

Ett utmanande möte

Barnmorskors upplevelser av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla

FÖRFATTARE	Karin Ahlén Sandra Blomgren
PROGRAM/KURS	Examensarbete - magisternivå, 15 högskolepoäng/ Reproduktiv och Perinatal hälsa HT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Helena Lindgren
EXAMINATOR	Tone Ahlborg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel:	Ett utmanande möte – Barnmorskors upplevelser av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla
Title:	A challenging meeting – Midwives' experiences of caring for women with fear of childbirth
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Barnmorskeprogrammet/ Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa/ 15 högskolepoäng/RPH100
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	37 sidor
Författare:	Karin Ahlén, Sandra Blomgren
Handledare:	Helena Lindgren
Examinator:	Tone Ahlborg

SAMMANFATTNING

Förlossningsrädsla är ett vanligt förekommande problem och antalet kvinnor som söker vård har ökat markant. Kunskap om hur barnmorskan upplever det att vårda kvinnor med förlossningsrädsla är begränsad men visar på att barnmorskor upplever vården av dessa kvinnor som tidskrävande och känslomässigt påfrestande. Syftet med studien var att beskriva barnmorskors upplevelser av mötet med och vården av kvinnor med förlossningsrädsla, på förlossningsavdelningen. Åtta barnmorskor från två olika förlossningsavdelningar i Västra Götalandsregionen intervjuades. Intervjuerna analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visade att barnmorskorna upplevde det krävande och utmanande att vårda kvinnor med en odiagnostiserad förlossningsrädsla. Det ansågs inte mer krävande att vårda kvinnor som gått i aurasamtal jämfört med de kvinnor som ej led av förlossningsrädsla. Barnmorskornas trygghet i professionen hade betydelse för hur vården av och mötet med kvinnor med förlossningsrädsla upplevdes av barnmorskorna.

Nyckelord: barnmorskor, upplevelser, förlossningsrädsla, möte, vård.

ABSTRACT

Fear of childbirth is a common problem in today's society and the number of women who seek care for this problem is increasing significantly. Studies on the subject of midwives' experiences of caring for women with fear of childbirth are limited. Research shows that midwives experience the care of these women as time consuming and emotionally draining. The aim of this study was to describe midwives' experiences of caring for women with fear of childbirth in the labor ward. Eight midwives from two different labor wards in the west of Sweden were interviewed. The results showed that the midwives experienced the care of women with an undiagnosed fear of childbirth as demanding and challenging. The midwives did not experience any difference between caring for women who had been treated at an antenatal clinic and those women who did not suffer from fear of childbirth. The midwives knowledge in the profession had an impact on the midwives experience of the meeting and care for women with fear of childbirth.

Keywords: midwives, experience, fear of childbirth, meeting, care.

Innehåll

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
FÖRLOSSNINGSVÅRDENS HISTORIA	1
BARNMORSKANS ROLL	2
<i>Vårdmötet</i>	2
FÖRLOSSNINGSRÄDSLOR	3
<i>Definition av förlossningsrädsla</i>	3
<i>Orsaker till förlossningsrädsla</i>	4
<i>Diagnostisering av förlossningsrädsla</i>	5
<i>Elektivt kejsarsnitt</i>	5
BARNMORSKANS FÖREBYGGANDE ARBETE	7
<i>Barnmorskans verktyg</i>	8
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	9
METOD	10
<i>Urval</i>	10
<i>Datinsamling</i>	10
<i>Analys av data</i>	11
<i>Forskningsetik</i>	11
RESULTAT	12
ATT SKAPA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR MÖTET	12
<i>Relation</i>	12
<i>Stöd</i>	14
ATT MÖTA SINA EGNA KÄNSLOR	15
<i>Tillfredsställelse att lyckas</i>	15
<i>Utmaning att tillgodose kvinnans behov</i>	16
<i>Krävande att möta kvinnans rädsla</i>	17
<i>Kvinnan som gått i aurrasamtal, inte alltid svårast att vårda</i>	17
ATT MOGNA I SIN YRKESROLL	18
<i>Trygghet i yrkesrollen</i>	18
<i>Acceptans för att det inte alltid blir bra</i>	19
DISKUSSION	19
METODDISKUSSION	19
RESULTATDISKUSSION	22
KONKLUSION	25
PRAKTISKA IMPLIKATIONER	26
FRAMTIDA FORSKNING	26
REFERENSER	27
<i>Bilaga 1</i>	31
<i>Bilaga 2</i>	32
<i>Bilaga 3</i>	34
<i>Bilaga 4</i>	36
<i>Tabell 2. Exempel ur analysprocessen.</i>	36

INLEDNING

Förlossningsrädsla är ett vanligt förekommande fenomen hos många kvinnor i dagens samhälle. Antal kvinnor som söker vård för förlossningsrädsla har ökat markant de senaste åren och fler kvinnor önskar elektiva kejsarsnitt på grund av rädsla för förlossning. Specialistutbildade barnmorskor finns att tillgå på så kallade Auroramottagningar, dit kvinnor med en identifierad förlossningsrädsla hänvisas.

Begränsad forskning finns om hur barnmorskan på förlossningsavdelningen upplever vårdmötet med kvinnor som lider av förlossningsrädsla. Att som barnmorska arbeta för att kvinnan skall få en god förlossningsupplevelse är grundläggande i förlossningsvården. Således är det av intresse att undersöka hur barnmorskor upplever vården av kvinnor med förlossningsrädsla på förlossningsavdelningen.

BAKGRUND

FÖRLOSSNINGSVÅRDENS HISTORIA

Under 1700-talet hade Sverige mycket hög mödradödlighet jämfört med den i dagens samhälle. Efter intensivt arbete för att förbättra kvinnornas situation och minska mödradödligheten, bland annat genom hjälp av en av landets första förlossningsläkare Johan Von Hoorn utvecklades tillslut en barnmorskeutbildning. Detta ledde sedermera till att en barnmorska fanns att tillgå på varje ort i Sverige på sent 1700-tal. Samtidigt som barnmorskorna ökade i antal i landet minskade mödradödligheten till följd av förbättrad vård men även tack vare en allmän förbättring av levnadsstandard och tillgång till läkemedel. Dock ökade antalet kvinnor som dog i samband med graviditet under tidigt 1900-tal på grund av illegala aborter (Waldenström, 2007). Johanna Bovall Hedén var barnmorska i Sverige på mitten av 1800-talet och blev även Barnmorskeförbundets grundare tillsammans med fem andra barnmorskor i Göteborg år 1886 (Höjeberg, 2011). Mödradödligheten i Sverige är nu en av världens lägsta (Waldenström, 2007). År 2010 låg mödradödligheten i Sverige på fyra kvinnor per 100 000 levande födda barn. Detta kan jämföras med det afrikanska landet Chad där det dog 1100 kvinnor per 100 000 levande födda barn år 2010, som har en av världens högsta siffror för mödradödlighet (WHO, 2012).

I början på 1900-talet skedde ett stort skifte i förlossningsvården. Från att majoriteten av kvinnorna födde hemma hade nu fler kvinnor börjat föda på förlossningskliniker och i sjukstugor och år 1940 födde 75 procent av Sveriges kvinnor på någon form av förlossningsinstitution (Högberg, 2008). Enligt Hildingsson, Lindgren, Haglund och Rådestad (2006) väljer en mycket liten del av kvinnor i Sverige att föda hemma idag. De kvinnor som väljer att föda i hemmet har i regel en högre ålder, är flerföderskor och har även en högre utbildningsnivå (Hildingsson et al., 2006). Den rådande synen på barnafödande ur en medicinsk synpunkt är att barnet och kvinnan anses utsatta för risk tills det bevisats att så inte är fallet. Det betyder att vården vill kunna identifiera och säkerställa faror och risker i förväg (Nilsson, 2010). Denna syn kan medföra en risk för att den födande kvinnan ses som ett objekt och att kvinnans tillstånd hamnar i centrum under förlossningen istället för kvinnan själv (Berg, 2010).

Dagens svenska barnmorskor skall oavsett verksamhetsområde arbeta utifrån ett antal lagar och bestämmelser, bland andra Hälso- och Sjukvårdslagen (SFS 1982:763), sekretesslagen (SFS 1980:100) och den internationella etiska koden för barnmorskor (ICM, 2011). I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för barnmorskor (2006) står beskrivet att barnmorskans utgångspunkt i mötet med patienter skall präglas av en holistisk syn och ett etiskt förhållningssätt. Detta innebär även att barnmorskor verksamma inom förlossningsvården i Sverige skall se till kvinnans autonomi och respektera dennes integritet och värdighet (SFS 1982:763 & Socialstyrelsen, 2006).

BARNMORSKANS ROLL

VÅRDMÖTET

Mötet mellan patienten och vårdaren bör präglas av trygghet, respekt och ömsesidighet (Wiklund, 2003). Vården bör vara inriktad på att stärka patientens egen förmåga till läkning och lyfta fram de egenskaper som finns hos patienten så som tilltron till den egna kroppen. Att patienten är delaktig i vården är av vikt och ett möte mellan vetenskapen och patientens livsvärld gynnar delaktigheten (Dahlberg & Segersten, 2010). Dahlberg och Segersten (2010) beskriver att vårdaren med hjälp av professionell expertkunskap och öppenhet kan komma närmare patientens livsvärld. För att detta skall vara möjligt bör vårdaren lyssna, tänka, känna och förstå, först då kan vårdaren ta del av patientens berättelse (Dahlberg & Segersten, 2010).

