

§EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2009:2

Förlossningsrädsla hos förstföderskor

Emelie Emanuelsson
Elinor Jönsson



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Förlossningsrädsla hos förstföderskor
Författare:	Emelie Emanuelsson, Elinor Jönsson
Ämne:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	Barnmorskeprogrammet
Handledare:	Ingela Lundgren
Examinator:	Margareta Mollberg

Sammanfattning

Troligtvis har kvinnor i alla tider upplevt förlossningsrädsla. Det är inte förrän för cirka 30 år sedan som forskare fick en siffra på hur många det är som lider av förlossningsrädsla. Fenomenet väckte även medias intresse och nu är det ett vanligt forum i all media. Kvinnor som är förlossningsrädda får hjälp inom sjukvården för att hantera rädslan. Detta verkar inte räcka då många kvinnor samlas på Internets familjesidor för att träffa andra och bearbeta sina rädslor. Det finns lite forskning som undersökt kvinnors egna upplevelser av förlossningsrädsla. Inga studier finns som belyser förlossningsrädsla och Internet. Just därför vill vi med denna studie undersöka förstföderskans rädsla och hennes syn på familjesidor på Internet. Frågor lades ut på familjeforum på Internet där 25 förstföderskor svarade på tre frågor; varför är du som förstföderska rädd för att föda barn? Hur upplever du din förlossningsrädsla? Kan familjesidor på Internet vara till hjälp och i så fall hur? Resultatet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Resultatet presenteras i tre huvudkategorier; mental hälsa, den skadade kroppen och familjesidor på Internet är en bra kunskapskälla med viss tveksamhet. Oron och ångesten inför förlossningen varierade mellan förstföderskorna i studien. En upptäckt som gjordes var att tilliten till personalen var liten. Kvinnorna var rädda för inkompetent personal, dåligt bemötande och att inte barnmorskan skulle ha tid för dem. Något som inte varit framträdande i tidigare forskning var att kvinnorna uttryckte stor rädsla över att gå sönder mycket i underlivet. Flera av kvinnorna vara rädda att de skulle behöva sys, att läkningsprocessen skulle ta lång tid samt inte få tillbaka sitt tidigare sexliv. Ett annat nytt fenomen som inte har studerats tidigare var på vilket sätt de såg på Internet. De flesta upplevde familjesidor på Internet som positivt där de kunde utbyta erfarenheter med andra, läsa självupplevda berättelser och bearbeta sin rädsla. Ett fåtal av kvinnorna uttryckte en fara med familjesidor på Internet då vem som helst kan svara på deras frågor.

Nyckelord: *Förlossningsrädsla, förstföderskor, oro/ångest, okänt, komplikationer, Internet.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<i>BAKGRUND</i>	1
Historik	1
Förlossningsrädsla	2
Internet som informationskälla	5
Vårdvetenskaplig förankring	6
Tidigare forskning	8
<i>PROBLEMFÖRMULERING</i>	11
<i>SYFTE</i>	12
<i>METOD</i>	12
Analysprocessens begrepp	13
Urval	14
Datainsamling	14
<i>RESULTAT</i>	15
Mental hälsa	16
Den skadade kroppen	19
Familjesidor på Internet är en bra kunskapskälla med viss tveksamhet	23
<i>METODDISKUSSION</i>	25
<i>RESULTATDISKUSSION</i>	26
Mental hälsa	26
Den skadade kroppen	28
Familjesidor på Internet är en bra kunskapskälla med viss tveksamhet	31
<i>KONKLUSION OCH PRAKTISK TILLÄMPNING</i>	33
<i>REFERENSER</i>	34
Bilaga 1	37

BAKGRUND

Då förlossningsrädsla hos kvinnor i dagens Sverige är ett vanligt fenomen som inte tycks minska är det ett högaktuellt ämne. Som barnmorska är det mycket viktigt att ha en fördjupad kunskap inom ämnet för att på bästa sätt kunna förstå och hjälpa den förlossningsrädda kvinnan. Ett annat fenomen som verkar vara här för att stanna är diskussionsforum på Internet för bland annat gravida kvinnor. Detta är anledningen till att vi valde dessa ämnen för vår uppsats.

Att föda barn har i alla tider varit förenat med fara för kvinnor världen över (SFOG, 2004). Dödlighet och sjukdom i samband med barnafödande är ojämnt fördelat mellan världens länder idag. Varje år dör drygt en halv miljon kvinnor av sjukdom eller komplikationer i samband med graviditet och förlossning. I Sverige har de medicinska riskerna i samband med graviditet och förlossning minskat drastiskt, liksom för de nyfödda barnen (Socialstyrelsen, 2005).

Riskerna har kunnat minimeras tack vare Sveriges hälso- och sjukvårdssystem samt uppbyggnaden av omhändertagandet under graviditet och förlossning för att ge de blivande föräldrarna trygghet och tillit (SFOG, 2004). Men trots att risken för kroppslig skada är liten så finns det många kvinnor som är mycket rädda inför sin förlossning (Geissbuehler Eberhard, 2002; SFOG, 2004). En del kvinnor uttrycker att de alltid varit rädda inför tanken på födandet, andra drabbas av stark rädsla under pågående graviditet och ytterligare andra har fått en stark rädsla efter en tidigare förlossning. En del kvinnor är så pass rädda att de undviker att bli gravida och vid en eventuell graviditet är önskan om ett kejsarsnitt stark (Nilsson & Lundgren, 2007; SFOG, 2004; Zar 2001).

Upplevelsen att föda barn är mångdimensionell och detaljerad. Det innebär att kvinnan kan uppleva både positiva och negativa känslor samtidigt och påverkas av så väl fysiska som psykosociala faktorer. Att föda barn är inte bara en fysiologisk process utan också en mental process. Glädjen och förväntan av graviditeten och den kommande förlossningen kan skifta mellan oro och ängslan hos de flesta kvinnor och hos en del kvinnor tar oron övertaget och uttrycks som förlossningsrädsla (Sjögren, 1998).

Historik

Stora ansträngningar har gjorts under århundraden för att lindra förlossningens plågor. Förlossningsläkaren Grantly Dick Read var revolutionerande under 1950-talet när det gäller idéer om förlossningsförberedelser. Han menade att förlossningsrädsla berodde på otillräckliga kunskaper, missuppfattningar eller ren vidskepelse. Han ansåg att det var nödvändigt att eliminera rädslan för att kunna föda. Han skapade en metod som gick ut på att informera kvinnorna om graviditet och förlossning, fysiskt träning och psykologiskt stöd (Faxelid, Hogg, Kaplan & Nissen, 2001). Psykologen Lagercrantz gjorde i slutet av 60-talet en studie som visade att flertalet av alla kvinnorna hade negativa förlossningsupplevelser. Hon ansåg därför att det psykologiska omhändertagandet borde förbättras (Sjögren, 2003). Barnmorskan Signe Jansson utvecklade en psykoprofylaxmetod i början på 70-talet för gravida kvinnor för att förbättra deras förlossningsupplevelse (Faxelid, et al., 2001). Sjögren (2003) belyser att oro och ångest inför förlossningen har blivit allt mer uppmärksammat i tidningsartiklar och reportage under senare år.

Förlossningsrädsla

Definition

I detta arbete har vi valt att studera förlossningsrädsla. Ordet förlossning kommer ursprungligen från ordet förlossa, vilket betyder att lösa, befria eller att göra fri någon eller något som binder, fängslar eller trycker (Svenska Akademiens ordbok, 2008).

Rädsla är en grundläggande reaktion på fara eller hot (Egidius, 2008). När människor utsätts för något de upplever kan skada dem fysiskt eller socialt reagerar de olika, beroende på hur komplex situationen är och hur stor kontroll som de upplever att de har över händelseförloppet. Rädsla kan övergå i panik som yttrar sig i besinningslösa försök att utan hänsyn till något annat komma bort från faran eller hotet. När människor överväldigas av rädsla förlorar många helt förmågan att analysera situationen och handla rationellt (Egidius, 2008).

Det är svårt att definiera vad som är normal förlossningsrädsla och vad som inte är det. Vanligen är det kvinnan själv som bestämmer sig för om hon har det tillräckligt besvärligt med sin rädsla för att vilja söka hjälp (SFOG, 2004). I den ARG rapport (nr 51) som tar upp ämnet förlossningsrädsla hos förstföderskor och omföderskor har förlossningsrädslan delats in i fyra olika grupper (SFOG, 2004).

Lätt förlossningsrädsla innebär en oro som kvinnan kan hantera och som ger henne möjlighet att förbereda sig inför förlossningen.

Måttlig förlossningsrädsla innebär en oro som kvinnan kan ha svårt att hantera utan hjälp och stöd, men som inte medför ett ständigt psykiskt illabefinnande.

Svår förlossningsrädsla medför psykiskt illabefinnande som väsentligen stör kvinnans vardag, funktioner eller anknytning till fostret.

Förlossningsfobi medför att kvinnan på grund av extrem rädsla undviker graviditet eller vaginal förlossning.

Vidare kan förlossningsrädsla klassificeras utifrån primär förlossningsrädsla, sekundär förlossningsrädsla samt förlossningsrädsla som är ett symptom på prenatal depression. *Primär förlossningsrädsla* innebär att kvinnan känner en rädsla inför förlossningen som uppstår långt innan kvinnan fött sitt första barn. *Sekundär förlossningsrädsla* uppkommer efter en traumatisk förlossningsupplevelse. *Symtomet förlossningsrädsla vid en prenatal depression* behöver inte vara det primära bekymret utan kan handla om annan problematik som utlöser förlossningsrädslan (Areskog, Uddenberg & Kjessler, 1981).

Orsak

Att få barn är livsförändrande, fysiskt riskabelt och omöjligt att ställa in (Sjögren, 2003). Dessa tre punkter kan vara en anledning till att kvinnor känner förlossningsrädsla. Kvinnan står inför en ny uppgift i livet, att bli mamma för alltid. Trots graviditeten skall kvinnan fortsätta som vanligt med arbetslivet. Att vara självförsörjande och samtidigt gå in i mammarollen kan ibland vara svårt, vilket kan öka oron över livsförändringen (Sjögren, 2003).

Studier har visat att det är vanligare att uppleva förlossningsrädsla som förstföderska än som omföderska (Areskog, et al., 1981; Melender, 2002a; Zar, Wijma & Wijma, 2001; Zar, 2001).

Generellt försvinner skillnaden mellan dessa grupper efter förlossningen då båda grupperna är omfödorskor (Zar, 2001). Omfödorskor som upplever förlossningsrädsla har ofta tidigare haft en traumatisk förlossning (Areskog et al., 1981; Zar, 2001).

Att föda barn är för kvinnan och hennes partner en av de största händelserna i livet. Trots den svåra smärtan som upplevs under förlossningen värderar majoriteten av kvinnorna som fött barn ändå förlossningen som en positiv upplevelse enligt Ryding (2008). Endast ett fåtal kvinnor upplever förlossningen som överhängande negativ. Det finns en koppling mellan smärtupplevelse och graden av negativ förlossningsupplevelse (Ryding, 2008). Att förlora kontrollen är en viktig faktor som kan påverka kvinnans upplevelse. Det går inte medvetet att styra över förlossningsförloppet. För många kvinnor är det svårt att acceptera att lämna över sig, både till sin egen kropp och till förlossningspersonalen (Ryding, 2008; Melender, 2002a). Medicinska komplikationer kan påverka kvinnans förlossningsupplevelse negativt. Att känna sig väl förberedd inför förlossningen och känna sig delaktig i beslut och uppleva stöd från förlossningspersonalen samt sin partner har en positiv inverkan på kvinnan (Ryding, 2008). Att känna oro och viss rädsla inför sin förlossning är helt normalt. Det gör de allra flesta kvinnor någon gång, och det är ett sätt att förbereda sig inför förlossningen som är något stort och okänt (Söderberg & Silverstolpe, 2006).

Förlossningsrädsla kan ha olika orsaker. Dels är det beroende om kvinnan är förstfödorska eller omfödorska. Det kan även bero på vad kvinnan har med sig sedan tidigare i livet samt kvinnans sociala situation (Sjögren 1998; Melender 2002a; Zar et al., 2001). Rädsla för smärtan är stor trots att det finns bra smärtlindring på förlossningsavdelningarna. Smärta är den mest framträdande rädslan hos blivande mammor. Omfödorskor som upplevt svår smärta vid tidigare förlossningar är rädd för att uppleva den igen (Sjögren 1998; Saisto, Halmesmäki 2003; Geissbuehler 2002; Ryding 2008; Melender 2002a; Zar, et al., 2001). Många kvinnor är rädda för att brista i mellangården och i underlivet. Ofta hör kvinnor skräckhistorier av andra kvinnor som har spruckit/brustit och är rädda att detta ska drabba dem också. Rädslan att brista så kraftigt att kvinnans underliv förstörs och blir odugligt förekommer också (Saisto, Toivanen, Salmela-Aro 2006; Sjögren, 1998; Ryding, 2008; Melender, 2002a). Rädslan för att barnet ska dö eller skadas är en mycket vanlig oro som kvinnorna upplever. Det är vanligast hos de kvinnor som tidigare varit med om att förlora sitt barn under förlossningen eller som har fött ett barn som mått mycket dåligt eller varit sjukt (Lowe, 2000; Melender, 2002b; Melender, 2002a; Sjögren, 1998).

Kvinnor är ofta rädda för att förlora kontrollen över sin kropp under förlossningen. Detta är något kvinnan i dagens samhälle är ovan vid då vi har kontroll över de mesta som sker i livet. Omfödorskor med erfarenhet av att ha tappat kontrollen tidigare kan reagera med en rädsla för att detta ska upprepas vid nästa förlossning (Sjögren, 1997a; 1998, Ryding, 2008; Melender, 2002a). Vid svår förlossningsrädsla kan rädslan för att dö eller förlora förståndet vara stark hos vissa kvinnor. Kvinnor kan då drabbas av en panikattack, och få nära döden upplevelser (Sjögren, 1998; Ryding 2008 Melender, 2002a).

Kvinnor som drabbats av depression tidigare i livet eller efter första förlossningen kan ha lättare att återigen drabbas vid en nästkommande förlossning (Sjögren, 1998; Ryding 2008). Rädslan för att inte få hjälp kan böttna i att kvinnorna har en bristande tilltro till personalens vilja och/eller möjligheter att hjälpa. Detta kan också bero på att kvinnorna har dåliga erfarenheter av sjukvården sedan tidigare (Sjögren, 1997a; Sjögren, 1998; Ryding, 2008). Många kvinnor tycker att sjukhusmiljön är obehaglig och skrämmande. Även förmågan att tåla sprutor, blod och stick kan vara ett handikapp i samband med förlossningen (Sjögren,

1998). Andra rädslor som visat sig är att inte kunna andas och krysta på rätt sätt, att barnmorskans måste lägga ett klipp i mellangården och att inte hinna in till sjukhuset (Melender, 2002a).

