

**KVINNORS UPPLEVELSE
AV
FÖRLOSSNINGSRÄDSLÅ**

Christina Nilsson

Vårdvetenskap,
med inriktning mot omvårdnad
Fördjupningsnivå 2
Uppsats 10 p
2003-09-21

SAMMANFATTNING

Uppsatsens titel:	Kvinnors upplevelse av förlossningsrädsla
Författare:	Christina Nilsson
Ämne:	Vårdvetenskap, med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Nivå II, 10 p
Kurs, datum:	Vårdvetenskap, med inriktning mot omvårdnad, nivå II, 2003-09-21
Antal sidor:	26
Handledare, datum:
Examinator, datum:

Abstract

Fear of childbirth is a problem which is not fully described from a caring-midwifery perspective. The aim of this study is to describe women's experience of fear of childbirth. A qualitative method with a phenomenological approach and a lifeworld perspective were used. The subjects were eight pregnant women showing strong fear of childbirth. Two of the women were primiparous and six multiparous. They were interviewed at one occasion during pregnancy and asked about their experience of fearing childbirth. Five themes were identified in the result: *sense of threatening and enticing danger*; *sense of captivity*; *altered self-image*; *avoidance of fear* and *sense of loneliness*. The essential structure was described as *a weakened self-esteem as woman*. The result indicates that women experiencing fear of childbirth are affected in such a way that they feel uncertain of their ability to bear and give birth to a child, which leads to reduced self-esteem. Pregnant women with fear of childbirth are, therefore, an exposed group which needs more support during pregnancy and childbirth. The previous delivery experience was central for the multiparous women. The multiparous women experienced unnecessary suffering caused by caregivers or by the health system. An important challenge in caring research is to learn more about suffering caused by the obstetric health care system in order to avoid unnecessary suffering during pregnancy and childbirth and prevent future fear of childbirth.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning	4
Historik runt förlossningsvårdens utveckling.....	4
Litteraturöversikt av förlossningsrädsla.....	5
Problemformulering.....	6
Syfte.....	6
Metod	6
Dataanalys.....	7
Urval.....	7
Resultat	8
Diskussion	18
Metoddiskussion.....	22
Konklusion och praktisk tillämpning.....	22
Referenser	24

INLEDNING

Att vara gravid och föda barn är en central händelse i kvinnors liv och en upplevelse med många dimensioner. Hos de flesta kvinnor växlar glädje och förväntan under graviditeten med oro och ängslan. För en del kvinnor tar oron över och uttrycks som förlossningsrädsla (Magnusson, 1998).

Historik runt förlossningsvårdens utveckling

Förlossningen har alltid varit en existentiellt laddad stund och rädslan för att något skall hända som vi inte har kontroll över är central skriver Höjeberg (2000). Förr kanaliserade man rädslan genom de många ritualer som omgav graviditet och barnafödande. Det var oftast barnmorskan som var kunnig i ritualerna och som utförde dem. När barnafödandet på allvar blev en medicinsk angelägenhet under 1700- och 1800- talen, flyttade barnsängsrummet från det sakrala, hemliga, till det profana, offentliga rummet och förlossningskonsten blev en vetenskap. Manliga doktorer började intressera sig för förlossningskonsten och kallade den för obstetrik. I det västerländska samhället har de traditionella ritualerna successivt försvunnit i takt med att födandet sker på sjukhus (Höjeberg, 2000).

Blåka-Sandvik (1997) skriver att förlossningen är ett naturligt händelseförlopp i kvinnans liv, men är idag, till skillnad från förr i tiden, förankrat i ett annat rum utan förbindelse med kvinnans lokala kontext. I dagens Sverige centraliseras förlossningsvården alltmer utifrån argument om medicinsk säkerhet för mor och barn samt krympande ekonomiska resurser. Det är därför vanligt att kvinnan föder på ett stort sjukhus som hon inte tidigare varit i kontakt med. Sjukhus är för många en okänd miljö med rutiner och medicinsk teknik som kan vara svår att förstå. I storstadsregionerna förekommer hänvisningar av de födande mellan sjukhusen, vilket för kvinnan innebär att hon inte säkert vet vilket sjukhus hon skall föda på förrän förlossningen startat. När rum och personer lyfts ur hemmiljön, från sina lokala sammanhang, innebär det förändringar för den födande kvinnan, men också för barnmorskan, enligt Blåka-Sandvik (1997). Inom den moderna förlossningsvården används mycket medicinsk teknik och fokus ligger på de risker som kan uppstå under förlossningen. Oakley (1993) menar att det centrala i den medicinska definitionen av barnafödande är angelägenheten att förutsäga risk, att i förväg identifiera de faktorer som visar att något kan gå fel. Detta har lett till ett synsätt där varje kvinna och barn är i riskzonen till motsatsen bevisats. Även inom mödravården har fokus lagts på att förutsäga och söka risker hos den gravida kvinnan. Olsson (2000) har studerat den gravida kvinnans besök hos barnmorskan på mödravårdscentralen och sett att det mest framträdande under besöken var förståelsen av övergångsprocessen mot föräldraskapet som otillförlitlig för de inblandade. Framträdande var också risker och avvikelser i utvecklingen av den fysiska graviditetsprocessen samt att både kvinnan och barnet föreföll att löpa betydande risker. För vården framstod därmed kvinnors kroppsliga kapacitet att lösa de utmaningar som processen medför som begränsad enligt Olsson (2000).

Hur kanaliseras rädslan inför förlossningen idag, frågar sig Höjeberg (2000):

Är det rent av på det viset att vi litar så starkt på tekniken att apparaterna håller på att ritualiseras? I tron på att vi är medicinskt rationella, så glömmet vi bort det irrationella i det

existentiella. Bidrar möjligen den tekniska utvecklingen till ett främlingskap inför den egna kroppen? (s. 239).

Litteraturoversikt av förlossningsrädsla

Studier har visat att 17 % av alla gravida lider av en måttlig förlossningsrädsla och att 6 % lider av så stark förlossningsrädsla att den påverkar kvinnans vardagsliv (Areskog, Uddenberg & Kjessler, 1981). Primär förlossningsrädsla uppstår under kvinnans uppväxtår och innebär ett fobiskt undvikande av graviditet. Största gruppen är de kvinnor som lider av förlossningsrädsla sekundärt efter en traumatiserande förlossningsupplevelse. Förlossningsrädsla kan dessutom uppstå som symtom på prenatal depression (Hofberg & Brockington, 2000). Förlossningsrädsla uttrycks som rädsla för smärta, sjukhus, att tappa kontrollen, att dö eller förlora förståndet, att få en depression, bristning, rädsla för stick, sprutor eller blod, att inte få hjälp eller att barnet skall dö eller skadas under förlossningen (Ryding, 1998 a). En del av de gravida med förlossningsrädsla besväras också av andra typer av ångestsyndrom som panikångest, blod- och stickrädsla samt posttraumatiskt stressyndrom (Ryding, 1998 b). Förlossningsrädsla är associerat med depression, sårbarhet, bristande socialt stöd och en tidigare negativ förlossningsupplevelse (Saisto, Ylikorkala & Halmesmaki, 1999). Relationen till mannen och mannens attityd till förlossningen har betydelse för utvecklandet av förlossningsrädsla hos kvinnan (Saisto, Salmela-Aro, Nurmi & Halmesmaki 2001; Sjögren, 1997).

De konsekvenser förlossningsrädsla medför är att risken för förlossningskomplikationer (Ryding, 1998 b) och akuta kejsarsnitt (Ryding, Wijma B, Wijma K & Rydhström, 1998) ökar. En traumatisk förlossningsupplevelse ökar risken för att kvinnan utvecklar ett posttraumatiskt stressyndrom (Wijma K, Söderquist & Wijma B, 1997). Akut kejsarsnitt och vaginal instrumentell förlossning (sugklocka och tång) är associerat med ökad risk för posttraumatiskt stressyndrom (Söderquist, Wijma K & Wijma B, 2002). Kvinnor med förlossningsrädsla önskar ofta ett planerat kejsarsnitt och antalet kejsarsnitt på psykologisk indikation har ökat i Sverige (Sjögren & Thomassen, 1997; Socialstyrelsen 1999).

Största delen av de kvinnor som lider av stark förlossningsrädsla utgörs av dem som har erfarenhet av en tidigare svår förlossningsupplevelse (Saisto m.fl., 1999; Sjögren 1997). Några av kvinnorna har haft obstetriskt komplicerade förlossningar men många har haft helt normala förlossningar där de har känt sig obekräftade, utsatta, ensamma och kränkta. En del har upplevt obstetriska interventioner som ett övergrepp (Stein-Gustafson, 1993).

