

Skräckblandad förtjusning

– Kvinnors känslor inför en ny
förlossning

Författare: Solveig Jansson
Linda Rilby
Program/Kurs: Barnmorske-
programmet
Höstkursen 2007
Omfattning: 15 hp
Handledare: Lena Mårtensson
Examinator: Tone Ahlborg

Sahlgrenska akademien
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa



Titel svenska:	Skräckblandad förtjusning - kvinnors känslor inför en ny förlossning
Titel engelska:	Delight mixed with fear – women’s feelings facing another childbirth
Arbetets art:	Magisteruppsats.
Program/kurs/kurskod:	Barnmorskeprogrammet/Reproduktiv och perinatal hälsa – Examensarbete II/ OM 1660
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	26 sidor
Författare:	Solveig Jansson och Linda Rilby
Handledare:	Lena Mårtensson
Examinator:	Tone Ahlborg

Kunskap om förstföderskors förväntningar och tankar inför förlossning finns väl beskrivet. Däremot finns det begränsade kunskaper om omföderskors förväntningar på förlossningen. Några av de faktorer som påverkar förlossningsupplevelsen är förväntningar inför förlossningen, upplevelsen av smärta och stöd. Syftet med studien var att beskriva kvinnors känslor inför tanken på en ny förlossning. Vi har fått ta del av ett större forskningsmaterial som är insamlat i en tidigare genomförd enkätstudie. Vi har valt att analysera materialet med hjälp av innehållsanalys. Resultat som framkom var att de känslor som kvinnor hade inför tanken på en ny förlossning var rädsla, längtan eller lugn/tillförsikt. Rädsla för smärta var den största rädslan, men det fanns även en rädsla för komplikationer för kvinnorna själva eller barnet. Rädslorna kunde bero på negativa upplevelser från förra förlossningen. Detta kunde leda till tveksamhet inför en ny graviditet och vissa tänkte kräva kejsarsnitt. Det fanns kvinnor som upplevt svår smärta eller komplikationer men ändå såg fram emot en ny förlossning, de använde barnet som motivation. Många kvinnor ville gärna föda fler barn, de hade en positiv erfarenhet och tyckte att det var underbart att föda. Sammanfattningsvis är det viktigt att barnmorskan hittar de kvinnor som är rädda inför förlossningen för att kunna stötta dem att skapa realistiska förväntningar inför förlossningen. För att barnmorskan ska kunna stödja kvinnan genom hela förlossningen är det viktigt att kvinnan upplever att barnmorskan visar att hon finns tillgänglig och att hon tar kvinnan och hennes smärta på allvar.

Nyckelord: förlossningsupplevelse, förväntningar, känslor, rädslor, längtar, lugn.

Keywords: experience of childbirth, expectations, feelings, fears, looking forward to, calm.

INLEDNING	3
BAKGRUND	3
ARTIKELSÖKNING	3
FÖRLOSSNINGSSUPPLEVELSEN	3
Faktorer som påverkar förlossningsupplevelsen	4
KÄNSLOR	8
Kvinnors känslor i samband med förlossning	8
SAMMANFATTNING	9
SYFTE	9
METOD	9
URVAL	9
DATAINSAMLINGSMETOD	11
FORSKNINGSETISK PRÖVNING	11
DATAANALYS	11
Innehållsanalys	11
Bearbetning av data	12
RESULTAT	14
BESKRIVNING AV KATEGORIER	14
Rädsla	14
Längtan	17
Lugn/tillförsikt	18
DISKUSSION	20
METODDISKUSSION	20
Val av metod	20
Trovärdighet	20
Faktorer som påverkar resultatet	21
RESULTATDISKUSSION	21
Tillämpning av resultatet i praktiken	23
Konklusion	23
Fortsatt forskning	24
Uppdelning av arbetet	24
REFERENSER	25

INLEDNING

Målet för förlossningsvården i Sverige är - förutom att ge kvinnor medicinskt säker vård- att kvinnor ska få en positiv förlossningsupplevelse. Kvinnors upplevelser från sin/sina förlossningar är mycket levande under en lång tid och de påverkar deras liv i stor utsträckning. Som blivande barnmorskor tyckte vi att det var intressant att fördjupa oss i kvinnors förlossningsupplevelser eftersom vi upplever att barnmorskan påverkar dessa. Under vår verksamhetsförlagda utbildning har vi insett vikten av att ha förståelse för att kvinnors förväntningar på förlossningen påverkar situationen och att tidigare förlossningsupplevelser också har stor inverkan. Vi blev erbjudna att ta del av ett enkätmaterial som vårdenhetschef Britta Lindblom samlat in genom en kartläggning av underlivsproblem efter förlossningen. Materialet kom från en studie som genomfördes på kvinnor som födde barn mellan 1995-1997 på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Vi fick möjlighet att analysera en av de öppna frågorna i enkäten - ”Beskriv gärna dina känslor inför tanken på en kommande förlossning”. Vi kände att detta var ett sätt att fördjupa oss i hur vi som barnmorskor kan påverka kvinnors upplevelse av förlossning och deras förväntningar inför kommande förlossningar.

BAKGRUND

ARTIKELSÖKNING

En genomgång av kunskapsläget om kvinnors upplevelser av förlossning gjordes mellan 2008-08-27 – 2008-11-17. Databaser som användes var CINAHL, Cochrane Library och PubMed.

Följande sökkriterier användes i:

CINAHL: obstetric care, published since 2004, peer – reviewed, english, available abstract och female.

Cochrane Library: available abstract och published 2004-2008.

PubMed: published last 10 years, women, humans, available abstract, english, clinical trial, metaanalys, randomized-controlled studies och reviewed.

Sökord som användes: experience/- s, childbirth, labor, labour, expectation/-s, feelings och support. Sökorden användes i olika kombinationer. Sammanlagt 16 artiklar valdes ut för forskningsgenomgång.

FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSEN

Med förlossningsupplevelsen menas både kvinnors och deras partners upplevelser (1). Waldenström jämförde hur kvinnor på 1940-talet och 2000-talet skattade sin förlossningsupplevelse. Hon fann att fler kvinnor var nöjda med vården på 2000-talet än på 1940-talet, 67 % jämfört med 31 % (2). Ingen forskning har visat på att det berodde på ryggbedövning eller annan farmakologisk smärtlindring utan snarare på omorganisationerna i vården. Förändringarna innebar att föräldrarna nu var i centrum, personalen lyssnade till deras önskemål, ett bättre bemötande och stöd från personalen samt att mannen kunde vara närvarande kontinuerligt under förlossningen vilket ledde till en bättre förlossningsupplevelse (2, 3).

Faktorer som påverkar förlossningsupplevelsen

Förlossningsupplevelsen påverkades av kvinnornas upplevelse av delaktighet, stöd av barnmorskan eller annan person samt hur de upplevde förlossningssmärtan. Mindre betydande faktorer som påverkade förlossningsupplevelsen framkom också exempelvis långdraget förlopp och instrumentell förlossning. Annat som har visat samband med förlossningsupplevelsen var förväntningar och oro. Ålder, utbildning och social bakgrund hade mindre betydelse för den totala upplevelsen (1). I en svensk studie från 2004 fann Waldenström et al. att risken för en negativ upplevelse av förlossning ökade om kvinnorna var unga, ensamstående, arbetslösa, rökare, väntade första barnet, var omfödorskor med tidigare kejsarsnitt och/eller haft dåliga erfarenheter av tidigare förlossning. Andra riskfaktorer för en negativ upplevelse var om graviditeten kom vid fel tillfälle, upplevt dåligt stöd från partnern, depression i tidig graviditet eller oro under graviditeten över deras egen och/eller barnets hälsa (4). Att partnern varit positiv inför graviditeten var en faktor till att upplevelsen blev positiv (4, 5).

Förväntningar inför förlossningen

Studier har visat att kvinnors upplevelse av förlossningen till stor del hörde ihop med deras förväntningar, de använde dessa som utgångspunkt då de utvärderade sin förlossning (5, 6). Kvinnorna ville känna sig lyckade och behövde bli styrkta och bekräftade (6). De som varit rädda inför förlossningen och förväntat sig att förlossningssmärtan skulle vara den värsta tänkbara smärtan upplevde att förlossningen var mer skrämmande och traumatisk än de trott. De löpte större risk för psykologiska problem (4, 6). För de kvinnor som hade en mer hoppfull och positiv attityd var sannolikheten större att de skulle uppleva förlossningen som positiv (5).

Trots ökad medicinteknisk förlossningsvård så önskade de flesta kvinnor i alla fall från början att bli stöttade igenom en vaginal förlossning, de ville undvika obstetrisk smärtlindring och prova utan tills de verkligen behövde det (4, 6). I en australisk studie undersöktes hur kvinnors förväntningar påverkade deras förlossningsupplevelse. Bland annat var det kvinnor som kände att de blivit övertalade till kejsarsnitt utan att det fanns medicinska grunder. De upplevde att deras önskemål inte hade blivit tillgodosedda och detta ledde till en rädsla och oro inför framtida förlossningar. Dessa kvinnor ändrade sin syn på förlossningen från att ha varit en naturlig händelse till att bli en skrämmande och medicinsk process. Dessutom hade många ändrat sina förväntningar så de speglade deras uppfattning om att förlossningen var oförutsägbar och okontrollerbar. De fokuserade istället på att få ett friskt barn (6).