Att föda barn är en del av livet. För förstfödelskor är detta en okänd, oförutsägbar och okontrollerbar händelse. Själva födelsen är en multidimensionell händelse som påverkar kvinnan psykologiskt, fysiskt, socialt och kulturellt. Att föda barn är en milstolpe i livet. Kvinnan blir mor och paret går tillsammans in i föräldrskapet (Alehagen, 2002). För en kvinna som aldrig tidigare fött barn och står inför sin första förlossning väcks många tankar och funderingar kring förlossning (Sjögren, 1998; Melender, 2002a, Melender 2002b). Lowe (2000) skriver i sin analys att 33 % av alla förstfödelskor upplever en lätt till svår förlossningsrädsla i jämförelse med 20 % av alla omfödelskor i analysen. Situationer och uttalanden under barn- och tonåren kan påverka kvinnan negativt. Personer i flickans omgivning kan ha uttryckt så pass negativa kommentarer kring flickans kropp att rädslan då tiden är kommen att föda barn kan bli oundviklig. Många kvinnor kommer i kontakt med sjukvården för första gången under sin graviditet (Sjögren, 1998). Sjukhusmiljön, undersökningar och sprutor kan vara skrämmande för en person som aldrig tidigare upplevt detta (Sjögren, 1998). Även tidigare svåra upplevelser av vården kan ha präglat kvinnan negativt. Särskilt svårt har kvinnor som på ett eller annat sätt utnyttjats sexuellt (Sjögren, 1998; Areskog, Uddenberg & Kjessler, 1983). En förstfödelska behöver mycket kunskap och information om vad som händer i kroppen vid det naturliga förlossningsförloppet. Personer i kvinnans närhet har ett stort ansvar att förmedla trygghet, understödja och bejaka hennes kvinnlighet (Sjögren 1998).

Konsekvenser av förlossningsrädsla

Förlossningsrädsla kan variera från en adekvat oro inför något okänt men oundvikligt till en intensiv rädsla för förlossningen. Det finns de kvinnor som helt avstår från att föda barn och begär abort vid en eventuell graviditet. Andra kvinnor som vill ha ett barn kräver att få ett planerat kejsarsnitt (Zar, 2001). Av alla gravida kvinnorna i Sverige lider ca 6-8 % av svår förlossningsrädsla och ca 17 % har måttlig förlossningsrädsla (Areskog, et al., 1981). Studier visar att den som är rädd för förlossningen löper en större risk att få sina farhågor besannade (Zar, 2001). Förlossningsrädsla är ett tillstånd som innebär ett svårt lidande för kvinnan och kan medföra risker för både kvinnan och barnet. Konsekvenserna av förlossningsrädsla är stora. Risken för förlossningskomplikationer och akuta kejsarsnitt ökar, liksom risken att utveckla posttraumatiskt stressyndrom efter en traumatisk förlossning som avslutats med sugklocka eller kejsarsnitt. (Socialstyrelsen 2005; Johnson & Slade, 2003; Melender, 2002a; Zar, et al., 2001; Zar, 2001). Det är vanligt att kvinnor med förlossningsrädsla önskar ett planerat kejsarsnitt och antalet kejsarsnitt på humanitär indikation har ökat i Sverige. Den totala kejsarsnitt frekvensen ökade från 10,9 % 1990 till 16,6 procent år 2001. Världshälsoorganisationens (WHO) generella rekommendation av kejsarsnitt från 1985 ligger på 10-15 procent. Den svenska kejsarsnittsfrekvensen ligger således klart över WHO:s rekommendation (Socialstyrelsen, 2005). Socialstyrelsen (2007) skriver att de planerade kejsarsnitten på förstfödelskor år 2007 hade en frekvens på 5 % medan de akuta kejsarsnitten hade en frekvens på 14 %. Den planerade kejsarsnitt frekvensen på omfödelskor låg på 9 % medan den akuta frekvensen låg på 6 %. Hela kejsarsnittsfrekvensen år 2007 hade ett riksgenomsnitt på 17,63 %. Av det totala antalet kejsarsnitt år 2006 utfördes 12,4 % (n = 1581) med anledningen av förlossningsrädsla. Av dessa 12,4 % var 24 % förstfödelskor och 76 % omfödelskor. Det stora antalet omfödelskor beror på negativa erfarenheter från föregående förlossning (SFOG, 2006).

Handläggning av förlossningsrädsla

Det är viktigt att fånga upp förlossningsrädda kvinnor under graviditeten. Då kvinnorna är rädda under graviditeten kan de också uppleva en större rädsla under förlossningen och även känna rädsla efter förlossningen (Alehagen, Wijma & Wijma, 2006). Ibland hjälper det att endast prata med barnmorskan inom mödrahälsovården och förbereda sig mentalt inför förlossningen. Det är viktigt att ta reda på varför kvinnan är rädd och vad som är skrämmande för att kunna ge den hjälp kvinnan behöver. För en del kvinnor räcker inte hjälpen inom mödrahälsovården, de remiteras då vidare till en psykolog som är specialiserad på frågor i samband med barnafödande eller till en barnmorska på förlossningskliniken. Vanligtvis kallas det för Auroramottagning (Söderberg, et al., 2006; Sjögren, 1998; Ryding, 2008; Waldenström, Hildingsson & Ryding, 2006). Namnet Aurora betyder morgonrodnad, vilket syftar till att ge kvinnor ljusare tankar kring födandet (Sjögren, 1998; Eriksson, 2006). Under Aurorasamtalen får kvinnan information och kunskap om vad som händer i kroppen i samband med födandet och kvinnan får samtidigt berätta om sin rädsla och oro. Hon får även bekanta sig med förlossningsavdelningen samt förlossningsrummet där hon senare ska föda. Det man strävar efter under samtalen är att stödja kvinnan så hon får ett ökat självförtroende och lust att föda (Sjögren, 1998; Ryding 2008; Saisto, et. al., 2006; Waldenström et al., 2006). För att ett Aurorasamtal ska bli så bra som möjligt är förutsättningen att mötet mellan kvinnan och barnmorskan blir genuint. Det är viktigt att barnmorskan möter kvinnan med respekt och är öppen för det kvinnan har att skildra (Berg & Lundgren, 2004). Om kvinnan fortfarande efter Aurorasamtalen inte vill föda vaginalt på grund av rädsla får hon träffa en specialistläkare för samtal och bedömning av skäl för att göra ett planerat kejsarsnitt eller igångsättning av förlossningen (Ryding, 2008; Söderberg, Silverstolpe, 2006; Waldenström, et al., 2006). Det är inte självklart att alla kvinnor som vill bli förlösta med kejsarsnitt blir det. Det krävs mycket starka skäl för att få ett planerat kejsarsnitt (Söderberg, et al., 2006). Om kvinnan lider av stark förlossningsrädsla hos den annars friska kvinnan påminner detta om fobiska tillstånd (Ryding, 2008; Hildingsson, 2003). Korttidsterapi ger bra resultat vid ångest men det finns ingen behandling som endast fokuserar på förlossningsrädsla. Kognitiv psykoterapi har visat god effekt på graden av ångest och på förlossningens längd men inte på andelen kejsarsnitt (Ryding, 2008).

Internet som informationskälla

I föreliggande studie kommer vi att undersöka förlossningsrädsla och vilken betydelse familjesidor på Internet har för förstföderskor. På senare år har användningen av Internet ökat då det gäller att finna fakta om sjukvård (Josefsson, 2007; Ryding, 2008). Mängden av användare i västvärlden varierar men trenden visar på att användning av Internet för informationssökning bland enskilda individer ökar. Då behovet ökar från allmänheten ökar även utbudet av information kring sjukvård på Internet. Talrika källor erbjuder medicinsk information och sociala interaktioner på Internet. Skaparna av dessa Internetsidor kan antingen vara privata eller offentliga såsom patient föreningar, läkemedelsföretag, offentliga sjukvårdsinrättningar, medicinska forskningscenter, sjukhus och universitet (Josefsson, 2007). Människor får ett eget ansvar och frihet i att finna sin egen information på Internet. Förut var patienten passiv, tog emot och accepterade alla behandlingsformer samt läkemedel läkaren hade att erbjuda. Patienten är numera mer informerad och vill vara aktiv kring besluten som tas. Människor kan idag få medicinska fakta samt emotionellt stöd 24 timmar om dygnet. Den nya tillgängligheten till information triggat människorna i samhället att ställa krav på hälso- och sjukvården angående servicen. På Internet förekommer det självhjälpsgrupper som patienterna själva startat. På dessa sidor förekommer information om ett visst hälsotillstånd

där patienterna har en möjlighet att påverka varandra på anslagstavlor, e-mail och konversationer (Josefsson, 2007).

Vårdvetenskaplig förankring

I vårt ämne som behandlar förlossningsrädsla är det viktigt att se hela människan och se den ur deras perspektiv. Vi har därför valt att lyfta fram några vårdvetenskapliga begrepp och relatera dessa till vårt ämne.

Vårdvetenskapen som disciplin innebär en strävan efter att förklara och förstå vad som menas med vård, vårdande och omvårdnad (Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Under ett par decennier har vårdvetenskapen använt sig av några övergripande begrepp. Begreppen är människan, hälsan, världen/omgivningen samt vårdandet (Jahren Kristoffersen, 1997; Dahlberg, et al., 2003). Då dessa begrepp är alltför allmänna använder vård, vårdutbildning och vårdforskning ofta ett förtydligande av dessa ord. Ett sätt att förtydliga är att använda begreppen livsvärld, lidande/välbefinnande, subjektiv kropp samt vårdrelation (Dahlberg, et al., 2003). Vid användandet av föregående begrepp skall alltid patientens perspektiv beaktas. Patientperspektivet tydliggörs med hjälp av vårdvetenskapens generella strukturer samt ontologiska antaganden vilket berör människan, hälsan och vårdandets grundmotiv. Enligt ontologin kan man inte tala om vare sig kropp, psyke, själ och/eller ande, utan bara om en "människa". Det är en viktig vårdvetenskaplig utgångspunkt. (Dahlberg et al., 2003).

Livsvärld

Det är viktigt att barnmorskan har ett livsvärldsperspektiv när hon bemöter förlossningsrädda kvinnor. Genom ett livsvärldsperspektiv uppmärksammas människors vardagsvärld och dagliga tillvaro (Dahlberg et al., 2003). Livsvärldsperspektivet innebär också att se, förstå och beskriva, samt analysera världen så som den upplevs av människan. Livsvärlden är den verklighet som vi dagligen lever i och ständigt, om än omedvetet tar för given. Det är först när något inträffar som hotar vår livsvärld såsom skada och sjukdom som vi börjar reflektera över den. Då kan livsvärlden rubbas (Dahlberg, et al., 2003) vilket kan ske vid en graviditet hos en förlossningsrädd kvinna.

Inom vårdvetenskapen strävar man efter att alltid ha ett patientperspektiv och då också ett livsvärldsperspektiv. Det är viktigt att ha patientens levda erfarenheter och verklighet i fokus vid vårdande av patienten. Vårdvetenskapens ontologiska utgångspunkter tillsammans med ett livsvärldsperspektiv innebär att människans unikheter beaktas och uppmärksammas. I vårdandet använder livsvärldsansatsen det etiska patientperspektivet som kännetecknar vårdvetenskapen genom att det innebär ett fokuserande av hur patienten upplever sin hälsa, sitt lidande, sitt välbefinnande eller sin vård. För att vårdaren skall kunna bejaka patientens livsvärld krävs det att vårdaren är öppen och följsam inför patienten och dennes upplevelse av sin sjukdom eller skada. Att vara öppen mot en patient innebär att möta den andre så förutsättningslöst som är möjligt. (Dahlberg, et al., 2003).

Lidande och välbefinnande

Barnmorskans uppgift är att lindra kvinnans lidande och öka hennes välbefinnande. Både lidande och välbefinnande finns i människors liv och relationen mellan dem är som en pendel som gungar fram och tillbaka (Eriksson, 1994). För varje enskild patient har lidandet och välbefinnandet olika dimensioner. För att vårdaren skall kunna förstå och hjälpa patienten måste vårdaren se och försöka förstå patientens egna perspektiv (Dahlberg, et al., 2003). Sedan 1940-talet har begreppet lidande visat tecken på att försvinna. Istället för lidande används numera termer som smärta, ångest och sjukdom. Under senare år har dock vårdvetenskaplig- och skönlitteratur återigen anammat begreppet lidande. Begreppet lidande och smärta är inte synonyma. Det kan finnas ett lidande då smärtan inte finns likaväl som smärta kan förekomma utan lidande. Inför lidandet bär människan på rädsla, ångest eller oro. Lidandet är inte liktydligt med ångest, däremot kan en människa som lider ha ångest. Orsaken till lidande kan vara ångest (Eriksson, 1994). Det finns en annan form av lidande som kallas vårdlidande, det vill säga det lidande som drabbar patienter på grund av vårdandet eller brist på vårdande. Målet med vården är att lindra patientens lidande och, om det är möjligt, öka välbefinnandet. Detta förutsätter att lidandet och välbefinnandet ses som unika för varje enskild patient och människa (Dahlberg, et al., 2003). Nilsson (2003) finner i sin studie ett samband mellan vårdlidande och förllossningsrädsla. Patienter som deltog i studien upplevde vårdlidande vilket för dem innebar att de vårdinsatser som personalen gjort eller låtit bli att göra under förllossningen och BB, framkallade ett onödigt lidande för kvinnan.

Subjektiv kropp

Vid en graviditet sker en stor förändring hos kvinnan. Hon påverkas både fysiskt, psykiskt, existentiellt och andligt. Människan har tillgång till livet genom sin kropp. Det är genom och med sin kropp som människor upplever världen (Dahlberg, et al., 2003). Utan vår kropp skulle vi inte kunna uppleva vår värld. Varje förändring i kroppen medför en förändring av tillgången till världen och till livet. När en människa drabbas av sjukdom eller svår skada blir en sådan förändring tydlig. En sådan förändring är också påtaglig när en man och kvinna skapar ett nytt liv. Genom kroppen har vi tillgång till människor i vår omgivning. Människans kropp är levande och kan inte ses som ett objekt utan ett subjekt. Den subjektiva kroppen är både fysisk, psykisk, existentiell och andlig på samma gång. Den bär med sig kunskap, upplevelser och minnen. Människan "har" inte sin kropp utan "är" sin kropp. Vårdvetenskapen kan knyta an till en teori som både praktiskt och teoriskt innebär ett helhetsperspektiv med begreppet subjektiv kropp. Vårdvetenskapen har således en naturlig utgångspunkt i den subjektiva och levda kroppen. Sjukdom och ohälsa kan för människan medföra en förlorad förmåga eller tillgång till livet och världen. (Dahlberg, et al., 2003).

