



**Fæðingarótti**  
**Fræðileg samantekt**

**Ólafía Sólveig Einarsdóttir**

**Ritgerð til kandídatsprófs (8 einingar) í ljósmóðurfræði**

**Námsbraut í ljósmóðurfræði**



**HÁSKÓLI ÍSLANDS**  
**HEILBRIGÐISVÍSINDASVIÐ**

HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD

**Fæðingarótti**  
***Fræðileg samantekt***

Ólafía Sólveig Einarsdóttir

Ritgerð til kandidateksprófs í ljósmóðurfræði

Leiðbeinandi: Hildur Kristjánsdóttir

Hjúkrunarfræðideild

Námsbraut í ljósmóðurfræði

Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands

Júní 2016

**Fear of childbirth**  
***A literature review***

Ólafía Sólveig Einarsdóttir

Thesis for a degree in Midwifery  
Candidata Obstetriciorum  
Advisor: Hildur Kristjánsdóttir

Faculty of Nursing  
Department of Midwifery  
School of Health Sciences  
June 2016

Ritgerð þessi er til kandídatprófs í ljósmóðurfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.

© Ólafía Sólveig Einarsdóttir 2016

Prentun: Umslag

Reykjavík, Ísland 2016

## Ágrip

Meðganga getur haft í för með sér bæði eftirvæntingu og áhyggjur og geta áhyggjurnar beinst að ýmsum þáttum meðgöngu. Algengastar eru áhyggjur af heilbrigði barnsins og af fæðingunni. Niðurstöður rannsókna bentu til þess að hægt væri að aðgreina kvíða á meðgöngu frá almennri kvíðaröskun og sýndu rannsóknir einnig að kvíði á meðgöngu hefði forspárgildi gagnvart fæðingarþyngd, meðgöngulengd og andlegri líðan eftir fæðingu. Fæðingaróttá er hægt að lýsa sem kvíðaröskun eða fælni við fæðingar, eftir því hve alvarlegur óttinn er.

Markmið þessa verkefnis var að skoða eðli fæðingaróttá, tíðni hans, afleiðingar og úrræði, ásamt því að setja hann í samhengi við andlega vanlíðan á meðgöngu. Öflun fræðilegra heimilda fór aðallega fram í erlendum gagnasöfnum og með snjóboltaaðferð og voru flestar greinarnar frá Evrópulöndum. Lögð var áhersla á að finna greinar frá árunum 2006-2016 en einnig reyndist nauðsynlegt að nota eldri greinar.

Tíðni fæðingaróttá í þessari samantekt reyndist vera 2,4-20,8%, mismunandi eftir því hvernig hann var skilgreindur og mældur. Rannsóknir sýndu að samspil virðist vera á milli kvíða, þunglyndis og fæðingaróttá. Fæðingarótti getur haft áhrif á fæðingu og samkvæmt rannsóknum voru fæðingar lengri, áhaldafæðingar algengari og tíðni keisaraskurðar hærrí hjá konum með fæðingaróttá. Rannsakendur veltu fyrir sér hvort, og hvernig, ætti að skima kerfisbundið fyrir fæðingaróttá í meðgönguvernd. Ekki er skimað kerfisbundið fyrir fæðingaróttá á Íslandi en þjónustan Ljáðu mér eyra er í boði og er hugsuð fyrir konur með erfiða fæðingarreynslu að baki. Yfirstandandi er rannsókn um mat á þjónustunni en erlendar rannsóknir hafa sýnt misvísandi niðurstöður um árangur ráðgjafar og meðferðar við fæðingaróttá.

Upplýsingar sem konur fá um fæðingu þurfa að vera nákvæmar og uppbyggjandi. Þeir sem sinna konum á meðgöngu ættu að hafa að leiðarljósi að efla sjálfstraust kvenna gagnvart væntanlegri fæðingu og efla bjargráð þeirra.

Lykilorð: fæðingarótti, fæðing, kvíði, meðganga, trú á eigin getu, ráðgjöf.

## Abstract

Pregnancy can be a time of both anticipation and worry. Women's worries during pregnancy can be related to various aspects of pregnancy but most common are worries about the baby's health and the birth itself. Studies indicated that pregnancy related anxiety could be distinguished from general anxiety disorder and results also indicated that pregnancy related anxiety was predictive of birth weight, gestational length and postnatal mental health. Fear of childbirth can be described as an anxiety disorder or a phobia of childbirth, depending on the severity of the fear.

The main objective of this literature review was to examine the nature of fear of childbirth, its prevalence, consequences and resources for treatment. A second objective was to examine the relation of fear of childbirth to mental distress in pregnancy. The gathering of scholarly articles was primarily carried out in foreign databases and with the snowball method. The majority of articles were from European countries. Emphasis was placed on articles from the years 2006-2016, but it also proved necessary to use older articles.

The prevalence of fear of childbirth in this review was 2,4-20,8%, depending on how it was defined and measured. According to studies, there appears to be a connection between anxiety, depression and fear of childbirth. Studies revealed longer duration of birth and higher prevalence of instrumental deliveries and caesarean sections among women with fear of childbirth. Researchers wondered if and how systematic screening for fear of childbirth should be done in antenatal care. Systematic screening for fear of childbirth is not part of routine antenatal care in Iceland but counselling service is available, aimed at women with a difficult experience of childbirth. This service is currently being evaluated by research but results of foreign studies have revealed divergent results on the effects of counselling and treatment of fear of childbirth.

The information women receive on childbirth should be accurate and constructive. Caretakers of pregnant women should make a point of improving the women's self-efficacy towards childbirth and to help them build useful coping strategies.

Keywords: fear of childbirth, childbirth, anxiety, pregnancy, self-efficacy, counselling.

## Þakkir

Verkefni þetta var unnið við Háskóla Íslands. Ég vil þakka leiðbeinanda mínum, Hildi Kristjánsdóttur, fyrir leiðsögnina við gerð þessa verkefnis, góðar ábendingar og skjót svör. Þórdísi Einarsdóttur þakka ég fyrir yfirlestur verkefnisins í heild og Ágústu Rúnarsdóttur þakka ég fyrir yfirlestur útdráttar á ensku.

Draumurinn um ljósmóðurnámið hefði ekki orðið að veruleika ef ekki væri fyrir sterkt bakland og kann ég vinum og vandamönnum mínar bestu þakkir, ekki síst móður minni, Björgu, og tengdforeldrum, Ásbirni og Kristínu. Ég þakka börnunum mínum, Benedikt Einari, Hörpu Björgu og Heklu Kristínu, fyrir þolinmæði og skilning og fyrir að vera mér hvatning á hverjum degi. Eiginmaður minn, Björn, fær þakkir fyrir veittan stuðning.

Ég er þakklát öllum þeim ljósmæðrum sem hafa miðlað af reynslu sinni til mín á námstímanum og umsjónarljósmæður mínar, sem hafa reynst mér svo vel, fá sérstakar þakkir. Að lokum fá ljósusystemar mínar þakkir fyrir stuðning og almenn skemmtilegheit á námstímanum.

# Efnisyfirlit

Ágrip .....	4
Abstract.....	5
Þakkir.....	6
Efnisyfirlit .....	7
1 Inngangur .....	8
2 Aðferðir:.....	9
2.1 Tafla 1. Greinar sem voru mest notaðar við gerð samantektar. ....	10
3 Fræðileg samantekt .....	12
3.1 Andleg líðan á meðgöngu.....	12
3.2 Trú á eigin getu.....	14
3.3 Fæðingarótti.....	15
3.3.1 The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ).....	15
3.3.2 Tíðni fæðingaróttu .....	15
3.3.3 Áhættuþættir.....	16
3.3.4 Frumbyrjur .....	17
3.3.5 Fjölbyrjur.....	17
3.4 Afleiðingar andlegrar vanlíðunar og fæðingaróttu .....	19
3.5 Meðgönguvernd og fæðingarótti.....	21
3.5.1 Úrræði við fæðingaróttu í meðgönguvernd .....	21
3.5.2 Gagnsemi ráðgjafar við fæðingaróttu.....	22
3.6 Hvað geta ljósmæður gert? .....	24
4 Umræður .....	26
Ályktanir .....	29
Heimildaskrá.....	30



# 1 Inngangur

Á meðgöngu verða miklar breytingar á lífi kvenna og geta bæði eftirvænting og áhyggjur fylgt í kjölfarið (Öhman, Grunewald og Waldenström, 2003). Áhyggjurnar geta beinst að ýmsum þáttum meðgöngu, fæðingar og sængurlegu (Bayrampour o.fl., 2016) en algengast er að áhyggjur kvenna snúi að heilbrigði barnsins og fæðingunni (Bayrampour o.fl., 2016; Green, Kafetsios, Statham og Snowdon, 2003; Petersen, Paulitsch, Guethlin, Gensichen og Jahn, 2009; Öhman o.fl., 2003). Þegar hugsanir um fæðinguna eru farnar að hafa neikvæð áhrif á daglegt líf er mögulegt að um fæðingaróttta sé að ræða, en fæðingaróttta má lýsa sem kvíðaröskun eða fælni við fæðingar, eftir því hve alvarlegur óttinn er (Saisto og Halmesmäki, 2003).

Kvíði, þunglyndi og streita á meðgöngu geta haft áhrif á meðgönguna og ófædda barnið og því er mikilvægt að huga að andlegri líðan barnshafandi kvenna (Schetter og Tanner, 2012). Samspil virðist vera á milli kvíða, þunglyndis og fæðingaróttta (Størksen, Eberhard-Gran, Garthus-Niegel og Eskild, 2012) ásamt sterkum tengslum við þunglyndiseinkenni, erfiða lífsviðburði og áfallastreituröskun (Lukasse, Schei og Ryding, 2014). Fæðingarótti getur haft áhrif á fæðingu en rannsóknir hafa meðal annars sýnt fram á lengri fæðingar hjá konum með fæðingaróttta (Adams, Eberhard-Gran og Eskild, 2012; Sydsjö o.fl., 2013), algengari áhaldafæðingar (Adams o.fl., 2012) og hærri tíðni keisaraskurðar (Räisänen o.fl., 2014; Sydsjö o.fl., 2013; Waldenström, Hildingsson og Ryding, 2006a).

Á árunum 2008-2010 var tíðni fæðingaróttta á Íslandi 7,6% hjá fjölbyrjum og 9,6% hjá frumbyrjum (Lukasse o.fl., 2014), en tíðni fæðingaróttta er mismunandi á milli rannsókna og hafa skilgreiningar, rannsóknaraðferðir og fleiri þættir þar áhrif. Í meðgönguvernd á Íslandi er ekki skimað kerfisbundið fyrir fæðingaróttta (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2010) en þjónustan Ljáðu mér eyra er starfrækt á Landspítalanum og er hugsuð fyrir konur eða pör með erfiða fæðingarreynslu að baki og kvíða fyrir væntanlegri fæðingu (Birna Ólafsdóttir, Guðlaug Pálsdóttir, Hrafnhildur Ólafsdóttir, Jóhanna V. Hauksdóttir og Valgerður Lísa Sigurðardóttir, 2015). Mat á árangri af ráðgjöf við fæðingaróttta hefur þó gefið misvísandi niðurstöður, jafnvel að konur sem fari í ráðgjöf eða meðferð upplifi fæðingu meira ógnvekjandi en viðmiðunarhópar, en einnig að meðferð beri árangur, og virðast aðferðir og viðhorf meðferðaraðila vera meðal þess sem þar hefur áhrif (Halvorsen, Nerum, Sørli og Øian, 2010; Larsson, Karlström, Rubertsson og Hildingsson, 2015; Rouhe o.fl., 2015; Rouhe o.fl., 2013; Ryding, Persson, Onell og Kvist, 2003; Sydsjö, Sydsjö, Gunnervik, Bladh og Josefsson, 2012; Waldenström o.fl., 2006a). Spurningar hafa vaknað um hvort, og með hvaða hætti, heppilegt væri að skima kerfisbundið fyrir fæðingaróttta í meðgönguvernd (Larsson o.fl., 2015).

