



KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Avdelningen för reproduktiv hälsa

Kurs: Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa

Barnmorskors perspektiv på att bemöta kvinnor med förlossningsrädsla

-En kvalitativ intervjustudie

Midwives perspectives of caring for women with fear of birth

-A qualitative interview study

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

Författare:

Melina Varli

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Granskande lärare:

Ewa Elvin fd. Andersson

Lektor

Leg. Barnmorska

Handledare:

Louise Lundborg

Med dr

Leg. Barnmorska

Examinator:

Wibke Jonas

Lektor

Leg. Barnmorska

SAMMANFATTNING

Bakgrund: I väntan på ett barn kan kvinnor uppleva en mångfald av känslor, vilket kan inkludera förlossningsrädsla. Uppkomsten av förlossningsrädsla kan bero på flera orsaker, såsom rädsla för att förlora kontrollen, bristande självförtroende, tidigare traumatiska förlossningsupplevelser eller rädsla för mor eller barnets hälsa. Barnmorskor spelar en betydelsefull roll när det gäller att identifiera och bemöta kvinnor som lider av förlossningsrädsla.

Syfte: Syftet är att undersöka barnmorskors erfarenheter av att bemöta kvinnor med förlossningsrädsla på en förlossningsavdelning.

Metod: Sju intervjuer genomfördes med barnmorskor på en förlossningsklinik i Stockholmsregionen. Semistrukturerade intervjuer genomfördes utifrån en intervjuguide. Analysmetoden som tillämpades var en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Tre kategorier identifierades; *Barnmorskors förhållningssätt*, *barnmorskors användning av praktiska strategier* och *barnmorskors utmaningar*. Av dessa kategorier kunde nio subkategorier identifieras.

Slutsats: Genom att tillämpa en tillgänglig och öppen attityd kan barnmorskorna bemöta kvinnorna på ett mer optimalt sätt. Effektivt bemötande kan uppnås när barnmorskorna använder specifika metoder under förlossningsförloppet för att lindra rädslan. Barnmorskorna ställdes också inför utmaningar som komplicerade deras bemötande med kvinnor som lider av förlossningsrädsla.

Nyckelord: *barnmorskor, bemötande, erfarenheter, förlossningsrädsla*

ABSTRACT

Background: During pregnancy, women can experience a range of emotions, including fear and anxiety. The emergence of fear of childbirth can be caused by several factors, such as the fear of losing control, low self-confidence, past traumatic childbirth experiences, or concerns about the health of the mother or child. Midwives play a significant role in identifying and addressing women suffering from fear of childbirth.

Aim: The aim of this study is to investigate midwives' experiences of caring for women with fear of childbirth in a labour ward.

Method: Seven interviews were conducted with midwives in a labour ward in the Stockholm region. Semi-structured interviews were conducted using an interview guide. The applied analysis method was qualitative content analysis.

Results: Three categories were identified: *Midwives' approach*, *midwives' use of practical strategies*, and *midwives' challenges*. From these categories, nine subcategories could be identified.

Conclusion: By having an accessible and open attitude, midwives can interact with women more optimally. Effective caring can be achieved when midwives use specific techniques during the childbirth process to relieve the fear. Midwives also encountered challenges that complicated their interactions with women suffering from fear of childbirth.

Key words: *midwives, care, experiences, fear of childbirth*

INNEHÅLL

1 INTRODUKTION	1
2 BAKGRUND	1
2.1 Förlossningsrädsla	1
2.2 Riskfaktorer för utveckling av förlossningsrädsla	2
2.3 Omhändertagandet av kvinnor med förlossningsrädsla	3
2.4 Bemötandet av kvinnor med förlossningsrädsla	4
2.5 Barnmorskors upplevelser av att ge stöd	5
2.6 Barnmorskors roll och ansvar	6
2.7 Problemformulering	7
3 SYFTE	7
4 METOD	8
4.1 Design	8
4.2 Urval	8
4.3 Tillvägagångssätt	9
4.4 Datainsamlingsmetod	10
4.5 Dataanalys	11
4.6 Etiska överväganden	12
5 RESULTAT	13
5.1 Barnmorskors förhållningssätt	13
5.1.1 Att vara lyhörd	14
5.1.2 Att vara närvarande	15
5.1.3 Att ge bekräftelse	16
5.1.4 Att samarbeta	17
5.2 Barnmorskors användning av praktiska strategier	17
5.2.1 Att avleda	17
5.2.2 Att använda metoden föda utan rädsla	18
5.3 Barnmorskors utmaningar	19
5.3.1 Att kvinnan inte är mottaglig för hjälp	19
5.3.2 Att inte dela samma personkemi	20
5.3.3 Att ha tidsbrist	20
6 DISKUSSION	21
6.1 Metoddiskussion	21
6.1.1 Design	21
6.1.2 Tillvägagångssätt	21
6.1.3 Urval	22
6.1.4 Datainsamlingsmetod	22
6.1.5 Dataanalys	23
6.2 Resultatdiskussion	24

6.2.1 Barnmorskors förhållningssätt	24
6.2.2 Barnmorskors användning av praktiska strategier	26
6.2.3 Barnmorskors utmaningar	26
7 SLUTSATS	28
7.1 Kliniska implikationer	28
7.2 Framtida forskning	29
REFERENSLISTA	30
BILAGA 1	
BILAGA 2	
BILAGA 3	

1 INTRODUKTION

Författaren är en blivande barnmorska som under verksamhetsförlagd utbildning möttes av flertal kvinnor med förlossningsrädsla och därav valde att forska djupare kring detta ämne. Förlossningsrädsla är ett komplext och förekommande fenomen som kan ha en påverkan på kvinnors fysiska och psykiska välmående samt utfallet av själva förlossningen. I detta sammanhang är mötet mellan barnmorskor och gravida kvinnor en central och värdefull komponent. Interaktionen mellan barnmorskor och de födande är avgörande för hur förlossningen kommer att upplevas. Barnmorskor har en unik möjlighet att påverka och stötta kvinnor med hjälp av deras bemötande, färdigheter och kommunikationsförmågor i syfte att främja kvinnors hälsa under och efter förlossningsarbetet. Denna magisteruppsats ämnar att belysa och uppmärksamma faktorer av betydelse i bemötandet av kvinnor med förlossningsrädsla utifrån barnmorskors perspektiv.

2 BAKGRUND

I bakgrundsavsnittet presenteras en definition av förlossningsrädsla, riskfaktorer för utveckling av förlossningsrädsla, omhändertagandet av kvinnor med förlossningsrädsla, bemötandet av kvinnor med förlossningsrädsla samt barnmorskors roll och ansvar.

2.1 Förlossningsrädsla

Varje kvinna som väntar barn kan uppleva sin graviditet på flera olika sätt. Dessa upplevelser kan innefatta känslor som präglas av glädje och längtan, men även av skräck och oro. I vissa fall kan de negativa känslorna överväga de positiva, vilket kan resultera i utveckling av förlossningsrädsla och därmed påverkar kvinnornas hälsa och välbefinnande.

Förlossningsrädsla delas in i två kategorier som beskriver var förlossningsrädseln grundar sig på. Primär förlossningsrädsla finns redan innan graviditeten. Sekundär förlossningsrädsla utvecklas efter tidigare förlossningar, som kan ha gett ett traumatiskt avtryck hos kvinnorna (Nilsson & Rubertsson, 2022).

Förlossningsrädsla graderas i tre nivåer. Lätt förlossningsrädsla innebär att kvinnan kan prata om förlossningen utan att bli ångestfylld. Kvinnan blir lugnare av att få användbar information och diskutera om förlossningen. Vid måttlig rädsla upplever kvinnan ångest vid samtal om förlossningen och kan inte se sig själv avklara en förlossning. Kvinnan kan ha en negativ uppfattning om hur en förlossning går till samt hur vården fungerar. Om kvinnan lider av en svår förlossningsrädsla (fobi), är förlossningen något som undviks att pratas om. Dessa kvinnor har upphov till att fördröja barnafödandet på grund av rädslan (Fenwick m.fl., 2015).

Orsaker till att kvinnor upplever förlossningsrädsla kan variera och bygga på olika skäl. Kvinnor kan ibland känna sig otillräckliga och sakna tillit till sin förmåga att genomgå en förlossning. Kvinnor har också rapporterat en rädsla för värkarbetet, förlust av kontroll och fysisk skada eller dödsfall hos mor eller barn under förlossningen (Fenwick m.fl., 2015; Striebich m.fl., 2018; Wigert m.fl., 2020). Förlossningsrädslan kan även ha sitt ursprung av traumatiska förlossningsberättelser av andra kvinnor (Fenwick m.fl., 2015). Det har även framkommit att viss förlossningsrädsla beror på rädsla för bristande stöd eller bristande empati från barnmorskorna (Striebich m.fl., 2018). En studie visade att omfödorskor upplevde sig inte få samma stöd och närvaro av barnmorskorna till skillnad från sin första förlossning vilket resulterade i att kvinnorna kände sig bortglömda vilket skapade rädsla inför kommande graviditeter (Fenwick m.fl., 2015).

2.2 Riskfaktorer för utveckling av förlossningsrädsla

Vid primär förlossningsrädsla kunde en ökad risk ses hos kvinnor med oplanerade graviditeter, tidigare psykiatrisk behandling och kvinnor som hade önskemål om kejsarsnitt som förlossningsmetod (Ilska m.fl., 2021). Forskning visar att kvinnor som drabbas av sekundär förlossningsrädsla ofta uppvisar kopplingar till tidigare erfarenheter av akut kejsarsnitt eller negativa upplevelser vid tidigare förlossningar (Ryding m.fl., 2015; Zhou m.fl., 2021).

