



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Förlossningsrädsla - partners perspektiv

- En kvalitativ intervjustudie

Författare: Anna Ekbom
Pernilla Lindblad

Handledare: Eva Persson

Magisteruppsats
Juni 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Förlossningsrädsla- partners perspektiv

- En kvalitativ intervjustudie

Författare: Anna Ekbom
Pernilla Lindblad

Handledare: Eva Persson, lektor

Magisteruppsats

Juni 2013

Abstrakt

Att som partner leva med en svårt förlossningsrädd kvinna kan innebära utmaningar då rädslan oftast präglar kvinnans vardag. Syftet med studien var att belysa partners perspektiv av förlossningsrädsla. En kvalitativ metod med induktiv ansats användes, där sex pappor och sex barnmorskor intervjuades. Resultat: Det övergripande temat var Stöd. Fem huvudkategorier framkom; Att stå bredvid; Ge stöd till kvinnan; Att finna lösningar; Få professionellt stöd; Ge professionellt stöd. Slutsats/Implikationer: Partnern till en förlossningsrädd kvinna upplevde att deras främsta roll var att stödja kvinnan på flera olika plan. Partners påverkades av tidigare traumatiska händelser och upplevde rädslan som en negativ inverkan på glädjen av att vänta på barnet. Det professionella stödet till kvinnan hade stor betydelse då det indirekt även hade en positiv inverkan på partnern. Klinisk kan denna studie ses som en hjälp till vårdpersonal att få ett vidare perspektiv på begreppet förlossningsrädsla.

Nyckelord

(Partner, upplevelse, förlossningsrädsla, stöd, barnmorska)

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning.....	2
Problemområde	2
Bakgrund.....	3
Förlossningsrädsla; definition, etiologi och prevalens	3
Partnerns roll under graviditet och förlossning	4
Förlossningsrädsla; interaktion och påverkan i parrelationen.....	5
Mannen/partnern i den prenatala vården	6
Syfte.....	7
Metod	8
Urval av undersökningsgrupp	8
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument.....	9
Genomförande av datainsamling	9
Genomförande av databearbetning	9
Etisk avvägning	10
Resultat.....	11
Tema stöd	12
Att stå bredvid.....	12
Att ge stöd till kvinnan.....	14
Att finna lösningar	16
Att få professionellt stöd	18
Att ge professionellt stöd	20
Diskussion.....	23
Diskussion av vald metod.....	23
Diskussion av framtaget resultat.....	24
Halldorsdottir och Karlsdottirs barnmorsketeori.....	27
Halldorsdottir & Karlsdottir (2011) barnmorsketeori kopplat till föreliggande studies resultat	29
Slutsats	30
Implikation till förändring.....	30
Referenser	31
Bilaga 2 (7) – Informationsbrev till mellanhand	
Bilaga 3 (7) – Informationsbrev till partnerrespondent.....	
Bilaga 4 (7)- Informationsbrev till barnmorskerespondent.....	
Bilaga 5 (7) – Intervjuguide partner	
Bilaga 6 (7) – Intervjuguide barnmorska	
Bilaga 7 (7) – Kodschema	

Problembeskrivning

Problemområde

Graviditeten innebär en tid av många tankar inför framtiden och den kommande förlossningen och barnet (Fenwick, Bayes & Johansson, 2011). I en svensk studie med 1635 blivande mödrar framkom det att 15,8 procent led av svår förlossningsrädsla och 5,7 procent av mycket svår förlossningsrädsla (Nieminen, Stephansson & Ryding, 2009). Partnern förväntas stödja kvinnan och det sociala nätverket är viktigt vid förlossningsrädsla (Premberg, Carlsson, Hellström & Berg, 2011; Hanson, Hunter, Bormann & Sobo, 2009). Enligt Waldenström, Hildingsson och Ryding (2006) upplevde den gravida kvinnan mycket starka negativa känslor inför förlossningen om hon kände lite eller inget stöd från sin partner. Studier visade att kvinnans känslomässiga tillstånd påverkade hennes partner och vice versa och att som partner leva med en svårt förlossningsrädd kvinna kan innebära utmaningar. Detta då rädslan oftast präglar kvinnans vardag (Ryding & Sundell (2004); Saisto, Salemela-Aro, Nurmi & Halmesmäki 2001).

Forskning om förlossningsrädsla med fokus på partners roll är sparsamt undersökt. Det är viktigt att förstå partners upplevelser för att som vårdpersonal kunna ge vård ur ett helhetsperspektiv. För att få en fördjupad förståelse för området har författarna valt att undersöka både partners upplevelse och barnmorskans upplevelse av partnern i mötet på mottagning för förlossningsrädsla. Studien kan ge personal som arbetar med förlossningsrädsla en ökad förståelse för vilka behov partnern har och vad som kan göras för att ge ”stöd åt stödet”. Denna förståelse kan leda till en ökad kompetens i bemötande av förlossningsrädda kvinnor och deras partner.

Bakgrund

”Partner” definieras i denna studie som både man och kvinna. Benämningen pappa/man förekommer då en del av studierna endast undersökt pappor/män.

Förlossningsrädsla; definition, etiologi och prevalens

Enligt Liljeroth (2009) finns det ett flertal olika definitioner och begrepp för att beskriva kvinnors känslor inför olika aspekter av graviditet, förlossning och föräldraskap. Trots försök har inte en enhetlig uppfattning av vad förlossningsrädsla ska innefatta framkommit. Ordet förlossningsrädsla kan uppfattas som ett övergripande begrepp för rädsla associerad med graviditet, förlossning och föräldraskap (ibid).

Enligt Ryding och Sundell (2004) kan förlossningsrädsla i den kliniska verkligheten graderas på en skala från ingen rädsla alls till mycket stark ångest. Gränsen för att förlossningsrädslan skall vara av klinisk betydelse är vanligen att kvinnan själv upplever att hon har det tillräckligt besvärligt för att vilja söka hjälp. Måttlig förlossningsrädsla innebär att kvinnan har ett behov av stöd och hjälp, men att rädslan inte inverkar på hennes vardag i lika stor utsträckning som svår förlossningsrädsla. Svår förlossningsrädsla definieras som en rädsla som leder till att kvinnan inte vågar bli gravid eller föda vaginalt och som ger ett mer konstant psykiskt lidande som stör hennes dagliga liv (ibid). Enligt Liljeroth (2009) och Ryding och Sundell (2004) klassificeras förlossningsrädsla som primär eller sekundär. Den primära rädslan förekommer hos förstföderskor. Den sekundära förlossningsrädslan uppstår som en följd av negativa eller traumatiska upplevelser under tidigare förlossning.

I en svensk studie av Salomonsson, Alehagen och Wijma (2011) tillfrågades 726 barnmorskor om sin syn på förlossningsrädsla. De ansåg att svår förlossningsrädsla har ökat de senaste 10 åren och att gravida kvinnor numera oftare uttrycker sin rädsla inför kommande förlossning. Studien visade även att 41,6 procent av de tillfrågade barnmorskorna ansåg att den ökade tillgången till information via media var en orsak till denna ökning. Cirka 10 procent av barnmorskorna ansåg att kvinnor med svår förlossningsrädsla oftare hade en partner som också led av förlossningsrädsla

Enligt Ellis (2004) är det viktigt att upptäcka förlossningsrädsla så tidigt som möjligt för att kunna erbjuda rätt behandling. Genom frågor och en öppen attityd kan barnmorskan hjälpa kvinnan och partnern. Orsaker till att kvinnan erbjuds eller söker professionell hjälp kan vara att hon är rädd för smärta, att tappa kontrollen, att hon och/eller barnet ska skadas i samband med förlossning eller att barnet och hon själv skall dö. Bristande tilltro på sin egen förmåga samt bristande tilltro till vårdpersonalen kan också vara en anledning (ibid). I en kinesisk studie med 300 blivande mammor framkom det att cirka 40 procent av deltagarna uppgav att de kände sig ensamma under graviditeten vilket påverkade deras sinnesstämning negativt (Tsui, Pang, Melander, Xu, Lau & Leung, 2008). En svensk, kvalitativ studie av Eriksson, Westman och Hamberg (2006), som undersökt förlossningsrädsla hos kvinnor och män, visade att båda könen var rädda för att inte bli bemötta med respekt och att inte få tillräckligt med medicinsk hjälp i samband med förlossningen.