Det är viktigt att identifiera gravida kvinnor som lider av förlossningsrädsla eftersom lidandet hos den enskilda kvinnan är stort och de konsekvenser tillståndet kan medföra är allvarliga. Förlossningsrädsla går utmärkt att behandla om kvinnan är motiverad (Zar, 2001; Ryding, 1993). Behandlingen består både av psykologisk behandling samt olika typer av konkreta obstetriska och anesthesiologiska åtgärder som t ex planerad induktion av förlossningen eller individuellt anpassad smärtlindring (Sjögren, Ryding & Magnusson, 1998). Exempel på ett formaliserat sätt att möta dessa kvinnor är vårdinsatser speciellt riktade mot patientgruppen, s k Auroragrupper (Stein-Gustafson, 1993; Sjögren, Ryding & Magnusson, 1998). Metoden innebär att den gravida kvinnan med förlossningsrädsla får möta en barnmorska för individuella samtal. Samtalen är av pedagogiskt, stödjande karaktär och fokuseras på kvinnans rädsla samt på information runt födandet. Besök på förlossningsavdelningen ingår.

Målsättningen med Auroraverksamheten är att kvinnan skall föda i trygghet oavsett förlossningssätt (Stein-Gustafson, 1993; Sjögren, Ryding & Magnusson, 1998).

Problemformulering

Inom vårdvetenskaplig litteratur är förlossningsrädsla knapphändigt beskriven (Nilsson, 2002). Studier som undersökt fenomenet utifrån kvinnans egen beskrivning av hur hon erfar och upplever att vara rädd saknas. Det behövs mer kunskap utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv om kvinnans upplevelse av att vara rädd för att föda barn. Kunskapen kan sedan användas för att förbättra omhändertagandet av kvinnan med förlossningsrädsla.

Syfte

Studiens övergripande syfte är att undersöka och beskriva kvinnors upplevelse av att vara rädd för att föda barn utifrån frågeställningen; hur upplever kvinnor det att vara rädd för att föda barn?

METOD

För att på djupet kunna förstå och beskriva kvinnors upplevelse av att vara rädd för att föda har en metod med kvalitativ ansats valts. Fenomenologin är en metod som lämpar sig bra när det gäller att beskriva och förstå människors upplevelse av ett fenomen (Bengtsson, 1993).

Den moderna fenomenologin har sitt ursprung hos Husserl, med rötter i Hegels fenomenologi. Den grundläggande tanken bakom den moderna fenomenologin som forskningsmetod är att "gå tillbaka till sakerna själva" (Bengtsson, 1993). Detta innebär att det gäller att ge full rättvisa åt de objekt som är föremål för undersökning och det spelar ingen roll om det handlar om logiska objekt, känslor eller fysiska ting. Det är "sakerna själva" och vår tillgång till dem genom erfarenheten som är det viktiga. Det är i erfarenheten som "sakerna" visar sig och det är utifrån den som "sakerna" måste klargöras. Om man som forskare låter sig ledas av "sakerna" själva så som de visar sig genom att fråga kvinnor som lider av förlossningsrädsla om deras upplevelse och erfarenhet av detta, kan förlossningsrädsla som fenomen framträda tydligare och ge en djupare förståelse för fenomenet.

För att kunna uppnå så djup och bred förståelse som möjligt för dessa kvinnors livssituation har livsvärldsperspektivet använts (Dahlberg, Drew & Nyström, 2001). Ett livsvärldsperspektiv innebär att människans vardagsvärld och dagliga tillvaro uppmärksammas. Det innebär också att försöka se, förstå och beskriva samt analysera världen eller delar därav, så som den erfars av människor. Det väsentliga är att ta reda på *hur* den enskilda personen erfar sin omgivning, sig själv eller världen enligt Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003). Dahlberg m.fl., (2003) skriver också:

Att förstå vårdvetenskap och vårdande utifrån ett livsvärldsmöte innebär bland annat att man inte behöver polarisera medicinsk vetenskap mot den vårdvetenskapliga. I vårdande konkretiserar livsvärldsansatsen det etiska patientperspektiv som kännetecknar vårdvetenskapen

genom att det innebär ett fokuserande av hur patienterna erfar sin hälsa, sitt lidande, sitt välbefinnande eller sin vård (s. 24-25).

Viktiga komponenter i en livsvärldsansats är öppenhet och följsamhet. Öppenheten kännetecknas främst av forskarens attityd gentemot kvinnan och hennes berättelse. Centralt är att möta den andre så förutsättningslöst som möjligt och vara medveten om den egna förförståelsen. Öppenheten kräver en förmåga att bli överraskad, att vara känslig för det oväntade samt ha tålamod att vänta på att fenomenet ”visar sig”. Följsamhet innebär att inte styra utan låta fenomenet visa sig av egen kraft och i all sin komplexitet (Dahlberg m.fl., 2001).

Datinsamlingen har skett genom individuella intervjuer med gravida, förlossningsrädda kvinnor. Intervjupersonerna är först- och omfödskor som sökt till en Aurora-mottagning p g a. förlossningsrädsla. Intervjuerna har skett vid ett tillfälle och spelats in på band samt transkriberats. Analysen har skett utifrån en fenomenologisk ansats (Dahlberg m.fl., 2001) med syfte att utifrån de enskilda intervjupersonernas berättelser lyfta fram den essentiella strukturen.

Tillstånd till studien har getts av Forskningsetisk kommitté (diarienummer Ö 282-02). Tillstånd har också getts för databehandling av personuppgifter i samband med forskningsprojekt (registernummer 720). Tillstånd att genomföra intervjun och spela in den på band har getts av kvinnorna. De har garanterats sekretess samt informerats om att personuppgifterna skyddas enligt sekretesslagen. Kvinnorna har efter avslutad intervju fått möjlighet att tillsammans med intervjuaren diskutera och ställa frågor runt förlossningsrädslan. Tillfälle har också getts till kvinnan att i lugn och ro tillsammans med intervjuaren få ”runda av” samtalet innan hon lämnat rummet. Detta i syfte att minska oro och rädsla för kvinnan. Kvinnan har efter intervjun haft en återbesökstid bokad hos sin Aurorabarnmorska samt om behov funnits, möjlighet till kontakt med kurator eller psykolog.

Kvinnorna har fritt fått berätta utifrån frågan: ”Kan Du berätta för mig hur Du upplever det att vara rädd för att föda; dina tankar, dina känslor och dina funderingar runt situationen Du befinner dig i?” Följdfrågor har därefter ställts fortlöpande utifrån kvinnans berättelse för att fördjupa förståelsen hos intervjuaren.

Urval

Gravida kvinnor som sökt Aurora-mottagning pga. förlossningsrädsla och som behärskar svenska språket har tillfrågats. Både först- och omfödskor har inkluderats. Kvinnor med psykiatrisk sjukdom och/eller ökad sårbarhet har exkluderats. Kvinnor som undersökaren själv haft i behandling eller haft kännedom om har inte tillfrågats. Totalt åtta kvinnor har intervjuats. Två av kvinnorna var förstfödskor. Kvinnornas ålder varierade mellan 27-34 år. Alla kvinnorna var yrkesarbetande och har minst grundläggande gymnasial utbildning, några av dem har universitetsutbildning. Kvinnorna var friska och hade när intervjuerna utfördes alla en fysiskt normal graviditet. Kvinnorna befann sig i graviditetsvecka 24-37 vid intervjutillfället. Informanterna fick själva välja om intervjun skulle utföras på sjukhuset eller i den egna bostaden. Sju av intervjuerna utfördes i ett ostört samtalsrum på sjukhuset. En intervju utfördes i kvinnans bostad enligt eget önskemål, då det p g a. resvägar passade henne bäst. Längden på intervjuerna har varierat mellan 35 och 90 minuter.

Dataanalys

Intervjuerna transkriberades och analyserades av intervjuaren. Dataanalysen följer den metod som utvecklats av Dahlberg m. fl. (2001). Målet för analysarbetet var att förstå varje del i relation till helheten och helheten i relation till delarna. Varje intervju har noga lästs igenom flera gånger, dels för att ge undersökaren en förtrogenhet med materialet men också för att få en förståelse för helheten. Därefter har meningsbärande enheter markerats för att få en förståelse för de enskilda delarna. Med meningsbärande enheter menas de delar i datamaterialet som innehåller mening och innebörder. De meningsbärande enheterna har därefter samlats under olika teman för att återigen få en förståelse för helheten. I denna fas uppstod till en början ca 10 teman som sedan kunde sammanfogas till fem. Ur de olika temana har den gemensamma essentiella innebörden lyfts fram och kunnat beskrivas utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv. Ambitionen under analysarbetet var att hela tiden vara nära datamaterialet, alltså kvinnornas berättelser. Detta för att vara trogen kvinnornas utsagor men också för att försöka hålla undan undersökarens egen förförståelse.

