



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnors och barns hälsa

Avdelningen för reproduktiv hälsa

Kurs: Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa

Barnmorskors upplevelser av att hålla stödjande samtal med kvinnor med förlossningsrädsla

En kvalitativ intervjustudie

Midwives' experiences of psychoeducation for women with fear of childbirth

A qualitative interview study

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), år 2023

Författare:
Linnéa Bark
Leg. sjuksköterska

Handledare:
Emilija Wilson
Leg. barnmorska, PhD

Författare:
Linnéa Wasberg
Leg. sjuksköterska

Granskare:
Marie Klingberg Alvin
Leg barnmorska, PhD

Examinator
Wibke Jonas
Lektor

Sammanfattning

Bakgrund: Att vara gravid är en komplex händelse i en kvinnas liv, både fysiskt och psykiskt. Oro och rädsla inför förlossning kan påverka den gravida kvinnans psykiska mående, anknytningen till barnet och förlossningsupplevelsen. Trots en låg mödra- och barnadödlighet i Sverige tycks förlossningsrädsla hos gravida kvinnor öka. Barnmorskan har i uppgift att fånga upp förlossningsrädda kvinnor och erbjuda stödjande samtal.

Syfte: Att undersöka barnmorskors upplevelser av att hålla stödjande samtal med förlossningsrädda kvinnor.

Metod: En intervjustudie med kvalitativ ansats. Sju barnmorskor rekryterades och intervjuades med en semistruktur. Efter transkribering analyserades materialet med hjälp av kvalitativ innehållsanalys baserad på Graneheim och Lundman.

Resultat: Barnmorskornas upplevelser sammanställdes i två kategorier som belyste barnmorskornas gemensamma erfarenheter: Dimensioner av barnmorskeprofessionen och Det stödjande samtalets betydelse. Vidare framkom också fem subkategorier: Följsamhet till kvinnan, Tillit, Utmaningar, Att utvecklas och Att vägleda.

Slutsats: Det som framkom var att barnmorskor upplevde att det stödjande samtalet kan vara både utvecklande och utmanande. Barnmorskor möter förlossningsrädda kvinnor inom hela den reproduktiva vården och besitter en djup kunskap som den förlossningsrädda kvinnan kan ha stor nytta av. Det krävs tillit och förtroende för att kvinnan ska våga öppna sig för barnmorskan. Genom att lyssna aktivt och lämna utrymme för kvinnans tankar och känslor innebär det stödjande samtalet att den förlossningsrädda kvinnan kan nysta i sin rädsla och ibland komma till en lösning på egen hand.

Nyckelord: *Förlossningsrädsla, barnmorska, stödjande samtal, upplevelser*

Abstract

Background: Being pregnant is a complex event in a woman's life, both physically and psychologically. Anxiety and fear before childbirth can affect the pregnant woman's mental well-being, the attachment to the child and the birth experience. Despite a low maternal and child mortality in Sweden, fear of childbirth among pregnant women seems to be increasing. The midwife's task is to intercept women who fear childbirth and offer psychoeducation in order to support them.

Aim: To investigate midwives' experiences of psychoeducation with women who fear of childbirth.

Method: A qualitative interview study was conducted. Seven midwives were recruited and interviewed with a semi-structure. After transcription, the material was analyzed using qualitative content analysis based on Graneheim and Lundman.

Results: The midwives' experiences were compiled into two main categories that highlighted the midwives' common experiences: Dimensions of the midwifery profession and The importance of psychoeducation. Furthermore, five subcategories also emerged: The midwives compliance to the woman, Trust, Challenges, To develop and To guide.

Conclusion: The midwives' experienced that the psychoeducation could be both developing and challenging. Midwives meet women who are afraid of childbirth within the entire reproductive care and possess a deep knowledge which the woman who is afraid of childbirth can greatly benefit from. Trust and confidence are required for the woman to dare share her fears with the midwife. By actively listening and giving space for the woman's thoughts and feelings, the psychoeducation means that the woman who fears childbirth can unravel her fear and sometimes come to a solution on her own.

Key words: *Fear of childbirth, midwife, psychoeducation, experiences*

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Graviditet och förlossningsrädsla	1
Primär och sekundär förlossningsrädsla	2
Riskfaktorer	2
Mödrahälsovårdens roll	2
Auroraverksamheten.	3
Stödjande samtal	4
Barnmorskans roll	5
Problemformulering	5
Syfte	5
Metod	5
Design	5
Urval	6
Datainsamling	6
Analys	7
Etiskt övervägande	8
Resultat	8
Det stödjande samtalets betydelse	9
Tillit	9
Följsamhet till kvinnan	10
Dimensioner av barnmorskeprofessionen	11
Utmaningar	11
Att utvecklas	13
Att vägleda	13
Diskussion	15
Metoddiskussion	15
Urval	16
Datainsamling	17
Dataanalys	17
Överförbarhet	18
Etiska överväganden	19
Resultatdiskussion	20
Följsamhet till kvinnan.	20
Tillit.	21
Att utvecklas	21
Utmaningar	22
Att vägleda	23
Slutsats	23
Klinisk implikation	24

Förslag till vidare forskning	24
Referenser	25
Bilaga 1	30

Bakgrund

Graviditet och förlossningsrädsla

Att bära och föda barn är en komplex upplevelse i en kvinnas liv. Det är en unik fysiologisk och psykologisk process, som för varje kvinna kan involvera både positiva och negativa känslor. Det kan innebära känslor av glädje och meningsfullhet, en upplevelse av synergi mellan sinne och kropp, eller för somliga en känsla av kamp (Larkin et al., 2009).

I Sverige idag uppstår sällan allvarliga medicinska komplikationer för den födande kvinnan. Enligt Socialstyrelsen (2020) drabbades år 2018 endast 4,8 procent av alla förstföderskor och 1,1 procent av alla omföderskor av en bristning grad 3 eller 4 efter en vaginal icke-instrumentell förlossning i Sverige. Trots att vi idag i Sverige har låg mödradödlighet, låg neonatal dödlighet och att komplikationer i samband med förlossning är relativt ovanliga möter vi i vården många kvinnor som lider av rädsla för förlossning och graviditet. Det kan handla om en normal rädsla inför en oförutsägbart händelse, men också en närmast fobisk rädsla (Ryding, 2017).

Rädsla inför förlossning är också en vanlig anledning till att kvinnor idag önskar kejsarsnitt. Oro och känslor av stress eller rädsla kan ha konsekvenser för kvinnans förlossning, anknytning och upplevelse av graviditeten (Nilsson et al., 2018; Wijma, K., 2003). Stress och oro under graviditeten är enligt Nilsson et al. (2018) ett av de vanliga symtomen, men rädslan kan också påverka den gravidas vardagsliv och innebära en önskan om att undvika graviditet eller förlossning.

Det kan handla om rädsla för att det ska uppkomma skada hos barnet eller sig själv. Vissa är rädda för att inte kunna hantera smärtan, eller för att känna sig övergivna och ensamma (Slade et al., 2019). I vissa fall grundar sig rädslan i ett bristande förtroende för vårdpersonalen eller rädslan för att inte få rätt stöd. Att vara rädd för att tappa kontroll eller vara oförmögen att föda barn är ytterligare faktorer. Känslorna kan variera under graviditetens gång men också infinna sig innan, under, eller efter att förlossningen skett (Ryding, 2017).

Nilsson et al. (2018) uppger att förlossningsrädsla drabbar runt 14 procent av alla gravida i Sverige. Siffran uppges dock vara svår att mäta då definitioner av de olika graderna av förlossningsrädsla varierar. Däremot så tycks förekomsten av förlossningsrädsla ökat sedan år 2000 och framåt (O'Connell et al., 2017).

Primär och sekundär förlossningsrädsla

Förlossningsrädsla benämns ofta som primär eller sekundär. Primär rädsla innebär en rädsla som förekommer hos kvinnor som inte fött barn tidigare och sekundär hos kvinnor som varit med om en förlossning tidigare (Nilsson, 2012). Primär och sekundär förlossningsrädsla kan vidare delas in i fyra olika nivåer, lätt, måttlig och svår förlossningsrädsla samt förlossningsfobi (Ryding, 2017). Vid lätt förlossningsrädsla finns en oro som är hanterbar. Måttlig förlossningsrädsla är en svårare oro som kan innebära att den gravida behöver stöd att hantera den. Svår förlossningsrädsla innebär en rädsla som påverkar och begränsar den gravidas vardag och kan påverka hennes anknytning till fostret. Den fjärde nivån är förlossningsfobi, där kvinnan kanske undviker graviditet eller förlossning helt av hänsyn till sin rädsla.

Studier idag visar att både akut och planerat kejsarsnitt är vanligare bland kvinnor som lider av förlossningsrädsla. Planerat kejsarsnitt är särskilt vanligt bland kvinnor med sekundär förlossningsrädsla (Ryding et al., 2015).