Den vårdande relationen mellan barnmorskan och den födande kvinnan utesluter kränkning och maktutövning (Berg, 2010 & Nilsson, 2010). Dessutom benämns den födande kvinnan som just kvinna eller mor istället för patient vilket ytterligare stärker friskhetsperspektivet. På engelska heter barnmorska *midwife*, vilket betyder *med kvinnan* (Berg, 2010). Vikten av att barnmorskan är med kvinnan är något som framkommer både i den forskning och litteratur som finns inom ämnet (Hodnett, Gate, Hofmeyr, Sakala & Weston, 2011 & Lundgren, 2010). Kvinnan bör uppleva att miljön är trygg då detta förhoppningsvis kan leda till en positiv förlossningsupplevelse. Kvinnan är unik och genom frågor och nyfikenhet kan barnmorskan komma kvinnan närmare och vårdrelationen kan stärkas (Nilsson, 2010). Det salutogena vårdperspektivet är något som Berg (2010) framhåller i vården av den födande kvinnan. Detta ger en normaliserande bild av förlossning och smärta och främjar kvinnan att ta egna beslut och lita på den egna förmågan att föda barn och sätter kvinnan i centrum (Berg, 2010).

Enligt den forskning som är gjord på ämnet barnmorskors närvaro hos kvinnan under förlossning är resultaten entydiga. Stöd under förlossning minskar risk för komplikationer, förkortar förlossningsförlopp, minskar behov av smärtlindring och minskar förlossningar med instrumentell intervention (Hodnett et al., 2011 & Lundgren, 2010). I en artikel av Berg, Lundgren, Hermansson och Wahlberg (1996) framhåller kvinnorna som medverkat i studien att det uppskattades om barnmorskan såg på kvinnan som en individ och med respekt. Som tidigare beskrivits har barnmorskans professionella expertkunskap betydelse för vårdrelationen vilket även uppkommer i denna studie (Dahlberg & Segersten, 2011 & Berg et al., 1996). Kvinnorna uppskattade en relation med barnmorskan byggd på närvaro, vänlighet, öppenhet och trygghet (Berg et al., 1996). I senare forskning av Thorstensson, Ekström, Lundgren och Hertfelt Wahn (2012) framhåller både de födande kvinnorna och deras parter att barnmorskans närvaro var av största vikt för trygghet under förlossningen. Partnern uttryckte stor tacksamhet då barnmorskan involverade partnern i stöttningen av kvinnan.

FÖRLOSSNINGSRÄDSLÅ

DEFINITION AV FÖRLOSSNINGSRÄDSLÅ

Enligt forskning genomförd på tidigt 80-tal upplevde sex procent av svenska kvinnor svår förlossningsrädsla (Areskog, Uddeberg & Kjessler, 1981). Två procent av de gravida kvinnorna i Sverige bedöms ha en fobisk rädsla och har därmed svårt vid tanken på att genomföra en vaginal

förlossning (Zar, Wijma, & Wijma, 2002). Förlossningsrädsla kan grunda sig i att kvinnan känner ensamhet i födandet och kan därmed ifrågasätta den egna förmågan att kunna föda barn (Nilsson & Lundgren, 2009). Förlossningsrädsla indelas utifrån rädslans intensitet. Lätt förlossningsrädsla innebär att kvinnan upplever oro men att den oron är hanterbar och inte påverkar kvinnan i det vardagliga livet. Måttlig förlossningsrädsla innebär att kvinnan utan hjälp och stöd från utbildad personal kan uppleva det svårt att hantera oron. Oron medför dock inte ett ständigt psykiskt lidande som den svåra typen av förlossningsrädsla gör. En kvinna med svår förlossningsrädsla störs i vardagen av det psykiska lidandet och den framtida anknytningen till graviditeten och det kommande barnet kan påverkas av denna grad av förlossningsrädsla. Förlossningsfobi är en extrem rädsla som kan innebära att kvinnan undviker graviditet eller vaginal förlossning (Svensk förening för obstetrik och gynekologi, SFOG, 2004).

Förlossningsrädsla identifieras enligt två kategorier, primär förlossningsrädsla och sekundär förlossningsrädsla. Den primära förlossningsrädslan finns hos kvinnan före den kommande första graviditeten. En rädsla kan uppstå under kvinnans uppväxt och negativa förlossningsupplevelser kan ha överförts från anhöriga till kvinnan. Det kan också ha betydelse om kvinnan har utsatts för sexuella övergrepp eller andra trauman tidigare i livet (SFOG, 2004).

Den sekundära förlossningsrädslan kan uppkomma efter en svår eller traumatisk förlossning där förlossningen har slutat med instrumentell hjälp. Den födande kvinnan kan också haft en svår förlossningsupplevelse, trots att förlossningen enligt medicinska termer definierats som normal (Thomson & Downe, 2008; SFOG, 2004 & Sjögren, 1997). Kvinnor med en psykisk diagnos har större benägenhet att uppleva förlossningsrädsla än kvinnor utan en psykisk diagnos (SFOG, 2004).

ORSAKER TILL FÖRLOSSNINGSRÄDSLAN

I en studie genomförd mellan år 1999 och 2000 svarade 3000 kvinnor i Sverige på frågor angående förlossningsupplevelsen. Resultatet i studien visade att tre komma sex procent i början av graviditeten hade ”mycket negativa” förväntningar på förlossningen. Den totala skattningen av antal förlossningsrädda var år 2000 ca 11 procent (Waldenström, 2007). En ökning av antalet kvinnor som söker hjälp för förlossningsrädsla ses i Sverige och paralleller kan dras till det ökade stöd under graviditeten som finns att tillgå. Detta kan bero på att kvinnor i högre utsträckning söker hjälp för förlossningsrädslan hos exempelvis specialutbildade barnmorskor. Därmed har inte förlossningsrädslan nödvändigtvis ökat i samhället utan kan istället kopplas till det utökade

utbud av hjälpmottagningar som uppkommit på senare år (Waldenström, 2007). De vanligaste orsakerna till förlossningsrädsla hos kvinnor i Sverige är att barnet ska skadas eller dö i samband med förlossningen eller att kvinnan inte litar på personalen. Ytterligare en anledning kan vara att kvinnan inte tror på den egna förmågan att klara en förlossning. Att inte kunna hantera smärtan eller att tappa kontrollen kan även detta vara orsaker till rädsla inför förlossningen (Ryding, 1993 & Sjögren, 1997). Ytterligare rädsla inför förlossningen kan att bli lämnad ensam och att kvinnan inte skulle få det stöd som behövdes av personalen (Salomonsson, Wijma & Alehagen, 2010).

Ett samband mellan förlossningsrädsla, depressivitet och ångestproblematik ses, vilket i sin tur skapar oro och rädsla inför en förlossning. Hos en kvinna som sedan tidigare lider av ångestproblematik och dessutom är rädd för injektioner kan rädslan stärkas av tanken på en förlossning med eventuella injektioner. En kvinna som lider av depression kan uppleva att en förlossning skulle vara för ansträngande fysiskt och psykiskt och därmed skulle en förlossning vara omöjlig att genomföra (SFOG, 2004).

DIAGNOSTISERING AV FÖRLOSSNINGSRÄDSLOR

Diagnostisering av förlossningsrädsla kan genomföras genom användning av formuläret Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ). Detta instrument som handlar om kvinnans förväntningar och upplevelser kan användas för kvinnan innan och under graviditeten samt efter förlossningen. Formuläret bygger på 33 frågor angående känslor och tankar kring den kommande förlossningen (Wijma, Wijma & Zar, 1998 & Ryding, 1998). En förkortad version av formuläret finns att tillgå vid kejsarsnitt, 20-item Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ 20) (Ryding, Wijma & Wijma, 1998). För att mäta förlossningsrädsla under förlossningen kan vårdpersonalen använda sig av Delivery fear scale (DFS) vilket innebär att kvinnan graderar tio påståenden och utifrån dessa bedöms kvinnans förlossningsrädsla (Alehag, Wijma & Wijma, 2001).

ELEKTIVT KEJSARSNITT

Kejsarsnittsfrekvensen har ökat i Sverige de senaste åren och i dag är cirka 17 procent av alla förlossningar i Sverige kejsarsnitt. Cirka åtta procent av kejsarsnitten utförs efter kvinnans önskemål, dock är det stor skillnad mellan landets olika län (Nationella medicinska indikationer, NMI, 2011). Enligt NMI (2011) finns ett visst antal specifika indikationer som bör uppfyllas innan ett beslut om elektivt kejsarsnitt tas, dels utifrån kvinnan och även för vårdens del. Bland annat bör kvinnans önskan om kejsarsnitt utvärderas och orsaken bör bedömas som tungt

vägande. Kvinnan skall få tillgång till information angående kort- och långtidseffekter och risker som finns med ett kejsarsnitt jämfört med vaginal förlossning. Efter detta skall kvinnan fortfarande stå fast vid beslutet till önskan om kejsarsnitt. Dessutom måste kvinnan erbjudas professionellt samtalsstöd i hopp om behandling och bearbetning av rädslan. I en studie genomförd mellan år 1997-2006 sågs antalet kejsarsnitt utan medicinsk indikation öka till det tredubbla. Enligt resultatet i studien var det svårt att utröna vad som var den bakomliggande orsaken, dock ses en övervägande betydelse av klinikens policy jämfört med kvinnans önskan (Karlström, Rådestad, Eriksson, Rubertsson, Nystedt & Hildingsson, 2010).

I en annan studie framkommer det dock att kvinnorna som önskar kejsarsnitt i större grad lider utav psykiskt illabefinnande och ångestproblematik. Bakomliggande orsaker hos kvinnorna i studien var tidigare kejsarsnitt, rädsla inför förlossningen och tidigare traumatisk förlossningsupplevelse (Hildingsson, Rådestad, Rubertsson & Waldenström, 2002). För både barnmorskor och obstetiker var inställningen till kejsarsnitt på moderns begäran dubbelsidig. Respekt för kvinnans tidigare upplevelser, känslor och rädsla är viktig men upplevdes även som svåra att hantera och åsikterna var tvetydiga. Den gemensamma faktorn hos båda professionerna var vikten av att framhålla vaginal födsel som det mest naturliga och bästa för både kvinnan och barnet för att minska kvinnors begäran om kejsarsnitt (Karlström, Engström-Olofsson, Nystedt, Thomas & Hildingsson, 2009).