RESULTAT

I resultatet framträder följande teman: Fara som hotar och lockar, att känna sig fångad, en påverkad självbild, att undvika rädslan samt att känna sig ensam. Den essentiella strukturen uttrycks som en försvagad kvinnlig självkänsla.

Fara som hotar och lockar.

Kvinnorna uttrycker upplevelsen av att vara rädd för att föda barn som ett tillstånd som både hotar och lockar. Faran som hotar beskrivs som ett orosmoln som ständigt hänger över kvinnorna, dag som natt. Den förestående förlossningen upplevs av kvinnorna som ett hot om fara som närmar sig för varje dag, som hela tiden lurar bakom hörnet vilket leder till ett spänningstillstånd.

Det är som ett orosmoln som hänger över en. För det är en oro som gnager hela tiden lite grann. (IP 1)

Hotet om fara innebär att kvinnorna påverkas i sitt dagliga liv genom att fungera och uppträda på ett sätt de inte känner igen, med t ex humörsvängningar och tankspriddhet.

Det är mycket antingen eller liksom det är mycket pendlande i humör, svängningar. (IP 1)

Jag känner mig väldigt, väldigt disträ och glömmer väldigt mycket saker och jag tror snarare att det beror på den här rädslan då, så att det upptar mycket. (IP 8)

Det hela tiden överhängande hotet kan ta fysiska uttryck som smärtor i magen, hög puls och sämre nattsömn vilket kan leda till att rädslan blir starkare.

Att vara rädd ... det är som det sitter någonting inuti kroppen .. det sitter någonstans i mellangärdet .. och bara trycker och jag kan inte riktigt få bort det... rädslan över att behöva genomgå det en gång till. (IP 2)

Att sova tre, fyra timmar per natt gör att man blir ofantligt trött och då blir jag ännu räddare för förlossningen. ...Alla dom här faktorerna oro för jobbet oro för förlossning oro inför att vad det innebär att känna som jag gör vad det säger om mig alla såna saker all den här oron gör att det blir svårare att sova .. och det i sig gör att jag blir ännu mer orolig för då tänker jag att hur ska jag ha kraft .. så hur ska jag ha krafter om jag inte sover. (IP 8)

I faran som hotar finns också förlossningens oförutsägbarhet. Kvinnorna upplever det som skrämmande att det inte finns någon säker garanti för att förlossningen ska gå bra. I det oförutsägbara finns en oro både för den egna hälsan och barnets hälsa.

Men det är fortfarande så det är ju ingen som kan säga det hur det blir. (IP 5)

Men som sagt det finns inga garantier. (IP 4)

Någon skall det hända någonting ... någon gång tänker jag ... det ska hända någon någonting. (IP 2)

Det finns också en oro för *om* och *hur* man skall klara av förlossningen. Den egna tilliten till sig själv som barnaföderska är låg hos kvinnorna.

För det är väl det att man skall släppa en gång till .. man ska släppa kontrollen en gång till ... och se om det ... det gick förra gången även om det var jobbigt men .. går det den här gången. (IP 2)

Man har liksom aldrig släppt såna här känslor fria förut på nåt sätt .. inte behövt göra det och inte behövt och, det kanske kommer jättemycket starka känslor som man inte har känt förut och så. (IP 7)

Faran kan för förstföderskorna uttryckas som att förlossningen är något nytt och oprövat.

Jag vet inte exakt vad som är så hemskt som skulle kunna hända men det att inte veta (är det) som är otäckt. (IP 8)

Faran som lockar, består av lockelsen i att föda barn. Den beskriver en stark egen, inre drivkraft i viljan att få uppleva en bra förlossning; att få föda normalt.

Det skulle vara häftigt att göra det och känna detta .. känna att smärtan försvinner så fort barnet är ute .. just den smärtan och sen .. förhoppningsvis att man känner sig pigg och .. detta efteråt. ... Ja och få upp barnet på magen och känna att nu greja jag detta alltså ... och vara med om den känslan som ingen kan beskriva heller. (IP 7)

Jättejobbigt ... att gå hit eller vara här (på sjukhuset) .. fast samtidigt så vill jag det .. det är en jättekonstig känsla men jag vill gärna, det är som jag vill på något sätt bearbeta det. (IP 2)

Faran som lockar kan för omföderna innebära en stark vilja att revanschera en tidigare negativ förlossningsupplevelse. Kvinnorna drivs av en vilja att försöka få en bättre förlossning denna gång.

På något sätt en liten .. revansch känsla som jag känner att jag vill ha .. för jag tycker att den första förlossningen var så fruktansvärd och på något sätt så känns det som jag vill, nästa barn vill jag föda på ett bättre sätt, jag vill få en bra förlossning men ändå en vanlig. (IP 4)

Faran som lockar innebär också att rädslan i sig tvingar kvinnan till handling då hon inte står ut med den situation hon befinner sig. Hon försöker hitta ett sätt att komma ur sin belägenhet och en strategi kan vara att försöka undersöka rädslan, att ta reda på vad den handlar om, bearbeta den och därigenom göra den mer uthärdlig.

Det kommer nog inte att gå särskilt bra om inte jag liksom gör något åt det här för att på nåt sätt liksom få bort det .. att det, nåt måste jag göra för jag insåg liksom själv att det kommer att störa nästa förlossning .. för den försvinner ingenstans. (IP 3)

Jag är rädd inför förlossningen ... och sen att jag vet hur dåligt jag mådde alltså under förlossningen och efter förlossningen .. så känner jag att det kanske är bra att få prata om det. (IP 6)

Kontakten med barnmorskan i Auroragruppen beskrivs som betydelsefull i det att kontakten ger stöd och trygghet i lockelsen att föda samt en möjlighet att öka kunskapen runt födandet.

Jag visste ju att jag måste ta kontakt med någon .. redan då visste jag att Aurora existerade... så att det pratade jag tidigt med min barnmorska om redan första besöket .. innan jag visste att det, att vi ens en gång skulle få behålla liksom det. (IP 7)

Jag har fått massvis med kunskap och information i en ryggsäck som jag har med mig denna gången för jag vet hur jag inte vill ha det. (IP 5)

Att känna sig fångad

I kvinnornas beskrivning finns en känsla av fångenskap inför graviditeten. Det finns ingen annan utväg ur graviditeten än att föda barnet. Man beskriver en längtan efter barnet samtidigt som förlossningen känns hotfull och skrämmande. Kvinnorna uppger också att de känner sig fångade av tiden. De längtar efter barnet och vill att tiden skall gå men samtidigt närmar sig förlossningen och de får en känsla av att vilja stoppa tiden.

Ja, det känns som jag vill inte föda barnet jag vill inte, ibland kan jag känna att verkligen vill inte föda barnet eller att det fanns någon annan utväg, ibland ångrar jag nästan att jag blev gravid. För att jag känner att jag, graviditeten i sig är helt OK men att föda barnet det, ja det känns otäckt. (IP 2)

Det är väl mer att man känner att .. man är fångad på nåt sätt. ... Nej det är mer så liksom alltså man kan ju inte .. det finns ju ingen annan utväg ... det är det enda liksom. ... Ja det är liksom det enda det finns ju ingen annan väg det är väl det enda jag kan känna liksom att .. att det liksom .. jag måste ju genomgå en förlossning det är ju bara så .. man måste göra det på bästa sätt. (IP 6)

Och striden mot klockan att vilja att tiden skall gå och få vara med sin bebis men att samtidigt vara jätterädd för att dagen D skall komma. (IP 8)

Några av kvinnorna beskriver att de känner sig fångade i sin ambivalens vad gäller valet av förlossningssätt; kejsarsnitt eller vaginal förlossning. De uppger att de skulle vilja föda vaginalt men vet inte om de vågar. De beskriver att de känner sig snärjda, inklämda i ett hörn. Det finns endast två vägar att gå, ingen tredje utväg.

Känslan av att vara kanske lite .. snärjd kan jag känna att jag är nu att jag kommer inte ur detta hur jag än (skratt) .. vad det än är så måste jag på något sätt välja någonting för barnet måste ut. (IP 4)

Jag kanske inte har så många val som jag ser det idag har jag två val .. och det gör ju att man blir lite inklämd i ett hörn .. att jag kan faktiskt bara gå till höger eller vänster jag kan inte gå rakt fram vad jag vet än. (IP 7)

En påverkad självbild

Att tidigare ha erfarit en svår förlossningsupplevelse och/eller vara rädd för att föda barn påverkar självkänsla och självförtroende på ett negativt sätt. Kvinnorna känner inte igen sig själva i känslor och reaktioner vilket gör att självbilden påverkas och det skapar en känsla av osäkerhet. Den förändrade självuppfattningen innebär att kvinnorna känner sig mer utsatta och sårbara.