Lundgren fann 2005 att kvinnors förväntningar på förlossningen inte alltid var samstämmiga med deras erfarenhet efteråt. Eftersom kvinnorna hamnade i en situation som de inte kunde styra stämde inte alltid förväntningarna med upplevelsorna (7). De flesta tyckte att förlossningen gått bättre än förväntat. Det fanns även de som tyckte att erfarenheten var mer smärtsam eller mer okontrollerad än vad kvinnorna hade förväntat sig (7, 8). Omfödorskor hade störst chans att bli nöjda, kanske för att de ändrat sina förväntningar utifrån tidigare erfarenheter och på så sätt försökte de uppnå en tillfredsställelse. De kvinnor som var öppensinnade och flexibla, fokuserade på att vara involverade i förlossningsprocessen. Dessa kvinnor hade inga specifika krav på smärtlindring eller medicinska ingrepp och kände sig delaktiga i vården och accepterade besluten som togs för att de litade på personalen (4, 6).

I flera studier framkom att det fanns ett behov av att minska gapet mellan förväntningar

och realitet för att kvinnor skulle känna sig kompetenta och självsäkra. Om barnmorskan kände till de födande kvinnornas förväntningar kunde hon hjälpa dem att genomföra dessa i den mån det var möjligt. Detta kunde barnmorskan göra genom att ge information, stödja och låta kvinnorna vara delaktiga i beslut. På så sätt ökade kvinnornas känsla av kontroll över förlossningssituationen och detta förbättrade förlossningsupplevelsen (3, 6, 8).

Förlossningsförebereelsernas betydelse

Fowles kom 1998 fram till att kvinnor som upplevde att de hade bristande kunskap inför förlossningen kände sig frustrerade och de kunde inte specificera orsaken till kunskapsbristen. De ville veta mer om hur intensiv smärtan var, induktion, smärtlindring, att pumpa bröstmjölk och inte kunna kontrollera blåsan (9). Kvinnor förberedde sig inför förlossningen genom att de gick på föräldrautbildning, diskuterade med familj och vänner, skrev förlossningsbrev, läste böcker och såg på film. Efter förlossningen tyckte de flesta kvinnor att deras förberedelser hade hjälpt dem att hantera värkarbetet. De två viktigaste kunskapsområdena var smärtlindring och förlossningsförloppet. Kvinnorna som upplevde att de varit välinformerade kände att de kunde delta i beslut och kände då att de hade kontroll över situationen (3, 8).

Självkänsla

Självkänsla kan beskrivas som hur vi uppfattar och värderar oss själva. Självkänslan påverkas av hur andra personer uppfattar individen i positiva och negativa termer och förmedlar detta. Det kan skapa låg respektive hög självkänsla (10). Kvinnan kan använda sig av stöd för att förbättra sin självkänsla (11).

En hög självkänsla kunde stärka kvinnan i födandet och det gjorde att hon upplevde smärtan som en naturlig del i förlossningsprocessen, och kände att styrkan och kraften att hantera detta kom från henne själv. Barnmorskan kunde stärka kvinnans självkänsla genom att förmedla att hon trodde på kvinnans kapacitet att föda (12). Lundgren fann 2005 att det var viktigt att kvinnor hade förtroende för sin kropp och sin kapacitet för att kunna hantera den okontrollerbara situationen som förlossningen innebar, det var även viktigt att hon inte var rädd för smärtan. Samtidigt som kvinnorna lät värkarbetet ta över kroppen ville de ändå ha kontroll över sig själva så de kunde vara närvarande och aktivt medverka (7). Kvinnorna var även tvungna att lita till dem runt henne för att kunna känna kraften och styrkan att klara förlossningen. För att barnmorskan skulle kunna följa kvinnorna genom förlossningen och tillgodose deras behov krävdes det av kvinnorna att de var öppna med sina önskemål för att kunna bli bemötta med närvaro och respekt (12).

Delaktighet och kontroll

Kontroll kan beskrivas som en persons tro på om hans/hennes eget beteende påverkar ett speciellt resultat eller inte. Inre kontroll kan beskrivas som en tro på att ens eget beteende kan kontrollera vad som händer medan yttre kontroll är en tro på att resultatet påverkas av slumpen eller av andra personer (13). Det finns ett starkt samband mellan valmöjlighet och kontroll. Valmöjlighet kan underlätta kontroll och frånvaro av val kan skapa frånvaro av kontroll. Det är inte i alla situationer där valmöjlighet skapar kontroll utan det kan generera ångestkänslor då valet är omöjligt att fatta (11).

Upplevelse av delaktighet och kontroll under förlossningen hade betydelse för kvinnors förlossningsupplevelse (1, 9). Detta innebar att kvinnan skulle vara väl informerad och

på så sätt kunde påverka beslut som togs under förlossningen, hon skulle även känna att det var hon som födde barnet och inte blev förlöst. Det var även viktigt att kvinnan kände förtroende för barnmorskan och behandlades individuellt och respektfullt (1). Smärta och smärtlindring var de viktigaste faktorerna för den inre kontrollen och sociala faktorer för den yttre kontrollen. Även oro inför förlossningen påverkade kontrollen, för omfödskor var smärta och antenatal oro det som påverkade kontrollen mest (14).

I ett flertal studier framkom att kvinnor kunde känna sig sårbara då de inte hade något inflytande över de medicinska besluten som togs under förlossningen. Detta ledde till en känsla av bristande kontroll och frustration (4, 6, 9, 14). De förstfödskor som lämnades ensamma under förlossningen kände en minskad känsla av kontroll (14). De kvinnor som upplevt mest smärta hade också känt mindre kontroll, vilket i sin tur kunde leda till intensifierad smärta (9, 14).

Komplikationer

I flera europeiska studier påvisades att långdragna förlossningar var en faktor för att förlossningsupplevelsen blev negativ (4, 5, 14, 15). I en svensk studie med 255 deltagare ansåg 29 (34 %) kvinnor, av de med långvarig förlossning, att deras förlossningsupplevelse var negativ. Av de kvinnor som hade en normallång förlossning upplevde 7 (4 %) kvinnor den som negativ (15). Green och Baston fann 2003 att korta och väldigt långa förlossningar innebar att det förmodligen var mindre sannolikt att kvinnor upplevde att de hade kontroll i jämförelse med dem med medellångt förlopp (14).

Om kvinnorna upplevde att förlossningen inte fortskred kunde detta skapa känslor av hjälplöshet. Detta gällde framförallt förstfödskor som hade ett långvarigt värkarbete, de upplevde att det var mer smärtsamt, svårt och okontrollerbart än vad de hade förväntat sig. De trodde att de hade en högre smärttröskel och att de kunde hantera smärtan bättre och att de skulle ha varit tuffare (7). Av de kvinnor som skattade sin smärta lika högt, hade de som tagit epiduralbedövning (EDA) en mer negativ förlossningsupplevelse i jämförelse med dem som inte använt EDA (4, 5). När förlossningen tog kortare tid och var mindre smärtsam än förväntat ledde detta till en känsla av lättnad, kvinnorna beskrev att de hade haft tur (6).

I en finsk studie framkom det att om förlossningen hade avslutats instrumentellt var det troligare att kvinnorna hade en negativ upplevelse än om de haft en normal vaginal förlossning eller fött med planerat kejsarsnitt (5). Om kvinnorna upplevde värsta tänkbara smärta eller om förlossningen slutade i akut kejsarsnitt var detta den största risken för att få en negativ upplevelse. Komplikationer med barnet ledde också till en negativ förlossningsupplevelse (4).

Stöd

Stöd definieras på olika sätt så som emotionellt stöd, socialt stöd och stöd genom information. Emotionellt stöd kan vara en typ av stöd där känslor bekräftas av barnmorskan och som därför värderas högt av kvinnan. Målet är att personen känner sig omhändertagen, respekterad och får en känsla av samhörighet. Detta kan uppnås genom att barnmorskan visar att hon bryr sig om kvinnan, hon visar lyhördhet och omtanke samt skapar intimitet, att kvinnan kände att hon kunde få hjälp och stöd om hon ville ha det. Det finns även en annan aspekt av emotionellt stöd som kan ses som mer praktisk problemlösning och som kan benämnas stöd genom information (11).

Stöd under förlossningen kan innefatta kontinuerlig närvaro, bekräftelse och uppmuntran (9, 12, 14, 16) Kvinnor uppskattade även om barnmorskan kunde hjälpa henne att hitta en bekväm ställning (14). Kommunikation och information var viktiga delar i stödet till kvinnan (1, 6). Stöd och hjälp från barnmorskan var viktigt för kvinnors möjlighet att hantera förlossningssituationen och låta sig följa med och samtidigt kunna ta kontroll över sig själva (6, 7, 12). Barnmorskan skulle vara kompetent och ge individualiserad vård till de födande kvinnorna och deras partners. Detta innefattade att se partnern som ett stöd för kvinnorna genom graviditet och förlossning (4, 5, 8, 16).

Ett flertal studier har visat att stöd under förlossningen från barnmorska, student, sjuksköterska eller doula hade stor betydelse för kvinnorna och förbättrade förlossningsupplevelsen (1, 5, 9, 14). Stöd minskade användningen av farmakologisk smärtlindring, förekomsten av instrumentell vaginal förlossning eller kejsarsnitt och låg Apgar score (<7) vid 5 minuter. Ett samband sågs mellan kontinuerligt stöd och något kortare förlopp (1, 3). Stödet från partnern eller från nära anhörig var viktigt men det kunde ej påvisas att det hade samma positiva effekt på den perinatale utgången som stödet av en professionell person. Socialt stöd, professionellt och från anhöriga, under förlossningen hade klara fördelar och inga kända nackdelar och borde därför prioriteras. Detta stöd kunde omfatta ständig närvaro, erbjudande av tröst och uppmuntran (1, 16, 17).