Vårdrelationen

En god vårdrelation går ut på att patienters lidande och välbefinnande ses och uppmärksammas som något unikt (Dahlberg, et al., 2003). Genom livsvärldsperspektivet finns det en öppenhet inför patienten som har med sig erfarenheter och upplevelser som har förmedlats genom den subjektiva kroppen. Vårdrelationen mellan vårdare och patient utmärks av ett professionellt engagemang som innebär att vårdaren inte räknar med att få ut något för egen del. För en god vårdrelation krävs det en mellanmänsklig relation mellan vårdare och patient. Vidare krävs det att relationen är oreflekterad och har ett stort inslag av den personliga förförståelsen. Det finns flera olika hinder för vårdaren att skapa en vårdande relation med patienten, tid är ett sådant hinder. Arbetsituationen kan av vårdaren upplevas

som tidsmässigt pressande att möjligheterna till en god vårdrelation går förlorad. Relationen mellan patient och vårdare kan alltså vara både bra och dålig och den kan vara vårdande eller icke vårdande. En genuin vårdrelation skapas genom att vårdaren och patienten närmar sig varandra steg för steg. Vårdaren får då möjlighet att se patienten som en unik person och patienten ser vårdaren som något mer än en yrkesroll. Det är när den unika personen har framstått som vårdaren kan förstå patientens situation och hur patienten har det. Ansvar för vårdrelationen ligger alltid hos vårdaren, det är också vårdarens ansvar att se till att vårdrelationen blir positiv. Målet med en god vårdrelation är att vårdaren ska skapa en vårdrelation som innebär att vårdaren gör sitt bästa för att lindra lidande och främja hälsa och välbefinnande (Dahlberg, et al., 2003). En studie visar att en omtänksam och omhändertagande barnmorska som ger den födande kvinnan ständig uppmärksamhet minskar risken för ångest, smärta och rädsla under förlossningen (Hunter, 2002).

Tidigare forskning

Frågan om förekomsten av förlossningsrädsla har varit i fokus för olika studier. Liknande siffror kring förlossningsrädsla har cirkulerat i vetenskapliga artiklar de senaste 30 åren. I en svensk studie som gjordes för 27 år sedan intervjuades 139 friska kvinnor i den senare delen av graviditeten. Resultatet visade att 17 % var måttligt rädda och 6 % led av allvarlig förlossningsrädsla (Areskog, et al., 1981). Areskogs resultat håller än då andra studier i Europa visar samma siffror än idag. Studierna är gjorda i Schweiz, Sverige och Finland (Geissbuehler & Eberhard, 2002; Saisto & Halmesmäki, 2003; Sjögren, 2003). Finska forskare har skattat förlossningsrädslan till 20 %. De har även fått fram att 6-10 % lider av svår förlossningsrädsla (Saisto & Halmesmäki, 2003). I Schweiz gjordes en studie med över 8000 kvinnor där 5,3 % upplevde en extrem rädsla och hela 57,5 % upplevde måttlig rädsla för förlossningen (Geissbuehler & Eberhard, 2002) Hildingsson (2003) ställer frågan om kvinnor idag är mer rädda för förlossningen eller om medias exponering har ökat uppmärksamheten kring problemet. Det finns inga vetenskapliga bevis på att kvinnor idag är mer rädda än tidigare.

Forskning har också studerat förlossningsrädslans uttryck, vad kvinnor är rädda för. Studier visar att den mest vanliga rädslan under graviditeten är att något ska hända barnet (Lowe, 2000; Melender, 2002b). Andra studier har visat att smärtan är den vanligaste rädslan (Sjögren, 1998; Saisto & Halmesmäki, 2003; Geissbuehler & Eberhard, 2002; Ryding, 2008). Alehagen, et al. (2006) fann dock ingen koppling mellan smärta och förlossningsrädsla. Nilsson och Lundgren (2007) gjorde fyndet att omfödernornas främsta rädsla var relaterad till smärta och dåliga erfarenheter av tidigare förlossning och vårdpersonal. Rädsla att tappa kontrollen under förlossningen, rädsla för själva förlossningen, rädsla för smärtsamma sammandragningar och rädsla för sjukhusmiljön är andra vanliga symtom (Lowe, 2000; Sjögren 1997a; Melander, 2002a). I en studie på 100 gravida kvinnor hade 73 % låg tilltro till den obstetriska personalstyrkan. 31 % av kvinnorna trodde sig inte få tillräckligt med stöd och 42 % var rädda att de inte fick vara delaktiga i viktiga beslut (Sjögren, 1997a).

Förstfödernkor är rädda då de aldrig tidigare upplevt en graviditet eller förlossning (Melander 2002a; Melender, 2002b). Omfödernkor känner rädsla då de tidigare upplevt en negativ graviditet eller förlossning. För vissa upplevdes förlossningen som en mycket smärtsam eller obehaglig upplevelse. Att tidigare fött barn med en sjukdom, handikapp eller ett dödfött barn kan orsaka rädsla (Melander, 2002a; Melender, 2002b). Omfödernkorna som tidigare upplevt en traumatisk förlossning hade en signifikant större oro för döden i jämförelse med förstfödernkorna (Sjögren, 1997a; Melander, 2002a). Areskog, et al. (1983) gjorde fyndet att

förlossningsrädda omfödskor inte var rädda på grund av en tidigare traumatisk förlossning utan hade även varit rädda som förstfödskor. En studie fann att förlossningsrädda kvinnor även var oroliga inför vaginal undersökning, att åka till sjukhuset, att något skulle hända barnet och rädsla för ett missfall (Hildingsson, et al., 2002).

Forskning har också fokuserat på konsekvenser av förlossningsrädsla. Kvinnor med svår förlossningsrädsla lider av sömnlöshet, mardrömmar, kan inte se fram emot barnets födelse och är upptagen av tankar kring kejsarsnitt (Sjögren, 1997a; Saisto & Halmesmäki, 2003). De upplever också fysiska problem och har svårt att koncentrera sig på familjen och sitt arbete. Många gånger leder rädslan till att vilja föda med kejsarsnitt istället för att föda vaginalt (Saisto & Halmesmäki, 2003). I en annan studie fann forskarna att förlossningsrädda kvinnor känner sig svagare och mindre värda än icke förlossningsrädda kvinnor. Kvinnorna tappar därför tron på att kunna bära ett barn samt att föda fram barnet på grund av rädslan (Nilsson & Lundgren 2007).

Forskare har också studerat förlossningsrädsla i relation till kvinnans personlighet. Rädsla för förlossningen är ofta kopplad till generell ångest, låg självkänsla och depression (Saisto & Halmesmäki, 2003; Lowe, 2000). Lowe (2000) belyste i sin studie att dessa kvinnor hade en större benägenhet att känna hjälplöshet. Vid en annan studie med 329 förlossningsrädda kvinnor fann forskaren ett flertal vanliga uttryck. Uttrycken, av naturen är jag pessimist, jag har alltid otur, jag är blyg, jag känner mig ensam och jag har dåligt samvete, var vanliga uttryckssätt hos den förlossningsrädda kvinnan (Melender, 2002a). Sårbara kvinnor som haft relationsproblem under barndomen och som har en svår rädsla för förlossningen riskerar att få en mer negativ förlossningsupplevelse (Ryding, et al., 2007). En dansk studie fann att kvinnor som väntade sitt första barn och hade låg utbildning, dåligt socialt nätverk, var ung och arbetslös hade en högre tendens att uppleva förlossningsrädsla. Förstfödskorna som tidigare lidit av ångest och depression tenderade att lättare drabbas av förlossningsrädsla. Kvinnorna visade ingen skillnad på förlossningsrädslan vid tidig eller vid sen graviditet, frekvensen låg stabilt kring 7,5 % (Laursen, et al., 2007).

I en studie som gjordes 1983 fann forskarna att förstfödskorna ofta haft negativa erfarenheter tidigare i livet. De tre olika orsakerna till rädsla var, negativa sexuella erfarenheter under uppväxtåren, negativa erfarenheter som barn och en generell benägenhet att känna ångest. Man fann en koppling mellan kvinnor som upplevt negativa sexuella erfarenheter vid uppväxtåren och förlossningsrädsla. Båda dessa kunde vara ett uttryck för en negativ attityd gentemot den egna kroppen. Studien kom även fram till att förlossningsrädda kvinnor var negativa till gynekologiska undersökningar. Det visade sig att många av förstfödskorna hade en dålig kontakt med sina egna mödrar (Areskog, et al., 1983).

En studie från Finland har undersökt var kvinnor sökte hjälp för rädslan. Resultatet visade att kvinnor sökte hjälp inom det sociala nätverket eller hos professionell vårdpersonal. Vissa av kvinnorna hanterade rädslan på egen hand. De flesta fick hjälp av sin make, moder, systrar eller andra nära familjemedlemmar. Även arbetskollegor och vänner gav kvinnan råd. Generellt upplevde kvinnan att mödravården var en positiv informationskälla. Kvinnorna upplevde informationen som både positiv och negativ. Dock kunde ibland vissa uppleva att informationen kring barnafödandet kunde skrämja mer än hjälpa (Melender, 2002b).

Forskningen i relation till förlossningsrädsla har också studerat effekter av behandling. En studie som gjordes på 100 svårt förlossningsrädda kvinnor mellan 1989-1992 visade positiva resultat. Kvinnorna fick i studien träffa en gynekolog som var specialist inom det

psykosomatiska området. De hade ett medeltal på 3,4 behandlingstillfällen. Före behandlingen ville 68 av kvinnorna föda med kejsarsnitt. Av de 100 kvinnorna i studien blev 35 erbjudna psykoterapi vilket 25 accepterade. Efter den individuella behandlingen stod 30 kvinnor fast vid att föda med kejsarsnitt medan 38 av kvinnorna nu ville föda vaginalt (Sjögren & Thomassen, 1997). 1998 påbörjades gruppterapi för förlossningsrädda förstföderskor i Helsingfors för första gången. Gruppterapin bestod av diskussioner kring förlossning, visualiseringsövningar och avslappningsövningar. Sammanlagt deltog 102 kvinnor. Det fanns också en kontrollgrupp där 85 förlossningsrädda kvinnor fick träffa en obstetriker två gånger för att diskutera sin rädsla. Efter avslutad behandling ville 82,4 % av kvinnorna som fått gruppterapi föda vaginalt medan endast 67,1 % av kvinnorna i kontrollgruppen ville detsamma. Vid utvärderingen fann författarna att det som var viktigast och som hjälpt kvinnorna allra mest var diskussionerna med de andra kvinnorna i gruppen och stödet de fick av varandra. Även informationen de fått av gruppleddaren var till stor hjälp (Saisto, et al., 2006).

I flera länder världen över ses en ökning av kejsarsnittfrekvensen utan medicinsk indikation och anledningen till varför diskuteras flitigt, men forskare är tämligen överrens om att det till stor del är relaterat till förlossningsrädsla (Hildingsson, et al., 2002; Laursen, et al., 2007; Melender, 2002a). Förlossningsrädsla ökar även risken för ett akut kejsarsnitt (Melander, 2002a; Zar, et al., 2001; Johnsson & Slade, 2003). Redan i början på 1980-talet sågs en markant ökning av kejsarsnittfrekvensen relaterad till förlossningsrädsla. En studie som gjordes mellan 1983-1989 på psykosocial indikation fann en ökning från 0,5 % till 1,45 %. (Nielsen, et al., 1994). 8 % av alla kejsarsnitt som utfördes på Helsingfors Universitetssjukhus år 2003 berodde på förlossningsrädsla (Saisto, et al., 2006). Kejsarsnittfrekvensen har ökat i Sverige från 10,9 % år 1990 till 16,6 % år 2001 (Socialstyrelsen, 2005). Hildingsson (2003) skriver att kejsarsnittfrekvensen har legat runt 10-12 % de senaste 20 åren i Sverige men att den nu ökar ständigt.

En annan studie som undersökte 3013 kvinnors önskemål om förlossningssätt fann forskarna att 8,2 % i början av graviditeten ville föda med kejsarsnitt. Dessa kvinnor var ofta äldre än 35 år, ogifta, bodde i en liten stad, var rökare, hade nyligen gjort en abort, hade nyligen genomgått ett planerat eller akut kejsarsnitt. Om kvinnan tidigare fött fram ett dött barn dubblerades risken för att vilja föda med kejsarsnitt. Kvinnorna som önskade ett kejsarsnitt hade blandade känslor kring graviditeten. En del upplevde graviditeten som dålig timing och hade haft funderingar kring abort (Hildingsson, et al., 2002).

Mannen har idag en självklar roll under graviditeten och förväntas delta under förlossningen, men trots det är förlossningsrelaterad rädsla hos män fortfarande relativt outforskat. Förlossningsrädda män kan påverka kvinnan negativt. Det har gjorts mycket få studier men på senare år har mannens rädsla inför förlossning uppmärksammats (Eriksson, 2006). Forskning har sett att partnern till den förlossningsrädda kvinnan har ett mönster som visar på lågt psykologiskt välbefinnande som resulterar i en låg livssituation, otillfredsställelse med partnern och depression (Saisto & Halmesmäki, 2003). En studie som gjordes 1997 visade att 37 % av kvinnornas män var rädda för förlossningen. Av männen ville 22 % att kvinnan skulle föda med kejsarsnitt. I en studie som gjordes i Sverige intervjuades 20 män som var förlossningsrädda. De fick beskriva sin rädsla och vad de var mest rädda för. Deras största rädsla var att något skulle hända deras partner som riskerade hennes hälsa eller liv. Även rädslan för att något skulle gå fel hos det ofödda barnet var stor. Flertalet män beskrev sin rädsla som att de inte kunde sluta tänka på den, tankarna upptog stora delar av tiden. Uppmärksamheten på kvinnan ökade och känslan av oro i kroppen var stark hos männen. De

hade svårt att prata om sin rädsla, framför allt med sin partner då de inte ville belasta henne med sin oro (Eriksson, Salander, Hamberg, 2007).

Tidigare forskning när det gäller Internet visar att det finns olika anledningar till initiativet att bygga upp självhjälpgrupper på Internet (Josefsson, 2007). Internet används för att finna mer information kring en sjukdom, sökande efter socialt stöd samt att främja andra i samma situation. Vid intervjuer med patienter fann man att behovet var stort att ta reda på allt om sin sjukdom. En del upplevde att de inte fått tillräckligt mycket information av sin läkare, därför blev Internet en bra informationskälla. Patienterna upplevde en form av självläkande terapi då de sökte efter information på Internet. Många upplever det stärkande att träffa andra i samma situation. En kvinna uttrycker en styrka i att hon och andra kvinnor talar om gemensamma erfarenheter. På så sätt har hon fått ett bättre självförtroende och vågar därför kräva mer utav sin läkare (Josefsson, 2007). Informationssökandet på Internet upplevs inte bara som positivt. Många är medvetna om att det förekommer många lekmän som uttalar sig kring sjukdomar på Internet. Flera personer uttrycker en önskan om att vården skulle vara mer tillgänglig på Internet. En person önskar att vetenskapliga artiklar kring sjukdomar skrivs på ett sådant sätt att alla kan förstå innehållet. En annan uttrycker problemet att bli överöst med information. Information kring sjukdomens komplikationer kan skrämja mer än hjälpa (Josefsson, 2005).

