



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

ETT KOMPLEXT VÅRDANDE

Barnmorskors upplevelser av att vårda kvinnor med
förlossningsrädsla på barnmorskemottagning

Linn Loft & Maja Holmstedt

Uppsats/Examensarbete: Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa 15 hp

Program och/eller kurs: RPH100

Nivå: Magisternivå

Termin/år: HT 2019

Handledare: Anna Wessberg & Elisabeth Jangsten

Titel svensk ETT KOMPLEXT VÅRDANDE
Barnmorskors upplevelser av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla på
barnmorskemottagning

Titel engelsk: A COMPLEX CARING
Midwives' experiences of caring for women with fear of childbirth at
maternal healthcare services

Examensarbete: Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa 15 hp

Kurs: RPH100

Nivå: Magisternivå

Termin/år: Hösttermin 2019

Handledare: Anna Wessberg och Elisabeth Jangsten

Examinator: Marie Berg

Nyckelord: Förlossningsrädsla, Barnmorskors vård, Stöd, Barnmorskors upplevelser,
Barnmorskemottagning

Sammanfattning

Bakgrund: Antalet kvinnor med förlossningsrädsla ökar i samhället. Kvinnor blir vårdade av barnmorskor på barnmorskemottagning under graviditeten. Det finns studier som undersöker kvinnors upplevelser av förlossningsrädsla, men det är begränsat med forskning gällande barnmorskors upplevelser av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla vilket kan vara av betydelse för den framtida utvecklingen av vården och arbetsmiljön för barnmorskor.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva barnmorskors upplevelser av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla på barnmorskemottagning.

Metod: Semistrukturerade individuella intervjuer med sju barnmorskor från tre barnmorskemottagningar utfördes. De transkriberade intervjuerna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Barnmorskornas upplevelser av att vårda förlossningsrädda kvinnor beskrivs i tre kategorier: *ett vårdande som väcker känslor, förutsättningar som försvårar att vårda och förutsättningar som främjar att vårda*. Kategorierna utformades utifrån åtta underkategorier: *ett vemodigt vårdande, ett stärkande vårdande, de bristande resurserna, omgivningens påverkan, den svårvårdade kvinnan, stöd och samarbete, organisatoriska faktorer och personliga faktorer*.

Slutsats: Barnmorskorna upplevde känslomässig påverkan av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla och både främjande och försvårande faktorer i vården. De främjande faktorerna var kollegialt stöd, riktlinjer och promemoria samt yrkesmässig erfarenhet. De faktorer som försvårade vården var brist på resurser, omgivningens påverkan i form av media och anhöriga samt de kvinnor som inte medverkar i vården. Resultatet bidrar till en ökad förståelse för barnmorskors upplevelser av att vårda förlossningsrädda kvinnor vilket kan

användas i den fortsatta utvecklingen av vården och arbetsmiljön för barnmorskor på barnmorskemottagning.

Nyckelord: Förlossningsrädsla, Barnmorskors vård, Stöd, Barnmorskors upplevelse, Barnmorskemottagning

Abstract

Background: The number of women with fear of childbirth is increasing in society. These women are often cared for by midwives at maternal healthcare services during pregnancy. There are studies that examine women's experiences of fear of childbirth but research on midwives experiences of caring for the patients is very limited, which may be important for the future development of care and working environment for midwives.

Aim: The aim of this study was to describe midwives' experiences of caring for women with fear of childbirth at maternal healthcare services.

Method: Individual semi-structured interviews with seven midwives at three maternal healthcare centers were conducted. The transcribed interviews were analyzed by content analysis.

Result: The results are presented as three categories: *a care meeting that evokes emotions, conditions that make it difficult to care and conditions that encourage caring*. The categories were designed on the basis of eight subcategories: *a melancholy care meeting, a strengthening care meeting, the lack of resources, the impact of the environment, the difficult woman, support and cooperation, organizational factors and personal factors*. The categories reflect the midwives' experiences of caring for women with fear of childbirth as well as the factors they experience affect their care.

Conclusion: Midwives experienced that it emotionally affected them to care for women with fear of childbirth and that there are both factors that encourage and factors that make caring more difficult. The encouraged factors were collegial support, guidelines, promemoria and professional experience. The factors that made caring more difficult were lack of resources, the influence of the environment in the form of media and relatives, and the women who did not participate in the care. The result contributes to an increased understanding of midwives' experiences of caring for women with fear of childbirth which can be used in the continued development of caring and the working environment for midwives at maternal healthcare services.

Key words: Fear of childbirth, Midwives' caring, Support, Midwives' experience, Maternal healthcare services

Förord

Vi vill tacka enhetscheferna på barnmorskemottagningarna i Göteborg och Södra Bohuslän som tillät oss utföra intervjuerna. Vi vill även rikta stort tack till de barnmorskor som tog sig tid och delade med sig av sina viktiga upplevelser. Ett stort varmt tack till vår handledare Elisabeth Jangsten och dina värdefulla synpunkter på vårt arbete. Även ett hjärtligt tack till vår handledare Anna Wessberg för ditt engagemang i uppstarten av vår uppsats.

Göteborg, December 2019

Linn Loft & Maja Holmstedt

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| Inledning..... | 1 |
| Bakgrund | 1 |
| Barnmorskans kompetensområde..... | 1 |
| Barnmorskan ur historiskt perspektiv | 1 |
| Barnmorskan idag | 2 |
| Förlossningsrädsla | 2 |
| Definitionen av förlossningsrädsla | 3 |
| Förlossningsrädsla ur kvinnans perspektiv | 4 |
| Mödrahälsovård av förlossningsrädda kvinnor | 5 |
| Särskild mottagning för förlossningsrädda kvinnor | 7 |
| Teoretisk referensram | 7 |
| Problemformulering | 9 |
| Syfte | 9 |
| Metod | 9 |
| Urval | 9 |
| Datainsamling | 10 |
| Analys..... | 10 |
| Tabell 1. Exempel på analysprocess från domän <i>upplevda hinder</i> | 11 |
| Forskningsetik | 11 |
| Förförståelse | 12 |
| Resultat..... | 14 |
| Tabell 2. Översikt av resultat | 14 |
| Ett vårdande som väcker känslor..... | 14 |
| Ett vemodigt vårdande | 15 |
| Ett stärkande vårdande | 15 |
| Förutsättningar som försvårar att vårda..... | 16 |
| De bristande resurserna..... | 16 |
| Omgivningens påverkan | 16 |
| Den svårvårdade kvinnan..... | 17 |
| Förutsättningar som främjar att vårda | 18 |

| | |
|--|----|
| Stöd och samarbete | 18 |
| Organisatoriska faktorer..... | 19 |
| Personliga faktorer | 19 |
| Diskussion | 21 |
| Metoddiskussion..... | 21 |
| Resultatdiskussion | 22 |
| Ett vårdande som väcker känslor | 23 |
| Förutsättningar som försvårar att vårda | 23 |
| Förutsättningar som främjar att vårda..... | 25 |
| Slutsats | 27 |
| Förslag till vidare forskning | 27 |
| Praktiska implikationer..... | 27 |
| Referenslista | 28 |
| Bilaga 1 Information om förfrågan om deltagande i studie | |
| Bilaga 2 Intervjufrågor | |

Inledning

Att känna oro och rädsla inför en förlossning är vanligt och samtidigt rationellt eftersom en förlossning är naturligt oförutsägbar och ofta smärtsam. Majoriteten av gravida kvinnor kan hantera och övervinna sin förlossningsrädsla. För vissa blir rädslan och ångesten svår och antalet kvinnor som uttrycker förlossningsrädsla och önskan om kejsarsnitt har ökat de sista åren. En särskild mottagning för förlossningsrädda kvinnor finns i många delar av landet men har begränsade resurser och möjligheten att vårda alla saknas. Forskning om hur barnmorskan upplever att vårda en förlossningsrädd kvinna är bristfällig men den forskning som finns tyder på en upplevelse av tidsbrist och emotionell påfrestning. En barnmorska yrkesverksam på barnmorskemottagning att vårda förlossningsrädda kvinnor. Det är därför av intresse att undersöka barnmorskors upplevelser av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla på barnmorskemottagning.

Bakgrund

Barnmorskans kompetensområde

Barnmorskan ur historiskt perspektiv

Historiskt beskrivs barnmorskan redan 2500 f.Kr. som en *vägledare* till den självständigt födande kvinnan. Barnmorskan nämns också i texter från det antika Grekland som *maia* vilket betyder *gudarnas budbärare* (Lundgren, 2016). Barnmorskor och *hjälpkvinnor* som kan jämföras med nutidens doula kom under medeltiden i konflikt med kyrkan och dess präster som krävde total kontroll av samhället. Konflikten ledde till att barnmorskor förföljdes och avrättades under häxprocessen (Höjeberg, 2011). Kunskaper om hur barnmorskor förr förlöste saknas och det finns enbart få noteringar om hur de tillkallade dåtidens läkare kallade *shamaner* eller *hippocratic healers* vid komplicerade förlossningar (King, 1998). På 1600-talet gjorde naturvetenskapen intåg och påbörjade utvecklingen av den medicinska förlossningskonsten och läroböcker skrivna av barnmorskor författades (Höjeberg, 2000). I dagens tolkning av böckerna framkommer det att barnmorskan endast skall observera och lyssna till den födande kvinnan. Redan i 1600-talets skrivelser understryks vikten av en trygg relation, sympati och medkänsla mellan barnmorskan och den födande kvinnan. I mitten av 1800-talet fanns det barnmorskeutbildning i två städer, Göteborg och Stockholm, och utbildade barnmorskor fanns spridd över hela landet. Det är inte förrän de senaste åren som kvinnors rädsla inför sin förlossning har lyfts fram (Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren, 2009). Barnmorskor på barnmorskemottagning uppmärksammade förlossningsrädsla på 1980-talet då de ansåg att förlossningsrädda kvinnor hade behov av utökat stöd och bättre omhändertagande (SFOG, 2004). Areskog, Uddenberg och Kjessler (1981) menade att 6,0 % av kvinnor i sen graviditet led av förlossningsrädsla i början av årtiondet. Sedan dess har

antalet kvinnor med förlossningsrädsla ökat (Ryding, Wijma & Wijma, 1998; Nieminen, Stephansson & Ryding, 2009).

Barnmorskan idag

Idag har barnmorskor i Sverige reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa som huvudsakliga kunskapsområden vilket innefattar kunskap om hälsofrämjande insatser, förebyggande hälso- och sjukvård samt vårdande och behandlande arbete. Barnmorska är en yrkesskyddad titel och efter examen erhålls en yrkeslegitimation (Svenska barnmorskeförbundet, 2019). I kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska (2018) finns rekommendationer avseende kunskap, färdighet, förmåga och förhållningssätt för legitimerad barnmorska beskrivet vilken innefattar att identifiera och handlägga förlossningsrädsla. Barnmorskan är ofta den som uppmärksammar kvinnor med förlossningsrädsla och initierar den aktuella handläggningen samt utför ett förebyggande arbete (Alehagen, 2016). Hon har kunskap att identifiera, bedöma och ge stöd vid förlossningsrädsla (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). Hälso- och sjukvårdslagen som barnmorskor arbetar under har som mål att alla har rätt till en god hälsa, skall erhålla vård på lika villkor och vården skall baseras på respekt för alla människor där all typ av ohälsa skall förebyggas (SFS, 2017).

Barnmorskans arbete grundar sig på den internationella etiska koden för barnmorskor (1999), globalt kallad International Confederation of Midwives (2014). Koden syftar till att kvinnor ska erkännas som personer med mänskliga rättigheter, söker rättvisa och likabehandling för alla människor vad gäller tillgång till vård. Den är baserad på ömsesidig respekt, tillit och alla människors lika värde. Koden är uppdelad i fyra områden vilka är *barnmorskors professionella relation, barnmorskors verksamhetsområde, barnmorskors professionella ansvar och utveckling av barnmorskans kunskaps- och arbetsområde*.

Förlossningsrädsla

Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv beskrivs förlossningsrädsla som något allvarligt vilket kan störa kvinnors inre balans och genomförandet av ett så essentiellt livsprojekt som att föda barn (Dahlberg & Segersten, 2010). Orsaken till förlossningsrädsla varierar men forskning tyder på att det grundar sig i kvinnors upplevelse av ensamhet och utsatthet under förlossningen samt en inre konflikt där de ifrågasätter om de kommer att klara av att genomföra en förlossning (Nilsson & Lundgren, 2009). Riskfaktorer för utvecklade förlossningsrädsla anses vara stress, ångestbenägenhet, bristande socialt stöd, dålig relation med partnern, förhöjt kontrollbehov, ökad smärtekänslighet, tidigare traumatisk förlossning och anamnes på sexuella övergrepp (Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, & Halmesmäki, 2001; Ryding, Wirfelt, Wängborg, Sjögren & Edman, 2007; Lukasse, Vangen, Øian, Kumle, Ryding & Schei 2010; Dencker, Nilsson, Begley, Jangsten, Mollberg, Patel, Wigert, Hessman, Sjöblom & Sparud-Lundin, 2019).

Definitionen av förlossningsrädsla

Definitionen av förlossningsrädsla är ett tillstånd av rädsla inför, under eller efter förlossning som skapar psykiskt ohälsa vilket stör kvinnans vardag och funktioner samt skapar en rädsla för att bli gravid eller föda vaginalt (Ryding & Sundell, 2004).

Förlossningsrädsla identifieras enligt primär och sekundär.

