och därefter relationen till partnern. Detta uttrycks som önskemål om en god kontakt, ett bra samarbete och utifrån detta att personalen är känslig för kvinnans behov och informerar om det som är viktigt. De framhåller värdet av att barnmorskan ser kvinnans behov och att hon får information utan att fråga. Kvinnorna uttrycker en tillförsikt inför sin förlossning och förlitar sig på att barnmorskan är kompetent, lugn och trygg. En av kvinnorna beskriver en sjukhusrädsla, men tänker sig att hon kan hantera den med barnmorskans stöd och information. Denna kvinna framhåller också värdet av att vara två – att bli mamma och pappa.

Fråga i intervju 1: Finns det något speciellt som Du känner oro för, inför förlossningen?

Vad gäller orosfaktorer tar kvinnorna i denna grupp i första hand upp oro för att det skall vara något fel på barnet. Därefter betonas relationen till personalen, d v s en oro för att man inte skall få bra respons eller en god kontakt. Därefter kommer oro för egen del, att spricka mycket – men bara två kvinnor bara nämner oro för egen del. En kvinna nämner som enda orosfaktor risken för snö eller halt väglag och att det är långt till sjukhuset.

Fem av den sex kvinnorna har gått i föräldragrupp tillsammans med partnern. Ett par hann ej p g a prematurfödsel. De känner att de har den kunskap de behöver inför förlossningen, men det framkommer en känsla av brist vad gäller avvikelser, t ex sätesförlossning.

De flesta (tre par) har gått i föräldragrupp som varit upplagd som en heldag. Nackdelarna är att man inte lär känna de andra blivande föräldrarna och att det kan kännas ”mastigt”, såsom en kvinna uttrycker sig. Sammanfattningen är dock att föräldragrupsverksamheten varit bra.

5 av kvinnorna tycker det varit positivt att ta del av andra kvinnors förlossningsberättelser medan en kvinna upplevt detta negativt.

4 FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSE

Kroppsliga reaktioner och smärtskala

Sammanställning av kvinnornas uttryck för kroppslig smärta ser ut på följande sätt:

Ont i ryggen, tryck mot ändtarmen
Sammandragningar, värkar
Smärta, intensivt värkarbete
Avtagande värkar, körande värkar
Fruktansvärt ont, extremt ont, jätteont
Fryser, svettas
Öppnar sig, öppnar sig inte
Gå – röra mig – på knä
Smärtlindring, bada, jätteskönt
Slappna av, sova
Hungrig – mår illa
Klipper – brister

Kvinnorna har starka uttryck för smärta, men i beskrivningen av smärtupplevelsen övergår tanken direkt till hur hon känslomässigt härbärgerat den.

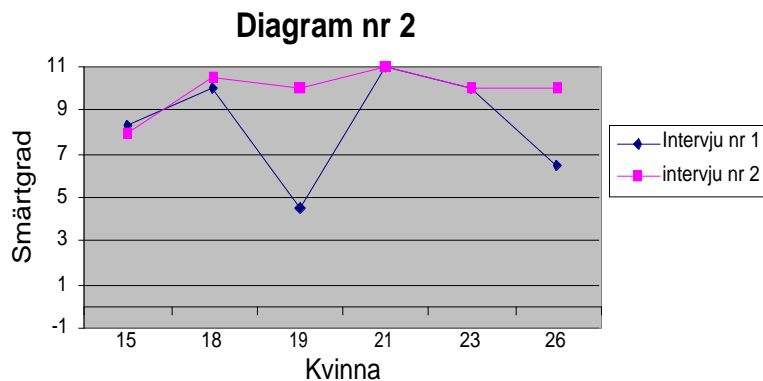
”Jobbigt när det blev så intensivt – och så blev det komplikationer – prat om sugklocka.

Intensivt arbete – en smärta som man aldrig kan föreställa sig. Något annorlunda. När jag tänker efter var det lättvindigt ändå”.

”Jag tyckte det var det djävligaste jag varit med om – helt slut – men när jag tänker tillbaka nu igen är det egentligen så..... Jag var helt utmattad. För all den smärtan – underbart att barnet levde – vilken belöning”.

”Värkarbetet var starkt, men sedan var det inte så farligt. Mitt emellan”.

Smärtskala



4 kvinnor har en mycket hög överensstämmelse mellan förväntad smärta och upplevd smärta. 2 kvinnor, kvinna nr 19 och kvinna nr 26 har en låg överensstämmelse. Kvinna nr 19 skattade förlossningssmärtan som ”måttlig – svag” vid första intervjutillfället medan den upplevda smärtan var ”stark”. Hon hade en sätesförlossning där yttre press anlades. Kvinna nr 26 födde ett stort barn och upplevde krystvärkarna som mycket smärtsamma men det mest plågsamma för henne var avlägsnandet av moderkakan utan narkos, men med lokalbedövning och lustgas.

Känslomässiga reaktioner

Kvinnorna beskriver ett brett spektrum av känslor, de har lätt att uttrycka känslor och använder många synonymter för att beskriva samma känsla.

”När värkarna började, kände jag mig helt oförstående. Jag trodde inte det skulle kännas så. När det sedan blev som mest intensivt var jag rädd att inte klara det, att tappa kontrollen och göra bort mig. Jag var rädd att gallskrika eller bajsa på mig. Det tryckte på så fruktansvärt”.

En annan kvinna blandar uttryck av stark smärta med hur trygg och förhoppningsfull hon känner sig.

Alla 6 kvinnorna beskriver i starka ord smärta och kontrollförlust, men samtidigt kampkänsla, trygghet och att kunna glömma smärtan.

Relationer till förlossningspersonalen

Under graviditeten har ju framkommit att dessa kvinnor betonat betydelsen av en god relation till personalen. Representativt för gruppen är följande: *”Det var en stor trygghet att jag inte kände mig utlämnad. Jag var huvudpersonen, de fanns hos mig hela tiden och backade upp mig. De såg mina behov och kom på begäran. Man tappar ju kontrollen i en sådan här situation och jag är inte van vid det. Man kan försöka behärska sig, men det är ändå att tappa fotfästet”.*

Stöd, information och trygghet var ju förväntningar de uttryckte som viktiga och kvinnorna har också fått dessa behov tillgodosedda av förlossningspersonalen. En kvinna nämner mannens närvaro tillsammans med barnmorskan. Det framkommer även hur betydelsefull en barnmorskelev kan vara. En personal som har möjlighet att vara i rummet hela tiden. Att barnmorskan har möjlighet att stanna kvar och fullfölja förlossningen, trots att hennes arbetspass är slut uttrycks också som mycket betydelsefullt.

Sammanfattande uttryck för relationen till personalen är att de är engagerade, bekräftande, stödjande och respekterande.

Kvinnorna känner tillförsikt och har en positiv inställning inför sin förlossning och i relation till personalen. Där finns dock en känslighet då hon ej blir bemött enligt förväntningarna. Det första telefonsamtalet till förlossningen kan vara avgörande för fortsatt förtroende. En kvinna

beskriver hur det första telefonsamtalet gjorde henne osäker och gav en känsla av att inte vara välkommen.

För en kvinna genomfördes en manuell placentalösning utan narkos (med smärtstillande medicin + lustgas). Detta innebar för henne en mycket stark smärta och dessutom en ytterligare komplikation genom stor blodförlust. För henne hade det stor betydelse att hon fick stöd och bekräftelse från annan personal än den som genomdrev ingreppet, att detta varit felaktigt eller orsakat mer smärta än vad hon borde utsatts för.

Relationer till BB-personalen

Kvinnorna är också mycket nöjda med sin BB-vistelse och beskriver personalen som ”*suveräna, väldigt bra, stödjande och jättegoa*”. En kvinna riktar kritik mot BB som handlar om ställningen till amning. Hon kände sig forcerad, stressad och upplevde att personalen bevakade henne beträffande amningen. Detta ledde till en känsla av otillräcklighet.

Att erbjudas möjlighet att samtala om förlossningen även med BB-personalen beskrivs som viktigt och betonas särskilt av den kvinna som upplevt post partumsamtalet med förlossningsbarnmorskan som alltför kort eller ytligt.

Post partumsamtal

Fem av de sex kvinnorna har haft post partumsamtal. En av kvinnorna erbjöds, men avböjde och tyckte att det räckte att läsa igenom journalen på egen hand. Fyra kvinnor tyckte det varit väldigt bra att gå igenom förlossningen. Två av kvinnorna var missnöjda med att samtalet varit för kort, att det skett på stående fot och inte handlat tillräckligt mycket om förlossningen. Den ena av dessa, fick möjlighet till ett mera fullständigt samtal på BB, medan den andra ej samtalade om sin förlossning med någon annan personal. Några kvinnorna hade haft samtal med personal på förlossningen eller med primärvårdsbarnmorskan – i något fall enbart med BB-personal. Alla kvinnor betonar värdet av att få samtala om förlossningen med personal som på något sätt varit involverade i förlossningen. Den kvinna som avböjt post partumsamtal uttrycker att det varit väldigt bra att gå igenom förlossningen vid intervju tillfället.

Förlossningsjournalen

Förlossningen i tid från inläggning på förlossningsavdelningen:	6 tim – 17 tim
Förlossningsvecka:	Vecka 34-42
Smärtlindringsmetod:	Antal kvinnor
EDA	3
EDA + lustgas + akupunktur	1
Lustgas	1

Uttalanden om kvinnans förlossningsupplevelse: ”Smärtsamma värkar”, ”om förmågan att slappna av”, beskrivning av trötthet ”mycket trött och tagen”.

I en journal finns inga kommentarer om kvinnans upplevelse.

5. DRÖMMAR OCH FANTASIER UNDER GRAVIDITET OCH EFTER FÖRLOSSNING

Kvinnorna i gruppen säger att de ej har drömt mer under graviditeten än annars men att de drömmer om teman kopplade till barn och graviditet. Teman som beskrivs är framför allt förlossning men även sexualitet, att vara smal och om barn och om dess kön. Efter förlossningen har kvinnorna svårt att hålla kvar drömmarna p g a splittrad sömn och de beskriver mera en känsla av att de drömt, men att de ej kan beskriva temat.

Drömmarna under graviditeten speglar också de tankar och fantasier som finns runt barnet. Kvinnorna har fantasier om barnets kön, vem det är och barnets plats rent konkret i hemmet. En kvinna har svårt att föreställa sig eller att fantisera om barnet. Det känns alltför överkligt.

6. ANKNYTNINGEN TILL BARNET

När det gäller relationer till barnet skiljer sig kvinnorna mest åt i sina utsagor.

Fråga: Hur har det varit att ta emot och lära känna Ditt barn?

”Väldigt naturligt. Han är en del av oss – vi känner ju oss själva. Han reagerar på olika sätt – men ändå som vi gör. Jag tar det med ro. Då blir han också lugn. Jag vilar när han sover. Mamma har hjälpt oss mycket med städning och praktiska saker”.

En kvinna skiljer sig från de andra genom att beskriva svårigheter efter barnets födelse.

”Jag var så trött så jag tänkte inte på henne. Bara höll henne och tänkte på mig själv. Kände mig hemsk. På sjukhuset fick personalen ta hand om henne. Hemma har det varit jättejobbigt, mycket jobbigare än vad jag trott. Hennes pappa får ta henne på morgonen så att jag får sova – men det har gått bra med amningen”.

Tre kvinnor uttrycker blandade känslor. De betonar det ofattbara och omvälvande och att inte känna igen sig själva. De nämner också oro för att det skall hända barnet något och svårigheten att tolka barnets skrik. Samtidigt med oron säger dessa kvinnor också att det råder ett fint samspel mellan henne och barnet. I gruppen framkommer också utsagor som: Det har varit en stor lycka och det är självklart och lätt med barnet.

En av kvinnorna föreställer sig att förlossningsupplevelsen påverkar relationen till barnet, medan de andra fem inte tror att anknytningen till barnet påverkas av förlossningsupplevelsen.

Då kvinnorna ombedes sammanfatta sin förlossning framkommer följande: *”Förlossningen var både – och. Först lätt, sedan hemskt. Jobbigt, intensivt, långdraget och en oerhörd smärta”.* Något som var särskilt viktigt: *”Personalens stöd, de fanns där hela tiden, jag behövde inte vara ensam. Jag var väldigt trygg med dem”.* Stödet av mannen var också betydelsefullt.

GRUPP 2 – POSITIVA FÖRVÄNTNINGAR-NEGATIV FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSE

7 kvinnor

Diagnoser: Akut kejsarsnitt 4 kvinnor.

Psykosocial indikation, svår preeklampsi, tillväxthämning, säte, komplicerad fosterasphyxi, primär eller sekundär värksvaghet.

Förlossning med sugklocka: 1 kvinna.

Fosterasphyxi, primär värksvaghet.

Överburen – inkom med vattenavgång: 1 kvinna.

Överburen – inkom med värkar: 1 kvinna

1. RELATIONER TILL NÄRSTÅENDE

Tre av kvinnorna betecknar relationen till båda föräldrarna som mycket god. De övriga anger relationen till dem på en skala från ”bra” till ”ganska dålig”. Tre av kvinnorna anser att relationen till partnern påverkats positivt under graviditeten, medan tre anser att relationen ej påverkats alls. En kvinna kan inte bedöma om relationen påverkats eller ej.