Det har rapporterats att yngre kvinnor samt kvinnor med lägre utbildningsnivå hade en högre benägenhet att vara förlossningsrädda (Ryding m.fl., 2015; Zhou m.fl., 2021). En annan studie rapporterade att utlandsfödda kvinnor löper mer än dubbelt så hög risk att lida av

förlossningsrädsla jämfört med kvinnor som är födda i Sverige (Ternström, 2015). De kvinnor som inte var överens med förlossningsläkarens förlossningsplan hade en ökad tendens att ha förlossningsrädsla (Ilska m.fl., 2021). Andra riskfaktorer var kvinnor som saknade socialt stöd från omgivningen, stress under graviditeten och depressiva symtom där kvinnorna dessutom fick höga poäng på EPDS-formuläret. Civilstånd och relationen mellan kvinnan och partnern hade också en betydande inverkan på förlossningsrädsla hos kvinnor (Zhou m.fl., 2021).

2.3 Omhändertagandet av kvinnor med förlossningsrädsla

I syfte att identifiera kvinnor med förlossningsrädsla används Fear Of Birth Scale (FOBS) på de flesta mödravårdcentralerna. Detta är en skattningsskala där kvinnorna bedömer sig själva från "lugn och orolig" till "ingen rädsla och stark rädsla". Ett annat screeninginstrument som kan användas för att identifiera kvinnor med förlossningsrädsla är Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ). Detta är en självskattningsskala bestående av 33 frågor som berör tankar, känslor och rädslor gällande barnafödandet. Utifrån de analyserade svaren ges kvinnorna möjlighet att beskriva sina rädslor under ett fördjupat samtal (Nilsson & Rubertsson, 2022).

Det är av stor vikt att kvinnorna blir sedda och att åtgärder vidtas vid uttalad förlossningsrädsla, oavsett paritet. I första hand vidtar mödravårdscentralen åtgärder i form av stödsamtal och föräldrautbildningar (FUB). Föräldrautbildningarna omfattar förberedelse inför förlossningen både fysiskt och psykiskt och det har även visats att det leder till högre tillfredsställelse av förlossningsupplevelsen (Barimani & Frykedal, 2022). Det har dessutom visats att kvinnor som deltar i föräldragrupper får ökad tillit till sin förmåga att hantera förlossningen (Kizilirmak & Baser, 2016). Det finns även barnmorskeledda kontinuitetsmodeller, såsom "Min barnmorska" som grundas på principen att kvinnor har samma barnmorska som sin vårdgivare från inskrivning till förlossning och eftervård. Denna modell ämnar stärka kontinuiteten och tryggheten för kvinnorna, samtidigt som den främjar en fördjupad relation mellan barnmorskorna och kvinnorna (Svenska Barnmorskeförbundet, 2023).

Vid svårare förlossningsrädsla remitteras kvinnorna till specialistmödravården i syfte att hantera förlossningsrädslan (Larsson m.fl., 2016). I Sverige remitteras även kvinnor med förlossningsrädsla till en specialenhet som kallas Aurora. Aurora startades som ett resultat av barnmorskor som mötte kvinnor fyllda av skräck. Verksamheten går ut på att lyssna på och stödja förlossningsrädda kvinnor under graviditeten och har som mål att stärka kvinnors självförtroende inför barnafödandet, minska rädslan och sträva efter en positiv upplevelse oavsett förlossningsmetod. Vården utformas i enlighet med kvinnornas behov, vilket kan innefatta information om förlossningens olika faser, hantering av förlossningssmärta eller samtal om tidigare förlossningsupplevelser. Kvinnorna får även möjlighet att besöka förlossningsavdelningar för att bekanta sig med sjukhusmiljön (Nilsson & Rubertsson, 2022).

I vissa fall kan kvinnorna behöva psykoterapi eller kognitiv beteendeterapi (KBT) för att övervinna rädslan. Det har framkommit att i flera kliniker i Sverige som erbjuder stödsamtal ingår att uppmuntra kvinnorna att ha tillit till sin förmåga att föda vaginalt, erbjuda tidig smärtlindring och ge information om förlossningsförloppet samt för- och nackdelar med olika förlossningsmetoder. Kvinnor som önskar kejsarsnitt tenderar ibland att föda vaginalt om de försäkras om möjligheten till kejsarsnitt om förlossningsförloppet upplevs som traumatiskt för henne (Larsson m.fl., 2016).

2.4 Bemötandet av kvinnor med förlossningsrädsla

Barnmorskors möte med kvinnor med förlossningsrädsla bör till stor del kännetecknas av bekräftelse. Att vara lyhörd, visa respekt, bekräfta och förstå kvinnornas känslor bidrog till att vinna kvinnornas och deras partners förtroende. Det förväntades av barnmorskorna att utöva ett professionellt och skickligt arbetssätt som ligger till grund för kvalitet och säkerhet. För att öka positiva upplevelser av förlossningen var det betydelsefullt att barnmorskorna var ansvarsfulla, lättillgängliga, utstrålade värme och empati samt stärkte kvinnorna (Tobiasson & Lyberg, 2019). Enligt en studie beskrevs att relationen mellan barnmorskorna och kvinnorna växte och ökade självförtroendet, vilket resulterade i att kvinnorna kunde hantera rädslan bättre (Striebich m.fl., 2018).

Enligt en studie var en utmaning som många barnmorskor ställdes inför att inte ha tillräckligt med kunskap om kvinnorna. Barnmorskorna upplevde att kvinnor som hade med sig ett förlossningsbrev till förlossningen underlättade situationen för barnmorskorna och bidrog till kontinuitet samt förebyggande av missförstånd (Tobiasson & Lyberg, 2019). Kontinuitet var av stort värde för kvinnorna när det gällde att lindra förlossningsrädslan. Kvinnorna upplevde ökat självförtroende och minskad rädsla när vården baserades på kontinuitet (Fenwick m.fl., 2015; Wigert m.fl., 2020). Det rapporterades även att förlossningsrädslan minskade eller försvann helt när kvinnorna omhändertogs av en känd barnmorska (Hildingsson m.fl., 2019).

Barnmorskor kan stötta kvinnorna med stöd av metoden "Föda utan rädsla" som bygger på fyra effektiva verktyg. Dessa verktyg kan användas under värkarbetet för att främja en känsla av trygghet. Det första verktyget är andning, som reflekterar kvinnornas känslor.

Barnmorskorna guidar kvinnorna till en lugnare andning för att förebygga rädsla och stress. Kvinnorna leds till en mjuk och ljudlös andning och avslutar värken med en suck i avslappningssyfte. Det andra verktyget är avspänning, som motverkar att kvinnorna spänner sig och hindrar förlossningsarbetet. Målet är att kvinnorna ska slappna av i alla muskler och känna sig tunga i kroppen. Värme, såsom vetekuddar, dusch eller bad, kan också hjälpa till med avspänning (Heli, 2017; Svenska Barnmorskeförbundet, 2004). Det tredje verktyget är rösten, vilket hjälper till att förebygga rädsla genom att använda en djup röst. Dessutom har rösten en inverkan på bukens muskler, vilket underlättar vid krystarbetet. Det fjärde verktyget är tankens kraft, som underlättar att hitta inre resurser och generera positiv energi för att hjälpa kvinnorna att hantera förlossningen och smärtan. Detta verktyg hjälper kvinnorna att säga ordet "ja" och acceptera smärtan även om den medför lidande. Med hjälp av tankens kraft kan kvinnorna även använda mantran för att hålla oron borta och hålla hjärnan sysselsatt. När kvinnorna blir lugna och trygga stimuleras oxytocinfrisättningen, vilket främjar förlossningsförloppet (Heli, 2017).

2.5 Barnmorskors upplevelser av att ge stöd

Enligt en studie rapporterades det att barnmorskorna gav stöd åt kvinnorna genom att agera professionellt i sitt bemötande och utstråla självförtroende. Detta tillvägagångssätt gav kvinnorna en känsla av trygghet och minskad spänning. Barnmorskorna betonade vikten av

att bevara kvinnornas autonomi, utnyttja deras resurser och upprätthålla en informativ och givande dialog. Att vara närvarande ansågs vara ett sätt för barnmorskorna att förmedla bekräftelse och kontinuitet. Att vara närvarande innebar inte enbart fysisk närvaro utan också att vara tillgänglig när kvinnorna uttryckte sina önskemål (Bjørseth m.fl., 2023).

Barnmorskorna strävade efter att i största möjliga utsträckning tillgodose kvinnornas behov och önskemål (Bjørseth m.fl., 2023; Tobiasson & Lyberg, 2019).

En annan studie framhöll att barnmorskorna uttryckte behovet av mer tid, utbildning och resurser. Särskilt önskade de en förbättrad samordning mellan andra barnmorskor och olika professioner (Larsson m.fl., 2016). Begreppet förlossningsrädsla kunde upplevas som diffust eftersom det ibland förväxlades med normal oro och ångest inför förlossningen. Felaktig användning av begreppet kunde resultera i att barnmorskorna inte kunde tillhandahålla rätt stöd till kvinnorna, vilket i sin tur kunde få dem att känna sig bortglömda. Denna problematik uppstod eftersom barnmorskorna saknade en korrekt definition av förlossningsrädsla och riktlinjer för identifiering och bemötande (Bjørseth m.fl., 2023). Barnmorskorna kände en påfrestning av att se till att kvinnorna hade en så positiv förlossningsupplevelse som möjligt och kunde därför uppleva skuld när oväntade händelser inträffade (Tobiasson & Lyberg, 2019).

En studie visade att barnmorskorna upplevde att kvinnor med förlossningsrädsla krävde mer resurser än vad som var tillgängligt. Barnmorskorna kände sig otillräckligt stödda av sina kollegor, vilket resulterade i svårigheter att vara närvarande under kvinnornas förlossning samtidigt som de även hade svårt att lämna förlossningssalen. Barnmorskorna beskrev att bristen på personal ansågs öka kvinnornas rädsla då de uppfattade att barnmorskorna var överbelastade (Bjørseth m.fl., 2023).