Primär förlossningsrädsla

Primär förlossningsrädsla kan finnas redan före första graviditeten och hos kvinnor som inte tidigare genomgått en förlossning. Orsaken bakom förlossningsrädslan kan variera men 14,6 % av svenska förstföderskor lider av primär förlossningsrädsla (Lukasse, Schei & Ryding, 2014). Rädslan kan förklaras genom de ofta negativa upplevelserna av graviditet och förlossning som belysts i media och sociala nätverk (Hofberg & Ward, 2003). Majoriteten som lider är unga kvinnor som vittnar om att media till stor del ligger bakom deras förlossningsrädsla (Stoll, Hall, Janssen & Carty, 2014). Sexuella övergrepp eller andra trauman tidigare i livet kan också ligga som grund till förlossningsrädslan (Ryding & Sundell, 2004). Rädslan kan vara att inte få tillräckligt med stöd, att inte få vara delaktig i beslut, rädsla över att tappa kontrollen, olidlig smärta och nedsatt tilltro till sin egen förmåga att föda, att få förlossningsskador, att dö och att barnet dör. Många kvinnor med svår förlossningsrädsla önskar planerat kejsarsnitt men det finns också kvinnor som istället har rädsla för att förlossningen ska sluta i ett kejsarsnitt. För kvinnor som önskar planerat kejsarsnitt kan det många gånger kännas skamfyllt att behöva ta upp vårdens resurser eller över att inte våga genomföra en vaginal förlossning (Ryding, 2014).

Sekundär förlossningsrädsla

Sekundär förlossningsrädsla innebär att en kvinna som tidigare har genomgått en förlossning och är omföderska lider av förlossningsrädsla (Alehagen, 2016). I Sverige har 15,2% av omföderskor en uttalad sekundär förlossningsrädsla (Lukasse, Schei & Ryding, 2014). Förlossningsrädsla är vanligare hos unga kvinnor men är ofta av lägre intensitet än hos omföderskor med sekundär förlossningsrädsla (Størksen, Garthus-Niegel, Vangen & Ebenhard-Gran, 2013). Rädslan kan grunda sig i en negativ förlossningsupplevelse där kvinnor med tidigare komplicerad förlossning i högre förekomst har katastroftankar inför nästkommande förlossning än de som inte upplevt det. Rädslan baseras på kvinnans upplevelse av förlossningen oavsett om den tidigare förlossningen enligt medicinska termer definierats som normal (Thomson & Downe, 2008; Sjögren, 1997). Kvinnor som tidigare haft en traumatisk förlossningsupplevelse lider i högre grad av sekundär förlossningsrädsla än de kvinnor som tidigare haft en positiv förlossningsupplevelse (Størksen, Garthus-Niegel, Vangen & Ebenhard-Gran, 2013). Rädsla för att dö under första förlossningen ökar risken att ha samma rädsla vid nästa förlossning, samt ökar förekomsten av rädslan att tappa kontrollen (Sjögren, 1997). Nieminen, Stephansson och Ryding (2009) menar att sekundär förlossningsrädsla oftare har en högre intensitet än primär förlossningsrädsla.

Beroende på förlossningsrädslans intensitet delas den in olika svårighetsgrader vilka är lätt, måttlig, svårt och fobisk förlossningsrädsla.

Lätt förlossningsrädsla

De flesta kvinnor känner en viss typ av oro eller rädsla under graviditeten och inför förlossningen. Rädslan definieras som lätt förlossningsrädsla när den är hanterbar för kvinnan och inte påverkar henne i det dagliga livet (Ryding & Sundell, 2004).

Måttlig förlossningsrädsla

Måttlig förlossningsrädsla innebär att kvinnan har svårt att hantera rädslan på egen hand och har ett behov av stöd från utbildad personal. Rädslan påverkar inte kvinnans vardag men upptar en betydlig del av hennes tankar (Ryding & Sundell, 2004).

Svår förlossningsrädsla

Svår förlossningsrädsla innebär en rädsla som skapar ett ständigt psykiskt lidande som stör kvinnans vardag, den framtida anknytningen till graviditeten och det kommande barnet (Ryding & Sundell, 2004).

Fobisk förlossningsrädsla

Fobisk förlossningsrädsla definieras som en extrem rädsla vilken kan innebära att kvinnan undviker graviditet eller vaginal förlossning (Ryding & Sundell, 2004). Två procent av alla kvinnor i Sverige antas ha en fobisk förlossningsrädsla som får till följd att de undviker tankar på graviditet eller förlossning (Zar, Wijma, & Wijma, 2002).

Förlossningsrädsla ur kvinnans perspektiv

Rädsla är en normal funktion och som triggar och möjliggör människans uppmärksamhet på faror och kan förklaras som en reaktion inför en händelse som ska ske eller upplevas i efterhand. Rädsla kan också bli så stark att den istället övergår till att bli dysfunktionell. Genom olika synsätt kan rädsla beskrivas och utifrån ett psykoanalytiskt perspektiv är rädsla och ångest uttryck för underliggande och omedvetna konflikter. Bedömningar en människa gör av olika situationer kan bero på tidigare upplevelser och hur vi hanterat liknande situationer avgör ifall en situation bedöms hotfull eller inte enligt inlärnings- och kognitionsteorier. Om en situation bedöms som hotfull är nästa steg att avgöra om hur väl den utsatta situationen kan hanteras. Om känslan är att situationen är hotfull uppstår rädsla och en misstro till om personen har tillräckligt med resurser för att klara av att hantera situationen (Alehagen 2016).

Förlossningsrädsla påverkar utvecklingen av ångest hos gravida kvinnor. Kvinnor med förlossningsrädsla kämpar för att uppfylla både sina egna och andras förväntningar och känner en press från omgivningen att klara av barnafödandet. Ett misslyckande påverkar deras självförtroende negativt och framkallar känslor av att vara svag och sårbar (Sercekus & Okumu, 2007; Nilsson & Lundgren, 2009). Rädsla och ångest är känslor som överlappar varandra och båda kan innebära intensiva negativa känslor och ta kroppsliga uttryck. Rädsla definieras mer specifikt som en reaktion på en känd sak eller situation och en önskan om att undkomma situationen. Oro är kännetecknad av de kognitiva sidorna av ångest med okontrollerbara tankar (Ternström, Hildingsson, Haines & Rubertsson, 2016). För vissa kvinnor blir förlossningsrädslan och ångesten svår där antalet som söker vård har ökat markant de sista åren (Bewley & Cockburn, 2002). Det är inte helt klarlagt om förlossningsrädsla utvecklas från ångest eller om ångest utvecklas från förlossningsrädsla, dock är det påvisat att kvinnor med en psykisk diagnos har större benägenhet att uppleva förlossningsrädsla än kvinnor utan en psykisk diagnos (Ryding & Sundell, 2004). Ångest kan i viss mån förutsäga förlossningsrädsla eftersom

tidigare ångest och psykisk ohälsa förekommer hos dubbelt så många kvinnor med förlossningsrädsla än hos kvinnor utan tidigare psykisk ohälsa (Rouhe, Salmela-Aro, Gissler, Halmesmäki & Saisto, 2011). Närvaro av ångest och depression kan öka förekomsten av förlossningsrädsla men majoriteten av kvinnor med förlossningsrädsla lider inte av ångest eller depression (Storksén, Eberhard-Gran, Garthus-Niegel & Eskild, 2012). Förlossningsrädsla ökar risken för postpartumdepression med tre gånger hos kvinnor utan tidigare depression och fem gånger hos kvinnor med tidigare depressioner (Räisänen, Lehto, Nielsen, Gissler, Kramer & Heinonen, 2013).

Förlossningsrädda kvinnor menar att barnmorskans professionella expertkunskap har stor betydelse för vårdrelationen där en relation byggd på närvaro, vänlighet, öppenhet och trygghet stärker kvinnornas tilltro till den egna kroppen (Dahlberg & Segersten, 2010; Berg, Lundgren, Hermansson & Wahlberg, 1996). Trygghet ses av kvinnor som det mest centrala i att samtalen och i bearbetningen av negativa känslor som uppstår vid tanke på förlossningen (Onell & Thelin, 2005). Wiklund (2003) menar att patienten och vårdarens möte alltid bör präglas av trygghet, respekt och ömsesidighet.

Mödrahälsovård av förlossningsrädda kvinnor

Alla gravida kvinnor i Sverige erbjuds mödrahälsovård på barnmorskemottagning med målet att bidra till god reproduktiv hälsa. Målet innebär tillgång till god hälso- och sjukvård så att kvinnor kan genomgå graviditet och förlossning i trygghet, stöd i föräldraskap och förlossningsförberedelse samt möjlighet att planera sitt barnafödande (Collberg & Ellis, 2014). Mödrahälsovården har som uppgift att öka blivande föräldrars kunskap om den normala och komplicerade förlossningen, förbereda mamman för smärtan och informera om smärtlindring, stärka blivande mammors tilltro till sin förmåga att föda. Även att tidigt upptäcka förlossningsrädsla, bedöma graden av den, behandla lätt till måttlig förlossningsrädsla och hänvisa till rätt vårdgivare (Ellis & Lilliecreutz, 2017). Barnmorskan har eget ansvar för vården vid normal graviditet och eftervård. På barnmorskemottagning följer den friska gravida kvinnan utan förväntade komplikationer ett medicinskt basprogram. I det medicinska basprogrammet ingår nio till tolv besök, inklusive rutinultraljud och eftervård, beroende på kvinnans graviditetens längd. Enligt Svensk förening för obstetrik och gynekologi är syftet med basprogrammet att upptäcka symtomfria dolda komplikationer i god tid och att vidta åtgärder som förebygger allvarliga följder (SFOG, 2016). Om förlossningsrädsla uppmärksammas kan besök utöver basprogrammer bokas med fokus på samtal och bearbetning. Bedömning av psykosociala faktorer ingår i barnmorskans ansvarsområde på barnmorskemottagning och i många landsting finns ett särskilt psykosocialt basprogram för de kvinnor och par som behöver extra stöd. Orsaker att följas i psykosociala basprogrammet kan vara psykisk ohälsa under tidigare och aktuell graviditet och vid tidigare förlossning, förlossningsrädsla, hereditet för perinatal psykisk ohälsa och förekomst av hot och våld. Målet är att stärka individens egna resurser att klara påfrestningar och bidra till att graviditeten och förlossningen blir en så positiv upplevelse som möjligt. Barnmorskan ska kunna konsultera psykolog som har kännedom om psykologiska reaktioner under graviditet eller remittera vidare till den vård kvinnan eller paret behöver (Collberg & Ellis, 2014). För att identifiera eventuella riskfaktorer och utforma det stöd som behövs kan extra besök planeras in (SFOG, 2016).

Det är ofta på barnmorskemottagningen som kvinnan ger uttryck för sin förlossningsrädsla där barnmorskan eller mödrahälsovårdsläkaren bedömer graden av rädslan. Lätt förlossningsrädsla behandlas på barnmorskemottagning och i vissa fall måttlig. Kvinnan kan få extra besök med barnmorskan utöver basprogrammet (Ryding, 2014). Måttlig, svår och fobisk förlossningsrädsla hänvisas till särskild mottagning för förlossningsrädda kvinnor och handläggs inte enligt basprogrammet utan med individanpassad dokumenterad vårdplan. För att upptäcka förlossningsrädsla hos både först-och omfödernkor är det viktigt att barnmorskan ställer öppna frågor om kvinnans tankar och strategier rörande den kommande förlossningen. Det förekommer att kvinnor är omedvetna om sin rädsla sent in i graviditeten. Kvinnor som under graviditeten är överdrivet sysselsatta och på så vis saknar tid för reflektion kan behöva mer lyhörddhet av barnmorskan för att identifiera om det finns bakomliggande faktorer eller outtalad förlossningsrädsla. Samma gäller för kvinnor som inte vill prata om kommande förlossning eller säger sig vara helt obekymrade (Ellis & Lilliecreutz, 2017). Det är viktigt att barnmorskan frågar gravida kvinnor om känslor relaterade till den nuvarande graviditeten, förlossningen och framtida moderskap och att ge kvinnor som uttrycker rädsla en möjlighet att diskutera det. Särskild uppmärksamhet ska ägnas åt förstfödernkor och omfödernkor med tidigare negativ upplevelse (Melender, 2002). Omfödernkor med svåra förlossningsupplevelser i anamnesen ska erbjudas att gå igenom förlossningsjournalen med läkare och skriva en vårdplan för inför kommande förlossning. Det finns begränsad forskning om hur barnmorskan upplever vårdandet av förlossningsrädda kvinnor men den forskning som finns understryker att barnmorskan ofta upplever tidsbrist och emotionell påfrestning (Salomonsson, Wijma & Alehagen, 2010). Ytterligare studie visar att barnmorskor behöver bredda sina kunskaper om förlossningsrädsla för att förbättra vården till förlossningsrädda kvinnor (Salomonsson, Alehagen & Wijma, 2011).

Föräldrastöd inom mödrahälsovården syftar till att stärka föräldrars förmåga att möta det väntade och nyfödda barnet och främja barns utveckling och hälsa (SFOG, 2016). Stödet riktar sig till föräldrar som väntar barn och erbjuds oftast i mitten eller i slutet av graviditeten och är en viktig del i de förebyggande och bearbetande åtgärderna vid förlossningsrädsla (SOU 1997:161). Föräldrastödet kan vara upplagt på olika sätt beroende mottagningen och familjesituationen och sker genom enskilda möten med föräldrar och/eller i föräldrargrupp där samverkan med andra relevanta verksamheter från exempelvis barnvårdscentralen, familjerådgivningen och biblioteket förekommer (SFOG, 2016). Teman kan vara frågor kring graviditet och förlossning, amning, levnadsvanor, första tiden som förälder hemma och anknytning till det nyfödda barnet. Frågor om hur parrelationen och familjen kan påverkas av det väntade barnet och ansvarsfördelning i hemmet behandlas också (SOU 1997:161). Önskvärt är att det ska finnas möjlighet till generellt och riktat stöd både individuellt och i grupp. Hänsyn ska tas till olika former av familjebildning och det ska finnas utformade metoder för familjer som har behov av särskilt stöd (SFOG, 2016). Förstagångsföräldrar och vid behov omfödernkor erbjuds i vissa delar av landet profylaxkursen föda utan rädsla (Heli, 2019) inför förlossningen. Kursens syfte är att paret skall få ett bättre och närmare samarbete under förlossningen. Målet är att förlossningen skall fortgå utan rädsla genom användandet av fyra verktyg; *andning, avspänning, rösten och tankens kraft*.