Áhugi höfundar á fæðingaróttta hefur lengi verið til staðar og varð upphafið að námi í ljósmóðurfræði. Sem verðandi ljósmóður finnst höfundi mikilvægt að þekkja áhættuþætti fæðingaróttta og hvernig hann getur tengst andlegri vanlíðan á meðgöngu, þar sem fæðingarótti háir frekar konum sem á einhvern hátt eru viðkvæmar (Ryding, Wirfelt, Wängborg, Sjögren og Edman, 2007). Markmið þessarar fræðilegu samantektar er að skoða eðli fæðingaróttta, tíðni, afleiðingar og úrræði, ásamt því að setja hann í samhengi við andlega vanlíðan á meðgöngu.

## 2 Aðferðir:

Fræðileg samantekt er umfjöllun um rannsóknir á ákveðnu viðfangsefni. Rannsóknirnar hafa birst í ritrýndum tímaritum og er markmiðið að hægt sé að draga ályktanir um vel afmarkað viðfangsefni eða svara rannsóknarspurningu.

Helstu gagnasöfn sem notuð voru við öflun fræðilegra heimilda voru *PubMed*, *Scopus*, *ScienceDirect* og *Google Scholar*. Heimildaleit fór fram á tímabilinu janúar 2016 til apríl 2016. Til að byrja með var leitað að heimildum frá árunum 2006-2016 og eftir lestur ágripa voru 11 greinar valdar sem byrjað var að nota. Þá var notast við heimildaskrár þeirra greina til að dýpka efnisleitina (snjóboltaaðferð), ásamt því að nota greinar sem rafrænu gagnasöfnin vísuðu á og greinar sem leiðbeinandi benti á. Nauðsynlegt reyndist að nota nokkrar heimildir sem voru eldri en tíu ára. Greinarnar sem voru notaðar eru flestar á ensku og eru meðal annars frá Svíþjóð, Noregi, Finnlandi, Íslandi og öðrum Evrópulöndum og einnig voru nokkrar rannsóknir frá Bandaríkjunum, Kanada og Ástralíu notaðar. Stuðst var við klínískar leiðbeiningar frá Embætti landlæknis og *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE). Lögð var áhersla á að afla heimilda um fæðingaróttu og tengsl við andlega líðan á meðgöngu, tíðni og áhættuþætti fæðingaróttu, afleiðingar fæðingaróttu og meðferðarúræði.

Helstu leitarorð sem voru notuð: fæðingarótti (*e. fear of childbirth*), fæðing (*e. childbirth*), kvíði (*e. anxiety*), meðganga (*e. pregnancy*), trú á eigin getu (*e. self-efficacy* og *counselling*). Tvö eða fleiri þessara leitarorða voru oftast notuð saman til að fá þrengri niðurstöður.

## 2.1 Tafla 1. Greinar sem voru mest notaðar við gerð samantektar.

Höfundur/tímarit/ár	Tilgangur	Aðferð/úrtak	Ihlutun	Niðurstöður	Styrkleikar/Veikleikar
Lukasse, Schei og Ryding. Sexual & Reproductive Healthcare. 2014. (BIDENS)	Að meta tíðni alvarlegs fæðingaróttá í 6 löndum. Að skoða tengsl milli alvarlegs fæðingaróttá og nokkurra bakgrunnsbreyta. Að skoða hvort eðli óttans væri ólíkt meðal kvennanna.	Þversniðsrannsókn. 6870 konur í Belgíu, Íslandi, Danmörku, Eistlandi, Noregi og Svíþjóð.	Hluti af BIDENS rannsókninni. Konurnar svöruðu spurningalista, sem innihélt mælitækin EDS, NorAq og W-DEQ.	11% kvenna með alvarlegan fæðingaróttá. 11,4% og 11% fjölbyrja. Tíðni hjá frumbyrjum 4,5-15,6%. Tíðni hjá fjölbyrjum 7,6-15,2%. Bág fjárhagsstaða, saga um misnotkun og enginn félagslegur stuðningur voru tengd alvarlegum fæðingaróttá. Sterkt samband milli fæðingaróttá og einkenna þunglyndis, áfallastreitu-röskunar og streituvaldandi lífsviðburða hjá bæði frum- og fjölbyrjum. Erfið fæðingarreynsla fimmfaldaði líkur á fæðingaróttá.	Styrkleiki: Stórt úrtak. Veikleiki: Skortur á vitneskju um ótta kvenna við læknisfræðileg inngrip o.fl.
Waldenström, Hildingsson og Ryding. BJOG. 2006.	Að kanna tíðni fæðingaróttá og tengsl við tíðni keisaraskurða og reynslu af fæðingu í Svíþjóð.	Framsæ fylgnirannsókn. 2662 konur.	Konur svöruðu spurningalistum á meðgöngu og eftir fæðingu. Cambridge Worry Scale. EPDS.	Tengsl fæðingaróttá við hærri valkeisaratíðni meðal kvenna sem fóru í ráðgjöf, ekki tengsl við hærri tíðni bráðakeisara eða neikvæða fæðingarreynslu. Tengsl fæðingaróttá, án ráðgjafar, við neikvæða fæðingarreynslu.	Veikleikar: Athugun - ekki hægt að draga ályktanir án vafa. Fæðingarótti ekki mældur með mælitæki. Litlir undirhópar þrátt fyrir stærð úrtaks. Ekki upplýsingar um veitta ráðgjöf á einstaklingsgrundvelli, starfshættir ráðgjafa getir verið mismunandi.
Bayrampour, Ali, McNeil, Benzies, MacQueen og Tough. International Journal of Nursing Studies.	Að skýra hugtakið kvíði á meðgöngu. Að skoða mælitæki fyrir kvíða á meðgöngu.	Hugtakagreining. 38 rannsóknir.	Eigindlegar og meginlegar rannsóknir, á ensku, sem skoðuðu kvíða á meðgöngu.	Greindir voru þrjár þættir fæðingaróttá, þrjár undanfarar og fjórar afleiðingar. Níu „víddir“ fæðingaróttá. Sett fram hugmynd að skilgreiningu.	Styrkleiki: Nákvæm skilgreining lögð fram, byggð á kenningum, sem hægt er að nota í rannsóknum. Veikleiki: Hætta á að rannsakendur túlki niðurstöður á ólíkan hátt.
Størksen, Garthus-Niegel, Vangen og Eberhard-Gran. AOGS. 2013.	Að meta tengsl fæðingaróttá og fyrri fæðingarreynslu.	Framsæ rannsókn. 1357 konur.	Spurningalistar við viku 17 og 32 í meðgöngu. (W-DEQ). NRS-mælitæki. Listi yfir sjö læknisfræðileg vandamál í fæðingu.	Tengsl fæðingaróttá við fyrri neikvæða fæðingarreynslu voru sterkari en tengsl fæðingaróttá við læknisfræðileg vandamál í fæðingu.	
Adams, Eberhard-Gran og Eskild. BJOG. 2012.	Að meta tengsl fæðingaróttá og lengd fæðingar.	Framsæ rannsókn. 2206 konur.	W-DEQ (A). Upplýsingar um fæðingu úr mæðraskrá.	Fæðing hjá konum með fæðingaróttá tók lengri tíma en en hjá konum án fæðingaróttá.	
Sydsjö, Sydsjö, Gunnervik, Bladh og Josefsson. AOGS. 2012.	Að bera saman útkomu fæðinga kvenna með fæðingaróttá sem fengu ráðgjöf, við konur án fæðingaróttá.	Lýsandi, aftursæ, tilfella-viðmiðarannsókn. 353 konur.	Gögnum safnað úr mæðra- og sjúkraskrá.	Valkeisara-, bráðakeisaraskurðir og gangsetningar voru algengari meðal kvenna með fæðingaróttá þrátt fyrir ráðgjöf. Áhaldafæðingar algengari hjá frumbyrjum með fæðingaróttá.	Styrkleiki: Stórt úrtak. Veikleikar: Aftursæ rannsókn, eingöngu unnin úr sjúkraskrá.

**Tafla 1 – framhald**

Höfundur/tímarit/ár	Tilgangur	Aðferð/úrtak	Ihlutun	Niðurstöður	Styrkleikar/Veikleikar
Räsänen, Lehto, Nielsen, Gissler, Kramer og Heinonen. BJOG. 2014.	Að finna áhættuþætti fyrir fæðingaróttu, m.t.t. fjölda barna og félagshagfræðilegra þátta. Meta tengsl fæðingaróttu við útkomu fæðinga.	Ferilrannsókn. 788.317 fæðingar einbura.	Gögnum safnað úr finnsku fæðingaskránni, skrá yfir fæðingargalla og sjúkraskrár.	Tíðni fæðingaróttu 2,5% hjá frumbyrjum og 4,5% hjá fjölbyrjum. Áhættuþættir frumbyrja: þunglyndi, hár aldur móður, góð eða ótilgreind félagshagfræðileg staða. Áhættuþættir fjölbyrja: þunglyndi, fyrri keisaraskurður, góð eða ótilgreind félagshagfræðileg staða. Tengsl fæðingaróttu og hærri keisaratiðni en lægri tíðni lágrar fæðingarþyngdar, vaxtarskerðingar, fyrirburafæðinga og lágra Apgar-stiga við 1 mínútu.	Styrkleiki: Sterk krosstengsl milli þeirra þriggja skráa sem notaðar voru. Stórt og nákvæmt gagnasafn. Veikleiki: Félagshagfræðileg staða ótilgreind hjá 25,1% kvennanna, og vantaði hjá 15,9%. Notkun ICD-10 lykils takmarkar greiningu við alvarlegan fæðingaróttu og útilokar þær sem fengu meðferð í meðgönguvernd (en var ekki vísað í sérrúrræði).
Størksen, Eberhard-Gran, Garthus-Niegel og Eskild. ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2012.	Að skoða tengsl kvíða og þunglyndis við fæðingaróttu. Hvort konur með bæði þunglyndi og kvíða séu í sérstakri hættu á að óttast fæðingu.	Þversnið. Spurningalisti. Úrtak: 1642 konur í Noregi. Vika 32 í meðgöngu.	Konur svöruðu spurningalistum um kvíða og þunglyndi (W-DEQ, NRS, SCL-25, EPDS).	Fæðingarótti hjá 8% úrtaksins. Tíðni kvíða var 8.8% og þunglyndis 8,9%. 5% sögðust bæði haldnar kvíða og þunglyndi. Hjá konum með fæðingaróttu voru 56,2% hvorki með kvíða né þunglyndi (W-DEQ) og þegar mælt var með NRS þá 64,9% hvorki með kvíða né þunglyndi. Kvíði eða þunglyndi jók þó tíðni fæðingaróttu: 12% kvenna sem voru kvíðnar og 32% kvenna sem voru þunglyndar, 38% kvenna sem voru bæði kvíðnar og þunglyndar. Er fæðingarótti merki um undirliggjandi þunglyndi? Mikil fylgni milli niðurstaðna W-DEQ og NRS.	Veikleikar: Skekkja í úrtaki. EDPS og SCL eru skimunartæki en ekki greiningartæki.