2.6 Barnmorskors roll och ansvar

I Sverige förväntas legitimerade barnmorskor arbeta i enlighet med kompetensbeskrivningen, som syftar till att klargöra barnmorskors roll, kunskap och ansvar inom vården. Barnmorskor ska bedriva vården på lika villkor och tillgodose kvinnors fysiska, psykiska och emotionella behov. De bör ha kompetensen att identifiera förlossningsrädsla och psykisk ohälsa samt erbjuda stöd till dessa kvinnor. Dessutom ska de stödja kvinnors hälsofrämjande åtgärder

genom att tillhandahålla kunskap och information. Barnmorskor bör också kunna ge kvinnor individuellt och gruppstöd inför barnafödandet (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018).

Den etiska koden för barnmorskor betonar barnmorskors ansvar att bygga en gemenskap med kvinnor där båda parter delar användbar information som leder till beslutsfattande och utveckling av vårdplaner. Dessutom ska barnmorskor motivera kvinnor att diskutera ämnen som är viktiga för deras hälsa och välbefinnande. Barnmorskor ska aktivt främja kvinnors rätt att delta i beslut som rör deras vård (Svenska Barnmorskeförbundet, 2020).

2.7 Problemformulering

Tidigare forskning har visat att kvinnor som lider av förlossningsrädsla kan uppleva fysiska och mentala problem före, under och efter förlossningen. Förlossningsrädseln kan vara så allvarlig att den påverkar kvinnornas dagliga liv. Barnmorskor har en avgörande roll när det gäller hur kvinnor med förlossningsrädsla bemöts och vårdas. Tidigare forskning visar att barnmorskorna bör upprätthålla ett professionellt förhållningssätt, visa hänsyn, förståelse och vara tillgängliga. Samtidigt konfronteras de också med utmaningar i bemötandet. Det finns begränsad forskning om barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla på en förlossningsavdelning. Det här arbetet ämnar att använda individuella intervjuer med barnmorskor på en förlossningsavdelning för att beskriva deras erfarenheter av att bemöta kvinnor med förlossningsrädsla. Med detta arbete kan vi fylla kunskapsluckor och bidra till en ökad förståelse för hur kvinnor med förlossningsrädsla bör bemötas och hur vården kan utföras på bästa möjliga sätt för dessa kvinnor.

3 SYFTE

Syftet med denna studie är att undersöka barnmorskors erfarenheter av att bemöta kvinnor med förlossningsrädsla på en förlossningsavdelning.

4 METOD

4.1 Design

Denna studie utgår ifrån en kvalitativ intervjustudie. En kvalitativ design har sitt ursprung ur den holistiska traditionen och avser att studera personers upplevda erfarenheter av ett fenomen (Henricson & Billhult, 2017). Studien tillämpade en induktiv ansats i syfte att beskriva barnmorskors erfarenheter av att bemöta kvinnor med förlossningsrädsla. Induktiv ansats innebär att författaren inte har förutfattade meningar om vad insamlad data kan resultera i och tillämpar ett objektiva förhållningssätt i analysen (Kvale & Brinkmann, 2014). Denna metod har valts med anledning av att kunna studera deltagarnas erfarenheter (Henricson & Billhult, 2017). Intervjuer valdes med anledning av att det ger möjlighet att få tillgång till mycket information om människors upplevelser och erfarenheter vid ett tillfälle. Då studiens syfte var att inhämta information om en specifik professions syn och uppfattning om sina erfarenheter ansågs denna metod vara mest fördelaktig för att öka kunskapen om barnmorskors erfarenheter i bemötandet av förlossningsrädsla.

4.2 Urval

Studien genomfördes med hjälp av intervjuer av sju barnmorskor som jobbar på en förlossningsavdelning i Stockholmsregionen. Inklusionskriterier för att kunna delta i studien var erfarenhet av förlossningsvård under minst ett år. Det strategiska urvalet genomfördes med avsikt att inkludera deltagare som kunde erbjuda rikliga, detaljerade och tidsrelevanta beskrivningar av det ämne som undersöktes. De barnmorskor som valdes att delta i studien arbetade på en förlossningsavdelning och hade minst ett års yrkeserfarenhet. Denna erfarenhet var nödvändig för att säkerställa att barnmorskorna hade ett professionellt perspektiv och hade haft möjlighet att reflektera över sin relation till kvinnor med förlossningsrädsla i sin profession. Inga fler exklusionskriterier sattes då förlossningsrädsla är utbredd och studien avsåg att utforska olika erfarenheter, både utifrån mer och mindre erfarenhet. Ett års yrkeserfarenhet som kriterium var tillräckligt för att fånga perspektivet hos de med mindre erfarenhet.

Tabell 1. Demografisk data över deltagarna

Barnmorska	Ålder	Verksam tid som barnmorska
1	47 år	10 år
2	31 år	3 år
3	51 år	15 år
4	60 år	29 år
5	39 år	3 år
6	32 år	2 år
7	55 år	5 år
Medelvärde:	45 år	9,5 år

4.3 Tillvägagångssätt

Författaren initierade studien genom att skicka en blankett om förfrågan om att få genomföra studien på avdelningen (Se bilaga 1) och ett missivbrev (Se bilaga 2) per mail till verksamhetschefen på förlossningskliniken. Brevet innehöll detaljerad information om studien och dess syfte. Efter att ha erhållit godkännande från enhetschefen, påbörjades rekryteringen av barnmorskor som visade intresse att delta. Verksamhetschefen skickade ut ett mail via e-post till samtliga barnmorskor som är verksamma på förlossningskliniken angående den aktuella studien. I e-postmeddelandet meddelades barnmorskorna om studiens existens och att de uppmanades att kontakta författaren om de visade intresse för att delta.

De två första barnmorskorna kontaktade författaren per mail och uttryckte önskan om att delta i studien. De barnmorskor som redan hade genomfört de första och andra intervjuerna visade sig vara mycket hjälpsamma när det gällde att rekrytera ytterligare deltagare.

Barnmorskorna rekommenderade att författaren skulle rikta sin förfrågan till särskilda barnmorskor som hade omfattande erfarenhet av att hantera förlossningsrädsla, med bland annat arbetserfarenhet från Auroramottagningen vilket utgjorde ett strategiskt urval (Henricson & Billhult, 2017). Tack vare deras hjälp, tillhandahölls telefonnummer till den

tredje, fjärde och femte barnmorskan, alla med ett starkt intresse för att delta i studien. Den sjätte och sjunde barnmorskan tog också kontakt med författaren via mail i ungefär samma tidsram efter att ha hört från sina kollegor som hade deltagit i studien. Deras kollegors positiva erfarenheter väckte intresse hos dem att delta i studien.

Ursprungligen var tanken att studien skulle genomföras på förlossningsavdelningen eller i en närliggande lokal. Dock, med hänsyn till deltagarnas önskan om flexibilitet, beslutades det att genomföra intervjuerna via telefonsamtal eller FaceTime för att tillgodose deras behov. De två första intervjuerna genomfördes genom telefonsamtal, därefter beslutades det att de återstående fem intervjuerna skulle genomföras via FaceTime. Detta val gjordes för att möjliggöra en visuell bild där deltagarnas kroppsspråk och ansiktsuttryck kunde observeras, som är relevant för analysen. Det visuella uttrycket hos intervjupersonerna bidrog med en dimension som förstärkte deras beskrivna upplevelse av vissa perspektiv. Till exempel kunde författaren visuellt observera ett bekymrat uttryck när barnmorskorna diskuterade bristande personkemi, medan ett mer avslappnat ansiktsuttryck framträdde när de beskrev fungerande strategier.

4.4 Datainsamlingsmetod

Inför intervjuerna framställdes öppna frågor för deltagarna, vilket gör att intervjuerna blev semistrukturerade. En intervjuguide användes som ett stöd under intervjuerna (Se bilaga 3). Intervjuerna bestod av 13 frågor, samt tillkommande följdfrågor för att möjliggöra en djupare utforskning och ökad förståelse. En semistrukturerad intervju valdes för att ge ett större utrymme för deltagarna att delge, ställa frågor och diskutera fritt. För att säkerställa att frågorna uppfyllde syftet med studien genomfördes en pilotintervju för att sedan utvärdera om behov av justering fanns (Danielson, 2017). Efter pilotintervjun bedömdes det att inga justeringar av frågorna var nödvändiga. Intervjuerna spelades in med inhämtat samtycke från deltagarna och transkriberades ordagrant och konfidentiellt i efterhand (Danielson, 2017).

Samtliga intervjuer dokumenterades genom inspelning med en surfplatta. Dessa inspelningar laddades sedan upp till ett Word-dokument och genomgick en automatisk transkribering. Eftersom Words transkriberingsverktyg inte är fullständigt korrekt, granskade författaren noga inspelningarna och korrigerade texten manuellt för att säkerställa en ordagrann

transkribering. Intervjuerna varade i 15-20 minuter, beroende på hur mycket deltagarna valde att dela med sig av.

4.5 Dataanalys

Analysmetoden som valdes för studien är kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004). Denna analysmetod bedömdes vara lämplig i förhållande till studiens syfte och användbar för att tolka deltagarnas erfarenheter och erhålla en djupare uppfattning.

Varje intervju tilldelades ett eget nummer när materialet transkriberades i syfte att säkerställa konfidentialiteten (Danielsson, 2017). Intervjuerna lyssnades igenom ett flertal gånger för att säkerställa rösterna och att textmassa inte saknades efter transkriberingen. De transkriberade texterna lästes och granskades upprepade gånger för att skapa en övergripande förståelse. Baserat på varje intervju identifierades meningsenheter som ansågs vara bärande för syftet. Därefter genomfördes en kondensering av dessa meningsenheter vilket innebar att sälla bort överflödiga ord för att göra innehållet mer begripligt. Utifrån de kondenserade meningsenheterna kunde koder börja bildas. Koderna fördes in i en tabell som därefter grupperades i subkategorier och kategorier som bestod av innehåll med gemensamt tema baserade på insamlade datamaterial (Graneheim & Lundman, 2004). Ett exempel på hur denna process har gått till presenteras i tabell 2.