De flesta kvinnokliniker i Sverige har byggt upp en mottagning för förlossningsrädsla, en så kallad Aurora mottagning. Denna finns till för att hjälpa svårt förlossningsrädda kvinnor. Verksamheten syftar till att minska förlossningsrädslan och att göra förlossningsupplevelsen så positiv som möjligt. Auroragruppen består i regel av barnmorska, obstetriker och psykolog. Vanligtvis får de förlossningsrädda kvinnorna kontakt med gruppen genom att barnmorskan i mödrahälsovården skickat en remiss (Werner, 2008).

Partnerns roll under graviditet och förlossning

Ett av livets största utmaningar för en man är att bli pappa och att utveckla en stabil relation till sitt barn (Berg & Lundgren, 2010). Enligt Plantin, Aderemi och Ny (2011) ses en tydlig förändring av papparollen i Sverige, både vad gäller synsätt och attityd; från inkomstansvarig till mer omhändertagande, "from cash to care". De förväntas inte enbart ta ansvar för familjens ekonomi utan även visa en ömmande, omvårdande och jämlik attityd i sitt föräldraskap. Papparollen ses i dag i ett nytt ljus och värderas högre än tidigare, såsom mammorollen traditionellt sett tidigare har gjort (ibid). En litteraturstudie av Hanson, Hunter, Bormann och Sobo (2009) visade att det västerländska samhället förväntar sig att papporna skall medverka och assistera kvinnan vid förlossningen. De blivande mammorna förlitar sig till sin partner för styrka och stöd under graviditeten, förlossningen och uppfostran av barnet. Barnafadern spelar en nyckelroll i att stödja sin kvinna. Att få tro på sin egen förmåga är en

viktig del i processen av att bli pappa vilket innebär att pappors behov är lika viktiga att möta som den blivande mammans (ibid).

Fenwick, Bayes och Johansson (2011) studie från Australien visade att blivande pappor upplevde ambivalens inför papparollen. Ett graviditetsbesked kunde sätta igång tankar och frågor om hur graviditeten skulle komma att påverka förhållandet, den privata ekonomin och kvinnans hälsa. De blivande papporna kunde både ha positiva och negativa känslor inför sin nya roll och känna skuld över detta. Många av de blivande papporna i studien beskrev att ultraljudsundersökningen bidrog till att de verkligen tog till sig det väntade barnet. Det hjälpte dem att knyta an till sitt barn och bidrog till att en del oro försvann. Att få möjlighet att lyssna på sitt barn eller att få känna sparkar genererade liknande känslor.

En svensk studie av Persson, Fridlund, Kvist och Dykes (2011) visade att pappor önskade vara involverade redan från graviditetsbeskedet, för både kvinnans, barnets och sitt eget välbefinnandes skull. De ville ta sitt ansvar och visa sig intresserade och delaktiga. Detta innebar också att delta i vårdtillfällena under graviditeten och att hjälpa mamman rent fysiskt mot slutet av graviditeten. Ett gott socialt stöd är viktigt för den gravida kvinnan och den blivande pappan förväntas uppfylla denna roll under graviditet och förlossning (Ryding & Sundell, 2004).

Förlossningsrädsla; interaktion och påverkan i parrelationen

Enligt Hanson et al (2009) kan kvinnans rädsla ha inverkan på partners förmåga att känslomässigt och mentalt stödja henne och det kan påverka den sårbara tiden vid övergången till föräldraskap. För en partner som uppgett rädsla inför förlossningen fanns det en oro för mammans och barnets säkerhet, att se sin kvinna ha ont, känslor av att känna sig maktlös och brist på kunskap om processen. Enligt Hansson et als (2009) studie upplevde partnern även rädsla för interventioner så som operativa ingrepp, oförmåga att bli en bra pappa samt rädsla för försämrad ekonomi. Män kunde uppleva sin rädsla som ett tecken på svaghet och de ville inte oro sin kvinna med sin rädsla. Papporna uppgav även att de själva försökte hantera rädslan utan att involvera sin kvinna (ibid). Eriksson, Westman och Hambert (2005) visade att både män och kvinnor hade svårt att prata om sin förlossningsrädsla, speciellt inom parrelationen då de inte ville skapa oro hos sin partner. Både männen och kvinnorna ansåg att

det inte var socialt accepterat i dagens samhälle att prata om sin rädsla inför förlossningen. De upplevde att de förväntades se fram emot förlossningen och ha en positiv inställning. Speciellt männen ansåg att det aldrig pratades om att de också kunde vara rädda inför en förlossning.

Enligt Ryding och Sundell (2004) och en finsk studie av Saisto, Salemela-Aro, Nurmi och Halmesmäki, (2001) påverkar kvinnans känslomässiga tillstånd hennes partner och vice versa. Om kvinnan uppvisade depressiva symtom så som att nedvärdera sig själv, oro, sårbarhet och överdriven ängslighet, kunde dessa symtom även uppvisas hos partnern. Ju mer missnöjd partnern var med livssituationen desto oroligare var den gravida kvinnan. Studien av Saisto et al (2001) visade även att ju mer tillfredställd partnern var med sin livssituation och sin parrelation, desto högre tillfredsställelse, självkänsla och stöd upplevde kvinnan. Detta kunde i sin tur minska risken för förlossningsrädsla.

Hildingsson, Johansson, Fenwick, Haines och Rubertsson (2013) visade att av de pappor som uppgav rädsla inför förlossningen hade en större andel ett icke-svenskt ursprung eller var förstagångspappor. Studien visade att de pappor som upplevde rädsla inför förlossningen tänkte mer på själva förlossningen än de som inte upplevde någon oro. De höll även i mindre utsträckning med om att utlåtandet att föda barn är en naturlig process och detta återspeglades i att de i högre utsträckning föredrog kejsarsnitt.

Mannen/partnern i den prenatala vården

Enligt svenska, officiella riktlinjer skall mödrahälsovården uppmana partnern att delta och få dem att känna sig involverade i föräldraförberedelser (Petersson, Collberg & Toomingas, 2008). En australiensisk och en svensk studie visade dock att blivande pappor kunde uppleva känslor av utanförskap och att vara osynlig i mötet med mödrahälsovården (Fenwick et al 2011; Plantin et al, 2011). Detta ledde till att de kände sig mindre involverade som blivande föräldrar och därmed inte tog till sig information i tillräcklig utsträckning. Enligt Hansons et al (2009) studie upplevde pappor att den föräldraförberedande undervisningen inte gav dem den kunskap och information de behövde för att känna sig förberedda inför förlossningen. Papporna rapporterade att föräldrautbildningen hjälpte de blivande mammorna men inte såg till deras behov. De fick inte heller de verktyg de behövde för att kunna stödja sin kvinna eller kunna hantera sin egen oro. De sökte därför oftare information från sociala medier, familj och

vänner. Papporna uttryckte ett behov av mer stöd från sjukvården och en bekräftelse på att de gjorde rätt i hur de stödde sin kvinna. En australiensisk studie av Boyce, Condon, Barton och Corkindale (2007) uppgav att män som inte blev sedda av barnmorskan och inte fick direkt riktad information om graviditet och förlossning upplevde mer oro. Johansson, Rubertsson, Rådestad och Hildingsson (2012) visade att de pappor som hade en negativ förlossningsupplevelse inte hade upplevt att deras partner fick bästa, möjliga vård, att barnmorskan inte var tillräckligt fysiskt närvarande på rummet eller inte gav det stöd som behövdes.