Särskild mottagning för förlossningsrädda kvinnor

Det finns ingen konsensus för vilken vård som är mest effektiv till en förlossningsrädd kvinna. Inte heller vart vården skall utföras eller av vem för bästa behandlingsresultat (Saisto & Halmesmäki, 2003; Wijma, 2003). De behandlingsmodeller som evaluerats är varierande former av stöd från olika yrkeskategorier som barnmorskor, obstetriker eller psykologer. Ur behandlingsmodellen skapades en mottagning där förlossningsrädda kvinnor skickas via remiss från barnmorskemottagningen för individuella samtal (Hildingsson, Nilsson, Karlström & Lundgren, 2011), psykosomatiskt stöd (Sjögren, 1998), stöd i grupp (Saisto, Toivanen, Samela-Aro & Halmesmäki, 2006), krisorienterat stöd (Halvorsen, Nerum, Sørli & Øian, 2010), psykosocialt stöd (Helk, Spilling & Aarhus Smeby, 2008) och kognitiv terapi (Saisto, Toivanen, Samela-Aro, Nurmi, Könönen & Halmesmäki, 2001). Mottagningen kallas ibland för auroramottagning efter den första mottagningen som öppnade men namnet kan variera i olika delar av landet. Mottagningen benämns som aurora eller auroramottagning återkommande i resultatdelen. Gemensamt för mottagningarna är att det eftersträvas erfarna förlossningsbarnmorskor som möter kvinnan och även obstetriker som kan besluta om obstetriska åtgärder, samt psykolog eller kurator. Vanligtvis kommer kvinnan på två till fyra samtal. En barnmorska från auroramottagningen kan besöka förlossningen och BB tillsammans med kvinnan eller paret i de fall där miljön är en del av kvinnans rädsla eller skapat traumatiska minnen (Ryding, 2014). Effekten av behandlingen på auroramottagningen varierar men det har påvisats att efterfrågan av kejsarsnitt minskar efter att kvinnan har vårdats på mottagningen. Syftet med att träffa personal från aurora är inte att övertyga kvinnan att om en vaginal förlossning utan att skapa en plan som kan inkludera induktion, smärtlindring i tidigt skede eller möjlighet att konvertera till kejsarsnitt när som helst under förlossningen (Hildingsson, Nilsson, Karlström & Lundgren, 2011). Det är många kvinnor som tidigare enbart önskat kejsarsnitt som ändrar sin inställning efter att ha varit hos en auroramottagning och väljer att föda vaginalt (Ryding, 2014).

Teoretisk referensram

Teoretiska referensramen bygger på begreppen *vårdande* och *stöd*, vilket har varit det synsättet vi sett studien och identifierat mönster. Vårdandet är grundpelaren och innefattar allt barnmorskan gör med eller runt en förlossningsrädd kvinna. Stöd är en central del i vårdandet och en viktig aspekt för att skapa en positiv upplevelse av barnafödande (Berg & Lundgren, 2010). Ur ett vårdande perspektiv är det barnmorskans huvudsakliga uppgift att stödja kvinnan i utvecklingen mot föräldraskap genom att frigöra deras egna resurser (Ekberg, 1995). Kvinnor med förlossningsrädsla är i stort behov av stöd för att möta och bearbeta de existentiella frågor som uppstår vid en graviditet (Wigert, Nilsson, Dencker, Begley, Jangsten, Sparud-Lundin, Mollberg & Patel, 2020). Berg och Lundgren (2010) menar att vårdande vid barnafödande innebär att stödja vilket stärker kvinnans inneboende resurser och kan ge förlossningsrädda kvinnor hopp och lockelse att föda barn. Barnmorskan på barnmorskemottagning kan vårda kvinnan genom att erbjuda stöd i form av samtal, individuell information och i föräldrargrupper, fokusera på kvinnans förväntningar på att föda barn och hennes tilltro till den egna förmågan. Stöd kan också vara att identifiera riskfaktorer

för att kvinnan skall utveckla förlossningsrädsla (Alehagen, 2016). Kvinnor med en sekundär förlossningsrädsla till följd av en traumatisk händelse kan återfå förtroendet till sjukvården genom stöd (Wigert et al., 2020).

Begreppet *vård* är synonymt med skötsel, tillsyn, omvårdnad, omsorg, terapi och fostran. *Att vårda* har synonymer som att sköta om, bry sig om, ha vård och vakta (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 1996; Eriksson, 1981). Det är ett mänskligt behov att bli vårdad och något livsnödvändigt. Vårdandet karaktäriseras av att vilja andra människor väl och där respekt visas för att varje människa har ett eget unikt värde (Eriksson, 2002). Bevis (1982) menar att vård är djupt förenat med kärlek och eftersträvar att den vårdade personen skall befinna sig i en sådan miljö som möjliggör ett förverkligande av sig själv. Den givna vården skall bygga på viljan att göra moraliskt gott och genom engagemang låter man den vårdade växa och utvecklas (Noddings, 1983). Vård mellan en barnmorska och en patient kallas vårdrelation och är grunden i vårdandet och vårdprocessen. Vårdandet ska vara professionellt och grunda sig på kunskap, uppfylla de etiska kraven och stödja patientens hälsoprocesser (Eriksson, 2014). Vårdande kan delas in i två kategorier; naturligt eller yrkesmässigt vårdande. Naturligt vårdande förekommer spontant i varje människa och kännetecknar en hel människa. Yrkesmässigt vårdande bedrivs specifikt inom ett yrke grundar sig delvis på det naturliga vårdandet men är specificerat inom en professionell kompetens vilket baseras både på etik och vetenskap likt då en barnmorska vårdar en förlossningsrädd kvinna (Eriksson, 2015).

Stöd [stödja] definieras som en person som är till hjälp, gagn, stödjer eller främjar (Svenska Akademien, 1997). Begreppet översätts till engelska enligt följande: *support* att stödja, ge sitt stöd, bära, hjälpa, bistå, främja och gynna (Petti, 2000). Stöd innebär en hjälp som skapar trygghet genom att någon annan värnar om personen vilket skapar en känsla av uppskattning och samhörighet. För att stödandet skall utbringa en positiv effekt krävs det att förmedlaren av stödet har en positiv och välvillig agenda och tilliten behöver vara stark i vårdandet. Stöd bottnar i en angelägenhet för en annan människa, att en person är intresserad i en annan persons välbefinnande för att bli delaktig i dennes situation (Mander, 2008). Det finns olika typer av stöd; emotionellt, instrumentellt, informativt eller endast genom att visa någon uppskattning. Emotionellt stöd anses vara det viktigaste och syftar till vård, omsorg, kärlek och tillit. Instrumentellt stöd innebär praktisk hjälp, konkreta insatser eller utfört arbete i syfte att hjälpa någon. Informativt stöd syftar till att minska och lugna en befintlig stress och de problem som baseras på okunskap genom kontinuerlig nyttig information. Slutligen syftar visad uppskattning att stödja människans utveckling och stärka deras självkänsla och tilltro till den egna förmågan (Hall & Wigert, 2010). Samtliga typer av stöd innefattas i vårdandet av förlossningsrädda kvinnor. Barnmorskans roll är att stödja kvinnan i transitionen in i föräldraskapet samt stärka hennes tilltro till sin förmåga att kunna föda barn (Berg, 2009). Stödet har inte bara en positiv inverkan på kvinnan utan har också en positiv effekt på hennes nyblivna familj och på samhället i stort (Berg & Premberg, 2010). Genom att barnmorskan erbjuder känslomässig, fysisk, andlig och psykologisk närvaro kan hon se kvinnan ur hennes perspektiv vilket är en förutsättning i vårdandet (Hunter, 2009). Halldorsdottir och Karlsdottir (1996) menar att om barnmorskan anpassar stödet efter kvinnans unika förutsättningar behålls kvinnans värdighet och barnmorskan underlättar sitt stödande arbete. Det är alltså av största vikt att barnmorskans stödande tar hänsyn till kvinnan ur ett perspektiv som bejakar hennes psykologiska, psykosociala, andliga, mentala och sociala aspekter i vårdandet (Berg, 2010; Svenska barnmorskeförbundet, 2018).

Problemformulering

En barnmorska yrkesverksam på barnmorskemottagning kommer att vårda förlossningsrädda kvinnor under sin yrkeskarriär. Det är ett komplex möte som påverkar både den förlossningsrädda kvinnan och barnmorskan emotionellt. Forskning om barnmorskans upplevelse av vården är begränsad. Det är av stor vikt att undersöka barnmorskors upplevelse av detta komplexa vårdande för att kunna utveckla vården och ge samtliga barnmorskor de bästa förutsättningarna i vårdandet av förlossningsrädda kvinnor på barnmorskemottagning.

Syfte

Att undersöka barnmorskors upplevelser av att vårda förlossningsrädda kvinnor på barnmorskemottagning.

Metod

Studiens syfte var att undersöka barnmorskors upplevelser av att vårda förlossningsrädda kvinnor på barnmorskemottagning, därför valdes kvalitativ metod. Om det studerade ämnet inte är väl beforskat eller om syftet är att undersöka fenomenet upplevelse lämpar sig kvalitativ metod (Graneheim & Lundman 2004). Eftersom barnmorskans upplevelser av fenomenet förlossningsräddsla har studerats i rådande studie har kvalitativ metod varit ett motiverat val. Detta för att, som Dahlberg (2014) förklarar, att vid beskrivning av uppfattningar och attityder om ett fenomen lämpar sig kvalitativ metod då kunskap från människors upplevelser och erfarenheter kan inhämtas (Dahlberg, 2014). Som datainsamlingsmetod valdes individuella semistrukturerade intervjuer och ett induktivt förhållningssätt. Fenomen som inte är beskrivna tidigare eller där kunskapen är begränsad kan med fördel undersökas med induktiv ansats och därför är metoden användbar för att öka förståelsen av barnmorskors upplevelse av att vårda förlossningsrädda kvinnor på barnmorskemottagning (Malterud, 2014).

Urval

Rekrytering av barnmorskor skedde enligt rutin genom att kontakta mödrahälsovårdsöverläkare för Södra Bohuslän och Göteborg via e-post för godkännande att genomföra studien på regionägda barnmorskemottagningar (Bilaga 1). Därefter kontaktade mödrahälsovårdsöverläkarna ett okänt antal enhetschefer utifrån deras bedömning av vilka

mottagningar var tänkbara att delta i studien. Svar från enhetscheferna drog ut på tiden vilket innebar att vi själva kontaktade femton enhetschefer som ansvarade för en eller flera barnmorskemottagningar. Inklusionskriterier var att barnmorskan skall vara yrkesverksam på barnmorskemottagning och skall ha vårdat kvinnor med förlossningsrädsla. I urvalet av alla tillfrågade mottagningar hade tre barnmorskemottagningar möjlighet att delta varav två barnmorskor från två mottagningar och tre barnmorskor från en mottagning. Totalt inkluderades sju barnmorskor som anmälde sig att frivilligt delta. Innan intervjuerna genomfördes lämnade barnmorskorna muntligt samtycke till att delta i studien (Codex, 2016). Tid för intervjuerna var beräknat till fyrtiofem minuter för att ge informanter utrymme att noggrant beskriva och utveckla sina tankar och känslor. Deltagarna fick både skriftlig och muntlig information om studiens syfte samt att de när som helst kunde avbryta sitt frivilliga deltagande.

Datainsamling

Individuella semistrukturerade intervjuer hölls med informanterna på deras respektive arbetsplats och varade mellan tjugofem och fyrtio minuter per intervju och genomfördes under tre veckor i december 2019. Semistrukturerade intervjuer ger en bra struktur med teman och förberedda frågor men är samtidigt en öppen intervjuform där samtalet ges chans att förändras och följdfrågor kan skapas under samtalets gång (Kvale, 2007). Målet med den kvalitativa forskningsintervjun är att få så rika och förutsättningslösa beskrivningar som möjligt av det utvalda ämnet ur informanternas livsvärld (Olsson & Sörensen, 2011). Antal år inom yrket varierade mellan sju och trettiofyra år hos informanterna och antal år yrkesverksam på barnmorskemottagning varierade mellan två och ett halvt år till trettioett år. Sex av sju barnmorskor hade utbildning i samtalsmetodik och en barnmorska var instruktör i profylaxkursen *Föda utan rädsla*. En av barnmorskorna hade arbetat en dag i veckan på auroramottagningen under fyra års tid. Intervjuerna hölls på vald tid och plats av respektive informant för att underlätta studiedeltagande samt att informanten skulle befinna sig i en trygg miljö. Genom att skapa en god kontakt samt trygg intervjumiljö uppmuntras informanterna att dela med sig av sin livsvärld och sina känslor (Kvale, 2007). Samtliga intervjuer genomfördes gemensamt och inleddes med tre öppningsfrågor som baserades på frågor om arbetslivserfarenhet och utbildningsnivå. Därefter ställdes tre öppna frågor som tillät barnmorskan att tala fritt om sina upplevelser (Bilaga 2). Följdfrågor ställdes för att få mer utvecklande svar och en ökad förståelse. Intervjuerna spelade in med en diktafon som förvarades utom räckhåll för obehöriga. Intervjuerna raderades efter att uppsatsen var färdig och godkänd.