Tabell 2. Exempel på innehållsanalys

Meningsbärande enhet	Kondensering av meningsbärande enhet	Kodning	Subkategori	Kategori
Jag jobbar ju mycket med att jag försöker avleda genom att man pratar lite om andra saker och sånt och då slappnar kvinnan av på ett helt annat sätt och då tycker jag att det kan bli så här, okej vi har släppt en spänning i rummet, när kvinnan känner att barnmorskan är ändå ganska okej.	Avleda genom att prata om annat...kvinnan slappnar av...bli kvitt med spänningen när kvinnan får förtroende till barnmorskan...	Avledning	Att avleda	Barnmorskors förhållningssätt

4.6 Etiska överväganden

Målet med denna studie är att forskningen ska byggas på hög kvalitet och skydda deltagarna, det vill säga att förebygga fysiska och psykiska skador, förnedring eller kränkning. Denna studie tillämpar Vetenskapsrådet (2002) fyra huvudkrav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet uppfylldes genom att deltagarna och enhetschefen erhöill både skriftlig och muntlig information om studiens ändamål. Samtyckeskravet har tagits hänsyn till genom att information har givits om att deltagandet är frivilligt och att medverkan till studien kan avbrytas när som helst under processen utan att ange orsak. Konfidentialitetskravet tillämpades genom att information har givits till deltagarna om att samtliga personuppgifter kommer att avidentifieras. Därmed, ska

all material förvaras oåtkomligt från utomstående. Nyttjandekravet uppfylldes genom att deltagarna informerades om att insamlad material avses endast användas för denna studie (Vetenskapsrådet, 2002). Denna information gavs skriftligt i missivbrevet till deltagarna och även muntligt vid intervjutillfället. Ett skriftligt samtycke inhämtades också från chefsbarnmorskan (Se bilaga 1).

5 RESULTAT

Barnmorskors erfarenheter av att bemöta kvinnor med förlossningsrädsla beskrivs utifrån tre kategorier; barnmorskors förhållningssätt, barnmorskors användning av praktiska strategier och barnmorskors utmaningar. Sammanlagt uppdelades dessa kategorier vidare i nio subkategorier. En översikt över dessa kategorier och dess subkategorier presenteras i tabell 3.

Tabell 3. Kategorier och subkategorier

Subkategorier	Kategorier
Att vara lyhörd	Barnmorskors förhållningssätt
Att vara närvarande	
Att ge bekräftelse	
Att samarbeta	
Att avleda	Barnmorskors användning av praktiska strategier
Att använda metoden föda utan rädsla	
Att kvinnan inte är mottaglig för hjälp	Barnmorskors utmaningar
Att inte dela samma personkemi	
Att ha tidsbrist	

5.1 Barnmorskors förhållningssätt

Barnmorskorna beskrev att i sitt arbete med kvinnor som lider av förlossningsrädsla krävs det fyra specifika egenskaper i deras förhållningssätt. Dessa egenskaper innefattar förmågan att vara lyhörd, att vara närvarande, att ge bekräftelse och att samarbeta.

5.1.1 Att vara lyhörd

Samtliga barnmorskor underströk vikten av att inneha förmågan att vara lyhörda och att lyssna som en central aspekt i sitt bemötande av kvinnor som lider av förlossningsrädsla. Det poängterades att det är av yttersta betydelse att upprätthålla en lugn atmosfär och att utstråla tillgänglighet, med målet att visa kvinnorna att barnmorskorna genuint tar dem på allvar. Barnmorskorna ska inte ha förutfattade meningar om kvinnorna, bör ägna uppmärksamhet åt kvinnornas rädslor och ta dessa på allvar i syfte att stödja dem till att övervinna rädslan. En viktig aspekt som lyftes var nyfikenhet och förmåga att ställa frågor med anledning att få reda på vad som är viktigt för kvinnorna och eventuella önskemål.

“Att lyssna på dem, respektera och ställa frågor och ja, att de känner att det de berättar blir taget på allvar och att jag tar till mig det och utför mitt stöd utifrån det.” (Intervju 3)

Barnmorskorna betonade vikten av att förse kvinnorna med information i förväg och att vara steget före. Det är av stor betydelse att ta del av kvinnornas förlossningsbrev om de medför ett. Därefter är det av yttersta vikt att föra en dialog med kvinnorna för att identifiera deras rädslor och eventuella problem, samt att arbeta aktivt med dessa frågor. Barnmorskorna påpekade att samtal om kvinnornas bekymmer oftast har en positiv effekt på förlossningsrädslan och att det i många fall räcker med att bara diskutera de specifika rädslorna som kvinnorna upplever.

“Många som kommer hit och föder en andra gång som kanske har varit jätterädda på grund av tidigare förlossning har varit lugna och trygga och känt att de har fått revansch.” (Intervju 3)

Vissa barnmorskor menade att de behöver vara särskilt lyhörda för att uppfatta stämningen och atmosfären inne i förlossningssalen. Det är genom att göra detta som de kan bedöma hur varje individuell kvinna bör bemötas. Varje kvinna är unik och rädslor kan uttryckas på varierande sätt, ibland utan att uttalas verbalt. Barnmorskorna insåg att kroppsspråk och den övergripande atmosfären i rummet ofta avslöjar de bästa sätten att bemöta kvinnorna utifrån sina specifika behov.

5.1.2 Att vara närvarande

Att vara närvarande var något som samtliga barnmorskor ansåg vara av stort värde. Det framgick ofta i kvinnornas journal att det fanns en önskan och ett ökat behov av hög närvaro i rummet, vilket uppfattades som en förutsättning för att kunna koordinera med andra barnmorskor och avsätta tid för kvinnorna som led av förlossningsrädsla. En del av barnmorskorna betonade att det inte bara handlar om fysisk närvaro, utan att det även krävs en stark mental närvaro.

“Jag försöker att undvika att sitta framför datorn så mycket som möjligt utan jag visar min närvaro genom att vara nära och visa kvinnan att vi gör det här tillsammans.” (Intervju 5)

Barnmorskorna beskrev vikten av att inte lämna kvinnorna ensamma i rummet och förespråkade att ha en barnmorska närvarande under hela förloppet. Dessutom poängterades att barnmorskans närvaro bör kännetecknas av hög kvalitet. En av barnmorskorna beskrev att det ibland kunde finnas perioder när det inte fanns mycket att göra i rummet. Särskilt som nyutexaminerad barnmorska kunde man känna sig osäker och befann sig i vägen för kvinnorna och uppleva sin närvaro som överflödig. Efter några års arbete och när barnmorskan hade blivit mer självsäker i sin roll, märkte hon att hon även fick positiv respons från kvinnorna. Dessa kvinnor uppskattade hennes närvaro och det stöd hon erbjöd under hela förlossningen.

“Ja, man kan ju gå in i ett rum och bara vara. Man behöver inte alltid göra massa saker för att det ska vara bra utan det här med att bara vara. Man kan vara tysta tillsammans och ha en bekväm tystnad. Det bygger ju oftast på att du har haft en bra kommunikation innan.” (Intervju 3)

I de fall då förlossningsrädseln var väldigt påtaglig kunde barnmorskorna ibland söka stöd från sina kollegor vid behov. I sådana situationer kunde en barnmorska ansvara för perinealskyddet medan den andra barnmorskan koncentrerade sig på att ge stöd, vägleda kvinnan och hantera hennes förlossningsrädsla.

5.1.3 Att ge bekräftelse

En aspekt som flera barnmorskor ofta återkom till var betydelsen av bekräftelse. Att möta kvinnorna med en bekräftande attityd ledde till att de kände sig lugnare och mer förmögna att återta kontrollen. Barnmorskorna hävdade att det ofta var av stor vikt att informera kvinnorna om att de hade tagit del av deras förlossningsplan eller anteckningar från mödravårdscentralen eller Auroramottagningen.

“Jo, men det är det som dels det jag sa, men sen också att verkligen bekräfta att jag förstår, eller man bör ju inte förstå allting men alltså, att jag visar att jag är nyfiken, liksom berätta vad du är rädd för?” (Intervju 1)

Barnmorskorna underströk även betydelsen av att bekräfta kvinnorna genom att informera dem om att de är medvetna om deras rädsla. Ibland framgick det även i kvinnornas journaler att de hade uttryckt en stoppsignal för vissa saker inom vården, såsom onödigt många vaginalundersökningar, vilket barnmorskorna i största mån brukar tillgodose. Barnmorskorna betonade vikten av att ge kvinnorna bekräftelse och att låta dem känna sig sedda och hörda, snarare än enbart som en patient som ska föda barn.

Barnmorskorna stimulerade en känsla av trygghet genom att kontinuerligt ge återkoppling till kvinnorna om att allt var normalt, med målet att reducera rädsla. Under förlossningsarbetets gång märkte barnmorskorna ofta att de upprepade sig själva när de informerade kvinnorna om framsteg och ständigt erbjöd uppmuntran och motivation för att främja mod och styrka hos kvinnorna. Kvinnorna blev ofta även tillsagda att de gör rätt och att det inte finns något att vara rädd för. Barnmorskorna såg även till att säkerställa kvinnorna om barnets välmående.

“Vissa kan ju vara väldigt rädda för, inte för vad som ska hända med dem utan att mitt barn inte klarar det här. Ibland är jag så fokuserad på henne så mycket. Jag måste ju bekräfta hur barnet har det och då brukar jag säga ditt barns hjärtljud låter jättebra.” (Intervju 1)

Barnmorskorna beskrev vidare att kvinnor som lider av förlossningsrädsla har rapporterat att de kände sig ensamma, eftersom de inte har hört det de behövde höra. Barnmorskorna framhöll vikten av att kommunicera med kvinnorna även om de inte kan vara närvarande hela

tiden. Det är av största vikt att informera kvinnorna om deras tillfälliga frånvaro, samtidigt som de försäkrar att allt ser bra ut och att de fortsätter att övervaka CTG-kurvan utifrån.