Plantin et al (2011) menade att män som upplevde att de hade professionellt stöd under graviditeten uppvisade bättre fysisk och psykisk hälsa samt att färre problem rapporterades i partnerrelationen efter barnets födelse. Enligt Socialstyrelsen (2006) skall barnmorskan tillvarata kvinnans och närståendes önskemål, kunskaper och erfarenheter. Partnern skall bjudas in till att vara med på barnmorske- och läkarbesök samt att delta i föräldrautbildningen.

Hallorsdottir och Karlsdottir (2011) betonar i sin barnmorsketeori att barnmorskan skall ha kompetens i mellanmänskliga relationer så att goda relationer kan skapas med kvinnan, familjen och kollegor. Det skall även finnas en vilja att under graviditeten arbeta med familjen och ta hjälp av multidisciplinära team. Barnmorskan skall även ha mod att våga ge av sig själv och sätta sig in i kvinnans och familjens liv för att kunna stärka och ge en god omvårdnad. I barnmorskans möte med förlossningsrädda par är denna kompetens och styrka av stor vikt för att ge bästa förutsättningar för den framtida familjen.

Syfte

Syftet med studien var att belysa partners perspektiv av förlossningsrädsla.

Metod

En kvalitativ metod med induktiv ansats valdes för studien. En kvalitativ metod resulterar i skrivna eller uttalade formuleringar om hur människan uppfattar och tolkar sin omgivande verklighet. För att få en berättande och ett beskrivande dialog om det berörda ämnet har öppna frågor använts i intervjuerna (Lundman & Hällgren-Granheim 2008).

Urval av undersökningsgrupp

Ett urval gör det möjligt för forskaren att begränsa sin forskning till ett hanterbart material som är representativt för den studerade populationen. Sex verksamma barnmorskor och sex partners till förlossningsrädda kvinnor har intervjuats om partners perspektiv på förlossningsrädsla och partners delaktighet i mötena på mottagningen för förlossningsrädsla. Inklusionskriteriet för barnmorskorna var att det skulle vara verksamma på en mottagning för förlossningsrädsla. Inklusionskriterierna för partnerrespondenterna var; att vara partner till kvinna som får samtalsstöd via mottagning för förlossningsrädsla, tala och förstå svenska, sammanboende med sin kvinna, förväntad enkelbörd och ej tidigare än graviditetsvecka 28. Författarna har inte valt att begränsa sig till endast pappor/män i urvalsprocessen. Det färdiga urvalet representerar enbart av män. I studien har ett konsekutivt urval av partners använts (Krippendorf, 2004). Verksamhetschefen på fyra mottagningar för förlossningsrädda kvinnor i södra Sverige tillfrågades om godkännande att utföra studien (se bilaga 1). Urvalet skedde på tre mottagningar som hade möjlighet att hjälpa till med rekryteringen.

Rekryteringen av partners har skett när både kvinnan och partnern varit på plats eller att kvinnan har tillfrågats om hennes partner kan tänkas delta. I sistnämnda fall fått med sig informationsbrev hem samt ett frankerat kuvert. Verksamma barnmorskor på mottagning för förlossningsrädsla tillfrågades som mellanhänder (se bilaga 2). Vid mötet med den gravida kvinnan och hennes partner har muntlig och skriftlig information givits om studien av barnmorskan (se bilaga 3). Både kvinnan och partnern har fått samma information samt har skrivit på samtycke till att partner får kontaktas via telefon efter 1-2 veckor. Vid telefonkontakt har undersökningsspersonen tillfrågats om deltagande och därefter har plats och tid för intervju bestämts efter deltagarens önskemål.

De deltagande barnmorskorna på mottagning för förlossningsrädsla har tillfrågats personligen eller via teamansvarig barnmorska. Barnmorskorna har fått ett informationsbrev om studien samt fått skriva på ett samtycke i samband med intervjun (se bilaga 4).

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

Den valda intervjutekniken är narrativ vilket syftar till att den intervjuade personen fritt får berätta om sina upplevelser kring det studerade ämnet (Lundman & Hällgren-Granheim, 2008). Följdfrågor ställdes så som ”berätta om...” (se Intervjuguide, bilaga 4 och bilaga 5). För att få bakgrundsinformation om respondenterna har de efter intervjun fått fylla i ett formulär. Formuläret för partnern innehöll frågor om ålder, antal barn, utbildningsnivå samt sysselsättningsgrad och barnmorskorna har tillfrågats om ålder, antal år som verksam barnmorska samt antal år som verksam barnmorska på mottagning för förlossningsrädsla.

Genomförande av datainsamling

Intervjuerna genomfördes i mars-april 2013. De har skett i en av sjukhusens lokaler eller på plats vald av respondenten. Före intervjuerna fick respondenten återigen muntlig information om syftet med studien och att intervjun skulle spelas in och därefter transkriberas ordagrant. Intervjuerna var 25 - 50 minuter långa och avslutades när inget nytt framkom. En av författarna har lett intervjun och den andra har observerat och kommit med eventuella följdfrågor under intervjun.

Intervjuer med partner benämns P och barnmorskor benämns med BM. Varje intervju har även ett nummer för att kunna urskilja vilken intervju som till hörde vilken respondent. A eller P beskriver vilken författare som genomförde intervjun. Intervjuerna har delats lika mellan författarna.

Genomförande av databearbetning

Burnards (1991) innehållsanalys i 12 steg har använts. Syftet med denna dataanalys är att utifrån intervjuerna analysera data som sedan systematiskt indelas i teman och kategoriseras. Kodschema ses i bilaga 7.

Det är viktigt att som forskare ha i åtanke att allt är sagt i ett sammanhang. Ett original av den ursprungliga texten har därför sparats. Noteringar efter varje intervju skrevs ner, texten lästes mening för mening och noteringar skrevs i marginalen. Sedan lästes texten igenom och författarna fördjupade sig i materialet. Detta för att bli insatta i respondentens livsvärld och på så sätt kunna göra mindre anteckningar över generella teman. Därefter följde en öppen kodning som innebar att materialet lästes igen och oväsentligt text togs bort. En diskussion mellan författarna, efter enskild öppen kodning, ledde till att många koder skapades och att kategorier började genereras. Listan med kategorier grupperades sedan, liknande kategorier sammanfördes, och den nya listan reducerades ytterligare.Handledaren har oberoende läst igenom materialet. Därefter diskuterades analysen mellan handledaren och författarna. De nu uppkomna kategorierna/underkategorierna jämfördes med ursprungs materialet samt de tidigare bearbetade utskrifterna. En sortering skedde därefter av varje kategori/underkategori för sig och med tillhörande citat. När alla steg var genomförda påbörjades själva skrivprocessen vilket innebar att beskriva vad varje kategori representerade samt stödja detta med ett citat (Burnard, 1991).

Etisk avvägning

Den forskningsetiska avvägningen skedde i enlighet med Helsingforsdeklarationen (2008). Forskarna hade som skyldighet att värna om deltagarens hälsa, värdighet, integritet, självbestämmanderätt och privatliv. Studien är konfidentiell och materialet har hanterats så att ingen obehörig kan ta del av det. Ansvarig verksamhetschef för respektive mottagning har fått skriftlig och muntlig information om studien och har sedan gett sitt samtycke för genomförandet. Insamlingen påbörjades först efter att ett rådgivande yttrande har erhållits från Vårdvetenskapliga Etiknämnden (VEN), Lunds Universitet, registreringsnummer: VEN: 132-12.

Deltagarna fick både muntlig och skriftlig information om studien. I enlighet med autonomiprincipen har konfidentialitet och autonomi säkerställts då tystnadsplikt, frivillighet, skydd av privatliv har garanterats. Deltagarna har skrivit på ett informerat samtycke om att kontakt får tas. De har även informerats skriftlig och muntligt om att deltagandet är frivilligt och att de själva kan välja att avbryta när som helst under studiens gång (Beauchamp & Childress, 2001). För att skapa ett förtroende och en öppen, bekväm dialog med respondenterna har intervjuledaren inför varje intervjutillfälle återupprepat syftet med studien,

intervjumetod samt att deltagandet är frivilligt. För att respondenterna skulle känna sig trygga och för att främja deras autonomi fick de själva välja tid och plats för intervjun.