Begreppen autonomiprincipen, nyttoprincipen och rättvisepincipen uppkommer frekvent i anknytning till debatten om kejsarsnitt på moderns begäran (Sjögren, 1998). I en rapport (NMI, 2011) skriven utav bland andra Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting framkommer begreppen tydligt. När en kvinna önskar ett kejsarsnitt finns flera aspekter att ta hänsyn till. För att komma fram till bästa möjliga beslut bör kvinnans självbestämmande beaktas. Nyttan med valet av förlossningssätt är viktig att ta med i beslutsfattandet då ett planerat kejsarsnitt kan vara av högsta värde för den enskilda kvinnan. Om kvinnan exempelvis lider av så stark förlossningsrädsla att anknytningen till barnet kan komma att riskeras kan ett elektivt kejsarsnitt vara en möjlig lösning. Den rättvisepincip som infaller i all vård i Sverige bör även tas i beaktning. Alla kvinnor i Sverige skall ha möjlighet till samma typ av vård och samma rätt till utredning och beslut angående ett eventuellt elektivt kejsarsnitt (Sjögren, 1998).

BARNMORSKANS FÖREBYGGANDE ARBETE

Kvinnor som upplever förlossningsrädsla bör uppmärksammas tidigt på mödravårdcentralen för att kunna erbjudas specificerad vård. Barnmorskan bör fråga varje gravid kvinna angående den aktuella graviditeten, den kommande förlossningen och det kommande föräldraskapet. Vid diskussion kring detta ämne kan barnmorskan uppmärksamma de kvinnor som uttrycker rädsla inför förlossningen och kan även lotsa vidare till rätt vårdnivå för kvinnan, exempel på sådan är som tidigare nämnt, Auroramottagning (Magnusson, 1998; Melender, 2002 & SFOG, 2004). För att förutsättningarna inför förlossningen skall vara optimala kan kvinnan med hjälp av barnmorskan författa ett brev till förlossningsavdelningen där önskningar och förväntningar beskrivs (SFOG, 2004). Barnmorskans huvudsakliga uppgift är bland annat att hjälpa kvinnan i bearbetning av rädslan och inge en trygghet inför den kommande förlossningen. Trygghet är en central del i kvinnans möjlighet att samtala och bearbeta de känslor som uppstår kring förlossningen (Onell & Thelin, 2005).

Alla gravida par får i Sverige möjlighet att medverka i en organiserad föräldrautbildning via den mödrahälsovård som paret tillhör. Där talar barnmorskan om förlossningen och beskriver det som en normal process. Detta kan också ytterligare hjälpa den kvinna som lider av förlossningsrädsla att se förlossningen som något naturligt (SFOG, 2004). I en studie framgick det att kvinnor med förlossningsrädsla upplevde det svårt att tala om rädslan för eventuella negativa attityder och åsikter från både barnmorskan på mödrahälsovården och andra kvinnor i samhället. I denna studie framkom även att kvinnorna upplevde ett tryck från samhället att graviditeten borde vara en lycklig tid i livet och som ej skulle kantas av oro och rädsla (Eriksson, Jansson & Hamberg, 2006).

Svenska barnmorskor uttryckte i en studie att vårdandet och omhändertagandet av kvinnor med förlossningsrädsla var tidskrävande och känslomässigt påfrestande. Upplevelser av att kvinnan med förlossningsrädsla litar på barnmorskan helt och hållet framkom och att ansvaret lades på barnmorskan i hög grad. En skriven förlossningsplan kunde av barnmorskan upplevas som negativ då barnmorskan ej hade tid att tillfredsställa kvinnans önskemål och tankar kring förlossningsförloppet (Salomonsson, Wijma & Alehagen, 2010). I en studie gjord utifrån en kvantitativ ansats framkom dock att en majoritet av barnmorskorna upplevde en förlossningsplan som en hjälp vid vård av kvinnor med förlossningsrädsla på förlossningsavdelningen. Drygt en tredjedel av barnmorskorna upplevde inte tillräckliga kunskaper för att handha kvinnor med

förlossningsrädsla på förlossningsavdelningen. Barnmorskorna på förlossningsavdelningen uttryckte vikten av kontinuerligt professionellt stöd för kvinnorna med förlossningsrädsla (Salomonsson, Alehagen & Wijma, 2011).

BARNMORSKANS VERKTYG

Kvinnor som lider av förlossningsrädsla kan som tidigare nämnt få hjälp via Auroramottagningar. På mottagningen arbetar erfarna förlossningsbarnmorskor, obstetiker, kuratorer och psykologer. Kvinnan får vid första besöket ofta träffa en barnmorska där kvinnan berättar om rädslan som upplevs och barnmorskan gör en bedömning av förväntad hjälp som kvinnan kan tänkas behöva (SFOG, 2004). För att göra bedömningen kan barnmorskan använda den tidigare nämnda självskattningsskalan W-DEQ (Wijma et al., 1998).

En utgångspunkt i samtalet mellan barnmorskan och kvinnan är den så kallade PLISSIT-modellen där varje bokstav står för en viss del av vården. P står för *permission* vilket syftar till att kvinnan får lov att vara rädd. LI står för *limited information* där barnmorskan exempelvis på mödrahälsovården talar i föräldragrupp och kvinnan kan tala med andra kvinnor i samma situation. SS står för *specific suggestions* och inbegriper de kvinnor som har ett mer utpräglat behov av stöd och specifik hjälp. Den sista delen i modellen är IT som står för *intensive therapy*. Kvinnor som lider av ångest och fobi kan behöva hjälp med samtalsterapi av specialistutbildad personal inom ämnet obstetrik och förlossningsrädsla (Sjögren, Ryding & Magnusson, 1998).

En studie där barnmorskans stöd till kvinnor med förlossningsrädsla utvärderats genom en studiegrupp och en kontrollgrupp, visar att kvinnor generellt är nöjda med vården och stödet som ges innan förlossning. I studien använde barnmorskorna W-DEQ och W-DEQ 20 för att ta reda på kvinnornas rädsla inför förlossningen och efter det att kvinnan eventuellt hade genomgått ett kejsarsnitt. Det framkom även att lite drygt hälften av kvinnorna som sökt hjälp för förlossningsrädsla önskade ett elektivt kejsarsnitt. Det fenomen som var övervägande från både studiegruppen och kontrollgruppen var önskan om att barnmorskan skulle spendera mer tid tillsammans med kvinnan (Ryding, Persson, Onell & Kvist, 2003).

Kvinnor med förlossningsrädsla kommer ibland till förlossningsavdelningen utan att ha identifierat rädslan för förlossningen på mödravården. Ibland kan även förlossningsrädsla uppstå under förlossningen. Det är då viktigt att barnmorskan kan identifiera kvinnor som lider av förlossningsrädsla och erbjuda individuellt och kontinuerligt stöd. Kvinnor som exempelvis

uppvisar panikkänslor under förlossningen eller inte kan lämnas ensamma under värk på grund av rädsla kan tyda på en kvinna som har en underliggande odiagnostiserad förlossningsrädsla (Salomonsson et al., 2010). Kvinnor med förlossningsrädsla beskriver i en studie av Nilsson, Bondas och Lundgren (2010) bland annat upplevelser av att barnmorskan ej gav tillräckligt med stöd under förlossningen vilket resulterade i att kvinnorna inte upplevde kontroll över situationen och tilltro till den egna kroppen. Vikten av det positiva mötet mellan barnmorskan och kvinnan styrks av Nilsson och Lundgren (2009) där mötet kan hjälpa kvinnan att stärka tron till kvinnans egen kapacitet att föda barn.

PROBLEMFÖRMULERING

Barnmorskans möte med kvinnor med förlossningsrädsla på förlossningsavdelningen är komplext. Det mesta av forskningen är gjord utifrån hur kvinnan upplever den egna förlossningsrädslan och hur bearbetningen av denna genomförs inom mödrahälsovården och på Auroramottagningar. Kvinnor med förlossningsrädsla får bra hjälp och stöd i primärvården men när kvinnan ska förlösas finns det ingen speciell förlossningsavdelning och oftast inte heller barnmorskor med specialistutbildning i förlossningsrädsla att tillgå. Detta innebär att kvinnor med förlossningsrädsla föder sina barn på en förlossningsavdelning med samma förutsättningar som kvinnor utan förlossningsrädsla. Det saknas betydande forskning om hur barnmorskor på förlossningsavdelningar upplever mötet med och vårdandet av kvinnor med förlossningsrädsla. Därför finns det utrymme att forska vidare i barnmorskans upplevelse av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla.

SYFTE

Syftet var att beskriva barnmorskors upplevelse av mötet med och vården av kvinnor med förlossningsrädsla under en normal graviditet, på förlossningsavdelningen.

METOD

Metoden som använts i studien var kvalitativ innehållsanalys, baserad på intervjuer. Den teoretiska grunden till innehållsanalys är delvis okänd. Innehållsanalys kan används både inom kvalitativ och kvantitativ forskning. Den kvalitativa ansatsen avser att analysera texten som komplex och subjektiv och bör ses i det befintliga sammanhanget. En typ av text som ofta analyseras är narrativer där berättelsen står i fokus utifrån det fenomen som avses studeras (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

URVAL

Utifrån syftet med studien studerades barnmorskors upplevelser och därav valdes kvalitativ ansats. Studien genomfördes utifrån intervjuer med barnmorskor på två olika förlossningsavdelningar på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Urvalet bestod av barnmorskor som hade vårdat patienter med förlossningsrädsla. Barnmorskor som arbetade på specialförlossningen på Östra Sjukhuset exkluderades då syftet var att undersöka barnmorskors upplevelser av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla under en normal graviditet. Dessutom exkluderades även barnmorskor med specialistutbildning inom förlossningsrädsla. Åtta barnmorskor intervjuades för studien. Fyra arbetade på Mölndals förlossningsavdelning och resterande fyra arbetade på Östra Sjukhusets förlossningsavdelning för normala graviditeter. Antal arbetande år inom yrket varierade mellan ett och 35 år hos informanterna.