En av de akut snittade kvinnorna uttrycker att mannens närvaro ej blev som hon tänkt sig.

Denne blivande far befann sig i cafeterian vid beslut om kejsarsnittet och situationen då han återvände till förlossningen blev förvirrad.

Sex av dessa sju graviditeter var aktivt planerade och en ”inte direkt planerad”. Två av männen har tidigare barn med andra kvinnor.

2. PSYKISKA KRISER ELLER PÅFRESTNINGAR TIDIGARE I LIVET

En kvinna har haft missfall mindre än ett år före nuvarande graviditet. Två kvinnor har genomfört abort 2-4 år tidigare. Tre kvinnor har drabbats av närståendes dödsfall under graviditeten eller för mindre än ett år sedan. En kvinna har varit mobbad under skoltiden. Två av de sju kvinnorna har aldrig upplevt någon kris eller förlust tidigare i sitt liv. För dessa blir förlossningen därför deras första traumatiska upplevelse.

3. FÖRVÄNTNINGAR INFÖR FÖRLOSSNINGEN

Fråga i intervju 1: Vad är viktigt för Dig för att det skall bli en bra förlossning?

En kvinna säger att hon tror att upplevelsen av förlossningen till stor del är beroende av hurdan man är som person, och att man är väl förberedd.

Relationen till personalen framhålls som viktig. Det behov som framför allt betonas är att få information om förloppet och om smärtlindring. En rad egenskaper hos personalen framhålls som värdefulla, t ex att de är stödjande, lyssnande och lugnande, att de tillgodoser behoven och inte är burdusa eller stränga. Det är viktigt att inte känna sig övergiven. Mannens närvaro är viktig och här betonas värdet utav att utgöra ett team – paret och barnmorskan.

Flera av kvinnorna säger också att de önskar en naturlig förlossning där det inte går för fort, men heller inte blir alltför långdraget. Att få bra smärtlindring framhålls av kvinnorna i gruppen, men en kvinna säger att hon inte vill ha någon smärtlindring alls.

Fråga i intervju nr 1: Finns det något speciellt som Du känner oro för inför förlossningen? Påfallande är att dessa kvinnor i hög utsträckning beskriver att de ej känner någon oro alls. De betonar att de mår bra och att det skall bli spännande. De uttrycker sin tilltro genom uttalanden som: *"Andra har klarat det"*. I något fall framkommer oro för att ej tappa kontrollen och i ett annat fall oro för att relationen till personalen ej skall fungera. De orosfaktorer som annars framkommer gäller barnet. En kvinna som senare blev förlöst med akut kejsarsnitt säger att det enda hon oroar sig för är just att det skall bli kejsarsnitt eller att hon skall bli igångsatt.

En kvinna reflekterar kring en närståendes död. Dödsfallet skedde oväntat under graviditeten och fick henne att tänka på existentiella frågor kring liv och död. Tanken på att det skulle kunna hända barnet något fick en annan, större dimension.

Kvinnorna har tagit del av andra kvinnors förlossningsberättelser. Tre av dem tycker detta har varit positivt medan fyra har svårt att ta ställning till hur det påverkat dem.

Fem av kvinnorna har tillsammans med sin partner gått i föräldrautbildning. Två av kvinnorna avstod från föräldrautbildningen, den ena p g a sitt arbete och den andra mera oplanerat p g a prematur förlossning. En kvinna bedömer föräldrautbildningen som väldigt bra, medan de andra är mindre nöjda. Fyra anser att de hade den kunskap de behövde, medan tre saknade kunskaper inför förlossningen. Kunskap saknades om kejsarsnitt. En kvinna säger: *"Det var överraskande på många sätt. Det hade ej ingått i mina tankar. Vi berörde det – alltför*

hastigt". En annan kvinna säger: *"Att jag hade den kunskap jag behövde men hade ingen nytta av den"* (kejsarsnitt). *"Föräldragruppen innehöll inget som jag hade nytta av. Vi såg bara på film och det gav inget"*.

Sammanfattande säger kvinnorna att de ej fick den förlossningsförberedelse som de hade behövt.

4. FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSE

Kroppsliga reaktioner och smärtskala

Förlossningsupplevelsen motsvarade ej förväntningarna för dessa kvinnor. Utgångspunkten var positiva förväntningar inför förlossningen, men för samtliga kvinnor har yttre faktorer tillstött, som komplicerat förloppet såväl somatiskt som psykologiskt.

Uttryck för kroppslig smärta:

Värkar – krystvärkar

Kort, stark, intensiv smärta

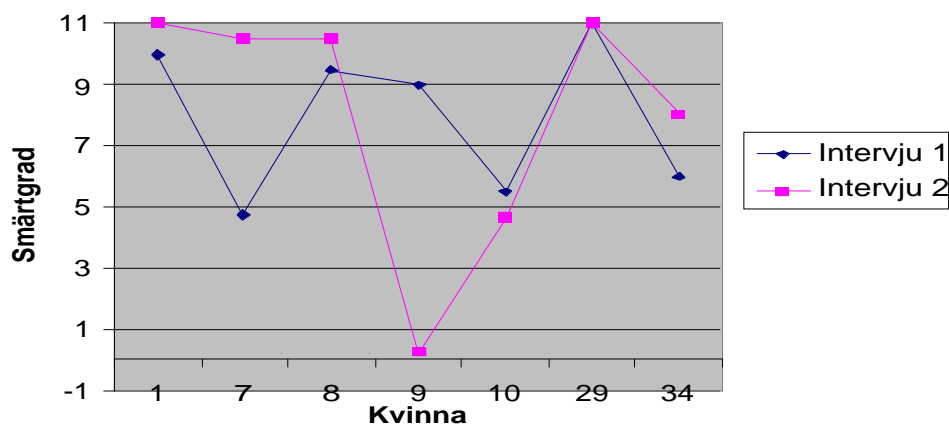
Fruktansvärd smärta

Alltför fort, jättefort, vill stoppa
Fick ingen hjälp – fick inget smärtstillande
Orörlig, går sönder, klipper
Kejsarsnitt

Smärtan eller de kroppsliga upplevelserna betonas inte av kvinnorna. Beskrivningen av smärtan utgår från att den är kort, stark och intensiv. Kvinnorna beskriver framför allt känslomässiga upplevelser relaterade till den chock och stress som det oväntade förloppet innebar då komplikationer tillstötte. Detta blev en stor kontrast till den tillförsikt som kvinnorna kände inför sin förlossning.

Smärtskala

Diagram nr 3



4 kvinnor har en mycket hög överensstämmelse mellan förväntad och upplevd smärta. En kvinna (kvinna nr 34) har en måttlig differens medan 2 kvinnor har en mycket stor differens mellan skattad smärta i intervju 1 och upplevd smärta i intervju 2. Kvinna nr 34 har genomgått kejsarsnitt, planerat under förlossningen av psykosociala skäl, och p g a långdraget värkarbete som kvinnan bedömdes inte orkade möta. Trots detta anger hon ej smärtan som stark utan markerar den mellan måttlig och stark. Kvinna nr 9 är förlöst med akut kejsarsnitt p g a hotande fosterasphyxi. Hon beskriver att hon inte upplevde någon smärta alls genom att hon blev sövd. Kvinna nr 7 hade förväntat sig måttlig – svag smärta. Hon har en förlossning med mycket snabbt förlopp, en s k störförlossning och upplever stark smärta.

Känslomässiga reaktioner

Det började bra, irriterad, omtöcknad
Fruktansvärt jobbigt, hjälplös, stressad, rädd, ångest, oro, panik, nervös
Förvånad, överraskad, chockad, plötslig, omtumlad, uppgiven, orkeslös, utmattad
Olust
Övergiven, ensam, osedd
Gråter
Snuvad, snopen

Stressad, ovälkommen, besviken
Lättnad (beslut om sectio), trygghet
Ambivalens, ingenting stämde

”Jag var helt chockad över att det gick så fort. Man tror att det skall ta 17 timmar, barnmorskan i telefon tycker att man skall vänta hemma – och så hinner vi knappt in”.
”Jag kände paniken komma, jag förstod att allt inte var som det skulle, min man och personalen – alla såg rädda ut”.

Relationer till förlossningspersonalen

Det råder starka pendlingar inom varje kvinna, mellan det som känns väldigt bra och det som utgör stor frustration och missnöje. Detta avspeglas i beskrivningen av personalen. Kvinnorna uttrycker en ambivalens till personalen, uttryckt som en känsla av att ”alla förstod” och å andra sidan att ”ingen förstod”.

Uttalanden från kvinnorna: *”Personalen hade alltför mycket att göra. De var bryska, hänsynslösa och jag kände mig övergiven. Det blev konflikt mellan personalen och motstridiga budskap. De var oroliga”.*

”Jag blev inte involverad, jag kände mig bara övergiven och rädd, men jag kände att de var goa, lugna och kunniga”.

”Jag var oförmögen att kräva vad jag behövde”.

”Efteråt sa läkaren att det ej varit nödvändigt med kejsarsnitt”.

En kvinna upplever motsättningarna mellan personalen så starka att hon uttrycker en upplevelse av att det rådde krig mellan personalen. När barnet är fött beskriver kvinnorna en stark känsla av lättnad och utmattning. Då blir också beskrivningen av personalen en annan. Beskrivningen av personalen handlar då om deras lugn, kunnighet och professionalitet. De beskrivs också som suveräna och lyssnande.

Relationer till BB-personalen

Även i relationen till BB-personal beskrivs starka svängningar. En kvinna (akut kejsarsnitt) som känt sig övergiven och besviken på förlossningspersonal säger: *”På BB vände det, det var väldigt bra där, jag fick möjlighet att prata om förlossningen med flera personer, också förlossningsbarnmorskan kom dit och pratade igenom vad som hänt. Det var väldigt bra”.*

Fyra kvinnor har liknande upplevelser av BB-vistelsen medan tre kvinnor beskriver ensamhet och övergivenhet. *”Jag tyckte att jag fick ta ansvaret direkt med barnet, jag var dödstrött och hade inte sovit på hela natten”.* En annan kvinna uttrycker sig på följande sätt: *”När jag kom in på BB var personalen jättebra, de lyssnade. Jag fick hjälp och stöd. Sedan vände det – jag kände mig utkörd och ovälkommen. Jag hade så ont och när jag bad om en tablett mot värken fick de mig att känna mig som en drogmissbrukare”.*

Post partumsamtal

Två av kvinnorna har ej haft något post partumsamtal med sin förlossningsbarnmorska. Av de fem som haft detta tycker fyra kvinnor att det var väldigt bra. En kvinna uttrycker besvikelse över att barnmorskan ej kom och samtalade med henne när hon låg på BB. Ingen annan erbjöd

heller post partumsamtal då. Förlossningsbarnmorskan ringde hem till kvinnan efteråt och hon uppskattade detta men kände att det var otillräckligt. En kvinna säger följande:

"Förlossningsbarnmorskan kom till mig flera gånger under BB-vistelsen för att prata. Det var jättebra. Ibland kom hon bara för att säga hej. Ytterligare ett par personer, bl a den läkare som opererade, pratade igenom förlossningen med mig. Det kändes väldigt bra" De övriga kvinnorna beskriver hur värdefullt det varit för dem att få gå igenom förlossningen med sin barnmorska.

De två kvinnor som ej haft post partumsamtal över huvud taget säger att det berodde på att barnmorskan ej hade tid att komma. *"Men hon kom inte, det känns fånigt. Jag saknar det"*. Den andra kvinnan säger att hon inte hade behov av post partumsamtalet, men ställer sig ändå undrande till att hon ej fick erbjudande då hon kom i kontakt med andra kvinnor som berättade om möjligheten.

Förlossningsjournalen

Förlossningen i tid från inläggningen på förlossningsavdelningen:	50 min – 30 timmar
Förlossningsvecka:	Vecka 36 + 3 – 42 + 2
Smärtlindringsmetod:	Antal kvinnor:
EDA + akupunktur	1
Ingen kommentar om smärtlindring	2
Akut kejsarsnitt	4

Uttalanden om kvinnans förlossningsupplevelse: Upplevelse av stark smärta, upplevelse av känsloreaktioner, "ledsen, ont, gråter, uppgiven, utmattad".

I fyra journaler finns inga kommentarer om kvinnans förlossningsupplevelse.

I en journal finns rubriken "Förlossningsupplevelse".

5. DRÖMMAR OCH FANTASIER UNDER GRAVIDITET OCH EFTER FÖRLOSSNING

Samtliga kvinnor i denna grupp har fantasier och föreställningar om barnet i magen under graviditeten.

Beträffande nattliga drömmar har nära hälften (tre kvinnor) en upplevelse av att de drömt mera under graviditeten än annars. Barn och förlossning har utgjort tema i deras drömmar.

Efter förlossningen har en kvinna drömt oroliga drömmar och mardrömmar. Hon minns ej klart tema eller innehåll men associerar själv drömmarna till oro för barnet och modersrollen.

Ytterligare en kvinna beskriver drömmar kopplade till oro, obehag och med en diffus känsla om att det handlar om barnet.

6. ANKNYTNINGEN TILL BARNET

Fråga i intervju 1: Tror Du att Din förlossningsupplevelse påverkar Din relation till barnet?