Partnerns medverkan eller val att avbryta kom inte att påverka kvinnans vård och barnmorskornas deltagande påverkade inte deras arbetsmiljö (Helsingforsdeklarationen, 2008). För att tillämpa principen att inte göra skada begrundades eventuella risker och vinster med studien innan den påbörjades (Beauchamp & Childress, 2001). Risker för partnerrespondenterna i studien kunde vara att obearbetade känslor och problem kom upp till ytan. Om intervjun ledde till att respondenterna kände ett behov av att bearbeta/prata mer om sina känslor och upplevelser kunde författarna hjälpa dem med en kuratorskontakt. Inga risker för barnmorskorna kunde uppskattas. Vinster för partnerrespondenterna kunde vara att det gavs ett tillfälle för dem att samtala då de eventuellt har ett stort behov av att ventiler sina känslor och tankar samt att få mer uppmärksamhet av sjukvården. Vinsten för barnmorskorna kunde vara att de fick tillfälle att reflektera över sitt arbetssätt.

Resultat

Resultatet bygger på 12 intervjuer, varav sex med partners till förlossningsrädda kvinnor och sex barnmorskor. Samtliga partners var män. Pappornas ålder varierade mellan 28-35 år, två väntande sitt första barn och fyra hade barn sedan tidigare. Fem pappor hade eftergymnasial utbildning som högsta avslutade utbildningsnivå och en hade gymnasial utbildning. Alla pappor arbetade heltid. Barnmorskornas ålder var mellan 35-63 år och hade arbetat i 6-38 år. Barnmorskorna hade varit verksamma på mottagning för förlossningsrädsla i 1-12 år.

I resultatet presenteras pappornas och barnmorskornas syn på pappornas perspektiv integrerat. Det övergripande temat var stöd. Fem kategorier och 18 underkategorier framkom (tabell 1). Underkategorierna är markerade kursivt i den löpande texten.

Tabell 1. Framtagna kategorier utifrån intervjuer med pappor och barnmorskor

Tema	Huvudkategori	Underkategori
Stöd	Att stå bredvid	Att glädjas över graviditeten
		Att ha förståelse
		Att dela en tidigare traumatisk förlossningsupplevelse
		Att "bära" den andres rädsla
	Att ge stöd till kvinnan	Att vara lyssnare, coach och praktisk hjälprea
		Att vara en diskussionspartner
		Att stödja kvinnan i hennes beslut
	Att finna lösningar	Viktigt att förbereda sig.
		Att tänka framåt
		Att ha en förlossningsplan
	Att få professionellt stöd	Stödsamtalen betydde mycket
		Att känna sig delaktig
		Upplevelsen av behov av stödsamtal
		Stödsamtalen gjorde skillnad
	Att ge professionellt stöd	Partners roll i mötet är individuellt
		Att stärka partnern till delaktighet och närvaro
Att stärka partnern till förståelse		
Att ge stöd till stödet		

Tema stöd

Att stå bredvid

Majoriteten av papporna uppgav att de kunde *glädjas över graviditeten*. Graviditeten upplevdes som en spännande resa, som var positiv då alla rutinkontroller varit bra och de såg fram att få en ny familjemedlem. Fokus under graviditeten var att få kvinnan att känna sig bekväm och kunna glädjas tillsammans. Trots att alla männen i studien upplevde att graviditeten var välkommen och gladdes över graviditeten kunde de uppleva att tillvaron var hektisk och att det inte hade så mycket tid över till att fundera över graviditeten och förlossningen. De uppgav att de längtade efter sin nya familjemedlem och att de kände sig otåliga. De fick dock hålla detta för sig själva för att inte oroa kvinnan. Tanken på

förlossningen gav känslor av nervositet men det rev inte upp känslor som påverkade deras graviditetsupplevelse negativt.

”ja, det har ju varit en... en väldigt spännande resa, för, för mig har det nästan bara varit positiv för min egen del liksom” (AP2)

Det som tydligt framkom i intervjuerna var *att ha förståelse* samt olika tankar om förlossningsrädslans ursprung och orsak. Förlossningsrädslan engagerade papporna och upplevdes som adekvat och individuell. Både barnmorskorna och papporna upplevde att mannen kunde ha ett mer rationellt förhållningssätt till rädslan och kunde resonera kring den. Detta då han inte var bärare av graviditeten. Upplevelsen av att rädslan var kvinnas privata ensak, som sköttes av professionella vårdgivare, beskrevs även. Genomgående i intervjuerna var att mannen tog rädslan på allvar och trots svårigheter att relatera till den så hade de inte trivialiserat den.

”...och hon har ju själv sagt att hon vet att hennes rädsla liksom... att, att det är ju så individuellt...att även fast att miljoner människor, kvinnor har fött barn tidigare, så spelar det inte någon roll... detta är ju hennes grej” (AP2)

Att dela en tidigare traumatisk förlossningsupplevelse framkom vid intervjuerna. Papporna hade stått bredvid vid en traumatisk förlossning. De förstod mycket väl vad kvinnan gått igenom och kunde återge hennes lidande men de kände inte nödvändigtvis att händelsen var traumatisk för dem. De blev dock påminda om händelsen i och med kvinnans rädsla. Papporna uppgav att den delade traumatiska upplevelsen ledde till att nuvarande graviditet kändes mer allvarsam. En barnmorska upplevde att, i de paren där mannen är mer rädd än kvinnan, har han ofta varit med om ett tidigare trauma i samband med förlossning. Ett flertal pappor uttryckte en upplevelse av ett trauma i form av att barnets hjärtljud hade sjunkit drastiskt samt att de hade sett kvinnan lida. Det var ett starkt minne som de bar med sig under pågående graviditet. Tankar och oro för att få återuppleva detta uppgavs. Papporna uppgav en önskan om att få möjlighet att delta vid post partumsamtalet för att reda ut eventuella frågetecken. Papporna upplevde att det kunde underlätta bearbetningen av händelsen.

” ...det är det okända som man inte kan styra. Det är lite otryggt liksom. Så jag kan verkligen... jag förstår att hon är rädd. Och speciellt eftersom det blev det som det blev lite som hon hade jävligt ont, det hände ingenting, det gick inte framåt och så kom dom här hjärtljuden och hon var rätt borta också. Så det var en rätt så omtumlande upplevelse”
(PP3)

Både männen och barnmorskorna uttryckte att paret fanns för varandra genom att ”bära” den andres rädsla. Majoriteten av papporna ansåg att det som upplevdes negativt under graviditeten var förlossningsrädslan och att det var svårt att se sin livskamrat lida, speciellt när det var svårt att se det rationella i rädslan. Då kvinnan upplevde oro, otrygghet och olust påverkades han av hennes sinnesstämning. De menade att graviditeten skulle vara en glädjens tid men att förlossningsrädslan förändrade tillvaron till att vara mer allvarsam. Enstaka pappor beskrev en känsla av otillräcklighet då han inte kunde få rädslan att försvinna.

”Jag vet inte varför men jag har fått någon känsla... jag har velat hjälpa henne och bara velat hjälpa mer och lösa så att hon inte ska må så dåligt. Så att det har jag ändå känt ganska mycket... jag har känt mig ganska otillräcklig i det” (PP3)

Barnmorskorna upplevde att männen i en relation med en förlossningsrädd kvinna fick ta emot mycket av kvinnans ångest och blev mer påmind om den kommande förlossningen. De uppgav också att rädlorna kunde föras över till den andra, att män med egna traumatiska minnen eller rädslor även påverkar kvinnan negativt.