Jag går från att vara självsäker å ena sidan till att vara ... fullständigt rädd och ensam och utlämnad på andra områden. (IP 1)

Att först vara rädd för någonting och sen känna sig kass för att man är rädd för det. (IP 8)

De kvinnor som tidigare haft en svår förlossningsupplevelse beskriver känslor av misslyckande och besvikelse som riktas, inte så mycket mot personalen inom förlossningsvården, utan inåt, mot dem själva vilket påverkar självkänslan i negativ riktning.

Den gjorde ju att man kände sig mindre än man liksom .. den gröp .. på min självkänsla helt enkelt, urgröpte den lite. (IP 3)

Det var en sån besvikelse .. för jag trodde verkligen att jag skulle klara det liksom och ... Ja på att jag inte klarade det så bra. (IP 6)

Kvinnorna hänvisar också till personliga egenskaper som man tror har betydelse för utvecklandet av förlossningsrädslan. Egenskaper som man tidigare kanske inte har reflekterat nämnvärt över men som nu påverkat självuppfattningen. Kvinnorna klandrar sig själva och tycker att de försvårar rädslan vilket ökar deras utsatthet.

Jag tror det är den här alltså min personlighet med att vara kontrollfreak i kombination med den upplevelsen (underlivsoperation) som har dragit igång mycket av det här det tror jag. (IP 8)

I och med att jag själv då som person är sådan att jag tycker att det kanske är mitt fel eller jag vill inte förstöra för andra .. så blir det ju ännu mer fel om jag hade varit en person som hade pockat och sagt att det här, det här går inte eller jag måste prata med dig, att jag själv hade tagit kontakt så hade jag ju fått hjälp tidigare. (IP 5)

En tidigare svår förlossningsupplevelse kan ge en negativt påverkad självbild utifrån att kvinnan lägger skuld på sig själv, och ger de egna personlighetsdragen som del av förklaringen till varför förlossningen blev som den blev.

Det handlar nog mycket om mig själv att jag inte heller .. vågar .. eller .. vågar säga till eller vågar berätta hur jag kände. (IP 2)

Och sedan nu efteråt så klart så förbannar jag mig själv för att jag inte tog hand om mig efteråt heller. (IP 1)

Omfödernorna beskriver att de i sina reaktioner under föregående förlossning inte känner igen sig själva. Kvinnorna uttrycker också att de inte känner igen sig i sina reaktioner under graviditeten, vilket skapar osäkerhet och förändrar självuppfattningen.

Jag blev så förvånad över mig själv att jag inte .. förra gången (under förlossningen) .. eh hade mer kraft eller vad jag skall säga, att säga ifrån. ... Men det fanns ju andra saker som jag kanske kunde .. sagt ifrån då om man säger .. för att jag är kanske egentligen inte den som inte säger ifrån .. men i den situationen var jag verkligen helt .. jag sa ingenting nästan .. eh .. utan bara accepterade liksom att, och till slut bara ett rop på hjälp. (IP 4)

Förut har jag alltid trott att jag har haft hög smärtröskel ... det känns också som att oj det hade jag kanske inte ... det vart också lite så där .. inte besvikelse men det var lite så .. att jag trott någonting och sedan var det inte så på något sätt. (IP 6)

Ja jag vet alltså inte det är så .. hemskt att inte veta också. ... Vad jag själv vill .. vad som är bäst för mig .. det kan jag ju alltid avgöra annars eller ta åtminstone konsekvensen för att göra mitt val. (IP 7)

Upplevelser från den tidigare förlossningen kan också ge skuld känslor speciellt när det gäller relationen till barnet.

Han var exemplarisk och ändå så var jag arg på honom och det kan jag känna att .. det måste ha med förlossningen att göra för att jag var arg på honom för att han hade orsakat mig den här smärtan då ... och det kan man känna att ja fy vad orättvist stackars varelse han har inte bett om att bli född. (IP 5)

Kvinnorna beskriver att den egna självbilden också har påverkats i relation till andra kvinnor. I detta ligger både den egna samt andras uppfattning om hur en kvinna bör förhålla sig till graviditet och förlossning. Kvinnorna uppfattar sig som avvikande, sämre och svagare än andra kvinnor vilket skapar känslor av osäkerhet, skuld och skam. Dessa känslor vänds inåt, mot kvinnan själv.

Och sen det är klart det är mycket funderingar på varför jag just är så .. varför jag just är så himla rädd för det, det är ju så många andra som föder flera barn .. jag var aldrig rädd för det förut innan, innan första barnet om man säger, jag hade inte en tanke på det även om jag vet att jag är väldigt smärtekänslig. (IP 4)

Det är snarare mitt självförtroende än min självkänsla som .. som rubbas men även lite granna självkänslan det här att man .. blir lite osäker på när man tänker men vad står min rädsla för eftersom ingen annan är så här rädd och eftersom alla andra verkar tycka att det är knäppt. (IP 8)

Det känns löjligt att vara rädd för att föda barn på något sätt. ... Ja vad är det att vara så himla rädd för då .. en smärta som är övergående. ... Jag kan känna mig lite fånig sådär. (IP 4)

Att undvika rädslan

Kvinnorna beskriver olika strategier för att försöka *undvika* att komma i för nära kontakt med förlossningsrädslan p g a. de starka känslor det väcker. Omföderna beskriver att de försöker tränga undan tankar på den föregående förlossningen och därigenom försöka undgå rädslan och oron inför den förestående förlossningen.

Och sedan kanske jag lite grann försöker att göra saker för att jag skall slippa tänka. ... För att jag ska liksom slippa hamna att jag sitter där och tänker i soffan. ... Jag kanske gör det medvetet för att, eller omedvetet för att slippa tänka så mycket på det. Jag förtränger det lite grann. ... Jag känner liksom att jaja det kommer när det kommer och då får jag ta det då men fast jag vill inte tänka på det i alla fall så det känns lite som att jag förtränger det tror jag, eller det känns lite långt ifrån på något sätt. (IP 2)

Det fanns inget som tvingade mig till det ... liksom att prata om det för jag menar jag hade ingenting som tyngde mig på det sättet. ... Förlossningen var ändå .. det är ju en ganska en sån här enskild händelse i ens liv .. ganska mycket

och då är det ju lätt att separera och paketera och plocka det någonstans i liksom i hjärnan så .. det hade varit en annan sak om det varit någonting som man hela tiden måste .. på något sätt bearbeta eller ha i sitt liv hela tiden men det behöver man ju inte, utan det är någonting som, hm det har hänt och sen är det liksom där. (IP 3)

Ibland lyckas jag nog tränga undan det så förneka det och då tar det sig uttryck på andra sätt mardrömmar och sånt där. (IP 8)

Ett sätt att försöka undvika rädslan kan vara att ”stänga av” en tidigare svår förlossningsupplevelse. I efterhand kan det upplevas som en sorg att inte ha kunnat eller vågat känna efter.

Så där var en sorg då att det ska dröja 2 år innan man ... innan man vågar gråta dom tårarna ... så det är liksom sorg på olika sätt dels att man har stängt av och dels att, att man inte har, och att man inte har tillåtit sig att känna den smärtan då. (IP 5)

Ett undvikande av rädslan kan även innebära att man först efter att lång tid förflutit förstår att man är rädd. En kvinna uttryckte att hon i efterhand förstätt att hon var rädd redan innan sin första förlossning.

Alltså nu efteråt kan jag se, jag hoppa över dom kapitlen hela tiden. Jag ville inte alltså, jag ville inte möta den äh jag bara sköt undan det, så, jag förträngde det. Och jag var totalt ovetande om att jag kanske var rädd, för det trodde jag inte. Utan jag resonerade som så att, Kajsa Kavat som jag alltid har varit, det har alla kvinnor gjort i alla tider, det fixar jag med. (IP 1)

En undvikande strategi kan också vara att låta bli att prata med sin omgivning om rädslan vilket kan leda till att upplevelsen av ensamhet blir större.

Och då har jag liksom bara sagt att nej gud jag är så förlossningsrädd så jag går inte igenom det igen och så har det varit slut på diskussion och jag tror att jag har markerat ganska väl med kroppsspråk att det här är ingenting som jag vill prata om. (IP 5)

Funderingar runt att välja kejsarsnitt beskrivs som ett sätt att undvika att konfronteras med rädslan och därigenom slippa gå in i en mer aktiv bearbetning av förlossningsrädslan.

