



Akademien för hälsa, vård och välfärd

# BEMÖTA FÖRLOSSNINGSRÄDSLÅ

Barnmorskors erfarenheter från förlossningsavdelning

*Ett kvalitativt examensarbete*

**ERIKA ANDERSSON**

**MY ARVEDEN**

*Sexuell och reproduktiv hälsa  
Avancerad nivå  
15HP  
Barnmorskeprogrammet  
Examensarbete inom sexuell och  
reproduktiv hälsa  
VAE041*

*Handledare: Maja Söderbäck  
Examinator: Magdalena Mattebo*

*Seminariedatum: 2017-11-02  
Betygsdatum: 2017-11-21*

## **SAMMANFATTNING**

**Syfte:** Beskriva barnmorskors erfarenheter av att bemöta kvinnor med förlossningsrädsla på förlossningsavdelningar.

**Metod:** En intervjustudie med induktiv ansats. Nio barnmorskor valdes strategiskt ut och intervjuades på tre förlossningsavdelningar i Mellansverige. Kvalitativ innehållsanalys valdes som analysprocess.

**Resultat:** Resultatet är beskrivet utifrån tre kategorier samt tolv subkategorier.

Barnmorskorna beskrev erfarenheter av att utöva en vårdande relation utifrån att vara närvarande, lyhörda, tydliga, ge kontroll och att samarbeta med kvinnan. Det var en personlig utmaning för barnmorskorna att bemöta förlossningsrädsla. Barnmorskorna beskrev att det var stimulerande men samtidigt påfrestande och att den egna attityden påverkade bemötandet. För att skapa ett bra bemötande vid förlossningsrädda var det viktigt med resurser. Det var av betydelse med ett bra samarbete med kollegor, ha tiden att bemöta och att det fanns tillräckligt med bemanning. Det fanns även önskan om ökad kompetens inom detta område.

**Konklusion:** Om barnmorskan enbart har hand om en kvinna i aktivt förlossningsarbete ges större möjligheter att utöva en vårdande relation. För att detta ska vara möjligt krävs det en större bemanning av barnmorskor på förlossningsavdelningar. Genom att ge barnmorskor möjlighet till utbildning inom förlossningsrädsla ökar kompetensen vilket kan ge ytterligare tryggare och kompetenta barnmorskor.

**Nyckelord:** Barnmorskor, bemötande, förlossningsrädsla, erfarenheter.

## **ABSTRACT**

**Aim:** To describe midwife's experiences to treat women with fear of childbirth in Hospital Birthing Centers.

**Method:** A interview study with inductive approach. Nine midwives were strategically selected and interviewed at three childbirth departments in central of Sweden. Qualitative content analysis was chosen as an analytical process.

**Results:** The result was described in three categories and twelve subcategories. The midwives' experiences of exercising a caring relationship is based on being present, responsive, distinct, give control and cooperating with the woman. It is a personal challenge to deal with fear of childbirth. The midwives describe that it is stimulating but also stressful and that their own attitude affects the treatment. Important for creating a good response to women with fear of childbirth are resource assets. It is important to have good cooperation with colleagues, have the time to respond and enough staffing. There is a wish for more education to increased skills in this area.

**Conclusion:** If the midwife only cares for a woman in active childbirth care, there is greater opportunity to exercise a caring relationship. In order for this to be possible, a larger crew of midwives in maternity leave is required. By giving midwives the opportunity to receive education in childbirth related fear, the skills increase, which can provide additional safer and competent midwives.

**Keywords:** Experience, fear of childbirth, midwives, respond.

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
<b>2.1</b>	<b>Barnmorskans arbete i samband med förlossning</b> .....	<b>1</b>
<b>2.2</b>	<b>Förlossningsrädsla</b> .....	<b>2</b>
2.2.1	<i>Kvinnors erfarenhet av förlossningsrädsla</i> .....	2
<b>2.3</b>	<b>Förebygga förlossningsrädsla</b> .....	<b>3</b>
2.3.1	<i>Auroraverksamhet – verksamhet för förlossningsrädsla</i> .....	4
2.3.2	<i>Kejsarsnitt vid förlossningsrädsla</i> .....	4
<b>2.4</b>	<b>Barnmorskors erfarenheter</b> .....	<b>5</b>
2.4.1	<i>Kvinnors erfarenheter av barnmorskans bemötande</i> .....	6
<b>2.5</b>	<b>Teoretiskt perspektiv- Att Stödja och Stärka</b> .....	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>SYFTE</b> .....	<b>7</b>
<b>5</b>	<b>METOD</b> .....	<b>7</b>
<b>5.1</b>	<b>Studiedesign</b> .....	<b>7</b>
<b>5.2</b>	<b>Datainsamling</b> .....	<b>8</b>
5.2.1	<i>Urval</i> .....	8
5.2.2	<i>Tillvägagångssätt</i> .....	8
<b>5.3</b>	<b>Dataanalys</b> .....	<b>9</b>
<b>5.4</b>	<b>Etiska övervägande</b> .....	<b>9</b>
<b>6</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>10</b>
<b>6.1</b>	<b>Utöva en vårdande relation</b> .....	<b>10</b>
6.1.1	<i>Att vara närvarande</i> .....	10
6.1.2	<i>Att vara lyhörd</i> .....	11
6.1.3	<i>Att vara tydlig</i> .....	12
6.1.4	<i>Att ge en känsla av kontroll</i> .....	12
6.1.5	<i>Att samarbeta med kvinnan</i> .....	13

<b>6.2 Personlig utmaning</b> .....	<b>14</b>
6.2.1 Att känna stimulans .....	14
6.2.2 Att känna påfrestning .....	14
6.2.3 Att egen attityd påverkar .....	15
<b>6.3 Resurstillgång</b> .....	<b>15</b>
6.3.1 Att samarbeta med kollegor .....	16
6.3.2 Att ha tid.....	16
6.3.3 Att bemanning finns .....	17
6.3.4 Att öka kompetensen .....	18
<b>7 DISKUSSION</b> .....	<b>19</b>
7.1 Resultatdiskussion .....	19
7.2 Metoddiskussion.....	22
<b>8 KONKLUSION</b> .....	<b>25</b>
<b>9 KLINISKA IMPLIKATIONER</b> .....	<b>26</b>
<b>10 FRAMTIDA FORSKNING</b> .....	<b>26</b>
<b>REFERENSLISTA</b> .....	<b>27</b>

**BILAGA A: ARTIKELMATRIS**

**BILAGA B: INFORMTIONSMBREV**

**BILAGA C: SAMTYCKESBLANKETT**

**BILAGA D: INTERVJUGUIDE**

**BILAGA E: ANALYSMATRIS**

## **1 INLEDNING**

Vi är två barnmorskestudenter som valt att skriva om förlossningsrädsla utifrån barnmorskans perspektiv. Vi tror att mötet mellan kvinnan och barnmorskan är av betydelse för hur kvinnan upplever sin graviditet och förlossning. Det skrivs i media och på sociala nätverk om förlossningsvården med ett negativt fokus. Detta kan påverka kvinnors syn på förlossningsvården och bidra till en ökad oro. Vi tror att barnmorskorna arbetar med att bemöta alla kvinnor som ska föda barn på det bästa sätt som är möjligt och inte minst bemötande av förlossningsrädda kvinnor. Vi tror dock att det finns omständigheter som påverkar bemötandet så som bemanning- och tidsbrist. Förlossningsvårdens positiva sidor behöver belysas och författarna tycker att bemötandet av förlossningsrädsla är ett område som förtjänar att lyftas fram. Forskningen fokuserar på hur kvinnan upplever förlossningsrädsla. Därför tycker författarna att det är värdefullt att beskriva barnmorskornas erfarenheter av att bemöta förlossningsrädda kvinnor i en förlossningssituation samt diskutera utifrån barnmorskornas stödjande och stärkande roll.

## **2 BAKGRUND**

*I bakgrunden presenteras barnmorskans arbete i samband med förlossning, förlossningsrädsla, tidigare forskning på förebyggande åtgärder, auroverksamhet, kvinnors samt barnmorskor erfarenheter av förlossningsrädsla.*

### **2.1 Barnmorskans arbete i samband med förlossning**

Barnmorska är ett legitimerat yrke i Sverige där Socialstyrelsen utfärdar legitimationen. I ”Kompetensbeskrivningen för legitimerad Barnmorska” (Socialstyrelsen, 2006) beskrivs hantering av normal och komplicerad graviditet, förlossning och eftervård. Barnmorskan ska ge stöd under både graviditet och förlossning, ge förberedelse inför förlossning samt ha samtalsstöd vid förlossningsrädsla. Kvinnan ska kunna känna trygghet, få kontinuitet under förlossningen och få samtalsstöd efter förlossningen. Barnmorskan ska ha förmågan att identifiera individer med särskilda behov av vård och stöd (Socialstyrelsen, 2006).

Enligt Socialstyrelsens rapport över Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn (2017) föddes 116 667 barn i Sverige år 2015. På mödrahälsovårdskliniker i Sverige arbetar barnmorskan självständigt. Samtal med den gravida kvinnan sker individuellt och konsultation med en obstetriker sker endast i medicinska frågor samt beslut om kejsarsnitt eller induktion. Andra professioner som psykologer eller socialarbetare konsulteras om barnmorskan upplever att det finns ett behov för detta (Larsson, Karlström, Rubertsson &

Hildingsson, 2016). Den gravida kvinnan bedöms tidigt i graviditet och där bestäms om kvinnan kan följa det medicinska basprogrammet. I det medicinska basprogrammet erbjuds undersökningar och provtagningar för att kunna upptäcka risker för komplikationer för mor och barn. Det finns även ett psykosocialt basprogram som hade till syfte att fånga upp de kvinnor och partners som behöver ett ytterligare stöd under graviditet och förlossning (Collberg & Ellis, 2014). Barnmorskan har ett ansvar att informera och hjälpa kvinnorna att ha rimliga förväntningar inför en förlossning för att kunna hantera den på bästa sätt (Rilby, Jansson, Lindblom & Mårtensson, 2012).

## **2.2 Förlossningsrädsla**

Det finns ingen specifik definition för förlossningsrädsla utan en förklaring som används är specifik rädsla vid barnafödande som påverkar det vardagliga livet. Rädslan kan finnas hos kvinnan innan en graviditet, under graviditeten samt efter en förlossning (Alehagen, 2016). Känna oro under en graviditet är normalt och under senare delen av graviditeten när förlossningen närmar sig känner större andelen av kvinnorna en viss rädsla.

Förlossningsrädsla inom förlossningsvården brukar delas in i olika svårighetsgrader från lätt oro till intensiv förlossningsrädsla. Det beräknades att ungefär fem till tio procent upplevde intensiv rädsla inför en förlossning. När rädslan blev så pass stark att kvinnan inte har mod till att bli gravid, vill göra abort eller kräver att få ett planerat kejsarsnitt definierar det som förlossningsfobi eller tokofobi (Ryding, 2014). Förlossningsrädsla delas in i primär och sekundär förlossningsrädsla. Den primära förlossningsrädslan finns hos kvinnor som inte fött barn tidigare och den sekundära finns hos kvinnor som fött barn tidigare (Alehagen, 2016).

### **2.2.1 Kvinnors erfarenhet av förlossningsrädsla**

Förlossningsrädsla kan ha flera orsaker och vara beroende på om kvinnan fött barn tidigare eller inte. En förstföderskas rädsla kan bero på att det är en ny situation och en rädsla för att andras förlossningshistorier skulle förverkligas för dem själva (Fenwick et al., 2015; Fisher et al., 2006). En orsak till att kvinnor utvecklade sekundär förlossningsrädsla kan vara att den första förlossningen upplevdes antingen vara för snabb eller för långsam (Fisher, Hauch & Fenwick, 2006). Sekundär förlossningsrädsla kunde även bero på en tidigare tuff förlossningsupplevelse där en studie av Fenwick et al. (2015) angav att kvinnorna känt sig bortglömda och inte fått det stöd de varit i behov av. En annan studie av Fisher et al. (2006) beskrev att kvinnorna upplevde förlossningen som traumatisk och skräckfull. En konsekvens av en traumatisk förlossning uppgav en studie av Rilby et al. (2012) var att kvinnorna önskade kejsarsnitt inför nästa förlossning.

En studie av Ternström, Hildingsson, Haines och Rubertsson (2015) visade att kvinnor med utländsk bakgrund hade större trolighet att utveckla förlossningsrädsla. Detta förklarades med att utländska kvinnor i större utsträckning har problem med ångest och depression. I en studie av Matinnia, Faisal, Hanafiah Juni, Rahman Herjar och Moeini (2015) beskrevs förlossningsrädslan bero på flera olika orsaker. Några av orsakerna var rädslan för själva förlossningsprocessen och rädsla för barnets liv och hälsa. En annan orsak till förlossningsrädsla var smärta under förlossningen. Flera studier visade att kvinnan var rädd att inte kunna hantera smärtan och utvecklade därmed förlossningsrädsla (Fenwick, Toohill, Creedy, Smith & Gamble, 2015; Fisher., et al, 2006; Rilby., et al 2012; Wang 2017). Studien av Wang (2017) framkom det att kvinnan inte fått lära sig smärthantering inför förlossningen och därmed skapades oro för att inte kunna hantera smärtan.

I en kvalitativ studie av Fenwick et al. (2015) angav att en orsak till förlossningsrädsla hos kvinnorna var att personalen på förlossningen var okänd för dem. I en annan studie av Harris och Ayers (2012) framkom det att kvinnor som upplevde brist på stöd från barnmorskan under förlossningen hade större risk att utveckla post traumatiskt stressyndrom. Samma studie beskrev att kvinnor som upplevde konflikt med personalen eller att de blivit ignorerade hade större sannolikhet att utveckla en så kallad "hotspot", ett slags negativt minne från förlossningen som kunde orsaka förlossningsrädsla. Henriksen, Grimsrud, Schei och Lukasse (2017) visade i sin studie att en femtedel av kvinnorna upplevde att de haft en negativ förlossningsupplevelse och en negativ förlossningsupplevelse kunde leda till förlossningsrädsla. Förlossningen upplevdes negativ på grund av felbehandling, bristande uppföljning av personalen, icke närvarande barnmorska, att förlossningsplanen inte följdes samt att kvinnan inte upplevde att barnmorskan trodde på kvinnan.

### **2.3 Förebygga förlossningsrädsla**

Byrne, Hauck, Fischer, Bays och Schutze (2013) beskrev att kvinnor som fick mindfulness-baserad förlossningsutbildning kände sig mer självsäkra och upplevde sig mindre rädda för att föda barn. Dessutom upplevde kvinnorna i denna pilotstudie att de hade nytta av utbildningen även efter förlossningen. En annan studie av Leap, Sandall, Buckland och Huber (2010) visade att kontinuitet i vården där kvinnan vårdas av samma barnmorska under hela graviditeten och att samma barnmorska bistår förlossningen hjälpte kvinnan att tro på sig själv och sin egna förmåga att hantera förlossningen. Det gav ett förtroende för barnmorskan. Samma studie beskrev att kvinnorna satte värde i att delta i föräldragrupper och att höra de andra kvinnornas historier. En studie av Fisher et al. (2006) beskrev att kvinnor utvecklade förlossningsrädsla genom att höra andra kvinnors förlossningshistorier. I flera fall kunde förlossningsrädsla förebyggas genom utbildning. I en annan studie av Wang



(2017) framkom det att brist på utbildning inför förlossningen ökade negativa upplevelser och därmed onödiga kejsarsnitt. I en studie av Masoumi, Kazemi, Oshvandi, Jalali, Esmaeili-Vardanjani och Rafiei (2016) beskrev författarna att ett viktigt verktyg för att minska förlossningsrädsla inför vaginalförlossning var att ha ett utbildningsprogram för kvinnorna inför förlossningen, vilket erbjuds i Sverige i form av föräldrautbildningar (Barimani, 2016).