”Häromdagen träffade jag en man som hade en bror vars första barn hade dött under förlossningen och naturligtvis var de jätterädda... mer mannen då, men lever man i en nära relation så bär man ju varandras rädslor också” (ABM1)

Att ge stöd till kvinnan

Det framkom tydligt att papporna gav stöd till kvinnan genom att vara lyssnare, coach och praktisk hjälpreda. Upplevelsen av att det krävs mer tålamod och engagemang av en partner till en förlossningsrädd kvinna framkom. Männen upplevde att de var ett viktigt stöd till att lyssna då det kunde vara svårt och genant för kvinnan att samtala om sin rädsla med sin omgivning. Papporna uppgav att de var lyhörda och lyssnade in kvinnan för att sedan ge

lugnande svar. Barnmorskorna upplevde att de flesta partners var engagerade och coachade kvinnan för att stärka henne. Barnmorskorna såg också på situationen som att partnern får bära mycket av kvinnans oro och att det är viktigt att partnern orkar lyssna aktivt på kvinnans tankar kring rädslan. Flertalet av papporna uppgav att de gav stöd genom att avlasta sin kvinna och ta hand om det praktiska. De ansåg att det var viktigt att ge kvinnan egen tid, avlastning och ta hand om varandra.

”den förlossningsrädda kvinnan behöver ljus på sig och då får han vara den lampan för att han är ju den som finns närmast” (ABM4)

Männen ansåg att de gav stöd genom att vara en diskussionspartner och att paret fanns för varandra genom att ha en öppen kommunikation. Männen såg sin roll som att vara den som kvinnan kunde diskutera sina tankar med. En av barnmorskorna ansåg att föra en dialog var en viktig del för att få en stabil relation och även en delad positiv graviditetsupplevelse. Gemensamt för papporna var att de samtalande med kvinnan efter stödsamtalen, om han inte vara närvarande, för att få en dialog om hennes upplevelse av behandlingen och tankar kring förlossningsplan. Männen ansåg att de själva hade ett ansvar att vara mer engagerade. Barnmorskorna upplevde att där det fanns en stabil relation, där det gavs stöd från båda håll med en öppen kommunikation var kvinnan oftare mindre rädd och i mindre behov av samtalsstöd. De menade att det kan vara svårt att ge ett bra stöd om partnern själv har en rädsla eller om relationen inte är stark.

”Så att i den här graviditen så har det nog varit mer den ... mer har fått komma med en annan vinkel ofta på saker bara för att hjälpa X att komma fram till vad hon vill eller vad hon tycker om olika saker och vara en diskussionspartner på det sättet” (PPI)

”Det handlar så mycket om det samspel som finns mellan, i en relation. Jag tänker att har man en bärande och god relation så gissar jag att kvinnan är mindre rädd. Jag tror att det är så. Det är inte säkert heller men i min fantasi så är det så att en nära och stark och bra relation minskar rädslan” (PBMI)

Att stödja kvinnan i hennes beslut var framträdande. Papporna uppgav att det som var mest optimalt var det förlossningssätt som kvinnan önskade, att de stöttade oavsett. Barnmorskorna upplevde partnern som solidarisk mot kvinnan och att han i mötet styrkte det kvinnan

önskade. Det upplevdes även en rädsla och en ovilja att som partnern säga sin åsikt. Detta på grund av hänsyn till kvinnan och risken för motsättningar och konflikter inom parrelationen. Några män hade inte velat påverka då de varit rädda för att leda kvinnan till fel beslut. Barnmorskorna upplevde att vid de tillfällen då kvinnan hade en stark önskan om kejsarsnitt var partnern oftast mer engagerad. Detta för att ge tyngd till hennes önskan. Partnern upplevdes även kunna finnas för att bekräfta och styrka kvinnans upplevelse en tidigare traumatisk förlossning.

” En partner kan inta väldigt plats i rummet och hävda på deras rätt att så här ska det vara, till exempel ett önskemål om ett kejsarsnitt som förstagångsföderska, men de kan också hävda upp en stämning att ” så här var utfallet förra gången och det vill vi absolut inte vara med om ” och stärka hennes rätt att ” så här hemskt var det och det kommer vi INTE vara med om igen ” (PBM3)

Att finna lösningar

Gemensamt för både barnmorskorna och männen var att det var *viktigt att förbereda sig* på ett psykologiskt plan samt att veta förlossningens olika skeenden. Psykoprofylaxkurser uppgavs som en stor hjälp till detta. Förlossningen upplevdes som en unik händelse. Detta gjorde det svårare att förbereda sig men att det var viktigt att vara påläst. Det framkom även att var viktigt för männen att ha förberett det praktiska inför barnets ankomst.

” Men man får nog förbereda sig lite som pojkvän eller man om man nu har en fru som varit med om detta... Man kan ju inte bara gå in till sista dagen utan man får ju prata lite... även om man inte tycker om att prata så är det nog viktigt, om det gäller något sånt HÄR i alla fall. Absolut! ” (PP5)

Gemensamt för männen var *att tänka framåt*. Majoriteten upplevde i den senare delen av graviditeten tankar kring den kommande förlossningen. Det var först då som paret började samtala mer varandra om förlossningsplanen. Positiva tankar beskrevs, de kände ett lugn då de upplevde att det var något som de inte kunde påverka och de kände en tilltro till sjukvården. Männen med tidigare upplevelse av en traumatisk förlossning upplevde en viss oro för att likande förlossningsscenario skulle uppstå igen. De upplevde dock att de nu hade

mer kunskap som gjorde att de skulle agera annorlunda om situationen skulle upprepas. Gemensamt för flerbarnspapporna var att de skulle vara mer aktiva tidigare om något inte kändes rätt, våga vara mer ifrågasättande gentemot personalen, att arbeta i team med sin kvinna samt att begära mer information. En pappa uppgav att det planerade kejsarsnittet var lugnande då risken därigenom upplevdes mindre för att en liknande situation skulle uppstå igen. Tankar kring att förlossningen skall vara naturlig och att i största mån undvika medicinska interventioner framkom. Det viktigaste var att göra förlossningen så bra som möjligt för kvinnan, att få ett bra bemötande och att hon kände ett bra stöd samt ett friskt barn.

”Nej, men man har ju lärt sig lite nu med tanke på allt man sitter och pratar om... hur JAG ska bete mig kanske. Jag vet vad hon vill att jag får ta kommando om det inte händer någonting. Men det ska ju gå bra och förhoppningsvis har hon papper där det står vad som gäller och att de vet att vi är med i den här gruppen så...Ja, för att allting ska bli bra...Så hon inte ska känna någon ångest eller vara rädd eller. Så hon har fullt stöd. Det ska ju vara något bra” (PP5)

Flertalet pappor beskrev det som att det var viktigt att ha en förlossningsplan. Känslan att kunna planera förlossningen samt ha något att förhålla sig till gav mindre oro och hjälpte dem att se fram emot förlossningen. Att få besked om förlossningsmetod upplevdes viktigt för att kunna påbörja den mentala inställningen inför förlossningen. Det öppnande även upp för en diskussion inom paret samt bidrog till en känsla av trygghet och kontroll. Papporna kunde uppleva viss oro för att planeringen skulle avvika, så som att det inte skulle få komma till det sjukhuset som var tänkt. Det upplevdes mentalt viktigt att vårdpersonalen visste om deras förlossningsplan och att bemötandet påverkades till det bättre tack vare denna.

”Jag tror att dom kan nog se det som en trygghet att dom får komma hit och prata om det och utifrån det, om man då lägger en plan som är nedskriven, så tror jag att den som är med kan känna en trygghet, att nu så nu vet vi att det är det här som gäller och att man utgår från det som står och man har det som ett underlag om det skulle bli på ett annat sätt, att kan backa bandet...(ABM2)

Att få professionellt stöd

Alla pappor upplevde att *stödsamtalen betydde mycket*, både för kvinnan och för honom. Då paret kände att de inte kommit vidare i sina samtal med varandra sökte de professionellt stöd utifrån, för att underlätta kommunikationen dem emellan. Hos en del par hade tidsbrist eller olust lett till att de inte pratat med varandra om förlossningsrädslan. Att få föra ett resonemang med medicinsk expertis om tillvägagångssättet för förlossningen och att värdera risker och konsekvenser upplevdes som betydelsefullt. De kunde stödja sin kvinna till viss del, men de kände att de professionella samtalen hjälpte henne mycket. En pappa upplevde sin kvinna som kluven och splittrad och att de hade fastnat i bestämda roller och i sin dialog och därför var i behov av professionellt samtalsstöd. Insikten om att det fanns obearbetade känslor ledde till en öppen kommunikation inom paret.