PROBLEMFORMULERING

Tidigare forskning visar att förlossningsrädsla finns beskrivet från olika länder med liknande frekvens. En 30 år gammal svensk studie visar att 17 % av kvinnorna upplever måttlig rädsla medan 6 % lider av allvarlig förlossningsrädsla (Areskog, et al., 1981). Detta är siffror som stämmer överens med dagens forskning. Författarna har funnit studier som undersökt varför kvinnan är rädd för att föda och vilka konsekvenser rädslan har för kvinnans liv samt för förlossningsutfallet. Olika behandlingsalternativ har också fokuserats i studier. Däremot finns det få studier som vänt sig direkt till kvinnan för att undersöka hennes upplevelser av förlossningsrädsla. Internet är en kunskapskälla som kan användas för att finna mer information kring sin sjukdom, sökande efter socialt stöd samt att främja andra i samma situation. Vi har dock inte funnit någon studie där Internet som kunskapskälla undersökts i relation till barnafödande eller förlossningsrädsla. En fråga för detta arbete är om kvinnor som tidigare förlitat sig till vårdprofessionen kan söka sig efter andra informationscentra så som forum på Internet. På Internet finns familjesidor där bl.a. förlossningsrädsla diskuteras bland medlemmarna. Dessa forum har inga professionella rådgivare utan medlemmarna ger varandra råd. Det behövs mer kunskap om hur familjesidor på Internet påverkar kvinnan och hennes förlossningsrädsla. Kunskapen är viktig för att barnmorskan skall kunna ge en bra vård till förlossningsrädda kvinnor.

Följande frågeställningar har därför varit till grund för detta arbete:

1. Frågan, varför är förstföderskan rädd för att föda barn har använts för att komma i kontakt med avsedda kvinnor på Internets familjesidor.
2. Hur upplever kvinnorna sin förlossningsrädsla?

3. Kan familjesidor på Internet vara till hjälp och i så fall hur?

SYFTE

Studiens syfte är att beskriva förstföderskors upplevelse av förlossningsrädsla samt vad familjesidor på Internet har för betydelse för att hantera situationen.

METOD

Vid analysen användes en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats då texten därigenom förutsättningslöst kunde analyseras (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Denna metod valdes av forskarna då studien bygger på förlossningsräddas berättelser och deras upplevelser.

Innehållsanalys som vetenskaplig metod utvecklades för att kunna bearbeta stora mängder data och användes till en början först och främst av massmedieforskare (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Innehållsanalysen som användes var av kvantitativ ansats med syfte att analysera frekvenser och proportioner inom samhället. Denna metod används än idag till exempel inom massmedieforskningen. Den kvalitativa innehållsanalysen lägger fokus på tolkning av texter och används framförallt inom humanvetenskap, vårdvetenskap och beteendevetenskap. Metoden kan appliceras på olika texter och tolkning och kan ske på olika nivåer, det innebär att forskare inom flera områden kan använda kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys har inom omvårdnadsforskningen använts för att granska och tolka texter såsom utskrift av bandade intervjuer, journaler och videofilmer (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Den metodologiska ansatsen kan vara både induktiv och deduktiv (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Vid deduktiv ansats har forskaren använt en utarbetad mall, modell eller teori. Denna metod kan forskaren använda då till exempel omvårdnadsprocessen skall analyseras. Induktiv ansats innebär att forskaren förutsättningslöst kan analysera texten som bygger på människors berättelser och upplevelser, något vi ansåg lämpligt för vårt arbete.

Uppfattningen om att "sanningen" finns i betraktarens ögon är ledande inom kvalitativ tradition (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Detta innebär att omvärlden ses som komplex, kontextberoende, subjektiv och konstruerad där texten i analysen ses i sitt sammanhang. Forskarens tolkning av människornas berättelser bör göras med medvetenhet om deras personliga historia, livsvillkor och kultur (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Vid användning av kvalitativ ansats växlar tolkningen av materialet mellan närhet och distans. Forskaren blir därmed medskapare i forskningsprocessen. Då forskaren använder strukturerade frågeformulär samt icke deltagande observationer kan syftet att distansera sig uppnås. Strukturerade frågeformulär innebär att forskaren i förväg har valt ut frågor som ställs på samma sätt till alla deltagare. Vid icke deltagande observationer gör sig forskaren osynlig för att inte påverka händelseförloppet. Vid narrativa intervjuer berättar intervjupersonen fritt om sina erfarenheter och upplevelser kring det ämne som studeras. Då forskaren stimulerar berättandet blir denne medskapare i texten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Vid kvalitativ innehållsanalys kan problem uppstå vid användning av begrepp. I vetenskapliga artiklar där kvalitativ innehållsanalys används ses ibland begrepp relaterade till kvantitativ tradition. För att bedöma trovärdigheten vid kvantitativa studier används oftast statistiska metoder. Vid kvalitativa studier används reflekterande och resonerande metoder, till exempel konsensusförfarande. Vid användning av konsensusförfarande reflekterar och diskuterar deltagarna i forskningsgruppen i syfte att uppnå enighet vid tolkning av texten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Vid kvalitativ innehållsanalys fokuserar forskaren på att identifiera skillnader och likheter i textens innehåll (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Likheter och skillnader delas in i kategorier och teman på olika plan. När forskaren skapar kategorier och teman har kontext betydelse. Ett perspektiv av kontext är det sammanhang i vilket studierna genomförs. Resultatet i studien är insamlad på Internet. För att kunna tolka texten krävs det att forskaren har kunskap om det sammanhang i vilket studierna genomförs. Forskaren kan inte hur som helst plocka ut delar ur texten då texten inte är autonom och fri från sitt sammanhang.

Analysprocessens begrepp

Som vid alla vetenskapliga metoder delas arbetet in i etablerade begrepp. Vid kvalitativinnehållsanalys används begreppen analysenhet, domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori och tema för att beskriva analysprocessen (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Analysenhet

Analysenheten bör vara tillräckligt stor för att utgöra en helhet och tillräckligt liten för kunna analyseras i analysprocessen. Forskaren betraktar hela studien som skall analyseras som en analysenhet. Vår analysenhet utgörs av svaren från de förlossningsrädda kvinnorna på Internet.

Domän

Domän är delar av texten som handlar om ett speciellt område och utgör en grov struktur som forskaren kan identifiera med låg grad av tolkning. Om arbetet behandlar olika faser i en process kan dessa faser utgöra naturliga domäner.

Meningsenhet

Meningsenhet är en meningsbärande del i texten. Meningsenheten kan utgöras av ord, meningar och stycken i texten som hör ihop genom sitt innehåll och sammanhang. Grunden av analysen utgörs av lagom stora meningsenheter. Om meningsenheten är för stor kan det innebära att innehållet går förlorat då den rymmer flera betydelser. Små meningsenheter kan istället medföra att studien blir fragmenterad.

Kondensering

Vid kondensering görs texten kortare och mer lätthanterlig samtidigt som det viktiga innehållet behålls utan att det väsentliga försvinner.

Abstrahera

Att abstrahera menas att innehållet lyfts till en högre logisk nivå. Giltigheten av abstraktionen bör kontrolleras mot meningsenheter och kondenserad text.

Kod

En kod är en beteckning på en meningsenhet som kortfattat redogör för dess innehåll. Koderna är ett redskap som hjälper forskaren att begrunda sina data med andra ögon. Koderna skapas alltid med hänsyn till meningsenhetens kontext.

Kategori

Innehållet i en kategori är närbesläktat och skiljer sig från innehållet i andra kategorier. Kategorier byggs logiskt upp i huvudkategorier, kategorier och underkategorier. Data som svarar på syftet får inte gå förlorat när det saknas en lämplig kategori. När studien byggs på människors upplevelser kan deras svar likna varandra så pass att de passar in i två eller olika kategorier. Beteckningen av en kategori svarar på frågan "Vad"? och skildrar innehållets beskrivande nivå på Internet.

Tema

Teman skapas för att förena det underliggande innehållet i kategorier. Tema kan definieras som "den röda tråden". Ett tema svarar på frågan "Hur"? som skildrar tråden mellan de olika kategorierna på en tolkande nivå. Det underliggande innehållet i temat kan avspeglas i mer än en kategori. Ett tema kan delas in i underteman (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Urval

Kriterier för att medverka i studien var att kvinnan skulle vänta sitt första barn samt att hon upplevde förlossningsrädsla. Totalt erhöles 32 svar från förlossningsrädda kvinnor. Sju av svaren exkluderades då omföderskor svarade på frågorna. Kvar fanns 25 svar som användes i resultatet.

Datainsamling

Datainsamling har skett genom öppna frågor på familjesidor på Internet. Författarna sökte på Internet efter familjeforum där gravida kvinnor samlas. Författarna fann fem olika forum; familjeliv.se, minbebis.se, babyboom.nu, alltforforaldrar.se och gravid.se. Tre öppna frågor lades ut på forumen där kvinnorna fritt fick svara utifrån frågorna: "Varför är du som förstföderska rädd att föda barn?" "Hur upplever du din förlossningsrädsla?" och "Kan familjesidor på Internet vara till hjälp och i så fall hur?" I beskrivningen om studien erbjöds kvinnorna att antingen svara i forumet eller skicka sina svar till författarnas mailadress på Internet för att undvika att andra personer på forumet skulle ta del av svaren. Två personer valde att skicka svaren till författarnas mailadress. Följdfrågor som "kan du beskriva det lite närmare"? "Hur tänker du när..."? "på vilket sätt..."? ställdes till de kvinnor som författarna ville få ett mer utförligt svar från. Följdfrågorna lades sedan ihop med kvinnans tidigare svar och det hela analyserades tillsammans.

Dataanalys

Data bearbetades genom kvalitativ innehållsanalys (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). För att få en känsla av materialet läste författarna igenom svaren ett flertal gånger för att fånga helhetsbilden. Kvinnornas svar utgjorde ungefär en halv A4 sida till en hel A4 sida per person. Författarna bekantade sig med materialet för att få en förståelse för texten. Under hela analysarbetet har fenomenet förlossningsrädsla hos förstföderskor varit i fokus. Under analysen har materialet delats in i tre delar. Ett som svarade på förstföderskors rädsla inför födandet, ett som svarade på hur de upplever sin rädsla samt ett hur familjesidor på Internet kan hjälpa kvinnan. Varje del analyserades sedan var för sig. Analysenhet i studien utgörs av svaren på frågorna som är nerskrivna, även kallad texten. De tre domänerna i texten utgörs av; varför förstföderskor är rädda, hur de upplever sin rädsla och på vilket sätt familjesidor på Internet kan hjälpa. Vid dataanalysen lyftes först meningsbärande enheter ur texten, vilka utgjordes av citaten. Sedan kondenserades texten och tillfälliga kategorier bildades. Ur dessa kategorier formades underkategorier, huvudkategorier och till sista teman. Framväxten av de slutgiltiga teman var en process som pågick under hela analysarbetet. Under hela processen diskuterade författarna innehållet för att på så sätt uppnå en enighet. Analysprocessen finns beskriven i bilaga 1.

Etiska överväganden

Författarna har inte ansökt om etiskt lov då inte detta är nödvändigt vid en magister uppsats. Kvinnorna har själva valt att svara på frågorna som författarna har lagt ut på forumen. När författarna presenterade sig själva i forumet stod det skrivet att deltagandet var frivilligt. Det stod också att alla svar skulle hanteras konfidentiellt. Kvinnorna använder inte sina riktiga namn utan har ett alias på Internet. Därför är kvinnornas riktiga identitet okänd för författarna.

RESULTAT

Resultatet består av tre teman; *mental hälsa*, *den skadade kroppen* och *familjesidor på Internet är en bra kunskapskälla med viss tveksamhet*.

Temat *mental hälsa* består av följande kategorier; oro/ångest, acceptera sitt öde och bristande tillit. Underkategorierna till mental hälsa är rädslan är inte överhängande eller ständig, försöker inte tänka på det, panik vid tanken av förlossningen, en kämpar andan växer fram, finns ingen återvändo, fokusera på tiden efter förlossningen, oro över dåliga barnmorskor och läkare, att något ska gå fel och att tappa kontrollen.

Temat *den skadade kroppen* består av följande kategorier; smärta/okänt, komplikationer och underliv/spricka. Underkategorierna till den skadade kroppen är, en upplevelse man aldrig tidigare varit med om, obegripligt att barnet kommer ut ur det lilla hålet, rädd för att bli gravid, rädsla för att något ska hända barnet, skador för resten av livet, dödsångest, skrämmande att blotta sig för främlingar, stark rädsla för att spricka och rädsla för förstört sexliv.

Temat *familjesidor på Internet är en bra kunskapskälla med viss tveksamhet* består av följande kategorier, information/kunskap, likasinnade, formulera i text/anonym och självupplevda historier. Underkategorierna till Internet är en bra kunskapskälla med viss tveksamhet, en bra informationskälla, information gör kvinnan tryggare, känslan av att inte vara ensam, råd och stöd av andra i samma situation, lätt att diskutera känsliga frågor, ingen tidspress, ingen vet vem man är, både positivt och negativt, stärkande att läsa om andras förlossningsupplevelser och mer uppskrämd av Internet. Se bilaga 1.

Mental hälsa

Den mentala hälsan påverkas genom att kvinnorna uttrycker oro och ångest. Rädslan varierar dock starkt mellan kvinnorna. Vissa kvinnor känner endast rädsla periodvis medan andra känner ständig oro och ångest inför förlossningen. Ett flertal kvinnor känner rädsla över otillräcklig vårdpersonal som de inte har någon tillit för. Trots rädslan och oron accepterar de flesta kvinnorna sitt öde och ser förlossningen som en utmaning.

Oro/Ångest

Kvinnorna har många tankar inför en förlossning. Tankarna skapar en oro och ångest som inte kvinnan klarar att skaka av sig. Symtomen kan uttrycka sig i olika svårighetsgrader.

Rädslan hos vissa kvinnor finns inte ständigt närvarande utan ger sig till uttryck när förlossningen gör sig påmind. Rädslan över att inte klara av förlossningen och att något kommer att hända under förlossningen skapar lätt ångest och oro.

... men ibland kommer ett ögonblick av rädsla då jag får för mig att jag inte kommer klara det eller att nått kommer gå fel, det känns ungefär som när man blir skräm. Låter lustigt men det är så jag vill beskriva det. (9)

Min rädsla är som tur var inte överhängande eller ständig. Skulle mest beskriva den som oro eller lätt ångest när jag funderar på saker som förlossning och dyl. (12)

Rädslan inför förlossningen kan ge olika symtom så som skakningar, sömnsvårigheter och äckelkänsla. Rädslan förstärks på kvällar och nätter då kvinnorna är ensamma. Kvinnorna får svårt att sova och drömmer konstiga drömmar.

Försöker att inte tänka på det för om jag gör det mår jag lite dåligt. Känner mig darrig i händerna och äcklad. (2)

Min rädsla sitter inte i hela tiden utan kommer bara ibland, mest på kvällar och nätter eller om jag går omkring och är ensam.(13)

Nu så här innan förlossningen (är i v.36) upplever jag den mest som oro. Man har mycket tankar och funderingar som man gärna vill dela med sig av, t.ex. prata med mamma som är erfaren. Upplever även rädslan innan man går och lägger sig (har svårt att sova) samt under natten i form av konstiga drömmar. (20)

Ibland som ologisk. Drömmer mardrömmar och tänker för mycket!(11)

Ett fåtal kvinnor i studien uttrycker stark oro och ångest. Bara tanken av förlossningen ger en panikkänsla. Rädslan kan bli så stark att den tar över vardagen. Rädslan finns ständigt närvarande och kan visa sig som svår ångest.