Nej, när det är, då är det så att det är klart att då vill jag ju bli snittad ... när jag lyssnar på den rösten för då känner jag att då vill jag gå den lätta vägen .. (skratt) vilket inte heller känns så positivt egentligen för det är lite som att det känns som jag smiter .. på något sätt ifrån .. ja du vet .. så där som man känner att då tar man den lätta vägen. (IP 4)

Men för att bevara min mur så hade det varit lättast ... att snittas och då hade jag sluppit att ta i detta. (IP 5)

Men det är väl det jag har sett det kanske som en lösning då att .. att ett snitt har jag väl målat upp då i mitt huvud så som jag tror att det går till att det skulle vara mindre smärtsamt för mig Och ja så jag har nog, jag har känt detta .. ja länge. (IP 7)

Att känna sig ensam

Kvinnorna beskriver främst en upplevelse av att inte få stöd och förståelse för sin rädsla av omgivningen. Detta innebär för kvinnorna att de känner sig ensamma med sin rädsla. Kvinnorna beskriver att det kan vara svårt att prata om rädslan p g a. upplevelsen av sig själv som avvikande och udda i relation till andra kvinnor.

Men dom hade nog haft lättare förlossningar .. och då fick jag nog känslan det kanske är mig det är fel på jag kanske har överdrivit den här reaktionen .. så jag ville liksom inte lasta på det när dom hade haft ganska så bra. (IP 5)

Jag har ingen egentligen som jag kan prata med om det. (IP 1)

Kvinnorna beskriver att det finns en attityd av att man inte skall klaga hos omgivningen. Det respekteras inte av omgivningen att kvinnan är rädd för att föda, vilket skapar en känsla av osäkerhet och en upplevelse av att vara svagare och sämre än andra kvinnor.

Men dom som säger jaja men .. så är det att föda barn då känner jag att då kan jag inte (prata) för det, dom är inte öppna för att höra. (IP 5)

Så jag känner att man får lite förståelse .. för den här rädslan i synnerhet av tjejer. ... Man får inte riktigt tycka att det här känns inte OK så för det säger nånting om en som kvinna ... Det känns som att, att det här har kvinnor gjort i alla tider och det ska man bara klara av och så va .. och är man rädd att man inte gör det så ... så respekteras inte det riktigt så då är man lite konstig. (IP 8)

Att vara ensam kan också uttryckas som att inte tillhöra en ”kvinnoklubb”. Detta beskrivs som att de kvinnor som fött barn vaginalt tillhör ”kvinnoklubben” och inträdesbiljetten dit är en förlossning utan kejsarsnitt.

Alltså om jag klarar av att föda ett barn ... vaginalt alltså för mig den naturliga eller vanliga vägen .. så är jag ju .. då kommer jag verkligen att vara med i den här klubben alltså kvinnoklubben. (IP 7)

Kvinnorna är också ensamma i förhållande till personalen inom förlossningsvården och mödrahälsovården. Stödet därifrån upplevs som litet. Personalen beskrivs som oförstående inför rädslan samt som undvikande i sin attityd.

Och då sa han (läkaren) att man glömmer mycket utav upplevelsen så kommer du att glömma, och det har jag också hört av väninnor. (IP 5)

Och även alltså där jag trodde att jag verkligen skulle få förståelse, på mödravården (fick hon ingen förståelse). (IP 8)

Ensamhet kunde också uttryckas som en oro över om förlossningen kommer att bli lika svår som den förra, att behöva uppleva samma ensamhet som efter föregående förlossning.

Vart ska jag vända mig om jag upplever det lika fruktansvärt denna gången .. vart ska jag vända mig då det är liksom, den oron kan jag ha mer. (IP 5)

Ensamhet i förhållande till partnern beskrivs främst som en brist på förståelse och inlevelseförmåga eller att partnern p g a. hänsyn inte har tagit upp och pratat om den förra förlossningen.

Han har lite svårt att förstå vad det är som, vad jag går igenom både nu och under ... han står så utanför och jag vill få honom mer delaktig. (IP 1)

I och med att jag inte har velat prata om detta så har inte han heller tagit upp det. (IP 5)

Ensamheten kunde dock brytas genom att få stöd från partnern vilket främst handlar om att få prata med någon som lyssnar samt, för omföderskorna, tillsammans med partnern öppet kunna prata med varandra om den tidigare förlossningsupplevelsen.

Jag kom inte ihåg alltså bara fragment då kom jag ihåg men inte ... så jag hade stort behov av att prata efteråt (med maken) .. just vad som hade hänt. (IP 6)

Viktigt för kvinnan kan vara att mannen inte smittas av hennes rädsla.

Jag pratar väldigt mycket om (förlossningen) ... Med min sambo då ... om han tycker det är läskigt att vi ska gå igenom det igen eftersom jag tycker det är läskigt. ... Det känns som ett stort stöd att .. att han känner sig ganska säker på det då. ... Det betyder jättemycket. (IP 2)

Ensamheten kunde också brytas av andra personer i kvinnans närhet. Viktiga personer kan vara den egna mamman samt väninnor.

Jag pratar med väninnor men det .. alltså jag ville prata om det hela tiden och då kände jag att det kan man inte göra riktigt och då är mamma bra eller liksom då kan man prata hur mycket som helst liksom hur ofta som helst och hur länge som helst. (IP 6)

Jag väljer nog dom som själva har genomgått en förlossning för det första .. jag pratar inte med folk som inte vet om det. (IP 2)

Essensbeskrivning

Den essentiella strukturen i kvinnors upplevelse av att vara rädd för att föda barn kan beskrivas som en för kvinnan **försvagad kvinnlig självkänsla**. Kvinnlig självkänsla innefattar kvinnans egen uppfattning (självbild) av sig själv som barnaföderska samt självförtroende och tillit till den egna förmågan att föda barn. Självbild som kvinna förändras och försvagas och stämmer inte överens med den bild som förväntas av kvinnan själv samt hennes omgivning. Det finns en strävan hos kvinnan att försöka uppfylla egna och andras förväntningar. Lyckas inte detta rubbas den kvinnliga självkänslan och en känsla av misslyckande vänds inåt, mot kvinnan själv, och ger känslan av att vara svagare och sämre än andra kvinnor. Känslor av skuld och skam ökar kvinnans utsatthet. Det finns en osäkerhet runt den egna förmågan att föda barn och det finns en rädsla för de egna reaktionerna under och efter förlossningen samt vid övergången till moderskapet. Kvinnan står ensam inför förlossningen. Det är hon ensam som föder, ingen annan kan göra det åt henne. Den existentiella ensamhet kvinnan upplever skrämmer henne och försvagar självförtroendet.

Den tidigare förlossningsupplevelsen har rubbat kvinnan i den egna självbild och försvagat hennes självkänsla. Den har också "skakat om" kvinnan och gjort att hon inför nästa förlossning känner en större osäkerhet. Det handlar framförallt om smärtan samt om negativa upplevelser av kontakten med personalen; att inte ha blivit sedd som individ. Rädslan för att uppleva samma sak igen är stor. Både först- och omföderskor uttrycker en rädsla för att inte bli väl omhändertagen av personalen eller att smärtan skall bli så stark att den upplevs som outhärdlig. Rädsla uttrycks också för att förlora kontrollen, för en störd relation till barnet, för barnets hälsa, för psykisk sjukdom samt för att tidiga känslor från barndomen eller upplevelser tidigare i livet skall triggas igång. Hos förstföderskorna finns dessutom en osäkerhet gällande de egna, men också mannens reaktioner under förlossningen och om det kommer att påverka relationen i framtiden, samt en rädsla för bristningar och klipp.