Analys

Intervjuerna delades upp mellan oss två studenter för transkribering vilket innebär att en intervju skrev ordagrant ned där pauser, hostningar, skratt och andra uttryck inte exkluderas ur materialet. Med inspiration av Graneheim och Lundmans innehållsanalys (2004) bearbetades materialet enligt nedan. De transkriberade intervjuerna lästes individuellt flertalet gånger av båda författarna för att få en förståelse för innehållet och därefter diskuterades och jämfördes materialet gemensamt. Efter diskussion framkom tre domäner; *barnmorskans*

känslor, upplevda hinder och fördelar i vården. En domän är en textmassa som utgör en grov struktur som är identifierbar med låg grad av tolkning (Graneheim & Lundman, 2004). Ur domänerna framträdde meningsbärande enheter för att besvara syftet, vilket är en rekommenderad metod att tillämpa när erfarenheter och upplevelser av ett fenomen ska undersökas. Att välja flera meningsbärande enheter ur data är en styrka, då det möjliggör en djupare analys och mynnar ut i fler tänkbara kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Olika meningsbärande enheter som innehöll kunskap utifrån de framkomna domänerna valdes och sorterades. Detta kallas kodning och syftar till att klassificera alla meningsbärande enheter utifrån de domäner som framkommit efter transkriberingen. De utvalda meningsbärande enheterna kondenserades och kodades inom sin domän. Genom kondensering och kodning gjordes de meningsbärande enheterna mer lätthanterliga. Exempel på analysens process, se tabell 1. De kodade texterna jämfördes och sorterades för att delas in i åtta underkategorier som bestod av koder med liknande innehåll. De åtta underkategorierna bildade slutligen tre kategorier som domänerna ersattes av.

Tabell 1. Exempel på analysprocess från domän *upplevda hinder*

| Meningsbärande enhet | Kondenserad meningsenhet | Kod | Underkategori | Kategori |
|---|---|---|-------------------------|--------------------------------------|
| <i>“Och sen så har vi aurora som vi kan vända oss till men dem har ju sällan tid. Många gånger så vill ju de har remiss vecka 20. Men ibland så vet inte kvinnorna förrän i vecka 35 att de är rädda. Då är det ju kört. I värsta fall kan man boka dem till läkaren och göra en medicinsk förlossningsplan där men det är inte alltid det finns tid där heller.”</i> | Aurora har sällan tid och de vill oftast ha remissen i vecka 20 men ibland vet inte kvinnan förrän vecka 35 att hon är rädd och då är det för sent med aurora. Läkaren kan göra en medicinsk förlossningsplan om det finns tid. | Aurora har ont om tider och långa väntetider. Det finns för få läkartider. | De bristande resurserna | Förutsättningar som försvårar vården |

Forskningsetik

World Medical Association (WMA) framtog Helsingforsdeklarationen år 1964 där den nu gällande versionen reviderades år 2008. Deklarationen menar att forskaren är ansvarig för sin forskning och skall väga fördelar och kunskapsvinst mot nackdelar och risker (World Medical Association, 2008). Vid utförandet av denna studie har kunskapsvinsten i att undersöka barnmorskors upplevelse av att vårda förlossningsrädda kvinnor vägts mot de eventuella risker eller påfrestringar som kunde få utfall i vården eller för den intervjuade barnmorskan. Risk- och nyttoanalys har genomförts under studien för att minimera risken att utsätta informanterna för större risk än vad de hade utsatts för i sitt vardagliga liv. Det är av stor vikt att nyttan överväger risken vid genomförande av studier (Polit & Beck, 2012). Eventuella risker för de intervjuade barnmorskorna kunde vara att upplevelserna och erfarenheterna de delade med sig av väckte tankar och känslor som upplevdes känslomässigt jobbiga. Under

intervjuerna framkom att vården av förlossningsrädda kvinnor just upplevdes som ett vårdande som väcker känslor. Barnmorskorna tillfrågades inte om behov av vidare samtalsstöd efter intervjun. Nyttan för deltagande kunde vara att få samtala och ventileras om upplevelser och lyfta fram komplexiteten av vårdandet för att öka kunskapen kring att vårda och stödja förlossningsrädda kvinnor på barnmorskemottagning på bästa möjliga sätt. Nyttan anses därför överväga risken för studien.

Vetenskapsrådets (2002) fyra begrepp har legat till grund i utformandet och genomförandet av studien;

Informationskravet innebär att studiedeltagarna skall erhålla fullständig information om dennes roll i studien samt på vilka villkor deltagandet innebär. Informationen skall även innefatta bakgrund kring den aktuella studien, dess syfte samt kontaktuppgifter till forskarna. Inför studien skickade förfrågan till enhetschefen ut (bilaga 1). De individuella intervjuerna skedde efter att barnmorskorna hade fått information om studiens syfte och bakgrund samt ett informerat samtycke var givet i enlighet med informationskravet. Kvale (2007) menar att svårigheten med semistrukturerade intervjuer uppkommer vid informationskravet då det är svårt för intervjuaren att veta hur samtalet kommer att fortgå och kan därmed omöjligt informera informanterna korrekt. Därför är det av ytterst vikt att följa samtyckeskravet och noggrant informera om deltagandets frivillighet.

Samtyckeskravet innebär att forskaren skall få informanternas samtycke till att delta i studien. Deltagarnas rätt att själva besluta om de vill vara delaktiga i studien eller inte bejakas. Frivillighet och att informanterna alltid har rätt att avsluta sitt deltagande i studien är av väsentlig betydelse. Deltagandet i studien var helt frivilligt och barnmorskorna kunde när som helst välja att avbryta sin medverkan. Ingen ekonomisk ersättning utgick.

Konfidentialitetskravet innebär att samtliga personuppgifter och uppgifter som framkommer om studiedeltagarna skall behandlas med absolut konfidentialitet och förvaras så ingen obehörig har åtkomst. I studien har hantering av personuppgifter regleras utifrån EU regler (EUs dataskyddsförordning). För att säkerställa att enskilda individer inte kan identifieras i resultatet har identifikationsuppgifter exkluderats ur studien. Endast forskningspersonal som genomfört studien samt ansvarig handledare från Göteborgs Universitet har haft tillgång till materialet. Inget av resultatets information går att härleda tillbaka till barnmorskorna som deltog.

Nyttjandekravet innebär att insamlade uppgifter från enskilda personer enbart får användas i forskningssyfte och inte användas i icke-vetenskapliga ändamål. De uppgifter som framkommit under intervjuerna har och kommer endast att användas i forskningsändamål vilket studiedeltagarna informerades om och godkänt innan studiens början.

Förförståelse

Grunden i kvalitativ dataanalys är att forskaren tolkar materialet. Forskarens förförståelse kommer alltid att färga och påverka tolkningen av det studerade ämnet (Priebe & Landström, 2012). Förförståelsen beskrivs som den ryggsäck av kunskaper och erfarenheter som forskaren har innan forskningen påbörjas. Förförståelsen kan ge styrka till forskningen och skapa motivation men kan ibland bli en börda som formar och påverkar resultatet i felaktig riktning

(Malterud, 2017). En rekommenderad metod vid kvalitativ forskning är att förförståelsen diskuteras innan studiens början för att föregå förväntade kategorier och resultat, vilket har gjorts i detta fall (Malterud, 2014). Det förväntade resultatet stämde inte överens med slutgiltiga resultatet vilket tyder på låg risk för att studieförfattarna har styrt resultatet efter förförståelsen. Den förförståelse som studieförfattarna haft är erfarenheter från verksamhetsförlagd utbildning på barnmorskemottagning och på auroramottagning. Studieförfattarna har under arbetets gång bejakat att personliga upplevelser och förförståelse inte speglar verkligheten.

Resultat

Slutligen i analysprocessen framkom åtta underkategorier och tre kategorier som presenteras enligt tabell 2. De två första underkategorierna *ett vemodigt vårdande* och *ett stärkande vårdande* bildade kategorin ***ett möte som väcker känslor***. De tre nästkommande underkategorierna *de bristande resurserna*, *omgivningens påverkan* och *den svårvårdade kvinnan* bildade kategorin ***förutsättningar som försvårar att vårda***. Slutligen bildade de tre sista underkategorierna *stöd och samarbete*, *organisatoriska faktorer* och *personliga faktorer* den tredje kategorin ***förutsättningar som främjar att vårda***.

Tabell 2. Översikt av resultat

| Underkategorier | Kategorier |
|---|---|
| Ett vemodigt vårdande Ett stärkande vårdande | Ett vårdande som väcker känslor |
| De bristande resurserna Omgivningens påverkan Den svårvårdade kvinnan | Förutsättningar som försvårar att vårda |
| Stöd och samarbete Organisatoriska faktorer Personliga faktorer | Förutsättningar som främjar att vårda |

Ett vårdande som väcker känslor

Barnmorskorna upplevde att de påverkades på ett personligt känslomässigt plan av att vårda förlossningsrädda kvinnor. Beroende på vårdens utfall upplevde barnmorskan olika påverkan av upplyftande eller nedslående känslor. Detta redovisas i två underkategorier som syftar att beskriva barnmorskors upplevelse av vårdande som väcker känslor.

Ett vemodigt vårdande

Barnmorskorna beskriver vårdande som påverkat dem på ett personlig plan och de minns de kvinnor dem vårdat i år efter dem skiljts åt. Eftersom barnmorskan känner med och för kvinnan påverkas hon emotionellt av vårdens utfall. Under intervjuerna beskrevs historier om hur barnmorskor upplevt sorg, ilska och besvikelse eftersom kvinnornas upplevelse inte blivit som planerat. Barnmorskorna blev en direkt spegel av kvinnan och tog på sig hennes känslökostym. Känslorna beskrivs av barnmorskorna grunda sig i genuin välvilja där de bryr sig om kvinnorna och deras framtida familj. Under intervjuerna blev barnmorskorna uppenbart illa berörda och fick en låg känsloton när de berättade historierna om deras upplevelser av vårdande där utfallen blivit negativa.

Jag har någon kvinna som faktiskt drabbats av väldigt mycket komplikationer, ja, alla gångerna. Där kan man ju istället känna sorg och lite förtvivlan. Man kan känna att hon hade ju verkligen rätt att få en bra upplevelse, vi hade ju bestämt att det skulle bli annorlunda den här gången! - BM 5

Ett stärkande vårdande

På samma sätt som de upplevde nedslående känslor då utfallet av vården inte blev lyckat upplevde barnmorskorna att dem blev stärkta av vården av förlossningsrädda kvinnor där utfallet för de vårdade kvinnorna blev lyckat. När barnmorskorna upplevde att de gjorde en skillnad för kvinnan skapades en tillfredsställande känsla. Några av barnmorskorna upplevde att det stärkte dem i sin profession. Barnmorskorna beskrev också känslor av glädje och lycka över att de förlossningsrädda kvinnorna haft en bra förlossningsupplevelse och fått sitt barn. Under intervjuerna utstrålar barnmorskorna lycka och upprymdhet när de berättar historierna om deras upplevelser av vårdande där utfallen blivit positiva.

Det ger mig mycket om jag känner att jag kan påverka dem, det stärker ju mig - BM 2

Nej, det är väl mer det gällande dem kvinnorna som jag då pratade om, som egentligen inte har sett sig som att dem skall bli mammor överhuvudtaget. Och när det då går bra och dem connectar med barnet så blir man, man blir väldigt glad och väldigt rörd. Den kvinna som jag pratade om som enda sen barn har känt att hon inte skulle föda barn som var på aurora som icke gravid. Henne har jag ju liksom träffat i mataffären efteråt, då har hon sin lilla bebis i bärsele och det är bara sådär, man bara känner att "gud, vad bra det här blev, hon som inte ville ha några barn". Det blir man ju väldigt glad av. - BM 5

Förutsättningar som försvårar att vårda

De bristande resurserna

Samtliga barnmorskor upplevde att det fanns för få tider till mödrahälsovårdsläkaren, mödrahälsovårdspedagogen och aurora vilket innebar att kvinnorna fick vänta länge på att få en bokad tid. Det uttrycktes en önskan från barnmorskorna att kvinnorna inte behövt vänta en längre tid då det påverkade vården i negativ riktning när kvinnorna inte fick den vård de behövde. Barnmorskorna upplevde också att aurora beviljar färre remissen till följd av tidsbrist och att det blivit svårare att få en tid till auroramottagningen vilket försvårar förutsättningarna för att ge en jämlik vård. Vissa barnmorskor upplevde att de oftare reflekterade över vilka kvinnor de skulle remittera och att avvägningen är svår om de skulle skicka remissen eller inte då de ville undvika att belasta auroramottagningen.

Hindret är väl de långa väntetiderna som kan vara till aurora. Så det skulle man önska, att de hade mer resurser på aurora. Och sen skulle man önskat att vi hade lite mer resurser, att vi hade lite mer läkartider. Vi har ju väldigt få läkartider och vi får ju verkligen hushålla med dem. - BM 5

För att de förlossningsrädda kvinnorna skulle ha en chans att få en tid till auroramottagningen upplevde barnmorskorna att de behövde skicka remissen i mycket god tid. Barnmorskorna upplevde att de behövde bli informerade om kvinnan hade en svår förlossningsrädsla tidigt i graviditeten vilket inte alltid var möjligt. Kvinnorna fick alltså inte uttrycka för sent att de hade en förlossningsrädsla.