### **2.3.1 Auroraverksamhet – verksamhet för förlossningsrädsla**

Den första auroraverksamheten startades av barnmorskor på en förlossningsavdelning i Göteborg då de mötte panikslagna kvinnor som inte kunnat förbereda sig inför sin förlossning (Ryding, 2014). Auroraverksamhetens främsta uppgift var att förbereda kvinnorna genom stödsamtal, förlossningsförberedelse, vårdplanering och eventuell utökad terapi (Alehagen, 2016). I en studie av Larsson et al. (2016) framkom det att de flesta förlossningskliniker i Sverige hade barnmorskor som arbetar med förlossningsrädsla vid sidan av sina vanliga arbetsuppgifter. Det framkom också att rådgivning från barnmorskor var en värdefull faktor för de förlossningsrädda kvinnorna. En studie av Byrne et al. (2013) visade att kvinnor som fick förberedande utbildning inför sin förlossning minskade risken för ohälsa och depression. Dessutom kände kvinnorna sig mer självsäkra och mindre rädda för att föda barn. Även i en studie av Salomonsson, Alehagen och Wijima (2011) framkom det att barnmorskor upplevde det värdefullt för den förlossningsrädda kvinnan att träffa aurorateamet.

### **2.3.2 Kejsarsnitt vid förlossningsrädsla**

Kejsarsnitt är ett sätt att förlösa barnet genom ett snitt i buken. Många kvinnor som har förlossningsrädsla önskar planerat kejsarsnitt. Detta för att kvinnorna upplever rädsla att genomgå en vaginal förlossning på grund av smärta, kontrollförlust eller har tidigare dåliga erfarenheter (Ryding, 2014). Planerade kejsarsnitt beräknas vara ungefär 17 procent utav alla förlossningar som sker i Sverige (Socialstyrelsen, 2017). Frekvensen av antalet kejsarsnitt har ökat de senaste åren. För att få genomgå ett kejsarsnitt vid svår förlossningsrädsla finns skäl som ska vara uppfyllda. Några exempel på skäl är misslyckat stöd eller behandling, psykiatrisk sjukdom eller rädsla för att kvinnan inte ska knyta an till barnet. När kejsarsnitt sker utan medicinsk indikation, alltså endast på mammans önskan kallas det för humanitär eller psykosocial indikation. I en studie av Wang (2017) framkom det att flera kvinnor önskade kejsarsnitt för att undvika smärtan från en vaginalförlossning. I vissa fall beror rädslan på att kvinnan tidigare upplevt en traumatisk förlossning. I en studie av Rilby et al. (2012) framkom det att flera kvinnor som upplevt en svår vaginalförlossning som första förlossning önskade få ett kejsarsnitt andra gången.

Genom ett samarbete i Sverige mellan Socialstyrelsen, landsting, kommuner och Statens beredning för medicinsk utvärdering utgavs "nationella medicinska indikationer för kejsarsnitt på moderns önskan" (Andolf, 2014). Detta togs fram för att kunna ge lika vård runt om i landet för kvinnor som hade önskan om kejsarsnitt på humanitär indikation. I en undersökning bland Sveriges förlossningskliniker använde 74% rapporten i sin bedömning av gravida kvinnor som önskade ett kejsarsnitt (Larsson et al., 2016).

## **2.4 Barnmorskors erfarenheter**

I en kvantitativ enkätstudie av Salomonsson et al. (2011) var syftet att beskriva barnmorskors syn på allvarlig förlossningsrädsla. Det var 834 barnmorskor som deltog i studien och majoriteten av barnmorskor beskrev att ett kontinuerligt stöd från barnmorska var det som upplevdes som störst nytta för den förlossningsrädda kvinnan. Förlossningsplan ansågs som hjälpfyllt och 65% av barnmorskorna ansåg att det var värdefullt för kvinnan att träffa ett aurorateam. Hälften av barnmorskorna upplevde att det var inspirerande att bistå en förlossning med en allvarligt förlossningsrädd kvinna. Nästan 65% ansåg att de hade kompetensen att stödja en allvarligt förlossningsrädd kvinna.

En kvalitativ enkätstudie av Dahlen och Caplice (2014) visade att en av barnmorskors största rädslor var att orsaka en negativ förlossningsupplevelse hos kvinnan. I en fokusgruppstudie av Salomonsson, Wijima och Alehagen (2010) beskrev barnmorskorna att de hade har svårt att upptäcka förlossningsrädsla när kvinnan visade upp symtom men inte uttryckte sin rädsla med ord. Kvinnornas förlossningsrädsla kunde påverka barnmorskans bemötande negativt. Förlossningsrädsla ansågs öka riskerna för att åtgärder vidtas för att påskynda förlossningen. Barnmorskorna beskrev att det var bra att ha olika strategier till kvinnan för att kunna hantera sin rädsla. Det krävs att barnmorskan ger en individualiserad vård, var närvarande och har tid för det, samt kunna matcha den födande kvinnan.

I en kvantitativ tvärsnittsstudie av Larsson et al. (2016) skickades frågeformulär ut till totalt 43 förlossningskliniker. I studien framkom det att barnmorskor önskade mer utbildning, tid och resurser för att kunna bli bättre i sitt arbete med förlossningsrädda. Barnmorskorna ansåg att det behövdes mer grundläggande krav på hur rådgivning och behandling av förlossningsrädda skulle ske. Dessutom ansåg barnmorskor det värdefullt att arbeta tillsammans med andra professioner med förlossningsrädda kvinnor.

### **2.4.1 Kvinnors erfarenheter av barnmorskans bemötande**

Andra studier visade på hur barnmorskan hade hjälpt kvinnor med förlossningsrädsla. Lyberg och Severinsson (2010) hade gjort en kvalitativ intervjustudie med syfte att undersöka hur förlossningsrädda kvinnor upplevde barnmorskans övervakning och ledarroll. I studien framkom det att en bra relation mellan barnmorska och kvinnan gav en bra förlossningsupplevelse och genom en empatisk och närvarande barnmorska gavs en känsla av säkerhet. De förlossningsrädda kvinnorna upplevde en större trygghet och tillit till barnmorskan om de fick vara med och planer förlossningen. Den kvalitativa studien av Rilby et al. (2012) bekräftade att förlossningsrädda kvinnor som haft ett bra stöd och känt sig trygga med sin barnmorska såg framemot att föda barn igen, medan upplevelse av dålig relation med sin barnmorska hade motsatt effekt. Även en kvantitativ studie av Sydsjö, Blomberg, Palmquist, Angerbjörn, Bladh och Josefsson (2015) angav att barnmorskans stöd under förlossningen påverkade förlossningsupplevelsen.

### **2.5 Teoretiskt perspektiv- Att Stödja och Stärka**

Till detta arbete valdes Bergs (2010) värdegrund för vårdande vid barnafödande. Detta teoretiska perspektiv vill öka förståelsen för vad vård och förhållningssätt vid en förlossning innebär. Förlossningsrädsla har funnits genom alla tider och hanterats på olika sätt. I dagens samhälle ses förlossningen som en medicinsk företeelse, vården handlar om att förutse risker. Det kan få till följd att kvinnans naturliga oro för sin och barnets hälsa kan förstärkas och bli till rädsla. Kvinnans kropp förändras under graviditeten, kvinnan kan uppleva sin kropp och sig själv annorlunda. Kvinnans ändrade kropp kan även innebära att omgivningen ändrar sin syn på kvinnan. Barnmorskan har en viktig roll för många kvinnor. De blir en länk mellan dem och det ofödda barnet. Barnmorskan står även för råd och förklarar vad som händer med kroppen. På detta sätt påverkar barnmorskan hur kvinnan upplever sin graviditet och förlossning. Vårdandet innebär en relation som ska vara äkta där två unika varelser möts, kvinnan och barnmorskan. Mellan kvinnan och barnmorskan ska det finnas öppenhet. Barnmorskans verktyg var i den vårdande relationen att ta del av kvinnan livsberättelse. Genom kvinnans livsberättelse kan barnmorskan förstå kvinnan. Den vårdande relationen påverkas av barnmorskans egen vilja att vårda, av patientens vilja att bli vårdad men även av andra relationer. Relationer kunde vara att barnmorskan tar hand om fler patienter, relationen med kollegor och chefer och själva organisationen (Berg, 2010).

Barnmorskans möte med kvinnan skulle vara en positiv upplevelse där barnmorskan gav kvinnan den vård som behövdes. Genom att ställa frågor kunde barnmorskan förstå kvinnan. I mötet var det viktigt att barnmorskan visade öppenhet, lyhördhet, respektfullhet samt lyssnade på kvinnan. Detta krävde att barnmorskan hade tid samt helst bara hade ansvaret

för en födande kvinna. Ett bra möte mellan barnmorska och en förlossningsrädd kvinna kunde göra att kvinnan började en läkningsprocess efter en tidigare negativ förlossningsupplevelse. Barnmorskan skulle ta hänsyn till att varje kvinna var unik och för att klara av att vårda en förlossningsrädd kvinna måste barnmorskan vara trygg i professionen (Nilsson, 2010).

### **3 PROBLEMFORMULERING**

Tidigare forskning har visat att en förlossning är en livsomvälvande upplevelse som ställde höga krav på kvinnan både fysiskt och psykiskt. Tidigare forskning har även beskrivit kvinnors erfarenheter av förlossningsrädsla och orsak till uppkomst men även utifrån barnmorskans perspektiv där kvinnans förlossningsrädsla beskrevs av barnmorskan. Det finns begränsad forskning om barnmorskans erfarenhet av att bemöta förlossningsrädda kvinnor på en förlossningsavdelning, där barnmorskor blir intervjuade individuellt. Mot bakgrund av tidigare forskning har denna kunskapslucka identifierats och därför avser detta arbete att till viss del fylla denna kunskapslucka genom att göra individuella intervjuer med barnmorskor och beskriva barnmorskornas erfarenheter. På detta sätt kan förståelsen öka för hur barnmorskan bemöter förlossningsrädda kvinnor och vad som påverkar bemötandet.

### **4 SYFTE**

Syftet med denna studie var att beskriva barnmorskors erfarenheter av att bemöta kvinnor med förlossningsrädsla på förlossningsavdelningar.

### **5 METOD**

*I metod presenteras arbetets studiedesign, datainsamling, urval, tillvägagångssätt, dataanalysen och slutligen etiska övervägande.*

#### **5.1 Studiedesign**

Designen för detta arbete var kvalitativt med induktiv ansats för att beskriva barnmorskornas erfarenheter (Elo & Kyngäs, 2008). Kvalitativ design valdes för att arbetet har syftet att studera erfarenheter av förlossningsrädsla. Induktiv ansats valdes för att kunna dra slutsatser från barnmorskornas erfarenheter (Henricson & Billhult, 2012). Induktiv ansats betyder att forskaren studerar ett fenomen, i detta fall barnmorskornas erfarenheter och beskriver det på ett korrekt sätt. På detta sätt kan slutsatser dras att även andra

barnmorskors erfarenheter av förlossningsrädda kvinnor liknar detta arbetes slutsats och därmed kan använda sig av detta arbete (Priebe & Landström, 2012).

## **5.2 Datainsamling**

### **5.2.1 Urval**

Studien genomfördes på två medelstora samt en liten förlossningsavdelning i två regioner i Mellansverige. Informationsbrev (se bilaga B) mejlades till verksamhetscheferna på förlossningsavdelningar som i sin tur godkände att intervjuerna skulle ske.

Verksamhetscheferna valde sedan ut barnmorskor som skulle delta i intervjuerna, vilket utgör ett strategiskt urval (Henricson & Billhult, 2012). Det planerades att tio till tolv barnmorskor skulle intervjuas totalt. Nio barnmorskor tackade ja till att delta i studien. Materialet ansågs tillräckligt då datainsamlingen vid upprepade tillfällen gav information som liknade det tidigare insamlade materialet, det kallas för att materialet har mättnad (Olsson & Sörensen, 2011). Barnmorskor inkluderades oavsett utbildning inom förlossningsrädsla. Inga exklusionskriterier ansågs nödvändiga.

### **5.2.2 Tillvägagångssätt**

Semistrukturerade intervjuer användes som datainsamlingsmetod där intervjufrågorna var öppna och följderna av frågorna anpassades under intervjun. En intervjuguide utgjorde stöd till författarna (bilaga C). Informanterna informerades muntligt och skriftligt om studien och dess syfte och sedan fick de fylla i en samtyckesblankett där de informerades om att de kunde få avbryta intervjun när de ville och att de fick komma med frågor om de undrade över något (Bilaga D). De informerades om att intervjun spelades in och att materialet var konfidentiellt (Danielsson, 2012).

Barnmorskorna intervjuades i ett rum på förlossningsavdelningen under cirka 15 minuter med elva intervjufrågor. De två första intervjuerna var pilotstudier där intervjufrågorna testades och utvärderades. Intervjufrågorna reviderades till de kommande sju intervjuerna då frågorna var för lika och mer information önskades. Pilotstudierna inkluderades i arbetet då informationen var tillräcklig för att presenteras i resultatet. Författarna till studien turades om att intervjua och den som inte intervjuade satt som bisittare. Den som satt som bisittare var ansvarig för transkriberingen av intervjun. Transkriberingarna gjordes genom att författarna lyssnade på det inspelade materialet och skrev ner intervjuerna ordagrant. Materialet utgjordes av cirka tre till fyra A4 sidor per intervju (Danielsson, 2012).

### 5.3 Dataanalys

Innehållsanalys valdes för att analysera materialet för att sedan beskriva barnmorskornas erfarenheter (Danielsson, 2012). Det finns olika sätt att utföra innehållsanalys och författarna valde Elo & Kyngäs (2008) kvalitativa analysprocess då denna metod ser till det manifesta innehållet i materialet.

Intervjuerna lästes först i sin helhet av båda författarna för att bli familjär med materialet. Därefter söktes meningsbärande enheter som utgjordes av meningar som svarade mot syftet. Antalet meningsbärande enheter blev totalt 142. Meningsenheterna klipptes sedan ut och lästes upp för att få en mer överskådlig bild. Några meningsenheter ansågs inte vara bärande för syftet och togs därmed bort. De meningsbärande enheterna kondenserades vilket innebär att överflödiga ord tas bort för att meningen ska bli mer tydlig. De kondenserade meningarna lästes upp och kodades. Koderna skrevs ner på lappar som klustrades upp på en vägg för att grupperas i kategorier och subkategorier utifrån innebörd. Tre kategorier med tolv subkategorier framkom och ligger till grund för arbetets resultat, (se analysmatris bilaga E).

### 5.4 Etiska övervägande

Ansökan om etiskt godkännande hos etikprövningsnämnden söktes aldrig, då arbetet inte avsågs publiceras som en artikel eller vara del i en avhandling. Kjellström (2012) beskrivning av vad som är viktigt att informera deltagaren om inför ett projekt låg till grund när informationsbrevet skapades.