## 3 Fræðileg samantekt

### 3.1 Andleg líðan á meðgöngu

Meðganga er tími mikilla breytinga í lífi kvenna. Líkamlegar breytingar verða og konur upplifa nýjar tilfinningar, sem geta bæði falið í sér eftirvæntingu og áhyggjur (Öhman o.fl., 2003). Svo virðist vera að konur sem upplifa vanlíðan á meðgöngu fari í gegnum ákveðið breytingaferli á meðgöngunni (Staneva, Bogossian og Wittkowski, 2015) en mikilvægt er að gefa andlegri líðan kvenna á meðgöngu gaum, ekki síður en líkamlegri, þar sem rannsóknir síðustu ár hafa leitt í ljós að kvíði, þunglyndi og streita á meðgöngu geta haft áhrif á meðgönguna og ófædda barnið (Schetter og Tanner, 2012). Athygli rannsakenda hefur í auknum mæli beinst að því hvort kvíði á meðgöngu sé í raun sjálfstætt hugtak og hvort hægt sé að aðgreina hann frá almennri kvíðaröskun (Bayrampour o.fl., 2016; Blackmore, Gustafsson, Gilchrist, Wyman og G O'Connor, 2016).

Kvíði á meðgöngu er víðtækt hugtak og er hægt að lýsa sem áhyggjum eða vanlíðan sem tengist þunguninni. Þessi kvíði getur tengst heilsu barnsins, fæðingunni, líkamlegum breytingum og móður- eða foreldrahlutverkinu og haft forspárgildi gagnvart fæðingarþyngd, meðgöngulengd og andlegri líðan eftir fæðingu (Blackmore o.fl., 2016). Bayrampour og félagar (2016) lögðu til að kvíði á meðgöngu væri skilgreindur sem:

*Óöryggi og ótti gagnvart heilbrigði barnsins, heilbrigði og útliti móðurinnar, reynslu af heilbrigðiskerfinu, félagslegum og fjárhagslegum viðfangsefnum tengdum meðgöngu, fæðingu og foreldrahlutverkinu, ásamt óhóflegum áhyggjum og líkamlegum einkennum. Í alvarlegum tilfellum kvíða gætu afleiðingarnar tengst hegðun á borð við neikvæð viðhorf, óhóflega leit eftir hughreystingu og forðun. (Bls. 121).*

Mismunandi kvarðar hafa verið þróaðir til að mæla kvíða á meðgöngu en hafa ekki náð utan um alla þætti hugtaksins á fullnægjandi hátt. Bayrampour og félagar (2016) greindu í 38 rannsóknnum þrjá lykileiginleika sem einkenna kvíða á meðgöngu: tilfinningar, hugsanir og líkamleg einkenni. Sú tilfinning sem var mest áberandi í rannsóknnum var ótti við annað hvort hið óþekkta eða við ákveðinn atburð. Hugsanir lýstu sér sem miklar áhyggjur af ýmsum þáttum meðgöngunnar, fæðingunni og sængurlegunni. Líkamleg einkenni voru af ýmsum toga en svefnvandamál voru algeng. Bayrampour og félagar (2016) greindu auk þess níu þætti sem kvíðinn beindist að. Algengastir voru kvíði gagnvart heilbrigði barnsins, fósturmissi, fæðingunni og umönnun ungbarna. Að mati Bayrampour og féлага (2016) voru þrír undanfarar sem gátu kveikt kvíða á meðgöngu: raunveruleg eða hugsanleg ógn við meðgönguna, sú upplifun að hafa litla stjórn og ofhugsun.

Algengast er að áhyggjur kvenna á meðgöngu snúi að heilbrigði barnsins og fæðingunni (Green o.fl., 2003; Petersen o.fl., 2009; Öhman o.fl., 2003) en aðrar áhyggjur varða til dæmis umönnunarhlutverkið, það að byrja of snemma í fæðingu og mögulegt fósturlát (Petersen o.fl., 2009). Áhyggjurnar eru þó mismiklar, geta verið nokkuð miklar í upphafi meðgöngu, minnkað um miðbik hennar en aukist svo aftur

þegar líður að lokum meðgöngunnar (Statham, Green og Kafetsios, 1997; Öhman o.fl., 2003). Niðurstöður Rallis, Skouteris, MacCabe og Milgrom (2014) voru á svipaða leið og sýndu að einkenni þunglyndis, kvíða og streitu meðal þungaðra kvenna voru minnst um miðja meðgöngu. Green og félagar (2003) töldu að þegar kæmi að meðgöngu væri í mörgum tilvikum verið að nota hugtakið kvíði þegar í raun væri um áhyggjur að ræða, frekar en sjúklegt ástand.

Það er því ljóst að hvort sem um kvíða eða áhyggjur er að ræða kemur endurtekið fram að væntanleg fæðing er konum hugleikin. Þegar hugsanir um fæðinguna eru farnar að hafa neikvæð áhrif á daglegt líf kvenna og birtast jafnvel í líkamlegum einkennum er hugsanlegt að um fæðingarótta sé að ræða (Saisto og Halmesmäki, 2003).

### 3.2 Trú á eigin getu

Trú á eigin getu (*e. self-efficacy*) er hægt að lýsa sem þeirri trú sem einstaklingur hefur á sjálfum sér til að ráða við ákveðnar aðstæður (Bandura, 1977). Trú á eigin getu er tvíþætt. Annars vegar er það trú einstaklings á að ákveðin hegðun sé gagnleg í ákveðnum aðstæðum (*e. outcome expectancy*) og hins vegar að einstaklingur trúi því að hann geti framkvæmt þá hegðun (*e. efficacy expectancy*) (Salomonsson, Gullberg, Alehagen og Wijma, 2013).

Vestrænar konur hafa alist upp í menningu þar sem framfarir í læknisfræði hafa aukið öryggi fæðinga. Í kjölfarið hafa hugmyndir um eðlilega fæðingu fjarlægst og trú kvenna á eigin getu til að fæða börn minnkað. Óvissan sem fylgir fæðingum er vissulega mikil í heimi þar sem þykir nánast sjálfsagt að hafa stjórn á sem flestu. Sjúkdómsvæðing fæðingar hefur ýtt undir það viðhorf að læknisfræðileg nálgun fæðinga sé æðri en sú lífeðlisfræðilega þar sem sú síðarnefnda geti hreinlega verið hættuleg (Lowe, 2000).

Væntingar kvenna gagnvart fæðingu hafa sterkt forspárgildi fyrir upplifun af henni, þannig að neikvæðar væntingar gagnvart fæðingu auka líkur á neikvæðri upplifun á meðan jákvæðar væntingar auka líkur á jákvæðri upplifun (Christiaens, Verhaeghe og Bracke, 2008). Almennt reyndist þó fæðingarreynslan jákvæðari en væntingarnar um hana í rannsókn Christiaens og félagar (2008) og hjá konum sem fæddu heima var munurinn enn meiri, það er að segja að fæðingarreynslan var enn jákvæðari en búist hafði verið við, auk þess sem þær voru bjartsýnni á meðgöngunni. Í rannsókn Berentson-Shaw, Scott og Jose (2009) virtist mikil trú á eigin getu hjálpa frumbyrjum að túlka sársauka í fæðingu á jákvæðari hátt á meðan frumbyrjur með minni trú á eigin getu túlkuðu sársaukann sem mikinn og þjakandi, óháð verkjastillingu. Trú á eigin getu hafði ekki forspárgildi gagnvart inngripum í fæðingu en hins vegar jók mikil trú á eigin getu ánægju með fæðingu þrátt fyrir læknisfræðileg inngrip (Berentson-Shaw o.fl., 2009).

Salomonsson og félagar (2013) skoðuðu samspil fæðingaróttá og trúar á eigin getu meðal frumbyrja. Rúmur helmingur kvenna sem höfðu litla trú á eigin getu uppfyllti skilyrði alvarlegs fæðingaróttá, á meðan tæpur fimmtungur þeirra sem höfðu mikla trú á sjálfum sér uppfyllti skilyrðin. Ekki er hægt að fullyrða um orsakatengsl þegar kemur að fæðingaróttá og trú á eigin getu. Þær konur sem voru með alvarlegan fæðingaróttá voru líklegri til að hafa leitað sér hjálpar vegna geðrænna vandamála áður en þær urðu barnshafandi og því hefur ákveðinn veikleiki þegar verið til staðar hjá þeim. Óttinn við fæðinguna hefur þá ef til vill ýtt undir litla trú á eigin getu hjá þeim og jafnvel verið til staðar áður en þær urðu ófrískar (Salomonsson o.fl., 2013).

### 3.3 Fæðingarótti

Fæðingaróttá er hægt að lýsa sem kvíðaröskun eða jafnvel sem fælni við fæðingar, eftir því á hve háu stigi óttinn er. Birtingarmyndir fæðingaróttá geta verið einbeitingarskortur í starfi, erfiðleikar við að taka þátt í athöfnum fjölskyldu, líkamlegir kvillar, martraðir og ósk um keisaraskurð (Saisto og Halmesmäki, 2003).

#### 3.3.1 The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ)

W-DEQ spurningalistinn var búinn til með það að markmiði að mæla fæðingaróttá meðal þungaðra kvenna með áreiðanlegum hætti. Spurningalistinn var meira en tíu ár í þróun og hefur mælst áreiðanlegur. W-DEQ spurningalistinn skiptist í hluta A og B og í hvorum hluta eru sex spurningar. Spurningunum er svarað með 33 fullyrðingum sem hægt er að svara á kvarðanum 1-6. Hluta A er svarað við 32ja vikna meðgöngulengd og hluta B svara konur eftir fæðingu. Stig sem kona fær geta verið á bilinu 0 til 165, þar sem hækkandi stig samsvara meiri fæðingaróttá (Wijma, Wijma og Zar, 1998). Algengt er að miða við að  $\geq 85$  stig sé merki um alvarlegan fæðingaróttá (Ryding, Wijma, Wijma og Rydhstrom, 1998).

#### 3.3.2 Tíðni fæðingaróttá

Rannsóknir hafa sýnt mismunandi tíðni fæðingaróttá. Munurinn gæti að hluta til skýrst af mismunandi skilgreiningu á fæðingaróttá og hvaða mælitæki eru notuð. Rannsóknir hafa einnig sýnt mismunandi tíðni fæðingaróttá milli landa sem hugsanlegt er að sé vegna ólíks fyrirkomulags í meðgönguvernd (Lukasse o.fl., 2014). Í þeim rannsóknum sem skoðaðar voru í þessari samantekt, og notuðust við W-DEQ spurningalistann til að mæla fæðingaróttá, var tíðni fæðingaróttá á bilinu 4,5-20,8% (Lukasse o.fl., 2014; Nordeng, Hansen, Garthus-Niegel og Eberhard-Gran, 2012; Rouhe, Salmela-Aro, Halmesmäki og Saisto, 2009; Salomonsson o.fl., 2013; Størksen o.fl., 2012; Størksen, Garthus-Niegel, Vangen og Eberhard-Gran, 2013). Bidens-rannsóknin var samvinnuverkefni rannsakenda í sex löndum (Belgíu, Íslandi, Danmörku, Eistlandi, Noregi og Svíþjóð) og fór fram á árunum 2008-2010. Í rannsókninni var W-DEQ spurningalistinn notaður til að mæla fæðingaróttá og reyndist tíðni fæðingaróttá á Íslandi vera 7,6% hjá fjölbyrjum og 9,6% hjá frumbyrjum (Lukasse o.fl., 2014).