Och sen så har vi aurora som vi kan vända oss till men dem har ju sällan tid. Många gånger så vill ju de har remiss vecka 20. Men ibland så vet inte kvinnorna förrän i vecka 35 att de är rädda. Då är det ju kört. I värsta fall kan man boka dem till läkaren och göra en medicinsk förlossningsplan där men det är inte alltid det finns tid där heller. - BM 6

Barnmorskorna beskrev en upplevelse av att mycket ansvar föll på dem när remisser nekades från aurora i de fall de inte hade möjlighet att boka patienten till följd av tidsbrist eller efter bedömning att kvinnans förlossningsrädsla inte varit tillräckligt svår. Flera barnmorskor beskrev att de fick ta mer ansvar än de hade kompetens för men att de tar på sig ansvaret och får det att fungera för kvinnans skull. Barnmorskor uttryckte att när tid inte finns så skapar de tid genom prioriteringar eller genom övertid.

Det man får i knät kan vara för stort för att en barnmorska ska handskas med det, eller för mig i alla fall känner jag... när man känner ibland "hjälp vad ska jag säga nu?" - BM 6

Omgivningens påverkan

De intervjuade barnmorskorna upplevde att det i de större städerna finns en mer accepterande kultur för kvinnor att göra karriär innan de bildar familj. En konsekvens av detta är att städernas förstföderskor blir äldre och är mer högtbildade när de blir gravida och är generellt

mer pålästa. Barnmorskorna upplevde att kvinnorna ofta har ett starkt kontrollbehov som inte kan tillfredsställas vid barnafödande och graviditet vilket skapar svårigheter i vårdandet.

Men om man tänker att storstadskvinnor föder barn senare, dem har kanske större kontrollbehov. Dem är mer pålästa. Man föder färre barn, det här skall bli perfekt. Jag har rätt till detta och detta. - BM 5

Barnmorskorna upplevde att det har stor betydelse hur graviditet och förlossning framställs av personer i kvinnans närhet då det påverkar den förlossningsrädda kvinnan och skapar en felaktig bild. Den rådande mediabild som målas upp om graviditet och förlossning försvårar vården av förlossningsrädda kvinnor eftersom en negativ bild ofta presenteras och motarbetar barnmorskornas arbete. Det kan leda till en okunskap där kvinnorna antar att det de läser stämmer utan att förhålla sig kritiskt. Barnmorskorna reflekterade över hur vissa kvinnor läser på olika mediaforum där framförallt negativa historier förekommer och hur det påverkar kvinnan till att utveckla eller förstärka sin förlossningsrädsla.

Och sen när man tänker att dem går ut och söker information och det man hittar då på nätet exempelvis det är ju inte de normala förlossningarna. Dem är ju inte särskilt spännande. Det är ju som med fiskehistorier, det är ju ingen som pratar om en fisk på ett halvkilo utan det är ju dem här jättebamsingarna som cirkulerar. Och det kan man ju tycka är lite ja men, vad synd att du läser om dem som är under 1 procent när dem allra flesta inte har den upplevelsen. - BM 5

Den svårvårdade kvinnan

Barnmorskorna gav en entydig bild av att kvinnor med primär förlossningsrädsla som har en blockad av rädsla och inte klarar av att prata om förlossningen är de mest utmanande kvinnorna att vårda. Det försvårar vården när kvinnan undviker prata om den kommande förlossningen utan vill skjuta upp samtalsämnet. Barnmorskorna uttryckte en svårighet att hjälpa de kvinnor som berättar att de är rädda för allt eller de som inte vet vad de är rädda för, bara att de är rädda.

Eller när de själva, ja, eller det är svårt också när de inte, när de undviker förlossningen, att de inte, de bara lägger det framför sig. De vill inte prata om det, utan det går som det går. Och liksom när de inte ser sin egen rädsla kan vara svårt. - BM 4

Flertalet av barnmorskorna upplevde inte en lika stor utmaning att vårda kvinnor med sekundär förlossningsrädsla eftersom att de hade mer kontreka självupplevda händelser som fått dem rädda efter tidigare förlossning. Barnmorskorna upplevde att det var lättare att bemöta sekundär förlossningsrädsla eftersom kvinnorna uttalade vad de var rädda för vilket underlättade vården för att få kvinnan tryggare och göra allt för att traumat i första förlossningen inte skall upprepas.

Primär är svårast, helt klart. Sekundär förlossningsrädsla det är oftast ganska konkret. Det är lättare att jobba med dem kvinnorna med för det är liksom, de här som är rädda för något som dem inte vet vad dem är rädda för, det är ju svårt! - BM 1

Barnmorskorna upplevde att vården av kvinnor som är fast bestämda att kejsarsnitt är enda tänkbara alternativet vid en förlossning som utmanande eftersom kvinnorna ofta är svåra att resonera med. Det förekommer att de förlossningsrädda kvinnorna använder hot om avbrytande mot barnmorskan för att redan tidigt i graviditeten få beviljat planerat kejsarsnitt. Eftersom barnmorskorna inte har befogenhet att lova kvinnorna ett kejsarsnitt kan de generera ett frustrerande och konfliktfyllt vårdande där de blir utmanade och hotade av förlossningsrädda kvinnor. Barnmorskorna upplevde vården som mycket påfrestande eftersom de försökte hjälpa kvinnorna som i sin tur svarar med hot.

*Det är väl det här att "Jag vill ha besked NU, annars så gör jag ett avbrytande!".
Det har man ju också hört några gånger. Och där kan man väl känna en frustration
för att ja, det funkar ju inte så. - BM 5*

Förutsättningar som främjar att vårda

Stöd och samarbete

Samtliga intervjuade barnmorskor beskrev att kollegialt stöd var avgörande för deras upplevelse av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla. Ofta beskrevs att stödet var av störst betydelse i samband med vård av kvinnor där utfallet blev av negativ art. Genom god kontakt och att de ställer upp för varandra skapades en trygg miljö för barnmorskorna att utföra sitt viktiga arbete. Det skapade en möjlighet att ventilerade sina känslor och bearbeta vad de upplevt i vården av kvinnorna vilket gav dem ny energi i deras fortsatta yrkeskarriär. Stödet upplevdes som en kraftgivande faktor och fungerade som motivation att fortsätta vårda kvinnor med förlossningsrädsla.

*Men det som är det absolut viktigaste, det är att ha god kontakt med sina kollegor.
Det är i alla fall min åsikt. - BM 1*

Vi ställer upp för varandra och det gör att man känner sig mer trygg. - BM 6

Barnmorskorna upplevde även att samarbetet med kollegor inom samma eller annan yrkesprofession på mottagningen var väsentligt för upplevelsen av att vårda förlossningsrädda kvinnor. I de fall där de förlossningsrädda kvinnorna var påfrestande för barnmorskan eller när hon inte kunde hjälpa kvinnan så fanns kollegorna till hjälp. Barnmorskorna beskriver hur de gav varandra råd och avlastning. Samarbetet var möjligt tack vare god stämning och högt i tak på mottagningarna. Flera uttryckte betydelsen av att kontinuerligt ha handledning med läkare och psykolog vilket gav positiva effekter på vårdandet. Barnmorskorna beskrev hur det fanns en informationsöverföring där kollegor handledde och var rådgivande åt mindre erfarna kollegor.

*Ibland känner vi kanske att vi har någon patient som är för mycket då kan det vara
att man delar på patienten helt enkelt. Alltså att hon träffar någon annan ett tag för
att man känner att det här fixar inte jag, det här är liksom för mycket för mig just nu.
- BM 3*

Organisatoriska faktorer

Barnmorskorna upplevde att de fann stöd i vården av förlossningsrädda kvinnor genom att använda sig av promemoria (PM) och riktlinjer. Barnmorskor nämner att det kan fungera som stöd i bedömning av grad av förlossningsrädsla och hur remisser till aurora ska vara utformade. Det beskrevs under intervjuerna hur barnmorskorna vid osäkerheter förlitade sig vid de bestämmelser som fanns och hur de effektiviserar vården. Eftersom riktlinjerna och PM är samstämmiga över regionen så minimeras risken att barnmorskornas vårdinsatser blir godtyckliga vilket kan leda till ojämlig vård. Risken för felbehandlingar minskar och barnmorskan behöver inte känna någon oro över vårdens kvalitet då hon följer riktlinjer och PM. Barnmorskorna upplevde att detta skapade en trygghet i yrkesrollen då det alltid fanns dokument med bestämmelser att luta sig emot och gå tillbaka till.

Sen har ju vi idag mycket tydligare PM som man kan luta sig till! - BM 1

Ja, men jag tänker att man får utgå från de PM vi har. - BM 4

Barnmorskorna upplevde att vidareutbildning utöver barnmorskeexamen vad till stor nytta i vården av förlossningsrädda kvinnor. Samtliga intervjuade barnmorskor förutom en hade utbildning i samtalsmetodik och de upplevde att användbarheten var stor i samtal med kvinnorna. De barnmorskor som hade utbildning i profylaxkursen föda utan rädsla använde metoderna i sin vård av kvinnorna och beskrev metoden som ett hjälpande verktyg. Det uttrycktes en önskan från barnmorskorna om ytterligare relevant utbildning som hjälp i vården med de förlossningsrädda kvinnorna och det fanns en uppfattning om att fortbildning skulle skapa trygghet i yrkesrollen för barnmorskorna. Barnmorskorna menar att det krävs fortbildning för att kunna upprätthålla en patientsäker och kvalitativ vård.

Men något som är viktigt om vi vill upprätthålla en god standard här ute är ju att vi får fortbildning också. - BM 1

Men tidigare har jag gått MI och det tycker jag man har god nytta av i detta - BM 3

Personliga faktorer

Erfarenhet och magkänsla var personliga faktorer hos barnmorskorna som upplevdes främjande för vården av förlossningsrädda kvinnor. Erfarenheten har byggts upp av flertalet vårdade kvinnor med olika utfall som har format barnmorskan och skapat hennes magkänsla. De intervjuade barnmorskorna beskrev att erfarenheter skapar magkänslan och att den sällan slår fel. I bedömningar använder barnmorskorna deras magkänsla som en riktlinje och vägvisare. Erfarenheterna som beskrivs kan ha uppkommit på den nuvarande arbetsplatsen eller från tidigare arbetsplats inom barnmorskeyrket. Fenomenet magkänsla var något de hade svårt att ta på eller förklara, men beskrevs återkommande av de intervjuade barnmorskorna. Det framkom under analysen att de barnmorskorna med minst yrkeserfarenhet tillförlitar sig mer åt styrande dokument och kollegialt samarbete och de erfarna beskrev sin magkänsla som styrande i arbetet.

Det är väl dels för att jag har jobbat länge och att man har sett mycket... man har lärt sig. Det är väl lite granna vårt hantverk som vi inte får förglömma, att vi faktiskt både har öron och kan se och kan känna. - BM 7

Men det är väl det man har varit med om, erfarenhet och magkänsla brukar jag gå på och jag har haft rätt hittills. - BM 6

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka barnmorskors upplevelse av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla på barnmorskemottagning. Eftersom barnmorskans upplevelser av fenomenet förlossningsrädsla har studerats i rådande studie har kvalitativ metod med innehållsanalys varit ett motiverat val. Innehållsanalys är vanligt att använda vid analys av texter som ska beskriva upplevelser eller erfarenheter (Dahlberg, 2014). Induktiv ansats är lämpligt att använda i studier där ett fenomen tidigare är bristfälligt beskrivet (Elo & Kyngäs, 2007). Induktiv ansats har lämpat sig att använda i denna studie eftersom den utgår från att analyser människors upplevelser genom att söka mönster i materialet så förutsättningslöst som möjligt, till skillnad från deduktiv ansats som innebär att analysen av materialet utgår från en färdig teori eller modell (Graneheim & Lundman, 2004). Grunden i kvalitativ dataanalys är att forskaren tolkar materialet. Förförståelse innebär kunskap och erfarenhet kring det valda fenomenet vilket diskuterats och varit i beaktande under hela studien. Genom att reflektera över sin förförståelse ger det en ökad medvetenhet om vilken betydelse förförståelsen har för resultatet (Polit & Beck, 2018). Forskarens förförståelse kommer alltid att färga och påverka tolkningen av det studerade ämnet (Priebe & Landström, 2012). Då det finns begränsad forskning i valt ämne, byggde författarnas förförståelse till stor del på erfarenheter från verksamhetsförlagd utbildning som förvärvats under barnmorskeutbildningen. Förförståelsen bygger också på normer och värderingar. Det kan vara hinder men även möjlighet för att skapa ny förståelse (Gadamer & Melberg, 1997).

Rekryteringen av barnmorskor var svår till följd av tidsbrist vilket kan ha berott på att den angivna tiden för intervjuerna uppfattades som lång i relation till mottagningens resurser. Vid kvalitativa intervjuer krävs att intervjuaren utvecklar, anpassar och följer upp att informanten utvecklar sitt svar, för att få fram det ändamålsenliga och syftet med studien som i detta fall är upplevelse av valt fenomen. Metoden ställer krav att intervjuaren är uppmärksam och engagerad (Lofland, 1972). Individuella semistrukturerade intervjuer genomfördes eftersom det är en öppen intervjuform där samtalet ges chans att förändras när informanten får berätta fritt. Öppna frågor där intervjupersonen får prata fritt om fenomenet är passande för att förståelsen ska bli djupare. Följdfrågor skapades under samtalets gång och på så sätt minskar risken för att intervjun präglas av författarnas förförståelse (Kvale, 2007). Om gruppintervjuer istället genomförts hade risken ökat att barnmorska inte svarat lika förutsättningslöst på grund av påverkan av kollegors berättelser och upplevelser. Gruppdynamiken kan också påverka då möjligheten finns att den person som har mest erfarenhet och kunskap tar kommandot (Jacobsen, 1993).