I en amerikansk studie undersöktes hur närvaron av en doula påverkade förlossningsutfallet. Kvinnor i USA förlöses av obstetriker och har således inte stöd av en barnmorska under förlossningen. Av dem som hade stöd av doula under förlossningen förlöstes 30 (13,4 %) kvinnor med kejsarsnitt, de utan sådant stöd blev 49 (25 %) kvinnor förlösta med hjälp av kejsarsnitt. Av de kvinnor som blev inducerade var skillnaden ännu större, av de med stöd från doula blev 2 (12,5 %) kvinnor förlösta med kejsarsnitt och det var 10 (58,8 %) kvinnor utan stöd som blev förlösta med kejsarsnitt (16).

Ett flertal studier har visat att barnmorskans agerande hade mycket stor betydelse för hur kvinnor upplevde förlossningen (1, 4-7, 9, 12, 14). Barnmorskan borde stödja kvinnor att föda på sina egna villkor genom att minska på medicintekniska ingrepp men samtidigt ingripa om förlossningsförloppet är onormalt (1, 6, 7, 12). Kvinnor som upplevde barnmorskan som stödjande kände inte lika stor oro inför nästa förlossning och de ville gärna uppleva detta stöd nästa gång (6, 7). De kvinnor som upplevde att barnmorskan inte stöttade dem hade känslor som besvikelse, ilska, rädsla och oro inför kommande förlossning (4, 6). Många kvinnor kände att de hade liten kontroll över vad som gjordes i rent medicintekniskt syfte (9, 14). Information och förståelse var bra strategier för att ge ett bättre stöd och valmöjlighet för kvinnorna. Missförstånd och brist på information ledde till att kvinnorna inte litade på personalen (6).

Barnmorskans egenskaper

Tarkka, Paunonen och Laippala har låtit kvinnor värdera sin barnmorska eller obstetriker. De flesta upplevde personalen som mer positiv än negativ. Ju mer positivt kvinnor upplevde barnmorskan, desto positivare attityd till förlossningen (5). I motsats till det upplevde kvinnor som fick otrevligt bemötande, ointresserat samspel och oönskat handlande av personalen känslor av olycklighet, besvikelse, de kände ånger och

att de inte var nöjda. Egenskaper hos barnmorskan som kvinnorna värderade högt var stödjande, uppmuntrande, snälla, lugna, professionella (9). Andra egenskaper som var uppskattade var omtänksamhet/hänsynsfullhet, respektfullhet och att de behandlade kvinnorna som individuella personer (14).

KÄNSLOR

Tillstånd som rädsla, vrede, glädje eller sorg är olika typer av känslor. Utmärkande för känslor är att de har ett objekt, exempelvis något man är rädd för. Det innebär att individen har gjort en medveten tolkning av situationen. Ett känslomässigt tillstånd kännetecknas av upplevelser, fysiologiska förändringar samt beteende eller beteendetendenser. Den som känner till exempel rädsla, upplever ett bestämt hot, känner hur hjärtat slår, och visar ofta tecken till att vilja fly. Den övervägande uppfattningen är att känslor är värderingar, baserad på tidigare erfarenheter och bedömningen av olika tänkbara handlingsalternativ. Detta anses ha avgörande betydelse för den resulterande känslan (18).

Kvinnors känslor i samband med förlossning

För att undersöka vilka känslor förstföderskor upplevde under förlossningen tillfrågades Waldenström kvinnor i studien "Kvinnors Upplevelser av Barnafödandet (KUB)-studien" två månader efter förlossningen vilka känslor de hade upplevt. De flesta hade mestadels positiva känslor under hela eller större delen av förlossningen. De negativa känslorna upplevde de under korta stunder eller inte alls. En stor majoritet hade upplevt outhärdlig smärta någon gång under förlossningen. De vanligaste känslorna under förlossningen enligt KUB- studien var:

- Rädsla: 5 % kände sig rädda hela tiden och 85 % kände sig inte rädda alls eller endast korta stunder.
- Trygghet: 90 % kände sig trygga hela tiden eller större delen av tiden, 6 % kände sig trygga endast korta stunder eller inte alls under förlossningen.
- Kontroll: 57 % kände kontroll hela eller större delen av tiden, 23 % hade kontroll endast korta stunder eller inte alls under förlossningen.
- Outhärdlig smärta: 58 % upplevde outhärdlig smärta korta stunder eller inte alls under förlossningen. 19 % upplevde outhärdlig smärta större delen eller hela tiden under förlossningen (2).

De flesta rädslor som var associerade med förlossningen var relaterade till smärta. Många kvinnor hade tänkt på sina egna erfarenheter av smärta, sin styrka och copingstrategi för att kunna klara förlossningen. Det fanns även en rädsla att mannen inte skulle kunna vara med eller inte skulle klara av att vara med under förlossningen och att kvinnorna då skulle bli helt ensamma i förlossningsrummet. En av de största rädslorna kvinnorna kände under graviditet och förlossning var oro för barnets hälsa (8, 19). En del kvinnor var rädda att deras eget beteende kunde skada barnets hälsa. Många var också oroliga för medicinska komplikationer eller att barnet skulle vara stort och på så sätt vara svårt att föda fram (19).

Melender och Lauri har i en studie från 1999 låtit kvinnor beskriva sina rädslor. De uppgav att de hade dåligt samvete, skräck, panik, önskan att fly, depression, svårt att slappna av och upplevde känslor som oro, osäkerhet, oduglighet, paranoid och att de ej kunde glädjas åt graviditeten. Det var enstaka kvinnor som hade fysiska besvär som sömnlösa nätter, yrsel, hjärtklappning, andnöd och dessa symtom berodde på en känsla

av att vilja fly. Efter förlossningen kände många av kvinnorna att deras rädsla inte hade varit befogad men de upplevde att rädsla var en naturlig del av graviditeten. Det fanns de som tyckte att ett visst mått av rädsla kunde vara positivt skyddande och kunde hjälpa dem att förbereda sig för förlossningssituationen (19).

SAMMANFATTNING

Målsättningen för förlossningsvården är- förutom att ge medicinsk säker vård - att ge kvinnor en positiv upplevelse av förlossningen. Faktorer som påverkar förlossningsupplevelsen verkar vara kvinnors *upplevelse av delaktighet, känsla av kontroll, stöd av barnmorskan* samt *smärtupplevelsen*. Vid långvarigt förlopp eller instrumentellt avslut av förlossningen ledde detta ofta till en negativ förlossningsupplevelse. Kvinnors uppfattning om förlossningen hör till stor del ihop med deras förväntningar, de använder dessa som en utgångspunkt för att utvärdera sin förlossningsupplevelse. Kvinnor som upplevt bra stöd under förlossningen kände inte lika stor oro inför nästa förlossning.

Kunskap om förstföderskors förväntningar och tankar inför förlossning finns väl beskrivet. Däremot finns det begränsade kunskaper om omföderskor förväntningar på en eventuell kommande förlossning, därför vill vi undersöka detta vidare.

SYFTE

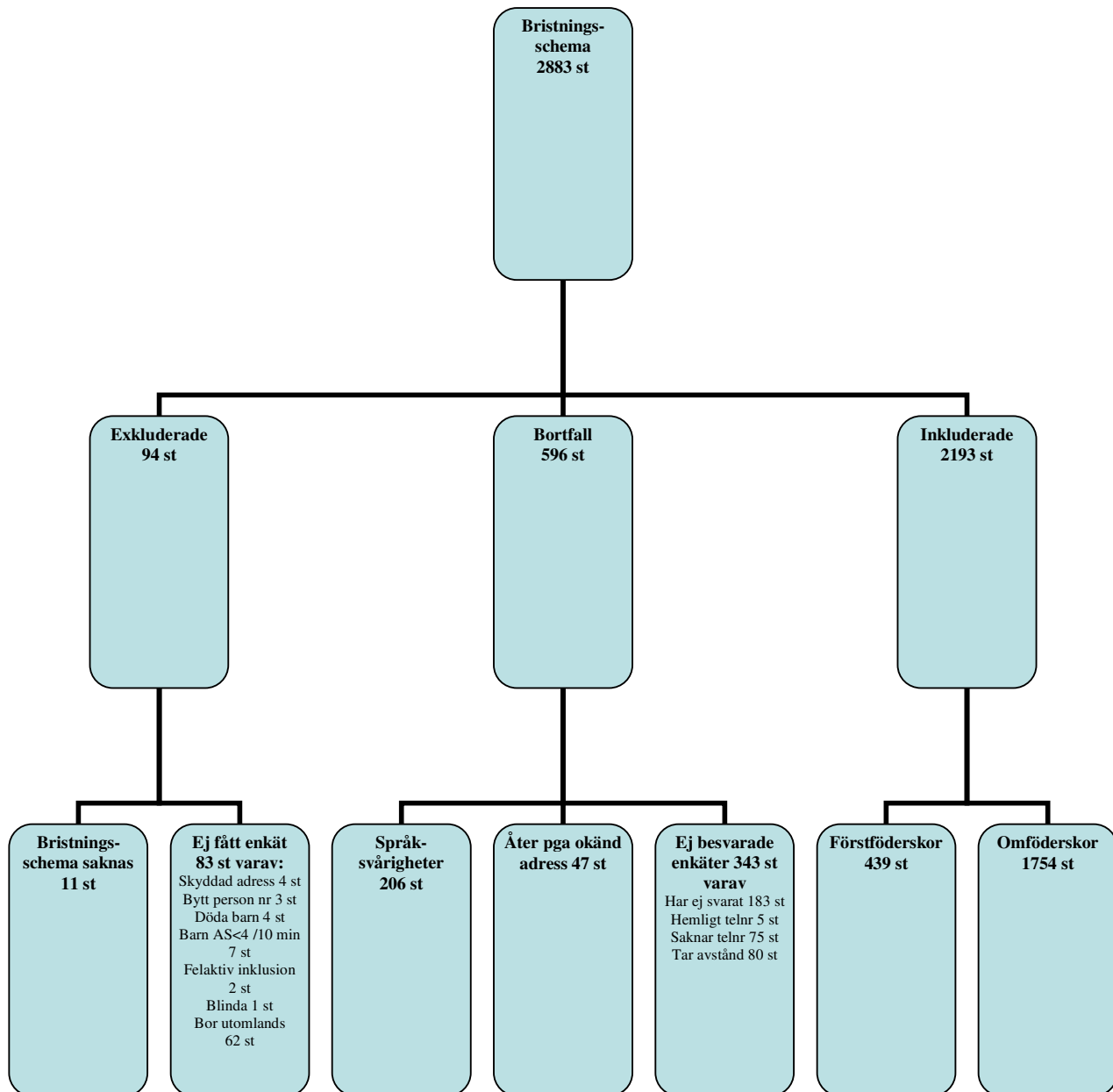
Syftet med arbetet är att beskriva kvinnors känslor inför tanken på en ny förlossning.