Riskfaktorer

Studier har visat att kvinnor med psykisk ohälsa i större utsträckning drabbas av förlossningsrädsla och att de i högre grad drabbas av svår förlossningsrädsla än kvinnor utan psykisk ohälsa (Rouhe et al. 2011; Nath et al., 2021). Bristande socialt stöd, ångest, depression och stress är alla förknippade med rädsla under graviditeten (Dencker et al., 2019). Det vanligaste skälet till förlossningsrädsla är en tidigare negativ eller traumatisk förlossning. Studier har också visat att kvinnor som utsatts för sexuellt våld i högre grad drabbas av sekundär förlossningsrädsla efter en förlossning, och bör därför ses som en grupp som löper hög risk att drabbas (Schroll et al., 2011.)

Kvinnor som varit med om oplanerade kejsarsnitt, förlösts med hjälp av sugklocka eller fått svåra bristningar löper också risk för sekundär förlossningsrädsla (Vaajala et al., 2023). Zhou et al (2021) beskriver också att kvinnor med lägre utbildning och lägre ålder har högre benägenhet att drabbas av förlossningsrädsla. En svensk studie visar också att förlossningsrädsla är tre gånger så vanligt bland utlandsfödda kvinnor i Sverige jämfört med kvinnor födda i Sverige, vilket kan bero på flera aspekter, såsom bristande kommunikation från vårdgivare, språkförbistring och sociala nätverk för utrikesfödda kvinnor (Ternström et al, 2015).

Mödrahälsovårdens roll

Mödrahälsovården har ett ansvar att öka kunskapen om graviditet och förlossning till blivande föräldrar samt att stärka den gravida kvinnans tillit till hennes förmåga att föda samt möjlighet att förbereda sig inför förlossningen. Enligt basprogrammet för gravida inskrivna på MVC ska alla gravida kvinnor screenas för depression och förlossningsrädsla (Kunskapsstöd för vårdgivare, 2022). Om rädsla framkommer senare under graviditeten trots ett negativt resultat vid första screeningen är barnmorskan skyldig att identifiera graden av förlossningsrädsla samt erbjuda stöd vid behov (Kunskapsstöd för vårdgivare, 2022).

Förutsättningarna för att minimera och eliminera förlossningsrädsla ökar ju tidigare den identifieras (Region Stockholm, 2022). Det bidrar till ett minskat psykiskt lidande hos den gravida kvinnan och därför har barnmorskan en ytterst central roll. Mödrahälsovården har också ett ansvar att hänvisa vidare de kvinnor som på eftervårdsbesöket berättar att deras förlossningsupplevelse lett till eller kan komma att leda till psykisk ohälsa och sekundär förlossningsrädsla (Ryding, 2017). Förlossningsrädsla identifieras med hjälp av verktyget Fear Of Birth Scale (FOBS), ett verktyg ämnat att skatta förlossningsrädseln vilket i sin tur kan bidra till dialog med barnmorskan gällande rädslan (Ternström et al., 2015).

I Region Stockholm arbetar Mödrahälsovårdsenheten på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen vars arbete riktar sig till all personal på samtliga barnmorskemottagningar (Kunskapsstöd för vårdgivare, 2021). Inom uppdraget har MHV-enheten som uppgift att tillhandahålla fortbildning för personal på barnmorskemottagningar och kvalitets- och utvecklingsarbeten regionalt, nationellt och internationellt. Under 2017 genomfördes ett projekt finansierat av Sveriges Kommuner och Regioner i syfte att utveckla vården för gravida kvinnor med förlossningsrädsla och förstärka barnmorskans kompetens. Projektet innebar implementering av en barnmorska med fokus på samtal och FOBS som bedömning av graden av förlossningsrädsla (Kunskapsstöd för vårdgivare, 2021). Under 2021 fick 105 barnmorskor en utbildning i metod för att ge stödsamtal vid måttlig förlossningsrädsla i Region Stockholm, en implementering som sedermera fortgick under år 2022 vilket finns att läsa i Mödrahälsovårdsenhetens årsrapport.

Auroraverksamheten

I de fall där gravida kvinnor lider av måttlig eller svår förlossningsrädsla kan kvinnan remitteras via mödrahälsovården till en så kallad auroramottagning vid det sjukhus kvinnan

valt att föda på. Auroraverksamheten ska enligt Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, SFOG, bestå av barnmorskor med erfarenhet av förlossning och gärna med vidareutbildning i samtalsteknik samt av erfarna obstetriker (Baumann Gustafsson, 2017). Remisser bedöms av läkare och barnmorskor varpå kvinnan bokas in för ett initialt kartläggande samtal för att bedöma kvinnans behov av stöd, antalet besök anpassas därefter efter behov. Fokus i samtalet handlar om att förbereda kvinnan för förlossning och att kvinnan i lugn och ro ska få samla sina tankar, ibland för att hitta samband med andra händelser i livet. I vissa fall krävs handläggning av tidigare traumatisk förlossning. Till sist sker sedan en förlossningsplanering där beslutet förankras med obstetriker (Baumann Gustafsson, 2017) .

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, publicerade år 2021 en rapport med en översikt med forskning kring hur vård och behandling av kvinnor med svår förlossningsrädsla ser ut (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2021). I rapporten finns att läsa att kognitiv beteendeterapi kan minska depressiva symtom och ångest hos gravida om den är av lindrig eller måttlig grad, men hävdar vidare att effekten av kbt som behandling av förlossningsrädsla inte kunnat bedömas på grund av låg tillförlitlighet i sammanvägda studier.

Stödjande samtal

Utifrån resultatet av Fear of Birthing Scale identifieras graden av rädsla och utifrån graden avgörs behovet av stöd (Ternström et al, 2015). Vid lätt till måttlig förlossningsrädsla erbjuds kvinnan stödjande samtal hos barnmorska med specifikt ansvar för förlossningsrädsla på den egna barnmorskemottagningen (Region Stockholm, 2022). Vid svårare typer av rädsla remitteras kvinnan vidare till mottagningar inriktade på förlossningsrädsla, så kallade auroramottagningar. De flesta kvinnor med förlossningsrädsla erbjuds någon typ av rådgivning på förlossningsmottagning i Sverige, men det finns skillnader i hur mycket rådgivning som erbjuds och vilken typ av kompletterande utbildning barnmorskorna har gällande förlossningsrädsla samt i att hålla stödjande samtal. (Larsson et al, 2016). Resultatet visar exempelvis att besök på förlossningskliniken görs på 98 procent av klinikerna men endast 67 procent av klinikerna lär ut avslappnings- och andningstekniker. Stödjande samtal under graviditeten har visat sig ha effekt på val av förlossningssätt, det vill säga kejsarsnitt eller vaginal förlossning (Rouhe et al., 2013). Fenwick et al (2013) beskriver i sin studie hur stödjande samtal med barnmorskor ledde till mindre plågsamma tillbakablickar av

förlossningen för kvinnan och en minskad andel kejsarsnitt. Men det finns få studier som beskriver barnmorskans upplevelse av samtalen.

Enligt riktlinjer för barnmorskor på mödravårdsenheten ska barnmorskan ska ge stöd till kvinnor med lätt till måttlig förlossningsrädsla och att kvinnorna uppmanas att läsa på om förlossning samt att barnmorskan bör ge rekommendationer för litteratur (Kunskapsstöd för vårdgivare, 2022).

Barnmorskor får viss utbildning i motiverande samtal (Motivational Interviewing) under barnmorskeprogrammet. De barnmorskor som arbetar med stödjande samtal på barnmorskemottagning får kontinuerligt utbildning i MI (Vårdgivarguiden, 2023). Genom att använda MI kan barnmorskan ge råd och hjälpa den förlossningsrädda kvinnan överkomma sin rädsla (Kunskapsstöd för vårdgivare, 2022). Vidare är MI en metod som inte ska argumentera mot den förlossningsrädda kvinnan utan få henne att reflektera över sin rädsla och själv hitta lösningar. Barnmorskan bör vara empatiskt lyssnande och inkännande (Socialstyrelsen, 2019).

Barnmorskans roll

Barnmorskan arbetar utifrån International Council of Midwives etiska kod. Respekt, mänskliga rättigheter, allas lika värde, rätt till lika vård och tillit är några av värdeorden. Enligt ICM:s kod ingår det i barnmorskans profession att möta och vårda kvinnor oavsett var i den reproduktiva livscykeln de befinner sig (International Council of Midwives, u.å). Inom auroraverksamheten, på barnmorskemottagningen, förlossningen, eftervården och eftervårdsbesöket möter barnmorskan förlossningsrädda kvinnor. Barnmorskan behöver därför förvalta sitt förtroende väl och bidra med kunskap som stärker kvinnan och att i samarbete med kvinnan stötta henne till att ta informerade beslut med acceptans för resultaten av hennes val. Det är av högsta vikt att barnmorskan är lyhörd och individuellt anpassar information efter behov (ICM, u.å)

Problemformulering

Forskning idag visar att förlossningsrädsla är vanligt och leder till konsekvenser för den gravida och dennes familj. Barnmorskan som arbetar för att stötta kvinnor genom förlossning och graviditet har en viktig roll att fånga upp kvinnor som har förlossningsrädsla. Med stödjande samtal kan barnmorskan påverka kvinnans val av förlossningssätt och upplevelsen

av förlossningen. Det finns få studier som beskriver barnmorskan upplevelse av att hålla stödjande samtal med förlossningsrädda kvinnor. Författarna vill därför undersöka barnmorskors upplevelser av att hålla i stödjande samtal för förlossningsrädda kvinnor.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka barnmorskors upplevelser av att hålla stödjande samtal med förlossningsrädda kvinnor.