3 kvinnor tror att förlossningsupplevelsen påverkar relationen till barnet medan 4 kvinnor svarar nej på frågan.

Fråga i intervju 2: Hur har det varit att ta emot och lära känna Ditt barn?

5 av kvinnorna beskriver svårigheter i samspelet med barnet.

Sammanfattande uttalanden lyder på följande sätt: *"Det är väldigt blandade känslor – det tar tid, ingen himlastormande känsla – successivt kommer moderskänslorna – jag var bland de sista som fick se barnet"*.

"Jag vågar nästan inte berätta för någon hur jobbigt, svårt och ansvarsfullt det känns – jag känner mig utanför, inget annat blir gjort – det är enformigt. Hon är go, det är inte det, men det är så mycket som hänger på mig".

"För att kunna relatera måste man veta vad det är för kön. De lade upp barnet men vi såg inte om det var flicka eller pojke, ingen sa någonting. Det var en baby i alla fall".

Kvinnorna som haft en påfrestande förlossning, beskriver också lättnaden över att allt är över, att det är bra med barnet och med dem själva.

"Det är fascinerande att hon är så välskapt, det var en lättnad. Jag ville bara få slut på det hela. Personalen uppträdde säkert, men jag såg att de såg oroliga ut".

"Jag var helt fixerad vid om något skulle vara galet med honom – mest oro för honom – jag gick miste om den fantastiska känslan genom narkosen. Det var nog därför det dröjde så länge innan de rätta känslorna kom. De andra kvinnorna på BB pratade om hur de kände igen sina barn på skriket men jag gick förbi mitt skrikande barn utan att se eller höra att det var han".

Gemensamt är att det tagit längre tid att ta till sig barnet. Vid intervjutillfället 4 veckor efter förlossningen beskriver samtliga kvinnor utom en att anknytningsprocessen successivt pågår.

"Det är en otrolig känsla, en jobbig känsla, tudelad, men mest positivt".

En kvinna beskriver svårigheter som motiverar bedömning gällande post partumdepression.

Sammanfattning av förlossningen: *Det blev inte bra alls, det var en bra och en dålig kombination"*. På frågan om det var någonting som var särskilt viktigt beskrivs följande:

"Om jag ska ha barn igen skulle jag vilja uppleva det på riktigt."

"Det viktigaste är att barnet är välskapt. Innan var jag mera noga med vilken förlossning det skulle vara".

GRUPP 3 – NEGATIVA FÖRVÄNTNINGAR - POSITIV FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSE

1 kvinna.

Diagnos: sekundär värksvaghet.

1. RELATIONER TILL NÄRSTÅENDE

Denna kvinna har en mycket god relation till sin mor. Fadern dog när hon var i övre tonåren och relationen till honom var dålig. Fadern hade alkoholproblem. I förhållande till partnern har hon ett mycket stort behov av hans engagemang och beskriver att hon lätt känner sig sviken.

Relationen till honom har påverkats positivt och fördjupats genom graviditeten.

Kvinnan har ett mycket snabbt förlossningsförlopp och det blir inte tid för så mycket samspel dem emellan under förlossningen. Då förlossningen startade i hemmet med värkar och vattenavgång blev paret tvungna att skynda sig hemifrån. Kvinnan kände sig lugn och mannen mera stressad. Kvinnan upplevde hans närvaro som positiv och på ett sätt som överensstämde med vad hon hade föreställt sig. Det blev något av en chock att förlossningen gick så fort som den gjorde. Barnet var fött två timmar efter ankomst till sjukhuset.

Intressant är att kvinnan fått diagnosen sekundär värksvaghet trots det snabba förloppet.

Denna graviditet var aktivt planerad.

2. PSYKISKA KRISER ELLER PÅFRESTNINGAR TIDIGARE I LIVET

Kvinnan har erfarit förlust av två närstående personer ungefär samtidigt, då hon var mellan 15-17 år gammal.

Dels fadern, som tidigare nämnts, och även farfadern. Hon hade vistats mycket hos farföräldrarna under uppväxten och farfadern stod henne nära. Hans död kändes dock naturlig, då han var gammal. Förlusten av fadern ledde till en mer långdragen och svårbearbetad sorg.

Denna kvinna har också haft en anorexi – bulemiproblematik och var som barn överviktig. Hon blev också retad för detta. Hon har aldrig sökt professionell hjälp, utan på annat sätt kommit till rätta med ätstörningsproblematiken.

3. FÖRVÄNTNINGAR INFÖR FÖRLOSSNINGEN

Fråga i intervju 1:: ”Vad är viktigt för Dig för att det skall bli en så bra förlossning som möjligt”? svarar hon:

”Det får inte bli alltför smärtsamt. Jag vill helst inte ha smärtlindring. Jag vill inte föda i gynställning utan stå på alla fyra. Det är viktigt att jag kan känna mig trygg med personalen”.

Fråga i intervju 1: Finns det något speciellt Du känner oro för inför förlossningen?

”Att något skall hända barnet, att det skall vara dödfött eller att jag inte skall orka”.

Denna kvinna berättar i intervju 2, att hon hade en förlossningsrädsla under graviditeten. Hon har ej angett detta i intervju 1 eller berättat om det för sin barnmorska i primärvården. Då hon hört andra kvinnor berätta om sina förlossningsupplevelser har detta till övervägande del varit negativt och oroat henne. Paret har gått i föräldragrupp och bedömer detta som "bra". Hon tycker däremot inte att hon hade den kunskap hon behövde och saknade framför allt information om lustgas och hon hade också önskat pröva lustgasapparaten under graviditeten.

4. FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSE

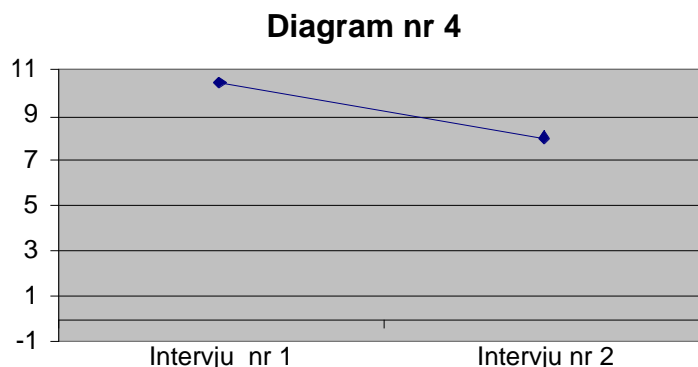
Kvinnan beskriver att förlossningen inte motsvarade förväntningarna, utan att den var lättare, snabbare och över huvud taget mera positiv än vad hon kunnat föreställa sig.

Kroppsliga reaktioner och smärtskala

Kvinnan beskriver en upptrappande smärta. När värkarbetet börjar hemma säger hon att detta gjorde ont. Efter vattenavgång ökar smärtan, men blir inte så stark som hon föreställt sig. Hennes reaktion var: "Var det inte värre än så här".

Moderkakan släppte ej som den skulle, men behövde ej lösas operativt. Kvinnan hade en större blödning och kände sig efter förlossningen "groggy, trött och snurrig". Smärtskalan illustrerar också att hon förväntat sig starkare smärta än vad som blev fallet.

Smärtskala



Känslomässiga reaktioner

I detta sammanhang nämner kvinnan att hon hade förlossningskräck under graviditeten. I sin beskrivning av förlossningen använder hon endast positiva känslouttryck. "Lättad, skönt, härligt, fantastiskt, otroligt, avslappnad. Jag vill gärna göra om det". "Jag hann inte riktigt med, det var en chock att det gick så fort".

Relationerna till förlossningspersonalen

Kvinnan kände sig fint omhändertagen av all personal, såväl på förlossningsavdelningen som på BB. Hon anger också att bemötandet var "väldigt bra" på alla punkter, utom första telefonsamtalet som anges som "bra".

Hon blir också medveten om vilka behov hon har inför en ny förlossning och beskriver att hon då ämnar ställa större krav. *"Jo, nästa gång skall jag kräva att få ha en barnmorska hos mig, de är så väldigt vana och vet.... Jag skall ha en barnmorska nästa gång. Man blir väldigt väl omhändertagen av dem, tycker jag"*.

"Det blev betydligt mycket bättre än vad jag tänkt mig, eftersom jag trott att det skulle bli jättejobbigt. Förlossningen var en fantastisk upplevelse, helt otroligt efteråt".

Kvinnans önskemål om att ha en barnmorska närvarande under nästa förlossning leder till reflektion. Hon uttrycker tillfredsställelse med barnmorskans insats under sin förlossning. Hennes önskemål handlar om betydelsen av att ha barnmorskan närvarande hela tiden – att inte bli lämnad ensam med partnern i förlossningsrummet.

För hennes del skall detta också ses i perspektivet av att förlossningen hade ett så snabbt förlopp.

Relationer till BB-personalen

Det var ett väldigt bra omhändertagande på BB. Kvinnan var medtagen efter förlossningen och hade svårt att få igång mjölkproduktionen. Av dessa skäl stannade hon en vecka på BB. Hon är besviken över att inte kunna amma och säger att: *"Vi (d v s BB-personalen och kvinnan) trodde vi skulle få i gång amningen. Jag kände stöd av personalen, men det fungerade inte"*.

Post partumsamtal

Denna kvinna har haft ett post partumsamtal med sin förlossningsbarnmorska. Hon tyckte detta var bra men hade önskat ett längre samtal. Hon har inte erbjudits samtal om förlossningen med någon annan person.

Förlossningsjournalen

Förlossningen i tid från inläggning på förlossningsavdelningen: 2 timmar

Förlossningsvecka: Vecka 40

Ingen beskrivning av att någon smärtlindring förekommit

Inga kommentarer om kvinnans upplevelse

5. DRÖMMAR OCH FANTASIER UNDER GRAVIDITET OCH EFTER FÖRLOSSNING

Det har ej förekommit mer drömmar vare sig under graviditeten eller efter förlossningen. Däremot har dröminnehållet varit fokuserat kring barn i drömmarna under graviditeten. Hon hade aktiva fantasier och föreställningar om barnet under graviditeten.

6. ANKNYTNINGEN TILL BARNET

Denna kvinna tror inte att förlossningsupplevelsen påverkar relationen till barnet.

Fråga i intervju 2: Hur har det varit att ta emot och lära känna Ditt barn?

”Jag känner mig som mamma ut i fingerspetsarna. Det kände jag direkt. Så konstigt att ha ett barn helt plötsligt. Det är underbart. Det har inte varit jobbigt alls. Hon är snäll och go”.

Sammanfattning av förlossningen: *”Det var en fantastisk upplevelse. Helt otroligt efteråt. Jag gör gärna om det”.*

Kvinnan berättar också att amningen inte kommit i gång. Hon är besviken över det, men hanterar sin besvikelse på ett bra sätt och är trygg i sin modersroll.

GRUPP 4 NEGATIVA FÖRVÄNTNINGAR – NEGATIV FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSE

1 kvinna.

Diagnos: Sekundär värksvaghet.

1. RELATIONER TILL NÄRSTÅENDE

Denna kvinna definierar sin relation till modern som ”ganska god” och relationen till fadern som ”mycket god”.

Beträffande partnern tycker hon inte att förhållandet påverkats alls genom graviditeten.

Hon bedömer att hans närvaro under förlossningen utgjort ett gott stöd och därmed också varit såsom hon tänkt sig. Han var också ett betydelsefullt stöd under ett långdraget värkarbete i hemmet. Båda makarna känner oro under graviditeten och denna oro finns kvar då barnet är fött.

Barnet är ”inte direkt planerat”.

2. PSYKISKA KRISER ELLER PÅFRESTNINGAR TIDIGARE I LIVET

Kvinnan har tidigare varit gravid och gjort en abort vid 17-års ålder. Hon kände sig kränkt av personalen vid detta tillfälle och upplevde att de nedvärderade henne.

Samma år skadades hon i en trafikolycka och vistades länge på sjukhus. Hon har ej sökt hjälp eller haft någon professionell samtalskontakt för att bearbeta dessa erfarenheter.

Under graviditeten har två närstående personer dött. Dels mormor, som hon stod mycket nära och ofta besökte, dels en annan äldre släkting som avled ungefär samtidigt. Kvinnan hade ej samma nära relation till henne.

Hon känner glädje över att hon hann berätta om graviditeten innan hon dog.

3. FÖRVÄNTNINGAR INFÖR FÖRLOSSNINGEN

Kvinnan beskriver i slutet av sin graviditet – efter den första intervjun att hon är rädd för förlossningen. Hon gör också ett besök hos Maria-Aurorabarnmorska. Jag har ändå valt att ta med henne trots att ingångskriteriet var att kvinnorna ej skulle ha en uttalad förlossningsrädsla i sådan grad att hon var i behov av särskilt stöd.

Besöket gjordes strax innan förlossningen, som en förberedelse för denna och fick karaktären av individuell visning av förlossningsavdelningen.

Fråga intervju 1: Vad är viktigt för Dig för att det skall bli en bra förlossning?

”Det är viktigt att jag slipper känna mig blyg. Att det inte springer för mycket folk runt mig. Det är obehagligt att vara blottlagd. Jag vet inte hur jag kommer att reagera men det är viktigt att känna respekt för integritet. Det är också viktigt att jag kan få smärtlindring om jag får ont. Jag vill ha EDA, jag tror att den gör nytta”.