”... få både svar på lite mer praktiska frågor och bara få prata med en tredje part, tror jag också kan vara bra liksom för att, vi har ju pratat så mycket om det så då kommer man ju in i lite fasta roller så där.... Men det kändes bra att möjligheten fanns” (PP4)

Genomgående beskrev papporna att bemötandet på mottagningen för förlossningsrädsla varit professionellt, att barnmorskorna varit erfarna inom sitt område, kunnat förmedla stöd och möta kvinnan i hennes situation. Papporna upplevde att barnmorskorna sorterade upp kvinnans tankar så att hon kunde reda ut vad det var hon var rädd för och i vissa fall eliminera osanningar. Det professionella samtalsstödet upplevdes som en objektiv motpart som gav paret en konkret handlingsplan att förhålla sig till. Gemensamt var upplevelsen att kvinnan kunde ta upp alla aspekter av sin rädsla, även de delar som inte kunde delges vänner. Vidare menade männen att de professionella stödsamtalen, grundade i medicinsk expertis, var av betydelse då paret kunde få intelligenta motfrågor, inte bara ett tyst medhåll. Via internet erhöll paret information som kunde skapa rädsla och i stödsamtalen kunde denna belysas på ett adekvat sätt. Stödsamtalen ledde även till att paret lyssnade mer till varandra. En partner beskrev hur de under det första stödsamtalets gång upptäckte att tidigare förlossningsupplevelser fanns obearbetade. Samtalen ledde i detta fall till mer oro hos kvinnan. Samtidigt upplevdes det som bra att de hade en möjlighet att samtala om tidigare förlossning och det upplevda traumat. Mötena gav en känsla av att ha mer att säga till om än tidigare.

”... jag tycker att vi har landat i något speciellt efter mötena med teamet för förlossningsrädsla... eller JAG tycker det i alla fall, att vi står i något slags maktposition liksom... det känns som att vi kan diktera villkoren väldigt mycket tydligare nu” (PPI)

Majoriteten av män kände sig delaktiga i kvinnans vård på mottagningen för förlossningsrädsla. Om kvinnan önskade deltog männen på samtalen. Barnmorskorna upplevde att majoriteten av partners är engagerade och närvarande under stödsamtalen och att de försökte prioritera dessa. Ibland kunde det, av praktiska skäl, vara svårt för partnern att närvara på mötena. Detta behövde, enligt barnmorskorna, inte nödvändigtvis tyda på bristande delaktighet. De flesta barnmorskor upplevde även att mannen fanns för kvinnan i mötet genom att inkludera sig själv genom att använda orden ”vi ska klara det här, vår förlossning”.

”...män deltar ju på ett HELT annat sätt idag...Men HÄR följer ju män med, de är väldigt deltagande här, i den här verksamheten...Då kommer man ju av ett speciellt skäl, där är männen med. Det är ju för att supporta sin kvinna, stötta sin kvinna.” (PBM5)

Upplevelsen av behovet av stödsamtal skilde sig åt bland männen. Papporna upplevde att de erhållit visst stöd och inte känt sig förbisedda på mötena. Majoriteten uttryckte att de inte hade ett behov av stödsamtal men att det var bra att möjligheten fanns för kvinnan. De ansåg att resurserna skulle läggas på kvinnan då det var där behovet fanns. Tankar framkom även om att oavsett om man var den gravida eller partnern skulle man ha rätt till samtal med en barnmorska om behovet fanns. En del av männen uppgav att om de hade ett behov av att prata med någon så hade de personer i sin omgivning som de kunde vända sig till så som nära vänner eller anhöriga och att detta var av betydelse. Det framkom att papporna inte visste var de skulle vända sig och att de inte blev tillfrågade om sina behov av samtalsstöd. Det hade upplevts som positivt att bli tillfrågad och en pappa upplevde att det hade varit positivt att få hjälp att hantera känslor som uppkom.

Gemensamt för männen var att de tyckte att *stödsamtalen gjorde skillnad*. Graviditeten blev en mer positiv upplevelse då fokus på rädslan hade minskat. Samtalen ledde också till att kvinnan var mer förberedd och lugnare än om hon inte hade fått behandling. Männen upplevde att den hektiska vardagen fick paret att ibland förtränga tankar på den kommande förlossningen. Före stödsamtalen kunde mannen uppleva att kvinnan var mer lättirriterad. Samtalen gjorde henne gladare och märkbart mindre orolig. Eftersom männen såg att

samtalen gjorde skillnad insåg de också att det bådade gott för framtida utmaningar i livet. Att gå i samtal om man varit med om en komplicerad förlossning ansågs viktigt. Flera män upplevde att deras kvinnor ändrade sin ursprungliga åsikt i fråga om förlossningsätt. De var från början helt inställda på att genomgå ett kejsarsnitt, då det sågs som den enda lösningen. Samtalen som ledde fram till att kvinnorna vågade genomgå en vaginal förlossning upplevdes positivt.

”Så att...nä så att det har ju verkligen hjälpt, det har man ju märkt...att det ledde fram till att hon vågade ha en naturlig födsel så att säga... så det har varit bra!” (AP6)

Att ge professionellt stöd

Flertalet av barmorskorna uppgav att *partners roll i mötet var individuellt*. Partners roll kunde variera mellan mycket aktiv till mer passiv. Männens vistas i en kvinnodominerad värld och till en början kan de känna sig obekväma och inta en mer passiv roll. Barmorskorna upplevde att allt eftersom samtalen fortlöpte blev pappan mer delaktig i mötet. Majoriteten av barmorskorna upplevde att den vanligaste rollen som partners tog i samtalet var att finnas som stöd för kvinnan men att de håller sig i bakgrunden, om de inte själva får en fråga specifikt riktad till dem. Partnern upplevdes vara närvarande i mötet för att kvinnan hade önskat detta och de är i regel inställda på att det är kvinnans problematik som skall diskuteras. Barmorskorna upplevde att de män som var mer aktiva agerade som talesperson för kvinnan eller förespråkade sin egen rädsla och åsikt.

”Det är ju väldigt individuellt vilken roll partnern har tycker jag. Ibland så känns det som att partner kunde ha väldigt mycket åsikter och jag har varit i situationer där man nästan har fått be... mannen, nästan bokstavligen vara tyst, att man vill höra vad kvinnan tycker så att inte han ska berätta hur hon känner så att ibland kan man uppleva det som att de blir talesmannen för kvinnan och det kan ju ibland vara så att kvinnan har svårt att uttrycka sig men ibland kan det också vara att... det kanske främst, mer mannens rädsla och vilja som gör att dom är där. Det skulle jag inte säga är majoriteten men det förekommer att mannen är rädd och han pratar mycket och han... nästan... ta över liksom samtalet...” (ABM6)

Barnmorskorna uppgav att deras uppgift var *att stärka partnern till närvaro och delaktighet*. De beskrev att vid tillfällena då kvinnorna uppgav ett minskat engagemang från sin partner uppmanade barnmorskan kvinnan att ta med sig honom till mötet. Detta för att hjälpa partnern att förstå kvinnans rädsla och på så sätt kunna stödja henne. En av barnmorskorna poängterade att det var viktigt att visa partnern att det var hans närvaro som var viktigast för kvinnan, inte vad han aktivt gjorde. Barnmorskorna beskrev att de aktivt vände sig till partnern i samtalet för att få honom delaktig. Barnmorskorna inkluderade partnern genom sitt språkbruk och genom att ställa specifikt riktade frågor. De visade även tydligt att fokus emellanåt låg på partnern och dennes känslor och tankar samt gav paret gemensamma uppgifter att arbeta med tillsammans. Genom att använda sig av detta arbetssätt ansåg barnmorskorna att de kunde få partnern till delaktighet och få paret att börja resonera och eventuellt ändra riktning tillsammans.