Upplevelsen av att vara rädd för att föda barn beskrivs som en fara som både hotar och lockar. Hotet om fara ligger ständigt över kvinnan vilket gör henne osäker och försvagar självkänslan. Faran som lockar beskriver den lockelse som finns i att föda barn och ger kvinnan möjlighet att försöka återupprätta självförtroende och självkänsla. Det finns en stark inre vilja att få uppleva en bra förlossning, speciellt om man tidigare haft en svår förlossningsupplevelse. Rädslan i sig kan också tvinga kvinnan att försöka hitta ett sätt att komma ur sin belägenhet. En strategi är att försöka undersöka rädslan, bearbeta den och därigenom göra den mer uthärdlig. Ett stöd i lockelsen kan vara en barnmorska. Att känna sig fångad beskriver känslan av att vara fångad av graviditeten, i en situation utan återvändo. Det finns ingen annan utväg än att föda barnet. Att inte ha någon valmöjlighet stör kvinnans självkänsla. Valet av kejsarsnitt beskrivs som okvinnligt och inte acceptabelt av kvinnan själv samt omgivningen, vilket ytterligare försvagar självkänslan. Det oåterkalleliga i att det inte finns någon annan utväg än att föda barnet skrämmer, vilket innebär att kvinnan får en känsla av att vilja stoppa tiden. Det finns också beskrivningar av att känna sig fångad i den egna ambivalensen i valet av förlossnings sätt. Kvinnorna känner inte igen sig i de egna reaktionerna vilket skapar förvirring, osäkerhet och påverkar självbild. Att uppleva sig som avvikande jämfört med andra kvinnor försvagar självkänslan. Upplevelser av skuld, skam samt ensamhet gör att kvinnorna känner sig utsatta, svaga och sårbara. En strategi för kvinnorna att försöka skydda sig själva från de starka känslor som rädslan för förlossningen innebär och därigenom försöka upprätthålla en bristande kvinnlig självkänsla är att försöka

undvika rädslan. Upplevelsen av att känna sig ensam beskriver kvinnans relationer till andra där hon främst upplever en brist på förståelse. Att inte få förståelse och stöd för rädslan förstärker kvinnans upplevelse av ensamhet samt av att inte vara en ”riktig” kvinna vilket försvagar självkänsla och självförtroende.

DISKUSSION

Den undersökta gruppen kvinnor är liten och därför är resultatet av studien inte generaliserbart på alla kvinnor som lider av förlossningsrädsla men några slutsatser kan ändå dras.

En förlossning kan påverka kvinnors självkänsla i både positiv och negativ riktning. Fyndet i den essentiella strukturen; ”en försvagad kvinnlig självkänsla”, pekar mot att fenomenet förlossningsrädsla påverkar kvinnorna på en djup nivå.

Kvinnors självkänsla beror naturligtvis på flera faktorer i livet som t ex uppväxt, relationer och yrkesliv men också på upplevelsen av födande och föräldraskap. Enligt Fredelius, Klein Frithiof och Ursing (1994) är förlossningen en av de viktigaste händelserna i en kvinnas liv. Graviteteten upplevs av många kvinnor som något mycket positivt där de känner att självkänslan samt identiteten som kvinna stärks (Fredelius m.fl., 1994). I en långtidsuppföljning av kvinnor som var nöjda med sin förlossningsupplevelse beskrev kvinnorna (ca 20 år efter förlossningen) att förlossningen bidragit till deras självförtroende och självkänsla (Simkin, 1991). De föreställningar och bilder som finns av barnafödande hos kvinnan själv men också i samhället, är av stor betydelse. Att kunna uppfylla både egna och andras förväntningar runt barnafödandet verkar vara viktigt för kvinnorna utifrån de fynd som gjorts i studien. Att känna sig skräckslagen inför förlossningen ger ett kaos av känslor som medför att kvinnan ifrågasätter sig själv. Känslorna vänds inåt och påverkar den kvinnliga självkänslan negativt.

Begreppet självkänsla har beskrivits av Lundsbye, Sandell, Ferm, Währborg, Petitt och Fälth (1992). En viktig faktor är kompetens och den tillit till sig själv som följer på denna. En annan viktig faktor som har betydelse för självkänslan är, enligt författarna, den personliga integriteten. För att nå en balans mellan avskildhet och gemenskap krävs att man vågar ta risker, att man vågar säga vad man tycker även om det skiljer sig från andras åsikter och att man vågar gå in i intimitet samt har förmåga att lösa konflikter med rent spel. I begreppet självkänsla innefattas de regler individen sätter för sig själv, de budskap man ger omgivningen, de relationer individen väljer, synen på risktagande, synen på de egna känslorna samt synen på avvikande (andras och eget) beteende (Lundsbye m.fl., 1992).

Vad det gäller begreppet kvinnlig självkänsla så beskrivs det inom kvinnopsykologin av Gilligan (1982) som att flickor under barndomen får lära sig att inte lita på sin ”inre röst” och blir mycket känsliga för omvärldens värderingar och uppfattningar av hur man skall vara som flicka och kvinna. Gilligan påpekar att:

Eftersom manlighet definieras genom separation medan kvinnlighet definieras genom förening hotas den manliga könsidentiteten av närhet medan den kvinnliga hotas av separation (s. 13).

Gilligan hänvisar till Miller (1976), som anser att psykologin saknar språk för att beskriva strukturen i kvinnans självkänsla eftersom kvinnors självkänsla inte är knuten till en tro på aggressionens effektivitet utan till en insikt om behovet av förbindelse. Detta kan, vid en kris, leda till att personliga tvivel tränger sig på kvinnans självkänsla och äventyrar hennes förmåga att handla utifrån egna erfarenheter och därmed hennes vilja att ta ansvar för vad hon gör (Gilligan, 1982).

I en studie av förlossningsrädda kvinnor (Lowe, 2000), såg man att självkänslan var signifikant lägre hos gravida förstföderskor som led av stark förlossningsrädsla. Saisto och Halmesmäki (2003) skriver att förlossningsrädsla är associerat med, bland annat, låg självkänsla. Låg självkänsla hos kvinnan under förlossningen är också beskrivet som ett problem i relation till upplevelsen av förlossningen. Lowe (1989) fann i en studie att intensiteten i smärtupplevelsen under förlossningen var relaterad till kvinnans tillit till den egna förmågan att klara av förlossningen. Kvinnorna i föreliggande studie upplever att de känner sig avvikande och sämre än andra kvinnor. Upplevelsen av att vara rädd för att föda och/eller av att ha haft en tidigare svår förlossningsupplevelse gör att kvinnorna ifrågasätter sig själva. De känner skam och skuldkänslor utifrån upplevelsen av att vara olik andra kvinnor. Kvinnorna uppger också att de får liten förståelse från andra och att de känner sig ensamma. Frågan är om kvinnornas självkänsla hotas utifrån vanan hos kvinnor att relatera samt behovet av förbindelse till andra, när de upplever omgivningen som oförstående inför deras förlossningsrädsla?

Kvinnorna i studien beskriver en upplevelse av ensamhet då de inte får stöd och förståelse för rädslan av omgivningen. Eriksson (1994) skriver att ensamheten blir till ett lidande då människan blir för ensam i sin ensamhet.

Kvinnorna upplever också en existentiell ensamhet i känslan av att de står ensamma inför förlossningen. Det är kvinnan ensam som föder, ingen annan kan göra det åt henne. Upplevelsen av existentiell ensamhet inför förlossningen är nog ett fenomen som många kvinnor känner igen. För kvinnan som är rädd för att föda kan upplevelsen ytterligare spåda på rädslan. Fredelius m.fl., (1994) skriver att:

På ett personligt psykologiskt plan kvarstår döden som en realitet för varje barnaföderska. Födelsen påminner om sin motsats, döden. Födelsen är urbilden för alla separationer, även den yttersta, separationen från livet. För att bli mor krävs att kvinnan i någon mening kapar sina tidigaste bindningar till sin egen mamma. Att ta ett sådant steg väcker dödsångest, även om det mer handlar om att lägga en ny dimension till sin identitet än att förlora sig som barn (s. 101).

De omföderskor (sex kvinnor) som intervjuades hade alla tidigare fött vaginalt. Centralt hos omföderskorna var berättelsen om den föregående förlossningen. Hos flera av kvinnorna låg upplevelsen till grund för utvecklandet av förlossningsrädslan. Förlossningen hade på ett djupgående sätt påverkat kvinnorna. Framförallt handlade den svåra upplevelsen om förlossningssmärtan samt om negativa upplevelser av kontakten med personalen. I berättelserna fanns upplevelser av vårdlidande vilket innebär att de vårdinsatser, som personalen gjort eller underlåtit att göra under förlossningen och vårdtiden på BB, skapade ett onödigt lidande (vårdlidande) för kvinnan. Eriksson (1994) beskriver fyra dimensioner av vårdlidande; kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning samt

utebliven vård. Vårdlidande har också beskrivits som ”att bli förnekad som en lidande människa” (Dahlberg, 2002), vilket innebär att den lidande människan i sjukvården blir åsidosatt och patienternas lidande inte uppmärksammas av personalen i bemötandet av patienten. För de kvinnor som är rädda för att föda utifrån en tidigare traumatisk förlossningsupplevelse kan upplevelsen av vårdlidande ha betydelse (Nilsson 2002). Eriksson (1994) skriver att vårdare många gånger åstadkommer vårdlidande omedvetet och det kan bero på avsaknad av reflektion och bristande kunskap om mänskligt lidande. Halldorsdottir (1999) pekar på vikten av reflektion hos vårdare som en förutsättning för att kunna ge bra vård och därigenom minska lidandet hos patienten.