METOD

URVAL

För att få svar på hur förlossningen påverkar kvinnors underlivsbesvär gjordes en enkätstudie på alla vaginalförlösta kvinnor på Sahlgrenska Universitetssjukhuset 1995-1997. Barnmorskorna skulle fylla i ett bristningsschema. Under perioden förlöstes 3723 kvinnor på kliniken, 2883 av de vaginalförlösta hade fullständigt ifyllda bristningsscheman. Kvinnor utan fullständigt bristningsschema, kvinnor som förlöstes med kejsarsnitt samt de kvinnor vars barn hade Apgar Score <4 vid 10 minuter exkluderades. En enkät vars syfte var att kartlägga underlivsbesvär hos kvinnor 3-7 år efter vaginal förlossning skickades sedan ut till de kvinnor vars bristningsscheman var fullständigt ifyllda, detta var 2789 enkäter. Sammanlagt svarade 2193 stycken, för deltagande genom studien, se figur 1, svarsfrekvensen var 76 %. Av dem som besvarade enkäten var 439 förstföderskor som ej fått fler barn när enkäten besvarades, 468 förstföderskor som hade fått barn igen när enkäten besvarades och 1072 som var omföderskor redan vid urvalet för enkäten. Det fanns kvinnor som uteslöts ur studien om underlivsbesvär men som är med i vårt material. Dessa var 128 kvinnor som var gravida när de besvarade enkäten, 43 kvinnor hade fött två barn och därför besvarat två enkäter. Sammanlagt var det 1754 enkäter som besvarades av omföderskor.

Enkäten innehöll totalt 45 frågor varav 42 slutna frågor angående underlivsbesvär orsakade av förlossning, med möjlighet att utveckla sina svar efter fem av frågorna. Det fanns även tre öppna frågor varav vi har valt att analysera en. Antal som svarat på den frågan var 1002 stycken kvinnor av det totala antalet som svarat på enkäten som var 2193 kvinnor. Vi valde att analysera hela materialet för att fånga alla nyanser av känslor.



Figur 1. Kvinnors deltagande genom studien

DATAINSAMLINGSMETOD

Efter kontakt med Britta Lindblom, som genomförde enkätstudien, fick vi tillgång till svaren på den öppna frågan: ”Beskriv gärna dina känslor inför tanken på en kommande förlossning.”

FORSKNINGSETISK PRÖVNING

Den ursprungliga studien har genomgått en etisk prövning och fått godkänt av Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg dnr: R 700-97. Kvinnorna i den ursprungliga studien har gett sitt medgivande om att delta. Vi har fått ta del av ursprungsmaterial som inte är förändrat på något sätt och inte tidigare analyserat, därför görs inte någon ytterligare etisk prövning. Enkätsvaren är avidentifierade och vi har inte haft tillgång till någon kodlista. Detta för att säkra anonymiteten hos deltagarna. Flera av kvinnorna har i sina svar skrivit att de anser att det är viktigt med studier om detta ämne, detta bekräftar nyttan med studien. De kvinnor som är exkluderade ur studien dvs de som inte har korrekt ifyllda bristningsscheman, de som genomgått kejsarsnitt, de som haft barn med Apgar score <4 vid 10 minuter samt de med språksvårigheter har inte fått uttrycka sina känslor inför en kommande förlossning. Detta kan möjligen innebära att de skulle kunna känna sig upprörda och ledsna för att de inte fått delta i studien och beskriva sina känslor.

DATAANALYS

Innehållsanalys

Författarna till studien har valt kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats och valt att fokusera på det manifesta innehållet för att bearbeta materialet. En grundläggande fråga när kvalitativ innehållsanalys ska användas är att bestämma om analysen ska fokusera på manifest eller latent innehåll. Manifest innehåll är det som är synligt och uppenbart i motsats till latent innehåll som behandlar tolkningen av den underliggande meningen. Både manifest och latent innehåll behandlar tolkning men på olika djup och nivåer av abstraktion (20, 21).

Inspiration hämtades från Graneheim & Lundmans 2008 och Burnards 1991 beskrivningar av kvalitativ innehållsanalys. Detta innebär en förutsättningslös analys av insamlad data utan i förväg utarbetad teori. Fokus vid kvalitativ innehållsanalys är att beskriva variationer genom att identifiera likheter och skillnader i textinnehållet samt lyfta fram det dolda budskapet. De uttrycks i underkategorier och huvudkategorier på olika nivåer. När kategorier skapas har kontext betydelse eftersom tolkning av texter förutsätter kunskap om det sammanhang i vilket studien är genomförd (20, 21).

Under analysprocessen kondenseras och abstraheras meningsenheterna. Kondensering innebär att texten kortas ner och görs mer lätthanterlig samtidigt som det centrala innehållet bevaras och inga väsentligheter försvinner. Efter detta är gjort abstraheras texten och förses med koder som sedan sammanförs till underkategorier och eventuellt högre kategorier. Detta innebär att analysen höjs till en högre abstrakt nivå. Det är viktigt att kontrollera att abstraktionen är giltig genom att jämföra den med meningsenheter och kondenserad text. Koderna är etiketter på meningsbärande enheter och kan hjälpa forskaren att reflektera över sina data på ett nytt sätt. Koderna ska alltid skapas utifrån meningsenheternas innehåll. Kategorier innehåller flera koder med liknande innehåll. Det bör inte finnas data som faller mellan två kategorier eller som passar in i flera kategorier. Detta kan vara svårt då människors upplevelser kan vara

sammanflätade och passa in i flera kategorier. Teman kan sammanbinda det underliggande budskapet i flera kategorier. Ett tema besvarar frågan hur och utgör den ”röda tråden” genom flera kategorier på en högre tolkande nivå (20, 21).

För att säkerställa trovärdigheten i kvalitativ forskning används begrepp som tillförlitlighet, pålitlighet och överförbarhet.

- Tillförlitlighet behandlar studiens fokus och refererar till hur väl resultatet svarar an mot syftet. Genom att välja ut deltagare med olika bakgrund och erfarenhet ökar möjligheten att belysa ämnet ur olika vinklar. Det är även viktigt att välja den mest passande metoden för datainsamling. För att belysa och förtydliga texten kan citat användas. För att säkerställa att materialet har kategoriserats på ett lämpligt sätt kan en annan forskare läsa igenom materialet för att bedöma om de anser att hela materialet är representerat.
- Pålitlighet innebär att hänsyn ska tas till vilken grad resultatet och hur forskarens beslut ändras över tid under den analytiska processen. När materialet är stort och insamlas under en längre tid finns det risk för inkonsekvens under insamlingen. Det är viktigt att alla medverkande i studien får samma frågor.
- Överförbarhet innebär i vilken grad resultatet kan överföras. Det är upp till läsaren att bedöma om resultatet kan överföras till andra personer och miljöer. Det är viktigt att kontext, urval av deltagare, datainsamlingen och analysprocessen är väl beskrivet. En omfattande presentation av resultatet tillsammans med citat kan öka överförbarheten (22).

Bearbetning av data

Studiens material lästes igenom individuellt för att få en helhetsbild. Sedan togs irrelevanta svar bort som inte innehöll några tankar om en kommande förlossning exempelvis ”vi är nöjda med tre barn det blir inga fler”. För att säkerställa att inte något av materialet förvanskas av misstag, användes en papperskopia av originalet fortlöpande under analysen som komplement till bearbetningen på dator.