Í öðrum rannsóknum sem skoðaðar voru í þessari samantekt var tíðni fæðingaróttá 2,4-8,5% en í þeim voru aðrar aðferðir notaðar til að mæla tíðni, svo sem tölur úr fæðingaskráningu og mat úr viðtölum (Laursen, Johansen og Hedegaard, 2009; Räisänen o.fl., 2014; Sydsjö o.fl., 2012; Zar, Wijma og Wijma, 2002). Fæðingarótti virðist aukast eftir því sem líður á meðgönguna (Rouhe o.fl., 2009) og hefur líka verið sýnt fram á aukningu ári eftir fæðingu (Hildingsson, Nilsson, Karlström og Lundgren, 2011). Í rannsókn Zar og félaga (2002) reyndust ellefu konur (2,4%) haldnar svo slæmum fæðingaróttá að þær vildu með öllum ráðum sleppa við fæðingu um leggöng. Fjórar af þessum ellefu konum voru fjölbyrjur.



### 3.3.3 Áhættuþættir

Reynt hefur verið að greina hvað einkennir konur sem eru haldnar fæðingaróttá en niðurstöður rannsókna hafa verið misvísandi (Sydsjö o.fl., 2012) og ástæður fæðingaróttá ekki að fullu ljósar (Størksen o.fl., 2012). Í rannsókn Laursen og félaga (2009) voru það frekar yngri konur, með litla menntun sem tjáðu fæðingaróttá og er það í samræmi við aðrar rannsóknir þar sem konur með meiri menntun upplifðu síður fæðingaróttá (Christiaens, Van De Velde og Bracke, 2011; Salomonsson o.fl., 2013; Sydsjö o.fl., 2012). Fjárhagslegir erfiðleikar (e. *economic hardship*) hafa einnig verið tengdir fæðingaróttá (Lukasse o.fl., 2014). Hins vegar voru niðurstöður Räsänen og félaga (2014) á þá leið að eldri konur ( $\geq 40$  ára) og konur í betri félags- og efnahagslegri stöðu voru oftast haldnar fæðingaróttá en yngri konur og konur í verri stöðu.

Rannsóknir hafa sýnt að fæðingarótti er algengari meðal einhleypra kvenna (Nordeng o.fl., 2012) og þeirra sem hafa ekki ákveðið þungun fyrirfram (Lukasse o.fl., 2014; Waldenström o.fl., 2006a). Konur sem voru skilgreindar með fæðingaróttá í rannsókn Waldenström og félaga (2006a) voru frekar innflytjendur, oftast atvinnulausar og í veikindaleyfi en konur í viðmiðunarhópi. Þá voru þessar konur einnig líklegri til að reykja og hafa lítinn stuðning frá maka. Þá var lítill félagslegur stuðningur talinn vera áhættuþáttur fyrir fæðingaróttá (Lukasse o.fl., 2014; Söderquist, Wijma og Wijma, 2004).

Skoðað hefur verið hvernig geðheilsa og persónuleiki kvenna hefur áhrif á líðan þeirra á meðgöngu. Samspil virðist vera á milli kvíða, þunglyndis og fæðingaróttá en hvorki er hægt að fullyrða að konur með fæðingaróttá séu almennt kvíðnar eða þunglyndar, né að kvíðnar og þunglyndar konur séu almennt með fæðingaróttá (Størksen o.fl., 2012). Í rannsókn Lukasse og félaga (2014) komu fram sterk tengsl milli þunglyndiseinkenna, erfiðra lífsviðburða og áfallastreituröskunar við fæðingaróttá. Af þeim konum sem töldust haldnar fæðingaróttá í rannsókn Størksen og félaga (2012) voru 56,2% hvorki með kvíða né þunglyndi, en hins vegar virtust konur sem voru þunglyndar, eða bæði kvíðnar og þunglyndar, vera í sérstakri hættu á að vera haldnar fæðingaróttá. Það er í samræmi við rannsókn Størksen og félaga (2013) en samkvæmt niðurstöðum þeirra jók það hættuna á fæðingaróttá ef móðir var bæði kvíðin og þunglynd.

Mikill eðlislægur kvíði (e. *high trait anxiety*) og að ráða illa við streitu (e. *low stress coping*) voru áhættuþættir fyrir fæðingaróttá í rannsókn Söderquist og félaga (2004), auk þess sem einstaklingar með mikinn eðlislægan kvíða sýndu oftast einkenni þunglyndis en einstaklingar með lítinn eðlislægan kvíða. Samkvæmt Jokić-Begić, Zigić og Nakić (2014) hafði eðlislægur kvíði einungis forspárgildi fyrir fæðingaróttá hjá frumbyrjum. Í rannsókn Ryding og félaga (2007) lýstu konur sem haldnar voru fæðingaróttá sér meðal annars sem kvíðnum og að þær væru oftast hræddar við að geta ekki haft áhrif á ákvarðanir í væntanlegri fæðingu en konur í samanburðarhópi (61% á móti 18%). Enn fremur kom fram að konur sem óttuðust fæðingu tilgreindu ótta við sársauka oftast en konur í samanburðarhópi (65% á móti 33%) og er það í samræmi við Jokić-Begić og félaga (2014) sem töldu að kvíði fyrir líkamlegum hluta fæðingar (svo sem sársauka) væri stór undirliggjandi þáttur í fæðingaróttá.

Fæðingarótti virðist vera algengari meðal frumbyrja en fjölbyrja (Christiaens o.fl., 2011; Jokić-Begić o.fl., 2014; Lukasse o.fl., 2014; Nordeng o.fl., 2012; Størksen o.fl., 2012; Størksen o.fl., 2013; Sydsjö o.fl., 2012; Söderquist o.fl., 2004). Þó eru dæmi um hið gagnstæða en í Bidens-rannsókninni var fæðingarótti marktækt algengari meðal fjölbyrja í Belgíu (Lukasse o.fl., 2014) og einnig í rannsókn

Rouhe og félagar (2009). Þá hefur fæðingarótti mælst alvarlegri hjá frumbyrjum en fjölbyrjum (Jokíć-Begić o.fl., 2014; Rouhe o.fl., 2009).

### 3.3.4 Frumbyrjur

Vísbendingar um fæðingaróttar geta verið til staðar áður en til meðgöngu kemur. Í rannsókn Stoll og Hall (2013) á viðhorfum barnlausra háskólanema til fæðinga kom í ljós að 13,6% þátttakenda óttuðust fæðingu mikið. Það kom í ljós að þær konur sem höfðu verið viðstaddar fæðingu (7%) mældust marktækt minna hræddar við fæðingu en þær sem höfðu enga reynslu af fæðingum eða höfðu horft á fæðingu í sjónvarpi eða á internetinu. Þær konur sem höfðu verið viðstaddar heimafæðingu óttuðust fæðingu minna en þær sem höfðu verið viðstaddar fæðingu á sjúkrahúsi. Meiri líkur voru á því að konur sem töldu fjölmiðla hafa mótað viðhorf sín til fæðinga, óttuðust þær mikið (Stoll og Hall, 2013).

Í viðtölum við 19 frumbyrjur sem óttuðust væntanlega fæðingu var hægt að skipta eðli óttans í fimm flokka. Þeir voru: sársauki í fæðingu, vandamál tengd fæðingunni, aðgerðir í fæðingu, viðhorf heilbrigðisstarfsfólks og kynferði (Serçekuş og Okumuş, 2009). Algengasti ótti fyrir fæðingu tengdist sársauka. Sumar konurnar óttuðust það að verða skelfingu lostnar í fæðingunni, að missa stjórn á sér og jafnvel að þær eða barnið myndu deyja. Konurnar nefndu einnig að þær óttuðust innri skoðanir, spangarskurð og ef nota þyrfti sogklukku eða tangir. Óttinn sem sneri að kynferði kvennanna tengdist afmyndun á kynfærum, að þær myndu ekki geta notið kynlífs og að friðhelgi (*e. privacy*) þeirra yrði ekki virt í fæðingunni. Flestar konurnar sem rætt var við sögðu að aðalástæður þess að þær óttuðust fæðingu væru neikvæðar fæðingarsögur sem þær höfðu heyrt frá fjölskyldu og vinum. Þá hafði neikvæð umfjöllun um fæðingar í fjölmiðlum einnig áhrif á konurnar (Serçekuş og Okumuş, 2009). Í rannsókn Lowe (2000) óttuðust frumbyrjur með mikinn fæðingaróttar það mest að missa stjórn í fæðingunni, að eitthvað væri að barninu, sársaukafulla samdrætti og sjúkrahúsumhverfið, ásamt því að óttast fæðinguna sjálfa.

Saga um andlegt, líkamlegt eða kynferðislegt ofbeldi jók líkurnar á fæðingaróttar meðal frumbyrja í rannsókn Lukasse og félagar (2010) og voru sterkustu tengslin við sögu um andlegt ofbeldi. Hugsanlegt er að andlegt ofbeldi brjóti niður sjálfstraust kvenna og verði þannig til þess að þær konur efist um getu sína til að fara í gegnum barnsfæðingu (Lukasse o.fl., 2010).

### 3.3.5 Fjölbyrjur

Samkvæmt niðurstöðum Räisänen og félagar (2014) var fæðingarótti hjá fjölbyrjum algengastur eftir fyrstu meðgöngu (fæðing um leggöng eða með keisaraskurði). Þá sýndu niðurstöður þeirra einnig að konur í áhættumeðgöngu væru líklegri til að vera haldnar fæðingaróttar (Räisänen o.fl., 2014). Størksen og félagar (2013) könnuðu áhrif fyrri fæðingarreynslu á fæðingaróttar. Þær konur sem höfðu lent í bráðakeisaraskurði eða áhaldafæðingu á fyrri meðgöngu voru í aukinni hættu á að finna til fæðingaróttar á síðari meðgöngu. Þetta er í samræmi við niðurstöður Rouhe og félagar (2009) þar sem konur sem höfðu fætt með keisaraskurði eða sogklukku mældust með meiri fæðingaróttar en þær sem höfðu áður fætt án slíkra inngripa. Í rannsókn Lukasse og félagar (2014) voru fjölbyrjur með erfiða fæðingarreynslu að baki fimm sinnum líklegri til að þjást af alvarlegum fæðingaróttar. Í rannsókn Sydsjö og félagar (2013)

á áhrifum fæðingarótta hjá fjölbyrjum með erfiða fæðingarreynslu að baki kom í ljós að algengara var að lengra liði milli meðgangna hjá þeim en hjá konum sem ekki voru haldnar fæðingarótta.

### 3.4 Afleiðingar andlegrar vanlíðunar og fæðingaróttá

Andleg vanlíðan kvenna getur hafist snemma á meðgöngu þegar konur upplifa misvelkomnar breytingar sem fela í sér takmarkanir á lífi þeirra og geta leitt til minna sjálfstrausts og kvíða. Þetta var meðal þess sem kom fram í samantekt Staneva og félaga (2015) á átta eigindlegum rannsóknum sem könnuðu reynslu kvenna af andlegri vanlíðan á meðgöngu, með áherslu á þunglyndi, kvíða og streitu. Konurnar skömmuðust sín fyrir að upplifa ekki hina fullkomnu meðgöngu og vildu ekki láta í ljós að þeim liði illa. Þannig upplifðu þær misræmi milli raunverulegrar reynslu af meðgöngu og ímyndaðrar fyrirmyndarmeðgöngu. Þetta leiddi jafnvel til þess að konurnar lokuðu sig af eða forðuðust aðstæður og juku þessar tilfinningar enn á kvíðann (Staneva o.fl., 2015).

Rannsóknir síðustu ára benda til þess að andleg vanlíðan á meðgöngu geti haft áhrif á meðgöngulengd, fæðingarþyngd og taugaproska barnsins (Schetter og Tanner, 2012). Langvinn streita, áföll og þunglyndiseinkenni móður hafa verið tengd lægri fæðingarþyngd og tengsl kvíða, sem bundinn er við meðgöngu, við fæðingu fyrir tímann hafa fundist. Margvísleg áhrif kvíða, þunglyndis og streitu móður á taugaproska ófædds barns hafa verið rannsökuð. Dæmi um þau eru áhrif á vitsmuna- og taugaproska, skapgerð, hegðunarvandamál og geðsjúkdóma. Auk áhrifa á barnið eru konur sem líður illa andlega á meðgöngu líklegri til að upplifa vanlíðan eftir fæðingu (Schetter og Tanner, 2012).