Variationen på antalet barnmorskor som arbetade på respektive barnmorskemottagning var stor och presenteras inte i metoden då deltagarna skulle riskera att inte längre vara konfidentiella. Samtliga barnmorskor som intervjuades informerades om detta innan inspelning påbörjades vilket möjligen kan ha bidragit till en mer avslappnad och trygg miljö att berätta fritt om sina erfarenheter och upplevelser (Kvale, 2007). Enligt Danielsson (2002) kan informanterna känna sig mer trygga och avslappnade om de själva får välja plats för

genomförande av intervjun. Det kan också ha bidragit till att informanterna i studien vågade beskriva sina upplevelser mer ingående.

För att en studie med kvalitativ metod ska uppnå en god vetenskaplig kvalitet bör arbetet bygga på fyra termer; *trovärdighet*, *pålitlighet*, *bekräftelsebarhet* och *överförbarhet*. För att säkra *trovärdigheten* kan en utomstående person läsa den preliminära tolkningen av resultaten för att försäkra sig om att analysen är grundad i data (Lincoln & Guba, 1985; Danielsson, 2012). Handledaren fick ta del av preliminära kategorier och underkategorier och kom med kritiska synpunkter och kommentarer. Forskningsproblemet har kunnat ses ur olika synvinklar då informanterna haft olika lång yrkeslivserfarenhet. Inget inkluderingskrav angavs gällande antal år inom yrket då det ansågs kunna tillföra intressant material till resultatet. Genom att studieförfattarna reflekterat över sin förförståelse kan *pålitlighet* påvisas. Förförståelsen diskuterades av författarna och en föreställning om förväntat resultat fanns som sedan både visade sig stämma och skilja sig från det resultat som analyserades fram av intervjuerna. Alla intervjuer genomfördes gemensamt. Transkriberingen delades upp och fördelades jämnt mellan studieförfattarna. I den ordagranna nedskrivningen försvinner uttryck som blickar, gester och kroppshållning och innebär därmed en viss typ av selektion och bearbetning av intervjun (Olsson & Sörensen, 2007). Till följd av detta kan det ha uppkommit syftningsfel vilket alltid är en risk vid intervjustudier. Risken att detta skulle påverka resultatet bedöms som mycket låg. *Bekräftelsebarhet* kan påvisas genom att urvalet av informanter och datainsamling beskrivs så detaljerat som möjligt (Lincoln & Guba, 1985). Hur rekrytering gick till, när intervjuerna spelades in och hur lång tid varje intervju tog är presenterat i studien och bidrar till studiens bekräftelsebarhet. *Överförbarhet* innebär huruvida resultatet i studien är överförbart till andra grupper, situationer eller kontexter. Innan överförbarheten av resultatet kan bedömas måste *trovärdighet*, *pålitlighet* och *bekräftelsebarhet* bedömas (Fejes & Thornberg, 2015). Inom den kvalitativa forskningen används *trovärdighet* och *tillförlitlighet* som begrepp vilket handlar om hur noggrant och strukturerat studieförfattarna har arbetat under forskningsprocessen (Thornberg & Fejes, 2015). I denna studie anses resultatet ge svar på syftet och genom att ha tydligt redovisat problem, syfte, metod och analys stärker det studiens *trovärdighet*. För att ytterligare stärka *trovärdigheten* i studien har ”Consolidated criteria for reporting qualitative research” (Coreq) granskningsmall använts.

Resultatdiskussion

Resultatet består av tre övergripande kategorier: *ett vårdande som väcker känslor*, *förutsättningar som försvårar att vårda* och *förutsättningar som främjar att vårda*.

Huvudfynden i studien ligger i att barnmorskan upplever faktorer som både främjar och försvårar vårdandet av förlossningsrädda kvinnor vilket kan ge en indikation på vart resurser bör läggas samt vilka delar av arbetet som bör främjas.

I Salomonsson, Wijma och Alehagen (2010) studie framkom att svenska barnmorskor upplever vårdandet av förlossningsrädda kvinnor som tidskrävande och känslomässigt påfrestande. De upplevde också att ansvaret för kvinnan lades på barnmorskan i hög grad. Resultatet av föreliggande studie är en av de få som undersökt barnmorskans upplevelse men liknar denna studies resultat vilket styrker tolkningen att resultatet är trovärdigt. I en studie gjord utifrån en kvantitativ metod framkom att drygt en tredjedel av barnmorskorna på en förlossningsavdelning inte upplevde tillräckliga kunskaper i att vårda förlossningsrädda

kvinnor på förlossningsavdelning. Barnmorskorna på förlossningsavdelningen uttryckte vikten av kontinuerligt professionellt stöd för kvinnorna med förlossningsrädsla (Salomonsson, Alehagen & Wijma, 2011). Även om studien har en kvantitativ metod och är utförd på barnmorskor yrkesverksamma på förlossningsavdelning så finns det likheter i resultatet. Således har den bristfälliga forskning som finns liknande resultat.

Ett vårdande som väcker känslor

I kategorin framkom att barnmorskorna upplevde att de påverkas emotionellt av att vårda förlossningsrädda kvinnor. Barnmorskorna beskrev hur olika möten påverkat dem utifrån vårdens utfall. Mander (2008) menar att det är intresset för en annans persons angelägenhet och genom att bli delaktig i dennes situation som stöd kan förmedlas. Teorin kan förklara barnmorskornas känslor. De investerar stort i kvinnors välbefinnande och går upp i deras känsloliv. Detta understryker barnmorskornas välvilja och engagemang i att förmedla stöd även på bekostnad av deras egna känsloliv. Bevis (1982) menar att vårdandet är djupt förenat med kärlek och eftersträvar att den vårdade personen skall befinna sig i en sådan miljö som möjliggör ett förverkligande av sig själv. Detta styrker att det är barnmorskornas kärlek till den vårdade kvinnan som är drivkraften även om det stundtals skapar påfrestande känslor för barnmorskan. Barnmorskans stöd blir förstärkt om relationen mellan kvinnan och barnmorskan var av personlig karaktär och om det finns en öppenhet dem emellan. Nilsson och Lundgren (2009) beskriver att god kontakt med en barnmorska är viktigt då det väcker en önskan att föda barn och samtidigt ges möjlighet till ökad kunskap om barnafödande. Vidare visar resultatet till föreliggande studie att kvinnors förlossningsrädsla kan förvärras om stöd inte erhålls från barnmorskan.

I underkategorin *ett vemodigt vårdande* berättar barnmorskorna om vård de upplevt under sin karriär och hur det har påverkat dem. De beskriver hur de upplevt sorg, ilska och besvikelse över den vårdade kvinnans situation. Det är tydligt att barnmorskorna har investerat mer än att bara möta ännu en gravid kvinna under en arbetsdag. Data påvisar att utmattningssyndrom och stressrelaterad psykisk ohälsa är särskilt förekommande hos personer som har mycket kontakter med människor i kombination med stress (Socialstyrelsen, 2003). Barnmorskor kan antas vara en utsatt yrkeskategori då de ofta har tät och nära patientkontakt och är därför något som är viktigt att uppmärksamma och diskutera för att förebygga att drabbas av syndromet. Likväl som barnmorskorna påverkades av negativa utfall så kunde de också glädjas med kvinnan och bli stärkta i sin yrkesroll vilket presenteras i underkategorin *ett stärkande vårdande*. Barnmorskorna berättar varmt om vårdande möten och privata möten där utfallen blivit lyckade. De blir stärkta och samlar på sig erfarenhet inför fortsatt vård. Barnmorskorna utstrålade en glöd när de berättade om sina upplevelser och studieförfattarna tror att den stärkande vården är en av anledningarna till att barnmorskorna fortsätter sitt arbete. Erikssons (2002) teori att kärleken och välviljan gentemot sin medmänniska ligger till grund för vårdandet har aldrig känts lika aktuell.

Förutsättningar som försvårar att vårda

Det framkom att barnmorskor upplever att den finns hinder som försvårar deras vård av förlossningsrädda kvinnor. De intervjuade barnmorskorna var entydiga i vad de ansåg hindra deras arbete. Den första underkategorin som framkom var *de bristande resurserna*. Barnmorskorna beskriver hur de upplever tidsbrist och att stort ansvar faller tillbaka på dem.

Upplevelsen är att barnmorskorna vänder och vrider på alla stenar för att uppfylla kvinnans behov och önskemål. Hildingsson, Westlund och Wiklund (2013) genomförde en studie på tusen svenska barnmorskor och kom fram till att resursbrist och för stor arbetsbörda är några av de vanligaste orsakerna till utmattningssyndrom. Internationella studier visar att allt fler barnmorskor lämnar sitt yrke till följd av hög arbetsbelastning, stress och påtvingat ansvar (Hildingsson, Westlund & Wiklund, 2013; Hayes, O'Brien-Pallas, Duffield, Shamian, Buchan, Hughes, SpenceLaschinger, North & Stone, 2006; Curtis, Ball, & Kirkham, 2006; Hunter, 2004 & Hunter, 2005). Det är alltså av största vikt att resurser tillförs och att ansvaret fördelas mellan yrkeskategorierna. Utveckling av vården sker ständigt och genom effektivisering kan resurser sparas. Barnmorskorna uttryckte att de blivit mer restriktiva i vilka de bokar tid för hos läkaren samt i vilka de remitterar till auroramottagningen. Detta är en konsekvens av den påtagna resursbrist som leder till ojämnlik vård. Kvinnor som hade remitterats till aurora om det fanns resurser prioriteras nu ned. En skuld kan då infinna sig hos barnmorskan som lägger allt större arbetsbörda på sina axlar. Detta skulle kunna generera en ond spiral på barnmorskemottagningarna och skapa hinder för barnmorskan i vårdandet av förlossningsrädda kvinnor.

Underkategorin som skapade *omgivningens påverkan* grundar sig i att barnmorskorna upplevde att samhällets kultur och information som sprids via media skapar hinder i vården av förlossningsrädda kvinnor. De kvinnor som kommer till mottagningen återberättar upplevelser från andra kvinnor de läst om i media eller fått återberättat av en anhörig. Denna ofta felaktiga och överdrivna bild skapar onödigt rädsla och oro hos kvinnorna som utvecklar ett större behov av vård och stöd från barnmorskan. Betts, Dahlen och Smith (2013) menar att kvinnor använder diskussionsforum på internet som en plats där de anonymt kan dela tankar och känslor för att finna stöd och få förståelse. De uttrycker känslor relaterade till graviditet men också privatliv som relation med partner samt kvinnans psykiska hälsa. Deltagarna samtalar på ett sätt som framställer dem som experter inom det diskuterade området. Lagan, Sinclair & Kernohan (2011) visar kontrast till detta då kvinnor som tillägnar sig kunskap via internet främst beskrivs uppleva stress och rädsla. Det anses uppkomma till följd av att de inte är förberedda på att de diskuterade ämnena är andra kvinnors skräckhistorier kring förlossningar, vilket skapar onödigt oro. Barnmorskorna upplever att de motarbetas av information som sprids via internet men trots detta har de en förståelse för att kvinnorna har ett behov av att reflektera över sina upplevelser. Det ökade vårdbehovet till följd av detta är ur ekonomisk synpunkt och resursaspekt mycket negativ. Om de förlossningsrädda kvinnorna undviker att ta del av de extrema och skrämmande historier som cirkulerar på internet så hade möjligtvis de inte upplevt en förlossningsrädsla. Barnmorskan hade i sin tur vårdat en mindre förlossningsrädd kvinna och resurser samt ekonomiska medel hade sparats. De intervjuade barnmorskorna ansåg sig också uppleva ett allt mer växande kontrollbehov i samhället. Upplevelserna var att dagens kvinnor generellt är mer högt utbildade och planerar sitt liv långt i förväg. Detta skapar ett kontrollbehov där kvinnan förväntar sig kunna styra även något så oförutsägbart som en graviditet och förlossning. Bristen på kontroll skapar rädsla och frustration vilket kan ta sig i uttryck som förlossningsrädsla och önskan om planerat kejsarsnitt.

Underkategorin *den svårvårdade kvinnan* bygger på barnmorskornas upplevelse av den mest utmanande och svåra kvinnan att vårda. De beskriver hur kvinnor till följd av rädsla inte är kapabla att samtala eller läsa om förlossningen. Kvinnorna vet ofta inte för vad eller varför det är rädda vilket gör vården ytterligare komplicerat. Eriksson, Jansson och Hamberg (2006)

beskriver att det finns kvinnor som tränger bort tankar på förlossningsrädslan och undviker att försöka bearbeta den. De menar att intresse och bemötande är en viktig förutsättning för kvinnor att kunna tala om rädslan med barnmorskan. Samtliga av de intervjuade barnmorskorna uttryckte en vilja att kvinnorna skulle vara benägen att diskutera sina tankar. De berättade om hur de ur olika infallsvinklar och genom stöd försökte få kvinnorna mer samarbetsvilliga. Det komplicerade vårdandet berodde således inte på bristande engagemang eller välvilja från barnmorskan. Dock framkommer att barnmorskor har upplevt känslor som frustration och ilska när förlossningsrädda kvinnor tidigt i graviditeten hotar eller ”ställer dem mot väggen”. Några av de intervjuade barnmorskorna ansåg att kvinnan borde reflekterat och bearbetat sin rädsla innan bekräftad graviditet och inte hota om avbrytande för att få igenom en önskan om planerat kejsarsnitt. Barnmorskorna understryker att känslorna är något de inte visar eller påtalar till kvinnan. Det är naturligt att personliga känslor samverkar med ens inre trots att man befinner sig i en professionell miljö. Genom att medvetandegöra och acceptera ens känslor men inte låta dem påverka vården skapas en sund balans mellan privatpersonen och den yrkesverksamma barnmorskan.