Fråga intervju 1: Finns det något speciellt som Du känner oro för, inför förlossningen?

Kvinnan återkommer här till obehaget inför att känna sig blottlagd, att det skall vara något fel med barnet, att något skall ”gå fel”. Hon refererar också sin oro till aborten och minns den som en katastrof.

Hon har också, som tidigare nämnts, beskrivit förlossningsrädsla mot slutet av graviditeten. Hon har även återkommande buksmärtor och huvudvärk under graviditeten och söker vid flera tillfällen sjukhusvård.

Hon har hört andra kvinnor berätta om sina förlossningar, men kan inte bedöma om det påverkat henne positivt eller negativt.

Paret har gått i föräldrargrupp och är väldigt nöjda med detta. Hon upplever också att hon hade den kunskap hon behövde inför förlossningen. Hon tror inte att förlossningsupplevelsen påverkar relationen till barnet.

4. FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSE

Denna kvinna söker hjälp på Kvinnokliniken under graviditeten och är även inlagd vid några tillfällen.

Hon blir även inlagd för sammandragningar c:a en vecka före förlossningen. Värkarbetet startade 3-4 dagar innan förlossningen. Dessa dagar var psykiskt och fysiskt påfrestande för henne, med bl a sömnlöshet. Att bli inlagd och sedan hemskickad var också en mycket frustrerande upplevelse, där hon kände sig övergiven. Hennes upplevelse var att allt ansvar vilade på henne. Tiden kändes oändligt lång. När hon blir inlagd för förlossning känner hon dock att mycket arbete var gjort hemma och att förloppet endast tog 3-4 timmar.

Kroppsliga reaktioner och smärtskala

Känslan var att det var mycket värre än väntat och att det gjorde obeskrivligt ont. Intressant är därför hennes uttryck för smärta på smärtskalan. Hennes slutsats blir ändå *"Det var värt det"*, säger hon själv. Efter ett långt förarbete hemma hade hon en relativt snabb förlossning.

Sammanfattande faktorer beträffande smärta och kroppsupplevelser:

Inte så farligt

Uppmjukat

Bra

Värkar – ont – ondare

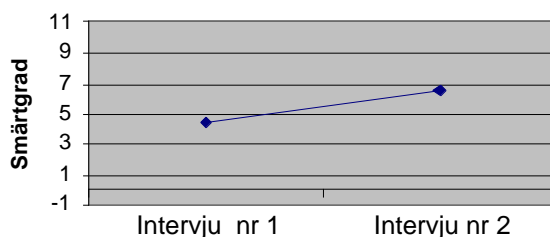
Ryggbedövning – vrålont - värre än allt annat

Öppnar sig – brister

Tappar krafter – trött

Smärtskala

Diagram nr 5



Trots den verbala beskrivningen av obeskrivlig smärta anger hon alltså upplevd smärta närmare ”måttlig” än ”stark”. Förväntad smärta i intervju 1 skattade hon nära ”måttlig”, men på den sida av skalan som angav ”svag – måttlig”. Hennes förlossningsrädsla beskrevs ej i termer av outhärdlig smärta. Hennes oro handlade om andra faktorer.

Känslomässiga reaktioner

Sammanfattande känslor är övergivenhet och vilsenhet. Hon uttrycker en stark känsla av att det var jobbigt, men också skönt och bra, speciellt utdrivningsskedet. Förarbetet hemma som omfattade 3 dagar var mycket påfrestande. Förlossningen motsvarade ej förväntningarna, framför allt genom det långdragna förloppet hemma. Hon upplevde hela förlossningen som psykiskt påfrestande och var skakad över att ryggbedövningen var så svår att lägga och sedan inte hade önskad effekt. Hon upplevde detta mera plågsamt än själva utdrivningsskedet.

Relationer till förlossningspersonalen

Kvinnan upplevde sin förlossning som en påfrestande och långdragen process. I relation till personalen kände hon brist på förståelse för sin situation. Vid det första telefonsamtalet fick hon besked om att åka in till sjukhuset, men blev sedan hemskickad.

Bristande kommunikation mellan kvinnan och barnmorskan beskrivs också som ett problem. Detta ledde till vilsenhet och osäkerhet och hon tyckte ej att hon fick de besked eller den information hon behövde.

När hon blev inlagd för förlossning kände hon sig däremot väl omhändertagen. I öppningsskedet inträffade åter svårigheter som gjorde att hon kände sig väldigt dåligt omhändertagen. Problemet gällde svårigheten att lägga EDA. Under de följande skedena i förlossningsarbetet och timmarna närmast efter barnets födelse kände hon sig ”väldigt bra omhändertagen”.

Relationer till BB-personalen

På BB kände hon sig övergiven och ”ganska dåligt omhändertagen”. Hon upplevde att det var gott om personal, men att de ej samarbetade bra eller vidarebefordrade information. Paret kände sig också besvikna över att mannen ej välkomnades på BB.

Post partumsamtal

Kvinnan har haft ett post partumsamtal med förlösande barnmorska, vilket hon tyckte var ”väldigt bra”. Hon har också gått igenom förlossningen med en annan barnmorska på BB. Båda samtalen kategoriserar hon som ”väldigt bra”.

Förlossningsjournalen

Förlossningen i tid från inläggning på förlossningsavdelningen:

3 timmar

Förlossningsvecka:	Vecka 41 + 1
Smärtlindringsmetod:	EDA
Uttalanden om kvinnans upplevelse:	Av smärta Av förmågan att slappna av
Kvinnans känslomässiga reaktioner beskrivs som att hon är trött och orolig.	

5. DRÖMMAR OCH FANTASIER UNDER GRAVIDITET OCH EFTER FÖRLOSSNING

Beträffande drömmar, så har hon under graviditeten drömt mer än vanligt. Temat har varit runt barn, förlossning med inslag av katastroftema, att barnet skall dö, tas ifrån henne eller bli skadat på annat sätt. Hon har fantasier och föreställningar om barnet i magen. Dessa fantasier är positiva, runt kön och nyfikenhet på vem som finns i magen, men också här inslag av katastrofkänslor.

Efter förlossningen fortsätter hon att drömma mycket. Drömmarna handlar uteslutande om dottern. Både hon och partnern drömmer mardrömmar om att något skall hända barnet.

6. ANKNYTNINGEN TILL BARNET

Kvinnan tror ej att förlossningsupplevelsen påverkar relationen till barnet.

Fråga i intervju 2: Hur har det varit att ta emot och lära känna Ditt barn?

”Det är överkligt att ha ett barn, ibland känner jag att hon är min. Det känns bra, inte jobbigt. Men jag är spänd och orolig hela tiden att något skall hända henne. Jag måste kontrollera hela tiden att hon lever och andas. Hon suger all kraft ur mig. Jag är helt slut och känner mig otillräcklig som mamma. Jag är rädd att inte klara av det men hon verkar harmonisk”.

Då jag ber denna kvinna sammanfatta sin förlossning skriver hon att den varit väldigt jobbig och innehållit outhärdlig smärta. På frågan om något varit särskilt betydelsefullt har hon inget svar.

Viktigt att påpeka är ändå, att när denna kvinna sammanfattar sin förlossning, säger hon att personalen var jättebra. Hon var ju också mycket nöjd med sin förlossningsbarnmorska. Hon tycker att partners närvaro under förlossningen var såsom hon hade tänkt sig.

GRUPP 5 INGA FÖRVÄNTNINGAR - POSITIV FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSE

2 kvinnor.

Diagnos: Spontanförlossning.

Manuell exploration av uterus.

1. RELATIONER TILL NÄRSTÅENDE

Relationerna till mödrarna beskrivs som ”mycket god”, medan relationen till fäderna är ”ganska god”.

En av kvinnorna berättade också att hon hade en mycket nära relation till sin mormor, som dog strax innan graviditeten. Hennes far är också död genom suicid, liksom ett syskon som dog kort efter födelsen. Kvinnorna upplever att relationen till partnern påverkats positivt av graviditeten. Bägge kvinnorna beskriver mannens delaktighet som mycket betydelsefull. De framhåller också att förlossningen varit en fin upplevelse också för honom.

Den ene mannen fick möjlighet att sova över på BB och kvinnan beskriver att de blev en familj direkt. Den andra kvinnan säger: *”Han har sagt att han absolut inte vill ha det o gjort. En klick för honom också, men det var svårt för honom, när jag hade ont och han inte kunde göra något. För mig räckte det att ha honom att hålla i”*.

Efter hemkomsten har männen varit nära engagerade i sitt barn.

Kvinnorna tycker att männens närvaro vid förlossningen varit som de förväntat sig. Det fanns sedan tidigare en tilltro till att det skulle fungera bra.

Barnen är båda ”aktivt planerade”.

2. PSYKISKA KRISER ELLER PÅFRESTNINGAR TIDIGARE I LIVET

Traumatiska erfarenheter som beskrivs är:

förlust av en far genom suicid

förlust av ett syskon

förlust av mormor, som var en känslomässigt mycket nära relation

abort c:a 3 år innan denna graviditet.

En kvinna anger också att hon vid ett tillfälle blivit misshandlad.

Ingen av kvinnorna har sökt eller haft professionell samtalskontakt i samband med dessa erfarenheter men beskriver också att de haft andra närstående personer att prata med.

3. FÖRVÄNTNINGAR INFÖR FÖRLOSSNINGEN

I den första intervjun uttrycker dessa båda kvinnor att de ej har några förväntningar alls inför sin förlossning.

Fråga i intervju 1: Vad är viktigt för Dig för att det skall bli en bra förlossning?

”Jag har inte tänkt så mycket på förlossningen men jag minns en grotesk förlossningsfilm.

Jag är spruträdd och vill inte ha för mycket information”.

”Det är viktigt att kunna lita på personalen”.

”Jag vill inte blir lämnad ensam. Jag vill ha en vanlig förlossning. Mamma säger att det är fint”.

Fråga intervju 1: Finns det något speciellt som Du känner oro för inför förlossningen?

En kvinna oroar sig för resvägen och att inte hinna fram i tid. Hon uttrycker även oro för att något skall hända barnet. Ingen av kvinnorna beskriver oro för egen del. En av dem känner oro för att få för mycket detaljerad information under förlossningen.

Beträffande frågan om de hört andra kvinnor berättat om sina förlossningsupplevelser, säger en av kvinnorna ”nej” medan den andra har hört förlossningsberättelser, men är kluven till hur det påverkat henne. Hon kan inte ta ställning till om det påverkat henne negativt eller positivt.

Kvinnorna har gått i föräldragrupp med sin partner och bedömer detta som ”bra” och de tycker också att de hade den kunskap de behövde inför förlossningen.

4. FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSE

Kroppsliga reaktioner och smärtskala

Sammanfattande uttryck för kroppsupplevelser:

Sammandragningar

Mensverk – värk – krystvärkar

Ont i magen

Ont i ryggen

Jätteont

Gick fort

Blod – förlora blod

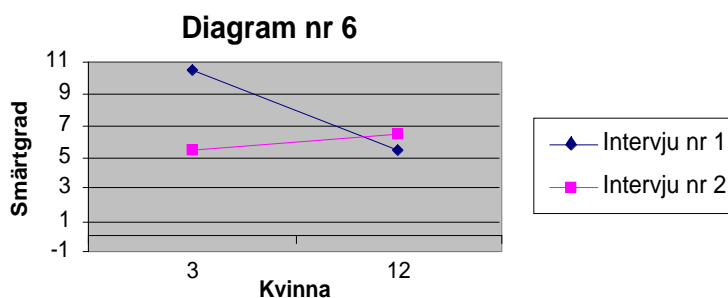
Att bli sövd

”Jag fick sammandragningar, det började direkt, snabbt och hårt. De var starka. Det gick fort sedan – jag hade öppnat mig mycket redan när jag kom in”.

”Jag var totalt slut när krystvärkarna kom för jag hade inte sovit på länge, men barnmorskan gav mig en kick så jag orkade”.

Bägge kvinnorna anger måttlig smärta på smärtskalan. Den ena kvinnan hade också förväntat sig detta, medan den andra kvinnan förväntat sig en betydligt starkare smärtupplevelse.

Smärtskala



Känslomässiga reaktioner

Kvinnorna uttrycker starkt positiva känslor. *”Jag kände mig trött och orkeslös men också lugn. Det var skönt, jag kände mig nöjd, det var en kick. Det var helt ofattbart, så upplevelserikt, helt underbart, väldigt bra, så mjukt, så lent, en sådan värme”*.

Betecknande för dessa två kvinnor är att de samtidigt med beskrivningen av smärta, trötthet och orkeslöshet framhåller den positiva upplevelsen.

En av kvinnorna beskriver också hur hon känslomässigt för en kamp med sig själv under förlossningen. *”Det är inte farligt, jag är inte rädd, det finns ingen anledning till oro”*.

En av kvinnorna hade varit inne på ett besök på förlossningen men blivit hemskickad. Hon beskriver detta utan uttryck för större frustration, mera som ett konstaterande.

”Jag fick åka in en gång för mycket. När vi kom in avtog värkarna och efter ett par timmar åkte vi hem. Värkarna höll på så till nästa dag, då blev det barn”.