Målsättningen med detta arbete var att hålla hög kvalitet och inte utsätta deltagare för fysisk eller psykisk skada, kränkning eller förnedring. Författarna tog hänsyn till Vetenskapsrådet (2002) beskrivning av fyra viktiga krav när studien genomfördes. De fyra kraven var informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

*Informationskravet* uppfylldes i studien genom att deltagarna och verksamhetschefer på förlossningsavdelningarna fick skriftlig samt muntlig information om studiens syfte. Innan intervjuerna genomfördes fick deltagarna läsa ett informationsbrev där bakgrund till studien beskrevs samt information och kontaktuppgifter till författarna, se bilaga B.

*Samtyckeskravet* togs hänsyn till genom att deltagarna informerades både skriftligt och muntligt om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan i studien. *Konfidentialitetskravet* uppfylldes genom att alla personuppgifter till deltagarna avidentifierades under analysprocessen och presenterades inte i resultatet.

Deltagarna fick information om att intervjuerna var konfidentiella. Det sista kravet var *nyttjandekravet* och uppfylldes genom att deltagarna blev informerade om att materialet från respektive intervju endast är avsett för den aktuella studien.

## 6 RESULTAT

Barnmorskorna som intervjuades hade arbetat som barnmorskor mellan tre till 46 år. Ålder varierade från 34 år och 69 år.

Barnmorskornas erfarenheter av att bemöta förlossningsrädsla beskrivs utifrån tre kategorier; utöva en vårdande relation, personliga utmaning och resurstillgång. Kategorierna har sammanlagt tolv subkategorier (Tabell 1).

Tabell 1. Subkategorier och Kategorier

Subkategorier	Kategorier
Att vara närvarande	<b>Utöva en vårdande relation</b>
Att vara lyhörd	
Att vara tydlig	
Att ge en känsla av kontroll	
Att samarbeta med kvinnan	
Att känna stimulans	<b>Personlig utmaning</b>
Att känna påfrestning	
Att egen attityd påverkar	
Att samarbeta med kollegor	<b>Resurstillgång</b>
Att ha tid	
Att bemanning finns	
Att öka kompetensen	

### 6.1 Utöva en vårdande relation

Barnmorskornas beskrev sina erfarenheter av att utöva en vårdande relation utifrån att vara närvarande, lyhörd, tydlig, ge kontroll och att samarbeta med kvinnan. Dessa egenskaper var viktiga för att bemöta förlossningsrädda kvinnor på ett bra sätt.

#### 6.1.1 Att vara närvarande

Närvaro var viktigt för förlossningsrädda kvinnor, och barnmorskorna beskrev att det handlar om att vara närvarande på förlossningsrummet. Barnmorskorna försökte vara mer

inne på rummet än vid en förlossning med en kvinna som inte var förlossningsrädd. Samtidigt berättade några av barnmorskorna att alla kvinnor hade lika stor rätt till en närvarande barnmorska oavsett förlossningsrädsla eller inte. Kvinnor som inte har en uttalad förlossningsrädsla innan förlossningen upplevdes behöva ytterligare närvaro av barnmorskorna. Tiden förklarades som en betydelsefull del i att vara närvarande, att tiden finns att sitta ner och samtala med kvinnan. Barnmorskorna beskrev att det var viktigt att inte forcera och att kvinnor med förlossningsrädsla kände av om barnmorskan inte var psykiskt närvarande.

*”Att vara närvarande och inte... dom har ju tentaklerna ute så dom känner väldigt tydligt ofta och man är på väg någonstans. Jag tror det ger mer att man sitter fem minuter och koppla bort allt annat än att man kanske tar ännu längre tid men att samtidigt har tankarna på massa andra ställen, det känner dom tror jag.” (Doris, barnmorska.)*

Barnmorskornas erfarenheter av att vara närvarande var på ett fysisk och psykiskt plan men även i form av att ge tid var viktigt i bemötandet av förlossningsrädda kvinnor.

### **6.1.2 Att vara lyhörd**

Lyhördhet för kvinnan beskrev barnmorskorna som en betydelsefull del av att bemöta förlossningsrädda kvinnor. Erfarenheterna var att det var viktigt att lyssna in kvinnorna då varje kvinna var unik och ingen förlossningssituation var sig lik. Barnmorskorna berättade att det var viktigt att vara observant på kvinnans känsloläge, för att kunna väga av läget och kunna ge information på kvinnans nivå.

*”Och det är väl just den här delaktigheten att man försöker vara liksom tydlig och informativ och samtidigt väga av läget och vad fixar det här paret att höra och vad liksom så.” (Iris, barnmorska)*

*”Det går bra när man kan lyssna och dom känner att man har sett deras behov och dom känner att man faktiskt är lite lyhörd inför vad dom behöver.” (Doris, barnmorska)*

Barnmorskorna beskrev att det var viktigt att bekräfta kvinnan. Barnmorskan bekräftade kvinnans förlossningsrädsla genom att berätta för kvinnan att berörd personal hade läst journal och förlossningsplan. Barnmorskan hade sedan en dialog med kvinnan där barnmorskan ställde frågor men samtidigt respekterar att kvinnan inte alltid svarar. Barnmorskorna berättade att det var viktigt att det första mötet med den förlossningsrädda kvinnan blev bra, då detta gjorde att kvinnan kände sig sedd.



### **6.1.3 Att vara tydlig**

Barnmorskornas erfarenheter var att det är viktigt att vara tydlig i sitt möte med den förlossningsrädda kvinnan. Att ge kvinnan information om vad som hände och hur barnmorskan utförde sitt arbete. En bra kommunikation mellan kvinnan och barnmorskan var ett viktigt hjälpmedel för att en tydlighet ska uppnås i mötet. Barnmorskorna beskrev att förlossningsrädda kvinnor kan misstolka informationen om barnmorskan inte var tydlig. För att barnmorskans information skulle vara tydlig krävdes det att barnmorskan var lugn.

*”Särskilt oroliga och rädda behöver veta vad som händer och vad som sker och hur vi tänker. Man kanske kan vara övertydlig ibland.” (Gun, barnmorska)*

Barnmorskorna berättade att det var viktigt att ge kvinnorna rimliga förväntningar på vad en förlossning innebär. Om den förlossningsrädda kvinnan hade orimliga förväntningar på förlossningen kunde det bli ett hinder, genom att vara tydlig med vad kvinnan kunde förvänta sig kunde problem hjälpas.

*”Så man måste ge rimliga förväntningar på vad en förlossning innebär.” (Astrid, barnmorska)*

*”Ja det kan ju vara om det är nån som har helt orealistiska förväntningar på vad man faktiskt kan hjälpa till med. Man försöker ju hjälpa till med allt som dom vill ha hjälp med men ibland så är det ju, det är ju väldigt svårt att ge dom en helt smärtfri förlossning till exempel. Det kan vara ett hinder.” (Doris, barnmorska)*

### **6.1.4 Att ge en känsla av kontroll**

En orsak till förlossningsrädsla var kontrollförlust och barnmorskorna beskrev att det var viktigt att ge kvinnorna kontrollen. Flera av barnmorskorna beskrev att förlossningsrädda kvinnor har ett ökat kontrollbehov. Detta beskrevs som problematiskt då en förlossning var oförutsägbar.

*”Ofta tycker jag det handlar om en kontrollförlust att det är de som är kärnan.” (Frida, barnmorska)*

*”Ja det är ju, men det är olika mellan olika kvinnor. Smärtan, eller en del säger att dom är rädda för att gå sönder eller att barnet ska dö, eller att dom inte ska ha kontroll. Så det är individuellt.” (Astrid, barnmorska)*

En del kvinnor var rädda för att blotta sig i samband med förlossningen och barnmorskorna beskrev att genom att berätta vad som hände, samt hjälpte kvinnorna att skylla sig gavs kvinnorna en känsla av mer kontroll över situationen. Gynekologiska undersökningar kunde vara ett moment som var särskilt svårt för förlossningsrädda kvinnor. Barnmorskorna var noga med att beskriva vad som händer och varför, för att kvinnan ska känna mer kontroll över situationen. Om rädslan berodde på att kvinnan var orolig för att tappa kontrollen

genom att kvinnan inte kunde hantera smärta beskrev barnmorskorna att det var viktigt att ge kvinnan en bra smärtlindring. Även att samtala med kvinnan om smärtan kunde ge kvinnan en känsla av kontroll.

*”Det handlar ju mycket om att man inte ska tappa ansiktet, tappa kontrollen liksom och blotta sig för oss eller för partner. Och smärta, man är väldigt väldigt rädd för att ha ont.” (Britta, barnmorska)*

### **6.1.5 Att samarbeta med kvinnan**

Samarbetet med kvinnan skedde på olika sätt. Ibland behövde barnmorskorna nysta lite för att ta reda på om kvinnan hade en förlossningsrädsla och vad den rädslan berodde på. Kvinnor som hade gått på aurorasamtal innan hade en förlossningsplan som barnmorskorna tyckte var bra att utgå ifrån i samarbetet med kvinnan. Flera av barnmorskorna beskrev att erfarenheten var att kvinnor som inte hade en uttalad förlossningsrädsla krävde mer av samarbetet på förlossningsavdelningen än kvinnor som gått på aurorasamtal innan. När kvinnan inte hade en uttalad förlossningsrädsla innan förlossning gjorde barnmorskan upp en plan tillsammans med kvinnan på avdelningen och sedan hjälpte barnmorskan kvinnan steg för steg genom förlossningen.

Flera barnmorskor beskrev hur de uppmärksammar kvinnans önskemål i förlossningsbrev eller i journaltext och att de tillsammans med kvinnan gick igenom önskemålen. Detta för att ombesörja önskemålen så det blev så bra som möjligt.

*”Att man försöker fånga in den här kvinnan och vara här och nu, inte tänka hur blir det sen och sen då. Att man liksom, litet steg i taget. Kanske sätter upp delmål liksom, ”nu tar vi en timme till och sen kan vi möta upp med den här bedövningen” och så liksom.” (Frida, barnmorska)*

På den mindre förlossningsavdelningen beskrev barnmorskorna att de hade ett längre samarbete med kvinnan då eftervården var på samma avdelning som förlossningen. Detta var positivt då de kunde prata och ventilera med kvinnan efter förlossningen om det var något som kändes svårt eller traumatiskt.

*”Sen en annan fördel med det är att, eh med en sån här avdelning är ju att man träffas ju efter också. Och då har man ju tillfälle att prata och då kan man ju ventilera med henne vad det var som kändes jobbigt och på det sättet också, även om hon var rädd då så kan man ju lösa en del efteråt. I och med det att dom är kvar på BB till exempel.” (Harriet, barnmorska)*

Flera barnmorskor påpekade att det hade varit till fördel för kvinnorna om det funnits längre tid för samtal på mödrahälsovården. Barnmorskornas erfarenheter var att det kom kvinnor till förlossningen som egentligen inte hade förlossningsrädsla utan hade en normal oro inför

sin förlossning. Dessa kvinnor hade blivit hjälpta av en längre tid på mödrahälsovården med mer information och chans till att fråga och ventilera sin oro med barnmorskan där.

*"...alla som kommer kanske inte är förlossningsrädda utan att det kanske hade varit bättre, det hade räckt med att man fick en längre tid på mödravården till exempel. Eller att man helt enkelt ordna så att man bara kommer på visning och ser stället där man ska komma och föda." (Harriet, barnmorska)*

## **6.2 Personlig utmaning**

Barnmorskornas erfarenheter var att det är en personlig utmaning att bemöta förlossningsrädsla. Det kunde både vara stimulerande och påfrestande och att den egna attityden påverkade bemötandet.

### **6.2.1 Att känna stimulans**

Bemöta förlossningsrädsla var en utmaning enligt flera av barnmorskorna och att erfarenheterna var att det gick bra att bemöta kvinnorna. Känslan av att bemöta en förlossningsrädd kvinna och hjälpa kvinnan genom förlossningen beskrevs som både fantastisk och härligt.

*"Det kan vara jättesvårt men också utvecklande och det är, om man lyckas nå en sån patient och få henne och känna sig trygg så är det ju väldigt tillfredställande..." (Doris, barnmorska)*

Att arbeta med förlossningsrädda kvinnor var svårt men samtidigt utvecklande och att det gav en tillfredsställelse hos barnmorskorna. Förlossningsrädda kvinnor beskrevs som en utmanade patientgrupp då det påverkades av vad kvinnorna hade med sig i bagaget. Detta krävde att barnmorskorna var flexibla i sitt arbetssätt.

*"...ja alltså en utmanande patientgrupp sen tror jag också på men lite vad de har med sig liksom i bagaget om det är någon som kommer med förlossningsrädsla som aldrig fött barn tidigare eller om det är någon som har rädsla på grund av någon traumatisk upplevelse vid tidigare förlossningar och så där, så där så där blir ju arbetet lite annorlunda kan jag ju tycka så." (Iris, barnmorska)*

### **6.2.2 Att känna påfrestning**

Ibland kunde det kännas påfrestande för barnmorskorna att bemöta förlossningsrädda kvinnor. Barnmorskorna förväntades ombesörja alla förväntningar och önskemål oavsett om det var rimligt.

*”Det kan vara väldigt krävande på ett sätt att man ska vara... det är nå sorts krav på en själva på nått sätt så man ska tillgodose dom här behoven, som oftast egentligen inte är speciellt konstiga som vi tycker men som vi måste bekräfta ännu mer då.” (Britta, barnmorska)*

Särskilt svårt var det när barnmorskorna inte nådde fram till kvinnan och speciellt om barnmorskorna hade försökt med alla förmågor att göra det. En frustrerande känsla var när informationen som barnmorskan gav kvinnan inte togs emot då kvinnan inte var mottaglig för informationen. Flera av barnmorskorna beskrev att det var svårt att bemöta kvinnor som var kritiska och ifrågasättande till sjukvården, speciellt om barnmorskan inte var erfaren inom yrket.

*”Men en del människor är jättekritiska till sjukvården och är ifrågasättande. Jag kan till och med som erfaren barnmorska att det kan vara jätte svårt att ge en trygg. Eh. Ja. För dom är så kritiska.” (Frida, barnmorska)*

### **6.2.3 Att egen attityd påverkar**

Erfarenheten var att det inte fanns några generella råd i hur barnmorskan skulle bemöta förlossningsrädda kvinnor. Kunskapen om hur ett bemötande av förlossningsrädda beskrev flera barnmorskor, kommer med erfarenheten inom yrket. Andra barnmorskorna tyckte att med den rätta inställningen och personligheten var av större betydelse än erfarenheten inom yrket. Flera av barnmorskornas erfarenheter var att bemötandet av förlossningsrädda kvinnor skiljde sig åt bland personalen. En del barnmorskor var inte lika tillmötesgående som andra var.

*”Ett annat hinder är att vi faktiskt har personal som inte riktigt vurmar för förlossningsrädsla på samma sätt.” (Doris, barnmorska)*

Flera av barnmorskorna önskade att kollegorna hade rätt attityd i bemötandet av förlossningsrädsla då alla kvinnor förtjänade den bästa förlossningen utifrån vad som var möjligt.

*”Sen är vi ju olika också, det är ju. Alla som jobba här, alltså en del är ju mera lyhörda och tillmötesgående och andra kanske är mera. Ja. Alla har ju olika personlighet och kanske inte riktigt kan.” (Gun, barnmorska)*

## **6.3 Resurstillgång**

Viktiga faktorer i bemötandet av förlossningsrädda kvinnor var resurstillgångar. Det var av betydelse med ett bra samarbete med kollegor, ha tiden att bemöta och att det fanns

tillräckligt med bemanning. Det fanns en önskan om att få ökad kompetens inom detta område.