Metod

Design

Studien är en kvalitativ semistrukturerad intervjustudie med induktiv ansats. Kvalitativa studier är enligt Polit & Beck (2016) lämpliga där syftet är att utforska erfarenheter och upplevelser. Genom att intervjua personer ges möjligheten att förstå de rekryterade deltagarnas erfarenheter och upplevelser genom sina egna ord (Danielsson, 2012). Här samlas och analyseras narrativ information som beskriver deltagarens känslor. Vid induktiv ansats dras slutsatser ifrån deltagarens levda erfarenheter varför induktiv ansats anses lämplig.

Urval

Sju intervjupersoner rekryterades totalt. För att uppnå studiens syfte var målet att rekrytera en grupp deltagare med olika erfarenheter av att hålla stödjande samtal som kan beskriva fenomenet i fråga. Målet var att genomföra 6-8 intervjuer. Hur många intervjupersoner som behövs beror enligt Kvale och Brinkmann (2014) på undersökningens syfte och är även beroende av tid och resurser tillgängliga hos forskaren. Deltagarna rekryterades enligt ett lämplighetsurval (Danielsson, 2012). Fem intervjupersoner rekryterades via mail där författarna fått förslag på barnmorskor som arbetar med stödjande samtal av förlossningsrädda via en barnmorska verksam inom i Mödravårdsenhetens förlossningsrädslaprojekt. Genom tidigare verksamhetsförlagd utbildning erhöles mailkontakt med en barnmorska på ett mellanstort sjukhus och kontaktuppgifter till ytterligare barnmorskor som arbetar med förlossningsrädsla, varav ytterligare en intervjuperson rekryterades. En barnmorska på ytterligare ett stort sjukhus i Stockholm rekryterades via en personlig kontakt. Erfarenheten av att hålla stödjande samtal låg mellan två till tjugo år.

Tabell 1.

Deltagare	Arbetsplats	Antal år som verksam barnmorska
Barnmorska 1	Barnmorskemottagning Region Stockholm	15 år
Barnmorska 2	Auroramottagning Region Stockholm	20 år
Barnmorska 3	Barnmorskemottagning Region Stockholm	13 år
Barnmorska 4	Barnmorskemottagning Region Stockholm	9 år
Barnmorska 5	Barnmorskemottagning Region Stockholm	7 år
Barnmorska 6	Auroramottagning Region Stockholm	33 år
Barnmorska 7	Barnmorskemottagning Region Stockholm	7 år

Samtliga intervjupersoner fick mail med informationsbrev (Bilaga 1), intervjuguide och förfrågan om att delta i studien. Deltagarna lämnades valmöjlighet för hur mötet skulle ske, via Zoom eller på plats. Inklusionskriterierna var barnmorskor med erfarenhet av att ha stödjande samtal med förlossningsrädda kvinnor. Barnmorskorna från barnmorskemottagningen inom Region Stockholm hade erhållit årliga interna utbildningar för att hålla stödjande samtal av Mödrahälsovårdsenheten medan barnmorskorna från auroramottagningarna hade varierande utbildningar i bland annat psykoterapi. Siffrorna i tabellen, t.ex. barnmorska "1", stämmer inte överens med siffrorna vid citaten för att hålla deltagarnas anonymitet säkrad.

Datainsamling

Semistrukturerade intervjuer används med fördel när målet är att få beskrivningar av intervjupersonens livsvärld för att sedan tolka innebörden av beskrivna upplevelser enligt Kvale och Brinkmann (2014). Intervjuerna hölls på barnmorskornas mottagningar i enskilda

rum. Intervjuerna varade mellan 20 - 30 minuter. Författarna hade på förhand konstruerat en intervjuguide med öppna frågor (Bilaga 2.) Intervjuguiden bestod av tio huvudfrågor. Frågorna var förberedda och ämnade att uppmuntra intervjupersonerna att prata fritt och öppet för att besvara studiens syfte. En pilotintervju genomfördes där intervjuguiden testades. Efter pilotintervjun bedömdes att några frågor behövde justeras för att säkerställa att syftet i studien besvarades. Utvecklande frågor gav intervjupersonerna möjlighet att fördjupa eller utveckla sina svar.

Analys

Materialet transkriberades kontinuerligt efter varje genomförd intervju av båda författarna. Efter transkribering analyserades materialet med hjälp av kvalitativ innehållsanalys baserad på Graneheim och Lundman (2004). Transkriberat material lästes igenom upprepade gånger. Innehåll som svarade på studiens syfte plockades ut och kondenserades i kortare meningar för att därefter kodas. Därefter sorterades koderna utifrån likheter och olikheter och för att sedan skapa kategorier och subkategorier kopplade till koderna. Alla stegen i analysprocessen gjordes gemensamt av författarna. För exempel på arbetet med innehållsanalysen, se Tabell 1. Analysprocessen, beskriver Graneheim och Lundman (2004), är en rörelse fram och tillbaka mellan delar och helheten av texten. En innehållsanalys kan enligt Graneheim och Lundman (2004) vara latent eller manifest. Fokuset i denna studie var på det manifesta innehållet, det vill säga att texterna tolkades utifrån vad som faktiskt sades i intervjuerna. Latent analys fokuserar på att tolka den underliggande meningen i materialet.

Tabell 2. Utdrag från analysprocessen utifrån Graneheim och Lundmans metod (2004).

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Jag känner att tiden som jag har varit samtalsbarnmorska, att jag har växt i min barnmorskeroll nästan mera än vad jag gjorde innan, för att det blir en till dimension liksom i själva barnmorske-	Tiden som samtalsbarnmorska har gjort att jag har växt i min barnmorskeroll, för att det blir en till dimension i själva barnmorskeprofessionen.	Utvecklande för barnmorskan att hålla i stödjande samtal	Att utvecklas	Dimensioner av barnmorskeprofessionen

professionen.				
---------------	--	--	--	--

Etiskt övervägande

Intervjupersonerna i studien blev på förhand informerade om att studien är frivillig och anonym i syfte att skydda deltagarnas integritet. De blev informerade om att deltagandet när som helst kunde avbrytas och att informationen raderas efter studiens avslutning, vilket även framgår i informationsbrevet deltagarna fick ta del av. Allt datamaterial behandlades med konfidentialitet. Studiens deltagare erbjöds att få se det sammanställda materialet innan slutförande (Kvale & Brinkmann, 2014).

De artiklar som används i bakgrunden är etiskt granskade. Eftersom denna studie görs på magisternivå behövs enligt Etikprövningsmyndigheten (u.å.) inget etiskt godkännande.

Resultat

Resultatet består av två kategorier med fem subkategorier som presenterar barnmorskans upplevelser av att hålla stödjande samtal med förlossningsrädda kvinnor (Tabell 2). Samtliga barnmorskor hade erfarenhet av att hålla stödjande samtal med förlossningsrädda kvinnor antingen på auroramottagning eller på barnmorskemottagning.

Tabell 3. Kategorier och subkategorier.

Kategori	Subkategori
Det stödjande samtalets betydelse	Tillit
	Följsamhet till kvinnan
Dimensioner av barnmorskeprofessionen	Utmaningar
	Att utvecklas
	Att vägleda

Det stödjande samtalets betydelse

Tillit

Alla barnmorskor hade upplevelser av att kvinnorna de mötte i stödjande samtal behövde känna tillit till barnmorskan. De hade alla stött på kvinnor som hade en oro och rädsla för att

inte bli sedda och att om kvinnan kände förtroende så vågade hon öppna sig. Detta kunde leda till djupare förståelse och i vissa fall också lägre skattad rädsla. Barnmorskorna upplevde också att tilliten till barnmorskan var avgörande för att det stödjande samtalet skulle vara till hjälp för kvinnan.

“Jag tror att om kvinnan är öppen också att få hjälp så kan det [stödjande samtalet] vara väldigt användbart, men det handlar ju lite också om att hon alltså vågar öppna upp och vågar ta till det man pratar om.” - Barnmorska 7

Barnmorskorna upplevde att kvinnor behövde både tillit till barnmorskan och sig själva för att våga berätta om sina känslor, för om de inte hade det så fanns ingen öppning i samtalet. Det var viktigt med barnmorskans bemötande för att kvinnan skulle vilja öppna sig. De behövde visa att de lyssnade och bekräftade kvinnans känslor.

“Man kan inte kräva att man ska ha tillit till en, det måste man ju förtjäna.” - Barnmorska 4

“Jag önskar att hon skulle ha tilltro till sig själv, att våga säga sanningen. Jag kan tycka det är svårt, för annars finns det ingen ingång.” - Barnmorska 4

Barnmorskorna upplevde även att kvinnor kunde känna tillit till barnmorskor på grund av att de har klinisk erfarenhet av födande, att just den konkreta erfarenheten av sjukhus och födande ingav förtroende. Barnmorskorna kan beskriva hur ett förlossningsrum ser ut eller hur en förlossning går till. De står för trygghet och saklig information och kan bemöta både medicinska och känslomässiga frågeställningar.