Þegar áhrif fæðingaróttá eru skoðuð kemur í ljós að hann getur haft áhrif á fæðingarmáta og er tíðni keisaraskurðar hærri meðal kvenna sem haldnar eru fæðingaróttá. Keisaratíðni fjölbyrja sem voru greindar með fæðingaróttá var rúmlega fimm sinnum hærri en í samanburðarhópi í rannsókn Sydsjö og félaga (2013), en hafa ber í huga að 30,6% kvennanna með fæðingaróttá höfðu fætt um keisaraskurð á fyrri meðgöngu, samanborið við 12,9% í samanburðarhópnum. Í rannsókn Waldenström og félaga (2006a) óskaði nær helmingur fjölbyrja, sem óttuðust væntanlega fæðingu, eftir því að fæða með keisaraskurði en einungis 6% í samanburðarhópi. Tengsl voru milli fæðingaróttá og 3,5-4,5-faldrar tíðni keisaraskurðar hjá bæði frum- og fjölbyrjum í rannsókn Räsänen og félaga (2014) og veltu höfundar því fyrir sér hvort það tengdist því að fæðingarótti geti valdið því að fæðingar dragast á langinn, eins og nokkrar rannsóknir hafa sýnt (Adams o.fl., 2012; Sydsjö o.fl., 2013). Tengsl voru milli fæðingaróttá og fæðingar með bráðakeisaraskurði meðal frumbyrja í rannsókn Laursen og félaga (2009) og í rannsókn Adams og félaga (2012) var tíðni bráðakeisaraskurðar 10,9% meðal kvenna sem óttuðust fæðingu en 6,8% hjá þeim sem óttuðust hana ekki.

Í rannsókn Sydsjö og félaga (2013) voru fjölbyrjur með fæðingaróttá um 40 mínútum lengur á virka stigi fæðingar en konur sem voru ekki með fæðingaróttá og í rannsókn Adams og félaga (2012) var munurinn 47 mínútur (hjá frum- og fjölbyrjum). Frumbyrjur sem fengu mænurótardeyfinu og voru haldnar fæðingaróttá voru marktækt lengur að fæða en frumbyrjur sem fengu mænurótardeyfinu og voru ekki haldnar fæðingaróttá (Adams o.fl., 2012). Tengsl voru á milli fæðingaróttá og hægs eða teppts framgangs í fæðingu en rannsækendur fundu ekki tengsl milli fæðingaróttá og fósturstreitu, þegar ekki var um hægán eða tepptan framgang fæðingar að ræða (Laursen o.fl., 2009). Áhaldafæðingar voru algengari meðal kvenna með fæðingaróttá (17%) en án (10,6%) (Adams o.fl., 2012).

Upplifun konu af fæðingu virðist þó hafa meiri áhrif en læknisfræðileg vandamál sem tengjast fæðingunni (*e. obstetric complications*). Í rannsókn Størksen og félaga (2013) litu 77,5% kvenna, sem höfðu upplifað læknisfræðileg vandamál í fæðingu (bráðakeisaraskurð, áhaldafæðingu, blóðmissi, fasta

fylgju, alvarlega sýkingu móður, blóðtappa, rifinn endaparmsvöðva) ekki á fæðinguna sem neikvæða reynslu og voru ekki í aukinni hættu á að upplifa fæðingaróttá á næstu meðgöngu. Af þeim konum sem höfðu upplifað læknisfræðileg vandamál í fæðingu þróuðu 9.9% með sér fæðingaróttá á meðan 26,5% kvenna sem töldu fæðingarreynslu sína vera neikvæða þróuðu með sér fæðingaróttá. Ekki er þó hægt að fullyrða um orsakatengsl þar sem konur með fæðingaróttá gætu líka hafa haft hann á fyrri meðgöngu og gæti hann þar af leiðandi haft áhrif á upplifun kvennanna (Størksen o.fl., 2013).

Óháð „raunverulegum“ alvarleika eða eðli atburðar á borð við fæðingu, þá getur einstaklingur upplifað atburðinn sem áfall. Það er því mat einstaklingsins á atburðinum sem hefur áhrif á það hvort viðkomandi þróar með sér einkenni áfallastreituröskunar (Söderquist o.fl., 2004). Svo virðist vera að fæðingarótti geti valdið áfallastreituröskun (*e. post traumatic stress disorder*, PTSD) áður en að fæðingu kemur. Í sænskri rannsókn á 1224 þunguðum konum uppfylltu 2,3% þeirra öll sex skilyrði DSM-IV fyrir áfallastreituröskun og 5,8% uppfylltu þrjú skilyrði. Hærra hlutfall fjölbyrja (3,2%) uppfyllti öll skilyrði áfallastreituröskunar en frumbyrja (1,1%) og það sama átti við um þær sem uppfylltu þrjú skilyrði fyrir áfallastreituröskun en þar var hlutfall fjölbyrja 7,5% og frumbyrja 3,2% (Söderquist o.fl., 2004). Eftir fæðingu er líklegra að konur sem eru haldnar fæðingaróttá lýsi fæðingunni frekar sem neikvæðri og ógnvekjandi upplifun en konur sem óttast ekki fæðingu (Ryding o.fl., 2007).

### 3.5 Meðgönguvernd og fæðingarótti

Samkvæmt klínískum leiðbeiningum um meðgönguvernd á Íslandi (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2010) eru konur sem eru heilbrigðar og í eðlilegri meðgöngu í meðgönguvernd hjá ljósmæðrum og heimilislæknum á heilsugæslustöðvum. Þegar ákveðnir áhættuþættir eru til staðar, eða vandamál koma upp, er æskilegt að konan hitti fæðingar- og kvensjúkdómalækni að minnsta kosti einu sinni á meðgöngunni. Konur sem eru með alvarlegri áhættuþætti, svo sem ýmsa langvinna sjúkdóma, eða sögu um alvarleg vandamál á síðustu meðgöngu eða fæðingu, fá sérhæfðari meðgönguvernd sem er skipulögð af fæðingar- og kvensjúkdómalækni og ljósmóður (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2010). Samkvæmt klínískum leiðbeiningum á að spyrja konur í fyrstu komu í meðgönguvernd um sögu um geðræn vandamál, fyrri meðferð geðrænna vandamála og fjölskyldusögu um geðræn vandamál tengd meðgöngu og eftir fæðingu. Þá á einnig að skima fyrir hugsanlegu þunglyndi og ef grunur um geðræn vandamál vaknar ætti að vísa konu í frekara mat (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2010). Samkvæmt NICE leiðbeiningunum á að bjóða konum með alvarlegan fæðingarótta að ræða við fagaðila sem hefur sérþekkingu á að sinna ráðgjöf vegna andlegrar vanlíðunar á og eftir meðgöngu (National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

#### 3.5.1 Úrræði við fæðingarótta í meðgönguvernd

Á vef Heilsugæslunnar eru konur hvattar til umræðna í meðgönguverndinni ef þær kvíða fæðingu (Karitas Ívarsdóttir og Ragnheiður Bachmann, 2014). Árið 1999 hóf þjónustan Ljáðu mér eyra starfsemi á Landspítalanum. Þjónustan var hugsuð fyrir konur eða pör með erfiða fæðingarreynslu að baki og er enn starfrækt sem slík en hefur tekið breytingum síðan hún var stofnuð, þar sem ljósmæðurnar sem að henni standa hafa sótt námskeið og fengið fræðslu frá öðrum fagstéttum. Um 50-70 konur hafa nýtt sér þjónustuna árlega og algengt er að hver kona komi í eitt viðtal. Viðtölin byggja á virkri hlustun og tekur hvert viðtal um klukkustund. Ljósmóðir er búin að lesa fæðingarskýrslu konu fyrir viðtal en það er konan eða parið sem stjórnar því að mestu um hvað er rætt. Teymið hefur aðgang að sálfræðingum kvennadeildar fyrir konur sem þurfa frekari meðferð (Birna Ólafsdóttir o.fl., 2015). Í forprófun á spurningalista sem var hluti af stærri rannsókn á þjónustu Ljáðu mér eyra, var algengast að konur leituðu til Ljáðu mér eyra vegna slæmrar fyrri fæðingarreynslu og vegna kvíða fyrir væntanlegri fæðingu (Eva Rut Guðmundsdóttir, 2011). Konurnar voru allar fjölbyrjur. Vinna við þessa rannsókn er enn í gangi og úrvinnsla gagna stendur yfir (Valgerður Lísá Sigurðardóttir, munnleg heimild, 26. apríl 2016).

Í Svíþjóð er boðið upp á þjónustu sem sinnir konum með alvarlegan fæðingarótta. Þessi þjónusta er í formi teyma sem starfrækt eru út frá flestum fæðingardeildum, oft kennd við Aurora. Í teymunum starfa reyndar ljósmæður, sem sinna meirihluta ráðgjafarinnar, fæðingarlæknar og félagsráðgjafi. Í sumum teymanna starfar einnig geðlæknir (Waldenström o.fl., 2006a). Ljósmæður eða læknar í mæðravernd vísa konum yfirleitt þangað, oftast á síðasta þriðjungi meðgöngu. Algengt er að konur hitti teymið tvisvar til fjórum sinnum og feður koma oftast með í einhverjar af heimsóknunum. Í ráðgjöfinni felst að kennd er slökunartækni og fæðingardeild á staðnum er heimsótt. Konurnar fá einnig aðstoð við að gera fæðingarátætlun sem er hugsuð til að leiðbeina starfsfólki fæðingardeildarinnar. Þegar um möguleg læknisfræðileg inngrip ræðir, svo sem keisaraskurð, þá er fæðingarlæknir ávallt hafður með í ráðum (Waldenström, o.fl., 2006a).

Í meðgönguvernd í Finnlandi eru konur spurðar um tilfinningar sínar gagnvart væntanlegri fæðingu og vakni grunur um fæðingaróttu geta þær fengið ráðgjöf í meðgönguverndinni eða verið vísað í sérhæfða meðgönguvernd. Göngudeildir sem sinna konum með fæðingaróttu eru á flestum sjúkrahúsum í Finnlandi og þar eru konur metnar og fá einstaklingsmiðaða meðferð við fæðingaróttu. Á mörgum þessara göngudeilda er boðið upp á að konur komi eftir fæðingu til að ræða um reynslu sína (Räisänen o.fl., 2014).

### 3.5.2 Gagnsemi ráðgjafar við fæðingaróttu

Í rannsókn Waldenström og féлага (2006a) á tengslum fæðingaróttu við tíðni keisaraskurðar og upplifun af fæðingu leiddu niðurstöður í ljós að tveimur mánuðum eftir fæðingu mátu konur sem fóru í ráðgjöf vegna fæðingaróttu fæðingarreynslu sína á svipaðan hátt og konur sem höfðu ekki óttast fæðingu sína (og ekki farið í ráðgjöf). Konur sem voru haldnar fæðingaróttu en fóru ekki í ráðgjöf upplifðu fæðinguna hins vegar á neikvæðari hátt. Hjá konum sem voru haldnar fæðingaróttu og fengu ráðgjöf var tíðni keisaraskurðar hærri og telja höfundar það tilkomið vegna þess að frekar hafi verið reynt að koma til móts við óskir kvennanna en að lækka tíðni keisaraskurðar (Waldenström, o.fl., 2006a).