“Man tänker om man själv skulle vara sjuk och bara ligger och ligger ensam och tänker vad händer nu? Är det farligt? Då blir man ju jätterädd. För då börjar man ju lägga upp värsta scenariot i huvudet.” (Intervju 7)

5.1.4 Att samarbeta

Flera barnmorskor ansåg att ett gott samarbete med kvinnorna var av central betydelse för bemötandet. Barnmorskorna betonade att de oftast behövde vinna kvinnornas förtroende för att upprätthålla ett effektivt samarbete och därigenom lindra förlossningsrädslan. En effektiv metod för att minska rädslan var att tillsammans med kvinnorna utforma en plan där kvinnorna kunde uttrycka sina önskemål. Barnmorskorna åtog sig att försöka uppfylla dessa önskemål och att tillsammans sträva efter samma mål.

En barnmorska betonade specifikt vikten av att involvera kvinnorna i vården för att öka deras känsla av trygghet. Barnmorskan poängterade att genom samarbete och delaktighet i olika beslut kan man förhindra att barnmorskorna besitter en maktposition som eventuellt kan göra att kvinnorna sluter in sig själva. Detta i sin tur skulle kunna hindra kvinnorna från att uttrycka sina önskemål, då de kanske inte tror att deras önskemål spelar någon roll när barnmorskorna har sista ordet.

5.2 Barnmorskors användning av praktiska strategier

Barnmorskorna tillämpade olika strategier och hjälpmedel för att upprätthålla ett gott bemötande och lindra förlossningsrädslan hos kvinnorna. Barnmorskorna använde sig av att avleda kvinnorna samt metoden föda utan rädsla.

5.2.1 Att avleda

Ett återkommande tema som flera barnmorskor betonade var hur avledning kan bidra till att öka en känsla av trygghet i förlossningssalen. Barnmorskorna framhöll att avledning ofta

kunde lindra förlossningsrädsla och hjälpa kvinnorna att slappna av på ett mer effektivt sätt, genom att diskutera andra ämnen än förlossningen. Vissa barnmorskor betonade även vikten av att använda humor som en del av vården, vilket ibland resulterade i att kvinnorna anammade detta och deltog i skratt tillsammans med barnmorskorna. Det betonades dock att användning av humor kräver en fingertoppskänsla, eftersom det inte är alla kvinnor som uppskattar humor i den här kontexten och det kan riskera att missuppfattas som bristande seriositet.

“Jag pratar gärna om annat än förlossningen, ibland blir det liksom jättedramatiskt. Hela upplevelsen för de känner att de ibland känner att de liksom går ut ur sig själva. Det är lite av en utomkroppslig upplevelse.” (Intervju 7)

En av barnmorskorna beskrev att hon ofta erbjuder förlossningsrädda kvinnor ett varmt bad och att sänka ljuset i rummet, vilket skapar en lugn och trygg atmosfär som i sin tur stimulerar oxytocinfrisättning. En annan barnmorska berättade att hon hade experimenterat med att använda en ögonbindel på kvinnan och spela avslappnande musik, vilket hjälpte kvinnan att inte reagera med panik varje gång en värk uppstod.

5.2.2 Att använda metoden föda utan rädsla

Samtliga barnmorskor betonade vikten av användningen av metoden "Föda utan rädsla" som ett betydelsefullt och användbart verktyg i sitt bemötande av förlossningsrädda kvinnor. De beskrev att förlossningsrädsla ofta uttrycker sig genom symtom som hyperventilering, muskelspänning och höjt blodtryck. Genom att assistera kvinnor med deras andning kunde dessa symtom lindras, vilket resulterade i avslappning och en lugnande effekt. Det var inte alltid behövligt att kommunicera verbalt hur andningen skulle utföras utan barnmorskorna visade i stället genom sitt eget andningsmönster, vilket kvinnorna sedan anpassade sig till.

Dessutom berättade barnmorskorna att de i hög utsträckning använder beröring som en metod för att stimulera frisättningen av oxytocin, vilket i sin tur har en positiv inverkan på förlossningsrädslan. De beskrev att kvinnorna oftast uppskattade när barnmorskorna använde fysisk beröring, exempelvis genom att trycka på specifika punkter eller genom att massera.

"Ja, jag vet att, jag tycker också att jag har fått mycket respons på kvinnor som när man har efterhand har pratat med dem som säger att det var så härligt när du kom nära, alltså fysiskt nära med hela ansiktet." (Intervju 1)

Samtidigt insåg barnmorskorna att beröring inte nödvändigtvis var välkommet av alla kvinnor. Vissa kvinnor var så rädda att de inte ville bli berörda och därför betonade barnmorskorna vikten av att alltid fråga kvinnorna om det var acceptabelt att använda beröring som en del av vården.

5.3 Barnmorskors utmaningar

Barnmorskorna framhöll att de mötte olika utmaningar som påverkade deras bemötande av kvinnorna. Dessa utmaningar inkluderade situationer där kvinnan inte är mottaglig för hjälp, att inte dela samma personkemi och att ha tidsbrist.

5.3.1 Att kvinnan inte är mottaglig för hjälp

Barnmorskorna stod inför utmaningar när de konfronterades med kvinnors allvarliga förlossningsrädsla, vilket ibland ledde till att kvinnorna inte var mottagliga för hjälp. Barnmorskorna hade en initial inställning att stödja kvinnan och hjälpa henne att övervinna sin rädsla, men under processens gång upptäckte de att vissa kvinnor var så rädda att de inte kunde ta emot information eller lyssna på barnmorskornas försök att assistera dem. Detta skapade ibland en känsla av uppgivenhet hos barnmorskorna, och stundtals övervägde att lämna förlossningssalen. Trots detta höll de fast vid sitt uppdrag och arbetade hårt för att få kvinnan att känna sig sedd och omhändertagen.

"Då behöver jag säga till mig själv att jag inte kan rädda alla. Många kvinnor kommer gå därifrån och känna att det här var precis det jag var livrädd för och det hände liksom...och det är ju jättetråkigt, men då hoppas jag att de kan säga att jag blev i alla fall inte sviken av barnmorskan. Hon försökte, hon lyssnade och jag kände att jag var sedd och så, men det blev ändå inte bra." (Intervju 1)

5.3.2 Att inte dela samma personkemi

En del barnmorskor påpekade att en utmaning de kan möta är att inte alltid kunna nå kvinnor. Varje enskild barnmorska har olika attityder och kan bemöta kvinnorna på olika sätt. Vissa barnmorskor antar en bestämd attityd för att vägleda kvinnorna, vilket vissa kvinnor uppskattar medan andra blir skräckslagna. Vissa kvinnor föredrar en mer försiktig attityd från barnmorskorna. Barnmorskorna betonade att det är viktigt att förstå signalerna från kvinnorna för att kunna ge rätt slags bemötande.

“Det är ju väldigt svårt, eftersom vissa barnmorskor är helt enkelt mer bestämda i sitt sätt att vara och har inte en mjuk inställning, men man får liksom så gott det går att möta kvinnan på nåt sätt, men det är inte säkert att det alltid blir bra.” (Intervju 2)

En av barnmorskorna nämnde utmaningarna vid skiftbyten i sitt bemötande av kvinnorna. Hon beskrev hur kvinnorna ibland har byggt upp ett förtroende med en specifik barnmorska och arbetat tätt tillsammans och kommit in i en rytm. Vid skiftbytet, när en ny barnmorska tar över, kan det uppstå en viss spänning och kyla i rummet tills de har lärt känna varandra. Barnmorskan framhöll vikten av att noggrant överväga vilken barnmorska som bäst passar varje familj när patienter fördelas innan arbetspasset börjar.

5.3.3 Att ha tidsbrist

Samtliga barnmorskor beskrev tidsbristen som en negativ faktor som påverkar bemötandet av kvinnor med förlossningsrädsla. Barnmorskorna uttryckte en stark önskan om att enbart ha ansvar för en kvinna per barnmorska för att kunna fokusera fullt ut på den enskilda kvinnan. Kvinnor med förlossningsrädsla har ofta ett stort behov av hög närvaro, vilket blir en utmaning för barnmorskorna att tillgodose när de även har ansvar för andra kvinnor.

“Precis som att en kirurg inte opererar flera samtidigt så ska vi också ha en familj åt gången.” (Intervju 1)

“Kvinnorna behöver mer stöd och närvaro och jag kan inte alltid ge det, vilket är det tråkiga med vårt yrke, att vi inte kan ge det vi vill ge till våra kvinnor, att man slits mellan flera. Tiden räcker inte till.” (Intervju 6)

6 DISKUSSION

6.1 Metoddiskussion

6.1.1 Design

Det aktuella arbetet har tillämpat en kvalitativ design med en induktiv ansats. Valet av en kvalitativ design motiverades av studiens syfte att utforska deltagarnas erfarenheter av ett fenomen, vilket bäst kan uppnås genom intervjustudier. En kvantitativ design uteslöts på grund av strävan efter en djupare förståelse för att mer fullständigt besvara syftet, trots att kvantitativa metoder kan ge ett större antal svar. Användningen av en induktiv ansats bedömdes vara lämplig för denna studie på grund av författarens tillämpning av ett objektiva förhållningssätt i analysen. Deduktiv ansats uteslöts med hänsyn till att den bygger på teori i forskningsprocessen, vilket inte är aktuellt för denna studie.