“Jag känner att man har goda förutsättningar att också kunna erbjuda stöd och information som jag upplever tas på allvar och som de kan ta till sig och faktiskt tro på.” - Barnmorska 5

Det var viktigt för barnmorskorna att i det stödjande samtalet bekräfta och komma med stöd, men först efter att kvinnan visat att hon litade på barnmorskan. Vidare var det även viktigt att kvinnan litade på att barnmorskan skulle lyssna och att inte barnmorskan hade en egen agenda med samtalet. De ville skicka med kvinnorna ett förtroende att lita på sig själva och att de

själva har mest kunskap.

“När de är så pålästa kring vad de ska säga för att kunna övertala mig, istället för att våga lita på att jag ska lyssna, det tycker jag är svårt.” - Barnmorska 5.

Barnmorskorna upplevde att uteblivet stöd för förlossningsrädda kvinnor kan bidra till negativa konsekvenser och poängterade samtalets betydelse. De upplevde att förlossningsrädsla kunde göra det svårare för kvinnor att förbereda sig inför förlossningen. Oron tog så mycket fokus från kvinnan att det inte var möjligt för dem att läsa på eller ta in information om förlossningen. Barnmorskorna upplevde att förlossningsrädsla också kunde leda till att kvinnorna får en dålig upplevelse både av graviditet och förlossning när kvinnorna inte mött sina rädslor och blivit respekterade och hur det kunde leda till bristande tillit till vårderna. Att de stödjande samtalerna var viktiga för att kvinnor inte ska behöva känna sig begränsade i livet. Flera barnmorskor beskrev att lyhördhet var en viktig egenskap för att hjälpa kvinnan att känna tillit.

Följsamhet till kvinnan

Alla barnmorskor upplevde att det var viktigt för den förlossningsrädda kvinnan att i samtalet få möjlighet att prata fritt. De betonade vikten av att ha ett öppet samtal där kvinnan fick styra mycket. De förlossningsrädda kvinnorna fick känna att deras oro eller rädsla kunde tas på allvar, att de fick berätta sin berättelse utan att bli värderade i sin rädsla. Barnmorskorna upplevde att kvinnorna ibland behövde nysta i sin rädsla för att förstå vad de själva behöver.

“Dom tar upp det de vill, ibland tror jag inte ens det handlar om förlossningen.” - Barnmorska 1.

Barnmorskorna beskrev också att de förlossningsrädda kvinnorna själva kunde finna lösningen i de stödjande samtalerna. De hjälpte till genom att sammanfatta under samtalet. Rädslan kunde konkretiseras och kunde ibland innebära att de kände sig mer trygga inför att föda.

“De här samtalerna är ingenting som sker under liksom ett gravidbesök när vi ska kolla allt annat, utan nu har jag tid för det här, och hon ska känna ‘det är någon som

lyssnar på mig och det handlar enbart om min oro och rädsla inför att jag ska föda'."

- Barnmorska 2

Samtliga barnmorskor höll i stödjande samtal som varade i mellan 45-60 minuter och upplevde att det var viktigt att låta samtalet få ta sin tid. De upplevde att den avsatta tiden gav dem möjlighet att komma ner på djupet och att kvinnorna ofta hade stor nytta av att bara få prata med någon som lyssnar och bekräftar. De beskrev att det var viktigt med en följsamhet till kvinnan, att kvinnan fick styra vad hon ville använda tiden till. Barnmorskorna beskrev också att de upplevde att kvinnorna i stor utsträckning ofta behövde just tid och information för att känna sig stärkta. Flera barnmorskor uttryckte frustration över att kvinnorna inte fick tillräckligt med tid under ordinarie besök hos barnmorskan under graviditeten för att prata om oro och funderingar gällande graviditet och kommande förlossning.

"Ibland så känner man att det på något sätt räckte att bara hjälpa till att strukturera upp, att få liksom sätta ord på det, att tydliggöra vad som det handlar om, kanske brist på kunskap och information, vissa bara väntar på att få veta allting så blir de lugnare på något sätt." - Barnmorska 3.

Barnmorskorna beskrev att de som barnmorskor mötte mycket oro i sina stödjande samtal. De upplevde att i vissa fall så saknade den förlossningsrädda kvinnan information och kunde bli hjälpt av att få sitta och prata enbart om hur förlossningen går till. Det stödjande samtalet var en tid och möjlighet för kvinnorna att öppna sig och grotta ner sig i sin rädsla. Att få den möjligheten krävde också tid och utrymme.

"Det finns inte så mycket tid att breda ut sig, och liksom få grotta ner sig i sin rädsla, så det är det att man, om alla får, åtminstone de som är mer åt det rädda hållet, får tid avsatt bara för det, så hjälper det nog många." - Barnmorska 1.

Dimensioner av barnmorskeprofessionen

Utmaningar

Barnmorskorna beskrev att en svår utmaning med stödjande samtal var när de upplevde kvinnan som stängd, sluten och inte mottaglig för samtalet. En barnmorska beskriver att hon upplever det svårt att möta förlossningsrädda kvinnor som vid ett stödjande samtal redan bestämt sig för valet av förlossningssätt då de enligt henne redan har en så stark övertygelse om att något negativt kommer drabba dem. En annan barnmorska uttrycker att det är

utmanande när samtalet endast blir en monolog. De beskriver också att tidsbrist mellan patienterna kan göra att de inte hinner förbereda sig och läsa på i journalen ordentligt mellan patienterna och att samtalen blir bättre med mera förberedelser.

“Jag kan vara totalt utpumpad och då har jag liksom, ska jag hinna dricka kaffe och skriva journal och kolla in nästa patient på 30 minuter och det går inte.” - Barnmorska 6.

“När jag känner att jag inte hunnit läsa på ordentligt, men såna praktiska saker, att det varit lite för stressigt, för jag känner ofta att jag behöver lite tid innan ett sånt här samtal för att förbereda mig.” - Barnmorska 7

Nästan alla barnmorskor pratar om att kvinnor vill ha kontroll över en händelse i livet de inte kan kontrollera, när förlossningen ska starta, hur det kommer kännas och hur lång tid det kommer att ta. De upplevde att många kvinnor skrämdes av kontrollförlusten och tror att en stor orsak till förlossningsrädsla handlar om rädslan för att förlora kontroll. För att kvinnan ska få tillit till sin kropp bör barnmorskan finnas där för att guida.

“Man saknar kontroll över händelsen som ska ske, och det oroar, och jag kan tyvärr bara säga att du kommer inte ha kontroll.” - Barnmorska 1

“Man är rädd att få kontrollförlust under förlossningen och det tycker jag är jättesvårt.” - Barnmorska 7

Barnmorskorna upplevde det som en svårighet att i ett stödjande samtal inte kunna lova hur förloppet kommer att bli eller att någon från personalen från förlossningsavdelningen är på rummet med den födande kvinnan hela tiden, vilket ibland var önskemålet från kvinnan. Barnmorskorna kunde känna sig besvärade av att de inte kunde tillgodose och bemöta alla kvinnors önskningar. En barnmorska beskrev att när det finns flera dimensioner av orsaker till kvinnors rädsla uppstår en känsla av otillräcklighet som barnmorska. Hon tyckte dock att det kunde kännas trygghet att det går att remittera kvinnan vidare till en aurooramottagning, att det finns ännu en instans.

Att utvecklas

Att som barnmorska få chansen att ha stödjande samtal med förlossningsrädda kvinnor är utvecklande och bidrar till en ny dimension i barnmorskeyrket. De finner det givande att kunna hjälpa och stötta kvinnorna genom det stödjande samtalet. Flera barnmorskor uppger att de utvecklas i sin barnmorskeroll genom att ha stödjande samtal.

“Jag tycker det är väldigt utmanande, men på ett positivt sätt. Det är roligt för att man utvecklas väldigt mycket som barnmorska av att ha de här samtalen.” - Barnmorska 6.

Det finns färdiga mallar att luta sig mot under samtalet men med ökad erfarenhet flyter samtalen på och mallen upplevs ibland som överflödigt. En barnmorska upplever samtalen som svåra då alla kvinnor är olika, har olika bagage och är rädda för olika saker.

”Det är svårt att ha de här samtalen, för dom ser helt olika ut och man famlar i början” - Barnmorska 1.

Det är av betydelse när barnmorskorna får respons av kvinnan att samtalet har hjälpt henne, det kan få barnmorskan att utvecklas ännu mer och det leder till bra känslor hos barnmorskan som kan få henne att känna sig betydelsefull. De upplever positiva känslor av att ha kunnat hjälpa kvinnan och får känslan av att de jobbat som ett team.

“Man får mycket respons från kvinnorna att det faktiskt hjälper och då blir det väldigt utvecklande.” - Barnmorska 7

“När en kvinna genomgått en förlossning och så säger hon efteråt ‘jag trodde aldrig att jag skulle göra det här’ och jag känner att jag själv har vunnit en seger.” - Barnmorska 6.

Att vägleda

Samtliga barnmorskor upplever att barnmorskans roll är betydelsefull då de kan nyansera, konkretisera samt ge verklighetsförankrad information till gravida kvinnor. De kan i det stödjande samtalet guida och ge verktyg för att stötta kvinnan där hon befinner sig. Barnmorskor beskrivs som sakkunniga och snälla, och enligt en barnmorska kan barnmorskan

som profession förena kunskap och snällhet, och på så sätt bidra till att minska och vägleda kvinnan i sin rädsla.