### **6.3.1 Att samarbeta med kollegor**

Samarbetet med kollegor beskrevs av barnmorskorna som en positiv aspekt. När en förlossningsrädd kvinna kom till förlossningen avsatte barnmorskorna tid för att bemöta kvinnan och avdelningens koordinator hade då en viktig roll att fördela patienterna. Barnmorskorna gav tydlig information till sina kollegor att det fanns en förlossningsrädd kvinna på avdelningen som behövde mycket närvaro. På detta sätt blev det lättare för arbetsgruppen att planera sitt arbetspass. Flera av barnmorskorna beskrev att det underlättade att arbeta i par. När barnmorskorna hade en förlossningsrädd kvinna var det till fördel att ha en barnmorska med sig, så att den ena barnmorskan kunde fokusera på kvinnan och den andra barnmorskan på själva förlösandet.

*"...men om jag är barnmorska och som har en som är väldigt förlossningsrädd, kan det vara skönt att ha en barnmorska med sig. Eh. Någon som kan vara med henne liksom medan man förlöser eller liksom att en är med kvinnan liksom och har fokus på henne så att man inte."* (Ellen, barnmorska)

Flera barnmorskor beskriver också att de har duktiga undersköterskor att ta hjälp av. Undersköterskorna bistår barnmorskan vid förlossningen och barnmorskan kan delegera över arbetsuppgifter som anses nödvändig i situationen.

*"Men då har vi jättebra undersköterska och då kan vi liksom finnas där båda två."* (Frida, barnmorska)

### **6.3.2 Att ha tid**

Flera av barnmorskorna beskrev att erfarenheterna av att bemöta förlossningsrädda kvinnor handlade om tid. Det var viktigt att de gav kvinnorna tid genom att sätta sig ner och pratade och peppade, såg hela kvinnan. När tiden inte fanns beskrev barnmorskorna att det blev svårt att bemöta på rätt sätt och närvaron blev låg. Ibland hann barnmorskan bara titta till kvinnan under kortare perioder och stöttningen blev inte enligt kvinnans eller barnmorskans förväntningar.

*"Att man helst då, men det är ju det som är problemet att det är så hög arbetsbelastning så man inte hinner vara inne så mycket som man önskar under förlossningen att det är så mycket. Så det kan bara känna att man blir frustrerad. Att man inte hinner stödja så mycket som man vill."* (Cecilia, barnmorska)

På den mindre förlossningsavdelningen beskrev barnmorskorna att det var ett lugnare tempo än på större kliniker. Barnmorskorna beskrev att det var hög arbetsbelastning stundtals men att det var vanligare att det var ett lugnt tempo. Erfarenheten av att inte ha tillräckligt med tid var ingenting som beskrevs av barnmorskorna på den mindre förlossningskliniken. Känslan hos barnmorskorna var att de hade tiden att vara inne på salen hos kvinnan i den mängd som önskades

*”Det är klart att det finns tillfällen då man önskade att man kunde vara mera inne på sal men jag tycker ändå att det går, eh alltså det är ju ett förhållandevis lugnt tempo här på våran avdelning tycker jag.” (Harriet, barnmorska)*

Flera av barnmorskorna beskrev att tidsaspekten kunde ses på olika sätt. Ibland hände oförutsedda saker med kvinnan eller barnet där tiden att ge information inte fanns. Detta var en svår situation och framförallt för en förlossningsrädd kvinna där fokuset låg på extra tydlig kommunikation. Barnmorskorna menade att det var i oförutsedda situationer det inte gick att påverka tiden i händelseförloppet.

### **6.3.3 Att bemanning finns**

Behovet av tillräcklig bemanning var en återkommande hos barnmorskorna. Förlossningsvården beskrevs som ojämn där ena dagen var lugn och den andra dagen var stressig. Det gick inte på förhand att veta hur arbetspasset skulle planeras. På den mindre förlossningsavdelningen beskrev barnmorskorna att det fanns tid att bemöta förlossningsrädda kvinnor, erfarenheterna var att arbetsbelastningen för det mesta var jämn och därför hade barnmorskorna lättare att ta tid att möta kvinnorna. Barnmorskorna på förlossningsavdelningarna som var större hade erfarenheterna av att det var hög arbetsbelastning och det var slitsamt. En förlossningsrädd kvinna krävde mer närvaro av barnmorskan och när det var hög arbetsbelastning var det svårt för barnmorskorna att hinna stötta och tillgodose kvinnans behov så mycket som de önskade. Flera av barnmorskorna på de olika förlossningsklinikerna beskrev att den höga arbetsbelastningen berodde på låg bemanning. Önskemålet från barnmorskorna var att endast ha en pågående förlossning per barnmorska och därmed kunna tillgodose den förlossningsrädda kvinnan med en egen barnmorska som inte var upptagen med andra patienter. Erfarenheten var att det var svårt att få detta att fungera då bemanningen var låg och antalet förlossningar var många.

*”Det är ju så att det kräver ju, vi som personal känner ju att man skulle behöva vara mera närvarande när vi har dom här kvinnorna då på nått sätt men har ju inte det för vi har ju väldigt press på oss, det är ökat tryck och vi har ju inte färre förlossningar, tvärtom istället. För att säkra vården och för att göra bra fast för alla egentligen, i synnerhet aurorapatienter så skulle man behöva vara fler helt enkelt, personal.” (Britta, barnmorska)*

*”Ja det är väl tiden ändå när man inte kan ge henne tillräcklig tid på grund av att man är pressad av andra. Att man har hand om andra patienter.” (Cecilia, barnmorska)*

Erfarenheterna från barnmorskorna var att bemanning och arbetsbelastning på avdelningen påverkade mötet med en förlossningsrädd kvinna. Förutsättningen att hinna bemöta den rädda kvinnan på ett bra sätt ökade om barnmorskorna kände att det fanns tid att vara närvarande och hade kollegor som stöttade genom att ta hand om övriga förlossningar.

*”Personalbrist kontra många patienter samtidigt blir ju ett problem såklart. Men man önskar ju att man kunde lova dom att dom hade en barnmorska som inte hade någon annan, men det är svårt att lova det.” (Doris, barnmorska)*

#### **6.3.4 Att öka kompetensen**

Kompetens var av betydelse när det kom till att bemöta förlossningsrädsla. På flera av förlossningsklinikerna där barnmorskorna arbetade fanns inga direkta riktlinjer på hur omhändertagandet eller bemötandet av förlossningsrädda kvinnor skulle ske. Flera av barnmorskorna beskrev att auroraverksamheten hade riktlinjer på hur handläggningen av kvinnorna skedde, men i aktiv förlossning fick barnmorskan själv känna av läget och bemöta utifrån varje unik situation. Några av barnmorskorna förklarade att kunskapen av att bemöta kvinnor med förlossningsrädsla kommer med erfarenheten. Barnmorskorna menade att från varje möte med en förlossningsrädd kvinna drogs lärdom och att kompetensen på detta sättet ökade. Ett önskemål som flera av barnmorskorna hade var att få öka sin kompetens inom området. Det framkom att de barnmorskor som arbetade inom auroraverksamhet fick extra utbildning för att träffa förlossningsrädda kvinnor medan de övriga barnmorskorna inte erhöll utbildning inom området. Därför önskade barnmorskorna att få handledning eller utbildning då det ökade barnmorskornas säkerhet i bemötandet.

*”Jag önska att vi fick betald utbildning för att gå typ ”föda utan rädsla” och bli såna instruktörer, det skulle vara jättebra och ha och knyta an till den här auroragruppen och erbjuda såna kurser tror jag skulle vara asbra.” (Frida, barnmorska)*

Barnmorskornas erfarenheter var att det saknades kompetens i form av utbildning och riktlinjer på arbetsplatserna. Flera av barnmorskorna menade att det var viktigt att veta hur man bemöter rätt då det var i aktiv förlossning det gäller. Om barnmorskorna hade utbildning i förlossningsrädsla gav det bra förutsättningar i mötet med den förlossningsrädda kvinnan.

*”Egentligen skulle vi ju vilja ha lite handledning eller någon, någon utbildningsdag där man fick kanske prata med någon, någon så här psykolog eller. Eller aurorabarnmorskorna om dom hade en dag liksom med lite utbildning för oss som jobbar med här kvinnorna. Tycker jag. Det tror jag, det*

*är flera som tycker det här. Att vi. Jag kan ju tycka att det ger lite kött på benen.” (Ellen, barnmorska)*

## 7 DISKUSSION

### 7.1 Resultatdiskussion

Barnmorskors erfarenheter av att bemöta förlossningsrädda kvinnor på förlossningsavdelningar beskrevs utifrån kategorierna Utöva en vårdande relation, Personliga utmaningar och Resurstillgång. För att utöva en vårdande relation beskrev barnmorskorna att det var viktigt att vara närvarande. Närvaron beskrevs som att ha tiden att vara inne på rummet men även att vara psykiskt närvarande. Henriksen et al. (2017) bekräftade betydelsen med en närvarande barnmorska i sin studie, då en icke närvarande barnmorska kunde orsaka en negativ förlossningsupplevelse. Studien av Lyberg och Severinsson (2010) framkom det att det var viktigt att barnmorskan var närvarande då det skapade säkerhet hos kvinnan.

Bergs (2010) värdegrund för barnafödande bekräftade delar av barnmorskornas erfarenheter av att bemöta förlossningsrädda kvinnor i föreliggande arbete. Berg (2010) beskrev att mötet mellan barnmorskan och kvinna som en vårdande relation där barnmorskan kunde förstå kvinnan utifrån livsberättelsen. Dock påverkades den vårdande relationen av viljan att vårda, kvinnans vilja att bli vårdad samt olika relationer (Berg, 2010). I föreliggande arbete framkom det att barnmorskornas bemötande påverkades av olika resurser och Nilsson (2010) beskrev resurserna som relationer. Det beskrevs både i forskning, i det teoretiska perspektivet och i detta arbete att det var viktigt med närvaro. Närvaro var en grund för att kunna bemöta alla kvinnor i en förlossningssituation oavsett förlossningsrädsla eller inte. Vid förlossningsrädsla blev det tydligare att det behövs ännu mer närvaro från en barnmorska och varje förlossningsklinik borde erbjuda en barnmorska som var både psykiskt och fysiskt närvarande.

Barnmorskorna i föreliggande arbete beskrev att de försökte ge kvinnorna kontrollen då en del kvinnor var rädda för att tappa kontrollen under förlossningen. Det kunde handla om att barnmorskan berättade vad som sker och varför, hjälpte kvinnorna att inte blotta sig eller gav önskad smärtlindring. Flera studier bekräftade att rädsla för smärta kan ge förlossningsrädsla (Fenwick et al., 2015; Fisher et al., 2006; Rilby et al., 2012; Wang 2017). Här hade barnmorskorna en viktig roll att tala om smärtan och ge en adekvat smärtlindring utifrån kvinnans behov. I Berg (2010) står det skrivet att barnmorskan skulle ta del av kvinnans livsberättelse och genom den kunde barnmorskan förstå vad som ligger bakom



förlossningsrådslan och på det sättet bemöta kvinnan på rätt sätt. En stor del i att bemöta förlossningsrädda kvinnor var att förstå grunden till förlossningsrådslan, är det rädsla för smärta eller att tappa kontrollen.

Berg (2010) skrev att den vårdande relationen påverkades av kvinnans vilja att bli vårdad och barnmorskans vilja att vårda. I detta arbete framkom det att den egna attityden påverkade bemötandet av förlossningsrädda kvinnor. I ”Kompetensbeskrivning för legitimerad Barnmorska (Socialstyrelsen, 2006) framgick det att barnmorskan skulle ge stöd under förlossning och ge kvinnor med förlossningsrädsla samtalsstöd. Den egna attityden till förlossningsrädsla skulle inte påverka bemötandet. En fundering som framkommit utav föreliggande arbetes resultat var om det fanns barnmorskor som inte vill bemöta förlossningsrädda kvinnor eller om det är en fråga om att barnmorskan var otrygg med att bemöta. Om det handlar om otrygghet kunde det eventuellt ha ett samband med brist på utbildning inom förlossningsrädsla.

Barnmorskorna i föreliggande arbete beskrev det som fördelaktigt om kvinnan gått på auroverksamhet innan där en förlossningsplan utformats. I en studie av Salomonsson et al. (2011) framkom det att barnmorskor upplevde det värdefullt för kvinnan att träffa aurorateamet vilket stämde överens med föreliggande arbetes resultat. Vidare i arbetets resultat framkom det att barnmorskornas erfarenheter av att bemöta kvinnor med icke uttalad förlossningsrädsla krävde mer tid och engagemang. Barnmorskorna i föreliggande arbete nämnde inte att kvinnor med förlossningsrädsla påverkade bemötandet negativt vilket framkom i en studie av Salomonsson, Waijima och Alehagen (2010) att det gjorde. Barnmorskorna som intervjuades i detta arbete tyckte att det gick bra men att det ibland upplevdes påfrestande.

Barnmorskorna som intervjuades till detta arbete ansåg att lyhördhet och tydlighet var viktiga delar i att utöva en vårdande relation. Barnmorskornas beskrev att det var viktigt att vara lyhörd, närvarande och att samarbeta med kvinnan för att kunna utöva en vårdande relation. Nilsson (2010) bekräftade att egenskaperna var viktiga i bemötandet.

Barnmorskornas erfarenheter i detta arbete var att det var av betydelse att ge rimliga förväntningar till den förlossningsrädda kvinnan. Detta bekräftade Rilby et al. (2012) för rimliga förväntningar hjälpte kvinnan att hantera förlossningen på bästa sätt. När samarbetet inte gick bra fanns det risk för att kvinnan kände sig ignorerad och därmed fanns en ökad risk för att utveckla post traumatiskt stressyndrom (Harris & Ayers, 2012). Barnmorskorna i detta arbete ansåg att det gick bra att samarbeta med förlossningsrädda kvinnor och att det var ovanligt att det inte gick bra, det framkom inget om kvinnor som utvecklat post traumatiskt stressyndrom. Barnmorskornas erfarenhet var att det var svårt att samarbeta med kvinnor som var kritiska till sjukvården. Kritiska kvinnor var svåra att bemöta och

ibland gjorde barnmorskan allt för att bemöta på rätt sätt men att det ändå inte gick bra. Enligt Berg (2010) påverkas den vårdande relationen av kvinnans vilja att bli vårdad och kritiska kvinnor kan eventuellt uppfattas ha en ovilja att bli vårdade. En fråga var om det är en ovilja eller om kvinnorna kunde nås fram till via livsberättelsen.

Barnmorskornas erfarenhet av att bemöta förlossningsrädsla beskrevs som en personlig utmaning. I föreliggande arbete beskrev barnmorskorna att det var utvecklande och tillfredställande att bemöta förlossningsrädda kvinnor. Känslan att hjälpa en förlossningsrädd kvinna genom en förlossning beskrevs som fantastiskt. I studien av Salomonsson et al. (2011) beskrev hälften av barnmorskorna att det var inspirerande att hjälpa förlossningsrädda kvinnor genom en förlossning. I arbetets resultat framkom det att förlossningsrädda kvinnor var en utmanande patientgrupp, vilket likväl kan göra bemötandet stimulerande som påfrestande. Barnmorskorna beskrev att det var påfrestande att ombesörja önskemål och förväntningar. Erfarenheten var att det är påfrestande att inte nå fram till en förlossningsrädd kvinna. En studie kom fram till att en av barnmorskors största rädslor var att vara orsaken till en kvinnans förlossningsrädsla (Dahlen & Caplice, 2014). Det var inget som framkom i föreliggande studie.