”Men jag är medveten om att om man hela tiden säger det här: ERT barn, ER förlossning, säga bara: Nu är det din förlossning och.... Papporna är så vana att bara sitta där som en möbel, som man måste aktivt... just i språkbruket” (ABM4)

I samtal om den kommande förlossningen stärkte barnmorskan partners delaktighet genom att inkludera honom i förlossningsplanen och visa på en naturlig plats i förlossningssituationen. Barnmorskan ansåg att en ökad delaktighet hos partnern kunde ha en positiv inverkan på förlossningsupplevelsen. Flertalet av barnmorskorna uppgav att det var viktigt att få med partnern ”på banan”, att genom ett bra samtal kunna uppmana till ett intresse och en nyfikenhet. Om partnern var öppen för detta kunde de få honom att byta riktning i diskussionen och på så sätt våga visa för kvinnan att det finns andra möjligheter. Det uppgav även tankar om att utvidga verksamheten med möjlighet till stödsamtal även för partnern. Om partnern hade behov av samtal så försökte barnmorskan boka ett möte där han skulle ha möjlighet att närvara.

Barnmorskan kunde ge stöd genom *att stärka partnern till förståelse*. Genom partners närvaro på mötena ökade hans förståelse av förlossningsrädslan genom att barnmorskan satte ord på och sökte finna orsakerna till rädslan. Detta resulterade även i att barnmorskan kunde ge adekvata och konkreta förslag på hur han kunde stödja kvinnan. De upplevde att när partner fick en ökad förståelse vågade han gå in och stödja och peppa kvinnan mer aktivt. Barnmorskorna förmedlade kunskap som kom paret och specifikt mannen tillgodo.

”Vi tar upp anamnes på kvinnan varför hon är rädd och vad det bottnar sig i , vi försöker skrapa på ytan tills vi får fram en anledning och när vi hittar anledningen så kan vi ju gärna börja bena upp varför kvinnan är rädd och är det då till exempel för smärtan och så vidare där man förklarar hur man kan hjälpa henne med smärtan, mannen eller hennes partner lyssnar på det, då kan de många gånger köpa vår diskussion och resonemang kring hur man hanterar smärtan och ibland vågar gå in och stötta. ” Det här kanske vi vågar klara av” (PBM3)

Barnmorskorna förmedlade tankar om hur de kunde ge stöd åt till stödet. Upplevelsen av att det har skett en förändring av deras arbetssätt framkom. Det har blivit mer fokus på partners upplevelse och behov av stöd de senaste åren. Barnmorskorna poängterade att deras uppgift främst är att stödja kvinnan men att det kunde finnas partners som behövde mer stöd och hjälp med sina egna känslor för att vara ett bättre stöd för kvinnan. Om denna situation uppkom hjälpte barnmorskan till att förmedla kontakt med kurator eller psykolog. Barnmorskorna ansåg att det kunde vara en svår situation att vara den som står bredvid och hade tankar om hur de kunde förmedla trygghet.

”... det är väl någonting som jag kommer använda när jag fortsätter med det här. Det är just att om partnern är med och man tänker just på det här liksom hur kan man trygga den som är med att ge stöd. Det är ju att prata om de här enkla sakerna, att våga liksom närma sig, att våga vara närvarande och liksom uppmuntra till det med enkla medel och inte göra det så svårt liksom, så krångligt eller att dom ska vara så, så rädda...” (ABM2)

Diskussion

Diskussion av vald metod

Då syftet med studien var att belysa partners perspektiv på förlossningsrädslan anser författarna att en kvalitativ metod var rätt val då en upplevelse av ett fenomen ville undersökas (Lundman & Hällgren-Granheim, 2008).

Ett representativt urval för det studerade fenomenet skedde och kan överföras till den population som ämnet berör (Polit & Beck, 2006). På grund av svårigheter att rekrytera partners så valde författarna att även inkludera verksamma barnmorskor på mottagningar för förlossningsrädsla vilket gav ytterligare perspektiv och en fördjupning i ämnet. Författarna anser att det uppnåddes en jämvikt i urvalet, då lika många partners som barnmorskor rekryterades. Då tiden för studien var begränsad var författarna tvungna att avsluta rekryteringen då jämvikten hade uppnåtts. Svårigheter att rekrytera ledde till att även partners efter förlossning samt ett planerat kejsarsnitt inkluderades. Vid analys av det transkriberade materialet fann författarna ingen markant skillnad i svar jämfört med dem som väntade på förlossningen och anser därför inte att detta påverkat studien negativt.

Beroende på respektive mottagningarnas organisation tillfrågades undersökningsspersonerna/ barnmorskorna personligen av författarna eller via en arbetsledande barnmorska.

Barnmorskor som rekryterades representerade tre olika mottagningar i södra Sverige. De hade ett eget intresse av att delta, vilket sannolikt ledde till att intervjuerna blev mer uttömmande och gav en ökad trovärdighet.

Intervjuerna genomfördes under två månaders tid, vilket främjade trovärdigheten och gav författarna tid till reflektion och en fördjupad förståelse för det studerade ämnet (Polit & Beck, 2006). I kvalitativa studier skall författaren eftersträva en så stor variation som möjligt (Polit och Beck, 2006). Majoriteten av deltagarna hade dock en eftergymnasial utbildning. Pappornas ålder representerade tiden då barnafödande är mest förekommande i Sverige, vilket gav en begränsad spridning (Statistiska Centralbyrån, 2013-04-28). Det fanns en större spridning hos barnmorskorna i ålder och erfarenhet. En svaghet i studien kan vara att endast personer som kan tala och förstå svenska inkluderades, vilket inte är representativt för den

studerade populationen. Med utökade resurser skulle även icke-svenskspråkiga undersökningspersoner kunna inkluderas i framtida studier.

En styrka och en ökad trovärdighet i studien var att båda författarna deltog vid alla intervjuer och gav varandra feedback efteråt samt reflekterade över vad som var bra och vad som kunde förbättras till nästa intervjutillfälle. Tillförlitligheten i datainsamlingen uppnåddes genom att den tekniska utrustningens kvalitet var god och intervjutekniken utvecklades allt eftersom. Författarna anser att det stundtals var svårt att hålla sig till endast de öppna frågorna för att få en fortsatt dialog och en uttömmande intervju. En diskussion har förts huruvida en semistrukturerad intervju hade varit mer användbar på grund av ringa erfarenhet av intervjuteknik. Författarna påverkades av respondenternas svar då det inspirerade till nya frågeställningar och tankar i de efterföljande intervjuerna. Detta kan ses som en fördel då det födde nya tankeprocesser och gav en ökad nyfikenhet.

Det eftersträvades att ta in och bearbeta insamlad data så förutsättningslöst som möjligt för att ge en ökad trovärdighet. Då författarnas bakgrund är legitimerade sjuksköterskor samt barnmorskestudenter fanns det en förförståelse. Den främsta förutfattade meningen före studien var att partner till förlossningsrädsla skulle ha en svårare situation än vad som framkom. Förförståelsen, anser författarna, kan dock ses som en tillgång då det underlättar att förstå data och på sätt få en djupare kunskap om det berörda ämnet (Polit och Beck, 2004). Transkriberingen skedde i så nära anslutning till intervjun som möjligt. Båda författarna kodade var för sig och diskuterade sedan gemensamt fram kategorier, se bilaga 7. Tillförlitligheten i studien eftersträvades genom kontinuerligt konsensusförfarande med handledare. Författarna anser att analysen är gjord på ett sådant sätt att den är återupprepar och att samma resultat kan uppkomma om materialet skulle analyseras av en fjärde person.