Förutsättningar som främjar att vårda

De intervjuade barnmorskorna berättade om vad dem upplever är främjande i vården av förlossningsrädda kvinnor. Den första underkategori som bildades var stöd och samarbete. Barnmorskorna ansåg att det kollegiala stöd och samarbete kollegor emellan var av ytterst vikt i vårdens av förlossningsrädda kvinnor. När en barnmorska upplevde att om hon inte hade förmåga ansvara för en kvinna ensam så delades ansvaret upp. En kollega kunde således ta över kvinnans graviditet under en bestämd tidsperiod. Hildingsson, Karlström, Haines & Johansson (2016) har undersökt kvinnors upplevelse av att ansvaras av samma barnmorska under graviditeten, på förlossningen och tiden postpartum. Resultatet visar att kvinnor med förlossningsrädsla har ett särskilt stort behov av kontinuitet med den ansvariga barnmorskan. Detta skapar ett dilemma då barnmorskan har ett behov av avlastning samtidigt som hänsyn mot den gravida kvinnan måste bejakas. Om ytterligare resurser tillförts till läkartider eller psykologtider kanske barnmorskan inte hade upplevt samma påfrestning och därmed klarat behålla kontinuiteten men kvinnan. Under kategorin de bristande resurserna redovisas hur barnmorskorna kompenserar för bristande resurser genom att boka in tid fler tider i egen tidbok istället vilket styrker behovet av stöd och samarbete. Barnmorskorna beskrev hur de fann stöd och chans till bearbetning hos kollegor. Behovet av stöd utmärkte sig starkast i samband med vårdande som presenterats i underkategorin ett vemodigt vårdande. Kollegorna hade en viktig funktion i yrkesmässig utveckling då de gav rådgivning, stöd och guidade varandra. Genom reflektionsmöten skapades möjligheter att ventileras och diskutera händelser eller situationer i större grupp och med fler yrkeskategorier. Barnmorskorna menade att reflektionsmötena ibland kortades ner eller prioriteras bort. Sheen, Spiby och Slades (2016) studie fann att barnmorskor som upplevt traumatiska händelser inom perinatalvården värderade att samtala om händelsen med kollegor samt stöd från äldre kollegor och handledare mycket högt som hjälp i bearbetningen. Stöd och samarbete kollegor emellan är något som skall främjas och det är oroväckande när barnmorskor flaggar för att detta prioriteras bort trots den viktiga och nödvändiga funktionen. Barnmorskorna menade att de alltid kunde lyfta patientfall som de var osäkra på eller behövde diskutera och det fanns alltid gott stöd hos såväl mödravårdsläkare som psykolog.

Den andra underkategorin som framkom under *förutsättningar som främjar att vårda* var *organisatoriska faktorer*. Barnmorskorna beskrev sin upplevelse av hur styrande dokument som PM och riktlinjer kunde vara till hjälp i vården av förlossningsrädda kvinnor. Dokumenten beskrevs som något man kunde luta sig åt och ha tilltro till om osäkerheten tog över. Det framkom under intervjuerna att det nuvarande PM för handläggning vid förlossningsrädsla uppdaterats samt att en patientinformation tillkommit. Uppdateringen var till synes mycket uppskattad av barnmorskorna och kom till stor nytta i vården. Samtliga av de intervjuade barnmorskorna förutom en hade gått kurser inom samtalsmetodiken *motiverande samtal (MI)*. Samtalsmetodiken var mycket uppskattad och användes regelbundet i samtalen med förlossningsrädda kvinnor. Barnmorskorna upplevde att de hade nytta av metoden i vårdandet och det skapade en trygghet under djupa utmanande samtal. Barnmorskorna som inte haft möjlighet att gå kursen stod näst på tur på mottagningen. En av de intervjuade barnmorskorna var instruktör i *föda utan rädsla*. Hon beskriver hur de verktyg hon erhållit under instruktörsutbildningen hjälper henne i vården samt gör upplevelsen av vårdandet mer tryggt. Hennes uppfattning var att yrkesverksamma barnmorskor på barnmorskemottagning skulle ha stor nytta av att ha genomgått kursen. Ytterligare en av de intervjuade barnmorskorna hade medverkat vid en föda utan rädsla-kurs. Hon upplevde också att kursen var användbar i vårdandet av förlossningsrädda kvinnor, bland annat för att kvinnan och paren kunde reflektera med henne vid nästa besök och hon visste vad kvinnan och paren fått för verktyg med sig därifrån. I en studie av Salomonsson, Alehagen och Wiljma (2011) framkom att trettiofyra procent utav samtliga barnmorskor på en förlossningsavdelning ansåg att kvinnor med förlossningsrädsla endast bör vårdas utav barnmorskor med specialkompetens inom området för förlossningsrädsla. Dubbelt så många barnmorskor på barnmorskemottagning hade samma uppfattning. Konsensus var att samtliga intervjuade barnmorskor hade en positiv inställning till mer utbildning och ansåg detta vara en viktig faktor för att kunna upprätthålla en vård med hög kvalitet samt för att skapa en trygghet hos barnmorskorna i vårdandet av förlossningsrädda kvinnor.

Personliga faktorer är den sista underkategorin i kategorin *förutsättningar som främjar att vårda*. Barnmorskorna beskriver hur de upplever sig influeras av fenomenet magkänslan i flertalet bedömningar. Det framkommer tydligt att magkänslan är något svårförklarad men barnmorskorna upplever att det är något som byggts upp med erfarenheten. Fry (2016) beskriver magkänslan och intuitionen som ett komplicerat fenomen baserat på erfarenhet inkluderade subtila ledtrådar, egna känslor, kroppskänsliga sensationer, bilder och drömmar. Fenomenet gav praktikrelevant kunskap som tjänade på olika nivåer inom den kliniska vården inom yrket. De intervjuade barnmorskorna upplever att de ofta använder sig av magkänslan i bedömning av vilket nivå av förlossningsrädsla en kvinna har. De anser att magkänslan styr i beslutet om vilka kvinnor som är i behov av läkarkontakt eller remiss till aurore. Barnmorskornas upplever inget behov av att definiera grad av förlossningsrädsla och brukar inte tydliggöra detta i remisser. En av de intervjuade barnmorskorna har tidigare arbetat på aurore, något hon beskriver har utvecklat hennes magkänsla via erfarenhet att vårda förlossningsrädda kvinnor. Hon uttrycker att den trygghet som magkänslan skapar utstrålas till kvinnan som får ökat förtroende. Om magkänslan baseras på erfarenhet kan det betyda att mindre erfarna barnmorskor har svårare att vårda samt att kvinnornas förtroende för dessa är lägre. De barnmorskor som lider brist på erfarenhet kan finna stöd och samarbete hos kollegor och i PM. Resultatet visar således att de påverkbara faktorer som gynnar barnmorskans upplevelse av att vårda förlossningsrädda kvinnor är kollegialt stöd och samarbete samt PM.

Erfarenhet och magkänsla byggs upp i varje vårdande situation och under tiden kommer alltid kollegorna dela med sig av sin.

Slutsats

Barnmorskor upplever att det påverkar dem känslomässigt att vårda kvinnor med förlossningsrädsla och det både finns faktorer som främjar och försvårar vården. De främjande faktorerna är framförallt kollegialt stöd, riktlinjer och promemoria samt yrkesmässig erfarenhet. De faktorer som försvårar vården är brist på resurser, omgivningens påverkan i form av media och anhöriga samt de kvinnor som inte medverkar i vården fullt ut.

Förslag till vidare forskning

Förslag till vidare forskning skulle vara att genomföra en identisk kvalitetsstudie på ett större antal barnmorskor för att se om materialitet är överförbart över hela landet. Studien skulle också kunna genomföras med förlossningsrädda kvinnor som informanter för att se om de upplever samma hinder som barnmorskorna. Den typen av studie har inte utförts och det skulle utvärdera om också kvinnorna upplever att deras vård påverkas av utomstående faktorer.

Praktiska implikationer

Barnmorskorna och verksamhetschefer kan läsa denna studie och reflektera över sitt egna och barnmorskemottagningens arbetssätt. De kan upptäcka att de saknar eller har brister inom de områden som främjar barnmorskors upplevelse av att vårda förlossningsrädda kvinnor eller upptäcka behov av förbättringsarbeten inom de områden som försvårar vården. Genom studien kan barnmorskor få en djupare förståelse för hennes upplevelse av att vårda förlossningsrädda kvinnor samt finna stöd i att andra barnmorskor upplever detsamma.

Referenslista

- Alehagen, S. (2016). Förlossningsrädsla. I H, Lindgren, K, Christensson, A-K, Dykes, *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde* (s. 407-415). Lund: Studentlitteratur.
- Areskog, B., Uddenberg, N., & Kjessler, B. (1981). Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 12(5), 262-266.
- Berg, M. (2009). Värdegrunden för barnmorskans yrkesutövning. I A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lundgren (red.), *Lärobok för barnmorskor*. (3., [rev.] uppl. s. 47-51) Lund: Studentlitteratur.
- Berg, M. (2010). Vårdandets värdegrund vid barnafödande. I M. Berg, M., & Lundgren, I. (red). *Att stödja och stärka – Vårdande vid barnafödande* (2., [rev.] uppl. s. 29-43). Lund: Studentlitteratur.
- Berg, M., & Lundgren, I. (2010). Att vårda vid barnafödande är att stödja och stärka. I M. Berg & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka: Vårdande vid barnafödande* (s. 237-241). Lund: Studentlitteratur.
- Berg, M., Lundgren, I., Hermansson, E., & Wahlberg, V. (1996). Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*, 12(1), 11-15.
- Berg, M. & Premberg, Å. (2010). Att bli förälder. I M. Berg. & I. Lundgren (red.), *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. (2., [rev.] uppl. s. 69-83) Lund: Studentlitteratur.
- Betts, D., Dahlen, H. & Smith, C. (2013). A search for hope and understanding: An analysis of threatened miscarriage internet forums. *Midwifery*, 30(6), 650-656.
- Bevis, E. (1982). *Curriculum Building in Nursing, a Process*. 3 uppl. The C.V. Mosby Company.
- Bewley, S., & Cockburn, J. (2002). Responding to fear of childbirth. *The Lancet*, 359(9324), 2128-2129.
- Codex. (2016). Informerat samtycke. Hämtad 2019-12-20, från <http://www.codex.vr.se/manniska2.shtml>
- Collberg, P., & Ellis, J. (2014). Mödrahälsovårdens mål och innehåll. I Hagberg, H., Maršál, K., & Westgren, M. (Red.), *Obstetrik*. (2. uppl.) (s. 141-151). Lund: Studentlitteratur.

Consolidated criteria for reporting qualitative research (u.å). *Coreq*. Hämtad 2020-01-09 från http://cdn.elsevier.com/promis_misc/ISSM_COREQ_Checklist.pdf

Curtis, P., Ball, L., & Kirkham, M. (2006). Why do midwives leave? (Not) being the kind of midwife you want to be. *British Journal of Midwifery*, 14(1), 27-31.

Dahlberg, K. (2014). Att undersöka hälsa & vårdande. Stockholm: Natur och kultur.

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: I teori och praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. M. Henricson (Red.), Vetenskaplig teori och metod. (1. uppl. s. 330-340). Lund: Studentlitteratur.

Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Wigert, H., Hessman, E., Sjöblom, H & Sparud-Lundin, C. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth*, 32(2), 99-111.

Ekberg, M. (1995). *I livets tjänst. Om barnmorskans ideologi och yrke*. Stockholm; svenska barnmorskeförbundet.

Ellis, J., & Lilliecreutz, C. (2017). *Förlossningsrädsla* (Rapport 77:3). Hämtad 191115 från Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologis webbplats: https://www.sfog.se/natupplaga/1005623_A2fb46497-d45b-466d-8126-c58e99fe856d.pdf

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62 (1), 107-115.

Eriksson, K. (1981). *Vårdprocessen: En utgångspunkt för läroplanstänkande inom vårdutbildningen*. Helsinki: Yliopisto.

Eriksson, K. (2002). Caring Science in a New Key. *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 61-65.

Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen* (5. uppl.). Stockholm: Liber.

Eriksson, K. (2015). *Vårdandets idé* (2. uppl.). Stockholm: Liber.

Eriksson, C., Jansson, L., & Hamberg, K. (2006). Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery*, 22(3), 240-248.