Barnmorskornas erfarenhet i detta arbete var att det inte var svårt är inte att bemöta förlossningsrädsla utan var att ha tiden att göra det på rätt sätt. En studie av Salmonsson et al. (2010) beskrev barnmorskor att det var viktigt med individualiserad vård och att ge tid, för att kvinnan skulle kunna hantera sin rädsla. I föreliggande arbete önskade barnmorskorna att de endast fick ta hand om den förlossningsrädda kvinnan och inte ansvara för andra kvinnor i aktiv förlossning samtidigt. På grund av den ojämna arbetsbelastningen gick detta önskemål inte alltid att uppfylla. Nilsson (2010) beskrev att det krävde att barnmorskan hade tid för den förlossningsrädda kvinnan och endast hade ansvaret för en födande kvinna för att hinna ge ett bra bemötande.

Personalbrist var en återkommande faktor i arbetets resultat och barnmorskornas erfarenhet var att den låga bemanningen påverkade bemötandet av förlossningsrädda kvinnor. Förutsättningen för att hinna bemöta på rätt sätt krävde tid och närvaro från barnmorskorna. Ett sätt att få mer tid att vara med den förlossningsrädda kvinnan var att samarbeta med kollegor. Förlossningsvården beskrevs som ojämn där det var en variation mellan hög och normalarbetsbelastning. Det framkom i resultatet att det fanns en skillnad i tiden att hinna bemöta mellan de större och mindre förlossningsavdelningarna. På den mindre förlossningsavdelningen var erfarenheten att barnmorskorna hade mer tid att bemöta kvinnan i jämförelse med de större förlossningsavdelningarna där barnmorskorna påverkades av den höga arbetsbelastningen. Fenwick et al. (2015) skrev att kvinnorna kan utveckla sekundär förlossningsrädsla om de känt sig bortglömda och inte fått det stöd de

varit i behov av. Frågan är om det är problematiskt att förutse arbetsbelastningen och bemanna utefter den och nästa fråga är om bemanning är en kostnadsfråga. Enligt ”Kompetensbeskrivning för legitimerad Barnmorska” socialstyrelsen (2006) ska barnmorskan ge stöd, trygghet och kontinuitet till kvinnor under förlossningen, och för att ha möjligheten att tillgodose förlossningsrädda kvinnor krävs det tid, och tid skapas via bemanning.

Resurstillgång i form av möjlighet till ökning av kompetensen framkom i resultatet, som en del av att möta förlossningsrädda kvinnor på ett bra sätt. Barnmorskorna önskade att få gå utbildning inom förlossningsrädda alternativt få möjligheten att återkoppla till auroraverksamheten och lära sig från dem. Det var barnmorskorna som inte arbetade som aurorabarnmorskor som önskade utbildning, ingen av de barnmorskorna som var verksamma inom aurora uttryckte önskan om mer kompetens. I en studie av Larsson et al. (2016) önskade barnmorskor också mer utbildning, tid och resurser för att kunna bli bättre i sitt arbete med förlossningsrädda kvinnor. Den barnmorskan som bistår är den som får hantera förlossningsrädda i själva förlossningssituationen och därmed borde det vara en självklart med utbildning inom förlossningsrädda för alla barnmorskor verksamma inom förlossningsvården. Nilsson (2010) skriver att det krävs att barnmorskan är trygg i professionen för att kunna bemöta en förlossningsrädd kvinna på ett bra sätt. Ett sätt att ge barnmorskor trygghet oavsett arbetslivserfarenhet är att erbjuda utbildning inom förlossningsrädda.

## **7.2 Metoddiskussion**

I metoddiskussionen diskuteras föreliggande arbete utifrån begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet. Under hela arbetsprocessen har författarna tagit hänsyn till Vetenskapsrådet (2002) forskningsetiska riktlinjer.

Wallengren och Henricson (2012) skrev att ett arbete ska vara trovärdigt och betyder att det är rimligt och har en giltighet. Syftet med detta arbete var att beskriva barnmorskors erfarenheter av att bemöta förlossningsrädda kvinnor och därför valdes en kvalitativ design med induktivansats. Elo et al. (2014) förklarade att det var viktigt att använda rätt design utifrån arbetets syfte. Om designen inte var anpassad utifrån arbetets syfte blir resultatet inte trovärdigt. Därför valdes kvalitativ design för arbetet.

Elo et al. (2014) beskriver att skapa trovärdighet i kvalitativt arbete ska urvalet vara lämpligt och innehålla deltagare som har kunskaper om det beskrivna fenomenet. I föreliggande arbete intervjuades nio barnmorskor. Inga exklusionskriterier användes för arbetet då all erfarenhet inom förlossningsrädda var av intresse. Det kunde ha blivit en begränsning i

arbetet om någon av barnmorskorna inte hade erfarenhet av att bemöta förlossningsrädsla. I en kvalitativ design är det bra att ha en god variation bland deltagarna för att få olika beskrivningar om samma fenomen (Henricson & Billhult, 2012). Variation skapades i detta arbete genom att barnmorskorna var i olika åldrar, hade varierande lång arbetslivserfarenhet och arbetade på tre olika förlossningsavdelningar. Mer variation hade skapats om arbetet utförts på flera regioner i landet. Tidsbegränsningen i detta arbete gjorde att det inte var möjligt att utföra intervjuer i andra regioner eller med fler barnmorskor.

Författarna till detta arbete var medvetna om att deras kunskapssyn tillsammans med deras syn på världen kan ha kommit att påverka resultatet. Det kallas med andra ord epistemologin och ontologin och det bildar tillsammans med författarnas studier till barnmorskor deras paradigm. Författarna har reflekterat tillsammans över detta faktum och över hur deras förförståelse kan ha påverkat resultatet (Henricson & Billhult, 2012). Författarnas förförståelse i detta arbete som kan ha påverkat var vetenskapen om att förlossningsvården är tidspressat och stundtals underbemannat och det kan ha påverkat. Författarna försökte vara så neutrala som möjligt under intervjuerna. Det fördes inga former av diskussioner innan intervjun utan författarna till detta arbete informerade bara om syftet med arbetet och bad barnmorskorna skriva på samtyckesblanketten och sedan började intervjun.

Informationsbrevet mejlades ut till klinikernas avdelningschefer och en begränsning har setts i efterhand var att brevet inte kom fram till alla berörda barnmorskor. Det framgick inte för avdelningschefer att informationen i brevet var avsett för barnmorskorna. Författarna tror att det hade varit till fördel för barnmorskorna att få läsa informationsbrevet innan intervjuerna. Ansvaret låg hos författarna och detta skulle observerats innan utskick. Vid flera intervjuer framkom det att barnmorskorna hade önskat få intervjufrågor innan för att kunna förbereda sig bättre.

Samtliga barnmorskor som intervjuades valdes ut av sina avdelningschefer, utifrån vilka som arbetade under den dagen intervjuerna skulle ske. Detta kan ha påverkat resultatet då deltagarna inte efterfrågade om att få delta i arbetet. Genom att informanterna själva inte tog kontakt har författarna varit noga med att uppfylla Samtyckeskrauet (Vetenskapsrådet, 2002). Detta gjordes genom att författarna gav tydlig information både muntligt och skriftligt om att deltagandet var frivilligt. På detta sätt minskade risken för att informanterna skulle känna sig tvingade att delta och prata om ett ämne de inte var bekväma att tala om. I kvalitativ forskning anses det som fördelaktigt med strategiskt urval för att deltagarna har erfarenhet av det fenomen som står i fokus av arbetet (Henricson & Billhult, 2012). Strategiskt urval valdes därför då det ansågs som lämplig urvalsmetod. Författarna intervjuade samtliga barnmorskor på respektive arbetsplats vilket kan påverka materialet då

arbetssituationen såg olika ut. På en förlossningsavdelning var det lugnt och en annan var det stressigt.

Enskilda intervjuer användes som datainsamlingsmetod i arbetet. En intervjuguide utformades av författarna innan intervjuerna som ett stöd och för att få ett liknande upplägg i intervjuerna. Frågorna var semistrukturerade för att barnmorskorna skulle få beskriva sina erfarenheter men att författarna har möjligheten att styra upplägget (Danielsson, 2012). Öppna frågor eller strukturerade frågor hade kunnat påverka resultatet. Det kan finnas en begränsning i att frågorna grundar sig i författarnas förförståelse inom fenomenet. Författarnas förståelse inom det beskrivna fenomenet grundar sig i den kunskap som kommit från barnmorskeutbildningen. Författarna har ingen erfarenhet av att bemöta eller vårda förlossningsrädda kvinnor sedan tidigare eller egen erfarenhet av att ha upplevt förlossningsrädsla.

Författarna var oerfarna i intervjuteknik och därmed var det fördelaktigt att de två första var pilotstudier. En fördel med de två pilotstudierna var att författarna fick möjligheten att ändra intervjuguiden till de nästkommande intervjuerna och göra den bättre då frågorna inte gav variation. Det fanns ingen tidsbegränsning under intervjuerna. Intervjuerna pågick i cirka 15 minuter vilket kan anses som kort tid i förhållande till antalet frågor. Författarna hade planerat att intervjuerna skulle ta cirka 20 till 30 minuter. Efter granskning av intervjuernas innehåll ansågs inte att en längre intervjutid hade tillfört mer till syftet utan materialet kändes mättat. En längre intervjutid hade eventuellt behövts om syftet hade varit att beskriva upplevelse istället för erfarenheter. En del av intervjuerna var kortare och en del längre än 15 minuter men det syns inte på resultatet. Alla intervjuer förekommer i resultatet och därmed exkluderades ingen intervju. Konfidentialitetskravet (Vetenskapsrådet, 2002) uppfylldes då deltagarnas konfidentialitet garanterades då alla personuppgifter avidentifierades under analysprocessen, dock kunde inte anonymitet utlovas då författarna kände till alla deltagarnas identitet (Kjellström, 2012) Författarna var noggranna med att betona deltagarnas konfidentialitet innan varje intervju, detta för att skapa en trygghet hos informanten. Konfidentialiteten garanterades också genom att alla barnmorskor i föreliggande studie har påhittade namn samt att författarna valt att inte benämna i vilka städer barnmorskorna arbetade.

Ur ett etiskt perspektiv är nackdelen med att denna metod att författarna kan uppleva ha en maktposition gentemot barnmorskorna. Detta kan ha gjort att barnmorskorna anpassat svaren och beskriver fenomenet utifrån vad de tror författarna vill höra (Kjellström, 2012). För att undvika detta hade exempelvis en kvalitativ enkätstudie kunna göras.

Författarna valde att transkribera varandras intervjuer för att underlätta då bisittaren har en annan möjlighet att lyssna in intervjun. De transkriberade intervjuerna lästes igenom av båda författarna då det ansågs som en fördel för att bli familjär med materialet.

Materialet analyserades med hjälp av Elo och Kyngäs (2008) beskrivning av innehållsanalys. Valet av analysprocess ansågs lämplig då den beskriver på manifest nivå och författarna kände sig bekväma med tillvägagångssättet. Innehållsanalysens process följdes genom hela analysen av arbetet för att skapa tillförlitlighet. Validiteten i materialet hade kunnat stärkts om utomstående personer med kunskap om innehållsanalys granskat analysprocessen (Elo & Kyngäs, 2008). I detta arbete har författarna tagit hjälp av en utomstående person i analysprocessen. Tillsammans har båda författarna varit lika delaktiga genom hela processen.

För att skapa på en pålitlighet är det bra om läsaren kan förstå resultatets ursprung och se analysprocessen (Elo & Kyngäs, 2008). I föreliggande arbete har läsaren möjlighet att förstå resultatets ursprung genom att se citat från barnmorskornas intervjuer som presenteras i resultatet. En analysmatris gjordes för att läsaren ska kunna följa analysprocessen från meningsbärande enheter till framtagandet av resultatets kategorier. Författarna har under forskningsprocessens gång varit noggranna med att reflektera och gått tillbaka till resultatets ursprungliga material för att säkerhetsställa att informationen inte har förvrängts under arbetets gång.

Elo et al. (2014) beskriver att överförbarhet handlar om hur resultatet kan användas i verklighet. Variationen gällande barnmorskornas ålder och arbetslivserfarenhet samt att arbetet var utfört i olika regioner skulle kunna göra resultatet överförbart. Genom arbetets resultat var förhoppningen att barnmorskor på olika arbetsplatser ska kunna dra lärdom utifrån de beskrivna erfarenheterna.

## **8 KONKLUSION**

För att barnmorskor ska ha förutsättning att utöva en vårdande relation krävs det först och främst tid och bemanning. Utan tid och rätt bemanning kan inte barnmorskor utöva en vårdande relation och ett sätt att skapa förutsättningar kan vara att barnmorskan har ansvaret för enbart en kvinna i aktiv förlossning. Genom att ge barnmorskor utbildning inom förlossningsrädsla eller en större möjlighet till återkoppling med andra professioner eller auroverksamheten kan kompetensen öka. En ökad kompetens ger en tryggare barnmorska vilket gör att barnmorskan kan utöva en vårdande relation på ett ytterligare bättre sätt. Dessutom kan en kompetenshöjning minska utrymmet för att den egna attityden påverkar bemötandet negativt då negativ attityd kan vara ett uttryck för osäkerhet.

Syftet i detta arbete var att undersöka barnmorskors erfarenhet av att bemöta förlossningsrädda på förlossningsavdelningar. Resultatet visade att barnmorskornas erfarenheter var att det är viktigt att vara närvarande, tydlig, lyhörd, ge kvinnan en känsla av kontroll och att samarbeta med kvinnan. En tillgång i bemötandet av förlossningsrädda kvinnor var samarbetet med kollegor. Barnmorskorna beskrev att det gick bra att bemöta kvinnorna men det är en personlig utmaning där den egna attityden till att vårda påverkar. Utmaningen beskrevs som både stimulerande och påfrestande. Relationen mellan barnmorskan och kvinnan påverkades av resurstillgångar där barnmorskorna önskade mer tid, bemanning och utbildning inom förlossningsrädda.

## **9 KLINISKA IMPLIKATIONER**

Barnmorskornas erfarenheter av att bemöta förlossningsrädda kvinnor var att det krävdes mer tid än vid en förlossning med en kvinna utan förlossningsrädda, för att kunna utöva en vårdande relation. Därmed skulle förlossningsavdelningar behöva se över sina arbetsrutiner för att kunna skapa mer tid i bemötandet av förlossningsrädda kvinnor. För att kunna vårda en kvinna i taget krävs möjligen nya riktlinjer eller högre bemanning. Barnmorskorna önskade mer utbildning inom förlossningsrädda och därmed känns det aktuellt att se över om alla barnmorskor inom förlossningsvården kan erbjudas utbildning. Detta för att skapa en optimal och säker vård för förlossningsrädda kvinnor.

## **10 FRAMTIDA FORSKNING**

Det finns begränsad forskning om barnmorskors erfarenheter av att bemöta kvinnor med förlossningsrädda. Forskningen som fanns var främst kvantitativ och därför föreslår vi vidare kvalitativ forskning inom förlossningsrädda ur barnmorskors perspektiv. Forskningen behöver även utföras i större antal regioner i Sverige för att kunna jämföra vården av förlossningsrädda kvinnor. Ojämn arbetsbelastning och tidsbrist är ett återkommande problem och därför tycker vi att vidare forskning på hur tid och resursbrist påverkar mötet med förlossningsrädda kvinnor borde studeras.