Båda kvinnorna beskriver också hur de njutit av att bada under öppningsskedet.

En påfrestning var behovet av manuell placentalösning för den ena kvinnan. Detta skedde under narkos.

Hon var lugn inför ingreppet men upplevde det svårt att vakna ensam i ett rum med osäkerhet om var mannen och barnet befann sig. Hon känner sig ändå mycket nöjd med sin förlossning och betonar också stödet från mannen.

Kvinnorna har ju under sin graviditet sagt att de ej hade några förväntningar på förlossningen. *”Jag har inte tänkt så mycket på den”*. Eller *”jag bara tänkte att jag skulle få ett barn med mig hem”*. Förlossningen är för båda kvinnorna överraskande positiv.

Relationer till förlossningspersonalen

Relationerna till personalen på förlossningsavdelningen beskrivs som genomgående goda.

Den enda avvikelser från detta är den ena kvinnans första telefonsamtal med förlossningsavdelningen. Hon blev vid detta telefonsamtal illa berörd av att ifrågasättas då hon ville åka in till förlossning. Paret åkte in till sjukhuset trots barnmorskans rekommendation att de skulle stanna hemma en stund till. Kvinnans kritiska inställning blev förstärkt då barnet föddes endast 3 timmar efter ankomst till förlossningen.

”De var väldigt gulliga på förlossningen. De sprang och tittade till oss även om de hade mycket att göra med många förlossningar på gång samtidigt”.

Kvinnorna kategoriserar omhändertagandet på förlossning som ”väldigt bra” eller ”bra”.

Personalen beskrivs som stödjande, förstående, gulliga, omtänksamma och att de gav god kontakt. De fick också bra information. Barnmorskans uppmuntran stärkte de egna krafterna när de sviktade. Negativa inslag finns och ett exempel på detta var då en undersköterska lyfte på täcket utan att fråga eller informera om anledningen till detta.

Relationer till BB-personalen

Den ena kvinnan betonar värdet av att partnern fick sova över på BB. Hon var trött och tagen av blodförlust efter lösning av moderkakan och kände förståelse för detta av BB-personalen. Både hon och partnern kände att de fick sina behov väl tillgodosedda.

Den andra kvinnan kände sig vilsen på BB. ”Personalen sa, att det är bara att ringa, men jag visste inte vad jag skulle fråga om, men allting gick bra och till slut lärde jag mig själv”. Det fanns hantverkare på BB-avdelningen vid hennes vistelse där och hon nämner detta som en bidragande orsak till vilsenheten.

Post partumsamtal

Båda kvinnorna har haft post partumsamtal med förlösande barnmorska och tycker att det varit väldigt bra.

Förlossningsjournalen

Förlossningen i tid från inläggning på förlossningsavdelningen 3 timmar
8 timmar

Förlossningsvecka 40 + 3

Ingen kommentar om någon smärtlindring har förekommit.

Uttalanden om kvinnans upplevelse: Av smärta, av förmågan att slappna av samt en beskrivning av att kvinnan ter sig känslomässigt lugn och trygg.

5. DRÖMMAR OCH FANTASIER UNDER GRAVIDITET OCH EFTER FÖRLOSSNING

Ingen av kvinnorna har drömt mer vare sig under graviditeten eller efter förlossningen. På frågan om tema i dröminnehållet beskrivs drömmar om barn efter förlossningen. Kvinnorna har haft fantasier och föreställningar om barnet i magen under graviditeten.

6. ANKNYTNINGEN TILL BARNET

I intervju nr 1 tror en av kvinnorna att förlossningsupplevelsen påverkar relationen till barnet. Den andra kvinnan tror ej att det finns något samband mellan förlossningsupplevelsen och relationen till barnet.

Fråga i intervju 2: Hur har det varit att ta emot och lära känna Ditt barn?

Samspelet med partnern beskrivs som betydelsefullt också i relation och anknytning till barnet. *"Vi har delat på allt, vi blev en familj direkt"*.

Det gemensamma ansvaret uttrycks bl a i att kvinnan ammar barnet och mannen "rapar" det eller lägger barnet. Har barnet ont i magen finns en tilltro till förmågan att lindra och trösta. Det uttrycks en känsla av tillförsikt. *"Han är så nöjd med livet. Nästan kusligt att han känner mig så väl fastän han är nyfödd"*. En kvinna säger: *"Det har varit helt underbart att möta barnet. Det är ofattbart, vi trodde det skulle vara en pojke. Underbart med en flicka, så lent, så mjukt. Värmen från henne var helt otrolig"*. Denna kvinna beskriver också den egna utvecklingen som kvinna, som person genom graviditet och förlossning. Hon har aldrig varit speciellt intresserad av barn eller lekt med dockor och beskriver nu det egna moderskapet som en stor upplevelse som hon tycker alla tjejer måste uppleva.

Sammanfattning av förlossningen: *"Förlossningen var upplevelserik och väldigt bra – det var helt underbart"*.

Var det något särskilt som var betydelsefullt? *"Badet, samt att personalen visade omtanke och gav information. Sambons närvaro"*.

GRUPP 6 – INGA FÖRVÄNTNINGAR - NEGATIV FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSE

2 kvinnor.

Diagnos: Sekundär värksvaghet.

Akut sectio, svår preeklampsi.

1. RELATIONER TILL NÄRSTÅENDE

En mycket god relation såväl till modern som till fadern beskrivs av den ena kvinnan. Den andra kvinnan har en mycket god relation till modern och en ganska god relation till fadern. Kvinnorna anser inte att relationen till partnern påverkats genom graviditeten. Den ena förlossningen genomfördes som ett akut kejsarsnitt. Mannen blev här väl omhändertagen initialt. Han fick då samtala med personal och närhet till barnet. Mannen föreföll trygg under förlossningen, men har senare beskrivit att han mådde mycket dåligt. Kvinnan uttrycker också motsägelsefulla upplevelser beträffande mannen. Dels att han blev väl omhändertagen, dels beskriver hon att han kände sig utanför och att ingen brydde sig om honom. *"Doktorn hälsade inte ens på honom och personalen pratade knappt med honom. Han fick ingen information utan han fick reda på allting efteråt. Han hade då oroat sig i en halvtimme"*. För den andra kvinnan var mannens närvaro såsom hon tänkt sig, d v s i bakgrunden som ett stöd. *"Han bara fanns där, men utgörande en trygghet, en delaktighet känslomässigt"* och hon betonar hur viktig hans närvaro var.

Svårigheter beskrivs även efter hemkomst och faktorer som framkommer handlar om den prövning som relationen mellan man och kvinna utsätts för genom föräldraskapet, bl a innebärande förväntningar på varandra som är svåra att tillgodose.

En av männen hade mått mycket dåligt under senare delen av graviditeten och i samband med förlossningen. Han drabbades även av psykosomatiska besvär. Hans oro var ett resultat av kvinnans inläggning p g a preeklampsi, och att förlossningen sedan skedde genom akut kejsarsnitt.

Den ena graviditeten är aktivt planerad, den andra är oplanerad.

2. PSYKISKA PÅFRESTNINGAR ELLER KRISER TIDIGARE I LIVET

Det förekommer traumatiska erfarenheter i kvinnornas bakgrund. Det som omnämns är:

- Förlust av bästa väninnan genom olyckshändelse, under tonårstiden. Hon erhöll hjälp och stöd av lärare och föräldrar.
- Mobbing under flera år. Detta ledde till samtalskontakt med psykolog under denna tid.
- Psykiska problem hos en syster – egen kris i samband med detta som ledde till kortare samtalsterapi.
- Abort för 4 år sedan. Ingen professionell kontakt i samband med denna.

3. FÖRVÄNTNINGAR INFÖR FÖRLOSSNINGEN

Kvinnorna anger att de ej har några förväntningar, men efter förlossningen uttrycker de att förlossningen ändå ej motsvarat förväntningarna och att förlossningen var svårare än väntat. Fråga intervju 1: Vad är viktigt för Dig för att det skall bli en bra förlossning? Kvinnorna betonar att de ej har några förväntningar. De har heller inga synpunkter på personalen eller önskemål om hur de skall vara.

Det framkommer uttryck som:

"Jag har aldrig tänkt på förlossningen".

"Jag får ta det för vad det är".

"Bara det inte gör ont".

"Jag vill inte att det blir så hemskt så att man aldrig vill göra om det".

"Jag känner en lätt ångest när jag tänker på det".

Fråga intervju nr 1: Finns det något speciellt som Du känner oro för, inför förlossningen?

"Att jag skulle bli arg och bete mig dumt, att jag skulle bli arg på min sambo".

"Jag vill bara att det skall vara över – jag vill ha barnet med kläderna på".

Att lyssna på andra kvinnors förlossningsberättelser har varit negativt för den ena kvinnan och positivt för den andra.

Föräldragrupp: Det föreligger olika erfarenheter och omdömen vad gäller föräldragrupp. En kvinna var närvarande bara vid ett tillfälle tillsammans med sin partner. De tyckte inte att mötet gav någonting och bedömde föräldragruppen som "väldigt dålig". De var inte intresserade av att lära känna de andra blivande föräldrarna.

Hon bedömde heller inte att föräldragrupsverksamheten gav henne någonting utöver det hon redan visste. Hon tyckte f ö att hon hade den kunskap hon behövde inför förlossningen.

Den andra kvinnan tyckte att föräldragruppen var "väldigt bra". Hon tyckte trots detta inte att hon hade den kunskap hon behövde inför förlossningen. Hon hade önskat mera information om olika smärtlindringsmetoder.

4. FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSE

Kroppsliga reaktioner och smärtskala

Jätteont i magen, väldigt ont, intensivt ont, smärtsamt, ingen lindring.

Havandeskapsförgiftning

Svullen, klåda

Tårar

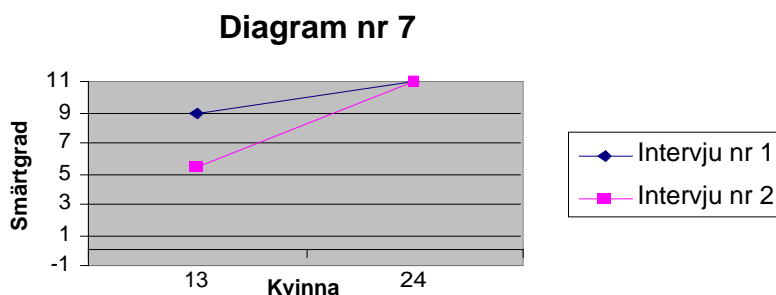
Trött

Långdraget

Sammanfattande uttalanden: *Det gjorde väldigt ont – fruktansvärt ont. Jag har aldrig haft sådan smärta. Tårarna bara rann. Det fanns ingen lindring*".

"Smärtan var mycket starkare än jag mäktade med – och vi kände oss helt övergivna av personalen".

Smärtskala



Kvinnorna skattade den förväntade smärtan i intervju 1 "måttlig" och "måttlig – närmare stark". Upplevd smärta anges för båda kvinnorna som maximalt stark enligt skala nr 2.

Känslomässiga reaktioner

Kvinnorna beskriver gemensamt upplevelsen av att tappa kontrollen.

Den känslomässiga reaktionen beskrivs med en inledning av lugn, men utvecklas senare till rädsla, stress och ovisshet. Stressupplevelsen är självklart betonad av den kvinna som förlöses med akut kejsarsnitt. Andra känslor som beskrivs är ensamhet, trötthet och ett lugn som övergår i panik och kontrollförlust innebärande gråt, skrik och känslan av att bära sig åt.

Upplevelsen av panik och oförmåga att härbärgera känslan av kaos förvärrades av personalbyte, föranlett inte av att barnmorskan slutade sitt pass, utan av att hon var tvungen att närvara vid en annan förlossning. Upplevelsen blev här att kvinnan och hennes partner blev lämnade ensamma i utdrivningsskedet. *”Det var faktiskt jobbigt och otrevligt att få ligga där ensam och krysta utan någon personal hos mig”*. Hon beskriver också hur oron inför ovissheten steg i detta skede. Hon började fundera över att något skulle kunna hända henne eller hennes barn någonting lika väl som någon annan. Efteråt beskriver hon skamkänslor inför att hon burit sig illa åt och att hon har tappat kontrollen.

”Så är man rädd, för man vet inte riktigt vad som kommer att hända. Jag tror att jag var lite sjåpig också och då grät jag väl för det också”. Den andra kvinnan beskriver det chockartade i plötsligt fattade beslut. *”Vi väntar tills det sätter i gång, sa dom, men så säger det plötsligt pang och allting går så fort, det var jobbigt”*.

Relationer till förlossningspersonalen

Det personalbyte som tidigare nämnts, ledde till en stark känsla av övergivenhet och det blev inte möjligt att etablera en relation till den nya barnmorskan. Det var emellertid betydelsefullt att en undersköterska följde kvinnan genom hela förlossningen. Genom att personalbytet skedde i utdrivningsskedet, blev just denna fas ”väldigt dålig”. Efterbördsskedet och de två timmarna närmast efter förlossningen blev emellertid en positiv upplevelse.