Därefter diskuterades meningsenheternas huvudsakliga innehåll. Utifrån detta framkom tretton underkategorier som avspeglade variationen av kvinnornas känslor. Dessa underkategorier var: glädje, lugn, längtan, oro, rädsla för smärta, rädsla för komplikationer med kvinnor, rädsla för komplikationer med barnet, ambivalens, jobbigt, neutral, positiva känslor, personalens påverkan och negativa känslor. På grund av materialets storlek var det omöjligt att överblicka helheten utan att först grovindela materialet. Svaren delades härefter in under lämplig underkategori. Vid andra genomläsningen kondenserades meningsenheterna och då identifierades fler svar som ej svarade till frågeställningen, dessa ströks. I de olika underkategorierna framkom ytterligare olika grupperingar av svar som kodades. Ett exempel är underkategorin positiva känslor som hade koder som häftigaste, underbart, spännande äventyr, fantastiskt, en kick och positiv.

För att säkerställa att materialet har kategoriserats korrekt bad vi en annan forskare att granska vår lista med kategorier. Hon föreslog att en del av underkategorierna skulle grupperas till övergripande kategorier. Innehållet i flera av de tretton underkategorierna berörde liknande känslor och vi valde därför att samla dessa i fyra huvudkategorier:

Rädsla, Blandade känslor, Positiva känslor och Personalens inverkan. Då de tretton preliminära kategorierna delades in i de fyra kategorierna kontrollerades att alla enkätsvaren hamnat under rätt kategori.

Under kategorin positiva känslor lades ”glädje, positiva känslor, lugn, ser fram emot” och ”neutral” ihop. ”Oro, rädsla för barnet, rädsla för medicinska komplikationer för kvinnor” och ”negativa känslor” samlades under kategorin ”rädsla”. De två kvarvarande kategorierna ”blandade känslor” och ”personalens inverkan” behölls och blev egna kategorier. För att få bättre överblick över materialet klipptes alla svar isär och lades på ett bord, de fyra kategorierna var för sig.

Ytterligare en genomläsning gjordes och nya underkategorier skapades.

- Kategori *Rädsla* fick följande underkategorier: rädsla för smärta, rädsla för komplikationer med barnet, rädsla för medicinska komplikationer hos kvinnor, rädsla inför vaginal förlossning och rädsla för förlossningens längd.
- Kategori *Blandade känslor* fick följande underkategorier: rädda innan förlossningen nu lugna, revansch och neutrala.
- Kategori *Positiva känslor* fick följande underkategorier: positiva trots smärtan, motiverad av att få ett litet barn, positiv inställning trots tidigare komplikationer, ingen oro/lugna, hoppas och tror på en kommande bra förlossning och längtar/ser fram emot.
- Kategori *Personalen betydelse* fick ingen underkategori.

Under denna process fick vissa svar byta plats.

Efter ytterligare bearbetning destillerades resultatet ytterligare och istället för fyra kategorier blev det tre huvudkategorier: **Rädsla, längtan** och **lugn/tillförsikt**.

Kategorierna positiva känslor och blandade känslor slogs ihop och delades sedan upp i de två nya kategorierna som var lugn/tillförsikt och längtan. Kategorin barnmorskans betydelse delades upp och lades istället in under kategori rädsla samt kategorin lugn. För att förtydliga den slutliga uppdelningen av kategorier och underkategorier redovisas detta nedan:

- **Rädsla** med underkategorierna: *rädsla för smärta, rädsla för förlossningens längd, rädsla för medicinska komplikationer, rädsla inför vaginal förlossning, rädsla för komplikationer med barnet, rädsla för dåligt stöd samt känsla av otrygghet i vården.*
- **Längtan** med underkategorierna: *positiva trots smärtan, positiva trots tidigare komplikationer och barnet som motivation.*
- **Lugn/tillförsikt** med underkategorier *rädda innan förlossningen nu lugna, revansch och hoppas och tror på en kommande bra förlossning och stöd från barnmorskan.*

RESULTAT

BESKRIVNING AV KATEGORIER

I vår analys av enkätsvaren har vi identifierat de tre olika kategorierna **Rädsla**, **Längtan** samt **Lugn/tillförsikt**. Respektive kategori har underkategorier för att beskriva skillnader och likheter i kvinnornas känslor, se tabell 1. För att förtydliga innehållet i resultatet har vi använt citat vid lämpliga stycken. Av de kvinnor som har svarat på enkäten uttrycker 1/3 att de är övervägande rädda inför en kommande förlossning, 2/3 av kvinnorna hade övervägande positiva känslor inför en kommande förlossning.

Kategorier	Rädsla	Längtan	Lugn/tillförsikt
<i>underkategorier</i>	<i>Rädsla för smärta</i>	<i>Positiva trots smärtan</i>	<i>Rädda innan förlossningen nu lugna</i>
	<i>Rädsla för förlossningens längd</i>	<i>Positiva trots tidigare komplikationer</i>	<i>Revansch</i>
	<i>Rädsla för medicinska komplikationer</i>	<i>Barnet som motivation</i>	<i>Hoppas och tror på en kommande bra förlossning</i>
	<i>Rädsla inför vaginal förlossning</i>		<i>Stöd från barnmorskan</i>
	<i>Rädsla för komplikationer med barnet</i>		
	<i>Rädsla för dåligt stöd</i>		
	<i>Känsla av otrygghet i vården</i>		

Tabell 1. Beskrivning av kategorier respektive underkategorier.

Rädsla

Nästan alla kvinnor som uppgav någon negativ känsla inför en eventuellt kommande förlossning talade om rädsla för något. De var rädda för smärta, komplikationer med barnet, komplikationer för dem själva eller förlossningssituationen i sig.

Rädsla för smärta

En del kvinnor var rädda för att uppleva förlossningssmärtan igen, de hade upplevt den som mycket traumatisk. Om kvinnorna hade haft svårt att hantera smärtan under förra förlossningen kunde de känna en rädsla för att när värkarna skulle börja vid en ny förlossning bli påmind och få panikkänslor.

Detta kommer att göra jätteont. Mycket värre än det går att tänka sig. Det är först under förlossningen man inser hur ont det verkligen gör. Det går inte att föreställa sig smärtan varken före eller efteråt. (nr 417)

En del kvinnor var oroliga att personalen inte skulle ta dem på allvar och att de inte skulle få den smärtlindringen de önskade inför nästa förlossning. Det fanns de som varit rädda för smärtan inför förlossningen som valt att föda vaginalt med EDA och varit nöjda med det valet eftersom det hjälpt dem att hantera smärtan. Andra kvinnors rädsla kunde bero på att de vid förra förlossningen upplevt att barnmorskan inte tog deras smärta på allvar och att de inte fått den smärtlindring de velat ha.

Ganska rädd. Fick ej bedövning när jag födde min son förutom lustgas. Ville ha bedövning under förlossningsarbetet men då gick allt så fort att bedövning gjordes att jag var för öppen. Kände mig utlämnad i smärtan. (nr 1637)

Rädsla för förlossningens längd

Det fanns kvinnor som oroade sig för förlossningens längd. Dels fanns det kvinnor med rädsla för att förlossningen skulle bli långdragen och smärtsam, medan andra kvinnor var rädda att förloppet skulle gå för snabbt så att de inte skulle hinna fram till sjukhuset.

Det är inget jag ser fram emot, det gjorde väldigt ont det tog lång tid från det att värkarna började och tills att allt var klart. Det var en smärta som jag aldrig kommer att glömma. Därför är jag lite rädd. (nr 652)

Rädsla för medicinska komplikationer

Många kvinnor var oroliga för hur deras kropp skulle påverkas vid en ny förlossning. Några var oroliga för att musklerna i underlivet skulle bli försvagade och på så sätt orsaka problem som framfall. De oroade sig också för att de skulle känna sig större i underlivet och att detta kunde påverka sexlivet negativt. Andra kvinnor upplevde att en ny graviditet och förlossning skulle vara påfrestande på hela kroppen. En del kvinnor beskrev rädsla för att deras nuvarande besvär skulle förvärras. De hade problem med försvagade muskler i bäckenbotten vilket gav besvär med urinläckage och tyngdkänsla i underlivet. På grund av dessa problem uttryckte en del kvinnor oro för hur det skulle kunna bli efter en ny förlossning, medan andra inte vågade föda fler barn.

Efter 3 graviditeter kan jag inte tänka mig en till. Då hade jag aldrig kunnat hålla tätt (urin). (nr 959)

En del kvinnor var rädda för att det vid en kommande förlossning skulle kunna bli en stor bristning eller ett klipp då barnet skulle födas fram. Några hade tidigare erfarenheter av stora bristningar eller klipp och de hade efter förlossningen haft långvariga problem med smärtor och de upplevde att det tog lång tid att läka. Det fanns också en rädsla för att barnet skulle vara stort eller att utdrivningsskedet skulle gå för snabbt eftersom det skulle kunna medföra stora bristningar. Några kvinnor var så rädda att de inte kunde tänka sig att föda vaginalt igen utan uppgav att om de skulle bli gravida igen så ville de ha ett kejsarsnitt.

Kejsarsnitt! Vill inte riskera samma skada på slutmuskeln, ändtarmen , igen! Skulle inte kunna slappna av under en vanlig förlossning, bara oro mig för en ny skada. (nr 2007)

Några kvinnor var rädda för att de skulle drabbas av liknande komplikationer som de gjorde vid förra graviditeten eller förlossningen. Det kunde vara havandeskapsförgiftning, infektion, ablatio, bäckensmärter eller postpartum blödning. Det kunde även gälla problem efter förlossningen som åderbräck, hemorrojder eller skadad svanskota.

Aldrig mer! Jag spräckte min svanskota vid förlossningen vilket går upp och blir värre med hård mage. Foglossning, bräck på blygdläpparna. Det var en jobbig graviditet och en jobbig tid efteråt. (nr 820)

Det fanns kvinnor som inte kunde föda vaginalt, de angav ingen orsak till varför, som kände oro inför tanken på ett planerat kejsarsnitt och dess läkningsprocess. Dessa kvinnor kände sorg över att inte få föda vaginalt igen.