## REFERENSLISTA

- Alehagen, S. (2016). Förlossningsrädsla. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes. (Red.), *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde* (s.407-415). Lund: Studentlitteratur.
- Andolf, E. (2014). Kejsarsnitt. I H. Hagberg, K. Marsál & M. Westgren. (Red.), *Obstetrik* (s. 549-564). Lund: Studentlitteratur.
- Barimani, M. (2016). Att leda föräldragrupper på mödrahälsovården ur ett föräldrastödsperspektiv. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes. (Red.), *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde* (s. 323-329). Lund: Studentlitteratur.
- Berg, M. (2010). Värdegrund för vårdandet vid barnafödande. I. Berg, M. & Lundgren (Red.), *Stödja och Stärka: Vårdande vid barnafödande* (s. 29-43). Lund: Studentlitteratur.
- Byrne, J., Hauck, Y., Fisher, C., Bays, S. & Schutze, R. (2013). Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education Pilot Study on Maternal Self-Efficacy and Fear of Childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(2), 192-197.  
Doi:10.1111/jmwh.12075
- Collberg, P. & Ellis, J. (2014). Mödrahälsovårdens mål och innehåll. I H. Hagberg, K. Marsál & M. Westgren. (Red.), *Obstetrik* (s. 141-151). Lund: Studentlitteratur.
- Dahlen, H G. & Caplice, S. (2014). What do midwives fear?. *Women and Birth* 27, 266–270.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2014.06.008>
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M, Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 163-173). Lund: Studentlitteratur.
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M, Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 329-343). Lund: Studentlitteratur.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107-115. Doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE open*.  
Doi:10.1177/2158244014522633



- Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D.K., Smith, J., & Gamble, J. (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery* 31(1), 239-246. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.003>
- Fisher, C. Hauck, Y. Fenwick, J. (2006). How Social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example. *Social Science & Medicine* 63, 64-75. Doi:10.1016/j.socscimed.2005.11.065
- Harris, R. Ayers, S. (2012). What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum "hotspots". *Psychology & Health* 27, 1166-1177. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2011.649755>
- Henricson, M., Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 129-137). Lund: Studentlitteratur.
- Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B. & Lukasse, M. (2017). Factors related to a negative experience- a mixed method study. *Midwifery* 51, 33-39. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.004>
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, B., Karlström, A. Rubertsson, C. & Hildingsson, I. (2016). Counseling for childbirth fear – a national survey. *Sexual & Reproductive Healthcare* 8, 82-87. Doi.org/10.1016/j.srhc.2016.02.008
- Leap, N. Sandall, J. Buckland, S. Huber, U. (2010). Journey of confidence: Women's experience of pain in labour and relational continuity of care. *Journal of Midwifery & Women's Health* 55, 234-242. Doi:10.1016/j.jmwh.2010.02.001
- Lyberg, A., & Severinsson, E. (2010). Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth. *Journal of nursing management* 18(4), 391-399. Doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01083.x
- Masoumi, S. Z., Kazemi, F., Oshvandi, K., Jalali, M. B., Esmaeili-Vardanjani, A. & Rafiei, H. (2016). Effect of Training Preparation for Childbirth on Fear of Normal Vaginal Delivery and Choosing the Type of Delivery Among Pregnant Women in Hamadan, Iran: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Family and Reproductive Health* 10 (3), 115-121. <http://jfrh.tums.ac.ir/index.php/jfrh>

- Matinnia, N., Faisal, I., Hanafiah Juni, M., Rahman Herjar, A. & Moeini, B. (2015). Fears related to pregnancy and childbirth among primigravidae who requested caesarean versus vaginal delivery in Iran. *Maternal Child Health J* 19, 1121-1130.  
Doi:10.1007/s10995-014-1610-0
- Nilsson, C. (2010). Att möta och vårda kvinnor med svår förlossningsrädsla. I Berg, M. & Lundgren (Red.), *Stödja och Stärka: Vårdande vid barnafödande* (s. 169-189). Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB
- Priebe, G., & Landström. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 32-50). Lund: Studentlitteratur.
- Rilby, L., Jansson, S., Lindblom, B. & Mårtensson, L. B. (2012). A Qualitative Study of Women's Feelings About Future Childbirth: Dread and Delight. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(2) 120-125. Doi:10.1111/j.1542-2011.2011.00113.x
- Ryding, E-L. (2014). Psykologiska aspekter på graviditet och förlossning. I H. Hagberg, K. Marsál & M. Westgren. (Red.), *Obstetrik*. (s. 127-140). Lund: Studentlitteratur.
- Salomonsson, B., Alehagen, S. & Wijma, K. (2011). Swedish midwives' views on severe fear of childbirth. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2, 153-159.  
Doi:10.1016/j.srhc.2011.07.002
- Salomonsson, B., Wijma, K. & Alehagen, S. (2010). Swedish midwives' perception of fear of childbirth. *Midwifery* 26, 327-337. Doi:10.1016/j.midw.2008.07.003
- Socialstyrelsen. (2006). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. Hämtad 2017-09-25 från: <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBESKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>
- Socialstyrelsen. (2017) Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2015. Hämtad 2017-09-25:  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20498/2017-3-3.pdf>.
- Sydsjö, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjörn, L., Bladh, M. & Josefsson, A. (2015).

Effects of continuous midwifery labor support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy & Childbirth* 15 (115), 1-5. DOI 10.1186/s12884-015-0548-6

Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H. & Rubertsson, C. (2015). Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women – findings from a community sample in Sweden. *Midwifery* 31, 445-450.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.11.011>

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2017-09-26 från:  
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wallengren, C & Henricson, M. (2014) Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 129-137). Lund: Studentlitteratur.

Wang, E. (2017). Requests for cesarean deliveries: The politics of labor pain and pain relief in Shanghai, China. *Social Science & Medicine* 173, 1–8.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.11.032>

## BILAGA A: ARTIKELMATRIS

<b>Författare, år Artikels titel Tidskrift, volym, sidor Land</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Resultat</b>
<p>Byrne, J., Hauck, Y., Fisher, C., Bays, S. &amp; Schutze, R. (2013).  Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education Pilot Study on Maternal Self-Efficacy and Fear of Childbirth.  Journal of Midwifery &amp; Women´s Health, 59(2), 192-197.  USA.</p>	<p>Syftet med denna studie var att testa mindfulness- baserad förlossningsutbildning för att främja hälsan hos gravida kvinnor.</p>	<p><b>Design:</b> Kvantitativ pilotstudie. <b>Urvalsförfarande:</b> Bekvämlighetsurval. <b>Datainsamlingsmetod:</b> Enkäter och fokusgrupp intervjuer. <b>Analysmetod:</b> Statistiska beräkningar. <b>Population: Inklusionskriterier:</b> Gravida kvinnor i graviditetsvecka 18–28, frisk, inte fött något barn tidigare, engelsktalande och över 18år. <b>Exklusionskriterier:</b> Kvinna med psykisk sjukdom som hade medicinering, kvinnor med komplicerade graviditeter eller som tog illegala droger. <b>Urval:</b> 18 kvinnor inkluderades och tolv kvinnor fyllde i enkäten fullständigt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kvinnorna kände sig mer självsäkra och mindre rädda för att föda barn efter denna utbildning.</li> <li>- Depression minskade hos kvinnorna efter förlossning.</li> <li>- Viktigt att ha prenatalutbildning för att minska risken för ohälsa hos gravida kvinnor.</li> </ul>

<p>Dahlen, H. G. &amp; Caplice, S. (2014).</p> <p>What do midwives fear?</p> <p><i>Women and Birth</i> 27, 266–270.</p> <p>Australien.</p>	<p>Studiens syfte var att ta reda på barnmorskors största rädslor i Australien och Nya Zeeland när det kom att ha hand om gravida kvinnor.</p>	<p><b>Design:</b> Kvalitativ.</p> <p><b>Urvalsförfarande:</b> Strategiskt.</p> <p><b>Datainsamlingsmetod:</b> Enkäter.</p> <p><b>Analysmetod:</b> Innehållsanalys.</p> <p><b>Population Inklusionskriterier:</b> Deltagare på en workshop .</p> <p><b>Exklusionskriterier:</b> Några valde att inte delta, oklart hur många.</p> <p><b>Urval:</b> 667 barnmorskor och 72 barnmorskestudenter.</p> <p>OBS, ej etiskt godkänd. Men utförd efter etiska principer.</p>	<p>-Barnmorskorna uppgav följande rädslor; barnet dör, missa något som kan ge upphov till skada, obstetriska komplikationer, modern dör, att bli iakttagen och kritiserad, vara orsaken till en negativ förlossningsupplevelse, hantera det oförutsedda och inte vara förberedd och sist förlora passionen för arbetet och tappa förtroendet för en normal födsel.</p>
<p>Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D.K., Smith, J., &amp; Gamble, J. (2015).</p> <p>Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A</p>	<p>Syftet med denna studie var att beskriva orsakerna, reaktionerna och förstärkare av förlossningsrädsla hos gravida kvinnor med svår förlossningsrädsla.</p>	<p><b>Design:</b> Kvalitativ.</p> <p><b>Urvalsförfarande:</b> Obundet slumpvist urval.</p> <p><b>Datainsamlingsmetod:</b> Telefonintervjuer.</p> <p><b>Datainsamlingsmetod:</b> Avlyssning av inspelade rådgivningssamtal.</p> <p><b>Analysmetod:</b> Konstant jämförande analys.</p> <p><b>Population:</b> Inklusionskriterier: Kvinnor med</p>	<p>-Orsaken till förlossningsrädsla var för förstföderskor att det var en ny situation, att andras förlossningar ska förverkligas för kvinnan själv.</p> <p>-Det fanns en rädsla för själva förlossningen, att kroppens förmåga att klara av det. Kvinnorna var också rädda för att kunna hantera den smärtan som finns under en förlossning och att tappa kontrollen.</p> <p>-Kvinnornas reaktioner var att</p>

<p>qualitative investigation.</p> <p>Midwifery 31(1), 239-246.</p> <p>Australien.</p>		<p>allvarlig förlossningsrädsla.</p> <p><b>Urval:</b> 43 inspelningar valdes ut där gravida kvinnor med förlossningsrädsla fick psykisk rådgivning under graviditetsvecka 24 och 34. Totalt gjordes 101 inspelningar där de 43 valdes ut slumpmässigt.</p>	<p>undvika att tänka på eller planerna förlossningen men samtidigt var det vanligt att tänka på vad som kunde gå fel.</p> <p>-En del av kvinnorna upplevde att stödet och informationen från vårdpersonal var bra och en del tyckte det var tvärtom, att det ökade deras rädsla.</p> <p>-Flerföderskorna angav att de vid tidigare förlossningar känt sig bortglömda och inte känt att de fått det stöd de behövde.</p> <p>-Det fanns en rädsla för personalen på förlossningen då de var okända för kvinnan.</p>
<p>Fisher, C. Hauck, Y. Fenwick, J. (2006).</p> <p>How Social context impacts on women's fears of childbirth: A</p>	<p>Studiens syfte var att ta reda på kunskapen och attityden hos kvinnor med förlossningsrädsla under eller efter graviditet. Samt ta på reda på vilka faktorer som påverkar upplevelsen och förväntningarna hos kvinnor med</p>	<p><b>Design:</b> Kvalitativ: beskrivande och explorativ.</p> <p><b>Urvalsförfarande:</b> Frivillighetsurval</p> <p><b>Datainsamlingsmetod:</b> Först individuella semistrukturerade telefonintervjuer och sedan strategiskt urval där transkriptionerna av</p>	<p>-Förlossningsrädsla var både komplex och multidimensionell.</p> <p>-Förlossningsrädsla kunde delas in i rädsla för den kommande förlossningen där det fanns både en social och en personlig dimension. Den andra kategorin var rädsla efter</p>

<p>Western Australian example.</p> <p>Social Science &amp; Medicine 63, 64–75.</p> <p>Australien.</p>	<p>förlossningsrädsla under eller efter graviditet.</p>	<p>intervjuerna i fas två lästes och skannandes efter ord som ”rädd”, ”skrämmande”, ”skräckslagen”.</p> <p><b>Analysmetod:</b> Kvalitativ dataanalys.</p> <p><b>Population:</b> <i>Inklusionskriterier:</i> Kvinnor som inkluderats i de två tidigare faserna av samma studie.</p> <p><b>Urval:</b> 28 kvinnor hade använt sig av dessa fraser varav 22 kunde kontaktas.</p>	<p>en förlossning.</p> <p>-Rädsla för den kommande förlossningen kan uppkomma och förstärkas i sociala sammanhang, kvinnan känner en förlossningsrädsla för att; hon ej vet vad som ska komma, hör ”skräckhistorier” samt känner oro för bebisen hälsa.</p> <p>-Den personliga dimensionen var att kvinnan känner rädsla för förlossningssmärtan, att förlora kontrollen samt att varje förlossnings var unik.</p> <p>-Förlossningsrädsla kan komma efter en förlossning och då bero på att den upplevdes som traumatisk och skräckfull.</p> <p>-Den andra dimensionen var rädsla efter en förlossning, var att kvinnan upplevde den som antingen långsam eller snabb.</p>
<p>Harris, R. Ayers, S. (2012).</p>	<p>Syftet med denna studie var att ta reda på innehållet i ”hotspots ”</p>	<p><b>Design</b> Kvantitativtvärsnittstudie.</p> <p><b>Urvalsförfarande:</b> Konsekutivt.</p>	<p>-57.2 % uppgav att de hade haft en traumatisk förlossning och 18.8%</p>

<p>What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum "hotspots".</p> <p>Psychology &amp; Health 27, 1166-1177.</p> <p>England.</p>	<p>relaterade till förlossningen samt utreda om speciella händelser, upplevelser samt känslor under dessa "hotspots" kan relateras till PTSD.</p>	<p><b>Datainsamlingsmetod:</b> Enkäter.</p> <p><b>Analysmetod:</b> Statistiska beräkningar.</p> <p><b>Population:</b> <i>Inklusionskriterier:</i> Kvinna över 18 år, genomgått en förlossning samt kan skriva och läsa engelska flytande.</p> <p><i>Exklusionskriterier:</i> Ej fullständigt ifyllda enkäter.</p> <p><b>Urval:</b> 675 kvinnor valdes ut efter att 24 kvinnor exkluderades.</p>	<p>hade PTSD.</p> <p>-En av de vanligaste "hotspots" gällde problem med personal på förlossningen och speciellt att de kände sig ignorerade.</p> <p>-De kvinnorna som angav problem med personal angav högre nivå av känsla av ilska och konflikt under själva "hotspot".</p> <p>-Kvinnorna med dessa "hotspots" hade större sannolikhet att utveckla PTSD än t.ex. de kvinnor som hade neonatala komplikationer.</p> <p>- Författarna kunde se i samband med brist på stöttning av förlossningspersonal och PTSD.</p>
<p>Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B. &amp; Lukasse, M. (2017).</p>	<p>Syftet med denna studie var att utforska faktorerna associerade med en negativ förlossningsupplevelse bland norska kvinnor.</p>	<p><b>Design:</b> Mixed method.</p> <p><b>Urvalsförfarande:</b> Bekvämlighetsurval.</p> <p><b>Datainsamlingsmetod:</b> Enkät och granskning av journaler. <b>Analysmetod:</b> Statistiska beräkningar samt tematisk analys.</p> <p><b>Population:</b> <i>Inklusionskriterier:</i></p>	<p>-21.1 % angav att de haft en negativ förlossningsupplevelse.</p> <p>-Att det upplevdes som en negativ upplevelse angavs bero på komplikationer för barnet, mamman eller båda två, fel behandling, brist på uppföljning av personalen.</p>