Vår verklighetsbild i vården är präglad av ett reduktionistiskt och sjukdomscentrerat synsätt enligt Eriksson (1994). Vi är alltför inriktade på teknologin och glömmet människan. Dahlberg m.fl., (2003) skriver att vårdlidandet har en nära koppling till den otrygghet som bristande information, obegripligheter i vårdmiljön och svårigheter att förstå personalens agerande skapar. Den riskfokusering som finns idag runt graviditet och födande innebär att man ”letar fel” och därigenom ger kvinnan en stark signal om att kroppen inte är tillförlitlig, den måste kontrolleras och ”mästras”. Den naturliga oro för om barnet är friskt, och inför förlossningen som alla gravida kvinnor känner, samt den teknologi som finns tillgänglig förstärker varandra enligt Holmqvist (2000). Saisto och Halmesmäki (2003) skriver att förlossningsrädsla, bland annat, är associerat till en generell ängslan och oro hos kvinnan. Ett av de vanligaste sätten att möta en kvinna som under graviditeten uttalar att hon är rädd för att föda, är att erbjuda ett större utbud av medicinska kontroller och teknik, allt ifrån utökad fosterdiagnostik, skärpt fosterövervakning under förlossningen till planerat kejsarsnitt. Ett annat sätt att bemöta kvinnan skulle vara att försöka möta henne där hon befinner sig genom att låta henne få tala om rädslan och därigenom försöka förstå och möta hennes livsvärld. Genom att fokusera på det lidande kvinnan utstår (och kanske har utstått vid en tidigare förlossning) ger man henne bekräftelse samt möjlighet att ”lida ut”. Detta kan ge kvinnan möjlighet till, som Eriksson (1994) uttrycker det, att försonas och gå vidare. Att lindra patientens lidande innebär framför allt att inte kränka hennes värdighet, inte fördöma och missbruka makt utan istället ge den vård patienten behöver enligt Eriksson (1994).

Förvånande var att flera av kvinnorna i studien bar på skuld och skamkänslor och upplevde att de själva delvis hade skuld i det som skedde under deras tidigare förlossning. De hade inte sagt ifrån ordentligt till förlossningspersonalen, en del upplevde att de hade en låg smärtröskel eller att de inte hade påtalat de egna behoven tillräckligt; gemensamt var upplevelsen av att de kanske inte hade varit tillräckligt ”duktiga” som barnaföderskor. Eriksson (1994) menar att lidandet kränker människans värdighet och att det finns ett samband mellan lidande och skuld. Berg (1999) har i en studie av kvinnor som upplevt en obstetriskt komplicerad förlossning sett att kvinnor som kände sig icke-bekräftade av personalen under förlossningen fick en negativ självbild fylld av skuld och skam, en känsla av att inte duga. En ”icke-bekräftad” kvinna fungerade mer som en sak, ett objekt, än som ett aktivt subjekt. De förlorade lätt kontrollen och fick överklighetskänslor. Det ledde också till känslor av stress, oro och besvikelse, men också till sämre förmåga att hantera smärta och till svårighet att ta till sig moderskapet.

I förlossningssituationen är kvinnan utsatt och sårbar på ett sätt hon kanske aldrig tidigare upplevt. Hon har mycket ont och är beroende av personalens förståelse och stöd för att uthärda smärtan. Hon kanske reagerar och uppträder på ett sätt hon inte känner igen. Hon

tappar kontrollen över blåsa och tarm, kräks, svettas, blöder och blottar sitt underliv för människor hon aldrig förut träffat. Att verkligen visa respekt och bekräfta en patients värdighet kommer framför allt till synes i situationer där patienten tvingas att utföra sina mest intima behov inför och med hjälp av andra, enligt Eriksson. Vårdlidande uppstår framför allt ur vårdrelationen mellan patient och vårdare skriver Dahlberg (2002) och pekar på att ansvaret för vårdrelationen alltid ligger hos vårdaren.

Det är mycket som tyder på att vi är i början av ett paradigmskifte inom vårdvetenskap och medicin där fokus håller på att flyttas från sjukdomssymtom till lidandet och den lidande människan påpekar Eriksson (1994).

Ett sätt att stärka självkänslan hos kvinnan med förlossningsrädsla samt minska risken för vårdlidande i förlossningssituationen är att fokusera på mötet mellan kvinnan och vårdaren (barnmorskan).

Lundgren (1999) har i en studie sett att det viktiga för kvinnan i upplevelsen av mötet med barnmorskan, var begreppet närvaro, som innefattade tre teman; att bli sedd, en förtroendefull relation, att få stöd och att bli styrd på egna villkor. Essensen i upplevelsen av smärta beskrevs som ”att vara sin kropp”, vilket innefattar en icke-objektifierad kroppsuppfattning, en närvaro i det pågående skeendet och en mening som har betydelse i övergången till moderskapet. Barnmorskans närvaro i mötet med kvinnan kan vara ett stöd för kvinnan att vara sin egen kropp dvs. att hitta sin egen förmåga och kontakt med den egna kroppen under förlossningen. Kvinnor som har haft en obstetriskt komplicerad förlossning har beskrivit att bekräftelse är viktigt i mötet med personalen. Berg (1999) beskriver i en studie som handlar om upplevelsen av en obstetriskt komplicerad förlossning, att det var begreppet bekräftelse som utgjorde kärnan i den essentiella strukturen i upplevelsen hos kvinnan. De födande kvinnorna hade ett behov av att känna sig bekräftade av vårdpersonalen för att kunna bekräfta sig själva i förlossningssituationen. Detta var en förutsättning för att kvinnan skulle kunna bekräfta sitt eget moderskap och emotionellt kunna ta till sig barnet. Bekräftelse bidrog till att en känsla av kontroll bibehölls över förloppet och den egna kroppen. Den frigjorde en inneboende kraftresurs och höjde smärtröskeln. Härigenom vågade kvinnorna överlåta sig och t o m. bli ett redskap, ett objekt om obstetriska interventioner blev nödvändiga.

Närvaro och bekräftelse i vården av den födande kvinnan ingår som centrala teman i begreppet socialt stöd (social support) (Hodnett 1999; Hunter 2002). Socialt stöd är viktigt i vården av den födande kvinnan (Hunter 2002), och en viktig faktor för att skapa trygghet hos den gravida kvinnan (Melender 2002). Forskning runt kvinnans upplevelse av förlossningen visar att faktorer relaterade till omvårdnaden såsom stöd, framför allt av barnmorskan, delaktighet, kontroll och smärta tycks ha större betydelse för en positiv upplevelse än rent medicinska åtgärder som kejsarsnitt och farmakologisk smärtlindring (Waldenström, 1999). I en metaanalys (Hodnett 1999) undersöktes studier av kontinuerligt ”kvinna till kvinna-stöd” (barnmorskor, doulor, sjuksköterskor, kvinnor) under förlossningen och visade stora vinster. Bland annat såg man ett minskat antal instrumentella förlossningar, minskat behov av smärtlindring, färre kvinnor med negativ upplevelse av förlossningen, större tillfredsställelse med förlossningen, minskat antal depressioner postpartum, längre amning, lättare omställning till moderskapet samt de ekonomiska vinster för sjukvården som ett minskat antal komplikationer medför.

För de kvinnor som lider av förlossningsrädsla och minskad tillit till sig själv som barnaföderska är det stöd som barnmorskan kan ge under förlossningen speciellt viktigt. I föreliggande studie lyfter några av omföderskorna fram stunder av upplevt stöd under förlossningen och tiden på BB, som oerhört positivt och värdefullt.

Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka kvinnors upplevelse av att vara rädd för att föda barn. Enda sättet att på djupet nå dessa kvinnors livsvärld är att använda sig av individuella intervjuer. Metoden fenomenologi visade sig vara bra för att fånga fenomenet.

Förlossningsrädsla är emellertid inget lätt område att undersöka då det handlar om starka, djupa och smärtsamma upplevelser som skall upp till ytan och hanteras under intervjun. Det är därför viktigt att visa stor respekt för informanten och med varsamhet hantera hennes berättelse. Undersökarens förförståelse; en lång erfarenhet som förlossningsbarnmorska och arbete med förlossningsrädda kvinnor i Auroragrupp, kan ha påverkat intervjuerna eftersom det finns risk för att gå in som behandlare under intervjuns gång. På grund av denna risk samt områdets känsliga karaktär togs därför tid till uppföljning direkt efter att intervjun avslutats. Uppföljningen gav kvinnan utrymme för egna frågor samt möjlighet till rådgivning. Kvinnan informerades om möjligheten till uppföljning innan intervjun startade vilket gav en större trygghet samt utrymme för eftertanke, reflektion och fördjupning under intervjun. Man kunde också, under intervjuns gång, hänvisa eventuella frågeställningar till efter intervjun avslutats. Under intervjun lades stor vikt vid att intervjuaren förhöll sig öppen och följsam inför det informanten berättade. Följdfrågor ställdes utifrån informantens berättelse, exempelvis: ”Kan Du utveckla mer, kan Du fördjupa, vad menar Du med det?” Detta i syfte att komma så nära fenomenet som möjligt.