Rädsla inför vaginal förlossning

En del kvinnor var rädda och kände sig oroliga inför tanken på nästa förlossning och använde sig av ord som skräck, ångest, panik, olust, fruktansvärt och fasa för att beskriva sina känslor. Det kunde bero på att de tyckte smärtan varit outhärdlig eller så hade det blivit komplikationer som långdraget förlopp eller stora bristningar. Av de kvinnor som hade haft en traumatisk upplevelse vid sin förra förlossning övervägde flera kvinnor kejsarsnitt för att undvika att hamna i samma situation igen. Det fanns även de kvinnor som inte kunde tänka sig någon mer graviditet eller förlossning överhuvudtaget eftersom de hade upplevt dessa som mycket traumatiska.

Jag är livrädd för att gå igenom en förlossning igen och jag tänker aldrig göra det. Får jag barn igen vill jag ha kejsarsnitt. Jag kan fortfarande vakna kallsvettig på nätterna (efter tre år) och minnas hur hemskt det var. (nr 1943)

Rädsla för komplikationer med barnet

De kvinnor som hade haft sena missfall eller upplevt intrauterin fosterdöd kände oro och rädsla över om barnet skulle överleva graviditeten eller födas mycket för tidigt. Andra kvinnor var rädda att barnet skulle skadas under graviditeten eller förlossningen. De hade tidigare varit med om graviditets- eller förlossningskomplikationer som hade hotat barnets hälsa. Det kunde vara preeklampsi, skulderdystoci eller fosterasfyxi. Inför kommande förlossning var de oroliga att samma sak eller något liknande skulle hända igen.

Lite orolig, mest att något ska vara fel på barnet eller att något ska gå snett under förlossningen. Man har hört så många historier. (nr 1341)

En del kvinnor oroade sig för att barnet inte skulle vara friskt eller ha ett handikapp. Oron inför en kommande förlossning var fokuserad på barnet och inte på förlossningssituationen i sig. Några av dessa kvinnor vågade inte ”chansa” på att få ett friskt barn till, det fanns olika anledningar till denna rädsla, antingen ansåg de sig ha haft tur tidigare och fått friska barn eller så hade de redan ett barn som var sjukt eller handikappat.

Jag känner mig lugn. I alla fall för min egen del. I så fall orolig för om barnet en tredje gång ska vara friskt. Så mycket kan gå fel. (nr 1509)

Rädsla för dåligt stöd

Kvinnor som hade fått ett dåligt stöd och bemötande av barnmorskan hade fått en negativ upplevelse av förlossningen. Detta hade skapat oro och ångest inför tanken på en kommande förlossning. De som hade denna erfarenhet beskrev barnmorskan som respektlös, forcerad, inkompetent, stressad och distanserad. Kvinnorna hade känt sig svikna då löften brutits eller känt sig övergivna då de blivit lämnade ensamma.

Rädd för smärtan. Hade ingen bra kontakt med barnmorskan, vill inte uppleva det igen. (nr 709)

Känsla av otrygghet i vården

En del kvinnor hade upplevt att omorganisationen i förlossningsvården i slutet av 1990 talet hade lett till personalneddragningar och att de på grund av detta inte kände sig lika trygga i vården längre. En del kvinnor upplevde det som negativt om barnmorskan hade flera förlossningspatienter samtidigt och några hade upplevt att de blivit felbehandlade på grund av den höga arbetsbelastningen. Flera kvinnor hade beskrivit att det var synd att ABC-kliniken blev nedlagd då de gärna hade fött där igen.

Oro men det beror inte på själva födandet utan på hur dålig sjukvården har blivit med bristande resurser och sammanslagningar utav avdelningar. (nr 330)

Längtan

Flera kvinnor beskrev att de gärna upplevde en förlossning till, att de såg fram emot eller att de längtade efter en ny förlossning. Några kvinnor motiverade varför, en del eftersom de ville ha fler barn och andra eftersom de tyckte att det var så underbart att föda och hade en positiv erfarenhet från förra gången. De använde ord som härligt, fantastiskt, positivt, underbart och glädje för att beskriva sina känslor inför en kommande förlossning. En del tyckte att det varit ett häftigt och spännande äventyr att föda och träffa barnet. Andra beskrev att det var en utmaning och att de hade fått en ”kick” av att föda. Flera av de kvinnor som inte skulle ha fler barn hade gärna upplevt en förlossning till och kunde känna sorg över att inte få föda igen. De talade om att födandet varit den största och viktigaste upplevelse de varit med om.

Bägge mina förlossningar har varit underbara. Särskilt den andra då jag visste vad som väntade. Om jag skulle bli gravid igen skulle jag se fram emot förlossningen, en kolossal kick, det bästa jag gjort! (nr 1862)

Positiva trots smärtan

En del kvinnor beskrev att de hade delade känslor inför en ny förlossning och använde begrepp som skräckblandad förtjusning. Kvinnorna beskrev att de trots smärtan upplevde en stor kraft i att föda. De hade en övervägande positiv inställning till nästa förlossning och somliga längtade efter en ny förlossning trots att smärtan varit svår.

Upprymdhet tillsammans med rädsla. Det är helt underbart samtidigt som det gör fruktansvärt ont. (nr 1755)

Positiva trots tidigare komplikationer

Några av de kvinnor som hade upplevt komplikationer under förlossning eller haft problem efteråt var lite oroliga för att detta skulle upprepas, men hade trots detta en övervägande positiv inställning inför nästa förlossning. Komplikationerna som drabbat kvinnorna var bland annat långdraget förlopp, akuta kejsarsnitt, klipp/bristningar och blödningar.

Lockande, vill uppleva igen, oro för eventuella komplikationer.
(nr 1266)

Barnet som motivation

Vissa kvinnor hade haft en jobbig förlossning men såg ändå fram emot en kommande förlossning. De tyckte att belöningen i form av barnet vägde upp den negativa upplevelsen. De kroppsliga förändringarna kändes oviktiga i jämförelse med att ha fått ett nytt barn.

Den fantastiska känslan av att hålla sitt nyfödda barn, överväger vida den relativt stora olust jag känner inför ett ev värkarbete. (nr 1357)

Lugn/tillförsikt

Kvinnor som kände sig lugna inför en kommande förlossning uttryckte sig på olika sätt, en del sade att de inte hade någon oro eller rädsla. Andra uppgav att eftersom de hade en positiv upplevelse från förra förlossningen kände de sig lugna inför en ny förlossning. Några kvinnor kände inget speciellt och tänkte inte särskilt mycket på ny förlossning utan angav att det inte skulle vara några problem att föda ett barn till.

Jag känner inget obehag vid tanken, annars tänker jag aldrig eller sällan på det. (nr 39)

Rädda innan förlossningen nu lugna

Några kvinnor som varit rädda och oroliga inför förlossningen hade efter att ha genomgått den blivit lugna inför nästa, eftersom de hade mer kunskap om hur en förlossning går till och vad de själva klarade av. Vissa kvinnor upplevde att förlossningen gått bättre eller lättare än vad de hade förväntat sig.

Framför allt – nu vet jag mer. Jag tror jag har en större tilltro till vad kroppen kan klara av. (nr 239)

Revansch

Några av kvinnorna som hade fött fler än ett barn beskrev att de efter första förlossningen haft negativa förlossningsupplevelser. Vid nästa förlossning kände kvinnorna att de hade mer kunskap om förloppet, de vågade lita på sin kropp och på så sätt fick mer kontroll över situationen. Ofta gick förloppet vid andra förlossningen snabbare och medförde färre komplikationer. Detta gjorde att kvinnorna kände att de fick revansch från förra gången vilket ledde till en positiv upplevelse. Inför en ny förlossning kände kvinnorna sig lugna då de hade sin erfarenhet att luta sig mot.

Jag klarade av min andra förlossning bättre än min första, jag vågade lita till min inre styrka och lyssnade på min kropp. Så inför en ny, ja jag är inte rädd. (nr 319)

Hoppas och tror på en kommande bra förlossning

En del av de kvinnorna som sagt att de hade en positiv upplevelse från sin förra förlossning hoppades på att nästa skulle gå lika bra. Andra tänkte att eftersom det gått bra sist så gör det säkert det igen.

Om jag blir gravid igen ser jag fram emot förlossningen. Det gick bra första gången, så jag antar att nästa också blir lyckad. (nr 755)

Stöd från barnmorskan

De kvinnor som upplevde att de hade fått det stöd de önskat och behövt kände sig lugna och såg fram emot en kommande förlossning. De hade känt sig lugna och trygga då de vågat lita på barnmorskorna. Kvinnor som hade positiva upplevelser av barnmorskorna på förlossningen beskrev dem som kompetenta, trygga och underbara.