6.1.2 Tillvägagångssätt

Studien valdes att genomföras på en förlossningsklinik i Stockholmsregionen av både bekvämlighetsskäl och på grund av tidsbrist, vilket kan vara en begränsning då författaren kan ha förbisett andra synvinklar. Eftersom att samtliga deltagare kommer från samma kontext minskar variationen och därmed begränsar överförbarheten. Denna begränsning är särskilt påtaglig eftersom ett bredare urval av kliniker skulle möjligen kunna ha avslöjat eventuella skillnader i barnmorskornas erfarenheter vilket kan ha ett samband till deras arbetsplats. Detta innebär att man inte kan med säkerhet säga om liknande resultat skulle upprepas i andra förlossningskliniker. Då det finns en variation i barnmorskornas ålder och arbetslivserfarenhet, kan detta faktum påverka möjligheten att överföra resultaten till samma kontext (Graneheim & Lundman, 2004). Följaktligen är det högst sannolikt att resultaten kan överföras till en annan förlossningsklinik i Sverige. Om studien skulle genomföras i en annan kontext som till exempel i ett låginkomstland skulle resultatet med störst sannolikhet se annorlunda ut.

Trovärdigheten upprätthölls genom att författaren endast intervjuade barnmorskor med erfarenhet av det fenomen som studerades. Vidare användes ett strategiskt urval av deltagare,

vilket innebar att ett antal barnmorskor med omfattande erfarenhet av förlossningsrädsla rekryterades till intervjuerna för att öka studiens trovärdighet. Det strategiska urvalet bidrog till att författaren kunde samla in omfattande datamaterial för att besvara studiens syfte (Henricson & Billhult, 2017).

6.1.3 Urval

En begränsning i urvalet av deltagare var den initiala svårigheten att rekrytera barnmorskor till studien. Det verkade vara litet intresse från barnmorskornas sida att delta i studien, särskilt efter att en massutskick om studiens existens skickades av verksamhetschefen. Författaren var tvungen att personligen tillfråga om medverkan från specifika barnmorskor för att övervinna detta hinder. Till följd av detta, lades extra vikt vid att uppfylla samtyckeskraven (Vetenskapsrådet, 2002). Detta gjordes genom att tydlig information både muntligt och skriftligt delades ut för att betona frivilligheten i deltagandet och förhindra någon känsla av tvång.

Ursprungligen planerades det att intervjua fem barnmorskor, men på grund av ett ökat intresse bland kollegorna och fler som ville delta, utökades antalet intervjuade till totalt sju barnmorskor. Detta kan ses som en styrka då det gav författaren möjlighet att erhålla ytterligare datamaterial. Ursprungligen planerades det att intervjuerna skulle äga rum på förlossningskliniken. Däremot, uttryckte flera av barnmorskorna en önskan om att genomföra intervjuerna digitalt vilket deras önskan tillgodosågs. Vidare märkte författaren att rekryteringsprocessen gick fortare när barnmorskorna informerades om att de hade möjlighet att utföra intervjuerna hemifrån. Detta kan förklaras av att det möjliggjorde att undvika att behöva stanna kvar på jobbet efter den schemalagda arbetstiden.

6.1.4 Datainsamlingsmetod

Datainsamlingsmetoden för studien baserades på enskilda intervjuer med semistrukturerade frågor. Denna metod ansågs vara den mest lämpliga eftersom användningen av semistrukturerade frågor möjliggjorde en djupare förståelse av fenomenet samtidigt som författaren hade kontroll över utformningen (Danielson, 2017). Om studien hade använt sig

av strukturerade eller ostrukturerade frågor, hade risken funnits att resultatet påverkades och att syftet inte kunde besvaras fullt ut. En intervjuguide utvecklades med relevanta frågor som var kopplade till studiens syfte och som skulle fungera som stöd under intervjuerna. Intervjuguiden granskades och godkändes av författarens handledare som innehar vetenskaplig erfarenhet, vilket stärker bekräftelsebarheten (Mårtensson & Fridlund, 2017). Intervjuguiden skickades till samtliga deltagare i förväg innan intervjuerna påbörjades. Detta gjordes med avsikten att ge deltagarna möjlighet att förbereda sig på de frågor som skulle diskuteras och därmed ge dem en gynnsam tid för att reflektera över och dela de erfarenheter som ansågs vara relevanta att ta upp.

En pilotintervju genomfördes för att skaffa en uppfattning om varaktigheten för varje intervju, vilket beräknades till cirka 20 minuter. Pilotintervjun möjliggjorde även för författaren att utvärdera behovet av eventuella justeringar av frågorna, vilket visade sig inte vara nödvändigt, eftersom det fanns variation i svaren och besvarade syftet. Intervjuerna genomfördes via telefonsamtal och FaceTime och spelades in med hjälp av både en surfplatta och en dator för att säkerställa att materialet inte gick förlorat. En potentiell begränsning var att de två första intervjuerna inte ägde rum via videochatt, vilket möjligen resulterade i att författaren missade möjligheten att observera deltagarnas kroppsspråk och ansiktsuttryck, vilket kan ha en betydande inverkan på det som förmedlas. De resterande fem intervjuerna genomfördes via FaceTime, vilket stärkte studiens kvalitet genom att författaren kunde analysera sambandet mellan svaren och deltagarnas kroppsspråk och gester.

6.1.5 Dataanalys

Författaren reflekterade över sina egna livserfarenheter och tidigare kunskap om ämnet i syfte att minimera risken för att egna värderingar skulle färga resultatet, vilket i sin tur ökar studiens pålitlighet och giltighet (Mårtensson & Fridlund, 2017). Under intervjuerna bibehöll författaren en neutral attityd och avstod från att dela egna uppfattningar eller tidigare erfarenheter. En annan metod för att säkerställa tillförlitligheten och giltigheten i studien är att hålla ett distanserat och kritiskt perspektiv gentemot resultaten (Graneheim & Lundman, 2004).

Konfidentialitetskravet uppfylldes när författaren försäkrade att alla personuppgifter skulle avidentifieras under analysprocessen (Vetenskapsrådet, 2002). Dock kunde fullständig anonymitet inte garanteras, eftersom barnmorskorna rekommenderade sina kollegor att delta i studien, vilket avslöjade deras deltagande. Citat från intervjuerna kodades och avidentifierades genom att tilldela dem olika nummer från ett till sju i kronologisk ordning efter intervjuernas genomförande. I resultatavsnittet inkluderas direkta citat från intervjuerna, vilket bidrar till att stärka studiens trovärdighet (Graneheim och Lundman, 2004).

En möjlig begränsning av studien är att den endast har en författare. Detta innebär att endast en person har granskat och tolkat materialet, vilket ökar risken för att resultatet kan påverkas av personliga förförståelser. Å andra sidan innebär en författare att fullständig kontroll över forskningsprocessen kunde upprätthållas och egna idéer och mål kunde uppnås. Dessutom innebär ensam författarskap att det inte krävdes att koordinera med andra författare, vilket möjliggjorde snabba beslutstaganden, något som var fördelaktigt med tanke på den begränsade tiden för studien. Bekräftelsebarheten säkerställs genom att analysprocessen är tydlig och välbeskriven och det presenteras med ett exempel på det tillvägagångssätt som används, vilket dessutom stärker överförbarheten (Mårtensson & Fridlund, 2017).

6.2 Resultatdiskussion

6.2.1 Barnmorskors förhållningssätt

Resultaten av barnmorskors erfarenheter av att bemöta kvinnor med förlossningsrädsla på en förlossningsavdelning beskrivs inom ramen för tre kategorier: barnmorskors förhållningssätt, tillämpning av praktiska strategier och barnmorskors utmaningar. Studien genomfördes endast i en klinik i ett specifikt område, vilket innebär att resultatet högst sannolikt hade sett annorlunda ut om forskningen hade inkluderat flera kliniker ur en forskningsetisk aspekt.

Barnmorskornas förhållningssätt spelar en avgörande roll för hur kvinnornas förlossningsupplevelse gestaltar sig och en särskilt betydelsefull egenskap som framkommer är deras förmåga att vara lyhörda. Att vara lyhörd innebär att barnmorskorna aktivt lyssnar på kvinnornas oro, visar intresse för deras behov och tar deras rädslor på största allvar. Dessa resultat är i linje med tidigare forskning som även har betonat vikten av att barnmorskorna

utstrålar lugn, ger bekräftelse, visar lyhördhet och tar kvinnornas rädslor på allvar (Fenwick m.fl., 2015; Tobiasson & Lyberg, 2019).

Att ge bekräftelse spelar en avgörande roll för kvinnor som lider av förlossningsrädsla, med syftet att dessa kvinnor ska känna sig hörda och uppnå en känsla av trygghet. Tidigare forskning har visat att vissa kvinnor upplever förlossningsrädsla på grund av en rädsla för att deras barn ska skadas eller avlida under förlossningen (Wahlbeck m.fl., 2018). Det framkom ofta att barnmorskorna i sitt bemötande strävar efter att skapa en trygg atmosfär, men ibland kan de glömma att också försäkra kvinnorna om barnets välmående. Detta kan vara den primära orsaken till kvinnors rädsla, som barnmorskorna kan missa vid exempelvis språkbarriärer. Det bör noteras att resultatet inte inkluderar en diskussion om liknande situationer som kan uppstå när det finns språkbarriärer. Å andra sidan bör det nämnas att författaren hade missat att inkludera denna aspekt i intervjuguiden, vilket kan betraktas som en begränsning i studiens omfattning.