... jag kan få panik bara av att tänka på det (förlossningen) och jag vet att dagen närmar sig då jag måste göra det och det känns som att det är oundvikligt. (16)

Jag vet inte varför jag har sådan skräck. Har alltid fått panik vid tanken på en förlossning. Trodde det skulle ge med sig när jag väl blev gravid men nej nej. De blev nästan värre. Jag går och tänker på de mer eller mindre varje dag. När jag tänker på den så får jag panik, kan börja hyperventilera, drabbas av panikångest osv.(22)

Trots sin starka rädsla kan längtan efter ett barn övervinna förlossningsrädslan.

Oron ger mig ångest och ibland vill jag bara inte vara med om detta. Men ändå så längtar jag så efter att få bli mamma och vill att allt ska gå så bra det bara kan för den lilla.(10)

Jag har upplevt min rädsla som väldigt stor, tom så pass så att jag tänkt att jag måste bli riktigt sinnesförvirrad innan jag ens kan tänka mig att skaffa barn! Och nu har jag väl blivit det då antar jag... .. och eftersom det här barnet är så efterlängtat så är det nästan tom så att jag nu ser fram emot förlossningen!(8)

Att acceptera sitt öde

Kvinnor ser trots sin rädsla förlossningen som en utmaning. Tanken av förlossningen väcker stundtals en kämparglöd som får kvinnorna att tro på sig själva.

Ibland väcks en kämpar-anda med "jo, jag ska fan i mig visst kunna föda!" Rädslan varierar från dag till dag. (11)

... vid varje besök hos barnmorskan vaknar man i verkligheten att jag inte kommer undan. Jag ska faktiskt föda barn, vare sig jag vill eller inte. Jag går på Aurora mottagningen och tycker det är jobbigt... Samtidigt som jag ser fram emot utmaningen att föda barn. Klarar jag det, klarar jag vad som helst! (14)

Trots oro och ångest accepterar kvinnorna efter en tid sitt öde. Det finns ingen återvändo vilket kvinnorna är medvetna om.

Nu har jag på ngt sätt accepterat mitt öde. Just nu är rädslan mer en någorlunda kontrollerad oro. Även om jag har insett att jag kommer att föda känns det fortfarande ganska avlägset. (6)

Jag försöker att inte tänka så mycket, vet att det ska ut bara, på ett eller annat sätt. Sen fokuserar jag mer på tiden efter än själva förlossningen tror jag. (7)

Bristande tillit

Tilliten till barnmorskan är låg hos många av förstföderskorna. Kvinnorna litar inte på barnmorskans och läkarens kompetens. De är rädda för inkompetent personal som i sin tur kommer att skada kvinnan eller barnet.

Känner mig dock VÄLDIGT orolig för att få dåliga barnmorskor/läkare. De bra kan ju reda upp nästan vilken situation som helst - men tänk om man får någon klant!!!! Det är min värsta skräck - att någon klantig sjukhuspersonal gör något som skadar mig eller mitt barn för resten av livet! (3)

Sjukhusmiljön kan skapa en negativ bild som förknippas med smärta och förlorad kontroll. Kvinnorna uttryckte att de är rädda att förlora kontrollen. Löpande information och valmöjlighet är viktigt för att kvinnan skall känna sig trygg.

Sen blir jag väldigt nervös i sjukhusmiljöer och förknippar sjukhus med smärta och förlorad kontroll. Jag litar inte på sjukhuspersonal som ex säger, det här kommer inte att göra ont osv. Jag vill ha 100 % kontroll på vad de ska göra med mig och så vill jag ha en chans att välja själv. (14)

Oron att inte barnmorskan skall visa någon medkänsla är stor hos vissa kvinnor. De är rädda för att inte få det stöd de önskar eller att inte bli tagna på allvar.

Jag upplever min rädsla otroligt förkrossande. Känns inte som min barnmorska förstår och verkar tro att jag bara är "lat" eller bekväm. (18)

sur och grinig personal- att de inte ska ha någon medkänsla att man är rädd och att något ska gå fel vid själva förlossningen...(17)

Barnmorskan på mödravården har också uppfattats som otillräcklig då barnmorskan inte fångat upp kvinnans signaler av behov av hjälp.

jag har bara varit på inskrivning i vecka 7 och jag tog då upp att jag var rädd för förlossningen men hon sa att vi skulle ha tid att prata om det sen. Har idag gått in i vecka 19 och ska på ultraljud idag sen, ska vi väl till barnmorskan i vecka 25 eller något så jag får väl försöka ta upp det då. (15)

Kvinnorna uttrycker en rädsla över att barnmorskan inte ska ha tid för henne. Vidare uttrycker de rädsla för att bli lämnad ensam samt att personkemin inte stämmer överens mellan dem.

Men barnmorskorna kanske inte har tid att förklara... eller om det händer något annat som måste göras akut som inte man hinner få förklarat för sig riktigt och man bara ligger där helt hjälplös. Sen är jag även rädd att barnmorskan och jag

inte ska gå ihop eller att man råkar bli så arg att man säger massa fula saker utan att mena det. (13)

Rädsla över att inte få det stöd eller den tid de önskar av sin barnmorska är stor. Situationen kan även bli omvänd. En kvinna som drabbats av graviditetskomplikationer känner sig överkontrollerad vilket i sin tur skapat en oro hos henne.

har haft lite komplikationer under graviditeten, har någon koagulationsrubbnig i blodet och har proppförebyggande behandling. Så jag har många koller, och jag tror eftersom jag har mycket koller både på mödravården och specialist mödravården så känner jag nu att jag bara blir räddare o räddare ju närmare man kommer till förlossningen..? låter inte så logiskt, det vet jag, jag borde ju vara lugn för jag har koll på mig. (7)

Det finns också en oro för att tappa kontrollen under förlossningen. Kvinnorna uttrycker en rädsla över att inte förstå vad som händer med kroppen och att de ska drabbas av panik.

Jag är mest rädd för att jag ska tappa kontrollen och att det ska göra så hemskt ont att jag inte kan hantera smärtan. Varför? Därför att man inte kan veta hur förlossningen kommer gå till.(5)

Att det ska göra så ont att jag tappar kontrollen och får panik. (6)

För att jag vet att det kommer göra ont, mkt ont och att jag inte kommer ha full kontroll på vare sig mig själv eller min kropp. (9)

Jag är rädd inför tanken att inte kunna kontrollera händelseförloppet under min förlossning, att inte förstå vad som händer i min kropp. (12)

Den skadade kroppen

Kvinnorna uttrycker en rädsla för att kroppen ska skadas i samband med förlossningen. En del kvinnor uttrycker störst rädsla inför smärtan medan andra känner rädsla över komplikationer som kan uppstå under förlossningen såsom att spricka eller tvingas till ett kejsarsnitt. Smärta är ändå det som visar sig vara allra mest skrämmande eftersom det är okänt då förlossningen är en upplevelse de inte tidigare varit med om.

Smärtan och okänt

Redan innan graviditeten har ett fåtal kvinnor i resultatet känt stark oro och rädsla inför en förlossning. Ett fåtal kvinnor var så rädda att de inte kunde tänka sig att föda vaginalt. Deras enda utväg var att förlösas med kejsarsnitt eller att adoptera. Trots rädslan har kvinnorna vågat bli gravida och har därefter accepterat sitt öde och sin rädsla. Ett sätt att skydda sig mot sin rädsla är att förtränga graviditeten.

Jag har varit väldigt rädd. Innan jag blev gravid var jag helt seriöst inne på att adoptera för att slippa föda. Under knappt första halvan av graviditeten

förträngde jag allt som hade med bebis och förlossning att göra. Jag tänkte liksom att jag var evigt gravid...(6)

Förut var det jättejobbigt. Jag brukade tänka att jag inte skulle kunna få ett barn om jag inte fick kejsarsnitt (riskerna för det jag är rädd för är mycket mindre då.) Förstod inte hur det annars skulle gå till att få ut barnet. Men när jag väl började planera för barn har skräcken minskat något. (3)

Trots att kvinnorna inte tidigare upplevt en förlossning är de förlossningsrädda. De beskriver situationen som okänd och obegriplig. Förlossningssmärtan är av en helt annan dimension, en smärta kvinnan inte tidigare erfarit. Det är det okända som känns mest obehagligt.

Man är rädd för att ge sig in på något man aldrig upplevt förut (rädslan för det okända). Rädd för smärtan. (20)

Som förstföderska har man aldrig tidigare upplevt den typen av smärta och det sägs ju att det är i en helt egen dimension. Man vet inte riktigt vad man skall vänta och rädsla för det okända är väl inte så ovanligt. (1)

Ett flertal kvinnor i studien uttrycker någon form av rädsla för smärta. De är rädda för att inte kunna hantera smärtan och drabbas av panik. En kvinna uttrycker stark oro över att inte kroppen ska klara av att föda fram barnet.

Det som gjort att jag hela tiden tidigare varit rädd för förlossningen är rädslan för smärtan. Att man ska få ut det där "stora" barnet genom det "lilla" hålet, det har för mig varit obegripligt! Och just att förlossningen kan ta en hel evighet, då betyder det ju att smärtan kommer att vara där en hel evighet också! Eller...? (8)

Det är inte alla kvinnor som är rädda för smärtan. Ett fåtal uttrycker klart att det inte är smärtan som oroar mest utan att drabbas av någon komplikation. Smärtan är enligt dem naturlig och inte farlig. Smärtan försvinner och kommer inte att finnas kvar efter förlossningen.

Jag är INTE rädd för smärtan. Inte om det bara gör "normalt förlossningsont" och går över sedan. Då är jag säker på att jag kan ta det. Som sagt, för det mesta innebär ju smärtan inget farligt. (3)

Jag är inte så rädd för smärtan just eftersom den är naturlig och det finns mycket bedövning och dylikt man kan få nuförtiden. Däremot är jag rädd att något ska gå fel och det händer något som jag inte riktigt vet vad det är. (13)

Komplikationer

Oron att någon form av komplikation ska inträffa under förlossningen är stor. Ett flertal kvinnor beskriver rädslan att skada sin kropp och att få men för livet. Även rädslan att det ska hända barnet något är stor.

... men det jag är jätte rädd för är komplikationer och att något kommer hända barnet! (23)

Kvinnornas uttryck tyder på att de har medicinsk kunskap. Även om kvinnorna inte har någon medicinsk utbildning är de medvetna om vad som kan gå fel. Historier från kvinnor som drabbats av en komplikation under förlossningen skrämmer förstföderskan.

Jag är rädd för smärtan och rädd för komplikationer som kan uppträda. Det är ju ändå en kritisk situation. Även om det finns massor av medicinsk hjälp, som jag är tacksam för, går det ju inte att komma ifrån att det finns en risk. Jag är också rädd för att få skador för resten av livet - min syster sprack så illa mellan slidan och ändtarmen att hon fått men för livet. Det skrämmer! (25)

Rädslan för en komplikation kan bli så stark att den skapar en dödångest.

Jag e rädd för ALLT. Men sen har jag inte förlossningsrädsla utan ganska svår förlossnings skräck. Föda prematurt, gå över tiden, spricka, dö under förlossningen, att barnet ska dö under förlossningen, att kräkas, att bajsa ner mig, att spricka, att få komplikationer, att de ska bli ur akut snitt, att behöva göra en sån där axelvridning, smärtan, att ej kunna hjälpa till ordentligt, att ej klara av att göra de som krävs av mig, att inte förstå vad jag ska göra, att få panik, få allergichocker av bedövning. (22)

Det jag är rädd för är att det skall inträffa något som ger men för livet hos mig eller bebisen. Att jag skall dö. Att barnet skall dö. Att barnet skall drabbas av syrebrist med CP-skada eller liknande som följd. (3)

Trots rädslan för komplikationer har ingen uttryckligen önskat ett kejsarsnitt. Oron och rädslan över att inte veta vad som ska hända under och efter förlossningen är stor. De flesta kvinnorna i studien önskar dock att föda vaginalt då kejsarsnitt skrämmer mer.

Jag vet ju inte om jag måste ta kejsarsnitt eller kan föda normalt. Jag vill föda normalt. Kejsarsnitt skrämmer mig mer. Så vet jag inte riktigt vad som händer efteråt. Hur "skadad" kroppen kommer att vara. Hur lång tid det tar att läka. Jag är som sagt mer rädd för att barnet kommer för tidigt eller att det blir snitt...(19)

Endast en kvinna har förlossningskontrakt på grund av tidigare sexuellt utnyttjande. Hon uttrycker en lättnad av att få möjlighet att välja förlossnings sätt. Förlossningskontrakt innebär att kvinnan i samråd med förlossningsläkaren i förväg har planerat kvinnans förlossning. Många gånger planeras en vaginal förlossning som kvinnan när som helst under förlossningen kan avbryta för att få ett kejsarsnitt. Det som står i kontraktet skall följas av vårdpersonalen.

Jag har ordnat det för mig så att jag in i sista sekund kommer kunna välja att få göra ett kejsarsnitt istället. Kommer jag in med värkar och känner att det här fixar jag verkligen inte så kommer jag kunna säga till och får göra ett snitt. Bara att veta att jag har valmöjligheten gör att det känns mycket lättare för mig, även om jag fortfarande är väldigt orolig! (24)

Underliv och spricka

Att ligga naken inför främmande människor skrämmer ibland mer än själva födelsen. Underlivet upplevs som den mest heliga kroppsdelen och att visa upp den delen av kroppen känns både utlämnande och blottande. En kvinna beskriver detta tydligt.

jag är väl inte direkt rädd för att föda barn utan själva grejen med att ligga och blotta sig inför främlingar är det som skrämmer mig mest. (16)

men hela grejen av att ligga där helt utlämnad och visa upp mitt allra heligaste känns bara så fel. (16)

Resultatet visar att många kvinnor är rädda för att bli vanskapta i underlivet för alltid. Skräcken att kroppen skall bli skadad är stor hos förstföderskorna. Många av kvinnorna beskriver att deras största fasa är att spricka mycket och att behöva sys i underlivet. En kvinna berättar även om rädslan över att behöva bli klippt i mellangården. De beskriver en rädsla av att inte underlivet blir normalt igen och att läkningsprocessen skall ta lång tid. En kvinna skriver att hon är rädd för att hon ska spricka så mycket att det kommer att krävas flera operationer för att bli helt återställd. Att skada sin kropp skapar oro och ångest. Rädslan över att spricka kan överskugga rädslan för smärtan. Kvinnan kan inte använda ordet spricka utan att känna ångest.

Jag är rädd för att spricka. Jag kan inte ens använda ordet spricka i det sammanhanget utan att må lite dåligt. Jag vet att det kanske inte är just det som kommer att göra ondast men det spelar ingen roll. Det är inte smärtan i sig jag är rädd för, det är själva sprickandet. Tycker det är så fruktansvärt obehagligt att bokstavligen gå sönder. (2)

Kvinnornas ängslan stannar inte vid att gå sönder utan de uttrycker även oro av att inte kunna få tillbaka sitt sexliv. Det är inte bara tanken på att kroppen går sönder utan önskan om att underlivet blir normalt igen. En av kvinnorna påtalar rädslan av att förstöra sitt sexliv. Oron blir så stark att den ständigt finns närvarande.