Min senaste förlossning var mycket bra, så tankarna på en ev kommande förlossning är nästan bara positiva. Jag upplevde en stor kraft och en väldig trygghet. Stödet från min man och barnmorskan och min egen kraft gör att en ny förlossning bara vore något att se fram emot. (nr 611)

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Val av metod

Vi har valt innehållsanalys eftersom det är en metod som lämpar sig väl vid analys av mer strukturerade intervjuer eller öppna skriftliga frågor. Vi valde att fokusera på det manifesta innehållet i materialet eftersom det är svårt att se det latent innehåll i den kortfattade text som kvinnorna har beskrivit sina känslor i. Innehållsanalys har inte någon direkt avgränsning för vad intresset fokuserar på utan analysen kan inrikta sig på upplevelser. Resultatet av innehållsanalys kan bli en beskrivning av vad som har setts i materialet. Innehållsanalys skiljer sig från fenomenologi och hermeneutik som båda har ett holistiskt livsvärldsperspektiv. Fenomenologin har en filosofisk ansats där fenomen är ett central begrepp och behöver därför definieras och kan förstås som en företeelse som den uppfattas, upplevs eller erfars av ett subjekt. Hermeneutiken har till syfte att finna en metodologi som kan besvara frågan om speciella fenomen och individers livsvärld. Dessa två metoder kräver en djupare intervju för att kunna förstå personens livsvärld. Det är inte möjligt att göra sådan analys av de enkätsvar som finns i datamaterialet (21-23).

Trovärdighet

Tillförlitlighet

För att tillgodose tillförlitligheten i resultatet har vi varit noga med att analysen ska svara an mot syftet. Enkätmaterialet var omfattande och innehållsanalys bedömdes vara det mest lämpliga för att kunna angripa det. Stickprovet innefattade alla som fött vaginalt under tidsperioden 1995-1997 på Sahlgrenska Universitetssjukhuset utom de som inte kunde uttrycka sig i skrift på svenska. Dessa kvinnor är alltså inte representerade. I dataanalysen kontrollerades fortlöpande att relevant data sparades och annat som inte var relevant sorterades bort. För att säkerställa att materialet kategoriserats på ett lämpligt sätt har andra forskare läst igenom enkätsvaren och sett att hela materialet är representerat.

Pålitlighet

Det är viktigt att ta hänsyn till om forskarens ansats ändras över tid under den analytiska processen. Om materialet är stort och insamlat under längre tid finns risk för inkonsekvens under insamlingen. Enkätmaterialet är insamlat under en längre tidsperiod men alla kvinnor har fått samma frågor. Vi fick tillgång till allt material på en gång och har därför analyserat all data samtidigt. Detta har minskat risken för att vår ansats ska påverkas av enkätsvaren i vår analys.

Överförbarhet

Eftersom resultatet baseras på ett stort urval representerar det 1002 kvinnors känslor inför kommande förlossning, vilket är drygt en tredjedel av alla vaginalförlösta på Sahlgrenska Universitetssjukhuset under tidsperioden och cirka hälften av alla som svarat på enkäten. Detta får anses vara en bra svarsfrekvens på en öppen fråga. Resultatet skulle troligtvis kunna överföras till andra förlossningsavdelningar. Resultatet är väl beskrivet och belyst med citat för att läsaren själv ska kunna se alternativa tolkningar och ta ställning till om det går att applicera på andra kvinnor och sjukhus (22).

Faktorer som påverkar resultatet

Exkluderade ur stickprovet av kvinnor som födde barn på Sahlgrenska Universitetssjukhuset 1995-1997 var alla som har genomgått kejsarsnitt eller som fött barn med Apgar Score < 4 vid 10 minuter. I bakgrunden framkom att risken för att kvinnan ska få en negativ förlossningsupplevelse ökar om förlossningen avslutas med akut kejsarsnitt eller om det var komplikationer med barnet (4). Detta innebär att dessa kvinnor som hade en ökad risk för att få en negativ förlossningsupplevelse inte är representerade i vårt material. Om dessa kvinnor hade varit inkluderade i materialet hur hade resultatet sett ut då?

I bakgrunden framkommer att demografiska faktorer som utbildning och nationalitet inte har någon stor betydelse för upplevelsen av förlossningen (4, 5, 24). Eftersom känslor inför en kommande förlossning till stor del grundas på upplevelsorna från den förra (4), kan troligtvis slutsatsen dras att även känslorna inför en kommande förlossning inte påverkas av demografiska faktorer. Detta innebär att de kvinnor som på grund av språkförbistring inte kunnat delta i enkätundersökning sannolikt inte skulle ha påverkat resultatet i någon riktning.

De kvinnor som inte ska ha fler barn eftersom de är nöjda med det antalet de har, hade ofta en positiv inställning inför en tänkt kommande förlossning. Kan det bero på att de vet att de ändå inte kommer att hamna i den situationen igen? Om en graviditet hade blivit en realitet hur hade de känt då? De kanske är falskt trygga då de tror att de inte kommer att hända igen. Det finns en möjlighet att dessa kvinnor har påverkat resultatet i en positiv riktning.

Enkäten skickades ut till kvinnorna 3-7 år efter förlossningen. Waldenström har visat att kvinnor ändrar sin uppfattning om upplevelsen av förlossningen till att vara mer negativa med tiden (25). Hade resultatet påverkats om kvinnorna hade svarat på enkäten kortare tid efter förlossningen?

Innan kvinnorna har svarat på den aktuella frågan har de fyllt i en enkät om underlivsbesvär efter förlossningen. Det är tänkbart att detta har färgat kvinnornas svar på den öppna frågan och påverkat dem i negativ riktning. Hur hade resultatet påverkats om frågan hade ställts separat?

RESULTATDISKUSSION

I resultatet framkom att många kvinnor kände sig rädda inför en kommande förlossning. I studien av Melender framkom att alla kvinnor kände någon form av rädsla inför graviditet och förlossning (26). I vår studie fann vi att det kunde vara rädsla för smärtan, komplikationer med barnet eller komplikationer med kvinnorna. En del kvinnor kände sig så rädda att de aldrig mer ville vara gravida eller föda barn igen. Andra ville ha kejsarsnitt eftersom de inte vågade föda vaginalt igen. Enligt Hauk et al var det en del kvinnor som inte hade upplevt att de hade kontroll under förra förlossningen och för att uppnå en känsla av kontroll vid nästa förlossning övervägde de ett planerat kejsarsnitt (6). Vidare i vårt resultat fanns det kvinnor som var rädda inför en förlossning men som ändå kunde tänka sig att genomgå det igen. Den största rädslan hos dessa kvinnor var rädslan för smärtan. Detta är samstämmigt med tidigare forskning som visat att rädsla inför förlossningen är vanligt hos kvinnor (4, 6, 8, 19, 27). Som resultatet i föreliggande arbete har visat är rädslan för smärta en av de största och vanligaste rädslorna inför förlossningen

Vår undersökning tyder på att de kvinnor som varit rädda för smärtan och valde att använda EDA som smärtlindring var nöjda med beslutet. I flertal studier framkom det att av de kvinnor som skattade sin smärta som värsta tänkbara hade de som fått EDA en ökad risk för en mer negativ förlossningsupplevelse än de som inte hade haft EDA och skattade sin smärta lika högt (4 - 6). I vårt material kunde vi inte se detta, det kan kanske bero på att vi vet för lite om varför en del kvinnor har traumatiska upplevelser från sina förlossningar. Det som framkommit är att en del kvinnor upplever att de inte har fått den smärtlindring de velat ha och de kände rädsla inför nästa förlossning på grund av detta.

I föreliggande arbete framkom att kvinnorna var rädda för olika medicinska komplikationer. Detta gällde både kvinnor som upplevt komplikationer själva och de som har hört andra kvinnor berätta om sina negativa upplevelser. Det kunde vara upplevelser av bristningar, medicinska komplikationer, försvagad bäckenbotten och andra skador på kroppen. Rädsla att uppleva komplikationer vid förlossningen igen finns beskrivet av flera andra forskare (26, 27). Erfarenheter av att ha hört ”skräckhistorier” som lett till rädsla har identifierats av andra forskare (6, 26).

I resultatet har vi sett olika anledningar till att kvinnor väljer att inte få fler barn. Antingen är de nöjda med det antal barn de har eller så var förlossningsupplevelsen så negativ, att de var så rädda inför en ny förlossning att det inte vill gå igenom det igen. Det överrensstämmer med Gottvall och Waldenströms resultat att av dem som hade en negativ förlossningsupplevelse fick 38 % inga fler barn medan av de med positiva upplevelser var det 17 % som inte fick några fler barn. De fann även att kvinnor som hade en negativ upplevelse väntade längre tid mellan sina graviditeter (24).

Resultatet i denna studie visade att kvinnor var rädda för komplikationer med barnet, denna rädsla innefattade båda sjukdomar och skador under graviditet och förlossning. Framförallt de som tidigare hade fått missfall, ett sjukt eller skadat barn var oroliga att det skulle drabba dem igen vid en ny graviditet. Oro och rädsla för barnets hälsa har rapporterats i tidigare forskning. Kvinnor kunde bland annat vara oroliga för att barnet skulle bli handikappat, sjukt eller dö under graviditeten (4, 6, 8, 19, 27).

Några kvinnor i studien uppgav att de varit rädda inför förlossningen, men att de nu kände sig lugna då de hade kunskap om hur en förlossning går till och att de i framtiden vågade lita på sin kropp. De hade förändrat sina förväntningar inför nästa förlossning. Lundgren fann att kvinnors förväntningar på förlossningen inte alltid var samstämmig med deras erfarenhet efteråt. Eftersom kvinnorna hamnade i en situation de inte kunde styra stämde inte alltid förväntningar med upplevelsen (7). Andra studier har visat liknande resultat, att kvinnor använde sina förväntningar för att utvärdera upplevelsen (5, 6, 28). Ytterligare studier har visat att det därför finns en vinst med att minska gapet mellan förväntningar och realitet (3, 6, 8, 28). Det kan kanske finnas en vinst med att hjälpa förstföderskor att skapa realistiska förväntningar inför förlossningen då de inte har någon erfarenhet att luta sig emot och på så sätt kan man minska negativa förlossningsupplevelser.