DATAINSAMLING

Intervjuerna genomfördes i ett ostört rum på respektive förlossningsavdelning och pågick mellan 20-60 minuter. Intervjuerna spelades in elektroniskt och informanterna informerades på nytt angående tillvägagångssättet för intervjun. Informanterna fick även skriftlig och muntlig information om att när som helst kunna avsluta deltagandet i studien utan förklaring och gav därefter skriftliga medgivande. För att förbereda informanterna inför kommande intervjun ombads informanterna att fundera kring en situation där en kvinna med förlossningsrädsla vårdats. Frågorna som togs fram inför studien var semistrukturerade. Detta innebar öppna frågor men som riktats mot det specifika fenomenet som studeras. Barnmorskan fick därmed chans att svara fritt angående upplevelsen utan specifika avsatta svarsalternativ. Utifrån diskussion och genomläsning av relevant litteratur och forskning har intervjufrågorna framkommit. Det syfte och frågeställningar som beskrivits har varit i fokus under diskussionen.

ANALYS AV DATA

Genom att analysera intervjuerna togs materialet från helhet till del via en viss angiven analysprocess. Begreppen som användes var *analysenhet*, där intervjuerna som helhet ingick. Genomläsning av texten genomfördes och det innebar en grövre indelning av texten. De *meningsbärande enheterna* avsåg ord och meningar som bar textens innehåll på ett framträdande sätt, de höll texten samman. Alla meningsenheterna skrevs ut på papper och klipptes sedan ut för lättare överskådlighet. Därefter gjordes en grövre indelning av meningsenheterna vilket ledde till olika typer av *koder*, som är benämningar på meningsenheterna, dessa färg-kodades sedan. Detta var till hjälp för att få en tydlig översikt av texten.

Utifrån processen som angivits framkom åtta *subkategorier* som innehöll koder med liknande innehåll. De två första subkategorierna Relation och Stöd bildade *kategorin*, Att skapa förutsättningar för mötet. De fyra nästkommande subkategorierna Tillfredsställelse att lyckas, Utmaning att tillgodose kvinnans behov, Krävande att möta kvinnans rädsla och Kvinnor som gått i aurorasamtal, inte alltid svårast att vårda bildade *kategorin*, Att möta sina egna känslor. De två sista subkategorierna blev Trygghet i yrkesrollen och Acceptans för att det inte alltid blir bra som bildade *kategorin* Att mogna i yrkesrollen. En regel som tillämpades var att textens innehåll inte får passa in i fler än en kategori och syftet fanns hela tiden närvarande under processen (Lundman & Hällgren Granheim, 2012). Var god se bilaga 4 (tabell 2) för ett exempel ur analysprocessen.

FORSKNINGSETIK

Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) behöver studenter vid universitet som studerar på avancerad nivå ej ansöka om etiskt tillstånd. Trots detta har utgångspunkten för lagen legat till grund för den forskningspersonsinformation som tilldelats deltagarna i studien. Dessutom har riktlinjer från Etiska prövningsnämndens för forskningspersonsinformation (EPN, 2013) varit utgångspunkt i författandet av informationsblanketten.

Enligt Vetenskapsrådet (2002) finns fyra begrepp som skall tas hänsyn till i utformandet och genomförandet av en studie. *Informationskravet* har tagits i beaktning då deltagarna fick skriftlig och muntlig information angående studiens syfte och bakgrund. *Samtyckeskravet* tillgodosågs då informanterna informerades om frivilligt deltagande och möjligheten att avbryta deltagandet när som helst under studiens gång och utan angiven orsak. Det tredje kravet är *konfidentialitetskravet*

som uppfyllts då inga personuppgifter redovisats i resultatet och därmed kan ingen data knytas till respektive informant. Uppgifterna som framkommit i föreliggande studie skulle endast komma användas i forskningsändamål och därmed uppfylldes *nyttjandekravet*. En ansökan om tillstånd för att intervjua barnmorskor på förlossningen skickades ut till berörda vårdenhetschefer, som sedan returnerades med ett godkännande. Där framgick information angående studiens syfte och genomförande.

RESULTAT

I analysprocessen framkom tre kategorier och åtta subkategorier som presenteras nedan i tabell 1.

Tabell 1. Översikt av resultat.

Kategorier	Subkategorier
Att skapa förutsättningar för mötet	Relation
	Stöd
Att möta sina egna känslor	Tillfredsställelse att lyckas
	Utmaning att tillgodose kvinnans behov
	Krävande att möta kvinnans rädsla
	Kvinnan som gått i aurasamtal, inte svårare att vårda
Att mogna i yrkesrollen	Trygghet i yrkesrollen
	Acceptans för att det inte alltid blir bra

ATT SKAPA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR MÖTET

I det resultat som framkom vid analysen beskrevs relationen med kvinnan och stödet som kärnan i mötet. Barnmorskorna som intervjuades beskrev olika synvinklar på uppfattningen om relation och stöd.

RELATION

Några av barnmorskorna beskrev tydligt hur relationen kan börja i en ände och sluta i en annan. I det första mötet beskrevs det som viktigt att väga in vilken typ av person kvinnan var för att barnmorskan skulle kunna möta kvinnan på bästa sätt. Ibland kunde det vara svårt att finna varandra och mötet var inte alltid lättsamt och spontant. En barnmorska beskrev hur det

inte alltid hade betydelse om kvinnan var uttalat förlossningsrädd eller inte, snarare att möta kvinnan utifrån där kvinnan var. En annan barnmorska beskrev det som att möta kvinnan för den person kvinnan var.

"Man möter de utifrån det. Men jag menar man träffar ju förlossningsrädda som inte vet om att de är förlossningsrädda när de kommer hit. Så det handlar ju alltid om möten." (Informant nr.7)

Det framkom även i intervjuerna att barnmorskorna upplevde mötet och relationen med kvinnan komplext. En barnmorska beskrev mötet med kvinnan som svårt då det inte alltid upplevdes som naturligt för barnmorskan att uppfylla alla krav som kvinnan önskade. Dock uttryckte barnmorskan att det ändå var barnmorskans uppgift att tillmötesgå kvinnan, det ingick i yrkesrollen. Ofta framkom många önskemål som barnmorskan tillgodosåg så långt det var medicinskt säkert.

"Jag försökte verkligen tillmötesgå henne och förklara varje moment jag gjorde, jättelugnt. Jag väntade in henne och förklarade för partnern och doulan och jag kände att jag inte kunde gjort något mer. Jag känner faktiskt så i detta fallet." (Informant nr.7)

Ibland framkom det att mötet dock inte alltid blev bra och barnmorskan kunde då uppleva kvinnan som provocerande i alla krav som ställdes. En barnmorska beskrev ett möte med en kvinna där barnmorskan upplevde kvinnan som trotsig. I detta upplevde barnmorskan en hämning i att utöva yrkesrollen korrekt.

"Men jag gick ner på trotsnivå. Jag kunde inte riktigt skydda mig, hon gick in i min kropp. Jag kunde inte sätta gränser för henne. Hon hade behövt ha en person som liksom verkligen kunde se att hon var rädd." (Informant nr. 5)

I resultatet av intervjuerna speglades betydelsen av att mötet och relationen var en viktig del i vårdandet av kvinnor med förlossningsrädsla. Relation som skapas där hade enligt barnmorskorna en viktig del för hela upplevelsen hos kvinnan. Om mötet upplevdes som mindre bra påverkade detta barnmorskan då barnmorskan ville hjälpa kvinnan så mycket som möjligt och att kvinnan skulle få en god förlossningsupplevelse.

"Jag hade inte heller känt att jag kunde hjälpa henne om vi inte hade byggt upp den här relationen."

(Informant nr. 5)

STÖD

För att relationen mellan kvinnan och barnmorskan skulle bli bra krävdes det utifrån resultatet i intervjuerna ett gott stöd. Närvaro var ett begrepp som framkom i intervjuerna som en tolkning av en typ av stöd. Genom att vara med kvinnan under hela förloppet upplevde barnmorskan att kvinnan fick stöd, detta stärkte relationen. En barnmorska beskrev att i vårdandet av kvinnor med förlossningsrädsla var det av vikt att kvinnan fick kontinuerligt professionellt stöd och att barnmorskan kunde ge den närhet som kvinnan var i behov av.

"Det går ju inte att ha en dålig dag eller känna sig väldigt trött, eller ha en migrändag. Det kräver ju av mig att jag kan gå in i det." (Informant nr. 1)

Barnmorskorna beskrev det ibland även som slitsamt att vägleda och hjälpa den födande kvinnan. Kvinnan kunde vara så rädd att barnmorskan var tvungen att vara hos kvinnan under hela öppningsskedet. Något som framkom var även det stöd som kunde vara närhet. Barnmorskorna var tydliga med att visa närhet då det förklarades för den födande kvinnan att barnmorskan inte skulle lämna rummet förrän barnet var fött eller bara genom att sitta bredvid.

"Och det är komplext, för ibland kan det verkligen bara vara att man, eller det är inte att man bara, men att man sitter där. Och bara är. Alltså ger närhet. Och visar att jag kommer inte att överge dig." (Informant nr. 5)

Att hela tiden bekräfta kvinnan var ett annat viktigt verktyg för barnmorskan i stödet och vården av kvinnan. Bekräftelsen kunde innebära att barnmorskan bekräftade kvinnan kontinuerligt genom upprepning och att bekräfta det som kvinnan uttryckte.

"Man kan behöva upprepa saker så att de ska känna den här tryggheten att man inte försvinner." (Informant nr. 8)

Det framkom i intervjuerna att de kvinnor som varit på Auroramottagningen ofta kom med en skriven förlossningsplan. Genom att bekräfta planen upplevde barnmorskorna att kvinnan blev tryggare. Barnmorskorna beskrev även att detta noterades i journalen som en bekräftelse på att brevet hade lästs igenom.

ATT MÖTA SINA EGNA KÄNSLOR

Under intervjuerna framkom några begrepp angående barnmorskornas upplevelse av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla. Det som framkom var att det innebar stor glädje men även svårigheter.

TILLFREDSSTÄLLELSE ATT LYCKAS

Något som lyste igenom i intervjuerna var att barnmorskorna upplevde tillfredställelse av att kvinnan klarade och vågade föda. Barnmorskorna upplevde det tillfredställande att ha lyckats hjälpa kvinnan att vända i rädslan. Barnmorskorna uttryckte även glädje över när kvinnans förlossningsupplevelse var positiv.