“Jag tänker att vi barnmorskor är en ganska ofarlig grupp, jag tror att de flesta tänker att vi barnmorskor är snälla och vill kvinnan eller den gravida väl, att det är en bra ingång. Sen har ju väldigt mycket kunskap om kroppen, musklerna, så jag tror vi kan förena både snällhet och kunskap.” - Barnmorska 4.

Barnmorskorna beskriver att många kvinnor påverkas av att media ibland blåser upp saker som inte stämmer och därför är det av största vikt att barnmorskan kan förklara hur det verkligen är. De har inblick i förlossningsrummet och hur vården går till. Samtalet har en stor betydelse då desinformation och saklig fakta kan förklaras av barnmorskan och missförstånd kan redas ut.

“Social medias förmåga att ta upp skräckscenarion, det gör kvinnorna oroliga fast det inte finns någon grund för det.” - Barnmorska 1.

Den gravida kvinnan har mest kunskap om sig själv och vad hon är rädd för samt vad hon behöver för att bli trygg, barnmorskan finns där för att vägleda och guida henne, och enligt flera barnmorskor så upptäcker många kvinnor under de stödjande samtalen varför de är rädda genom att bara få prata och bli lyssnade på, utan att barnmorskan rent konkret gjort något. Ibland räcker det att sortera och få kvinnan att själv sätta ord på vad rädslan handlar om.

“Att dom inte ska bli övertalade till det ena eller det andra, utan att de själv får undersöka vad rädslan står för och vad den handlar om, och vad de behöver för hjälp.” - Barnmorska 4.

Diskussion

Metoddiskussion

Studiens syfte var att beskriva barnmorskors upplevelser av att hålla stödjande samtal med förlossningsrädda kvinnor. Eftersom upplevelser eftersöktes anses kvalitativ design med intervjuer vara motiverad, då intervjuerna fångar upplevda erfarenheter och ger möjlighet till

fördjupande svar (Danielsson, 2012). Intervjuer kan leda till att deltagarna väljer att dela unika upplevelser och erfarenheter vilket var en orsak till att individuella intervjuer valdes.

Indikatorer som används för att bedöma kvaliteten inom kvalitativ forskning är pålitlighet, trovärdighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet (Wallengren & Henricson, 2012). Pålitlighet handlar om att som författare beskriva sin förförståelse.

Författarna har genom hela processen försökt se och uppmärksamma det som kan vara egna förutfattade värderingar för att hindra att dessa påverkar resultatet. Då författarna inte genomfört en kvalitativ intervjustudie tidigare kan datainsamling, granskning och analys påverkats och det anses därför som en svaghet i studien (Wallengren & Henricson, 2012). Författarna har själva ingen utbildning eller erfarenhet av att hålla stödjande samtal med förlossningsrädda kvinnor. Det kan ses som en svaghet att författarna inte hade någon egen erfarenhet av stödjande samtal med förlossningsrädda kvinnor, då författarna kan komma att ha mindre förståelse för det deltagarna i aktuell studie uttrycker och mindre följdfrågor ställs. Mer erfarenhet hade eventuellt inneburit andra frågor. Vidare så kan det också vara en fördel att inte ha egna upplevelser då inga egna förutfattade meningar om upplevelser kan genomlysas arbetet. Däremot har författarna erfarenhet av barnmorskemottagning och förlossning efter verksamhetsförlagd utbildning varpå vissa förkunskaper finns om barnmorskors arbetssätt vid stödjande samtal med förlossningsrädda.

Alla frågor i intervjuguiden besvarade inte studiens syfte, vissa frågor gav en bakgrundsbild av barnmorskans förkunskaper och erfarenhet av stödjande samtal och förlossningsrädsla. Att ha viss bakgrundskunskap om deltagarna kan ses som en styrka då det kan underlätta förståelsen för deras erfarenheter och upplevelser vilket anses ge studien trovärdighet.

En stor del av materialet beskrev barnmorskans upplevelser och erfarenheter och besvarade därför syftet i studien vilket anses ge studien trovärdighet. En del material som framkom rörde barnmorskors idéer och tankar om förbättringar i åtgärder gällande förlossningsrädsla men besvarade inte studiens syfte och är därför inte del av resultatet. De ansågs dock intressanta för att få en fördjupad förståelse för barnmorskans roll i det stödjande samtalet och barnmorskans olika erfarenheter och tankar. Frågorna som ställdes i intervjuguiden besvarades och fördjupande frågor ställdes under intervjuerna. Med mer erfarenhet av liknande studier hade möjligen frågorna också kunnat formuleras annorlunda för att ge svar som var mer fokuserade på studiens syfte.

Urval

Målet var att erhålla kunskap och upplevelser från barnmorskor med erfarenhet av stödjande samtal vilket samtliga deltagare bekräftade att de hade, vilket anses vara en styrka. Rekryteringen av deltagare skedde via ett lämplighetsurval för att säkerställa att studiens syfte besvarades. Att både barnmorskor från auroramottagning och barnmorskemottagningen intervjuades innebar att flera perspektiv redovisades då barnmorskor på auroramottagning har stödjande samtal med kvinnor med svår förlossningsrädsla och barnmorskor på barnmorskemottagning har stödjande samtal med kvinnor som lider av lätt till måttlig förlossningsrädsla. Eftersom barnmorskor från både barnmorskemottagning och auroramottagning rekryterades till studien kunde upplevelser studeras från två olika instanser.

Erfarenheten av att arbeta med stödjande samtal skilde sig mellan deltagarna. Den barnmorska med längst erfarenhet hade arbetat ca 20 år med stödjande samtal medan den barnmorska med lägst erfarenhet endast arbetat 2 år, vilket ger en bred variation när det kommer till erfarenhet av att hålla stödjande samtal. Möjligen kan utmaningarna se annorlunda ut för en barnmorska som är van vid att hålla stödjande samtal jämfört med en barnmorska som har gjort det i många år. På samma sätt kan utmaningarna eventuellt skilja sig beroende på vilken utbildning barnmorskan fått för att hålla de stödjande samtalen.

En barnmorska rekryterades via en personlig kontakt. Då deltagarens lämnade liknande svar som de övriga deltagarna i aktuell studie bedöms det inte ha påverkat studiens resultat. Deltagaren kunde även ha blivit tillfrågad att delta i studien oavsett personlig kontakt eller inte. Genom att rekrytera deltagaren genom en personlig kontakt underlättades rekryteringsprocessen.

Då studien är ett magisterarbete med tidsbegränsning ansågs sju intervjuer vara rimligt att genomföra. Fler intervjuer hade kunnat innebära ett djupare material. Ytterligare material hade inneburit större mängd data att bearbeta och en tidsbrist som hade kunnat begränsa analysens noggrannhet. Malterud et al. (2016) använder sig av termen informationskraft för att motivera urvalsstorlek och beskriver att få men för studien relevanta deltagare kan innebära mer betydelsefull data som då styrker studiens informationskraft.

Barnmorskorna i den här studien hade erfarenhet av att jobba med kvinnor som hade både primär och sekundär förlossningsrädsla. En studie fokuserad på enbart primär eller sekundär hade möjligtvis genererat ett annat resultat då barnmorskan kanske mött andra utmaningar i möten med förlossningsrädda kvinnor som hade varit med om en tidigare förlossning, eller inte. I studiens syfte eftersöktes upplevelser av stödjande samtal med kvinnor oavsett typ av förlossningsrädsla vilket samtliga barnmorskor inom urvalet bekräftade att de hade. Detta stärker trovärdigheten för studien.

Datainsamling

Båda författarna deltog vid samtliga intervjuer vilket kan anses som en styrka, eftersom det säkerställde att alla intervjuer gick till på samma sätt. Att hålla separata intervjuer hade kunnat innebära att frågorna ställdes olika till olika barnmorskor. Det kan ha varit gynnsamt för deltagarna att intervjuerna genomfördes på en familjär plats, deras kontor, då det kan ha påverkat deras öppenhet och bekvämlighet. Att författarna inte har någon tidigare erfarenhet av att intervjua kan också påverka hur frågorna ställdes och vilka följdfrågor som ställdes. Vid varje intervju deltog endast författarna och deltagarna. Intervjuerna genomfördes ostört i ett enskilt rum. Alla barnmorskor fick intervjuguiden skickad till sig på förhand, vissa valde att bekanta sig med frågorna medan andra inte gjorde det. Alla barnmorskor var därför inte förberedda på vilka frågor som skulle ställas på intervjun och fick därför svara uppriktigt på plats. Detta kan ha inneburit att några barnmorskor svarade mer utförligt på intervjufrågorna. Det kan ses som både en styrka och en svaghet att vissa barnmorskor redan förberett sina svar medan andra svarade spontant. Frågorna granskades och godkändes av författarnas handledare vilket stärker studiens trovärdighet.