Men jag är så rädd och nervös för hur mitt underliv kommer må eller se ut efter förlossningen. Hur mkt kommer det att gå sönder? Kommer det att bli fint där nere sen igen? Toabesök? Kommer sexlivet att vara lika bra som idag? Där finns min oro, nästan dagligen. (10)

Underlivet är inte bara förknippat med lustkänsla enligt kvinnorna. Tidigare erfarenheter kan ha satt djupa spår i kvinnan. Det kan handla om samlagssmärter, smärter från spiral insättning eller negativa erfarenheter vid gynekologisk undersökning. Tidigare smärtupplevelser har varit så starka att kvinnan inte kan tänka sig att förlossningssmärta kan upplevas värre.

Mitt underliv är på många sätt förknippat med smärta. Allt från samlagssmärter till sjukdomar. En hel del saker som jag redan upplevt har helt enkelt gjort sjukt ont. Slutsats, det jag är mest rädd för är smärtan vid framfödandet, hur mkt man spricker (det får helt enkelt inte förekomma alls!) och hur ont det gör efteråt. Att

ha ont när man kissar eller går på toa eller sitter, det kan jag bara inte föreställa mig.(11)

I resultatet framkom att en kvinna blivit sexuellt utnyttjad som ung och som nu speglar hennes rädsla. Hon känner både obehag och panik inför sin kommande förlossning. Förlossningen känns blottande och hon påtalar olustkänslan av att ha okända människor cirkulerande runt henne.

Det som känns mest besvärande inför förlossningen är att behöva ligga där och vresa med benen och det ska springa folk och titta och köra in fingrar osv.... Har blivit utsatt för övergrepp när jag var yngre och har därför ytterst svårt att visa mig naken. Det är det som känns tuffast, jag vill inte att förlossningen ska bli en obehaglig upplevelse (24)

Jag har egentligen inga större men efter det förutom just det med nakenhet inför för mig främmande människor, då blir det PANIK! Inför min man går hur bra som helst, men definitivt INGEN annan, hade av den anledningen t.ex. aldrig gjort en gynekologisk undersökning när jag fick missfall, vilket i sig gjorde den upplevelsen ännu jobbigare.(24)

Familjesidor på Internets är en bra kunskapskälla med viss tveksamhet

Allt fler kvinnor inhämtar information och fakta på Internet. På Internet finns ett flertal familjesidor som har forum där gravida kvinnor samlas och diskuterar allt som rör graviditet och förlossning. På Internet möter kvinnan andra som är i samma situation vilket oftast upplevs som positivt. Där kan de även läsa om andras förlossningsberättelser vilket både kan upplevas som positivt och negativt. Anonymiteten på Internet upplevs som positiv då kvinnan vågar diskutera känsliga ämnen.

Information/kunskap

Internet är för kvinnorna en informationskälla där de hämtar fakta och kunskap om förlossningen. Kunskap stärker kvinnan och flera kvinnor i studien beskriver hur förlossningsrädslan har minskat med hjälp av Internet. Information gör kvinnan tryggare och kan därmed hantera sin rädsla bättre.

Internet är ju en mycket bra informationskälla och har i alla fall hjälpt mig att söka information om det jag oroar mig för. I och med att man förvärvar sig nya kunskaper så försvinner otryggheten och rädslan lite. Ju mer jag har läst och blivit berättade för om olika aspekter på smärta har min rädsla försvunnit mer och mer. (1).

På internet finns massor av information om allt man vill veta inför förlossningen. Och i alla fall för mig blir saker mindre skrämmande om jag vet på ett ungefär vad som kommer hända. Information gör mig tryggare. (9)

Likasinnade

På olika forum på Internet träffas kvinnor som är i samma situation. Där ger och får de stöd och råd till varandra. Känslan av att inte vara ensam ger en ökad trygghet. Kvinnorna uppger Internet som en positiv ventil där de kan träffa likasinnade och diskutera sin rädsla.

Via internet kan man få stöd av andra kvinnor som också är rädda för sin förlossning eller som genomgått kejsarsnitt pga. sin rädsla. Man känner sig inte ensam på samma sätt. (18)

Det är en trygghet att få dela tankar med andra i samma situation. (5)

Genom att jag får information och kan ställa frågor till andra i samma situation, eller som har varit med om det... Det ger en ventil att prata om saker som man inte har så många andra att prata om med. (25)

Formulera i text/anonym

Ytterligare en positiv aspekt med Internet är att kvinnorna är anonyma. De vågar uttrycka sig och fråga saker de inte vågar fråga sin barnmorska. Det är lättare att diskutera känsliga frågor med en okänd person bakom datorskärmen.

Jag kan dessutom uttrycka och fråga saker på ett anonymt sätt. Läsas andras frågor och svar på saker jag själv inte tänkt på än. (19)

Jag tycker det är lättare att (om man pratar med människor man inte riktigt känner) prata med och utbyta erfarenheter med "kompisar" på forumet. Min barnmorska har varit jättebra, och gett mig det jag behöver och hon har helt klart varit lätt att prata med. Jag skulle säga att jag tycker att informationen jag får av barnmorskan och den information jag söker själv kompletterar varandra. (9)

På Internet finns ingen tidspress och kvinnan har därmed möjlighet att formulera sig i text vilket upplevs positivt.

... då jag kunde formulera mig i text och att det inte var i en tidspressad situation. Kan känna att jag har så mycket frågor när det är besök hos barnmorskan. Hinner inte med allt under den tiden som är bokad. (10)

Självupplevda historier

Genom att läsa självupplevda förlossningsberättelser får kvinnan en bild av hur förlossningen kan gå till. Det kan vara både positiva och negativa historier. Resultatet i stort visar att självupplevda historier minskar kvinnans rädsla och hjälper henne i förberedelserna inför förlossningen. Kvinnorna lever sig in i andras situation och på så sätt kommer de själva närmre sin egen förlossning.

Det som faktiskt fått min rädsla att släppa är att ha läst förlossningsberättelser bl.a. här på forumet. Det har fått mig att inse att så fort barnet är ute så släpper smärtan. Och att den glädje som de flesta känner efter förlossningen får en att glömma allt man precis varit med om. Och så verkar det finnas en massa fina preparat som dämpar den värsta smärtan också. (8)

Jag tycker det är jätte intressant och lärorikt att läsa om andras förlossningar. Jag gråter varje gång av oro för smärtan, av lyckan och av stolthet över att vara kvinna och faktiskt kunna föda fram ett barn. Jag hoppas/tror att min rädsla/oro kommer att minska ännu mer ju mer jag lär mig och ju närmare jag kommer. (6)

Prata med andra i detta forum är bra. Här finns flerbarnsfödelskor. De har varit med om det förut. Dessutom kommer de flesta tillbaka efter födseln och säger att allt gått bra etc. (19)

Två kvinnor i studien känner sig klivna till om Internet är bra eller dåligt. Trots att Internet skapar mer oro och panik kan kvinnorna inte undvika Internet för att uppdatera sig.

Vet inte om Internet kan hjälpa mig. Kanske lite eftersom man läser om alla gånger det faktiskt går bra. Fast å andra sidan läser man ju också lika mycket om hur dåligt det kan gå... så det går nog på ett ut om jag blir mer eller mindre rädd! (3)

Vissa berättelser gör mig lugn medans jag vid nästa tillfälle får panik. Men jag vill ändå fortsätta att uppdatera mig. (10)

Ett fåtal kvinnor i studien har påtalat den negativa aspekten om Internet. Då vem som helst kan skriva om vad som helst är det en osäker källa. Internet kan förvärra rädslan.

Internet är lite lurigt. Eftersom att vem som helst kan lägga ut information (även okunniga) aktar jag mig lite från nätet. Jag blir nästan mer uppskrämd av Internet. Pratar hellre med folk i RL (in real life), (t.ex. min barnmorska). (20)

Vet inte. Tycker det nästan gör det värre! Läser en massa om det och det är ju egentligen det jag inte vill. Jag kan inte riktigt se hur jag ska kunna bli av med denna skräck genom mer information. Vad tusan, jag vet ju vad som händer, vill bara inte vara med om det. (2)

tror inte internet kan hjälpa mig något, jag är mest här o "tjuvkikar" lite, tycker att mycket är fånigt. Nej, om 3 veckor ska jag prata förlossning med min läkare och det är vad jag tar till mig. sen ska jag ha barn, förlossningen är bara ett nödvändigt ont på vägen dit... försöker jag tänka på. (7)

METODDISKUSSION

Studiens syfte är att beskriva förstfödelskors upplevelse av förlossningsrädsla samt vad familjesidor på Internet har för betydelse för att hantera situationen. För att nå dessa kvinnor

lades tre frågeställningar ut på familjeforum på Internet. Då frågorna ställdes på familjesidor på Internet och kvinnorna var anonyma kan inte författarna garantera att kvinnornas utsagor stämmer och att de verkligen är förlossningsrädda förstföderskor. Fördelen med anonymitet är att kvinnorna mer öppet vågar berätta om sin situation då de inte har författaren framför sig. Resultatet i studien är inte generaliserbart på alla förlossningsrädda kvinnor då antalet kvinnor som medverkade i studien inte var så stor. Trots det har författarna ändå kunnat dra en del slutsatser. Författarna valde att inte fråga efter kvinnans ålder i undersökningen då vi inte ansåg att detta var relevant, vilket stärks av en studie från 2002. Ålder visade sig inte ha någon betydelse förhållande till förlossningsrädsla (Melender 2002b).

Vid datasökningen upptäcktes svårigheter med att hitta artiklar som till fullo stämde överens med studiens syfte. Författarna fick därför utöka sökandet till att gälla förstföderskor samt omföderskors förlossningsrädsla. Ett flertal äldre artiklar användes i studien då de fortfarande är aktuella, och förekommer i all nypublicerad forskning inom ämnet. Då det inte tidigare gjorts några studier om förlossningsrädsla och Internet har författarna använt artiklar som handlar om andra patientgrupper och deras relation till Internet.

Författarna valde att använda en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats då texten därmed förutsättningslöst kunde analyseras. Omvårdnadsforskningen använder kvalitativ innehållsanalys för att granska och tolka texter. Författarna använde strukturerade frågeformulär och deltog inte under observationerna för att distansera sig från deltagarna och inte påverka händelseförloppet. Författarna anser att metoden stämde väl överens med studiens syfte då vi analyserade text skriven på Internet.

RESULTATDISKUSSION

Förlossningsrädsla är ett ständigt aktuellt ämne som florerar i media och diskuteras av alla i samhället. Då förlossningsrädsla är så pass vanligt och orsakar mycket lidande vill författarna lära sig mer om förlossningsrädsla för att på bästa sätt hjälpa kvinnan att få en bra upplevelse av sin graviditet och förlossning. Författarna har uppmärksammat att allt fler gravida samlas på olika familjesidor på Internet och diskuterar allt som har med graviditet och förlossning att göra. Det finns även forum som enbart handlar om förlossningsrädsla på de olika familjesidorna. Det har gjorts mycket forskning om förlossningsrädsla de senaste 30 åren, men ingen har, oss veterligen undersökt på vilket sätt förlossningsrädda kvinnor använder och påverkas av Internet. Studier visar att användningen av Internet som informationskälla för att finna fakta om sjukvården har ökat de senaste åren (Josefsson, 2007; Ryding 2008).

Ur resultatet framkom tre teman: Mental hälsa, den skadade kroppen, och familjesidor på Internet är en bra kunskapskälla med viss tveksamhet.

Mental hälsa

I vår studie valde vi att vända oss till förstföderskor. En anledning var att tidigare forskning visar att förlossningsrädsla är mer vanlig hos förstföderskor i jämförelse med omföderskor

(Areskog, et al., 1981; Melender, 2002; Zar, et al 2001; Zar, 2001). Vid en studie som undersökte rädslan under förlossningen fann forskarna att förstföderna var mer rädda än omföderna i början av förlossningen. Forskarna förklarar att detta fenomen är kopplat till förstfödernas osäkerhet då hon saknar tidigare erfarenhet (Alehagen, Wijma & Wijma, 2001). Men det finns de studier som visar att det är tvärtom (Ryding, Wijma, Wijma & Rydhström, 1998). Omföderna som upplever svår förlossningsrädsla har ofta tidigare haft negativa förlossningsupplevelser (Areskog, et al., 1983; Ryding, et al., 2007; Saisto & Halmesmäki, 2003; Melender, 2002). Areskog, et al. (1983) visade dock att omföderna som var förlossningsrädda hade varit det även som förstföderna. En annan studie visade att skillnaden mellan förstfödernas och omfödernas rädsla försvann efter förlossningen då rädslan befann sig på samma nivå (Zar, et al., 2001). Vår studie visar att förstfödernas rädsla i resultatet varierade starkt. En del upplevde periodvis oro medan andra kände en oupphörlig oro och ångest. Rädslan blev för vissa så stark att den tog över vardagen och upplevdes som panikkänslor. Ett fåtal kvinnor i studien påtalar att rädslan innan graviditeten var så pass stark att enda utvägen för att få ett barn var att förlösas med kejsarsnitt eller adoptera. Ett sätt att skydda sig mot förlossningsrädslan är genom att förtränga graviditeten. Tidigare studier har sett en koppling mellan förlossningsrädda kvinnor som tidigare haft eller har en depression och ångest problematik. Även låg självkänsla hos kvinnor har en stark koppling till förlossningsrädsla (Laursen, et al., 2007; Sjögren & Thomassen, 1997). Även andra studier visar att låg självkänsla och en negativ självbild påverkar rädslan inför en förlossning (Lowe, 2000). Förlossningsrädda kvinnor löper en större risk att få sina farhågor besannade (Zar, 2001). Detta är något som personalen talar mycket om ute i praktiken. Förlossningsrädda patienter har ofta med sig förlossningsbrev där de skriver vad de vill undvika under förlossningen. Det kan stå att de inte vill bli klippta i mellangården, inte bli förlösta med sugklocka eller med kejsarsnitt. Det är dock mycket vanligt att kvinnans rädslor förverkligas.

Vanliga symtom som kvinnorna i resultatet beskrev inför förlossningen var sömnsvårigheter, mardrömmar, skakningar och äckelkänslor. Rädslan upplevdes värre om nätterna då kvinnorna är ensamma och har svårt att sova. Sjögren (1997a) och Saisto och Halmesmäkis (2003) studier visar ett resultat som liknar vårt. Trots kvinnornas starka rädsla inför förlossningen uttryckte de ändå en längtan efter sitt barn och att bli mor. Förlossningen kändes som en utmaning som de var tvungna att gå igenom trots sin rädsla.