”Och den här otroliga revanchglädjen när de har lyckats, det är fantastiskt.” (Informant nr. 1)

”För hon ringde till mig två veckor efter förlossningen... Det var inte förrän då som hon faktiskt hade fattat vad hon gjort och gått igenom. Då fick jag ju gåsbud, det vara bara så härligt att höra. Hon var så glad och nöjd med förlossningen och det är ju ens mål.” (Informant nr. 4)

Det framkom även i resultatet att den personliga bekräftelsen i yrkesrollen som barnmorska hade stor betydelse. Bekräftelsen var viktig i barnmorskans yrke vilket ledde till arbetsglädje. En barnmorska uttryckte att glädjen som en kvinna med förlossningsrädsla upplevde när förlossningen var över ofta kunde vara större än hos en kvinna utan förlossningsrädsla. Detta upplevdes av barnmorskan i sin tur som en större delad glädje mellan kvinnan och barnmorskan.

”Faktiskt så är det inte bara liksom mer krävande med de patienterna. Utan det är kanske större lycka när det är över.” (Informant nr. 8)

Något som framkom från barnmorskorna som intervjuades var att det upplevdes som svårt och utmanande att vårda kvinnor med förlossningsrädsla. Det kunde upplevas som något positivt med en utmaning förutsatt att det fanns tid. Med tid menade barnmorskorna att de kunde ge det stöd som krävdes och att ha ansvaret för endast en kvinna åt gången under arbetspasset. Frustration framkom hos barnmorskorna i de fall då verksamheten inte hade möjlighet att erbjuda den tiden, så som underbemanning och överbeläggning på enheten.

”Just det här att vårda kvinnor med förlossningsrädsla, det är en helt annan utmaning och vilket kan vara jätte jättesvårt.” (Informant nr. 6)

Som tidigare nämnts beskrev barnmorskorna att kvinnorna från Auroramottagningen ofta hade en skriven förlossningsplan med till förlossningen. Förlossningsplanen kunde upplevas på olika sätt. En barnmorska beskrev den som ett hinder i arbetet, däremot uttryckte en annan barnmorska trygghet och lättnad i att ha något specifikt att följa. Det var viktigt för barnmorskorna att förlossningsplanen följdes då kvinnan hade varit på samtal och planen var nedskrivna. Samtidigt upplevdes det som en utmaning att följa förlossningsplanen alla gånger.

”Jag kände den här förlossningsplanen som en tvångströja.” (Informant nr. 5)

”Det var så tydligt vad jag skulle göra. Det var ganska skönt ändå att ha någonting att hålla fasta på...” (Informant nr. 6)

Flera av barnmorskorna beskrev att kvinnor med förlossningsrädsla väckte en vilja att hjälpa kvinnan, samtidigt som det framkom vara svårt. Det blev en typ av problemlösning för barnmorskan att guida kvinnan till en normal förlossning, detta upplevdes vara en ren utmaning. En barnmorska uttryckte vikten av att den födande kvinnan, med en sekundär förlossningsrädsla, skulle få en revansch i födandet och att kvinnans upplevelse av förlossningen skulle vara god. Det var tydligt att barnmorskorna även upplevde en oro inför att orsaka ytterligare rädsla och missnöje hos kvinnan med sekundär förlossningsrädsla.

”Man vill dem väl och att det ska bli en bra upplevelse denna gången. Så att man inte gör om de här sakerna som kvinnan upplevde som jobbigt första gången. Det kan ju vara allt ifrån bemötande till

smärtupplevelse till att inte bli sedd och bli lämnad ensam. Det är så många bitar i det där. I rädslan. Den är inte så lätt.” (Informant nr. 5)

Flera av barnmorskorna beskrev känslan av att inte vilja ge upp i utmanande situationer. Samtidigt ville barnmorskan ej gå över gränsen trots att kvinnan uttryckte uppgivenhet. Barnmorskorna upplevde detta som en balansgång.

”Och det är ju väldigt sällan som jag själv ger upp och liksom kastar in handduken där. Men i samråd med kvinnan förstås.” (Informant nr. 5)

KRÄVANDE ATT MÖTA KVINNANS RÄDSLÅ

Svårigheter som barnmorskorna upplevde handlade om att barnmorskorna var tvungna att lägga ned mycket energi i vården av kvinnor med förlossningsrädsla vilket upplevdes som ansträngande. En utav barnmorskorna som hade kortast erfarenhet inom barnmorskeyrket upplevde vården av kvinnor med förlossningsrädsla som mer krävande än de intervjuade barnmorskor som hade längre erfarenhet. Det framkom även en obehagskänsla för barnmorskorna vid vissa tillfällen. En barnmorska uttryckte en panikkänsla och ville komma ifrån situationen.

”Man lägger ner ännu mer energi. Man kan känna så här att man blir mer mentalt dränerad faktiskt.” (Informant nr. 8)

”Men det är dubbelt, det är jobbigt och tar jättemycket energi och det är tufft att vara med någon som är jätterädd.” (Informant nr. 1)

KVINNAN SOM GÅTT I AURORASAMTAL, INTE ALLTID SVÅRAST ATT VÅRDA

Till skillnad mot upplevelserna som barnmorskorna beskrev med att vårda kvinnor med förlossningsrädsla framkom det att i mötet mellan barnmorskan och kvinnan, som gått i aurorasamtal, inte var några egentliga svårigheter eller skillnader i jämförelse med de andra kvinnorna på förlossningsavdelningen.

”Jag tycker de här är svårare då. Som kommer in och är superrädda och så har de inte fått någon hjälp att bearbeta och så kommer allting på en gång. De kan vara hur svåra som helst.” (Informant nr. 5)

Barnmorskorna förklarade att de ofta upplevde att kvinnorna som gått i aurorasamtal var väl förberedda och upplevdes även som trygga. Det ansågs inte besvärligt eller betungande som barnmorska att vårda en kvinna som gått i aurorasamtal. En kvinna som inkommer till förlossningen och som ej fått professionell hjälp att bearbeta rädslan inför förlossningen upplevdes av barnmorskorna som svårare att möta och vårda.

*”Det kan vara en kvinna som inte alls vet vad aurora är som är mycket mer krävande att vårda.”
(Informant nr. 7)*

Endast en utav de åtta barnmorskorna som intervjuades visste om att det fanns ett skrivet PM angående förlossningsrädsla. De flesta barnmorskorna förklarade att det fanns rutiner kring vården av kvinnor med förlossningsrädsla och det var allmänt känt att den barnmorska som vårdade en kvinna som gått i aurorasamtal endast skulle vårda denna kvinna under passet om möjlighet fanns.

ATT MOGNA I YRKESROLLEN

Det framkom att barnmorskorna i intervjuerna hade olika upplevelser om tryggheten i mötet med kvinnan bland annat beroende på trygghet i yrket.

TRYGGHET I YRKESROLLEN

Barnmorskorna beskrev en utveckling i den egna yrkesrollen över tid och kunde se tillbaka till tidigare i karriären då barnmorskorna kunde uppleva vården av kvinnor med förlossningsrädsla annorlunda. Mycket handlade om att barnmorskorna skulle våga gå hela vägen med kvinnan. Barnmorskorna såg det som något spännande då barnmorskorna hade erfarenhet av fler förlossningar och träffat många kvinnor genom åren. En barnmorska beskrev det som att ha sett

så många kvinnor som det gått bra för vilket gjorde att barnmorskan kunde känna en ökad trygghet i situationen.

"Där man också blir modigare och modigare och man märker att, jag kan verkligen motivera henne och det känns trovärdigt." (Informant nr. 5)

En barnmorska beskrev upplevelsen utifrån en annan synvinkel där det upplevdes som en form av bedömning av barnmorskan från kvinnan. Den typen av bedömning kunde då uppfattas som stressande vilket ledde till att barnmorskan blev eftertänksam och osäker i sitt arbete.

"Det känns som att man som barnmorska måste få in en väldig säkerhet och vara beredd på att bli bedömd och godkänd, eller vad man kan säga, när man möter de här kvinnorna." (Informant nr. 6)

ACCEPTANS FÖR ATT DET INTE ALLTID BLIR BRA

Trots att barnmorskorna upplevde att allt gjorts i situationen för att kvinnan med förlossningsrädsla skulle få en bra upplevelse visade det sig att det så inte alltid var fallet. Vid post partumsamtal kunde det framkomma att kvinnan ändå inte var nöjd, eller inte hade en positiv bild av förlossningen. De intervjuade barnmorskorna beskrev det som att det kunde ligga mycket annat bakom hos kvinnan som barnmorskan inte kunde påverka eller komma åt. Barnmorskorna accepterade därför det faktum att inte alla kvinnor med förlossningsrädsla alltid blev nöjda.

"Så jag känner i det fallet kunde jag inte gjort mer." (Informant nr. 7)

"Så det sitter så djupt, å det kanske vi aldrig kan, alltså jag tror att en del kanske inte alltid blir nöjda iallafall." (Informant nr. 3)

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Det studerade fenomenet i föreliggande arbete är barnmorskors upplevelser av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla. Kvalitativa studier används med fördel då ämnet som ämnas

studeras inte är väl beforskat eller om fenomenet som studeras är upplevelser. Därmed har en kvalitativ ansats med innehållsanalys varit ett adekvat val då fenomenet i föreliggande arbete är just barnmorskors upplevelser. Bedömningen av trovärdigheten i en kvalitativ studie grundas på giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Lundman., & Hällgren Graneheim, 2012).

Giltighet i studien bedöms genom att innehållet i resultatet jämförs med de kategorierna och subkategorierna som framtagits. För att stärka studiens giltighet ytterligare har citat tagits fram i resultatet. Citaten underlättar för läsaren att bedöma trovärdigheten i resultatet. Urvalet av informanter till studien genomfördes genom tillfrågning av barnmorskor som var anställda på förlossningsavdelningarna. Då syftet var att beskriva barnmorskors upplevelser av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla på förlossningsavdelningen var det relevantt att endast intervjua barnmorskor som var anställda på förlossningsavdelningen under studiens genomförande. Det var stor spridning i ålder och antal yrkesverksamma år på informanterna vilket är till fördel för föreliggande arbetes giltighet.