<p>Factors related to a negative experience- a mixed method study.</p> <p>Midwifery 51, 33-39.</p> <p>Norge.</p>		<p><b>Urval:</b> Baserades på en tidigare studies data där total 7200 kvinnor deltog. 1352 flerföderskor hade fyllt i enkät med slutna och öppna frågor.</p>	<p>- Kvinnorna upplevde att deras förlossningsplan inte efterföljdes, att barnmorskans inte var närvarande eller att barnmorskan inte upplevdes tro på dom.</p>
<p>Larsson, B., Karlström, A. Rubertsson, C. &amp; Hildingsson, I. (2016).</p> <p>Counseling for childbirth fear – a national survey.</p> <p>Sexual &amp; Reproductive Healthcare 8, 82-87.</p> <p>Sverige.</p>	<p>Syftet med denna studie var att få en övergripande bild på hur rådgivning av förlossningsrädsla utförs i olika delar av Sverige</p>	<p><b>Design:</b> Kvantitativtvärsnittsstudie.  <b>Urvalsförfarande:</b> Ja- säger urval.  <b>Datainsamlingsmetod:</b> Frågeformulär.  <b>Analysmetod:</b> Statistiska beräkningar.  <b>Population: Inklusionskriterier:</b> Alla förlossningskliniker i Sverige.  <b>Urval:</b> 45 olika förlossningskliniker tillfrågades runt om i Sverige varav 43 valde att delta.</p>	<p>- Största andel av klinikerna hade rådgivning av barnmorska oavsett hur många graviditeter kvinnan haft.  - Flesta kliniker hade barnmorskor som arbetade med förlossningsrädsla vid sidan av sina vanliga arbetsuppgifter på mottagningen.  - 72% av klinikerna hade skriftliga riktlinjer om rådgivning av förlossningsrädsla.  - Barnmorskorna på klinikerna önskade mer utbildning, mer tid och mer resurser för att kunna arbeta med förlossningsrädsla. Samt att kunna få arbeta mer med andra</p>

			<p>professioner och mödravårdens barnmorskor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rådgivning från barnmorskor var värdefullt för förlossningsrädda kvinnor.</li> <li>- Behövs mer grundläggande krav på hur rådgivning och behandling ska gå till samt mer utbildning till barnmorskorna.</li> </ul>
<p>Leap, N. Sandall, J. Buckland, S. Huber, U. (2010).</p> <p>Journey of confidence: Women's experience of pain in labour and relational continuity of care.</p> <p>Journal of Midwifery &amp; Women's Health 55, 234-242.</p> <p>England.</p>	<p>Syftet med denna studie var att utforska varför kvinnor som fick vård av "The Albany Midwifery Practice" ej använde lika mycket smärtlindrande i jämförelse med åtta andra barnmorskepraktiker.</p>	<p><b>Design:</b> Kvalitativ.</p> <p><b>Urvalsförfarande:</b> Konsekutivt.</p> <p><b>Datainsamlingsmetod:</b> Semistrukturerade intervjuer.</p> <p><b>Analysmetod:</b> Innehållsanalys.</p> <p><b>Population: Inklusionskriterier:</b> Kvinnor som hade fött barn med hjälp av barnmorskor på "The Albany midwives" valdes ut med hjälp av dessa barnmorskor. De skulle ha haft en spontan vaginal födsel och variera i ålder, socioekonomisk status och etnicitet.</p> <p><b>Urval</b> 10 kvinnor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kvinnorna upplevde att barnmorskorna hjälpte dem att tro på deras egna förmåga att hantera förlossningssmärta både under graviditeten och förlossningen.</li> <li>-Kvinnorna upplevde att de hade byggt upp ett förtroende för barnmorskan under graviditeten.</li> <li>-Kvinnorna satte värde på att delta i föräldragrupper och att höra andra kvinnors historier.</li> <li>-Dessa faktorer gjorde att kvinnorna kunde komma över förlossningsrädsla, misstro på sin</li> </ul>

			förmåga att hantera smärta och därmed känna stolthet och empowerment efter förlossningen.
<p>Lyberg, A., &amp; Severinsson, E. (2010).</p> <p>Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth.</p> <p>Journal of nursing management 18 (4), 391-399.</p> <p>Norge.</p>	<p>Studiens syfte var att undersöka hur gravida kvinnor och nyblivna mammor med förlossningsrädsla upplevde barnmorskans övervakning och ledarroll.</p>	<p><b>Design:</b> Kvalitativ design, explorativ.</p> <p><b>Urvalsförfarande:</b> Konsekutivt.</p> <p><b>Datainsamlingsmetod:</b> Ostrukturerade intervjuer.</p> <p><b>Analysmetod:</b> Innehållsanalys.</p> <p><b>Datainsamlingsmetod:</b> Öppna intervjufrågor.</p> <p><b>Population: Inklusionskriterier:</b> Deltagit i en tidigare studie.</p> <p><b>Urval:</b> Inbjudningsbrev skickades slumpmässigt ut till 25 kvinnor som hade deltagit i en tidigare studie. 13 av kvinnorna gick med på att vara med i studien.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Viktigt med en bra relation mellan kvinnan och barnmorskan för att få en bra upplevelse.</li> <li>- Hög närvaro och hänsyn till kvinnornas situation var en viktig del.</li> <li>- Låta kvinnorna få vara med och planera sin förlossning skapade större trygghet och tillförlit för barnmorskan.</li> <li>- Genom att barnmorskorna var närvarande och visade empati skapade det en känsla av säkerhet hos kvinnorna.</li> <li>- Genom ökad närvaro hos dessa kvinnor hjälpte barnmorskorna kvinnorna att skapa mod.</li> <li>- Den förbättrade relationen gjorde att kvinnornas situation upplevdes bättre, vilket ökade tillfredsställelsen med vården.</li> </ul>

			- Barnmorskors kompetens och ledarskapsförmåga skiljde mycket åt, och därför ansågs det viktigt att det fanns en modell för förlossningsrädsla att följa på arbetsplatsen.
Masoumi, S. Z., Kazemi, F., Oshvandi, K., Jalali, M. B., Esmaeili-Vardanjani, A. & Rafiei, H. (2016).  Effect of Training Preparation for Childbirth on Fear of Normal Vaginal Delivery and Choosing the Type of Delivery Among Pregnant Women in Hamadan, Iran: A Randomized Controlled Trial.	Syftet med denna studie var att testa om förebyggande utbildning inför en förlossning kunde förbygga rädsla för vaginalförlossning samt kvinnornas val av förlossning.	<b>Design:</b> Randomiserad kontrollerad studie. <b>Urvalsförfarande:</b> Systematiskt urval. <b>Datainsamlingsmetod:</b> Frågeformulär. <b>Analysmetod:</b> Statistiska beräkningar. <b>Population:</b> <i>Inklusionskriterier:</i> Första barnet, graviditetsålder på 20 veckor. <i>Exklusionskriterier:</i> Missbruk, kroniska sjukdomar som hjärt- och lungsjukdom, infertilitet, högriskgraviditet, psykisk sjukdom <b>Urval:</b> Grupp med kvinnor som kom till sjukhuset för prenatal vård, 150 kvinnor valdes ut till studien. Kvinnorna delades slumpmässigt in i två grupper där ena gruppen fick förberedande utbildning för inför förlossning och den andra gruppen	- Rädslan hos kvinnorna kunde bero på brist av information om förlossningsprocessen och rädsla för att barnet skulle skadas. - Resultaten visade att utbildningsprogrammet kan fungera som ett viktigt verktyg för att minska kvinnors rädsla för att föda vaginalt.

<p>Journal of Family and Reproductive Health 10 (3), 115-121.</p> <p>Iran.</p>		<p>fick vanlig rutinmässig information på mödravården.</p>	
<p>Matinnia, N., Faisal, I., Hanafiah Juni, M., Rahman Herjar, A. &amp; Moeini, B. (2015).</p> <p>Fears related to pregnancy and childbirth among primigravidae who requested caesarean versus vaginal delivery in Iran.</p> <p>Marten Child Health J 19, 1121-1130.</p>	<p>Syftet med denna studie var att undersöka kontexten av rädsla kopplad till graviditet och förlossning och de därtill hörande demografiska faktorerna i ett urval av iranska förstföderskor</p>	<p><b>Design:</b> Kvantitativ.  <b>Urvalsförfarande:</b> Slumpmässigt.  <b>Datainsamlingsmetod:</b> Enkät.  <b>Analysmetod:</b> Faktoranalys.  <b>Population: Inklusionskriterier:</b> Gestationsålder på 13–15 veckor samt hade en hälsosam graviditet.  <i>Exklusionskriterier:</i> Medicinska-psykiska- obstetriska problem, att fostret hade några anomiliter samt om någon i familjen hade några genetiska sjukdomar.  <b>Urval:</b> 342 kvinnor. Ej angivet hur många som valdes bort.</p>	<p>-Det framkom att det fanns sex olika kategorier till orsaken av förlossningsrädsla.  - Den första var rädslan för själva förlossningsprocessen.  - Den andra var rädslan för bebisen liv och hälsa.  - Den tredje var rädslan för att personalen inte hade kompetensen eller ett bra bemötande.  - Den fjärde kategorin var att kvinnan inte trodde på sin egen förmåga och oro över att tappa kontrollen.  - Den femte rädslan var oron över att</p>

Iran.			bli en förälder och hur familjelivet skulle se ut efter förlossningen. -Den sista rädslan var generell rädsla för graviditeten.
<p>Rilby, L., Jansson, S., Lindblom, B. &amp; Mårtensson, L. B. (2012).</p> <p>A Qualitative Study of Women´s Feelings About Future Childbirth: Dread and Delight.</p> <p>Journal of Midwifery &amp; Women´s Health, 57(2) 120-125.</p> <p>Sverige.</p>	<p>Syftet med denna studie var undersöka kvinnors känslor inför barnafödande i framtiden efter att ha genomgått en tidigare förlossning.</p>	<p><b>Design:</b> Kvalitativ design.</p> <p><b>Urvalsförfarande:</b> Bekvämlighetsurval.</p> <p><b>Datainsamling:</b> Frågeformulär, semistrukturerad modell.</p> <p><b>Analysmetod:</b> Innehållsanalys.</p> <p><b>Population: Inklusionskriterier:</b> Kvinnor som minst genomgått en förlossning. Kvinnorna ska ha ingått i en tidigare studie som denna är en uppföljning av. <b>Exklusionskriterier:</b></p> <p><b>Urval:</b> 2193 fick chansen att svara på frågeformuläret. 908 kvinnor inkluderades i studien då det passade studiens syfte.</p>	<p>- Kvinnorna var rädda för smärta och komplikationer.</p> <p>- Barnmorskan hade en viktig roll i hur kvinnorna kände inför en förlossning i framtiden. Kvinnor som hade haft bra stöd och kände sig trygga med sin barnmorska såg fram emot att föda barn igen, medans de kvinnor som hade haft en dålig relation och möte med sin barnmorska kände sig osäkra för att skaffa ett till barn.</p> <p>- Kvinnor som hade haft en jobbig vaginal förlossning första gången önskade ofta att få ett kejsarsnitt andra gången.</p> <p>- Barnmorskan har en viktig uppgift att informera och hjälpa kvinnorna att ha rimliga förväntningar inför en</p>

			<p>förlossning, detta för att kvinnan ska kunna hantera den på bästa sätt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- För dom som haft en traumatisk upplevelse första gången var det viktigt att barnmorskan hjälpte till att bearbeta upplevelsen och samtal med den förlösande barnmorskan kunde vara en viktig del i bearbetningen.</li> </ul>
<p>Salomonsson, B., Alehagen, S. &amp; Wijma, K. (2011).</p> <p>Swedish midwives' views on severe fear of childbirth.</p> <p>Sexual &amp; Reproductive Healthcare 2, 153-159.</p> <p>Sverige.</p>	<p>Syftet med denna studie var att beskriva barnmorskors syn på allvarlig förlossningsrädsla.</p>	<p><b>Design:</b> Kvantitativ.</p> <p><b>Urvalsförfarande:</b> Slumpmässigt.</p> <p><b>Datainsamlingsmetod:</b> Enkät.</p> <p><b>Analysmetod:</b> Statistiska beräkningar.</p> <p><b>Population: Inklusionskriterier:</b> Praktiserande barnmorskor som varit barnmorskor i minst ett år. Medlemmar i Barnmorskeförbundet. Vara födda mellan år 1947–1977.</p> <p><b>Urval:</b> 1000 barnmorskor valdes ut slumpmässigt från de 4898 medlemmarna som mötte inklusionskriterierna, 834 svarade på enkäten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Majoriteten ansåg att allvarlig förlossningsrädsla hade ökat de senaste tio åren, där främst barnmorskor på förlossningsavdelningar ansåg detta.</li> <li>-Strax över 40% trodde att den ökade tillgängligheten på information ökade antalet med allvarlig förlossningsrädsla.</li> <li>-65% ansåg att det var värdefullt att kvinnan träffade ett team som arbetar med förlossningsrädsla.</li> <li>-Hälften ansåg att det var inspirerande att bistå en kvinna med allvarlig förlossningsrädsla.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"><li>-Förlossningsplan ansågs vara hjälpfullt.</li><li>- 64.9% ansåg att de hade kompetensen att stödja en allvarligt förlossningsrädd och ca 65% upplevde att de hade förmågan att känna på sig om kvinnan hade svår förlossningsrädsla.</li><li>-Barnmorskor inom mödravården kände ett större ansvar för att upptäcka förlossningsrädsla hos gravida kvinnor.</li><li>-92.5% ansåg att kvinnor med svår förlossningsrädsla skulle bli förlösta med snitt och ca 40% ansåg att dessa kvinnor skulle ha planerat snitt.</li><li>-91.5% ansåg att det som hade störst nytta var att ha ett kontinuerligt stöd av en barnmorska.</li><li>-En fjärdedel ansåg att smärtlindring som det största behovet.</li><li>-Möjligheten till information ansågs</li></ul>
--	--	--	--



			öka antalet kvinnor med allvarlig förlossningsrädsla.
Salomonsson, B., Wijma, K. & Alehagen, S. (2010).  Swedish midwives' perception of fear of childbirth.  Midwifery 26, 327-337.  Sverige.	Syftet med denna studie var att beskriva barnmorskors erfarenhet och upplevelse av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla.	<b>Design</b> Kvalitativ. <b>Urvalsförfarande:</b> Konsekutivt. <b>Datainsamlingsmetod:</b> Fokusgruppintervjuer med totalt 4 grupper. <b>Analysmetod:</b> Fenomenografi. <b>Population Inklusionskriterier:</b> Två år eller mer erfarenhet av förlossningsvård, bb eller mödravård. <b>Urval</b> 21 erfarna barnmorskor på totalt fyra olika sjukhus. Totalt erbjöds 49 barnmorskor att delta.	Fyra olika kategorier framkom under studien. Dessa var; <b>Hur förlossningsrädsla visar sig:</b> -Kvinnorna visade sin rädsla på olika sätt men att de flesta kvinnor har rädsla inför en förlossning men att en lindrig sådan var realistisk. Svår förlossningsrädsla ansågs som bland det värsta för kvinnan för det upptog hela hennes fokus vilket gör att kvinnan inte kunde njuta av graviditeten. Barnmorskorna upplevde att det ibland var svårt att se förlossningsrädslan för symptomen maskerade rädslan. <b>Orsaken till förlossningsrädslan:</b> -Tidigare negativa händelser så som; tidigare upplevd förlossning, själva förlossningsprocessen där kvinna var