Fejes, A. & Thornberg, R. (2015). Kvalitativ forskning och kvalitativ analys. A. Fejes. & R. Thornberg (Red.), *Handbok i kvalitativ analys*. (2. uppl. s. 24). Stockholm: Liber AB

- Fry, J. (2016). *A Descriptive Phenomenological Study of Independent Midwives' Utilisation of Intuition as an Authoritative Form of Knowledge in Practice*. PQDT - UK & Ireland.
- Gadamer, H., & Melberg, A. (1997). *Sanning och metod: I urval*. Göteborg: Daidalos.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Haapio, S., Kaunonen, M., Arffman, M., & Åstedt-Kurki, P. (2017). Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: an RCT. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(2), 293-301.
- Hall, E & Wigert, H. (2010). Familjeinriktad neonatalvård. I M. Berg. & I. Lundgren (red.), *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. (2., [rev.] uppl. s. 191-204) Lund: Studentlitteratur.
- Halldórsdóttir, S., & Karlsdóttir, S. I. (1996). Empowerment or discouragement: Women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth. *Health Care for Women International*, 17(4), 361-379.
- Halvorsen, L., Nerum, H., Sørli, T., & 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.
- Helk, A., Spilling, H., & Smeby, N. (2008). Psychosocial Support by Midwives of Women with a Fear of Childbirth: A Study of 80 Women. *Vård I Norden*, 28(2), 47-49.
- Heli, S. (2019). *Föda utan rädsla*. Stockholm: Bonnier.
- Hayes, L., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Spence Laschinger, H., North, N & Stone, P. (2006). Nurse turnover: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 237-263.
- Hildingsson, I., Karlström, A., Haines, H., & Johansson, M. (2016). Swedish women's interest in models of midwifery care – Time to consider the system? A prospective longitudinal survey. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 27-32.
- Hildingsson, I., Nilsson, C., Karlström, A., & Lundgren, I. (2011). A longitudinal survey of childbirth-related fear and associated factors. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 40(5), 532-543.
- Hildingsson, I., Westlund, K., & Wiklund, I. (2013). Burnout in Swedish midwives. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(3), 87-91.

- Hofberg, K., & Ward, M. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*, 79(935), 505-10, quiz 508-10.
- Hunter, B. (2004). Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*, 20(3), 261-272.
- Hunter, B. (2005). Emotion work and boundary maintenance in hospital-based midwifery. *Midwifery*, 21(3), 253-266.
- Hunter, L. P. (2009). A descriptive study of "Being with woman" during labor and birth. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 54(2), 111-118.
- Höjeberg, P. (2000). *Tröskelkvinnor. Barnafödande som kultur*. Stockholm: Carlsson.
- Höjeberg, P. (2011). *Jordemor*. Stockholm: Carlsson.
- International Confederation of Midwives. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. Hämtad 191113 från <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- Internationella etiska koden för barnmorskor (1999). *Svenska barnmorskeförbundet*. Hämtad 191128 från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf>
- Jacobsen, J. K. (1993). *Intervju, konsten att lyssna och fråga*. Lund: Studentlitteratur.
- Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (2009). *Lärobok för Barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.
- King, H. (1998). *Hippocrates woman. Reading the female body in ancient greece*. London: Routledge.
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. London: SAGE.
- Lagan, B. M., Sinclair, M., & Kernohan, W. G. (2011b). What Is the Impact of the Internet on Decision-Making in Pregnancy? A Global Study. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 38(4), 336- 345.
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif.: Sage.
- Lofland, J. (1972). Analyzing Social Settings: A Guide to Qualitative Observation and Analysis. *Journal of Extension*, 10(3), 63.
- Lukasse, M., Schei, B., & Ryding, E-L. (2014). Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(3), 99-106.

- Lukasse, M., Vangen, S., Øian, P., Kumle, M., Ryding, E. L., Schei, B., & Bidens Study Group. (2010). Childhood Abuse and Fear of Childbirth- A Population-based Study. *Birth*, 37(4), 267-274.
- Lundgren, I. Den svenska barnmorskeprofessionens historia. (2016). I H. Lindgren, K, Christensson & A. Dykes. (Red.), *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär., & B. Höglund-Nielsen, Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Mander, R. (2008). *Supportive Care and Midwifery*. Oxford, UK: Blackwell Science.
- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning- en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Maršál, K., Hagberg, H., Westergren, M., (2014). Fostrets normala utveckling och fysiologi. I Hagberg, H., Maršál, K., & Westgren, M. (Red.), *Obstetrik*. (2. uppl. s. 37-51). Lund: Studentlitteratur.
- Melender, H. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 29(2), 101-111.
- Nieminen, K., Stephansson, O., & Ryding, E. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 88(7), 807-813.
- Nilsson, C., & Lundgren, I. (2009). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25(2), 1-9.
- Noddings, N. (1984). *Caring. A feminine Approach to Ethics and Moral Education*. University of California Press: Berkeley.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (3. uppl.). Stockholm: Liber.
- Onell, C., & Thelin, K. Barnmorskans arbete med förlossningsrädda mammor. (2005). I B, Sjögren (Red.), *Psykosocial obstetrik – kropp och själ och barnafödande*. Lund: Studentlitteratur.
- Petti, V. (2000). *Norstedts stora engelsk-svenska ordbok = Norstedts comprehensive English-Swedish dictionary* (3., [utök.] uppl. ed.).
- Polit, D., & Beck, C. (2012). *Nursing research : Generating and assessing evidence for nursing practice* (9.ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Priebe, G., Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I Henricson, M (red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 31-50). Lund: Studentlitteratur

Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Gissler, M., Halmesmäki, E., & Saisto, T. (2011). Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118(9), 1104-1111.

Ryding, E-L. (2014) Psykologiska aspekter på graviditet och förlossning. I Hagberg, H., Maršál, K., & Westgren, M. (Red.), *Obstetrik*. (2. uppl. s. 127-140). Lund: Studentlitteratur.

Ryding, E-L. (2017). *Förlossningsrädsla* (Rapport 77:1). Hämtad från Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologis webbplats:
https://www.sfog.se/natupplaga/1005623_A2fb46497-d45b-466d-8126-c58e99fe856d.pdf

Ryding E-L., & Sundell G. (2004). *Förlossningsrädsla- Definitioner och diagnostik*. (Rapport 51:7) Hämtad från
https://www.sfog.se/natupplaga/nr51_med omslag3892c621-81ca-4830-97a1-b8c146bd3bb2.pdf

Ryding EL, Wijma K, Wijma B. (1998). Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 77:5 42-7.

Ryding, E., Wirfelt, E., Wängborg, I., Sjögren, B., & Edman, G. (2007). Personality and fear of childbirth. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 86(7), 814-820.

Räisänen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R., & Heinonen, S. (2013). Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ open*, 3(11), e004047.

Saisto, T., & Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201-208.

Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J., Könönen, T., & Halmesmäki, E. (2001). A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstetrics & Gynecology*, 98(5), 820-826.

Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., & Halmesmäki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 108(5), 492-498.

Saisto, T., Toivanen, R., Salmela-Aro, K., & Halmesmäki, E. (2006). Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 85(11), 1315-1319.

- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J-E, Halmesmäki E. (2001). Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* 80:39-45.
- Salomonsson, B., Alehagen, S., & Wijma, K. (2011). Swedish midwives' views on severe fear of childbirth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(4), 153-159.
- Salomonsson, B., Wijma, K., & Alehagen, S. (2010). Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*, 26(3), 327-337.
- Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (1996). *Vård. Ett uttryck för omsorg*. Stockholm: Liber.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Socialdepartementet. Hämtad 191211 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
- Sheen, K., Spiby, H., & Slade, P. (2016). The experience and impact of traumatic perinatal event experiences in midwives: A qualitative investigation. *International Journal of Nursing Studies*, 53(C), 61-72.
- Socialstyrelsen. (2003). *Utmattningsyndrom, stressrelaterad psykisk ohälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen. Artikel nr: 2003-123-18: 28-34
- SOU 1997:161. *Stöd i föräldraskapet*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.
- Svenska Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 191113 från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>
- Svenska akademien. (1997). *Svenska akademiens ordbok*. Göteborg: OSA-projektet.
- Svenska barnmorskeförbundet. (2019). *Barnmorskeutbildning*. Hämtad 20191211 från <https://www.barnmorskeforbundet.se/barnmorskan/barnmorskeutbildning/>
- Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG). (2004). Arbete- och Referensgruppen. *Förlossningsrädsla* (Rapport 51).
- Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG). (2016) *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa* (Rapport 76).
- Sjögren, B. (1997). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 18(4), 266-272.
- Sjögren, B. (1998). Fear of childbirth and psychosomatic support - A follow up of 72 women. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 77(8), 819-825.

Stoll, K., Hall, W., Janssen, P. & Carty, E. (2014). Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery*, 30, 220-226.

Storksens, H., Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 91(2), 237-242.

Størksen, H., Garthus-Niegel, S., Vangen, S., & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 92(3), 318-324.

Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., & Rubertsson, C. (2016). Pregnant women's thoughts when assessing fear of birth on the Fear of Birth Scale. *Women and Birth*, 29(3), e44-e49.

Thomson, G., & Downe, S. (2008). Widening the trauma discourse: the link between childbirth and experience of abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 268-273.

Vetenskapsrådet (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 2019-11-13 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., Mollberg, M & Patel, H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: A metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), 1704484.

Wijma, K. (2003). Why focus on 'fear of childbirth'? *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24(3), 141-143.

World Health Organization (1996) *Care in normal childbirth: a practical guide. Safe Motherhood, Family and Reproductive*. Hämtad 191129 från http://www.midwiferyservices.org/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf

World Medical Association (2008). *Declaration of Helsinki*. Hämtad 2019-11-13 från <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2008.pdf>

World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. (2001). *Bulletin of the World Health Organization*, 79(4), 373-374. Hämtad 2019-11-12 från https://gu-se-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/fulldisplay?docid=TN_medline11357217&context=PC&vid=46GUB_VU1&lang=sv_SE&search_scope=default_scope&adaptor=primo_central_multiple_fe&t

[ab=default_tab&query=any,contains,World%20Medical%20Association%20Declaration%20of%20Helsinki&sortby=rank](#)

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

Bilaga 1



Till **GÖTEBORGS UNIVERSITET** berörda **vårdenhetschefer och verksamhetschefer**

Förfrågan om intervjuer med barnmorskor

Vi är två sjuksköterskor som läser barnmorskeprogrammet 90 Hp på Göteborgs universitet som genomför vår magisteruppsats i reproduktiv och perinatal hälsa. Vi skriver till Er med anledning av att vi avser att studera barnmorskors upplevelser av att vårda kvinnor som lider av förlossningsrädsla. Vi ämnar genomföra en kvalitativ semistrukturerad intervjustudie. Med detta brev önskar vi få tillåtelse att genomföra studien hos Er, vi önskar även att kunna ta del av verksamhetens rutiner samt statistik för att komplettera uppsatsen med den bakgrundsinformationen. Studien vänder sig till yrkesverksamma barnmorskor på barnmorskemottagning.

Studiens bakgrund och syfte

Förlossningsrädsla är ett utbrett samhällsproblem eftersom en fjärdedel av alla gravida kvinnor känner mer än bara klassisk oro inför förlossningen. Rädslan kan medföra psykiskt illabefinnande som påverkar kvinnans vardag, funktioner eller anknytning till fostret, eller leder till begäran om kejsarsnitt. Detta skapar ett behov av kunskap hos barnmorskor om förlossningsrädsla för att på ett tryggt sätt bemöta kvinnorna. Studieförfattarna har erfarit att barnmorskor upplever mötet med förlossningsrädda kvinnor olika och med varierande känslor vilket kan leda till ojämlig vård samt

osäkerhet hos barnmorskan och den förlossningsrädda kvinnan. Studien kommer att undersöka barnmorskans upplevelse av att vårda förlossningsrädda kvinnor genom att de i ett intervjusammanhang får berätta sina upplevelser och tankar.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras genom enskilda intervjuer av barnmorskor efter att barnmorskorna har fått information samt ett informerat samtycke är signerat. Intervjuerna kommer att ske på barnmorskemottagning, spelas in och senare transkriberas. Beräknad tid för samtalet är cirka 45 minuter. Samtalet mellan intervjuare och forskningsperson kommer att bestå av frågor som berör barnmorskans upplevelse av att vårda och bemöta kvinnor med olika grader av förlossningsrädsla. Intervjuerna kommer inte att påverka den övriga vården. Den information som framkommer under intervjun kommer endast att användas i studiesyfte. Endast forskningspersonal som genomför studien samt ansvarig handledare från Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet. Samtlig hantering av personuppgifter regleras utifrån EU regler (EUs dataskyddsförordning). För att säkerställa att enskilda individer inte kan identifieras i det resultat som presenteras i studien så kommer identifikationsuppgifter att exkluderas ur studien. Deltagande i studien är helt frivilligt och barnmorskan kan när som helst välja att avbryta sin medverkan. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå. Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna personer och kommer att redovisas i en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet.

Ansvariga för studien

Maja Holmstedt
Leg. Sjuksköterska
Tel: 076-3XXXXXX
gusmajaho@student.gu.se

Linn Loft
Leg. Sjuksköterska
Tel: 076-1XXXXXX
gusloftli@student.gu.se

Handledare
Anna Wessberg
Tel: 070-7XXXXXX
Anna.XXXXXX@XX.se



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Samtycke

till

utförande av studie på berörd enhet/verksamhet

Härmed ger jag mitt samtycke till att studien genomförs enligt beskrivning ovan.

Enhet/Verksamhet:

Datum: _____

Namnunderskrift:

Namnförtydligande:

Ansvariga för studien

Maja Holmstedt
Leg. Sjuksköterska
Tel: 076-3XXXXXX
gusmajaho@student.gu.se

Linn Loft
Leg. Sjuksköterska
Tel: 076-1XXXXXX
gusloftli@student.gu.se

Handledare
Anna Wessberg
[Tel: 070-7XXXXXX](tel:070-7XXXXXX)
Anna.XXXXXX@XX.se

Bilaga 2

Öppningsfrågor:

Hur länge har du arbetat som barnmorska?

Hur många år har du arbetat på barnmorskemottagning?

Har du gått någon internutbildning i ämnet förlossningsrädsla?

Intervjufrågor:

Vad är din upplevelse av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla?

Upplever du några hinder i vården av en förlossningsrädd kvinna?

Hur upplever du det är att bedöma vilken nivå av förlossningsrädsla kvinnan har och när du skall remittera en kvinna eller ej?