Det framkom i resultatet att upplevelsen av vården av kvinnor med förlossningsrädsla hade betydelse av trygghet i professionen. Då informanterna blev tillfrågade om deltagande och inte själva sökte sig aktivt till att medverka i studien kan detta ha påverkat resultatets utkomst. Möjligen skulle det egna initiativet att medverka i studien kunnat vinkla resultatet då eventuellt endast barnmorskor med intresse för förlossningsrädsla velat medverka. Därför exkluderades barnmorskor med specialistutbildning i förlossningsrädsla som ansågs besitta kunskap och ha verktyg som skulle kunnat påverka barnmorskornas upplevelse av vården av kvinnor med förlossningsrädsla. Även barnmorskor som arbetade på specialförlossningen exkluderades då kvinnorna som föder där ofta har en komplicerad graviditet. Rädslan som kvinnan med en komplicerad graviditet upplever skulle kunna skilja sig från rädslan som kvinnan med en normal graviditet upplever, då rädslan möjligen grundas i den komplicerade graviditeten. Detta skulle kunna innebära att kvinnan med en komplicerad graviditet inte är rädd för själva förlossningen och har därmed ingen uttalad förlossningsrädsla.

Vi anser att det var till studiens fördel att deltagarna i studien inte hade någon specifik koppling till att vårda kvinnor med förlossningsrädsla mer än att alla barnmorskor hade gemensamt att dessa kvinnor vårdats. Författarna valde att ej genomföra någon testintervju då det inte fanns utrymme för ytterligare intervjuer i verksamheten på grund av tidsbrist. Då båda

författarna var oerfarna av intervjueteknik skulle detta kunnat ha en påverkan på studiens giltighet och det hade kunnat vara av värde att genomföra en testintervju var.

Studiens tillförlitlighet kan bedömas genom att begrunda de intervjuer som genomfördes. En tydlig beskrivning utav analysens process läses i metoden i föreliggande arbete. Där framhålls på vilket sätt resultatet framkommit. Genom att följa innehållsanalysens riktlinjer och att processen finns tydligt beskriven kan resultatet anses som tillförlitligt (Elo & Kyngäs, 2008). Hälften av deltagarna var författarnas handledare under den verksamhetsförlagda utbildningen, dock visade det sig i resultatet att de inte var någon skillnad i svar från de barnmorskor som varit handledare och de andra intervjuade barnmorskorna. Åtta intervjuer genomfördes och information från alla intervjuerna användes i resultatet, därmed exkluderades ingen intervju. Då fyra av intervjuerna genomfördes av en författare och resterande fyra genomfördes av den andre författaren fastställdes frågor och följdfrågor som skulle ställas, innan intervjuerna genomfördes. Detta då författarna ej ville få ett för riktat material på grund av skiljt ställda följdfrågor. Enligt Graneheim och Lundman (2004) bör informanterna i den kvalitativa studien tillfrågas med samma frågor vid varje intervju, men Graneheim och Lundman (2004) poängterar även att intervjuetekniken är en process där intervjuaren lär sig nya delar av det studerade fenomenet under hela studiens gång. Detta betyder att resultatet skulle kunna haft en annan utkomst om fria följdfrågor ställts.

Dessutom skulle det kunna argumenteras för att intervjuerna hade kunnat påverkas annorlunda om båda författarna deltagit i alla åtta intervjuerna tillsammans, detta var ej möjligt på grund av tidsbrist. Dock genomfördes den sista intervjun med fritt ställda följdfrågor efter samtal med handledaren, vilket gav ett mer fylligt svar. Trots att den sista intervjun pågick längre än tidigare genomförda intervjuerna tillförde den inte mycket mer till resultatet. Båda författarna läste igenom hela materialet ett flertal gången och analysen av intervjuerna genomfördes tillsammans. Ingenting under processen genomfördes på egen hand förutom intervjuerna och transkriberingen. Därmed har båda författarna varit lika delaktiga i hela analysprocessen. För att kunna gå från helhet till del har det varit till fördel att vara två författare där diskussion kring analysen utförts tillsammans. Enligt Graneheim & Lundman (2004) kan en text tolkas på olika sätt beroende på vem som läser och Elo och Kyngäs (2008) beskriver att författaren kan använda sig utav en utomstående panel som läser igenom materialet. Då författarna till föreliggande arbete varit två stärker detta tillförlitligheten och därmed trovärdigheten i studien.

Intervjuerna genomfördes på två olika förlossningsavdelningar vilket kan visa på en större spridning i hur barnmorskorna upplevde fenomenet som studerats. Detta stärker studiens överförbarhet. Urvalet av deltagare till intervjuerna var spritt i både ålder och antal arbetade år inom yrket och resultatet anses därmed överförbart till andra yrkesverksamma barnmorskor på förlossningsavdelningar. Dock kan resultatet inte anses som överförbart till någon annan del av populationen inom vården. Eventuellt skulle resultatet kunna vara överförbart även på barnmorskor verksamma inom andra delar så som antenatala enheter.

Då liknande fenomen uppkommit under intervjuerna kan resultatet anses som mättat (Kvale & Brinkman, 2009). När upplevelsen av ett fenomen undersöks kan dock alltid nya åsikter framkomma. Eftersom åtta barnmorskor intervjuats anser författarna ändå materialet som mättat.

RESULTATDISKUSSION

Utifrån analysen som genomförts ledde resultatet fram till tre kategorier, *Att skapa förutsättningar för mötet*, *Att möta sina egna känslor* och *Att mogna i yrkesrollen*. Barnmorskorna upplevde inte att kvinnor som gått i aurasamtal var mer krävande att vårda. Det framkom att det upplevdes svårare att vårda kvinnor med en odiagnostiserad förlossningsrädsla. Barnmorskorna som upplevde trygghet i yrket beskrev det som en positiv upplevelse att vårda kvinnor med förlossningsrädsla. Det visade sig dock att vården av kvinnor med förlossningsrädsla upplevdes som en utmaning för barnmorskorna. Den utmaningen kunde i sin tur upplevas som både krävande och tillfredsställande.

Barnmorskorna framhöll att de kvinnor som gått i aurasamtal var betydligt mer förberedda inför förlossningen och hade haft god tid att bearbeta rädslan. Kvinnorna som inte hade bearbetat förlossningsrädslan eller ens talat om rädslan var svåra att nå för barnmorskorna. Barnmorskorna i föreliggande studie beskrev det som krävande att försöka få kvinnan lugn, fokuserad och att våga föda.

I det PM som gäller på kliniken där intervjuerna genomfördes står det att kvinnor med förlossningsrädsla som gått i aurasamtal, vid hög arbetsbelastning skall ha tillgång om möjlighet till en närvarande barnmorska under hela förlossningen. I Nilsson (2010) står det beskrivet om vikten av ett kontinuerligt stöd för kvinnor med förlossningsrädsla där författaren även poängterar att barnmorskan om möjligt endast bör ha ansvar för vården av en födande kvinna med förlossningsrädsla i taget. Enligt det gällande PM på kliniken finns det även där reglering om

att ansvarig barnmorska ej skall ansvara för fler kvinnor under passet. Dessutom anger detta PM att barnmorskan skall vara erfaren i yrket. En kvinna med odiagnostiserad förlossningsrädsla får inte alltid ta del av fördelarna som framkommer i det skrivna PM. Inte heller får en kvinna som ej har någon förlossningsrädsla innan förlossningen ett garanterat kontinuerligt stöd under förlossningen.

Enligt studier inom området visar det att kontinuerligt stöd under hela förlossningen för alla kvinnor har betydelse för utkomsten och upplevelsen efter förlossningen (Hodnett et al., 2011 & Thorstensson et al., 2012). Detta innebär att det finns risk för att kvinnan upplever negativa känslor efter förlossningen om barnmorskan ej varit närvarande. Därmed kan kvinnan utveckla en sekundär förlossningsrädsla på grund av ett otillräckligt stöd under tidigare förlossningar och de intervjuade barnmorskorna uttryckte oro för just detta. Barnmorskorna i föreliggande studie hade inte alltid möjlighet att stötta kvinnor med förlossningsrädsla så som barnmorskorna skulle vilja, något barnmorskorna visste kunde leda till en ökad förlossningsrädsla. Barnmorskornas upplevelse av att ej kunna stötta kvinnan stärks i studien av Nilsson och Lundgren (2009) där kvinnorna med förlossningsrädsla beskrev att rädslan blev starkare och värre om kvinnorna ej fick kontinuerligt professionellt stöd under förlossningen. Detta visas även i studier som undersökt olika förlossningsutfallssamband med stöd under förlossning. Där framkommer tydliga fördelar med att den födande kvinnan har tillgång till kontinuerligt professionellt stöd, som bör vara normen och inte ett undantag i förlossningsvården (Hodnett et al., 2011 & Thorstensson et al., 2012).

I resultatet framkom att endast en utav de åtta intervjuade barnmorskorna visste om att det finns ett PM angående vården av kvinnor med förlossningsrädsla på förlossningen. Detta kan anses som anmärkningsvärt då antalet kvinnor som söker hjälp på grund av förlossningsrädsla har ökat (Waldenström, 2007). Det betyder att det blir vanligare med kvinnor med diagnostiserad förlossningsrädsla på förlossningsavdelningarna. Hur kommer det sig att endast en utav åtta barnmorskor på förlossningsavdelningen känner till detta PM? Kanske skulle detta kunna bero på att de flesta barnmorskorna på förlossningsavdelningen upplever trygghet i vården av kvinnor med diagnostiserad förlossningsrädsla och därmed inte anser att PM behöver följas.