Den kvinna som blev akut snittad, hade legat inne på sjukhuset för preeklampsi i flera veckor. Hon blev chockad över det hastiga förloppet då planeringen hela tiden varit en normalförlossning. Hon beskriver att det var en stor trygghet i att hon kände personalen då snittet skulle genomföras. *”Jag kände mig lugn och trygg i att jag visste vilka de var. Jag vet egentligen inte vad som hände, allting gick så jättefort”*.

Relationer till BB-personalen

Anmärkningsvärt med kvinnorna är, att de på en direkt fråga om omhändertagandet på BB svarar ”bra” eller ”väldigt bra” medan de i en utveckling av intervjun om upplevelsen beskriver en stor otillfredsställelse.

”BB-vistelsen har varit hemsk, jag får ångest när jag tänker på den. Barnmorskorna hade ingen gemensam policy, alla sa olika saker. En skrämde upp mig om amningen, att jag måste väcka barnet varannan timme och amma – en annan sa: Ta det lugnt, han äter ju...”

Kvinnorna upplevde en avsaknad av stöd och beskriver känslan av att personalen gick förbi dem. En kvinna beskriver också mardrömmar under BB-vistelsen. En positiv relation på BB

var en nattsköterska som kvinnan fick prata med i flera timmar under natten. Hon beskriver att hon kände sig "peppad" av denna barnmorska och att stödet hade betydelse för hennes tilltro till sig själv i modersrollen. Dessa uttalanden speglar ambivalens och motsägelsefulla

upplevelser. Barnmorskorna på BB beskrivs också som osäkra i sin roll, vilket skulle kunna tolkas som en projektion av kvinnans eget pressade känslomässiga stämningsläge.

Post partumsamtal

En kvinna har ej erbjudits samtal med sin förlossningsbarnmorska (akut kejsarsnitt). Däremot har hon erbjudits samtal av annan barnmorska och tyckte detta var väldigt skönt. Hon har saknat möjlighet att prata med förlösande barnmorska.

Den andra kvinnan, som ju var besviken över personalbytet, har haft post partumsamtal med förlösande barnmorska, men konstaterar att den bristfälliga kontakten från förlossningen var gällande också i detta samtal. Kvinnan uttrycker inget missnöje med barnmorskans yrkeskunnande och säger att hon säkert är "snäll" men relationen fungerade inte. Kvinnan och hennes partner hade också en upplevelse av att barnmorskan försvarade sig och talade om hur mycket hon hade haft att göra och inte förstod deras upplevelse. Kvinnan uttrycker också i intervjun ett behov av att prata med sin barnmorska i primärvården om förlossningen.

Förlossningsjournalen

Förlossningen i tid från inläggning på förlossningsavdelningen	30 min – 11 tim
Förlossningsvecka:	37 + 0 – 39 + 5
Smärtlindringsmetod:	Antal kvinnor:
EDA + akupunktur	1
Akut kejsarsnitt	1

Uttalanden om kvinnans upplevelse: Av smärta, av förmågan att slappna av samt en beskrivning av att hon är känslomässigt trött och orkeslös.

5. DRÖMMAR OCH FANTASIER UNDER GRAVIDITET OCH EFTER FÖRLOSSNING

Kvinnorna har ej drömt mer, vare sig under graviditeten eller efter förlossningen. En kvinna beskriver emellertid att dröminnehållet förändrats under graviditeten och handlat om barn och om hennes rädsla för otrohet. En kvinna har mardrömmar på BB om främmande personer, som tränger sig in, överfaller henne eller tar barnet ifrån henne. Under graviditeten har den ena kvinnan fantasier och föreställningar om barnet i magen. Denna graviditet är oplanerad.

Den andra kvinnan, vars barn är aktivt planerat, har inga fantasier eller föreställningar om barnet i magen.

6. ANKNYTNINGEN TILL BARNET

Ingen av kvinnorna tror att förlossningsupplevelsen påverkar relationen till barnet. Båda kvinnorna betonar partners engagemang som betydelsefullt i relation till barnet. De beskriver

att partnern utgör en brygga mellan henne och barnet. Kvinnorna beskriver en stor lättnad över att allt ändå gått bra. Det framkommer dels överklighetskänslor, dels en känsla av att allt gått "jättebra" med barnet. Den ena kvinnan betonar också betydelsen av ett gott stöd från BVC. Hos den ena kvinnan framkommer svårigheter under de första veckorna, som handlar om samspelet med barnet. Hon beskriver sig som ockuperad av allt hon måste göra och hade därför svårt att komma till ro med barnet. Det beskrivs också en rädsla för att vara ensam med barnet. Vid intervjutillfället säger hon att en känsla av att det går bra och att det är mysigt börjar infinna sig.

Känslan av att hon tillgodoser barnets behov värmer och gör henne glad, beskriver hon. Det framkommer också svårigheter i relationen till partnern. Kvinnan har större önskemål om närvaro än vad han har. Kvinnan vill dela föräldraskapet med mannen i större utsträckning än han vill. Denna känsla blir påtaglig för kvinnan då mannen återgår i arbete.

Då man ber kvinnorna sammanfatta sin förlossning beskrivs den som långdragen, smärtsam, rörig men bra ändå.

På frågan om någonting särskilt var viktigt under förlossningen nämner den ena kvinnan endast sambons närvaro medan den andra kvinnan är mera motsägelsefull i sin utsaga. Hon beskriver att hon blev väl omhändertagen på Antenatalavdelningen och lärde känna alla, men att det var jobbigt med så många olika barnmorskor. Mera specificerat runt förlossningen säger hon att det verkligt betydelsefulla var att allt slutade bra. Hennes förlossning slutade med akut kejsarsnitt.

RÖKNING, ALKOHOL OCH NARKOTIKA

I den första intervjun ställs ett antal frågor angående rökning, alkohol och narkotika. Ingen av kvinnorna nyttjar alkohol eller narkotika under graviditeten och ingen bedömer heller att hon tidigare konsumerat alkohol i sådan mängd att det kan rubriceras som att hon druckit alltför mycket, eller haft problem med alkohol.

2 kvinnor har provat narkotika, d v s rökt hasch vid något enstaka tillfälle under tonårstiden, men ej använt droger f ö.

Beträffande rökning så har 16 kvinnor, 46% rökt tidigare, men under graviditeten röker bara 3. Samtliga har minskat sin konsumtion p g a graviditeten. Det råder stor uppmärksamhet kring rökning på barnmorskemottagningen med målsättningen att kvinnorna naturligtvis helst skall sluta röka helt. De som röker för en kamp för att hålla konsumtionen nere och de tenderar också att ha dåligt samvete för rökningen. En kvinna berättar att hon snusar och tycker att det är märkligt att man ej frågar om detta under graviditeten.

RESULTATDISKUSSION

I min undersökning har 29 av de 35 kvinnorna en positiv förväntan inför sin första förlossning. Oavsett om barnet är planerat eller oplanerat, innebär graviditetens olika faser – från att ta emot graviditetsbeskedet, till den sista perioden av graviditeten, en utveckling där kvinnan tillsammans med mannen förbereder sig för att bli förälder. Kvinnans förberedelse handlar om att psykiskt och fysiskt förbereda sig för förlossningen. En viktig drivkraft inför förlossningen är längtan efter barnet.

Förväntningarna inför förlossningen är laddade med psykologiska faktorer där jag velat belysa en del. När jag formulerat begreppen ”positiv förväntan”, ”negativ förväntan” eller ”inga förväntningar”, handlar dessa frågor primärt om förlossningen, inte om att bli mamma. Samtidigt är naturligtvis föreställningarna om förlossningen också relaterade till barnet, förändrade livsvillkor, yrkesliv, en ny roll i förhållande till partnern och i relation till den egna modern och fadern. Genomgående i hela undersökningen är kvinnornas beskrivningar av mycket goda relationer till sina mödrar. Relationerna till fäderna präglas i större utsträckning av emotionellt och fysiskt avstånd, framför allt gällande för de kvinnor som inte vuxit upp med båda föräldrarna och därmed inte bevarat en nära relation till fadern. Detta är faktorer som får betydelse beträffande förväntningar och tillit till den egna partnern, för egen del och i förhållande till barnet och därmed de påfrestningar som familjen utsätts för under perioden närmast efter barnets födelse. De flesta kvinnor bedömer att relationen till partnern förändrats och utvecklats mot större närhet under graviditeten. Ingen tycker att relationen påverkats negativt.

Det framkommer att 5 män är förlossningsrädda. Detta innebär komplikationer för kvinnorna. Hon är å ena sidan fylld av egna behov inför förlossningen och har förväntningar på mannens stöd. Å andra sidan vill hon visa hänsyn till mannens rädsla. Kvinnorna med positiva förväntningar (3 st) uttrycker tillit till sig själva och planerar även för att ha någon annan person närvarande vid förlossningen, om mannens rädsla skulle hindra honom från att vara närvarande. För de kvinnor som har negativa eller inga förväntningar och förlossningsrädda män (2 st) samverkar mannens och kvinnans oro och för båda dessa par blir förlossningsupplevelsen negativ. Det blir också påfrestningar i parets relation då mannen är tveksam till att närvara vid förlossningen och kvinnan upplever detta som ett svek. Paret planerar gemensamt för barnet, men han vill ej vara närvarande vid förlossningen. Mäns förlossningsrädsla är viktig att uppmärksamma under graviditeten. Bakom mannens förlossningsrädsla finns hans sårbarhet, som kanske blir synlig för första gången, både för honom själv och för kvinnan. Hans erfarenheter av kriser och påfrestningar tidigare i livet kan för honom innebära att rollen som trygg och stödjande under förlossningen känns svår, liksom möjligheten till mognad och växt genom rollen som far. På samma sätt som för kvinnan innebär detta en krissituation för mannen, med risk att gå in i en regressiv process. De kvinnor som har positiva förväntningar och förlossningsrädda män upplever detta som en

komplikation, men den hindrar inte hennes tillit under graviditeten och hon betonar betydelsen av att han måste få bestämma själv. En förlossningsrädd man, som upplever alltför starka krav från kvinnan och omgivningen, behöver erbjudas möjlighet till samtal, kunskap och information utöver det som självklart erbjuds, för att orientera sig mot ett eget behov och en lust att närvara vid förlossningen som är starkare än rädslan.

För de kvinnor som har positiva förväntningar, grupperna 1 A, 1 B och 2, betonas en god relation till personalen som det allra viktigaste vad gäller förväntningarna inför förlossningen. Därefter kommer betydelsen av partners stöd och närvaro. Faktorer som beskrivs därefter är information om förlopp och smärtlindring.

För kvinnor med negativa eller inga förväntningar, nämns inte betydelsen av goda relationer på samma sätt kopplat till förväntningarna. Faktorer som framkommer där, är i stället önskemål om att inte få för mycket information, inte känna sig blottlagd samt uttalanden om att inte ha tänkt på förlossningen. Önskemål om smärtlindring beskrivs också.

Kvinnornas oro inför förlossningen handlar framför allt om att det skall hända barnet något. Detta gäller i samtliga grupper utom grupp 2, som domineras av uttalanden att de inte känner någon oro alls. Detta utgör en kontrast till deras senare komplicerade förlossningsförlopp.

Kriserfarenhet

Ett antal frågor togs upp för att synliggöra kriser eller psykiska påfrestningar tidigare i livet. Frågorna handlade om förlust av förälder eller annan närstående person genom dödsfall. Dessutom erfarenheter av egen sjukdom, psykiska problem, kränkning eller övergrepp av något slag, samt abort eller missfall. En betydelsefull följdfråga var i vilken utsträckning kvinnan erhållit stöd eller behandling av psykolog, kurator eller annan professionell person.

Kvinnorna med positiva förväntningar skiljer sig en del vad gäller detta. De kvinnor som har positiva förväntningar och positiv förlossningsupplevelse (grupp 1 A), har i samband med krisituationer tidigare i livet i högre utsträckning haft en professionell samtalskontakt, 90%. De kvinnor som haft ett komplicerat förlossningsförlopp, grupp 1 B samt 2, har ej haft stöd i samma utsträckning, 25% i grupp 1 B respektive 20% i grupp 2. Det är ett litet material, 16 kvinnor i grupp 1 A, 6 kvinnor i grupp 1 B respektive 7 kvinnor i grupp 2, men riktar fokus på de frågor som behöver ställas under graviditeten, inte minst vad gäller abort och missfall, liksom frågor kring förluster under eller i nära anslutning till graviditeten. Samtliga kvinnor med negativa förväntningar eller inga förväntningar har erfarenheter av kriser eller påfrestningar. Endast en av dessa har erhållit stöd eller behandling av professionell person. Det ter sig värdefullt att uppmärksamma tidigare kriser på påfrestningar under graviditeten för att bedöma när det är nödvändigt med extra insatser. Dessa frågor måste ställas samtidigt med respekt för kvinnans behov av att markera graviditeten som ett friskt tillstånd men hon skall inte behöva uppleva att "ingen såg", "ingen förstod" hennes svårigheter under graviditeten. Att utforska utan att kränka kräver lyhördhet. Det finns ju heller inte en mall för hur man skall känna, från graviditetsbesked och till förlossning. För barnmorskan på MVC gäller det sedan att ta ställning till om kvinnan behöver remiss till annan behandlare. Psykoterapi eller stöd till gravida innebär en möjlighet att synliggöra och beskriva det traumatiska, göra det formulerbart och ge möjlighet till bearbetning utan att fördjupa sig i, eller stanna vid problemet. Alltför starka försvar mot svåra känslor riskerar att leda till en påfrestande förlossningsupplevelse eller önskemål om kejsarsnitt.