Under analysarbetet fanns också en risk för att undersökarens egen förförståelse påverkade resultatet. Då datamaterialet var så innehållsrikt framträdde emellertid kvinnornas berättelser starkt. Under analysarbetet var ambitionen att vara så nära data som möjligt dels för att minska risken för att förförståelsen påverkade resultatet men också för att ge kvinnornas berättelser full rättvisa.

Konklusion och praktisk tillämpning

Studien indikerar att upplevelsen av att vara rädd för att föda barn påverkar kvinnor på en så djup nivå att de ifrågasätter sig själva vilket leder till en försvagad kvinnlig självkänsla. De känner sig utsatta för en fara som både hotar och lockar, de känner sig fångade, den egna självbilden påverkas, de försöker undvika rädslan samt känner sig ensamma. Den tidigare förlossningsupplevelsen var ett centralt tema under intervjuerna där kvinnorna beskrev upplevelser av vårdlidande under förlossningen.

Kvinnor som lider av förlossningsrädsla är därför en utsatt grupp barnaföderskor i behov av mycket stöd under graviditet och förlossning. Det sätt dagens förlossningsvård är organiserad på underlättar inte för den rädda kvinnan då de insatser som görs ofta är fokuserade på det

rent medicinska omhändertagandet och inte runt socialt stöd där närvaro och bekräftelse är centrala delar. Forskning visar att vinsten med kontinuerligt stöd under förlossningen är stor för den enskilda kvinnan men också för förlossningsvården.

En viktig utmaning inom vårdvetenskaplig forskning är att fördjupa kunskapen om vårdlidande i förlossningssituationen för att förhindra lidande och därigenom förebygga framtida förlossningsrädsla.

Referenser

- Areskog, B., Uddenberg, N. & Kjessler, B. (1981). Fear of childbirth in late pregnancy. **Gynecol Obstet Invest**, 12, 262-66.
- Bengtsson, J. (1993). **Sammanflätningar. Husserls och Merleau-Pontys fenomenologi**. Göteborg: Daidalos.
- Berg, M. (1999). **Moderskap och vårdrelationer**. En kvalitativ studie med fokus på normal respektive komplicerad förlossning. Licentiatavhandling. Institutionen för kvinnors och barns hälsa. Uppsala: Uppsala Universitet.
- Blåka Sandvik, G. (1997). **Moderskap og fødselsarbeid**. Diskurser i reproduktivt arbeid. Fagbokforlaget.
- Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande – det onödiga lidandet. **Vård i Norden**, 63(22), 4-8.
- Dahlberg, K., Drew, N. & Nyström, M. (2001). **Reflective Lifeworld Research**. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). **Att förstå vårdvetenskap**. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1994). **Den lidande människan**. Stockholm: Liber.
- Fredelius, G., Klein Frithiof, P. & Ursing, I. (1994). **Kvinnoidentitet. Dynamisk kvinnopsykologi i ett livsloppsperspektiv**. Stockholm: Natur och Kultur.
- Gilligan, C. **Med kvinnors röst**. (1982). Stockholm: Prisma.
- Halldorsdottir, S. (1999). Suffering – Reflection – Caring. **Int J Human Caring**, summer, 15-20.
- Hodnett, E. (1999). Caregiver support for women during childbirth. **Cochrane Data Base for Systematic Reviews**, Issue 1. Update Software Oxford.
- Hofberg, K. & Brockington I. (2000). Tokophobia; an unreasoning dread of childbirth. **Br J Psych**, 176, 83-85.
- Holmqvist, T. (2000). **The hospital is a uterus. Western discourses of childbirth in late modernity – a case study from northern Italy**. Dissertation. Department of Social Anthropology. Stockholm: Stockholm University.
- Hunter, L. (2002). Being with woman: A guiding concept for the care of laboring women. **JOGNN**, 6(31), 650-57.

- Höjeberg, P. (2000). **Tröskelkvinnor. Barnafödande som kultur.** Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Lowe, N. K. (1989). Explaining the pain of active labour. The importance of maternal confidence. **Research Nursing Health**, 12, 237-245.
- Lowe, N. K. (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. **J Psychosom Obstet Gynecol**, 21, 219-224.
- Lundgren, I. (1999). **Förlossningsupplevelsen. En kvalitativ studie med fokus på normal förlossning.** Licentiatavhandling. Institutionen för kvinnors och barns hälsa. Uppsala: Uppsala universitet.
- Lundsbye, M., Sandell, G., Ferm, R., Währborg, P., Petitt, B. & Fälth P. (1992). **Familjeterapins grunder – ett interaktionistiskt perspektiv.** Borås: Natur och Kultur.
- Magnusson, B. (1998) Barnmorskan och förlossningsrädslan. I: B. Sjögren (red): **Förlossningsrädsla** (s. 9-35). Lund: Studentlitteratur.
- Melender, H-L. (2002). Experiences of security associated with pregnancy and childbirth: a study of pregnant women. **Int J Nursing Practice**, 8, 289-296.
- Miller, J. B. (1976). **Toward a new psychology of women.** Boston: Beacon Press.
- Nilsson, C. (2002). **Förlossningsrädsla – en litteraturstudie.** C-uppsats. Institutionen för omvårdnad. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Oakley, A. (1993). **Essays on Women, Medicine and Health.** Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Olsson, P. (2000). **Antenatal Midwifery Consultations. A qualitative study.** Dissertation. Department of Nursing. Umeå: Umeå University.
- Ryding, E L. (1993). Investigation of 33 women who demand a cesarean section for personal reasons. **Acta Obst Gyn Scand**, 72, 280-85.
- Ryding, E L. (1998 a). Vad är kvinnor rädda för inför förlossningen? I: B. Sjögren (red): **Förlossningsrädsla** (s. 36-43). Lund: Studentlitteratur.
- Ryding, E-L. (1998 b). Förlossningsrädsla och ångestsyndrom. I: B. Sjögren (red): **Förlossningsrädsla** (s 74-87). Lund: Studentlitteratur.
- Ryding, E L., Wijma, B., Wijma, K. & Rydhstrom, H. (1998). Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. **Acta Obst Gyn Scand**, 77(5), 542-7.
- Ryding, E L., Wijma, K. & Wijma, B. (1998). Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women. **Birth**, 25(4), 246-51.

- Saisto, T., Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth; a neglected dilemma. **Acta Obst Gyn Scand**, **82**, 201-208.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J E. & Halmesmaki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. **Br J Obst Gyn**, **108**(5), 492-8.
- Saisto, T., Ylikorkala, O. & Halmesmaki, E. (1999). Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. **Obstet Gynecol**, **94**(5), 679-82.
- Simkin, P. (1991). Just another day in a women´s life? Women´s long-term perceptions of their first birth experience.. part 1. **Birth**, **18**(4), 203-210
- Sjögren, B. & Thomassen, P. (1997). Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. **Acta Obst Gyn Scand**, **76**, 948-952.
- Sjögren, B. (1997). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. **J Psychosom. Obst Gyn**, **18**, 266-72.
- Sjögren, B. (1998). Förlossningsrädsla och psykologiska teorier. I: B. Sjögren (red): **Förlossningsrädsla** (s. 44-73). Lund: Studentlitteratur.
- Sjögren, B., Ryding, E L. & Magnusson, B. (1998). Psykologiska och medicinska stödåtgärder vid förlossningsrädsla. I: B. Sjögren (red): **Förlossningsrädsla** (s. 88-110). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (1999). **Kejsarsnitt i Sverige 1973-1997**. Stockholm: Socialstyrelsen. (EpC-rapport 1999:2)
- Stein Gustafson, L. (1993). Aurora. Hjälp för förlossningsrädda kvinnor. **Läkartidningen**, **90**(41), 3557-58.
- Söderquist, J., Wijma, K. & Wijma B. (2002). Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. **J. Psychosom Obstet Gynecol**, **23**, 31-39.
- Waldenström, U. (1999). Kejsarsnitt ger inte bättre förlossningsupplevelse. **Läkartidningen**, **96**(42), 4545-7.
- Wijma, K., Söderquist, J. & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. **J Anxiety Disord**, **11**(6), 587-97.
- Zar, M. (2001). **Diagnostic aspects of fear of childbirth**. Dissertation. Linköping: Linköpings Universitet.