Deltagarna i intervjuerna varierade i erfarenhet inom yrket vilket också speglade barnmorskornas upplevelse av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla. Barnmorskan i intervjuerna som hade kortast erfarenhet upplevde det svårare och mer krävande att vårda en

kvinnor med förlossningsrädsla jämfört med barnmorskorna som hade längre erfarenhet. De barnmorskorna upplevde trygghet i vården av kvinnor med förlossningsrädsla.

Återigen kan det skrivna PM som finns inom kliniken tas i beaktning då det står beskrivet att ansvarig barnmorska bör vara erfaren inom yrket. I en av intervjuerna beskrev barnmorskan att det ansågs vara bättre om den ansvariga barnmorskan var erfaren. Dock kan det diskuteras om det alltid är bättre för kvinnan i fråga att barnmorskans erfarenhet är av störst betydelse. Möjligtvis skulle en mer oerfaren barnmorska kunna vara bättre stöd i den specifika situationen då det visats i resultatet att mötet och relationen mellan barnmorskan och kvinnan har stor betydelse för en god förlossningsupplevelse. Dock har en mer erfaren barnmorska mött fler kvinnor och vårdat fler kvinnor med förlossningsrädsla vilket skulle kunna ses som en tillgång.

Trettiofyra procent utav barnmorskorna på förlossningsavdelningen i studien utav Salomonsson et al., (2011) hade åsikten att kvinnor med förlossningsrädsla endast skulle vårdas utav barnmorskor med specialkompetens inom området för förlossningsrädsla. Det kan jämföras med dubbelt så många barnmorskor inom mödravården som hade samma uppfattning.

I resultatet talar barnmorskorna även om att acceptera att alla kvinnor inte alltid blir nöjda efter förlossningen. Detta faller även in i delen av trygghet i yrket och kan förklara olika uppfattningar som barnmorskorna beskrev i intervjuerna, nämligen att barnmorskorna upplevde vårdandet av kvinnor med förlossningsrädsla som utmanande. Enligt Nilsson (2010) beskrivs det som utmanande för barnmorskor verksamma inom förlossningsvården att vårda kvinnor med förlossningsrädsla. Mer än hälften av barnmorskorna som medverkat i studien av Salomonsson et al. (2011) upplevde det som utmanande att vårda kvinnor med förlossningsrädsla. Nilsson (2010) redogör även för vikten av att barnmorskan på förlossningsavdelningen känner en trygghet i professionen vid vård av kvinnor med förlossningsrädsla. En del av barnmorskorna i föreliggande arbete beskrev det som en spännande utmaning att försöka hjälpa en kvinna med förlossningsrädsla att våga föda.

Rädslan hos kvinnorna väckte vilja hos barnmorskan att guida och ge engagemang i mötet. Barnmorskorna förklarade att detta bidrog till glädje i yrket och tillfredsställelse efter förlossningen. Detta stärks i resultatet från Salomonsson et al. (2011) där barnmorskorna beskrev vården av kvinnor med förlossningsrädsla som inspirerande. För den oerfarna barnmorskan skulle det kanske kunna vara svårare att motivera kvinnan med förlossningsrädsla då den oerfarna

barnmorskan ej har erfarenhet från många andra liknande förlossningar och kanske inte heller känner samma trygghet i professionen.

Förlossningsplanen som kvinnor med förlossningsrädsla skrivit under aurorasamtalen och sedan hade med till förlossningen kunde i resultatet ses som både något positivt och en hjälp men även något negativt i vården utifrån barnmorskans synvinkel. Enligt studien från Salomonsson et al. (2010) beskrev barnmorskorna att förlossningsplanen kunde skapa en känsla av otillräcklighet hos barnmorskorna då det upplevdes svårt att tillgodose alla önskemål kvinnorna hade. Förlossningsplanen sågs ibland som ett hinder då barnmorskorna i föreliggande arbete inte upplevde att den önskade vården kunde genomföras på grund av tids- eller resursbrist. Dock sågs förlossningsplanen i föreliggande arbete delvis som en resurs utifrån vinkeln att barnmorskan visste vad kvinnan önskade och hur kvinnan ville att förlossningen skulle bli. Liknande resultat framkommer även i Salomonsson et al. (2011) där barnmorskorna upplevde en skriven förlossningsplan som hjälpsam. Barnmorskors upplevelser av förlossningsplaner skiljer sig åt vilket belyses tydligt i vårt resultat som även stärks av tidigare nämnda studier.

Barnmorskorna uttryckte att det kunde upplevas som krävande att vårda kvinnor med förlossningsrädsla. En barnmorska uttryckte det som mentalt dränerande. I en svensk studie som undersökt barnmorskors arbete i förhållande till utbrändhet visar resultatet på att mer än en tredjedel av barnmorskorna hade visat tecken till utbrändhet. Där framkom även tydliga skillnader i ålder och antal arbetade år inom yrket, det var större risk för utbrändhet vid lägre ålder samt kortare erfarenhet som barnmorska (Hildingsson, Westlund & Wiklund, 2013). Där framkommer även att barnmorskor i hög grad blir sjukskrivna för utbrändhet bland annat på grund av hög arbetsbelastning och oro för den egna hälsan. Även detta styrker då vikten av att barnmorskor endast bör vårda en kvinna med förlossningsrädsla åt gången då det i vårt resultat visats att denna patientgrupp kan vara utmanande och ibland mycket påfrestande att vårda.

KONKLUSION

Syftet med studien var att undersöka hur barnmorskor på förlossningsavdelningar upplevde det att vårda kvinnor med förlossningsrädsla. Resultatet visade att det inte upplevdes som mer krävande att vårda kvinnor som gått i aurorasamtal än andra födande kvinnor. Det som framkom

som svårare var att vårda kvinnor med odiagnostiserad förlossningsrädsla. Barnmorskorna som upplevde en trygghet i professionen upplevde även en större trygghet med att vårda kvinnor med förlossningsrädsla på förlossningen. Barnmorskorna upplevde det som utmanande att vårda kvinnor med förlossningsrädsla på förlossningsavdelningen. Utmaningen kunde ses som både positiv och negativ.

PRAKTISKA IMPLIKATIONER

Barnmorskorna upplevde en större utmaning vid vården av kvinnor med en odiagnostiserad förlossningsrädsla än kvinnor med diagnostiserad förlossningsrädsla. Därmed måste det finnas resurser inom verksamheten som tillåter barnmorskan att kunna erbjuda alla födande kvinnor det kontinuerliga professionella stödet. I det krävande arbete det innebär att vårda kvinnor med förlossningsrädsla kan barnmorskor behöva vidareutbildning och handledning för att kunna fortsätta ge optimal vård till dessa kvinnor.

FRAMTIDA FORSKNING

Mycket av den forskning som finns inom området förlossningsrädsla utgår ifrån kvinnors upplevelser. Däremot finns det begränsad forskning som studerat barnmorskors upplevelser av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla. Vi föreslår vidare forskning om hur barnmorskor har möjlighet att ge stöd i relation till de behov som kvinnor med förlossningsrädsla har. Detta skulle vara av värde för att kunna erbjuda dessa kvinnor optimal vård. Barnmorskor har hög risk för att drabbas av utbrändhet på grund av bland annat hög arbetsbelastning och samtidigt tyder all forskning på vikten av att den födande kvinnan får kontinuerligt stöd under förlossningen. Vi anser att de två ovan nämnda områden hör samman och därför föreslår vi även vidare forskning om hur barnmorskan påverkas av tids- och resursbristen i samband med vård av kvinnor i aktivt förlossningsarbete.

REFERENSER

- Alehag, S., Wijma, K. & Wijma, B. (2001) Fear during labor. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 80, 315–320
- Areskog, B., Uddenberg, N., & Kjessler, B. (1981). Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecologic and Obstetric investigation* 12, 262–266.
- Berg, M. Vårdandets värdegrund vid barnafödande. (2010). I M, Berg., & I, Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka- vårdande vid barnafödande* (s. 117-139). 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.
- Dahlberg, K., & Segersten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- 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.
- Etiska prövningsnämnden. (2013). *Personuppgifter I forskning- vilka regler gäller?* Hämtad från WWW 2014-01-05: <http://www.epn.se/media/63764/faktabroschyr-pul-forskning.pdf>.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Hildingsson, I., Lindgren, H., Haglund, B., & Rådestad, I. (2006). Characteristics of women giving birth at home in Sweden: a national register study. *American Journal Of Obstetrics & Gynecology*, 195(5), 1366-1372.
- Hildingsson, I., Rådestad, I., Rubertsson, C., & Waldenström, U. (2002). Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 618–623.
- Hildingsson, I., Westlund, K., & Wiklund, I. (2013). Burnout in Swedish midwives. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4, 87-91.

- Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G., & Sakala, C. (2011). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (10)
- Högberg, U. Obstetrik och mödradödlighet i ett svensk historiskt perspektiv. (2008). I H. Hagberg, K. Marsal., & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (s. 721-730). Lund: Studentlitteratur.
- Höjeberg, P. (2011). *Jordemor, barnmorska och barnaföderska- barnafödandets historia i Sverige*. Stockholm: Carlsson bokförlag.
- ICM. (2011). *International Code of Ethics for Midwives*. Hämtad från WWW 2014-01-05: <http://www.internationalmidwives.org/>.
- Karlström, A., Engström-Olofsson, R., Nystedt, A., Thomas, J., & Hildingsson, I. (2009). Swedish caregivers' attitudes towards caesarean section on maternal request. *Women & Birth*, 22(2), 57-63.
- Karlström, A., Rådestad, I., Eriksson, C., Rubertsson, C., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2010). Cesarean section without medical reason, 1997 to 2006: a Swedish register study. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 37(1), 11-20.
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundgren, I. Vård vid normalt barnafödande. (2010). I M. Berg., & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka- vårdande vid barnafödande* (s. 117-139). 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.
- Magnusson, B. Barnmorskan och förlossningsrådet. (1998). I B. Sjögren (Red.), *Förlossningsrådet* (s. 9-35). Lund: Studentlitteratur.
- Melender, H. (2002). Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women. *Birth*, 29(2), 101-111.
- Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010). Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *JOGNN: Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39(3), 298-309.
- Nilsson, C., & Lundgren, I. (2009). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25(2), 1-9.
- Nilsson, C. Att möta och vårda kvinnor med svår förlossningsrädsla. (2010). I M. Berg., & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka- vårdande vid barnafödande* (s. 169-186). Lund: Studentlitteratur.