			<p>orolig för att bli bemött illa, bli lämnad ensam, oro för att tappa kontrollen men också det förestående föräldraskapet.</p> <p><b>Konsekvenserna av rädslan</b></p> <p>-Det påverkar både graviditeten där kvinnan fokuserar på rädslan istället för själva graviditeten och detta gjorde att kvinnan kunde få en ansträngd relation med partnern, ej gick på föräldragrupper</p> <p>-De påverkade även förlossningen och val av hur förlossningen gick till. En del kvinnor vill ha kejsarsnitt fast det kanske inte alltid är att föredra.</p> <p>-Förlossningsrädslan gjorde att kvinnan riskerar att få interventioner.</p> <p>-Dessutom kan rädslan påverkade barnmorskans bemötande negativt. Förlossningsbrev upplevdes både negativt och positivt.</p> <p><b>Barnmorskans vård:</b></p> <p>-Påverkar mor- barn kontakten och därmed amningen.</p>
--	--	--	---

			<p>-Förlossningsrädsla upptäcktes inom mödravården men även under själva förlossningen</p> <p>-Barnmorskan ska ge individualiserad vård, vara närvarande och ge utrymme till kvinnan att uttrycka sin rädsla samtidigt att ha tiden och matcha den födande kvinnan.</p> <p>-Ha olika strategier för kvinnan så hon kan bortse eller hantera sin rädsla.</p> <p>-Vikten av att kvinnan har en stöttepelare med sig på förlossningen och det inte behöver vara partnern speciellt inte om denna själv var förlossningsrädd då det kan göra kvinnan ännu räddare.</p> <p>-Att det är viktigt för kvinnan att ha uppföljningssamtal och då främst med den förlösande barnmorskan.</p>
Sydsjö, G., Blomberg, M., Palmquist, S.,	Syftet med denna studie var att undersöka effekten av	<p><b>Design:</b> Kvantitativ.</p> <p><b>Urvalsförfarande:</b> Konsekutivt.</p>	- Kvinnorna med förlossningsrädsla tog mer sällan lustgas i jämförelse

<p>Angerbjörn, L., Bladh, M. &amp; Josefsson, A. (2015).</p> <p>Effects of continuous midwifery labor support for women with severe fear of childbirth.</p> <p>BMC Pregnancy &amp; Childbirth 15 (115), 1-5.</p> <p>Sverige.</p>	<p>kontinuerligt stöd av barnmorska till kvinnor med förlossningsrädsla på en förlossning.</p>	<p><b>Datainsamlingsmetod:</b> Telefonintervjuer med strukturerad intervjuguide.</p> <p><b>Analysmetod:</b> Statistiska beräkningar.</p> <p><b>Population: Inklusionskriterier:</b> Gravid kvinna med diagnostiserad förlossningsrädsla.</p> <p><b>Urval:</b> 14 kvinnor med diagnostiserad förlossningsrädsla på mödravården tillfrågades och elva blev tillslut kvar i studien och bildade en indexgrupp. 28 kvinnor utan förlossningsrädsla tillfrågades varav 26 kvinnor tackade ja och blev en kontrollgrupp.</p>	<p>med dom utan rädsla, detta kunde bero på att kvinnor med förlossningsrädsla inte ville tappa kontrollen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kvinnor med förlossningsrädsla använde i högre grad smärtlindring av epidural.</li> <li>- Bevisat att barnmorskans stöd under förlossning påverkar upplevelsen av förlossningen.</li> </ul>
<p>Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H. &amp; Rubertsson, C. (2015).</p> <p>Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born</p>	<p>Syftet med denna studie var att undersöka förekomsten av förlossningsrädsla i tidig graviditet hos svenskfödda och utländskfödda kvinnor.</p>	<p><b>Design:</b> Kvantitativ design.</p> <p><b>Urvalsförfarande:</b> Konsekutivt.</p> <p><b>Datainsamlingsmetod:</b> Frågeformulär.</p> <p><b>Analysmetod:</b> Statistiska beräkningar.</p> <p><b>Population: Inklusionskriterier:</b> Gravid kvinna som var på ultraljud i v. 17-20.</p> <p><b>Urval:</b> Gjordes på rutinmässiga ultraljudskontrollen på mödravården i</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-22% av kvinnorna identifierades med förlossningsrädsla.</li> <li>- Tre gånger vanligare att en utländsk kvinna upplevde rädsla.</li> <li>- Utländska kvinnor hade oftare problem med ångest och depression vilket kan vara orsaken till att dom ofta hade förlossningsrädsla.</li> </ul>

<p>pregnant women – findings from a community sample in Sweden.</p> <p>Midwifery 31, 445-450.</p> <p>Sverige.</p>		<p>graviditetsvecka 17-20. 615 kvinnor blev tillfrågade. 606 kvinnor fullföljde och svarade på formuläret korrekt.</p>	
<p>Wang, E. (2016).</p> <p>Requests for cesarean deliveries: The politics of labor pain and pain relief in Shanghai, China.</p> <p><i>Social Science &amp; Medicine</i>, 173(2017), 1–8.</p> <p>Kina.</p>	<p>Studiens syfte var att undersöka om smärtlindring, socialt stöd eller tidigare erfarenheter av barnafödande påverkade kvinnans känsla av smärta och därmed begära ett kejsarsnitt i Shanghai.</p>	<p><b>Design:</b> Kvalitativ. <b>Urvalsförfarande:</b> Konsekutivt. <b>Datainsamlingsmetod:</b> Individuella semistrukturerade intervjuer. <b>Analysmetod:</b> Tematisk analys. <b>Population: Inklusionskriterier:</b> Kvinnor som genomgått en vaginal förlossning eller ett kejsarsnitt. Äldre än 20 år. <b>Urval:</b> 26 kvinnor efter förlossning varav tolv förlöstes genom vaginal förlossning och 14 förlöstes med kejsarsnitt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Var rädda för inte kunna hantera förlossningssmärta</li> <li>- Upplevde rädsla för att inte orka föda barnet.</li> <li>- Hade inte fått någon utbildning inför förlossning hur dom skulle hantera smärtan.</li> <li>- Upplevde att genom ett kejsarsnitt kunde det värsta smärtan undvikas som annars hade varit under en vaginal förlossning.</li> <li>- Dålig ekonomi på sjukhuset saknade resurser, utbildning och tillgänglighet på smärtlindring till vaginalt förlösande.</li> </ul>

			<p>- Att utbildning av kvinnorna innan förlossning behövs för att kunna undvika dåliga upplevelser under sitt barnafödande och minska risken för onödiga kejsarsnitt.</p>
--	--	--	---

## BILAGA B: INFORMATIONSBREV



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA  
ESKILSTUNA VÅSTERÅS**

### **Till dig som arbetar som barnmorska på förlossningsavdelning**

Angående studien ”Förlossningsrädsla på förlossningsavdelning-  
barnmorskans erfarenheter”.

Vi studerar på barnmorskeutbildningen vid Mälardalens högskola. Vi vill skriva en magisteruppsats om förlossningsrädsla. Det finns forskning om hur förlossningsrädsla ska fångas upp inom Mödrahälsovården och vilka kvinnor som har riskfaktorer för att utveckla rädsla. Det finns dock lite forskning om hur barnmorskan ska bemöta och vårda förlossningsrädda kvinnor under förlossningen och hur barnmorskan upplever att det är.

I vår studie vill vi därför ta reda på era erfarenheter av att vårda och bemöta den förlossningsrädda kvinnan. Därför ber vi om tillstånd att intervjua barnmorskor på eran förlossningsavdelning.

Vi kan komma till eran arbetsplats när det passar er. Intervjun tar cirka en halvtimme. Intervjun kommer sedan skrivas ut och analyseras och sedan redovisas i våran magisteruppsats. Självklart kommer intervjuerna vara konfidentiella.

Ta kontakt med oss för att bestämma en tid eller för mer information.

Med vänliga hälsningar

Erika Andersson  
Leg. Sjuksköterska  
Barnmorskestuderande  
Mälardalens Högskola  
Tel: XXXX XX XX XX

My Arveden  
Leg. Sjuksköterska  
Barnmorskestuderande  
Mälardalens Högskola  
Tel: XXXX XX XX XX

**Handledare:**

Maja Söderbäck  
Docent,  
Akademin för Hälsa, vård och välfärd,  
Mälardalens Högskola

## BILAGA C: SAMTYCKESBLANKETT



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA  
ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

### **Samtycke till deltagande intervju angående barnmorskors erfarenheter av Förlossningsrådsråden på förlossningsavdelning.**

Vi behöver Din underskrift då Ditt deltagande är frivilligt och att Du är införstådd med vad det innebär att delta.

#### **Jag samtycker till att:**

Den Intervju jag deltar i spelas in på band:

Intervjun skrivs ut ordagrant och analyseras där alla detaljer om personens identitet blir konfidentiellt när uttalanden citeras (EX att bli kodad A-H).

Materialet ska användas enbart till denna studie:

Mitt deltagande är frivilligt och jag är införstådd med att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande utan påföljder.

.....

Underskrift

.....

Datum

.....

Namnförtydligan

TELEFONNUMMER: .....

EMAIL: .....



## **BILAGA D: INTERVJUGUIDE**

- Presentation av oss själva
- Informera om studiens syfte ”barnmorskans erfarenhet av att bemöta förlossningsrädsla på en förlossningsavdelning”
- Skriva under samtyckesblankett
- Informera om att intervjun tar ca 10-20 min
- Gå igenom intervjuens upplägg: ”Vi kommer ställa frågor i avseende till studiens syfte och utifrån dessa frågor får du som deltagare tala om eller svara precis som du själv vill. Vi kommer ibland ställa följdfråga under tiden du pratar men annars lyssnar vi bara. Du som deltagare får när som helst avbryta intervjun om så önskas.”
- Kontrollera om deltagaren godkänner upplägget.
- Fråga efter ålder, erfarenhet som barnmorska och vart hen har arbetat.

### **Intervjufrågor**

- Kan du med egna ord utifrån din erfarenhet förklara vad förlossningsrädsla innebär?
- Kan du beskriva dina erfarenheter av att bemöta och vårda en förlossningsrädd kvinna?
- Kan du berätta hur du får veta att en kvinna är förlossningsrädd?
  - Kan det gå till på ett annat sätt?
  - Hur?
  - När?
- Beskriv dina erfarenheter av att bistå vid en förlossning där kvinnan har en uttalad förlossningsrädsla.
- Upplever du att det är annorlunda att bistå vid en förlossning hos en kvinna med uttalad förlossningsrädsla mot en som inte har en uttalad rädsla?
- -Varför?
  - Hur?
- Kan du ge ett exempel på ett möte med en förlossningsrädd kvinna som gick bra?
- Kan du ge ett exempel på ett möte med en förlossningsräddkvinna där det inte gick bra?
- Kan du beskriva riktlinjer på din arbetsplats gällande vård av kvinnor som visar förlossningsrädsla eller har en uttalad förlossningsrädsla?

- Upplever du att ni har några hinder för vården av en kvinna med förlossningsrädsla?  
- Hur?
- Vilka tror du är dom viktigaste faktorerna i mötet med en förlossningsrädsla kvinna?
- Tycker du att fattas eller har någon information som kan vara till fördel för studiens syfte.

## BILAGA E: ANALYSMATRIS

Meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
"Ofta tycker jag det handlar om en kontrollförlust att det är de som är kärnan." Frida	Kontrollförlust	Att ge en känsla av kontroll	<b>Utöva en vårdande relation</b>
"Att vara närvarande och inte... dom har ju tentaklerna ute så dom känner väldigt tydligt ofta och man är på väg någonstans. Jag tror det ger mer att man sitter fem minuter och koppla bort allt annat än att man kanske tar ännu längre tid men att samtidigt har tankarna på massa andra ställen, det känner dom tror jag." Doris	Ge närvaro	Att vara närvarande	
"Särskilt oroliga och rädda behöver veta vad som händer och vad som sker och hur vi tänker. Man kanske kan vara övertydlig ibland." Gun	Övertydlig	Att vara tydlig	
"Och det är väl just den här delaktigheten att man försöker vara liksom tydlig och informativ och samtidigt väga av läget och	Observant på känsloläget	Att vara lyhörd	

<p>vad fixar det här paret att höra och vad liksom så.” Iris</p>			
<p>”Att man försöker fånga in den här kvinnan och vara här och nu, inte tänka hur blir det sen och sen då. Att man liksom, litet steg i taget. Kanske sätter upp delmål liksom, ”nu tar vi en timme till och sen kan vi möta upp med den här bedövningen” och så liksom.” Frida</p>	<p>Planering tillsammans med kvinnan</p>	<p>Att samarbeta med kvinnan</p>	
<p>”Det kan vara jättesvårt men också utvecklade och det är, om man lyckas nå en sån patient och få henne och känna sig trygg så är det ju väldigt tillfredställande...” Doris</p>	<p>Utvecklande och tillfredställande</p>	<p>Att känna stimulans</p>	
<p>”Det kan vara väldigt krävande på ett sätt att man ska vara... det är nå sorts krav på en själv på nått sätt så man ska tillgodose dom här behoven, som oftast egentligen inte är speciellt konstiga som vi tycker men som vi måste bekräfta ännu mer då.” Britta</p>	<p>Uppleva krav</p>	<p>Att känna påfrestning</p>	<p><b>Personlig utmaning</b></p>

<p>”Ett annat hinder är att vi faktiskt har personal som inte riktigt vurmar för förlossningsrädsla på samma sätt.” Doris</p>	<p>Brist i personalens attityder</p>	<p>Att egen attityd påverkar</p>	
<p>”...men om jag är barnmorska och som har en som är väldigt förlossningsrädd, kan det vara skönt att ha en barnmorska med sig. Eh. Någon som kan vara med henne liksom medan man förlöser eller liksom att en är med kvinnan liksom och har fokus på henne så att man inte.” Ellen</p>	<p>Arbeta i par</p>	<p>Att samarbeta med kollegor</p>	<p><b>Resurstillgång</b></p>
<p>”Att man helst då, men det är ju det som är problemet att det är så hög arbetsbelastning så man inte hinner vara inne så mycket som man önskar under förlossningen att det är så mycket. Så det kan bara känna att man blir frustrerad. Att man inte hinner stödja så mycket som man vill.” Cecilia</p>	<p>Brist på tid att stödja</p>	<p>Att ha tid</p>	
<p>”Det är ju så att det kräver ju, vi som personal känner ju att man skulle behöva vara mera</p>	<p>Brist på bemanning</p>	<p>Att bemanning finns</p>	

<p>närvarande när vi har dom här kvinnorna då på nått sätt men har ju inte det för vi har ju väldigt press på oss, det är ökat tryck och vi har ju inte färre förlossningar, tvärtom istället. För att säkra vården och för att göra bra fast för alla egentligen, i synnerhet aurorapatienter så skulle man behöva vara fler helt enkelt, personal.” Britta</p>			<p><b>Resurstillgång</b></p>
<p>”Jag önska att vi fick betald utbildning för att gå typ ”föda utan rädsla” och bli såna instruktörer, det skulle vara jättebra och ha och knyta an till den här auroragruppen och erbjuda såna kurser tror jag skulle vara asbra.” Frida</p>	<p>Önskemål om utbildning</p>	<p>Att öka kompetensen</p>	



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA**  
**ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00  
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00  
**E-post:** [info@mdh.se](mailto:info@mdh.se) **Webb:** [www.mdh.se](http://www.mdh.se)