I vårt resultat har det ej varit tydligt hur barnmorskans stöd har påverkat kvinnornas upplevelse. Det är endast ett fåtal kvinnor i vårt material som beskriver stöd eller bristande stöd. Av dessa kvinnor har några beskrivit att då de fick dålig kontakt med

barnmorskan eller att de upplevde att barnmorskan inte var professionell ledde detta till känslor som oro, ångest och otrygghet inför nästa förlossning. Detta är samstämmigt med tidigare forskning (4, 6). Detta påminner om Waldenströms och Lundgrens resultat som visar att kvinnor måste känna förtroende för barnmorskan, för att kunna medverka och ha kontroll (4, 12). Ett flertal andra studier har påvisat den positiva effekten av stöd från personal och att det har stor betydelse för kvinnorna och förbättrar deras upplevelse (1, 6-9, 14, 16, 28).

Flera studier visar att det finns ett samband mellan stöd och kortare förlossningsförlopp (1, 16, 17). Kvinnorna i vår studie var oroade för långdragna förlopp, då de hade en negativ upplevelse av det från förra förlossningen. Det stämmer överrens med det tidigare forskning som funnit att långdragna förlossningar var en faktor till att upplevelsen blev negativ (4, 5, 14, 15). Hade vissa av dessa kvinnor kunnat få en kortare förlossning och en mer positiv upplevelse om stödet varit fullgott?

I resultatet framkom det att det var många kvinnor som beskrev att de hade en positiv förlossningsupplevelse, utan att ange om det fanns någon speciell orsak. I en finsk studie framkom det att ju positivare kvinnan upplevde att personalen var desto positivare attityd hade de till förlossningen (5). Kan det då vara så att kvinnorna i vår studie har upplevt ett så gott stöd från barnmorskorna och partnern att detta gjorde upplevelsen positiv? De kvinnor i studien som upplevt att de hade fått det stöd och den hjälp de behövt kände sig lugna inför nästa förlossning. Det överensstämmer med det som Lundgren och Hauk et al har funnit i sina studier (6, 7). I vårt resultat är det tydligt att det finns många kvinnor som har en längtan efter att få föda barn igen. Detta gäller både de som planerade fler barn och de som inte ville ha fler. En del av de kvinnor som inte skulle ha fler barn kunde känna en sorg över att inte få föda igen. De talade om att födandet varit den största upplevelsen i livet.

Tillämpning av resultatet i praktiken

I vårt resultat har vi funnit att de känslor kvinnor har inför en kommande förlossning kan sammanfattas i Rädsla, Lugn/tillförsikt och Längtan. De kvinnor som är lugna eller som längtar efter en ny förlossning har inte lika stort behov av att få hjälp att förbereda sig inför en kommande förlossning. De kvinnor som upplever någon rädsla däremot behöver stöd och hjälp i olika utsträckning. För att kunna skapa realistiska förväntningar och eventuellt minska medicinska interventioner är det viktigt att identifiera dessa kvinnor under graviditeten i mödravården. Under förlossningen är det viktigt att barnmorskan ger information om vad som händer och sker, så att kvinnan kan ha möjlighet att själv påverka beslut och förstår varför vissa beslut tas. Detta kan skapa en känsla av kontroll. För att kunna stödja kvinnan genom hela förlossningen är det viktigt att kvinnan upplever att barnmorskan visar att hon finns tillgänglig och att hon tar kvinnan och hennes smärta på allvar. Många kvinnor är rädda för smärtan under förlossningen. Det är viktigt att barnmorskan stöttar dessa kvinnor så att de vågar möta smärtan, och hjälper kvinnorna att få den smärtlindring de behöver för en positiv förlossningsupplevelse.

Konklusion

I vårt resultat har det framkommit att smärtan var den största och mest tydliga rädsla som kvinnorna hade inför en kommande förlossning. Men det fanns även en rädsla för komplikationer med kvinnorna själva eller barnet. Rädslan kunde vara så stark att kvinnorna var tveksamma om de vågade genomgå en vaginal förlossning till, vissa

tänkte kräva kejsarsnitt om de blev gravida igen. Rädsla kunde härstamma från att de hade en negativ erfarenhet från tidigare förlossning, eller så var de rädda att det inte skulle gå bra ytterligare en gång. För att kvinnor inte ska bli rädda är det viktigt att de får ett bra stöd under graviditeten men även kontinuerligt stöd under förlossning. Så mycket som möjligt ska göras för att upplevelsen ska bli bra. I studien fanns det kvinnor som trots att de upplevt svår smärta eller komplikationer under sin förra förlossning, såg fram emot en ny förlossning. De kunde beskriva att detta berodde på att de använder sig av barnet som motivation och att de hade upplevt gott stöd från barnmorskan. Många kvinnor ville gärna föda fler barn eftersom de tyckte att det var så underbart att föda och hade en positiv erfarenhet från förra gången.

Fortsatt forskning

Fortsatta studier behövs för att bättre förstå vilka faktorer som påverkar att kvinnan trots komplikationer som akut kejsarsnitt, klipp, långdraget förlopp, eller outhärdlig smärta får en positiv upplevelse, medan andra som upplevt liknande situationer får en negativ upplevelse. Vad är det som gör att kvinnan kan fokusera bortom dessa komplikationer och känna sig lugna inför en ny förlossning, när andra aldrig mer vill föda barn igen?

Uppdelning av arbetet

Under forskningsprocessen har författarna huvudsakligen arbetat tillsammans. En gemensam datasökning för genomgång av tidigare forskning gjordes. De vetenskapliga artiklarna delades upp och författarna läste hälften var och skrev sammanfattningar om var och en av artiklarna. Därefter gick artiklarna igenom tillsammans. Inledning, bakgrund, syfte, metod, resultat och diskussion har skrivits gemensamt. Vid dataanalysen upplevdes det vara av största vikt att gå igenom allt material tillsammans för att säkerställa trovärdigheten av studiens resultat.

REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Handläggning vid normal förlossning - State of the art. Expertrapport; 2001. http://www.sfog.se/state_of_the_ART.htm
2. Waldenström U. Föda Barn-från naturligt till högteknologiskt. Karolinska Institutet University press: 2007.
3. Werner M, Strand P red. Smärta och smärtbehandling. Kap 10, Obstetriska och gynekologiska smärttillstånd. Falköping: Liber AB; 2003.
4. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A Negative Birth Experience Prevalence and Risk Factors in a National Sample. Birth 2004;31:17-27.
5. Tarkka M-T, Paunonen M, Laippala P. Importance of the Midwife in the First-time Mother's Experience of Childbirth. Scand J Caring Sci 2000;14:184-90.
6. Hauk Y, Fenwick J, Downie J, Butt J. The influence of childbirth expectations on western australian women's perceptions of their birth experience. Midwifery 2007;23:235-45.
7. Lundgren I. Swedish Women's Experience of Childbirth 2 years after birth. Midwifery 2005;21:346-54.
8. Gibbins J, Thomson A-M. Women's expectations and experiences of childbirth. Midwifery 2001;17:302-13.
9. Fowles E. Labor Concerns of Woman Two Months After Delivery. Birth 1998;25:235-40.
10. Eysenck M. Psykologi- ett integrerat perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 2000.
11. Mander R. Supportive Care and Midwifery. Oxford: Blackwell Science Ltd; 2001.
12. Lundgren I. Releasing and relieving encounters: experiences of pregnancy and childbirth. Scan J Caring Sci 2004;18:368-75.
13. Clement S. Psychological Perspectives on Pregnancy & Childbirth. Edinburgh: Harcourt Brace and Company Limited; 1998.
14. Green J-M, Baston H-A, Feeling in Control During Labor: Concepts, Correlates and Consequences. Birth 2003;30:235-47.
15. Nysted A, Högberg U, Lundman B. The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study. Journal of Clinical Nursing 2005;14:579-86.

16. McGrath SK, Kenell JH. A Randomized Controlled Trial of Continuous Labor Support for Middle-Class Couples: Effect on Cesarean Delivery Rates. *Birth* 2008;35:92-7.
17. Rosen P. Supporting Women in Labor: Analysis of Different Types of Caregivers. *J Midwifery Womens Health* 2004;49:24-31.
18. Nationalencyklopedin 5:e bandet. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker AB; 1991.
19. Melender H-L, Lauri S. Fears associated with pregnancy and childbirth-experiences of woman who have recently given birth. *Midwifery* 1999;15:177-82.
20. Graneheim U.H, Lundman B. Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär & Höglund-Nielsen. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård (s 159-172) Lund: Studentlitteratur; 2008.
21. Burnard P. A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today* 1991;11:451-66.
22. Granheim U.H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004; 24:105-12.
23. Dahlberg K. Kvalitativa metoder för vårdvetare. 2 uppl. Lund: Student litteratur; 1997.
24. Gottval K, Waldenström U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG* 2002;109:254-60.
25. Waldenström U. Why Do Some Women Change Their Opinion About Childbirth Over Time? *Birth* 2004;31:102-07.
26. Melender H-L. Fears and Coping Strategies Associated with Pregnancy and Childbirth in Finland. *J of Midwifery & Women's Health* 2002;47:256-62.
27. Melender H-L. Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women. *Birth* 2002;29:101-11.
28. Lavender T, Walkinshaw S A, Walton I. A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery* 1999;15:40-6.