Resultatet indikerar att barnmorskorna tillmätte stor vikt åt det relationella samarbetet med kvinnorna. Det var av yttersta vikt för barnmorskorna att kvinnorna skulle vara delaktiga i sin vård och att de skulle kunna uttrycka sina önskemål fritt. Barnmorskorna syftade till att undvika att skapa en ojämn maktfördelning där kvinnorna inte vågade eller kände sig kapabla att uttrycka sina önskemål. Tidigare forskning har visat att kvinnors självförtroende och känsla av delaktighet ökade när de upplevde att barnmorskorna bjöd in dem till samarbete och inkluderade dem till att vara delaktiga i vården. Detta gjorde det enklare för kvinnorna att samarbeta med barnmorskorna när de kände sig som en integrerad del av vårdteamet, där de delade lika ansvar med barnmorskorna i alla beslut som rörde deras vård. Detta partnerskap kunde etableras genom ömsesidig dialog och ömsesidigt lyssnande, där både barnmorskorna och kvinnorna aktivt bidrog till vårdbeslut (Sjödin m.fl., 2018). Denna strategi betonar vikten av att främja samarbete och jämlikhet i vårdrelationen för att stödja kvinnor med förlossningsrädsla på ett effektivt och empatiskt sätt. Ur ett vårdetiskt perspektiv ska barnmorskorna värna om patientautonomin som syftar till kvinnornas rätt till att vara delaktig och fatta beslut rörande deras vård.

6.2.2 Barnmorskors användning av praktiska strategier

Under analysprocessen framkom ett betydelsefullt fynd där flera barnmorskor använde olika tekniker för att avleda och hantera förlossningsrädslan hos kvinnorna. Dessa tekniker inkluderade användning av humor, att samtala om ämnen som inte hade med förlossningen att göra, samt att spela avslappnande musik. Detta var en observation som författaren inte kunde hitta tidigare i befintlig forskning, varken före eller efter analysen.

En annan framträdande metod som flera barnmorskor använde sig av var "Föda utan rädsla", vilket i många fall hade en positiv effekt på att lindra förlossningsrädslan hos kvinnorna. Författaren noterade att denna metod hade en särskilt betydande roll under den verksamhetsförlagda utbildningen. Samtidigt uppmärksammades att användningen av denna metod kräver att barnmorskorna kände sig bekväma med att vara fysiska och nära under förlossningen. Denna form av närvaro inkluderas som en del av vården under förutsättningen att kvinnorna gav sitt medgivande. En av barnmorskorna beskrev att hon inte hade några problem med att vara mycket nära kvinnorna, en aspekt som inte lika tydligt framkom hos övriga barnmorskor.

En observation som gjordes var att resultatet inte inkluderade information om att barnmorskorna hade eller önskade en utbildning i FUR (föda utan rädsla) i verksamheten. Enligt den internationella etiska koden för barnmorskor förväntas barnmorskor delta i kontinuerlig fortbildning och sträva efter intellektuell och professionell tillväxt under hela sin yrkeskarriär och tillämpa detta i sin yrkesutövning (Svenska Barnmorskeförbundet, 2020). Genom att inkludera FUR-utbildning kan barnmorskorna bättre identifiera kvinnor med förlossningsrädsla, särskilt om detta inte har uttryckts verbalt av kvinnorna tidigare. Genom att tillhandahålla FUR-utbildning möjliggörs utbildning för barnmorskor i att använda ett effektivt verktyg under förlossningen. Detta kan potentiellt resultera i en förbättring av barnmorskornas bemötande av kvinnorna.

6.2.3 Barnmorskors utmaningar

I resultatavsnittet framgår det att barnmorskorna i många fall strävade efter att hjälpa kvinnorna att lindra sin förlossningsrädsla. En utmaning de ställdes inför var däremot när de

inte kunde nå fram till kvinnorna på grund av att de inte var mottagliga för hjälp. Tidigare forskning har påvisat att barnmorskorna ibland kunde uppleva känslor av skuld när oväntade händelser inträffade (Tobiasson & Lyberg, 2019). I motsats till resultaten från denna studie visade sig dock att barnmorskorna hade en självinsikt om att de inte alltid kunde rädda alla kvinnor från förlossningsrädsla. Trots detta gjorde de sitt yttersta för att bistå kvinnorna under hela förlossningsförloppet och erbjuda sitt stöd. Ur en vårdetisk aspekt har barnmorskorna en skyldighet att inte utsätta kvinnorna för skada och bör behandla samtliga kvinnor lika.

I resultatavsnittet framkom det att det var av stor vikt att barnmorskorna och kvinnorna kunde dela samma personkemi. Denna aspekt var särskilt betydelsefull när kvinnorna hade utvecklat en förtroendefull relation till en specifik barnmorska, vilket underlättade ett mer effektivt samarbete i hanteringen av förlossningsrädslan. Tidigare forskning har också påpekat att kvinnornas självförtroende ökade när de byggde en stark relation med sina barnmorskor, vilket i sin tur bidrog till att de kunde hantera sin förlossningsrädsla mer framgångsrikt (Striebich m.fl., 2018).

Detta skapade dock utmaningar för barnmorskorna när de inte kunde etablera samma personkemi med kvinnorna, vilket i sin tur påverkade deras förmåga att bemöta kvinnor som led av förlossningsrädsla. Ur ett forskningsetiskt perspektiv kan det ha varit fördelaktigt att forskningen genomfördes med hjälp av enskilda intervjuer. Eftersom ämnet är laddat och potentiellt känsligt kan enskilda intervjuer skapa en tryggare och mer konfidentiell miljö för barnmorskorna att dela den informationen. Detta bidrar till att minska eventuell oro eller obekvämlighet som deltagarna kan känna när de diskuterar ämnet.

Tidsbrist är en utmaning som flera barnmorskor identifierade och som klart påverkar deras förmåga att bemöta kvinnor med förlossningsrädsla. Denna utmaning är kritisk eftersom barnmorskorna i allra högsta grad vill uppfylla kvinnornas önskemål och ge dem den vård de behöver, men ibland begränsas detta av bristen på tid. Tidigare forskning har påpekat att barnmorskor efterfrågar mer tid i vården av kvinnor med förlossningsrädsla, eftersom dessa kvinnor ofta behöver extra uppmärksamhet och stöd jämfört med kvinnor utan förlossningsrädsla (Larsson m.fl., 2016).

En personlig fundering som framkom under analysprocessen är hur denna tidsbrist kan påverka barnmorskornas förmåga att bemöta andra kvinnor med förlossningsrädsla. Kravet på effektivitet och produktivitet inom förlossningsvården kan innebära att barnmorskorna står inför höga förväntningar på att göra mer under mindre tid. När barnmorskorna känner sig stressade och utmattade som ett resultat av detta, kan det naturligtvis påverka deras förmåga att bemöta kvinnor med förlossningsrädsla på ett empatiskt och stödjande sätt.

7 SLUTSATS

Bemötandet av kvinnor med förlossningsrädsla kräver att barnmorskorna tillämpar ett förhållningssätt präglat av lyhördhet. Barnmorskors förhållningssätt visar på vikten av att vara lyhörd och närvarande för att skapa en trygg och stödjande miljö för kvinnor med förlossningsrädsla. Genom att vara lyhörda och ge bekräftelse kan barnmorskor hjälpa kvinnorna att känna sig hörda och trygga i den känslomässiga utmaningen som förlossningsrädsla innebär. Samarbetet mellan barnmorskorna och kvinnorna betonar att delaktighet och att involvera kvinnan i vårdbeslut kan vara en avgörande faktor för att minska rädslan och öka självförtroendet. Barnmorskors användning av praktiska strategier, nämligen att avleda och använda metoden föda utan rädsla kan bidra till att lindra förlossningsrädslan och främja en positiv förlossningsupplevelse. Kvinnor med påtaglig förlossningsrädsla kan resultera i att de inte är mottagliga för hjälp, vilket kan komplicera barnmorskornas försök att nå fram till kvinnorna. Att inte dela samma personkemi som kvinnorna kan påverka relationen och kommunikationen sinsemellan, vilket i sin tur kan påverka bemötandet av förlossningsrädsla. Slutligen, kan tidsbristen begränsa möjligheten att ge tillräckligt med tid och stöd till kvinnor med förlossningsrädsla, vilket kan påverka bemötandet negativt.

7.1 Kliniska implikationer

Barnmorskorna efterfrågar ökad tid och resurser för att kunna möta kvinnor på ett mer adekvat sätt. För att tillgodose deras önskemål, bör förlossningsklinikerna överväga sin bemanning och sträva efter att tilldela varje barnmorska ansvaret för en enskild kvinna, vilket ofta beskrivs som "one to one care" (Svenska Barnmorskeförbundet, 2022). Genom att utgå från detta tillvägagångssätt kan kontinuiteten i vården öka, något som anses vara av stor

betydelse. Följaktligen bör hälso- och sjukvården aktivt främja och uppmuntra kvinnor med förlossningsrädsla att delta i vården som erbjuds av en specifik barnmorska, som kallas “Min barnmorska”, en modell som ytterligare gynnar kontinuitet (Svenska Barnmorskeförbundet, 2023). Denna åtgärd förväntas stärka känslan av trygghet bland kvinnor med förlossningsrädsla på denna förlossningsklinik.

7.2 Framtida forskning

Det finns begränsad forskning som utforskar barnmorskors erfarenheter av att bemöta kvinnor med förlossningsrädsla då den befintliga forskningen har huvudsakligen fokuserat på kvinnornas perspektiv. Detta innebär att det finns en betydande kunskapslucka när det gäller hur barnmorskor hanterar situationer med kvinnor som lider av förlossningsrädsla.

Vidare utgör kvinnor med språkbarriärer eller olika kulturella bakgrunder en minoritet och som ofta förbises i den kliniska praxisen och forskningen. Förlossningsrädsla kan variera över olika kulturer och samhällen och att ha förståelse för dessa kulturella skillnader är avgörande för att kunna erbjuda kulturanpassad vård och stöd.

REFERENSLISTA

Barimani, M., & Frykedal, K. F. (2022). Att leda föräldragrupper på mödrahälsovården ur ett föräldrastödsperspektiv. I H. Lindgren, K. Christensson, A.K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (s.424-433). Lund: Studentlitteratur AB.