Dataanalys

Det inspelade materialet transkriberades tätt efter att intervjuerna skett, vilket anses vara en styrka då författarna lättare kan komma ihåg kroppsspråk, konstpauser och tonfall från inspelningarna vilket kan ha en betydande roll för den kommande analysen (Danielsson, 2012). Författarna har genom analysprocessen försökt se och uppmärksamma det som kan vara egna förutfattade värderingar för att hindra att dessa påverkar resultatet. Författarna granskade materialet upprepade gånger med ett kritiskt förhållningssätt till egna kunskaper, förutfattade meningar och erfarenheter som kan påverka hur datan analyserades. Att det är två författare anses också gynnsamt för analysens trovärdighet då fler ögon ser över materialet (Wallengren & Henricsson, 2012).

Kurskamrater och handledare har fått ta del av analysprocessen som har beskrivits utförligt genom arbetet. Detta ökar studiens bekräftelsebarhet enligt Wallengren & Henricsson. (2012).

Överförbarhet

I studien samlas upplevelser av barnmorskor med varierande yrkeserfarenheter och olika lång erfarenhet av stödjande samtal som beskriver liknande utmaningar och upplevelser. Barnmorskorna hade även olika utbildningar beroende på om de arbetade på barnmorskemottagning eller auroramottagning men att hålla stödjande samtal kan upplevas liknande oavsett utbildning och arbetsplats, men sättet man hanterar dem kan skilja sig. Då samtliga barnmorskor framförde liknande upplevelser och erfarenheter anses studien kunna överföras i en annan kontext.

Etiska överväganden

Intervjuforskning, skriver Kvale och Brinkmann (2014), präglas av etiska frågor då den mänskliga interaktionen i intervjun påverkar intervjupersonen och således påverkar kunskapen som produceras, vilket måste tas i beaktning. Detta innebär att om deltagarna till exempel var nervösa inför mötet med författarna så kan detta ha påverkat studiens resultat genom att de inte utvecklade sina svar. Att intervjuerna skedde personligen innebär författarna hade möjlighet att se deltagarnas kroppsspråk och verbala uttryck och få ökad chans till att se hur frågorna uppfattades. Inför varje intervju informerades deltagarna ytterligare en gång om att studien var frivillig, när som helst gick att avbryta samt var anonym. Allt innehåll från intervjuerna i form av kodning och citat har endast författarna tillgång till och barnmorskornas titlar vid citaten t.ex. "Barnmorska 1" är slumpmässigt tilldelade och har ingen koppling till den ordning intervjuerna gjordes för att stärka deltagarnas anonymitet. Efter avslutad studie raderades insamlat material, vilket deltagarna informerades om. De uppmuntrades även till kontakt om de önskade korrigera, radera eller addera något i intervjun.

Genom vårdval, vårdgarantier och lagar involveras gravida kvinnor allt mer i sin egen vård vilket leder till att delaktigheten och integriteten främjas (Högdal & Oscarsson, 2021). Gravida kvinnor har enligt autonomiprincipen full rätt att själva tacka nej till undersökningar och åtgärder under graviditeten, men rätten att föda med planerat kejsarsnitt ligger i vårdens händer. Vårdbeslut gällande förlossningssätt bör inte fattas utan att ge kvinnor informerade val gällande nytta och risker. Barnmorskor måste stötta kvinnor oavsett val av förlossning. Genom dialog och diskussion mellan läkare, barnmorskor och den gravida förlossningsrädda

kvinnan kan hon väga nytta och risker med kejsarsnitt eller vaginal förlossning för att sträva efter nöjdhet hos patienten. Patienter kan inte tvingas till något men en kvinna kan inte heller kräva ett kejsarsnitt.

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (2011) råder att det i dialogen som leder fram till beslutet finns ett professionellt ansvar att eftersöka skälen för önskan om kejsarsnitt. Kejsarsnitt leder till konsekvenser för både kvinnan och barnet på både kort och lång sikt vilket bör tas i beaktning. Det kan röra sig om blödning och infektion på kort sikt, vidare så kan amningsstarten försenas och för barnet finns ökad risk för neonatal andningsstörning och hypoglykemi. Om en kvinna önskar kejsarsnitt utan medicinska skäl bör vårdgivaren försäkra sig om att hon förstår innebörden och de förknippade risker eller nytta av de beslut som hon väljer.

Enligt Svenska Barnmorskeförbundet ska barnmorskan arbeta för att stärka kvinnans egen förmåga till kontroll, och stödja henne till psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande (Barimani & Vikström, 2021). Framförallt inom mödrahälsovården har barnmorskan möjlighet att bygga upp en relation till den gravida kvinnan vilket kan göra att förtroendet för den barnmorskan blir större. Finns en förtroendefull relation ökar också chanserna till att kvinnans psykiska och fysiska behov tillgodoses. Detta innebär att barnmorskans roll och möjlighet till påverkan i beslut är stor.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att alla barnmorskor hade liknande upplevelser av svårigheter med att hålla stödjande samtal, lärdomar och erhållna kunskaper och det stödjande samtalets betydelse. Detta illustreras genom två kategorier; *Det stödjande samtalets betydelse* och *Dimensioner av barnmorskeprofessionen*. Under varje kategori finns tre respektive två subkategorier som fångar det barnmorskan uttrycker som viktigt i dessa kategorier.

Följsamhet till kvinnan

Barnmorskorna beskriver i resultatet att de under det stödjande samtalet hjälpte till genom att sammanfatta det kvinnorna beskrev och att de upplevde att den förlossningsrädda kvinnan ibland själv fann lösningen. Tidigare forskning visar att tillägg av psykoterapi med MI är till hjälp hos kvinnor med förlossningsrädsla och graviditetsstress (Abdollahi et al., 2020).

Viktiga principer inom MI är ett empatiskt lyssnande och samarbete mellan parterna i samtalet som kan vara ett verktyg för att stärka motivationen eller att fatta beslut (Bischof et al., 2021). Detta öppnar för frågan om barnmorskor i stort skulle kunna gynnas av mer utbildning i MI då det kan vara gynnsamt i alla situationer där det finns oro och även stärka kvinnors beslutsfattande.

Tillit

Tid har i resultatet visat sig vara en viktig faktor för att ge den förlossningsrädda kvinnan utrymme att i det stödjande samtalet öppna sig för barnmorskorna. Genom att ge den förlossningsrädda kvinnan utrymme att öppna sig och prata om sin rädsla upplevde många barnmorskor att kvinnan själv hittade orsaken och lösningen på rädslan, det gav barnmorskorna känslan av att det skapats ett förtroende och tillit till sin barnmorska, vilket i sin tur stärkte barnmorskans betydelse. I en norsk studie från 2023 beskriver barnmorskor att tiden hos barnmorskan har stor betydelse när det kommer till att skapa en relation, bygga ett förtroende samt skapa tillit hos den förlossningsrädda kvinnan (Bjorseth et al., 2023). Barnmorskorna bekräftade också att tid har stor betydelse när det handlar om att skapa ett förtroende och känna tillit till barnmorskan.

I studiens resultat framhävs också att centrala inslag i stödjande samtal för förlossningsrädda är att kvinnan känner tillit till barnmorskan. Relationen mellan kvinnan och barnmorskan är avgörande för att ge ett öppet samtal och att kvinnan ska våga berätta om sina känslor. Att våga berätta om sina rädslor är svårt, och att ha en förstående barnmorska har i tidigare studier visat sig vara avgörande för kvinnan (Eriksson et al., 2006).

Att utvecklas

I resultatet framkom även att barnmorskorna fann det utvecklande i sin roll som barnmorska att ha stödjande samtal med förlossningsrädda kvinnor. Det framkommer i tidigare studier att barnmorskor utvecklar trygghet i sin roll och att kompetens kommer genom utövande av sin yrkesprofession. Att barnmorskan känner sig trygg i sin roll hjälper kvinnan att känna trygghet (Bäck et al., 2017). I likhet med vår studie uttryckte barnmorskorna hur de fann det givande och stärkande att kunna hjälpa kvinnorna bli trygga och att det också utvecklade dem själva i sin roll som barnmorskor.

Utmaningar

Barnmorskor upplever många utmaningar under sina stödjande samtal med förlossningsrädda.

Detta på grund av att kvinnan ibland inte vill öppna sig för barnmorskan eller för att de ibland har önskingar som inte kan tillgodoses. Barnmorskorna beskrev svårigheter när de inte kunde lova kvinnan kontroll över hur förlossningen skulle vara. Wulcan och Nilsson (2019) har i sin studie utforskat barnmorskors rådgivning av kvinnor med svår förlossningsrädsla vid specialiserade mottagningar för förlossningsrädsla i Sverige.

I studiens resultat beskrivs också att barnmorskorna såg det som viktigt att uppmuntra kvinnorna till att tala fritt om sina rädslor samt att det var viktigt att bygga upp en förtroendefull relation, vilket ibland kunde vara svårt. Vidare beskriver barnmorskorna vikten av att förmedla sin kunskap och att kunna ge individualiserad information. Enligt Wulcan och Nilsson (2019) beskriver barnmorskorna också ett dilemma i att de inte kan förutspå vilket stöd kvinnan skulle få på förlossningen, samtidigt som de försökte bygga upp förtroende och hjälpa kvinnan övervinna rädslan.