Þegar gögn 353 kvenna í Svíþjóð, sem greindar voru með alvarlegan fæðingaróttu og höfðu farið í ráðgjöf vegna þess, voru skoðuð var tíðni bæði valkeisaraskurðar og bráðakeisaraskurðar hærri en í viðmiðunarhópi. Tíðni mænurótardeyfingar var hærri meðal kvenna með fæðingaróttu en í viðmiðunarhópnum (58,3% á móti 26,7%) (Sydsjö o.fl., 2012). Þá var tíðni gangsetningar einnig hærri meðal kvenna með fæðingaróttu. Ekki reyndist vera munur á tíðni fæðinga um leggöng eða með valkeisaraskurði eftir því hvort meðferð við fæðingaróttu var í höndum ljósmóður, fæðingarlæknis eða sálfræðings. Fjöldi tíma í ráðgjöf hafði heldur ekki áhrif en flestar konurnar fóru í einn eða tvo tíma, en einhverjar allt að tíu tíma (Sydsjö o.fl., 2012). Ekki reyndist vera munur milli hópanna á fylgikvillum meðgöngu eða vandamálum í eða eftir fæðingu.

Í rannsókn Ryding og féлага (2003) upplifðu konur, sem höfðu farið í gegnum ráðgjöf vegna fæðingaróttu, fæðinguna á meira ógnvekjandi hátt en konur í samanburðarhópi og sýndu einnig oftari einkenni áfallastreituröskunar. Þrátt fyrir þetta þá voru konurnar sem höfðu fengið ráðgjöf ánægðar með bæði ráðgjöfina og umönnun í fæðingu. Niðurstöður Larsson og féлага (2015) voru á sömu leið, en konur sem fengu hefðbundna ráðgjöf vegna fæðingaróttu upplifðu fæðingu á neikvæðari hátt en konur í samanburðarhópi og mældust með meiri fæðingaróttu ári eftir fæðingu þrátt fyrir að vera ánægðar með veitta ráðgjöf. Það sem kom rannsakendum þó á óvart var að nærri 8% kvenna sem töldust haldnar miklum fæðingaróttu höfðu ekki fengið ráðgjöf á meðgöngu og að nærri þriðjungur þeirra kvenna sem fengu ráðgjöf kváðust lítinn eða engan fæðingaróttu hafa haft á meðgöngunni. Þetta vakti upp spurningar um um hvornig væri staðið að tilvísunum úr meðgönguvernd í ráðgjöf vegna fæðingaróttu og hvort að kerfisbundin skimun fyrir fæðingaróttu myndi bæta úr þessu (Larsson o.fl., 2015).

Borin var saman útkoma fæðinga og ánægja með fæðingarreynsluna hjá tveimur hópum frumbyrja í Finnlandi sem fengu ólíka meðferð við alvarlegum fæðingaróttu (Rouhe o.fl., 2013). Meðferðarhópnum var skipt upp þannig að hver hópur fékk hópmeðferð hjá sálfræðingi sem hafði sérhæft sig í meðgöngutengdum vandamálum. Í hverjum hópi voru sex konur og fékk hver hópur sex tveggja

klukkustunda langa meðferðartíma frá 26. viku meðgöngu. Í hverjum meðferðartíma var fjallað um ákveðið efni, svo sem ótta, kvíða, fæðingarferlið, foreldrahlutverkið, tengslamyndun og fæðingarátætlun gerð. Í hverjum tíma var líka farið í gegnum slökunaræfingar þar sem farið var í gegnum ímyndaða fæðingu á jákvæðan hátt. Einn meðferðartíminn fór fram á fæðingardeild og fjallaði hann um verkjastillingu. Sjöundi meðferðartíminn var tveimur til þremur mánuðum eftir fæðingu og var þá meðal annars rætt um fæðingarreynsluna. Viðmiðunarhópurinn, sem einnig var haldinn miklum fæðingaróttu, fékk hefðbundna meðferð í sinni meðgönguvernd eða var vísað áfram í frekari úrræði ef þörf var talin á.

Konurnar í hópnum sem fékk hópmeðferð fæddu oftast um leggöng (87,7%) en konurnar í viðmiðunarhópnum (77,4%) og keisaraskurður að ósk móður var sjaldgæfari meðal kvennanna sem fengu hópmeðferð (12,2%) en í viðmiðunarhópnum (22,6%) (Rouhe o.fl., 2013). Aðlögun að móðurhlutverki var mæld þremur mánuðum eftir fæðingu og reyndust konurnar úr hópmeðferðinni vera með hærri stig (betri aðlögun) en konurnar í viðmiðunarhópnum. Þá upplifðu konurnar úr hópmeðferðinni fæðinguna minna ógnvekjandi en konurnar í viðmiðunarhópnum, óháð fæðingarmáta en munurinn var þó ekki tölfræðilega marktækur. Þunglyndiseinkenni seint á meðgöngu höfðu forspárgildi fyrir ógnvekjandi fæðingarupplifun og tengsl voru á milli ógnvekjandi fæðingarupplifunar og einkenna áfallastreituröskunar. Einkenni fæðingarþunglyndis voru alvarlegri meðal kvennanna í viðmiðunarhópnum en hjá þeim sem voru í hópmeðferðinni (Rouhe o.fl., 2015).

Viðhorf þeirra sem veita ráðgjöf getur haft áhrif á árangur ráðgjafar. Þannig voru starfshættir tveggja ljósmæðra sem veittu konum ráðgjöf, sem vegna fæðingaróttu óskuðu eftir keisaraskurði, bornir saman yfir tveggja ára tímabil (Halvorsen o.fl., 2010). Ljósmæðurnar höfðu báðar sérhæft sig í geðheilbrigði og töldu sig veita konum eins ráðgjöf. Starfshættir þeirra voru greindir og í ljós kom að önnur ljósmóðirin (A) vann út frá því að fæðing um leggöng væri öruggasti fæðingarmátinn, að hægt væri að vinna með tilfinningalegar hindranir og efla bjargráð konunnar. Hin ljósmóðirin (B) vann frekar út frá því að konur ættu sjálfar að ráða hvernig þær fæddu og að það ætti að styðja þær í ákvarðanatöku sinni. Þær konur sem fengu ráðgjöf hjá ljósmóður A skiptu frekar um skoðun og fæddu um leggöng. Niðurstöðurnar urðu til þess að ljósmóðir B fór að vinna á líkan hátt og ljósmóðir A og að tveimur árum liðnum var árangur ráðgjafarinnar metinn yfir annað tveggja ára tímabil. Þá var ekki greinanlegur munur á milli hópanna sem ljósmæðurnar veittu ráðgjöf (Halvorsen o.fl., 2010).

Fæðingarreynslan sjálf er talin hafa mikil áhrif á hvort konur nái að losna við fæðingaróttu. Þegar skoðað var hvað einkenndi konur sem töldust ekki lengur hafa fæðingaróttu ári eftir fæðingu þá var bakgrunnur þeirra, ráðgjöf og fæðingarmáti ekki frábrugðinn og hjá þeim konum sem enn töldust haldnar fæðingaróttu (Hildingsson o.fl., 2011). Fæðingar þeirra sem ekki voru lengur haldnar fæðingaróttu höfðu verið styttri og þær litu jákvæðari augum á sársauka en þær sem enn voru með fæðingaróttu. Þær sem voru ekki lengur haldnar fæðingaróttu voru sáttari við upplýsingagjöf í fæðingunni og fannst þær frekar hafa stjórn á líkama sínum í fæðingunni en þær sem ekki höfðu losnað við óttann.



### 3.6 Hvað geta ljósmæður gert?

Fæðingarótti getur tengst persónuleika kvenna og frekar háð þeim sem á einhvern hátt eru viðkvæmar. Því getur verið erfitt að meðhöndla fæðingaróttu með örfáum skiptum í ráðgjöf (Ryding o.fl., 2007). Það er mikilvægt fyrir frumbyrjur að hafa trú á eigin getu gagnvart fæðingu því það eykur líkur á jákvæðri upplifun af fæðingu. Þeir sem sinna konum á meðgöngu ættu að hafa það að markmiði að efla sjálfstraust kvenna gagnvart væntanlegri fæðingu og þá sérstaklega að efla bjargráð þeirra til að takast á við sársauka í fæðingu. Upplýsingar sem konur fá um fæðingu þurfa að vera nákvæmar og uppbyggjandi (Berentson-Shaw o.fl., 2009). Jokić-Begić og félagar (2014) töldu að þeir sem annist þungaðar konur með fæðingaróttu þurfi að leggja áherslu á væntingar þeirra um sársauka og kvíðanæmni. Þá þurfi einnig að taka tillit til þess að hjá frumbyrjum getur eðlislægur kvíði verið undirliggjandi þáttur í fæðingaróttu (Jokić-Begić o.fl., 2014).

Skortur á tilfinningalegum stuðningi ljósmóður í fæðingu eykur líkur á neikvæðri upplifun konu af fæðingunni og einnig hefur það neikvæð áhrif ef konu finnst hún ekki eiga þátt í ákvarðantöku í fæðingarferlinu (Waldenström, Rudman og Hildingsson, 2006b). Mikilvægt er að þess sé gætt að kona upplifi að vel sé hugsað um sig í fæðingu, að upplýsingagjöf sé fullnægjandi á öllum stigum fæðingar og eftir hana og að konu finnist hún vera örugg, því fæðingarupplifun geti verið jákvæð þrátt fyrir að vandamál komi upp (Størksen o.fl., 2013). Adams og félagar (2012) töldu að verkjastilling gæti ýtt undir jákvæða upplifun af fæðingu hjá konum sem haldnar væru fæðingaróttu og Waldenström og félagar (2006a) töldu að fyrir konu sé upplifun hennar sjálfrar af fæðingu mikilvægari en fæðingarmáti.

Það er ekki einhugur um hvaða mælitæki myndi henta til að skima fyrir fæðingaróttu í meðgönguvernd. W-DEQ spurningalistinn er þekkt og áreiðanlegt mælitæki, og hefur verið þýddur á íslensku (Lukasse o.fl., 2014), en er hugsanlega of flókinn fyrir klínískar aðstæður (Rouhe o.fl., 2009). Sjónrænn kvarði (*e. visual analog scale*, VAS), sem hefur verið notaður í rannsóknum, er talinn geta hentað til skimunar (Rouhe o.fl., 2009) og kvarði sem kallast *Fear of Birth Scale* gæti komið að gagni við að finna konur sem yrði vísað í frekara mat (Haines, Pallant, Karlström og Hildingsson, 2011). Forprófun hefur farið fram á íslenskri þýðingu mælitækisins *Childbirth Attitudes Questionnaire* (CAQ) og gáfu niðurstöður forprófunarinnar, sem var B.S. verkefni í hjúkrunarfræði, til kynna að hægt væri að nota mælitækið í skimunar- og meðferðarferli á fæðingaróttu (Edda Ýrr Einarsdóttir og Kristín Lára Ólafsdóttir, 2014).

Gagnlegt væri að finna konur í aukinni hættu á fæðingaróttu áður en þær yrðu þungaðar eða snemma á meðgöngu. Mögulega væri þá hægt að grípa inn í með úrræðum sem miða að því að minnka streitu og vanlíðan, svo sem hugrænni atferlismeðferð, lyfjameðferð og eftirfylgni (Schetter og Tanner, 2012). Þeir sem veita ráðgjöf þurfa að vera meðvitaðir um eigin viðhorf, gæta að meðvirkni gagnvart vandamálum kvenna sem haldnar eru fæðingaróttu og hafa sjálfstraust til að ögra hugmyndum þeirra til að kalla fram breytingu á hugarfari (Halvorsen o.fl., 2010).