Det två mest traumatiserade kvinnorna har ej sökt hjälp eller erhållit behandling. Den ena kvinnan har mycket starka försvar mot smärta och oro, medan den andra mår psykiskt dåligt och utvecklar en förlossningsrädsla. För båda är det relevant att fundera över risken för förlossningsrädsla i framtiden.

Drömmar och fantasier

Samspelet mellan mor och barn inleds under graviditeten. Genom uppmärksamhet på drömmar hos kvinnor och män som väntar barn synliggörs omedvetna och förmedvetna föreställningar, tankar och känslor runt graviditet, förlossning och föräldraskap. Ett projekt i Oslo har närmare utforskat drömmar hos gravida (Brudal –96).

Frågeställningarna runt drömmar i min undersökning visar att dröminnehållet under graviditeten präglas av teman runt framför allt barn och förlossning, relationen till partnern och upplevelser runt den egna kroppen, t ex drömmar om att vara smal igen. Drömmar om barn vävs samman med den vakna tidens förberedelse genom fantasier och föreställningar om barnet och att närma sig tanken på att få ett eget barn. Drömmen blir ett tillstånd i vilket barnet blir synligt också för kvinnor som säger att de ej kan, eller vill föreställa sig, eller ha alltför långtgående fantasier eller föreställningar om barnet. I dessa fall beskrivs barnet som antingen alltför överkligt eller så vågar kvinnan inte fantisera om barnet i fall något skulle gå fel.

En kvinna med negativa förväntningar och katastroftema i drömmarna utgör ett exempel på en person, som med uppmärksamhet på dessa faktorer utifrån ett psykologiskt basprogram innehållande frågor runt drömmar skulle uppmärksammas tidigare. Mycket sent signalerade hon förlossningsrädsla och tidigare insatser hade möjligen inneburit bättre förutsättningar att förebygga den negativa förlossningsupplevelse som sedan följde.

Formuleringar runt förväntningar kan också nyanseras genom kontakt med dröminnehållet. Är t ex positiva förväntningar genuint positiva, eller finns ett alltför starkt försvarssystem av bortträngning eller förnekelse, som ett hinder mot att närmare föreställa sig förlossningen?

På samma sätt behöver negativa förväntningar utforskas. En beskrivning av dröminnehållet kan vara en faktor i synliggörandet av det negativa tanke- och känslorinnehållet utifrån det faktum att förlossningsrädsla och negativa förväntningar existerar på så många olika orsaker i kvinnans liv. För de kvinnor som säger att de inte har några förväntningar alls, blev drömmar kanske allra viktigast att utforska, då det inte formulerats aktiva tankar och föreställningar om förlossningen. I undersökningen visar sig också dold förlossningsrädsla ligga bakom denna känslomässiga strategi. Drömmar antyder känslor och upplevelser som kan vara svåra att nå i det vanliga barnmorskesamtalet.

Förlossningsupplevelsen

25 kvinnor har enligt min definition en positiv förlossningsupplevelse, medan 10 kvinnor upplever förlossningen som påfrestande, smärtsam eller på något sätt ”svår” och därmed i min undersökning rubriceras som negativ förlossningsupplevelse.

De kroppsliga uttrycken för smärta skiljer sig inte mellan grupperna, medan de känslomässiga upplevelserna ter sig olika. Kvinnorna med positiv förlossningsupplevelse beskriver stark smärta, men samtidigt känslomässigt hårbärgerande, trygghet och goda relationer samt tillit till personalen. Detta gäller i stor utsträckning kvinnorna i grupp 1 B, som har extra ordinära påfrestningar, men samtidigt en positiv förlossningsupplevelse. För kvinnorna med negativa eller inga förväntningar och en positiv förlossningsupplevelse (3 kvinnor), beskrivs trygghet och tillit till personalen som avgörande, samtidigt med en upplevelse av att fantasierna och föreställningarna om förlossningen varit mycket värre än verkligheten. Hos dessa kvinnor fanns också en dold förlossningsrädsla under graviditeten. Hos de 10 kvinnorna med negativ förlossningsupplevelse förekommer i 6 fall medicinska komplikationer – akut kejsarsnitt eller sugklocka. Ytterligare ett kejsarsnitt genomfördes, då av psykosociala skäl, då det bedömdes att kvinnan inte orkade längre.

De övriga 4 kvinnorna med negativ förlossningsupplevelse är betydelsefulla att betrakta i jämförelse med kvinnorna i grupp 1 B, då de har upplevelsen gemensamt, att det varit stora påfrestningar, men den känslomässiga reaktionen skiljer sig mycket. Kvinnorna i grupp 1 B har genom post partumsamtal fått sina svårigheter bekräftade, medan 2 av kvinnorna med negativa upplevelser har en chockartad förlossningsupplevelse efter överburenhet med mycket snabbt förlopp där de ej fått möjlighet till post partumsamtal och deras upplevelser därför ej bekräftats. De övriga två kvinnorna med negativ förlossningsupplevelse beskriver båda att de egentligen varit förlossningsrädda, men ej fått behandling för detta under graviditeten och för den ena kvinnan späddes svårigheterna på, då det ej etablerades en god relation mellan henne och personalen. En kvinna kände mycket oro för sig själv och för barnet och var tidigare traumatiserad men hade aldrig sökt hjälp. Inget framkommer heller i deras journaler att de haft en svår förlossning.

Jag slogs av hur betydelsefulla tidsangivelser var för kvinnorna i deras förlossningsberättelser. Det var som om klockslag och antal timmar i varje moment bidrog till att strukturera hela förlossningsupplevelsen, där ett alltför snabbt förlopp beskrivs som lika svårt som en långdragen förlossning.

Att genomföra förlossningen blir för kvinnan en situation, då det blir nödvändigt för henne att skapa nya strukturer i den egna personligheten med utgångspunkt i tidigare livserfarenheter. Förväntningarna formuleras till stor del utifrån den tilltro kvinnan känner till sig själv och till andra – att delvis kunna överlämna sig till någon annan, att kunna släppa kontrollen och lämna över sig i trygghet och tillit. Förlossningen och barnafödandet ställer känslomässiga och kroppsliga fenomen på sin spets. Rosberg -00, tar i sin avhandling upp begreppen ”kropp, varande och mening”. Liksom Rosbergs beskrivning av relationen mellan sjukgymnast och patient där ”den kroppsliga dialogen via rörelser och beröring innebär ett konkret sätt att kommunicera om, och skapa tillit i en relation”, utgör förlossningsrummet och relationen mellan kvinnan och barnmorskan en plattform utifrån vilken mycket kan få lov att hända. Förlossningssituationen utgör en relation där också kroppsligheten ingår. Kvinnan måste överlämna sig i sårbarhet, fysiskt och psykiskt. Barnmorskans empati, engagemang och känslighet för varje kvinnas behov är viktigt. Kvinnorna i undersökningen beskriver också betydelsen av att barnmorskan ”når fram”, förmår att fånga blicken och med ord förmedla tillit och kraft att orka vidare i förlossningen samtidigt med förmedlandet av kunskap och information om förloppet. Då kvinnan känner sig utlämnad i sin sårbarhet är det särskilt betydelsefullt att genomföra kroppsliga bedömningar och undersökningar med respekt för hennes behov av integritet, för att undvika risken för upplevelse av kränkning.

Rosberg skriver: "Att bli mottagen och accepterad i sin kroppsliga ofullkomlighet ger en tillit och frimodighet att våga använda sin egen drivkraft till utveckling". I förlossningssituationen blir det mycket betydelsefullt för kvinnan att våga lita till att någonting bär både kroppsligt och psykiskt.

Svenaues –99 tar i sin avhandling upp begreppet "Homelikeness in the body" (Rosbergs översättning: (Hemmastaddhet i kroppen). Svenaues skriver att det kusliga i ångesten upplevs som känslan av att vara ingenting och ingenstans i kontrast till att känna sig hemmastadd. Rosberg tolkar detta till att också gälla den egna kroppen. Kroppslig smärta såväl som ångest skulle kunna leda till att den vardagliga förtrogenheten rasar ihop och människan förlorar sin hemmastaddhet i både sin kropp och i världen.

Detta blir i förlossningssituationen liktydigt med att tappa kontrollen i dess negativa bemärkelse och hamna i "ingenstans", vilket innebär ångest. Att släppa kontrollen och överlämna sig i tillit till barnmorskan är ett annat förhållningssätt. Det som kvinnorna uttrycker både i sina förväntningar och föreställningar om förlossningen gällande begreppet "att tappa kontrollen" skulle just kunna innebära en rädsla för att i förlossningssituationen förlora sin känsla av hemmastaddhet i den egna kroppen och i tillvaron.

Kvinnans upplevelse av känslomässig och kroppslig tillit är en förutsättning för hennes förmåga att finna nya strukturer i förlossningssituationen. "Strukturer är inte bara stabila och sedimenterade utan spontana, rörliga och kapabla till förändring. Ingen struktur passar överallt, utan formas i situationen och utgör en dialektisk process". Bullington –99, (min översättning). Denna process formas utifrån bakgrundsfaktorer, relationer och hanterandet av kriser och livserfarenheter.

Att optimera möjligheten för att skapa nya strukturer i förlossningssituationen innebär synliggörande och tillgodoseende av behov under graviditeten. Personlighet, fysiologiska faktorer, social roll samt kvinnans upplevelse av mening formuleras som växt, mognad och längtan efter barnet. I min tolkning av resultaten inspirerades jag av J Bullingtons avhandling "The Mysterious Life of the Body": A New Look at Psychosomatics – 99. Hon utvecklar tankegångar utifrån den franske filosofen Merleau-Ponty.

Bullington beskriver den levda kroppen, som något annat än den fysiska kroppen, som vi kan utforska naturvetenskapligt. "Psychological motives and bodily activity go into each other. The body is not an inert mass or thing which we must orchestrate into action but rather the "living envelope" of all our actions and intentions. We are a body-subject, living in a mind-body-world unity".

"Den levda kroppen är alltid engagerad i en levande relation till omvärlden".

Jag valde att separera uttalanden om kroppsliga reaktioner från känslomässiga i min analys av förlossningsupplevelsen, för att synliggöra de olika faktorerna och undersöka överensstämmelsen mellan kroppsliga och känslomässiga uttryck.

Beträffande förväntad smärta skiljer sig kvinnorna i de olika grupperna inte åt. Alla kvinnor utom 4 anger då måttlig till stark smärta. (Intervju 1).

De kvinnor som har en positiv förlossningsupplevelse tenderar att ha en större överensstämmelse mellan förväntad och upplevd smärta, än de som har en negativ förlossningsupplevelse. Den negativa förlossningsupplevelsen innebär dock inte att den fysiska smärtan beskrivs starkare, vare sig verbalt eller på smärtskalan, än för dem som har en positiv förlossningsupplevelse. Det är andra faktorer som blir avgörande för om förlossningen blir en positiv eller negativ upplevelse. Upplevelsen av fysisk smärta avgörs av hur hon känslomässigt kan hantera situationen.

Bullington skriver om inre strukturer, samt om skapandet av nya strukturer i olika livssituationer. "Structures are the bodily, psychological, socio-cultural patterns which lead us in our experience of the world, but they are also formed by our encounter with the world". Bullington -99.

Strukturerna får oss att känna oss hemma i tillvaron och orientera oss mot det som är möjligt att genomföra. Strukturen söker också harmoni och spänningsreduktion. I samband med förlossningen tydliggörs kvinnans bild av sig själv beträffande tillit till egna resurser, vad gäller hanterandet av påfrestningar, kriser eller över huvud taget reaktioner inför nya livssituationer. Det blir också viktigt att våga överlämna sig i samspel med förlossningspersonal och partner.

I förlossningssituationen blir det även viktigt att beakta "smärtans mening". Smärtans mening har stor betydelse för kvinnans kraft och motivation under förlossningen. När hon sviktar i ork, drivkraft, tillit till sig själv, blir barnmorskan viktig i sin roll som hållbarare av hoppfullhet.

Kvinnan har många uttryck för detta. Barnmorskan "pushade" är ett exempel. "Strukturen hjälper oss att känna oss hemma i tillvaron och orienterar oss mot det som är möjligt att genomföra". (Bullington -99).

Samspelet mellan barnmorskan och kvinnan blir en process som bidrar till kvinnans möjligheter att skapa nya strukturer och detta blir en viktig del i det som beskrivs som värdet av en god relation till barnmorskan.

I den svåra "negativa förlossningsupplevelsen", är det som om kvinnan förlorar förmågan till samspel mellan kropp och psyke. En kvinna, själv flerfaldigt krisdrabbad, sa efter förlossningen att hon inte förstod värkarnas funktion. Hon var sannolikt informerad om värkarna under graviditeten, men varför hade hon inte tagit in informationen? Hon är en av de två mest krisdrabbade och har aldrig sökt hjälp eller professionell samtalskontakt och det ter sig som hon löst situationen genom starka försvarsmekanismer, vilka tidigare för henne fungerat adaptivt.