- Nationella medicinska indikationer, (NMI). (2011). *Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan*. Rapport: Samarbetsprojektet Nationella medicinska indikationer. Hämtad från WWW 2013-12-16: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellaindikationer> .
- Onell, C., & Thelin, K. Barnmorskans arbete med förlossningsrädda mammor. (2005). I B, Sjögren (Red.), *Psykosocial obstetrik – kropp och själ och barnafödande*. Lund: Studentlitteratur.
- Ryding, E.L. (1993). Investigation of 33 women who demanded a caesarean section for personal reasons. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 72, 280–285.
- Ryding, E.L. Förlossningsrädsla och ångestsyndrom. (1998). I B, Sjögren (Red.), *Förlossningsrädsla* (s. 74-87). Lund: Studentlitteratur.
- Ryding, E.L., Wijma, K. & Wijma, B. (1998). Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental, and normal vaginal delivery. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 19, 135-144.
- Ryding, E.L., Persson, Å., Onell, C., & Kvist, L. (2003). An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 10–17.
- Salomonsson, B., Alehagen, S., & Wijma, K. (2011). Swedish midwives' views on severe fear of childbirth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2, 153-159.
- Salomonsson, B., Wijma, K., & Alehagen, S. (2010). Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*, 26(3), 327-337.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. (Uppdaterad t.o.m. SFS 2013:629) Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. (t.o.m. SFS 2008:192) Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1980:100. *Sekretesslagen*. (Uppdaterad t.o.m. SFS 2008:1392) Stockholm: Socialdepartementet.
- Sjögren, B. (1997). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 18,266–272.
- Sjögren, B., Ryding, E.L., & Magnusson, B. Psykologiska och medicinska stödåtgärder vid förlossningsrädsla. (1998). I B, Sjögren (Red.), *Förlossningsrädsla* (s. 88-110). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerade barnmorskor*. Hämtat från WWW 2014-01-05: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf.

- Svensk förening för obstetrik och gynekologi, (SFOG). (2004). *Förlossningsrädsla. Rapport nummer 51*. Malmö: Elanders.
- 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.
- Thorstensson, S., Ekström, A., Lundgren, I., & Hertfelt Wahn, E. (2012). Exploring professional support offered by Midwives during labour: An observation and interview study. *Nursing Research and Practice*. 10 pages
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad från WWW 2013-12-27: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., & Ryding, E. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(6), 638-646.
- Waldenström, U. (2007). *Föda barn- från naturligt till högteknologiskt*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.
- WHO. (2012). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010* WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Hämtad från WWW 2013-11-30: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/index.html>.
- Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 19, 84-97.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- 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

Intervjufrågor:

1. Kan du berätta för mig om en situation där du vårdat en kvinna med förlossningsrädsla? Följdfrågor- Hur upplevde du det mötet? Hur gick du tillväga med vårdandet av henne?
2. Upplever du att de kvinnor som gått på Auroramottagning är väl förberedda inför sin förlossning?
3. Finns det några riktlinjer på din arbetsplats angående vård av kvinnor med förlossningsrädsla? Om Ja-. Hur ser dessa ut? Upplever du dig säker på hur du ska handla? Om Nej- Hur hade du önskat att de såg ut? Vad hade varit till hjälp för dig?
4. Kan du beskriva för mig hur du upplever det att möta och vårda kvinnor med förlossningsrädsla på förlossningen?



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Hej!

Våra namn är Sandra Blomgren och Karin Ahlén. Vi är två sjuksköterskor som studerar till barnmorskor vid Göteborgs universitet. En del av utbildningen till barnmorska består av ett examensarbete (magisteruppsats) då vi fördjupar oss i ett ämne inom ramen för barnmorskans arbete. I vårt examensarbete har vi valt att studera barnmorskans upplevelse av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla under förlossning. Få studier har gjorts som beskriver barnmorskans upplevelse av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla. Vår utgångspunkt kommer vara att undersöka om barnmorskorna på förlossningsenheten upplever sig besitta kunskap om dessa kvinnor och hur de handlar i vårdmötet med kvinnan.

För att undersöka detta intervjuar vi 4 barnmorskor på Östras normalförlossning och 4 barnmorskor på Mölndals förlossning som huvudsakligen kommer ske under vecka 11-18, 2014 då vi har VFU på respektive enhet.

Våra förhoppningar är att resultatet skall leda till en ökad kunskap om barnmorskans upplevelse av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla.

Deltagandet i studien är helt frivilligt. Inga personuppgifter kommer att registreras kopplade till varje intervju. Du kan när som helst avbryta utan specifik orsak. Data från studien, de inspelade intervjuerna kommer att lagras i säkerhet i ett låst skåp på Göteborgs Universitet. Dina uppgifter är sekretesskyddade och ingen obehörig har tillgång till materialet. Vid bearbetning av data och redovisning av resultaten i uppsatsen kommer en enskild individ ej att kunna urskiljas.

Inför intervjun kan det vara till hjälp om Du har tänkt igenom en situation där Du vårdat en kvinna med förlossningsrädsla på förlossningen.

Tack för din medverkan!

Härmed godkänner Jag villkoren för deltagande i studien:

Underskrift

Namnförtydligande, datum

Har Du frågor är Du välkommen att höra av Dig till oss via e-post eller telefon:

Karin Ahlén

E-post: xxxxx

Tfn: xxxxx

Sandra Blomgren

E-post: : xxxxx

Tfn: xxxxx

Handledare:

Helena Lindgren

Biträdande Universitetslektor, Med dr, Barnmorska, inom Reproduktiv och perinatal hälsa vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.

E-post: xxxxx

Tel: xxxxx

Mobil: xxxxx



BILAGA 3

GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Hej!

Våra namn är Karin Ahlén och Sandra Blomgren. Vi är sjuksköterskor och studerar på Barnmorskeprogrammet vid Göteborgs universitet. I utbildningen ingår ett examensarbete på 15 högskolepoäng, så kallad Magisternivå. I vårt examensarbete har vi valt att studera barnmorskans upplevelse av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla under förlossning.

Tidigare publicerade studier har haft ett övervägande fokus utifrån kvinnans perspektiv. Få studier har gjorts som beskriver barnmorskans upplevelse av att vårda kvinnan med förlossningsrädsla. Vår utgångspunkt kommer vara att undersöka om barnmorskorna på förlossningsenheten upplever sig besitta kunskap om dessa kvinnor och hur de handlar i vårdmötet med kvinnan. Vi har varit i kontakt med våra respektive huvudhandledare på Östra, Anna Svensson och Mölndal, Ida Lyckestam Thelin som båda två varit mycket positiva till ämnet. Vi kommer att kontakta 8 barnmorskor, 4 stycken på Östras normalförlossning och 4 stycken på Mölndals förlossning för att tillfråga om de vill medverka i studien. De kommer att intervjuas på deras arbetsplats eller på annan plats de själva väljer. Intervjuerna beräknas pågå i 30-60 minuter. De kommer att spelas in och skrivas ut ordagrant. Datafilerna kommer att förvaras på säker plats i ett låst skåp på Göteborgs Universitet. Deltagarna kommer att få information om att deltagandet är frivilligt och att de kan avbryta deltagandet när som helst under intervjun utan att behöva uppge något skäl. De kommer också att informeras om att ingen obehörig kommer att få tillgång till datamaterialet och att enskilda individer inte kommer att kunna identifieras då inga personuppgifter kommer finnas i det publicerade examensarbetet. Om mer information önskas får du gärna kontakta oss eller vår handledare, se nedan.

Med vänlig hälsning

Ort, datum

Karin Ahlén

Legitimerad sjuksköterska och Barnmorskestudent inom Reproduktiv och Perinatal Hälsa vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet.

Sandra Blomgren

Legitimerad sjuksköterska och Barnmorskestudent inom Reproduktiv och Perinatal Hälsa vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet.

Handledare: Helena Lindgren, Biträdande Universitetslektor inom Reproduktiv och Perinatal Hälsa, PhD, Barnmorska. Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet

Godkännande Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Sandra Blomgren och Karin Ahlén genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Namnunderskrift

Namnförtydligande, datum

BILAGA 4

Tabell 2. Exempel ur analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori
<i>"Jag hade inte heller känt att jag kunde hjälpa henne om vi inte hade byggt upp den här relationen."</i>	Att möta kvinnan	Relation	Att skapa förutsättningar för mötet
<i>"Så det första mötet blev inte så där lättsamt och spontant som det kan bli. Utan det blev mer, ja hur ska jag. Om hon nu inte vill liksom röra sig nästan, hur ska jag..."</i>			
<i>"Jag försökte verkligen tillmötesgå henne och förklara varje moment jag gjorde, jättelugnt. Jag väntade in henne och förklarade för partnern och doulan och jag kände att jag inte kunde gjort något mer. Jag känner faktiskt så i detta fallet."</i>			
<i>"Mötet var bra. Det var liksom inte svårt och hon accepterade mig och jag liksom, det var bra så."</i>			
<i>"Och sen var jag hos henne hela hennes öppningskede och jag förläste också tillslut, och det var mycket slit att ta ner henne från, det var bit för bit att får henne att vara stilla under värk, att våga sitta, ligga under värk, våga slappna av under värk, andas lustgas."</i>	Barnmorskan bekräftar kvinnan och är närvarande	Stöd	
<i>"Det tycker jag var mycket, viska i hennes öra varje värk, liksom så, vad som kunde hända, hur det</i>			

<p><i>kunde kännas och sen blev det en helt fantastisk förlossning, helt fantastisk."</i></p>			
<p><i>"Det går ju inte att ha en dålig dag eller känna sig väldigt trött, eller ha en migrändag. Det kräver ju av mig att jag kan gå in i det."</i></p>			
<p><i>"Man kan behöva upprepa saker så att de ska känna den här tryggheten att man inte försvinner."</i></p>			