Í samantekt Staneva og félaga (2015) á reynslu kvenna með andlega vanlíðan á meðgöngu var því lýst hvernig konurnar uppgötvuðu smám saman nýja sjálfsmynd sem mæður. Það ferli reyndi á konurnar sem upplifðu yfirþyrmandi ábyrgð auk þess að hafa áhyggjur af væntanlegri fæðingu og heilbrigði barnsins. Konurnar þurftu að endurskilgreina eigin þarfir og taka tillit til þarfa ófædda barnsins. Að lokum

endurheimtu þær stjórn og fundu sjálfar sig á ný. Í þessu ferli var mikilvægt fyrir konurnar að fá hjálp og stuðning frá fjölskyldu, vinum og heilbrigðisstarfsfólki og það hafði mikla þýðingu fyrir þær að finna að þeim væri sýndur skilningur og að þær væru ekki dæmdar (Staneva o.fl., 2015).

## 4 Umræður

Markmið þessarar fræðilegu samantektar var að skoða eðli fæðingaróttá, tíðni, afleiðingar og úrræði, ásamt því að setja hann í samhengi við andlega vanlíðan á meðgöngu. Breytingar á meðgöngu geta haft bæði eftirvæntingu og áhyggjur í för með sér (Öhman o.fl., 2003). Áhyggjur kvenna geta beinst að þáttum sem snúa að meðgöngu, fæðingu og sængurlegu (Bayrampour o.fl., 2016) en algengast er að áhyggjur kvenna snúi að heilbrigði barnsins og fæðingunni (Bayrampour o.fl., 2016; Green o.fl., 2003; Petersen o.fl., 2009; Öhman o.fl., 2003). Erfitt getur þó reynst að greina hvenær áhyggjur eru í raun kvíði (Green o.fl., 2003).

Bandura (1977) lýsti trú á eigin getu sem þeirri trú sem einstaklingur hefur á sjálfum sér til að ráða við ákveðnar aðstæður. Lowe (2000) taldi að þó að framfarir í læknisfræði hefðu aukið öryggi fæðinga þá hefðu hugmyndir vestrænna kvenna um eðlilega fæðingu að sama skapi fjarlægst og trú þeirra á eigin getu til að fæða börn minnkað. Í rannsókn Christiaens og félaga (2008) höfðu væntingar kvenna gagnvart fæðingu sterkt forspárgildi fyrir upplifun af henni, þannig að neikvæðar væntingar gagnvart fæðingu juku líkur á neikvæðri upplifun. Konur sem höfðu litla trú á eigin getu voru líklegri til að uppfylla skilyrði alvarlegs fæðingaróttá en þær sem höfðu mikla trú á eigin getu í rannsókn Salomonsson og félaga (2013).

Í nýlegum rannsóknum hefur verið leitast við að svara því hvort hægt sé að aðgreina kvíða á meðgöngu frá almennri kvíðaröskun sem sjálfstætt hugtak og bentu niðurstöður til þess að svo væri (Bayrampour o.fl., 2016; Blackmore o.fl., 2016). Kvíða á meðgöngu var lýst sem áhyggjum eða vanlíðan sem tengdist þunguninni og bentu rannsóknarniðurstöður Blackmore og félaga (Blackmore o.fl., 2016) til þess að kvíði á meðgöngu hefði forspárgildi gagnvart fæðingarþyngd, meðgöngulengd og andlegri líðan eftir fæðingu. Ekki er óeðlilegt að barnshafandi konur hugsu um fæðinguna sem framundan er en þegar hugsanirnar eru farnar að hafa neikvæð áhrif á daglegt líf er mögulegt að fæðingarótti sé til staðar (Saisto og Halmesmäki, 2003).

Það hefur reynst rannsakendum erfitt að skilgreina, mæla og skilja fæðingaróttá. Í þessari samantekt var tíðni fæðingaróttá mismunandi á milli rannsókna, eða á bilinu 2,4-20,8% (Laursen o.fl., 2009; Lukasse o.fl., 2014; Nordeng o.fl., 2012; Räisänen o.fl., 2014; Rouhe o.fl., 2009; Salomonsson o.fl., 2013; Størksen o.fl., 2012; Størksen o.fl., 2013; Sydsjö o.fl., 2012; Zar o.fl., 2002). Tíðni fæðingaróttá á Íslandi var 7,6% hjá fjölbyrjum og 9,6% hjá frumbyrjum á árunum 2008-2010 (Lukasse o.fl., 2014).

Saisto og Halmesmäki (2003) lýstu fæðingaróttá sem kvíðaröskun eða jafnvel sem fælmi við fæðingar, eftir því á hve háu stigi óttinn væri og að ein birtingarmynd fæðingaróttá gæti verið ósk konu um keisaraskurð. Rannsóknir á því hvað einkennir konur sem eru haldnar fæðingaróttá hafa leitt til misvísandi niðurstaðna (Sydsjö o.fl., 2012) og ljóst er að ástæður fæðingaróttá eru ekki að fullu ljósar (Størksen o.fl., 2012). Í rannsókn Størksen og félaga (2012) kom fram að samspil virtist vera á milli kvíða, þunglyndis og fæðingaróttá en ekki var hægt að fullyrða að konur með fæðingaróttá væru almennt kvíðnar eða þunglyndar, eða að kvíðnar og þunglyndar konur væru almennt með fæðingaróttá.

Sterk tengsl milli þunglyndiseinkenna, erfiðra lífsviðburða og áfallastreituröskunar við fæðingaróttá komu fram í rannsókn Lukasse og félaga (2014) og fjölmörgum rannsóknum bar saman um að fæðingarótti virðist vera algengari meðal frumbyrja en fjölbyrja (Christiaens o.fl., 2011; Jokić-Begić o.fl.,

2014; Lukasse o.fl., 2014; Nordeng o.fl., 2012; Størksen o.fl., 2012; Størksen o.fl., 2013; Sydsjö o.fl., 2012; Söderquist o.fl., 2004). Í rannsókn Lukasse og félaganna (2010) jók saga um andlegt, líkamlegt eða kynferðislegt ofbeldi líkurnar á fæðingaróttu meðal frumbyrja og fjölbyrjur með erfiða fæðingarreynslu að baki voru fimm sinnum líklegri til að þjást af alvarlegum fæðingaróttu.

Niðurstöður rannsókna bentu til þess að konur með fæðingaróttu væru lengur að fæða en konur sem væru ekki með fæðingaróttu (Adams o.fl., 2012; Sydsjö o.fl., 2013) og tengsl virtust vera á milli fæðingaróttu og hægs eða teppts framgangs í fæðingu (Laursen o.fl., 2009). Samkvæmt Adams og félögum (2012) voru áhaldafæðingar algengari meðal kvenna með fæðingaróttu en án og rannsóknir sýndu hærri tíðni keisaraskurðar meðal kvenna sem haldnar voru fæðingaróttu (Laursen o.fl., 2009; Räisänen o.fl., 2014; Sydsjö o.fl., 2013; Waldenström o.fl., 2006a) og í rannsókn Adams og félaganna (2012) var tíðni bráðakeisaraskurðar hærri meðal kvenna sem óttuðust fæðingu en hjá þeim sem óttuðust hana ekki.

Á Íslandi er ekki skimað fyrir fæðingaróttu eða kvíða í meðgönguvernd en spyrja á konur um sögu um geðræn vandamál og skima fyrir hugsanlegu þunglyndi í fyrstu komu til ljósmóður (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2010). Konur eru hvattar til umræðna í meðgönguverndinni ef þær kvíða fæðingu (Karitas Ívarsdóttir og Ragnheiður Bachmann, 2014). Þjónustan Ljáðu mér eyra sem starfrækt er á Landspítalanum er hugsuð fyrir konur eða þör með erfiða fæðingarreynslu að baki. Þangað leita 50-70 konur árlega (Birna Ólafsdóttir o.fl., 2015). Í forprófun á spurningalista, sem var hluti af stærri rannsókn á þjónustu Ljáðu mér eyra, var algengast að konur leituðu til Ljáðu mér eyra vegna slæmrar fyrri fæðingarreynslu og vegna kvíða fyrir væntanlegri fæðingu (Eva Rut Guðmundsdóttir, 2011).

Konur með alvarlegan fæðingaróttu í Svíþjóð og Finnlandi hafa aðgang að þjónustu sem veitt er frá flestum fæðingardeildum (Räisänen o.fl., 2014; Waldenström o.fl., 2006a). Spurningar vöknudu í rannsókn Larsson og félaganna (2015) um hvernig væri staðið að tilvísunum úr meðgönguvernd í slíka ráðgjöf vegna fæðingaróttu og hvort heppilegt væri að skima kerfisbundið fyrir fæðingaróttu í meðgönguvernd. Ekki er þó hægt að fullyrða um hvaða mælitæki myndi henta best til þess (Haines o.fl., 2011; Rouhe o.fl., 2009) en forprófun hefur farið fram á íslenskri þýðingu mælitækisins *Childbirth Attitudes Questionnaire* (CAQ) og bentu niðurstöður forprófunarinnar til þess að hægt væri að nota mælitækið í skimunar- og meðferðarferli á fæðingaróttu (Edda Ýrr Einarsdóttir og Kristín Lára Ólafsdóttir, 2014).

Mat á árangri af ráðgjöf við fæðingaróttu gaf misvísandi niðurstöður, konur upplifðu fæðinguna jafnvel meira ógnvekjandi eftir ráðgjöf en konur í samanburðarhópi en voru á sama tíma ánægðar með ráðgjöfina sem var veitt (Larsson o.fl., 2015; Ryding o.fl., 2003). Niðurstöður rannsóknar Waldenström og félaganna (2006a) leiddu hins vegar í ljós að tveimur mánuðum eftir fæðingu mátu konur sem fóru í ráðgjöf vegna fæðingaróttu fæðingarreynslu sína á svipaðan hátt og konur sem höfðu ekki óttast fæðingu sína (og ekki farið í ráðgjöf) á meðan konur sem fóru ekki í ráðgjöf upplifðu fæðinguna á neikvæðari hátt. Í rannsókn Sydsjö og félaganna (2012) var tíðni keisaraskurðar, mænurótardeyfingar og gangsetninga hærri meðal kvenna með alvarlegan fæðingaróttu, sem höfðu fengið ráðgjöf, en í viðmiðunarhópi.

Þegar borin voru saman ólík meðferðarúrræði við fæðingaróttu hjá tveimur hópum frumbyrja í Finnlandi kom sex skipta hópmeðferð hjá sérhæfðum sálfræðingi betur út en hefðbundin meðferð.

Konurnar sem fengu hópmeðferð fæddu oftast um leggöng en konurnar í viðmiðunarhópnum og keisaraskurður að ósk móður var sjaldgæfari meðal þeirra (Rouhe o.fl., 2013). Starfshættir tveggja ljósmæðra sem sinntu konum sem vegna fæðingaróttu óskuðu eftir keisaraskurði voru bornir saman. Ljósmæðurnar, sem töldu sig veita samskonar ráðgjöf, höfðu mismunandi áhrif á konurnar og önnur þeirra hafði þau áhrif að konur sem voru hjá henni skiptu frekar um skoðun og fæddu um leggöng en konur sem voru í ráðgjöf hjá hinni ljósmóðurinni. Munurinn virtist liggja í ólíkum viðhorfum ljósmæðranna og hvernig þær nálguðust konurnar (Halvorsen o.fl., 2010).

Upplifun konu af fæðingu virðist þó hafa meiri áhrif en læknisfræðileg vandamál sem tengjast fæðingunni eða fæðingarmáti (Størksen o.fl., 2013; Waldenström o.fl., 2006a) og fæðingarreynslan sjálf er talin hafa mikil áhrif á hvort konur nái að losna við fæðingaróttu (Hildingsson o.fl., 2011). Því er mikilvægt að kona upplifi að vel sé hugsað um sig í fæðingu, að upplýsingagjöf sé fullnægjandi í og eftir fæðingu og að kona upplifi sig örugga, þrátt fyrir að vandamál komi upp (Størksen o.fl., 2013).