Endast 8 av de 35 kvinnorna tänker sig att förlossningsupplevelsen påverkar relationen till barnet. Enligt förlossningsberättelserna är det som om kvinnorna först efter förlossningen upplever sambandet mellan förlossningen och relationen till barnet. Barnmorskan får utifrån relationen till kvinnan funktionen av hållbarare också i betydelsen av att vara ett övergångsobjekt till moderskapet. Detta gäller också BB-personalen som möter kvinnans känslor i den nya rollen med laddningen kring amning och tillgodoseende av barnets behov av tröst och omsorg. Kvinnans behov av omsorg och engagemang från BB skulle kunna beskrivas utifrån ett behov av att vara i en sund narcissism. Situationen efter förlossningen

med det nyfödda barnet är överväldigande. Som en överklighetskänsla – att livet flyter på som vanligt fastän hon har fött ett barn.

Under graviditeten har barnmorskan på MVC samma funktion i att vara hållande av kvinnans kroppsliga och känslomässiga behov.

Jag studerade också kvinnornas journaler för att bedöma i vilken utsträckning deras upplevelser avspeglades i dessa. I en journal finns t ex en rubrik: ”Förlossningsupplevelse” och en kort sammanfattning och känslomässiga reaktioner, medan det i andra journaler endast kan stå ”inlagd – partus”. I vissa finns inga kommentarer om smärtlindring och man kan då fundera över om kvinnan inte haft någon smärtlindring alls, eller om hon använt lustgas utan att det nämns. Vissa journaler innehåller endast medicinska faktorer, men det visar sig att även mycket knapphändiga eller kortfattade uttalanden speglar kvinnans upplevelse. Dessa uttalanden är viktiga bekräftelser vid post partumsamtal eller annan uppföljning senare. Anmärkningsvärt är också att 17 kvinnor, 49%, har diagnosen primär eller sekundär värksvaghet.

Anknytningen till barnet

De 8 kvinnor som tror att relationen till barnet kommer att påverkas av förlossningsupplevelsen, har samtliga positiva förväntningar inför sin förlossning. Grupp 1 A (positiva förväntningar, positiv förlossningsupplevelse) beskriver ett bra och tidigt samspel och en god anknytning till barnet. Inom grupp 1 B, med positiva förväntningar och positiv förlossningsupplevelse, men med påfrestningar i samband med förlossningen, skiljer sig kvinnorna åt. En del av kvinnorna uttrycker sig på ett sätt som liknar dem i grupp A, medan andra beskriver förloppet efter hemkomsten och anknytningen till barnet på ett sätt som mera liknar dem i grupp 2 som har en negativ förlossningsupplevelse.

Kvinnorna i grupp 2 präglas av upplevelsen av lättnad över att allt gått bra och att barnet är friskt. En kvinna kopplar kejsarsnittet direkt till den långsamma anknytningen till barnet. Kvinnorna i grupp 3 och 4 har båda negativa förväntningar, men grupp 3, med positiv förlossningsupplevelse, har en stark tidig känslomässig relation till barnet medan grupp 4 med negativ förlossningsupplevelse, upplever mycket oro och svårigheter liksom även hennes partner. Kvinnorna i grupp 5 (inga förväntningar, negativ förlossningsupplevelse) och grupp 6 (inga förväntningar, positiv förlossningsupplevelse) betonar partners betydelse i deras egen anknytning till barnet. Grupp 6 beskriver upplevelser liknande grupp 2, överklighetskänslor och lättnad. Partnern är viktig och utgör en länk mellan kvinnan och barnet. Han förefaller vara bärare av tillit och trygghet. Kvinnan har ett stort behov av hans närvaro och känner oro då han återgår i arbete. I grupp 5 beskrivs ett gemensamt ansvar med tydligt samspel och samarbete mellan mannen och kvinnan runt barnet.

Förmågan till en god anknytning och samspel med barnet avgörs av en mängd faktorer i kvinnans egen personliga historia samt hennes psykologiskt-sociala livssituation. I undersökningen bedöms anknytningen till barnet endast ur ett föräldraperspektiv utifrån moderns bild av sig själv i relation till barnet och ej genom observation av mor-barnrelationen. Vi som arbetar med graviditet och förlossning tänker oss också att förlossningsupplevelsen påverkar relationen till barnet. Då kvinnorna i undersökningen får frågan om de tror att förlossningsupplevelsen påverkar relationen till barnet svarar 74% (26

kvinnor) att de ej tror på ett samband. En kvinna svarar ”vet ej”. Att kvinnorna i så stor utsträckning svarar nej är baserat på en tanke om att förlossningsupplevelsen gäller henne – relationen till sin egen kropp och psyke – att klara fysisk smärta och psykisk påfrestning, tillsammans med personal och partner. En viktig drivkraft är längtan efter barnet som kvinnan har skapat sig en bild av, genom tankar, föreställningar, fantasier eller drömmar.

En stor del av den oro som finns under graviditeten, inför förlossningen handlar om barnet – att barnet skall vara friskt – att inget skall hända barnet – i magen eller under förlossningen. Efter närmare penetration framkommer också oro för att inte kunna tillfredsställa barnets behov och att inte bli en tillräckligt bra mamma. Att förbereda sig för att genomföra förlossningen är betydelsefullt för att möta och sedan ta hand om barnet.

Förlossningsrädsla

Det visar sig att 3 kvinnor i undersökningen är förlossningsrädda under graviditeten. En av dessa signalerar detta mycket sent till sin barnmorska och hon har sedan en negativ förlossningsupplevelse. De andra 2 kvinnorna beskriver efter förlossningen att de egentligen var förlossningsrädda. En av dem har en överraskande positiv förlossning, medan den andra har en negativ förlossningsupplevelse.

De kvinnor som uttrycker förlossningsrädsla har negativa eller inga förväntningar inför sin förlossning och detta leder till tankar om hur vi under graviditeten kan uppmärksamma förlossningsrädsla som ej uttalas. Det blir viktigt att utforska vad som döljer sig bakom beskrivningen av att de inte har några förväntningar alls. Stimulera tankar, fantasier och föreställningar om förlossningen och om barnet, samtidigt med aktuell livssituation, tidigare erfarenheter av kriser eller påfrestningar och hur dessa hanterats.

I gruppen kvinnor med positiva förväntningar finns de som ej känner eller uttrycker rädsla p g a starka försvarsmekanismer. T ex förnekande (tidig försvarsmekanism som har sitt erfarenhetsmässiga ursprung i spädbarnets iakttagelse att omvärlden upphör att existera när det sluter ögonen. Vuxna använder förnekande, t ex i starkt traumatiska situationer). Bortträngning (oacceptabla impulser och tankar hålls utanför medvetandet) samt isolering (det känslomässiga innehållet i en föreställning eller upplevelse trängs bort och isoleras). (Carlberg –96, def av försvarsmekanismer). Detta kan ta sig uttryck som att kvinnorna beskriver oro för väglaget, att det är lång väg till förlossningskliniken eller en rädsla för att bli arbetslös efter förlossningen.

Kvinnor som uttrycker att de inte känner någon oro alls, inte har ord för, eller möjlighet att i relation till barnmorskan utforska en ”normal oro” inför en ny och omvälvande livshändelse söker ej hjälp eller blir synliga för psykologen i mödrahälsovården. Här finns en dold förlossningsrädsla, som kan läkas av en positiv förlossningsupplevelse, medan det för dem med negativ förlossning med medicinska eller psykiska påfrestningar blir chockartat och kan leda till en krisreaktion som behöver bearbetas. Rädslan blir synlig och kommer till uttryck genom förlossningsupplevelsen och får konsekvenser inför en eventuell senare graviditet och förlossning.

Vi möter förlossningsrädda kvinnor vid andra graviditeten, som aldrig skulle sökt hjälp om de ej hamnat i kris då försvaren tidigare fungerat adaptivt. Många av dessa kvinnor önskar

planerat kejsarsnitt. En operation kan då representera ett strukturerat kontrollerat tillstånd efter att vid första förlossningen ha förlorat tilliten både till personalen och sig själv och till möjligheten att uppleva en positiv förlossning.

För att förebygga förlossningsrädsla hos omfödernor är möjligheten till uppföljning efter förlossningen betydelsefull. Först och främst post partumsamtalet med förlösande barnmorska och läkare om sådan varit involverad. Därefter värdet av samtalet med barnmorskan på MVC och möjlighet att fokusera på sig själv på BVC.

En riskgrupp för framtida förlossningsrädsla är också de kvinnor som känner tillit och positiva förväntningar och det sedan blir ett akut kejsarsnitt.

Ryding –98 visar i sin avhandling att det psykiska välbefinnandet ökade för de kvinnor som förlöstes med akut snitt efter genomgången psykologisk behandling.

En av slutsatserna är också att det ter sig viktigt att erbjuda tillräckligt med tid vid inskrivningen på MVC för att etablera en relation som ökar möjligheten att samtala om de faktorer som beskrivits i detta arbete. För barnmorskan innebär det en ständig utveckling av metodiken i samtalet. Att samtalet är ett verktyg tillsammans med medicinsk teknisk kunskap.

Slutkommentar

Det vore av stort intresse att följa upp dessa kvinnor, nu då 3 år har gått sedan start. En del av dem har redan upplevt en ny graviditet och förlossning.

Undersökningen väckte också mitt intresse för att följa en grupp kvinnor och deras män genom graviditet och förlossning samtidigt med den personal som är involverad, barnmorskan på MVC och förlossningsbarnmorskan.

En tanke är också att utifrån betydelsen av kroppsliga och känslomässiga reaktioner arbeta förlossningsförberedande med kvinnor där barnmorska, sjukgymnast och psykolog är involverade.

REFERENSER

- Antonovsky A 1991 *Hälsans mysterium*
Natur och Kultur Stockholm
- Areskog B 1982 *Fear of Childbirth*
Med. Diss. Nr 133 Linköping
- Bibring GL 1959 *Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy*
The Psychoanalytic Study of the Child XIV
- Brazelton T B 1994 *Touchpoints*
New York Guilford Press
- Broberg A 1999 *Anknytning och psykoterapi*
Insikten nr 5
- Brudal L 1985 *Födandets psykologi*
Natur och Kultur Stockholm
- Brudal L 1989 *Psykiska kriser i ett nytt perspektiv*
Tano Oslo
- Brudal L 1996 *Ventetiden*
Universitetsförlaget Oslo
- Bullington J 1999 *The Mysterious Life of the Body: A New look at Psychosomatics*
Akademisk avhandling Linköping
Studies in Arts and Science No 190 Linköping University
The Tema Institute of Health and Society
- Carlberg G 1994 *Dynamisk utvecklingspsykologi*
Natur och Kultur Stockholm
- Cullberg J 1980 *Kris och utveckling*
Natur och Kultur Stockholm
- Eriksson A 1997 *Barnmorskans möte med Aurorapatienten*
Uppsats, omvårdnad. Vårdhögskolan Vänersborg

Fridh G 1988 *Förlossningssmärta*

Göteborgs Universitet, Institutet för Obstetrik och Gynekologi
Sahlgrenska sjukhuset och Kvinnokliniken Mölndal

Hallberg L 1993 *The Constant Comparative Method for Generating of Grounded Theory*
Psykologiska institutionen för vårdlärarutbildning, Göteborgs universitet

Kihlbom M Mattsson K Ström A 1994 *Uppgift förälder. Att förstå och stödja
föräldrablivandet*

Natur och Kultur Stockholm

Lagerkrantz E 1979 *Förstföderskan och hennes barn*

Wahlström och Widstrand, Stockholm

Merleau Ponty M 1989/62 *Phenomenology of Perception*

Routledge London

Raphael Leff J 1991 *Psychological Processes of Childbearing*

Chapman & Hall London

Rosberg S 2000 *Kropp, varande och mening i ett sjukgymnastiskt perspektiv*

Akademisk avhandling. Institutionen för socialt arbete, Göteborg

Ryding E-L 1998 *Psychological Aspects of Emergency Cesarean Section*

Med. Diss. No 576 Linköpings universitet, Linköping

Starrin B Larsson G Dahlgren L Styrborn S 1991 *Från upptäckt till presentation. Om
kvalitativ metod och teorigenerering på empirisk grund*

Studentlitteratur Lund

Stern D 1996 *Moderskapskonstellationen*

Natur och Kultur Stockholm

Sundkvist A-K 1995 *Mitt i livet – några förlossningsbarnmorskors erfarenheter*

S:t Lukas Utbildningsinstitut. Påbyggnadsutbildning i psykoterapi

Svenaesus F 1999 *The Hermeneutics of Medicine and Phenomenology of Health.
Steps towards a philosophy of Medical Practice*

Akademisk avhandling. Tema: Hälsa och samhälle, Linköpings universitet

Svensson PG och Starrin B 1996 *Kvalitativa studier i teori och praktik*

Studentlitteratur Lund

Ursing I 1984 *Förlossningsskräck. Hur kan den förstås?*

Uppsats vid S:t Lukasutbildningen steg 2.

Wiberg B 1990 *The First Hour of Life. Description of the Early Reciprocal Interaction. Mother Infant Behavior and Development of their Mutual Relationship*
Akademisk avhandling Umeå universitet

Wickberg B 1996 *Postnatal Depression Prevalence identifikation and treatment*
Akademisk avhandling
Department of Psychologi, The University of Gothenbourg