Ett allvarligt och mycket oroväckande fynd som vårt resultat visar är att många kvinnor kände en bristande tillit till både barnmorskans och läkarens kompetens. De uttrycker en rädsla över inkompetent personal som kommer att skada kvinnan eller barnet. De är även rädda att inte bli tagna på allvar, inte få det stöd de behöver och att bli lämnad ensam. Nilsson (2007) fann i sin studie att förlossningsrädda kvinnor kände sig ensamma då personalen var osympatiska gentemot kvinnans rädsla. Även andra studier som gjorts har funnit att förstföderna var rädda att få en otrevlig barnmorska, att inte få medverka i beslut som tas, att bli lämnad ensam och fråga frågor som personalen upplever onödiga (Melender, 2002a). Även andra studier visar på att tilliten till förlossningspersonalen är liten (Saisto & Halmesmäki, 2003). När Hildingsson (2003) frågade kvinnor vilka egenskaper de önskade att deras barnmorska skulle

ha framkom det att bli lyssnad på och bli tagen på allvar var viktigast. Även att bli mött med respekt, att bli behandlad som en unik individ och inte bara en mage var synpunkter som ofta kom upp. De ville att barnmorskan skulle involvera kvinnan och hennes partner i vården, ge stöd, skapa trygghet, vara närvarande på rummet och inte se graviditeten som en sjukdom. Barnmorskan skulle vara vänlig, ha en välkomnande attityd och inte vara dömande. Kvinnan ville att personkemin skulle stämma samt att barnmorskan var en kvinna. I en annan studie där kvinnor fick frågan, hur de upplevde barnmorskan framkom två svar. Barnmorskan upplevdes som antingen vårdande eller icke-vårdande. Den vårdande barnmorskan hade egenskaper som gav en god kontakt, var uppmärksam, informerande, känslösam, stödjande och professionell. Den icke-vårdande barnmorskan beskrevs som icke närvarande, hade dålig kompetens, var kall, hård, oprofessionell och hade inte förmågan att ge det stöd som kvinnorna behövde (Hunter, 2002).

En annan stor rädsla som kvinnorna upplevde i vårt resultat var att tappa kontrollen under förlossningen. De var rädda att de inte skulle förstå vad som händer med kroppen och att drabbas av panik. Samma resultat har visat sig i andra studier (Lowe, 2000; Melender 2002a). Vid en studie som undersökte kopplingen mellan 47 förstföderskors förlossningsrädsla under graviditeten och strax efter graviditeten fann forskarna att kvinnor som upplevt rädsla under graviditeten också var rädda under förlossningen. Även när de såg tillbaka på förlossningen upplevde de rädsla. Dessa fynd framhäver hur viktigt det är att hitta alla förlossningsrädda kvinnor under graviditeten (Alehagen, et al., 2006). Andra studier visar liknande resultat (Zar, et al., 2001). En annan studie har visat att för mycket information kring förlossningen kan förvärra kvinnornas rädsla. 12 av 20 kvinnor upplevde att de hade fått sådan information från MVC eller föräldrautbildningen som hade bidragit till deras rädsla. Videofilmer, tidningar och tidigare utbildning var några orsaker som skapade rädsla (Melender, 2002). Även skräckhistorier berättade av andra kvinnor förvärrade rädslan (Areskog, et al., 1983; Alehagen, et al., 2006; Melender, 2002; Ryding, et al., 2007). Kvinnor som är förlossningsrädda suger åt sig all negativ fakta kring förlossning (Areskog, et al., 1983). Författarna upplever att det är viktigt som barnmorska att tänka på föregående vid undervisning för gravida kvinnor. Det är viktigt att man informerar på rätt sätt och förklarar grundligt så kvinnorna inte fantiserar ihop resten.

Den skadade kroppen

Vissa kvinnor i resultatet upplevde att smärta var den största anledningen till rädsla medan andra kvinnor var rädda för komplikationer. Resultatet visar dock att smärta för förstföderskan upplevs mest skrämmande då det är något okänt och en upplevelse de aldrig tidigare varit med om. De är rädda att inte kunna hantera smärtan och att kroppen inte ska klara av att föda fram barnet samt drabbas av panik. Många andra studier visar att rädslan för smärtan är stor (Ryding et al., 2007; Saisto & Halmesmäki, 2003). Dock är inte alla kvinnor i vår studie rädda för smärta då de upplever den naturlig vid förlossningen, utan de är rädda för att drabbas av en komplikation. Ett flertal kvinnor uttrycker en rädsla att skada sin kropp och få men för livet. Även rädslan för att något ska hända barnet är stor. Andra studier visar samma resultat, att något skall hända barnet och att barnet skall dö (Melender, 2002a; Ryding et al., 2007). En del förstföderskor är så pass rädda för en komplikation att det skapar en

dödsångest.

Författarna fann ur resultatet att många av kvinnorna är rädda för att underlivet ska bli så vanskapt att sexlivet ska påverkas negativt för alltid. Författarna har inte kunnat läsa något om detta i tidigare studier som handlar om förlossningsrädsla. Vi anser att det är ett mycket viktigt fynd, och att ämnet borde tas upp på föräldrautbildningen eller enskilt på barnmorskebesöken på MVC. Det är viktigt att prata om det innan förlossningen för att minska oro och fantasier hos kvinnan om hur underlivet och sexlivet kommer att bli efter förlossningen.

Att blotta sig inför främmande människor känns för många kvinnor skrämmande och utelämnande. Kvinnorna uttrycker en rädsla över att spricka eller bli klippt i mellangården och att behöva sys i underlivet. Rädslan för att inte underlivet ska bli normalt igen och att läkningsprocessen ska ta lång tid finns i kvinnans tankar. Författarna har sett liknande resultat i andra vetenskapliga artiklar (Melender, 2002a).

En av kvinnorna i studien blev utnyttjad sexuellt som ung vilket nu speglar hennes rädsla. Att vara naken inför främmande människor väcker stor olust. Hon är den enda kvinnan i studien som har ett förlossningskontrakt. Vid en annan studie fann forskarna en koppling mellan förlossningsrädsla och sexuellt utnyttjande under uppväxtåren. Detta kan vara uttryck på en negativ kroppsbild (Areskog, et al., 1983).

Författarna har inte kunnat hitta mycket forskning skrivet kring den skadade kroppen såsom att spricka, bli klippt i mellangården och oron över ett förstört sexliv. Den forskning vi har läst har mest undersökt vad kvinnorna är rädda för, varför de är rädda och behandling av förlossningsrädsla. Författarna efterlyser mer forskning kring den skadade kroppen.

Endast en förstföderska i vår studie har tagit upp Aurorabehandling, men vi tycker att det är mycket viktigt att diskutera det då det visat sig vara en bra metod för att behandla förlossningsrädsla (Sjögren & Thomassen, 1997; Saisto, et al., 2006; Nerum, Halvorsen, Sörlie & Öian, 2006; Waldenström, et al., 2006). Det är viktigt att kvinnorna får adekvat behandling för sin rädsla för att förlossningsupplevelsen ska bli så positiv som möjlig. För omföderskor som tidigare haft en negativ förlossningsupplevelse, är risken stor att de drabbas av förlossningsrädsla inför en nästkommande förlossning (Areskog, et al., 1983; Ryding, et al., 2007; Saisto & Halmesmäki, 2003; Melender, 2002). Författarna har funderat på om inte Aurora i grupp skulle kunna hjälpa många förlossningsrädda kvinnor då de får träffa andra i samma situation. Aurorabehandling i grupp provades för första gången i Helsingfors 1998 med goda resultat. Vid utvärderingen av gruppbehandlingen fann forskarna att det som hjälpte kvinnorna allra mest var diskussioner med de andra kvinnorna i gruppen och stödet de fick av varandra (Saisto, et al., 2006).

I vårt resultat visade det sig att förlossningsrädda kvinnor samlades på familjesidor på Internet för att träffa likasinnade och ge och få stöd från varandra som är i samma situation. För att knyta an vårt resultat med Aurorabehandling skulle det vara intressant att ha gruppbehandling även i Sverige då det är mötet med andra förlossningsrädda kvinnor som är viktigast för kvinnorna. Enskild behandling bör inte uteslutas då vissa känsliga ämnen kan vara svåra att diskutera

i

grupp.

Kejsarsnittfrekvensen har ökat de senaste åren världen över. Under åren 2004-2005 var kejsarsnitt frekvensen i Sverige 17 %, i Europa 20 % och i USA 29 % (Lavender, Hofmeyr, Neilson, Kingdon & Gyte, 2006). Socialstyrelsen (2005) skriver att kejsarsnittfrekvensen har ökat i Sverige från 10,9 % år 1990 till 16,6 % år 2001. Kejsarsnittfrekvensen år 2007 hade ett riksgenomsnitt på 17,63 %. Antal planerade kejsarsnitt på förstföderskor hade ett medelvärde på 5 % medan de akuta kejsarsnitten hade en frekvens på 14 %. Den planerade kejsarsnitt frekvensen på omföderskor låg på 9 % medan den akuta frekvensen låg på 6 % (Socialstyrelsen, 2007).

Det är främst kejsarsnitt på humanitär indikation som har ökat. En stor anledning till att kejsarsnittfrekvensen på humanitär indikation har ökat beror på förlossningsrädsla (Sjögren & Thomassen, 1997; Ryding, et al., 1998; Hildingsson, et al., 2002; Laursen, et al., 2007; Melander, 2002a, Nielsen, et al., 1994, Saisto, et al., 2006). Den största anledningen till att en omföderska vill ha ett kejsarsnitt beror på en tidigare negativ förlossningsupplevelse som orsakat förlossningsrädsla (Saisto & Halmesmäki, 2003; Hildingsson, et al., 2002). En annan orsak till att kejsarsnitt frekvensen ökar anses bero på att kvinnorna själva kräver ett kejsarsnitt. Dessa kvinnor beskrivs som välutbildade, storstadsbor, har kontroll, är kapabla att ta egna beslut och fokuserade på sina karriärer. Hildingsson med forskarkollegor fann dock att det var en annan grupp kvinnor som önskade kejsarsnitt. Dessa kvinnor var över 35 år, var ensamstående, rökare, lågutbildade, bodde i små städer, hade tidigare funderat kring att göra abort, var mer deprimerade och oroliga under graviditeten inte bara för förlossningen utan även av andra anledningar. Dessa kvinnor var oftast omföderskor som tidigare haft en negativ förlossningsupplevelse (Hildingsson, et al., 2002). Föregående resultat väcker många frågor då de fick ett komplett olik resultat från vad vården anser vara den mest vanliga orsaken till kejsarsnitt på egen begäran. Är det verkligen kvinnan uppe i karriären som står för den ökade andelen av kejsarsnitt eller är det den svagare kvinnan i samhället? Det borde forskas mer kring detta. Lowe (2000) skriver att unga amerikanska kvinnor tidigt bildar uppfattningen om att förlossningen är en teknologisk process som ofta slutar med kejsarsnitt. Förlossningsrädsla ökar även risken för ett akut kejsarsnitt (Sjögren & Thomassen, 1997; Melander, 2002a; Zar, et al., 2001; Johnsson & Slade, 2003). Trots förlossningsrädslan har ingen i vår studie uttryckligen önskat ett kejsarsnitt. De flesta kvinnorna i studien önskar att föda vaginalt då kejsarsnitt skrämmar mer.

Författarna ställer sig frågan varför kejsarsnittfrekvensen på humanitär indikation fortsätter att öka? Finns orsaken hos individen, sjukvården eller samhället? Eller är kvinnor idag mer öppna och vågar berätta om sin förlossningsrädsla? Har medias exponering ökat uppmärksamheten på problemet? Media framställer ofta kejsarsnitt som en enkel utväg att avsluta kvinnans graviditet och kan påverka hennes val av förlossningssätt. Har den ökade kejsarsnittsfrekvensen världen över att göra med läkarens respekt för patientens autonomi eller är läkarna rädda för rättsliga påföljder? Det är i vilket fall som helst viktigt att kvinnors rädsla tas på allvar, dock måste kvinnan bli informerad om att kejsarsnitt inte är ett komplikationsfritt förlossningssätt. Sjögren och Thomassen (1997) fann i sin studie att psykosocial support minskade förlossningsfrekvensen dramatiskt. Från början ville 68 kvinnor ha ett kejsarsnitt och efter behandling sjönk siffran till 30 stycken. Det är därför

mycket viktigt att barnmorskan tidigt fångar upp förlossningsrädda kvinnor för att på bästa sätt kunna hjälpa henne.

Förlossningsrädsla hos mannen framkom inte ur vårt resultat. Syftet med studien var att undersöka kvinnans rädsla. Dock vill vi ändå ta upp problematiken då en förlossningsrädd man kan påverka kvinnan negativt. Numera är inte bara mannen välkommen att medverka under graviditeten och förlossningen utan man tar för givet att mannen skall närvara. Trots att det flesta männen medverkar under förlossningen är det få studier som har gjorts på förlossningsrädsla hos män (Eriksson, 2006). De studier som är gjorda visar dock att förlossningsrädsla även existerar hos män (Eriksson, 2005, 2006, 2007; Saisto & Halmesmäki, 2003; Sjögren & Thomassen, 1997b). Eriksson (2005) gjorde en studie där hon undersökte hur stor andel män som upplevde rädsla inför den kommande förlossningen. 329 män graderade sin rädsla i ett frågeformulär, 13 % uppgav att de kände svår förlossningsrädsla och 29 % moderat förlossningsrädsla. Med tanke på hur stor andel män som är förlossningsrädda anser författarna att det är viktigt att mannens rädsla uppmärksammas. Det är viktigt för både mannen och kvinnan att känna sig trygga inför och under förlossningen så att det ska bli en positiv upplevelse för dem båda. Män som känner oro och rädsla inför förlossningen kan påverka kvinnan negativt, och det kan vara en tung börda att bära även för mannen (Eriksson, 2005). Det borde finnas någon sorts hjälp för mannen att få för att behandla sin rädsla. Vad vi vet finns det ingen sådan hjälp att få. Kanske kan barnmorskan fånga upp mannens rädsla genom att han får fylla i ett frågeformulär där han kan skriva fritt eller samtala med honom på något av barnmorskebesöken. Vid tillfällen då mannen är förlossningsrädd men inte kvinnan bör trots detta mannen bli remitterad till någon form av Aurora mottagning (SFOG, 2004). Författarna anser att de behövs mer forskning om förlossningsrädsla hos män.