Ef hægt væri að finna konur í aukinni hættu á fæðingaróttu snemma á meðgöngu eða jafnvel áður en þær yrðu þungaðar væri hugsanlega hægt að grípa inn í með úrræðum sem miðuðu að því að minnka vanlíðan þeirra (Schetter og Tanner, 2012). Þeir sem veita ráðgjöf þurfa að gæta þess að láta ekki eigin viðhorf hafa áhrif á meðferð við fæðingaróttu og hafa sjálfstraust til að ögra hugmyndum kvenna svo hægt sé að kalla fram breytingu á hugarfari þeirra (Halvorsen o.fl., 2010). Þeir sem sinna konum á meðgöngu ættu að hafa það að markmiði að efla sjálfstraust kvenna gagnvart væntanlegri fæðingu og sérstaklega efla bjargráð þeirra til að takast á við sársauka. Upplýsingar sem konur fá um fæðingu þurfa auk þess að vera nákvæmar og uppbyggjandi (Berentson-Shaw o.fl., 2009). Í samantekt á reynslu kvenna með andlega vanlíðan á meðgöngu kom fram að það var konunum mikilvægt að fá hjálp og stuðning frá fjölskyldu, vinum og heilbrigðisstarfsfólki og að finna að þær væru ekki dæmdar (Staneva o.fl., 2015).

## Ályktanir

Ljóst er að fæðingarótti er margslungið fyrirbæri og ástæður hans geta verið fjölbættar. Þar sem fæðingarótti og vanlíðan á meðgöngu geta haft afleiðingar í för með sér fyrir bæði móður og barn væri áhugavert að skoða nánar rannsóknir um ávinning af kerfisbundinni skimun fyrir fæðingaróttu og kvíða í meðgönguvernd. Til þess að kerfisbundin skimun hafi tilgang þurfa úrræði að vera í boði fyrir konur sem greinast með fæðingaróttu. Þar sem niðurstöður rannsókna á gagnsemi meðferðarúrræða hafa gefið mismunandi niðurstöður þyrfti hugsanlega að greina hvaða úrræði hafa reynst vel og þróa þjónustu með hliðsjón af því, ef til vill á grunni þeirrar þjónustu sem fyrir er. Óháð því hvort fæðingarótti eða önnur vanlíðan er til staðar eða ekki hjá barnshafandi konum ættu ljósmæður að hafa það að leiðarljósi að efla trú kvenna á sjálfum sér, tryggja fullnægjandi og uppbyggjandi upplýsingagjöf, ásamt því að hafa konur með í ákvarðanatöku sem snýr að þeim og börnum þeirra. Þannig aukast líkur á því að konur upplifi sig öruggar og við stjórn í aðstæðum sem geta verið framandi og jafnvel ógnvekjandi. Að gera fræðilega samantekt um fæðingaróttu var í senn áhugavert og krefjandi. Mörgum spurningum var svarað en fleiri spurningar vöknudu sem stærð verkefnisins gaf ekki svigrúm til að svara. Þessi vinna vakti áhuga höfundar á að skoða viðfangsefnið nánar, sérstaklega með tilliti til meðferðarúrræða.

## Heimildaskrá

- Adams, S. S., Eberhard-Gran, M. og Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(10), 1238-1246. doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bayrampour, H., Ali, E., McNeil, D. A., Benzies, K., MacQueen, G. og Tough, S. (2016). Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 115-130. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.023
- Berentson-Shaw, J., Scott, K. M. og Jose, P. E. (2009). Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 357-373. doi:10.1080/02646830903190888
- Birna Ólafsdóttir, Guðlaug Pálsdóttir, Hrafnhildur Ólafsdóttir, Jóhanna V. Hauksdóttir og Valgerður Lísa Sigurðardóttir, (2015). Ljáðu mér eyra 15 ára – Litið um öxl. *Ljósmaðrablaðið*, 93(2), 28-29.
- Blackmore, E. R., Gustafsson, H., Gilchrist, M., Wyman, C. og G O'Connor, T. (2016). Pregnancy-related anxiety: Evidence of distinct clinical significance from a prospective longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 197, 251-258. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.008
- Christiaens, W., Van De Velde, S. og Bracke, P. (2011). Pregnant Women's Fear of Childbirth in Midwife- and Obstetrician-Led Care in Belgium and the Netherlands: Test of the Medicalization Hypothesis. *Women & Health*, 51(3), 220-239. doi:10.1080/03630242.2011.560999
- Christiaens, W., Verhaeghe, M. og Bracke, P. (2008). Childbirth expectations and experiences in Belgian and Dutch models of maternity care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(4), 309-322.
- Edda Ýrr Einarsdóttir og Kristín Lára Ólafsdóttir. (2014). *Fæðingarótti barnshafandi kvenna: Forprófun á íslenskri þýðingu mælitækisins CAQ (Childbirth Attitudes Questionnaire)*. Óbirt B.S. ritgerð: Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild. <http://hdl.handle.net/1946/18326>
- Eva Rut Guðmundsdóttir. (2011). *Ljáðu mér eyra - mat á þjónustu. Forprófun spurningalista*. Óbirt lokaverkefni til embættisprófs í ljósmóðurfraeði. Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild. <http://hdl.handle.net/1946/8793>
- Green, J. M., Kafetsios, K., Statham, H. E. og Snowdon, C. M. (2003). Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population. *Journal of health psychology*, 8(6), 753-764.
- Haines, H., Pallant, J. F., Karlström, A. og Hildingsson, I. (2011). Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*, 27(4), 560-567. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.004
- Halvorsen, L., Nerum, H., Sørli, T. og Øian, P. (2010). Does counsellor's attitude influence change in a request for a caesarean in women with fear of birth? *Midwifery*, 26(1), 45-52.
- Hildingsson, I., Nilsson, C., Karlström, A. og Lundgren, I. (2011). A Longitudinal Survey of Childbirth-Related Fear and Associated Factors. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 40(5), 532-543.
- Hildur Kristjánsdóttir, Jóna Dóra Kristinsdóttir, Anna Björg Aradóttir, Arnar Hauksson, Helga Gottfreðsdóttir, Rúnar Reynisson, ... og Þóra Steingrimsdóttir. (2010). Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu. Klínískar leiðbeiningar. Landlæknisembættið. Sótt 20. apríl 2016 af: <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2548/4407.pdf>

- Jokić-Begić, N., Zigić, L. og Nakić, R. S. (2014). Anxiety and anxiety sensitivity as predictors of fear of childbirth: different patterns for nulliparous and parous women. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 35(1), 22.
- Karitas Ívarsdóttir og Ragnheiður Bachmann, (2014). *Fæðingarkvíði*. Heilsugæslan, sótt 20. apríl 2016 af <https://www.heilsugaeslan.is/fraedsla/medganga-og-faeding/andleg-lidan/faedingarkvidi/>
- Larsson, B., Karlström, A., Rubertsson, C. og Hildingsson, I. (2015). The effects of counseling on fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94(6), 629-636. doi:10.1111/aogs.12634
- Laursen, M., Johansen, C. og Hedegaard, M. (2009). Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(10), 1350-1355. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02250.x
- Lowe, N. K. (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21(4), 219-224.
- Lukasse, M., Schei, B. og Ryding, E. L. (2014). Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(3), 99-106. doi:10.1016/j.srhc.2014.06.007
- Lukasse, M., Vangen, S., Øian, P., Kumle, M., Ryding, E. L. og Schei, B. (2010). Childhood Abuse and Fear of Childbirth—A Population-based Study. *Birth*, 37(4), 267-274.
- National Institute for Health and Care Excellence 2014. *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance, 2014*. Sótt 19. apríl 2016 af: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/1-recommendations#recognising-mental-health-problems-in-pregnancy-and-the-postnatal-period-and-referral-2>
- Nordeng, H., Hansen, C., Garthus-Niegel, S. og Eberhard-Gran, M. (2012). Fear of childbirth, mental health, and medication use during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 15(3), 203-209. doi:10.1007/s00737-012-0278-y
- Petersen, J. J., Paulitsch, M. A., Guethlin, C., Gensichen, J. og Jahn, A. (2009). A survey on worries of pregnant women--testing the German version of the Cambridge worry scale. *BMC Public Health*, 9, 490. doi:10.1186/1471-2458-9-490
- Räisänen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R. og Heinonen, S. (2014). Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997–2010. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(8), 965-970. doi:10.1111/1471-0528.12599
- Rallis, S., Skouteris, H., McCabe, M. og Milgrom, J. (2014). A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. *Women and Birth*, 27(4), e36-e42. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2014.08.002
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., Ryding, E. L. og Saisto, T. (2015). Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience—a randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 36(1), 1-9.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmäki, E. og Saisto, T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(1), 67-73.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E. og Saisto, T. (2013). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women—randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(1), 75-84.
- Ryding, E. L., Persson, A., Onell, C. og Kvist, L. (2003). An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(1), 10-17.



- Ryding, E., Wijma, B., Wijma, K., og Rydhström, H. (1998). Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 77(5), 542-547.
- Ryding, E. L., Wirfelt, E. V. A., Wängborg, I.-B., Sjögren, B. og Edman, G. (2007). Personality and fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86(7), 814-820. doi:10.1080/00016340701415079
- Saisto, T. og Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201-208.
- Salomonsson, B., Gullberg, M. T., Alehagen, S. og Wijma, K. (2013). Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 34(3), 116-121.
- Schetter, C. D. og Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141.
- Serçekuş, P. og Okumuş, H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*, 25(2), 155-162. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2007.02.005
- Staneva, A. A., Bogossian, F. og Wittkowski, A. (2015). The experience of psychological distress, depression, and anxiety during pregnancy: A meta-synthesis of qualitative research. *Midwifery*, 31(6), 563-573. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.015
- Statham, H., Green, J. M. og Kafetsios, K. (1997). Who worries that something might be wrong with the baby? A prospective study of 1072 pregnant women. *Birth*, 24(4), 223-233.
- Stoll, K. og Hall, W. (2013). Vicarious birth experiences and childbirth fear: does it matter how young canadian women learn about birth? *The Journal of perinatal education*, 22(4), 226.
- Størksen, H. T., Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S. og Eskild, A. (2012). Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(2), 237-242. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01323.x
- Størksen, H. T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S. og Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(3), 318-324. doi:10.1111/aogs.12072
- Sydsjö, G., Angerbjörn, L., Palmquist, S., Bladh, M., Sydsjö, A. og Josefsson, A. N. N. (2013). Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(2), 210-214. doi:10.1111/aogs.12034
- Sydsjö, G., Sydsjö, A., Gunnervik, C., Bladh, M. og Josefsson, A. N. N. (2012). Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(1), 44-49. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01242.x
- Söderquist, J., Wijma, K. og Wijma, B. (2004). Traumatic stress in late pregnancy. *Journal of anxiety disorders*, 18(2), 127-142.
- Waldenström, U., Hildingsson, I. og Ryding, E. L. (2006a). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(6), 638-646. doi:10.1111/j.1471-0528.2006.00950.x
- Waldenström, U., Rudman, A. og Hildingsson, I. (2006b). Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(5), 551-560.
- Wijma, K., Wijma, B. og Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 19(2), 84-97.

Zar, M., Wijma, K. og Wijma, B. (2002). Relations between anxiety disorders and fear of childbirth during late pregnancy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), 122-130.

Öhman, S. G., Grunewald, C. og Waldenström, U. (2003). Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 148-152.