Bjørseth, H., Kvarme, C. V., & Lundgren, I. (2023). Norwegian midwives' experiences of encounter and support women with fear of childbirth during birth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 37, 100881.

Danielson, M. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 143–154). Lund: Studentlitteratur AB.

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. doi: 10.1016/j.midw.2014.09.003

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 111–120). Lund: Studentlitteratur AB.

Hildingsson, I., Karlström, A., Rubertsson, C., & Haines, H. (2019). Women with fear of childbirth might benefit from having a known midwife during labour. *Women and Birth*, 32(1), 58-63. doi: 10.1016/j.wombi.2018.04.014

Ilska, M., Brandt-Salmeri, A., Kołodziej-Zaleska, A., Banaś, E., Gelner, H., & Cnota, W. (2021). Factors associated with fear of childbirth among Polish pregnant women. *Scientific Reports*, 11(1), 4397. doi: 10.1038/s41598-021-83915-5.

Kizilirmak, A., & Baser, M. (2016). The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Applied Nursing Research*, 29, 19-24. doi: 10.1016/j.apnr.2015.04.002

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur AB.

Larsson, B., Karlström, A., Rubertsson, C., & Hildingsson, I. (2016). Counseling for childbirth fear—a national survey. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 8, 82-87. doi: 10.1016/j.srhc.2016.02.008

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421–438). Lund: Studentlitteratur AB.

Nilsson, C., & Rubertsson, C. (2022). Förlossningsrädsla. I H. Lindgren, K. Christensson, A.K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (s.540-548). Lund: Studentlitteratur AB.

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.

Sjödin, M., Rådestad, I., & Zwedberg, S. (2018). A qualitative study showing women's participation and empowerment in instrumental vaginal births. *Women and Birth*, 31(3), e185-e189. doi: 10.1016/j.wombi.2017.09.006

Striebich, S., Mattern, E., & Ayerle, G. M. (2018). Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia—a systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*, 61, 97-115. doi: 10.1016/j.midw.2018.02.013

Svenska Barnmorskeförbundet. (2004). *Signekursen*. Hämtad 12-10-2023 från <https://www.gotland.se/19276>

Svenska Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 13-09-2023 från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>

Svenska Barnmorskeförbundet. (2020). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. Hämtad 13-09-2023 från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2021/05/Den-internationella-etiska-koden-for-barnmorskor-ICM-Svenska-Barnmorskeforbundet.pdf>

Svenska Barnmorskeförbundet. (2022). *Policydokument En födande - En barnmorska*. Hämtad 01-11-2023 från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2022/04/Policydokument-En-fodande--en-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-april-2022.pdf>

Svenska Barnmorskeförbundet. (2023). *Slutrapport för projekt Min Barnmorska*. Hämtad 12-10-2023 från <https://www.barnmorskeforbundet.se/aktuellt/forbundet/slutrapport-projekt-min-barnmorska-20180901-20221231/>

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

Tobiasson, M., & Lyberg, A. (2019). Fear of childbirth from the perspective of midwives working in hospitals in Norway: A qualitative study. *Nursing Open*, 6(3), 1180-1188. doi: 10.1002/nop2.304

Vetenskapsrådet (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 09-26-2023 från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wahlbeck, H., Kvist, L.J., & Landgren, K. (2018). Gaining hope and self confidence – an interview study of women’s experience of treatment by art therapy for severe childbirth. *Women and birth*, 31(4), 299–306. doi: 10.1016/j.wombi.2017.10.008

Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., & Patel, H. (2020). Women’s experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(1), 1704484. doi: 10.1080/17482631.2019.1704484.

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 BLANKETT FÖR VERKSAMHETSCHEFENS GODKÄNNANDE

Till verksamhetschefer

Hej!

Jag heter Melina Varli, är legitimerad sjuksköterska och studerar just nu på barnmorskeprogrammet på Karolinska institutet i Solna. I programmet ingår det att genomföra ett självständigt arbete, i form av magisteruppsats. Syftet med studien är att beskriva barnmorskors erfarenhet av kvinnor med förlossningsrädsla på en förlossningsavdelning.

Tidpunkt och plats för intervjuerna bestämmer ni utifrån er verksamhet. Önskemålet är att få genomföra intervjuerna under v. 37. Intervjuerna beräknas ta ungefär 20-30 minuter per intervju. Denna studie strävar efter att få intervjua 5 barnmorskor med olika erfarenheter av kvinnor med förlossningsrädsla. Intervjuerna avses att spelas in, transkriberas och redovisas konfidentiellt i studiens resultat. Medverkan till denna studie är frivillig och deltagarna kan när som helst under processen avbryta sitt deltagande utan att ange orsak.

Insamlad datamaterial kommer att behandlas i enlighet med sekretesslagen och intervjuerna kommer oidentifieras med hänsyn till deltagarnas konfidentialitet. Datamaterialet kommer endast användas för aktuell studie och ej användas för andra syften. Handledare för denna studie är Louise Lundborg, Med dr, barnmorska.

Jag ber med detta brev om tillåtelse att få genomföra studien vid Er enhet.

Bifogat finns ett missivbrev som ni gärna får skicka till era förlossningsbarnmorskor som eventuellt är intresserade av att medverka i studien.

Med vänliga hälsningar,

Melina Varli

Melina.akdogan@stud.ki.se

073-962 57 01

Jag har muntligen och skriftligen blivit informerad om den aktuella studien och hur den ska utföras. Jag ger tillåtelse att studien genomförs vid min enhet.

Ort/Datum/År

Namnunderskrift

Namnförtydligande

BILAGA 2 MISSIVBREV

Information och förfrågan om medverkan i en intervjustudie

Till dig som är verksam som förlossningsbarnmorska

Jag heter Melina Varli, är legitimerad sjuksköterska och studerar just nu på barnmorskeprogrammet på Karolinska institutet i Solna. I programmet ingår det att genomföra ett självständigt arbete, i form av magisteruppsats. Syftet med studien är att beskriva barnmorskors erfarenhet av kvinnor med förlossningsrädsla på en förlossningsavdelning.

Intervjuerna avses att spelas in, transkriberas och redovisas konfidentiellt i studiens resultat. Medverkan till denna studie är frivillig och deltagarna kan när som helst under processen avbryta sitt deltagande utan att ange orsak.

Hantering av data och sekretess

Insamlad datamaterial kommer att behandlas i enlighet med sekretesslagen och intervjuerna kommer oidentifieras med hänsyn till deltagarnas konfidentialitet. Datamaterialet kommer endast användas för aktuell studie och ej användas för andra syften.

Fördelar och risker

Nackdelarna med medverkan i studien är att det kan innebära att intervjuerna tar av verksamhetens tid eller att deltagarna behöver stanna efter schemalagd arbetstid. Intervjuerna ger deltagarna möjlighet att beskriva erfarenheterna av bemötandet av kvinnor med förlossningsrädsla och reflektera och resonera kring vad som är viktigt i mötet med dessa kvinnor. En fördel är att det leder till kunskapsökning och ger möjlighet till nya insikter, dock kan det upplevas jobbigt att prata om. Varje enskild deltagare berättar så mycket som denne vill och får gärna återkomma med eventuella frågor eller reflektioner till intervjuaren i efterhand vid önskemål.

Studiens resultat

Förhoppningen med denna studie är att bättre förstå hur kvinnor med förlossningsrädsla ska bemötas och hur vården kan förbättras i omhändertagandet av dessa kvinnor. Resultatet kan även användas för att förbättra kvinnornas fysiska och psykiska hälsa på kort- och lång sikt. Vid önskemål om att få kännedom om resultatet finns det möjlighet att kontakta mig enligt kontaktuppgifterna nedan. Resultatet kommer också att publiceras hos Karolinska Institutet.

Vid ytterligare information, vänligen kontakta:

Melina Varli

Melina.akdogan@stud.ki.se

073-962 57 01

Louise Lundborg
Med dr, Barnmorska
Louise.lundborg@ki.se

Jag har tagit del av den skriftliga informationen och fått muntlig information om studiens ändamål och hur den ska utföras. Jag samtycker härmed till att delta i studien och känner att mitt deltagande är frivilligt, samt att jag kan ångra min medverkan och avbryta när som helst utan skyldighet till förklaring.

Ort/Datum/År

Namnunderskrift

Namnförtydligande

BILAGA 3 INTERVJUGUIDEN

Inledande frågor;

1. Hur länge har du varit verksam som barnmorska?
2. Ålder?
3. Hur länge har du arbetat på nuvarande arbetsplats och mött förlossningsrädsla i ditt yrke?

Övergripande forskningsfråga;

Att beskriva dina erfarenheter av att bemöta kvinnor med förlossningsrädsla.

Indirekta frågor

4. Kan du beskriva hur du som barnmorska identifierar en kvinna med förlossningsrädsla?
5. Hur bemöter du en kvinna med förlossningsrädsla?
6. Vad är viktigt i mötet med dessa kvinnor?
7. Finns det några specifika metoder eller strategier du använder för att hjälpa kvinnor att hantera sin förlossningsrädsla?

Specificerande frågor

8. Kan du utveckla tidigare fråga där du beskrev om erfarenheter där kvinnan inte haft en positiv förlossningsupplevelse relaterat till förlossningsrädslan?
9. Upplever du eventuella utmaningar eller hinder för att ta hand om en kvinna med förlossningsrädsla under förlossningen?

Sonderande frågor

10. Kan du dela några framgångsrika erfarenheter där du har hjälpt en kvinna att övervinna sin förlossningsrädsla och ha en positiv förlossningsupplevelse?
11. Finns det någon skillnad i bemötandet av en förlossningsrädd kvinna och en icke-förlossningsrädd kvinna?
12. Finns det någon skillnad i hur du bemöter kvinnorna vid generell respektive dokumenterad?
13. Finns det något som du skulle vilja förändra eller förbättra i bemötandet av kvinnor med förlossningsrädsla?