Resultatet visade att barnmorskorna ibland upplevde att det var utmanande att bemöta kvinnors förutfattade meningar om hur en förlossning kan vara. De uttryckte att dessa uppfattningar sällan stämmer med verkligheten och ansåg att det är viktigt att kvinnor får en sanningsenlig och realistisk bild av hur en förlossning ser ut. Miller och Danoy-Monet (2021) har i en australiensisk studie undersökt hur exponering för olika typer av förlossningsberättelser påverkar förstagångsföderskor och beskriver att förlossningspreferenser hos kvinnorna påverkas betydligt av berättelserna. I Miller och Danoy-monet (2021) studien exponerades kvinnorna slumpmässigt till positiva eller negativa berättelser av både kejsarsnitt och vaginala förlossningar för att sedan mäta preferenser för valt förlossningssätt. Detta väcker tankar hos författarna om att kvinnors förlossningsrädsla kanske påverkas av berättelserna de hör vilket leder till utmaningar för barnmorskan i det stödjande samtalet.

Att vägleda

Resultatet beskriver också hur barnmorskan stöttar kvinnan genom att ge information och hjälpa kvinnan att utveckla strategier för att underlätta en positiv födelseupplevelse. Barnmorskorna beskrev även upplevelser av att deras samtal behövs och gör skillnad för att kvinnorna ska våga öppna sig och be om den hjälp de kan tänkas behöva i det stödjande samtalet. Tidigare studier beskriver hur barnmorskor hjälper kvinnor med förlossningsrädsla genom stödjande samtal. Stoll et al. (2018) skriver i sin studie att kvinnor med svår förlossningsrädsla blivit hjälpta av längre samtal med barnmorska medan kvinnor med måttlig rädsla blivit hjälpta av förlossningsutbildning. Även Toohill et al. (2014) beskriver att

psykologisk intervention med barnmorskor effektivt hjälper kvinnor med svår förlossningsrädsla. Studier har också visat att det är olika vilken typ av guidning som barnmorskor erbjuder (Larsson et al., 2016).

Något som framkom i studien var hur barnmorskorna upplevde att de sällan fick återkoppling på huruvida de stödjande samtalen har lindrande effekt på förlossningsrädslan i det längre förloppet. De upplevde att kvinnorna blev hjälpta i stunden men kunde inte säga vad samtalen ledde till, målet för barnmorskorna var att kvinnorna kände sig tryggare oavsett förlossningssätt. Ibland tycktes kvinnorna till stor del bara vara i behov av att bli lyssnade på och få information. Vår personliga fundering är om inte mer tid och utrymme för kvinnan skulle kunna ges inom mödrahälsovårdens basprogram, eftersom behovet tycks vara så stort.

Slutsats

Denna studie syftade till att belysa barnmorskors upplevelser av att hålla stödjande samtal. Det som framkom var att barnmorskor upplever att det stödjande samtalet kan vara både utvecklande och utmanande. Resultatet visade att det krävs tid och förtroende för att kvinnan ska öppna sig för barnmorskan och våga berätta om sina rädslor. Barnmorskor möter förlossningsrädda kvinnor inom hela den reproduktiva vården. I det stödjande samtalet lämnas utrymme där barnmorskan kan komma med viktig och saklig information. Kanske behövs ytterligare utrymme hos barnmorskan i en tid där mycket information flödar över internet och kvinnan väntas läsa på mycket själv. Flera av barnmorskorna mötte förlossningsrädda kvinnor som påverkats av desinformation och andras förlossningsberättelser. Då sociala medier tar stort utrymme i många kvinnors vardag och liv är källkritik viktigt och barnmorskan får en större roll i att bistå med fakta och erfarenheter från förlossningsvården. Barnmorskor har ett stort ansvar i att förmedla evidensbaserad kunskap om graviditet och förlossning.

Klinisk implikation

Barnmorskor möter kvinnor som behöver känna tillit till barnmorskan och känna att de blir sedda i det stödjande samtalet. Studien belyser vikten av barnmorskans lyhördhet och förtroende vilket är relevant för alla som arbetar med kvinnosjukvård då de kan komma att möta kvinnor som bär på förlossningsrädsla. Upplevelserna i studien tyder på att många barnmorskor oavsett om de arbetade på auroamottagning eller barnmorskemottagning beskriver utmaningar när kvinnan kände rädsla inför förlossningsförlopp och barnmorskan

inte kunde ge något löfte kring hur det skulle bli. Kanske skulle kvinnor gynnas av att ha samma barnmorska under graviditeten som under förlossningen.

Barnmorskor inom både auroramottagning och barnmorskemottagning beskriver liknande upplevelser och skulle kanske gynnas av gemensamma utbildningsdagar för att dela sina kunskaper, ta lärdom av varandras erfarenheter och på så vis utveckla sin kompetens inom samtalsmetodik.

Barnmorskor möter förlossningsrädda kvinnor av olika grader inom flera delar av sitt yrke. Denna studie uppmärksammar barnmorskans upplevelser och ge ökad förståelse för hens viktiga roll i mötet med kvinnor som bär på oro eller rädsla inför, eller efter, förlossning.

Förslag till vidare forskning

Under studien framgick det att utbildningsnivån hos aurorabarnmorskor inom Region Stockholm skiljer sig, där vissa kliniker har krav på vidareutbildning inom samtalsterapi medan andra endast har krav på erfarenhet av förlossning. Det kan därför skilja sig på kvalitet och utbildningsnivå beroende på vilken auroraverksamhet den förlossningsrädda kvinnan blir remitterad till. Vidare forskning om barnmorskors skilda upplevelser på olika auroraverksamheter skulle vara betydelsefullt eftersom de har olika utbildningar beroende på klinik och kanske på så vis har olika erfarenheter och typer av utmaningar i sina samtal beroende på deras förkunskaper.

Barnmorskorna upplevde också att de sällan fick återkoppling efter de stödjande samtalen. Det råder ingen konsensus över huruvida uppföljning ska ske och de stödjande samtalen utvärderas inte. Det skulle vara av intresse att mäta det stödjande samtalets effekter både för barnmorskans utveckling men också för att se om det gör någon skillnad på kvinnans rädsla.

Studien beskriver också hur barnmorskan behöver bistå med fakta och erfarenheter från förlossningsvården som kontrast till berättelser som finns att läsa på internet och i sociala medier. Kvinnan hänvisas till att läsa på om förlossning men kanske behöver barnmorskor stå för informationen och ta en större plats i kvinnors liv genom exempelvis utökad tid på barnmorskemottagning. Kanske skulle vidare forskning kunna belysa barnmorskans roll som kunskapsbärare med en intervjustudie ur kvinnans perspektiv för att förstå kvinnans behov bättre.

Referenser

Abdollahi S., Faramarzi M., Delavar M.A., Bakouei .F, Chehrazai M. & Gholinia H. (2020). Effect of Psychotherapy on Reduction of Fear of Childbirth and Pregnancy Stress: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*. 26(11), s. 787. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00787.

Barimani, M. & Vikström, A. (2021) Vårdkedjan. I M. Oscarsson., & S.Georgsson (Red), Barnmorskans etiska kod (s. 263-279). Studentlitteratur.

Baumann Gustafsson, B. (2017). *Förlossningsrädsla* (Rapport nr 77). https://www.sfog.se/natupplaga/1005623_A2fb46497-d45b-466d-8126-c58e99fe856d.pdf

Bischof G., Bischof A. & Rumpf H.J. (2021). Motivational Interviewing: An Evidence-Based Approach for Use in Medical Practice. *Deutsches Ärzteblatt International*. 118(7), s. 109-115. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0014.

Bäck L., Hildingsson I., Sjöqvist C. & Karlström A. (2017). Developing competence and confidence in midwifery-focus groups with Swedish midwives. *Women Birth*. 30(1), s. 32-38. doi: 10.1016/j.wombi.2016.08.004.

Danielsson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. Henricsson (red.) *Vetenskaplig teori och metod* (s. 163-173). Studentlitteratur.

Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. Henricsson (red.) *Vetenskaplig teori och metod* (s. 329-342). Studentlitteratur.

Dencker A., Nilsson C., Begley C., Jangsten E., Mollberg M., Patel H., Wigert H., Hessman E., Sjöblom H. & Sparud-Lundin C. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. (2019). *Women Birth*, 32(2), s. 99-111. doi: 10.1016/j.wombi.2018.07.004.

Eriksson C., Jansson L. & Hamberg K. (2006) Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery*. 22(3), s. 240-248. doi: 10.1016/j.midw.2005.10.002.