Familjesidor på Internet är en bra kunskapskälla med viss tveksamhet

Förstföderskorna i vår studie samlas på familjeforum där de utbyter erfarenheter om förlossningsrädsla med andra. Kvinnorna ger stöd och råd till varandra vilket gör att de känner sig mindre ensamma. Liknande forum finns runt om i världen och dessa fortsätter att öka. En studie som är gjord i USA skriver att mer än 90 miljoner människor, vilket utgör 84 % av Internet brukarna deltar i Internet forum. Av dessa deltar 30 % i medicinska och hälso-relaterade forum. Förklaringen till denna stora massa är att de försöker fylla tomrummet som just nu existerar inom sjukvården (Johnson & Ambrose, 2006). Deltagarna i forumen utbyter information och delger egna berättelser. De frågar frågor, löser problem, kommer med svar och lösningar genom sina berättelser (Johnson & Ambrose, 2006; Josefsson, 2005). Deltagarna i Internetgruppen tillfredställer behoven, det spirituella, det kognitiva och även beteendemönstret, något som inte den traditionella sjukvården kan åstadkomma (Johnson & Ambrose, 2006). Ur resultatet framkom det att informationen som inhämtas på familjesidor på Internet stärker kvinnan så att hon kan hantera sin rädsla bättre. I en studie som undersökte människors beteende vid sökning av fakta på Internet fann forskarna att de flesta av deltagarna upplevde Internet som positivt. Fakta som inhämtades på en Internet sida kunde kontrolleras med en annan för att stärka trovärdigheten. Patienter kunde även söka på sådant som läkaren hade sagt för att kontrollera hans trovärdighet. De upplevde också att informationen kunde vara stressande då de hela tiden var tvungna att kontrollera den nyinhämtade kunskapen med sin läkare (Eysenbach & Köhler, 2002). Författarna anser att

Internet kan vara en bra källa att inhämta information om det görs på rätt sätt. Det är viktigt att inhämta kunskap från professionella webbsidor och inte lita på lekmän som informerar. De förlossningsrädda kvinnorna upplever familjesidorna på Internet mest som positivt men även negativa aspekter med familjesidor på Internet framkommer i vårt resultat. Vad vi har fått fram ur vårt resultat är att barnmorskan måste möta sina patienter även ute på familjeforumen på Internet. Någon som har medicinsk kunskap behöver styra upp konversationerna ute på forumen då det förekommer mycket osanningar. Barnmorskan på MVC är idag endast tillgänglig kontorstid. Många kvinnor drar sig för att ringa förlossningen, trots att de kan ta emot samtal dygnet runt. Istället går de ut på familjesidor på Internet och träffar likasinnade. Omorganisationer bör göras. Familjesidor på Internet är här för att stanna, vården bör nu leta sig ut till dessa forum. Hildingsson (2003) skriver att kvinnor önskar att mödravårdsbarnmorskan var lättillgänglig. Att de lätt kunde komma i kontakt med barnmorskan och snabbt få en besökstid. Många önskade att MVC hade öppet kvällstid och jourtid då de upplevde att väntetiderna var långa. Ytterligare en positiv aspekt som framkom ur resultatet är att kvinnorna är anonyma på familjesidorna på Internet. Känsliga frågor är lättare att diskutera med okända personer än med sin barnmorska på MVC. Detta är ytterligare en anledning till att barnmorskan ska söka sig ut till familjesidor på Internet. Det är många gånger lättare att sitta bakom en dator skärm än öga mot öga med sin barnmorska då man vill diskutera känsliga ämnen. Resultatet i stort visar att självupplevda historier minskar kvinnans rädsla och hjälper henne i förberedelserna inför förlossningen. Ett fåtal kvinnor påtalar den negativa aspekten om familjesidor på Internet. Då vem som helst kan skriva om vad som helst upplever de familjesidor på Internet som en osäker källa. Johnson och Ambrose (2006) skriver att läkare uttrycker en oro att osann information sprids på dessa forum. Även Josefsson (2005) tar upp problemet med att missledande och farlig information kan spridas på Internet. Patienterna bör vara medvetna om detta problem och därför dubbelkontrollera information med medicinska källor. Något som tas upp i en annan studie är att för mycket information på Internet kan skapa mer oro och stress vilket kan vara svårt att hantera (Henwood, Wyatt, Hart & Smith, 2002). Idag är det mycket lätt att få tag på information om allt som rör graviditet och förlossning, vilket ställer större krav på barnmorskan då patienterna ofta är mycket pålästa. Media och familjeforum spelar återigen en stor roll när de skriver halvsanningar om olika saker som baseras på okunskap. Det är verkligen viktigt att barnmorskan är ännu mer påläst och professionell och kan avliva de myter och halvsanningar som skrivs och är felaktiga.

När författarna läste in sig på ämnet förlossningsrädsla gjordes upptäckten att ett flertal äldre vetenskapliga artiklar användes som referens i stort sett all ny forskning. I alla nya studier där förlossningsrädsla undersöks, refererar forskarna till Areskogs resultat från 1981. Siffrorna som Areskog fick fram 1981 var att 6 % led av svår förlossningsrädsla och 17 % av måttlig förlossningsrädsla. Liknande studier har gjorts på senare år där de också fått fram siffror på andelen av förlossningsrädsla (Eriksson, 2002; Geissbuehler & Eberhard, 2002). Författarna ställer sig frågande till varför forskare fortfarande refererar till Areskog då det finns färskare data. Det är svårt att jämföra olika forskningsresultat då de definierar förlossningsrädseln på olika sätt. Areskog definierar rädslan som svår och moderat (Areskog, 1981). Geissbuehler och Eberhard (2002) har definierat rädslan som intensiv och lätt hos kvinnan. Eriksson (2005) använde definitionerna mild, moderat och intensiv vid förlossningsrädsla.

Författarna har även uppmärksammat att flertalet av de vetenskapliga artiklarna är gjorda i de nordiska länderna, framförallt Sverige och Finland. Författarna har funnit få vetenskapliga

artiklar om förlossningsrädsla som är gjorda utanför de nordiska länderna. Endast två artiklar varav den ena från USA och den andra Schweiz har använts i studien. Författarna tycker det är märkligt att de nordiska länderna uppmärksammar problemet förlossningsrädsla mer än andra länder. Är de nordiska kvinnorna mer rädda för att föda barn än den resterande världen? Är vi starkare och kräver mer av sjukvården och samhället eller är vi svagare? Vågar kvinnor i Norden prata mer öppet om fenomenet förlossningsrädsla då det är ett accepterat problem i samhället? Kan det bero på att de flesta förlossningssjukhusen i Skandinavien har en välorganiserad verksamhet som behandlar förlossningsrädda kvinnor (Waldenström, et al., 2006). Det hade varit intressant att jämföra olika länders syn på förlossningsrädsla. Det finns till exempel inga studier gjorda på kvinnors upplevelse av förlossning i u-länderna. Varför är ingen intresserad av att höra deras berättelser? Vi har sett mycket få studier angående förlossningsrädsla från den övriga världen. Det är därför på tiden att forskare sträcker sig utanför de nordiska länderna.

KONKLUSION OCH PRAKTISK TILLÄMPNING

Denna studies resultat visar att förlossningsrädda förstfödelskor kan uppleva familjesidor på Internet som ett stöd men med viss tveksamhet. För att fånga upp förlossningsrädda tidigt och helst innan en eventuell graviditet behöver mödravården och annan professionell vård personal söka sig ut till familjesidor på Internet. Mödravården borde öppna egna internetsidor där kvinnor tryggt kunde träffas och få sanna svar från professionell personal. Där kunde de även ställa anonyma frågor som är känsliga i ett möte öga mot öga. Mödravården kunde sätta upp forum med bland annat förlossningsrädsla där barnmorskan kunde integrera med kvinnorna för att på ett bra sätt lindra rädslan.

Vi har också fått fram att förlossningsrädda kvinnor vill träffa likasinnade. Därför tycker vi att Aurora i grupp skulle införas. Idag träffas kvinnan och barnmorskan i enrum för att tala om kvinnans rädslor. Studien har dock visat att kvinnorna upplever att självupplevda berättelser på familjesidor på Internet från andra kvinnor kan vara stärkande. Det hade därför varit bra att blanda omfödelskor och förstfödelskor så att de kan dela sina erfarenheter med varandra.

Författarna fann i resultatet att rädslan över att spricka och inte bli normal i underlivet igen var stor. Ett annat fenomen som inte tidigare uppmärksammats i andra studier vara att rädslan för att sexlivet skulle bli förstört var stor. Barnmorskan behöver därför vara mer uppmärksam och tydlig när det gäller att informera de gravida kvinnorna angående bristningar vid förlossningen. Även sexlivet är en viktig del att tala om tidigt under graviditeten. Barnmorskan bör vara öppen och inte hämmad över att tala om dessa rädslor.

Bristande tillit till barnmorskan är ett annat fenomen som uppkom ur resultatet. Det är både allvarligt och skrämmande. Problemet måste tas på allvar och varje klinik bör gå till botten med detta och ta reda på varför det blivit så här.

REFERENSER

- Alehagen, S., Wijma K., & Wijma B. (2001). Fear during labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80, 315-320.
- Alehagen, S. (2002). *Fear pain stress hormones during labor* (akad.avh.). Linköpings Universitet, Division of Obstetrics and Gynecology. Linköping.
- Alehagen, S., Wijma B., & Wijma K. (2006). Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85, 56-62.
- Areskog, B., Uddenberg, N., & Kjessler, B. (1981). Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 12, 262-266.
- Areskog, B., Uddenberg, N., & Kjessler, B. (1983). Backgroundfactors in pregnant women with and without fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 2(2), 102-108.
- Berg, M., & Lundgren, I (red). (2004). *Att stödja och stärka, vårdande vid barnafödande*. Lund: Studentlitteratur.
- Egidius, H. (2008). *Psykologi lexikon*. 4:e uppl. Natur och Kultur. Stockholm.
- Eriksson, C. (2005). Experiential factors associated with childbirth-related fear in Swedish women and men: A population based study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 26(1), 63-72.
- Eriksson, C. (2006). *Förlossningsrelaterad rädsla: En studie av kvinnors och mäns erfarenheter*. (akad.avh.). Umeå Universitet, Department of Public Health and Clinical Medicine, Family medicine. Department of Nursing, Umeå.
- Eriksson, C. (2007). Men's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Journal of men's health* 4(4), 409-418.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Geissbuehler, V., & Eberhard, J. (2002). Fear of childbirth during pregnancy, a study of more than 8000 pregnant women. *Journal Psychosomatic obstetrics and gynecology*, 23, 229-235.
- Henwood, F., Wyatt, S., Hart, A., & Smith, J. (2002). Turned on or turned off? Accessing health information on the Internet. *Scandinavian Journal of Information System*. 14(2), 79-90.
- Hildingsson, I., Rådestad, I., Rubertsson, C., & Waldenström U. (2002). Few women wish to be delivered by caesarean section. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 109, 618-623.
- Hildingsson, I. (2003). *Kvinnors förväntningar på och upplevelser av vården under graviditet och förlossning* (akad.avh.). Karolinska Institutet, Institutionen för omvårdnad, Stockholm.

- Hunter, L. (2002). *Being with women: A guiding concept for the care of the laboring women*. *JOGNN*, 6(31), 650-657.
- Jahren Kristoffersen, N. (1997). *Allmän omvårdnad*. Stockholm: Liber.
- Johnson RC., & Slade P. (2003). Obstetric complications and anxiety during pregnancy: is there a relationship? *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 24, 1-14.
- Josefsson, U. (2005). Coping with illness online: The case of patients online communities. *The Information Society*, 21(2), 143-153.
- Josefsson, U. (2007). *Coping online, patients use of the Internet* (akad.avh.). Göteborgs Universitet, Department of Applied Information Technology, Göteborg.
- Josefsson, U. (Forthcoming). Patients initiation of self-help groups on the Internet: A coping perspective. *European Journal of Information Systems*.
- Laursen, M., Hedegaard, M., & Johansen, C. (2008). Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *An international Journal of Obstetrics and Gynecology*, 115, 354-360.
- Lavender, T., Hofmeir, G J., Neilson, J P., Kingdon, C., & Gyte, G M. (2006). Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Systematic Reviews, Issue 3*. Art. No., CD0044660.DOI:10.1002/14651858.CD004660.pub2.
- Lowe, N. K. (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 21, 219-224.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim U. (2008). Ingår i Grankär & Höglund-Nielsen (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (159-172). Ungern: Studentlitteratur.
- Melender, H-L. (2002a). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth*, 29(2), 101- 111.
- Melender, H-L. (2002b). Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal Midwifery and womens health*, 47(4), 256-263.
- Nilsson, C., & Lundgren, I. (2007). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, in press.
- Nerum, H., Halvorsen, L., Sörlie., & Öian P. (2006). Maternal request for Cesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented counseling? *BIRTH*, 33(3), 221-228.
- Ryding, E-L., Wijma B., Wijma, K., & Rydhström, H. (1998). Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency caesarean section. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 77, 542-547.

- Ryding, E-L., Wirfelt, E., Wängborg, I-B., Sjögren, B., & Edman, G. (2007). Personality and fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 86, 814-820.
- Ryding, E-L. (2008). Psykologiska aspekter på graviditet och förlossning. Ingår i Hagberg, Marsál, Westgren (red.), *Obstetrik* (135-151). Lund: Studentlitteratur.
- Saisto, T., & Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 201-208.
- Saisto, T., Toivanen R., Salmela-Aro, K., & Halmesmäki, E. (2006). Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85, 1315-1319.
- SFOG (Svensk förening för obstetrik och gynekologi) (2004) *Förlossningsrädsla*. (ARG-rapport nr. 51) Östervåla: Elanders Tofters.
- SFOG (Svensk förening för obstetrik och gynekologi) (2006) *Nationellt kvalitetsregister för mödrahälsovård - Sammanställning av individdata för 2006*. (Red.), Arbetsgruppen för nationellt kvalitetsregister för mödrahälsovård.
- Sjögren, B. (1997a). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynecology*, 18, 266-272.
- Sjögren, B., & Thomassen P. (1997b). Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76, 948-952.
- Sjögren, B (red). (1998). *Förlossningsrädsla*. Lund: Studentlitteratur.
- Sjögren, B. (2003). Förlossningsrädsla utmanar vården. *Läkartidningen* 100(38), 2932-2935.
- Socialstyrelsen (2005). *Kejsarsnitt i Sverige 1990-2001*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2007). *Summarisk rapport för verksamhetsåret 2007*. Jan Rydnert. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svenska Akademin och Språkdata. Göteborgs Universitet. Available from: <http://g3.sprakdata.gu.se/saob/>, 2008.
- Söderberg, L, Silverstolpe N. (2006). *Rädd att föda: Din väg till att våga*. Stockholm: B Wahlströms.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., & Ryding E-L. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113, 638-646.
- Zar, M. (2001). *Diagnostic aspects of fear of childbirth* (akad.avh.). Linköping Universitet, Department of health and environment, Linköping.
- Zar, M., Wijma, K & Wijma, B. (2001). Pre- and post partum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian journal of behavior therapy*, 30(2), 75-84

Bilaga 1

Underkategorier	Kategorier	Tema
Rädslan inte överhängande eller ständig Försöker inte tänka på det Panik vid tanken av förlossningen	Oro/ångest	Mental hälsa
En kämparanda växer fram Finns ingen återvändo Fokuserar på tiden efter förlossningen	Acceptera sitt öde	
Oro över dåliga barnmorskor och läkare Att något ska gå fel Rädd för att tappa kontrollen	Bristande tillit	
En upplevelse man aldrig tidigare varit med om Obegripligt att barnet kommer ut ur det lilla hålet Rädd för att bli gravid	Smärta/okänt	Den skadade kroppen
Rädsla för att något ska hända barnet Skador för resten av livet Dödsångest	Komplikationer	
Skrämmande att blotta sig för främlingar Stark rädsla för att spricka Rädsla för förstört sexliv	Underliv/spricka	

En bra informationskälla Information gör kvinnan tryggare	Information/kunskap	Internets påverkan på kvinnan
Känsla av att inte vara ensam Råd och stöd av andra i samma situation	Likasinnade	
Lätt att diskutera känsliga frågor Ingen tidspress Ingen vet vem man är	Formulera i text/anonym	
Både positivt och negativt Stärkande att läsa om andras förlossningsupplevelser Mer uppskrämd av Internet	Självupplevda historier	