Etikprövningsmyndigheten. (u.å). *Forskningsperson*. <https://etikprovningmyndigheten.se/for-forskningsperson/>

- Fenwick, J., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D., Buist, A., Turkstra, E., Sneddon, A., Scuffham, P. & Ryding, E. (2015). Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing . *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15. doi: 10.1186/s12884-015-0721-y
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Högdal, A., & Oscarsson, M. (2021). Etik för barnmorskor. I M. Oscarsson, & S.Georgsson (Red.), *Barnmorskans etiska kod (s. 23-31)*. Studentlitteratur.
- International Council of Midwives, ICM. (u.å). *ICM definitions*. <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>
- Kunskapsstöd för vårdgivare. (22 augusti 2022). *Förlossningsrädsla*. Region Stockholm. <https://kunskapsstodforvardgivare.se/omraden/kvinnosjukdomar-och-forlossning/riktlinjer-for-bmm/barnmorskemottagning/graviditet/riktlinjer/forlossningsradsla>
- Kunskapsstöd för vårdgivare. (26 februari 2021). Mödrahälsovårdsenheten. Region Stockholm. <https://kunskapsstodforvardgivare.se/omraden/kvinnosjukdomar-och-forlossning/riktlinjer-for-bmm/barnmorskemottagning/om-modrahalsovardsenheten-och-kontakt>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3e upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Larkin, P., Begley, C.M. & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2). s 49-59. doi: 10.1542/peds.2017-1543
- Larsson B., Karlström A., Rubertsson C. & Hildingsson I. (2016). Counseling for childbirth fear - a national survey. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 8. s. 82-87. doi: 10.1016/j.srhc.2016.02.008.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research.*, 26(13), 1753–1760. doi: 10.1177/1049732315617444

- Miller, Y.D., Danoy-Monet, M. (2021) Reproducing fear: the effect of birth stories on nulligravid women's birth preferences. *BMC Pregnancy Childbirth* 21, 451. doi: 10.1186/s12884-021-03944-w
- Nath S., Lewis L.N., Bick D., Demilew J., & Howard L.M. (2021) Mental health problems and fear of childbirth: A cohort study of women in an inner-city maternity service. *Birth*. 48(2):230-241. doi: 10.1111/birt.12532
- Nilsson C., Hessman E., Sjöblom H., Dencker A., Jangsten E., Mollberg M., Patel H., Sparud-Lundin C., Wigert H. & Begley C. (2018) Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(1). doi: 10.1186/s12884-018-1659-7.
- Nilsson, C. (2012). *Förlossningsrädsla: med fokus på kvinnors upplevelser av att föda barn*. Doktorsavhandling, Linnéuniversitetet. Institutionen för vårdvetenskap. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:530765/FULLTEXT01.pdf>
- O'Connell M.A., Leahy-Warren P., Khashan A.S., Kenny L.C. & O'Neill S.M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scandinavica*, 96(8), p. 907-920. doi: 10.1111/aogs.13138
- Polit, D. F., & Beck, T. C. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer. ISBN: 978-1-4963-0023-2
- Rouche, H., Salmela-Aro , K., Toivanen , R., Tokola, M., Halmesmäki, E., & Saisto, T (2013). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women - randomised trial. *BJOG*, 1(120), 75-84. doi: 10.1111/1471-0528.12011.
- Rouhe H., Salmela-Aro K., Gissler M., Halmesmäki E., & Saisto T. (2011) Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG*. 118(9), s. 1104-1111. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.02967.x.
- Ryding, E. L. (2017). *Förlossningsrädsla* (Rapport nr 77). https://www.sfog.se/natupplaga/1005623_A2fb46497-d45b-466d-8126-c58e99fe856d.pdf
- Ryding, E. L., Lukasse, M., Parys, A. S., Wangel, A. M., Karro, H., Kristjansdottir, H., Schroll, A. M. & Schei, B. (2015). Fear of childbirth and risk of caesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth*, 42(1), 48-51. doi: 10.1111/birt.12147.

Schroll A.M., Tabor A. & Kjaergaard H. (2011). Physical and sexual lifetime violence: prevalence and influence on fear of childbirth before, during and after delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*. 32(1), 19-26. doi: 10.3109/0167482X.2010.547965.

Slade P., Balling K., Sheen K. & Houghton G. (2019). Establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy Childbirth*. 19(1), s. 96. doi: 10.1186/s12884-019-2241-7.

Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (2011). *Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan*. (Nationella Medicinska Indikationer, 2011:09).
<https://www.sfog.se/media/336234/nationella-indikationer-kejsarsnitt-moderns-onskan.pdf>

Socialstyrelsen. (2020). *Statistik om graviditet, förlossning och nyfödda barn 2018*. (Artikelnummer 2020-2-6622).
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-2-6622.pdf>

Socialstyrelsen. (26 januari 2019). *MI (Motiverande samtal)*.
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/mi-motiverande-samtal/>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2021). *Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet*. (Rapport nr 322. diarie nr SBU 2019/362). SBU.
<https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/forlossningsradsla-depression-och-angest-under-graviditet/>

Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., & C, Rubertsson. (2016). Pregnant women's thoughts when assessing fear of birth on the Fear of Birth Scale. *Women Birth*, 29 (3), 44-49. doi: 10.1016/j.wombi.2015.11.009

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(4), s-445-450. doi: 10.1016/j.midw.2014.11.011.

Vaajala M., Liukkonen R., Kuitunen I., Ponkilainen V., Mattila V.M. & Kekki M. (2023) Factors associated with fear of childbirth in a subsequent pregnancy: a nationwide case-control analysis in Finland. *BMC Womens Health*. 23(1):34. doi: 10.1186/s12905-023-02185-7.

Vårdgivarguiden (24 mars 2023). *Förlossningsrädsla – fördjupningsutbildning MI heldag*. <https://vardgivarguiden.se/utveckling/utbildning/bmm/forlossningsradsla--fordjupad-mi-utbildningsdag/>

Wallengren, C., & Henricsson, M. (2012). *Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete*. Henricsson (red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 481-495). Studentlitteratur.

Wijma, K. (2003). Why focus on “fear of childbirth”? *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24(3), 141–143. doi: 10.3109/01674820309039667

Zhou, X., Liu, H., Li, X., & Zhang, S. (2021). Fear of childbirth and associated risk factors in healthy pregnant women in northwest of China: a cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*, 731-741. doi: 10.2147/PRBM.S309889

Bilaga 1

Är du barnmorska och jobbar med stödjande samtal för förlossningsrädda?

Vill du vara med och berätta om dina upplevelser av dessa samtal? Upplever du som barnmorska att dessa samtal har någon effekt?

Vi heter Linnéa och Linnéa och vi är två barnmorskestudenter från Karolinska Institutet. Vi är mitt uppe i vår magisteruppsats och söker därför lämpliga kandidater att intervjua.

Syftet med studien är att undersöka barnmorskors upplevelse av att hålla stödjande samtal med förlossningsrädda kvinnor. Vi söker därför efter barnmorskor som har eller aktivt arbetar med stödjande samtal för gravida kvinnor antingen på MVC eller på någon förlossningsklinik i Region Sthlm.

Intervjuerna är anonyma. Deltagandet kan närsom helst avbrytas och all data kommer att hanteras inlåst samt raderas efter arbetets avslut. Intervjuerna planeras att utföras antingen på zoom eller via ett fysiskt möte under september 2023 och förväntas ta ca 30-60 minuter.

Vi planerar att spela in intervjun. De som deltar kan få intervjuguiden skickad till sig innan intervjun om så önskas. När studien är färdig kan du som medverkat och är intresserad få ta del av resultatet via mejl.

Vid intresse och för mer information om vårt examensarbete kontakta gärna oss:

Linnéa Bark, legitimerad sjuksköterska och barnmorskestuderande
linnea.bark@stud.ki.se

Linnéa Wasberg, legitimerad sjuksköterska och barnmorskestuderande
linnea.wasberg@stud.ki.se

Handledare Emilija Wilson, leg. barnmorska och PhD
emilija.wilson@ki.se

Bilaga 2

Intervjuguide

Vi vill bara påminna om att samtalet kommer att spelas in och försäkra oss om att det är okej för dig.

Har du tagit del av, förstått och samtycker till redan given information i informationsbrevet?

Vårt syfte är att beskriva barnmorskors upplevelser av att möta förlossningsrädda kvinnor i stödjande samtal. Har du några frågor, tankar eller funderingar innan vi börjar?

Bakgrundsdata

- Hur länge har du arbetat som barnmorska?
- Vad har du arbetat med som barnmorska?
- Har du fått någon särskild utbildning för att ha stödjande samtal med förlossningsrädda kvinnor?
- Vilken erfarenhet har du av att hålla stödjande samtal med förlossningsrädda?
- I vilka situationer i arbetet möter du kvinnor med förlossningsrädsla?

Huvudfrågor

1. Hur känns det att ha samtal med förlossningsrädda kvinnor?
2. Hur upplever du att du är rustad för att ha stödjande samtal med förlossningsrädda?
3. Vad upplever du som viktigt under ditt möte med kvinnor med förlossningsrädsla?
4. Finns det något som du upplever är särskilt svårt med att ha samtal med förlossningsrädda?
5. Hur tror du att ett stödjande samtal kan vara till hjälp för en kvinna med förlossningsrädsla?
6. Hur känns det för dig efter ditt samtal med en förlossningsrädd kvinna?
7. Hur upplever du att din roll som barnmorska kan vara betydelsefull i ett stödjande samtal för förlossningsrädda kvinnor?
8. Vilka råd kan du ge till förlossningsrädda kvinnor?
9. Vad upplever du att förlossningsrädsla kan medföra för konsekvenser?
10. Kan du berätta om någon gång då du känt dig riktigt nöjd eller missnöjd med ett samtal med en förlossningsrädd kvinna?

Tack för ett trevligt samtal. Är det något du vill tillägga? Du har alltid möjlighet att kontakta oss/mig om frågor, tankar eller funderingar skulle uppkomma senare.