Diskussion av framtaget resultat

Enligt Fenwick et al (2011) kunde graviditetsbeskedet sätta igång tankar om hur förhållandet skulle komma att påverkas av graviditeten samt även tankar om ekonomin och kvinnans hälsa. Majoriteten av männen i föreliggande studie uppgav i intervjuerna att de gladdes åt graviditeten och att de kände sig otåliga inför barnets ankomst. Vid ett flertal tillfällen fick de

försöka dölja sin otålighet inför kvinnan då de kände att detta var opassande. I detta avseende befinner sig den gravida kvinnan och hennes partner sig i olika känslolägen och det bidrar säkert till att flera av flergångspapporna upplevde graviditeten som allvarsam. Enligt flera barnmorskor i studien är partnern mycket lojal och beskyddande gentemot sin kvinna och det är möjligt att detta återspeglas i föreliggande studie. Möjligen kan negativa tankar om graviditet och förhållandet kännas utelämnande för den intervjuade mannen.

En del av männen hade tidigare negativa förlossningsupplevelser och kände en viss oro inför barnets födelse. Känslan av maktlöshet, otrygghet och upplevelsen av brist på information under förlossningen framkom vilket även beskrivs i Eriksson et al:s (2006) och Johansson et al:s (2012) studier. Det framkom viss oro för barnets säkerhet och tankar kring hur de skulle hantera situationen om känslor av maktlöshet skulle uppkomma igen. Även oro för interventioner uttrycktes, liknande resultat beskrevs även i Hanson et al:s (2009) studie. Författarna anser att postpartumsamtal med både kvinnan och partnern kan hjälpa till att reda ut oklarheter i samband med förlossning. I dagens kliniska verklighet är dessa samtal något som nedprioriteras. Nerdragen föräldrautbildning och större tillgång till internetforum bidrar också till otrygghet inför intervention och synen på den normala förlossningen.

Upplevelser som att barnmorskan inte varit närvarande under en stor del av förlossningen uttrycktes. Författarna anser att en del av dessa brister säkerligen uppkommit på grund av den nerdragna sjukvård vi har idag. Barnmorskan har inte alltid tid att vara hos den födande kvinna och hennes partner i den utsträckning hon skulle vilja, vilket kan upplevas som ett icke respektfullt bemötande. Författarna upplevde att majoriteten av männen i föreliggande studie delvis hade bristande tilltro till vårdpersonal. En del av papporna berättade om att de såg situationen under förra förlossningen som att personalen och paret befann sig i olika läger, som inte arbetade tillsammans. Författarna till föreliggande studie anser att vårdpersonal måste bli bättre på att praktiskt involvera partnern. Att tydligt visa att han/hon är betydelsefull som språkrör för kvinnan och som utgör det viktigaste stödet. Enligt Johansson et al (2012) studie kan partnern få en positiv förlossningsupplevelse om de blir sedda och bemötta med respekt.

Genomgående i föreliggande studie var att männen kände ny styrka efter stödsamtalen och hade en klar bild av hur de ville agera. Deltagarna beskrev även att, i stödsamtalen hade de känt sig sedda och lyssnade till, vilket harmonierar med Johansson et al:s (2012) studie som

visar att pappor som fått göra sin röst hörd upplevde detta som positivt. Papporna antog att personalens bemötande skulle bli mer positivt på grund av att de lagt upp en plan för förlossningen.

I föreliggande studie uppgav flera pappor att graviditeten skulle vara en glädjens tid men att förlossningsrädslan dämpade de positiva känslorna. Mannen påverkades av sin kvinnas oro och om de själva kände oro undvek de att diskutera detta med kvinnan då de inte ville spä på hennes rädsla. Detta stämmer väl överens med tidigare forskning av Hanson et al (2009). I resultatet framkom det att mannen till en förlossningsrädd kvinna får ta emot mycket av hennes ångest. Både männen och barnmorskorna menade att männen påverkades av kvinnas sinnesstämning. Om kvinnan upplevde oro, otrygghet och olust blev hans tillvaro mer allvarsam. Att individer i en parrelation påverkar varandra visade även Ryding och Sundell (2004) och den finska studien av Saisto et al (2001).

En del av männen upplevde det som svårt att känslomässigt stödja sin kvinna. Enligt studien av Hanson et al (2009) skulle detta kunna bero på att kvinnans oro kunde ha en inverkan på partners förmåga att stödja. Män kunde se sin rädsla som ett tecken på svaghet och av denna anledning var det möjligt att en del av de intervjuade männen som uppgav att de inte var förlossningsrädda, de facto var det (ibid). I föreliggande studie framkom det att papporna inte kunde prata med sin kvinna om allt av rädsla för att oroa henne ännu mer, vilket även beskrivs av Eriksson et al (2005). Brist på tid, känslor av olust och känslor av otillräcklighet var andra anledningar som männen uppgav till att dessa samtal inte fördes. Om de inte själva, tillsammans med sin kvinna kunde komma framåt i diskussionen, sågs stödsamtalen som väg framåt.

Både barnmorskor och pappor beskrev att det finns olika former av engagemang och sätt att stödja kvinnan. Det styrks i Persson et als (2011) studie som visade att blivande pappor önskar att ta ansvar och att vara delaktiga redan från graviditetsbeskedet. Av intervjuerna framkom att en majoritet av papporna var engagerade i sin kvinnas problematik med förlossningsrädsla. Att ge sin kvinna stöd var viktigt för partnerna, även om det kunde vara svårt att prata om förlossningsrädslan. Detta stämmer väl överens med Hanson et als (2009) studie.

En del av paren erhöll information om graviditet och förlossning via internet och att denna information kunde skapa rädsla. Detta visade också Salomonsson, et al (2011) studie. Paren blev lugnade av barnmorskorna som kunde bemöta deras oro och redovisa sakliga och korrekta fakta. Att ta del av dessa kvinnors och mäns verklighet på nätet och i övrig media är viktigt då barnmorskor bör kunna bemöta nya frågeställningar från oroliga blivande föräldrar.

Att som vårdpersonal ge mannen/partnern verktyg som gör att han får känna sig mer delaktig är en viktig uppgift. Papporna i föreliggande studie uttryckte inte känslor av utanförskap under stödsamtalen, flera av dem kände sig sedda under samtalen och var positivt inställda. För barnmorskorna var det viktigt att få mannen engagerad och närvarande så att han kunde stödja sin kvinna. Av resultatet framgick det dock att barnmorskorna hade åsikter mannens rätt att vara engagerad i samtalet, då de ibland tyckte att han tog för stor plats. Tankar väcktes hos författarna om hur stor plats mannen egentligen får ta och såg en konflikt i detta.

Barnmorskorna ansåg att de var där för kvinnan och det var främst hennes röst som skulle bli hörd. Riskens finns att detta kan leda till att mannen känner ett utanförskap, då hans känslor och tankar inte får komma fram. Detta i likhet med resultatet av Fenwick et als (2011) och Plantin et als (2011) studier som beskriver känslor av utanförskap i mötet med den antenatala vården. Samtidigt så menar barnmorskorna att det var viktigt att ha partnern delaktig för att få kvinnan med sig. Synen på partnerns roll är att stödja kvinnan och partnerns egen upplevelse av graviditet, förlossning och behov av stöd hamnar i skymundan. Författarna anser att det är viktigt att få partnern att känna sig som mer än endast ett stöd till kvinnan. Han/hon skall även bli sedd som en egen person i mötet.

Halldorsdottir och Karlsdottirs barnmorsketeori

Resultatet har valts att knytas till Halldorsdottir och Karlsdottirs (2011) barnmorsketeori. Halldorsdottir och Karlsdottirs (2011) menar att hjärtat i barnmorskans *professionella arbete är att ge individuell omvårdnad*. Respondenterna upplevde att det var viktigt att förbereda sig. Genom att vara öppen, vara insatt i deras individuella, situation samt visa empati och förståelse kan barnmorskan stödja dem i att bli förberedda inför den kommande förlossningen. Resultatet visade att det var betydelsefullt att skriva en förlossningsplan. Barnmorskan kan visa respekt för parets önskemål genom att våga möta de svåra känslor som finns i samband med förlossningsrädsla och hjälpa paret med förlossningsplanen för att kunna

se framåt. Genom barnmorskans professionella omvårdnad, engagemang och hennes aktiva lyssnade upplevde respondenterna att stödsamtalen gjorde skillnad för kvinnan.

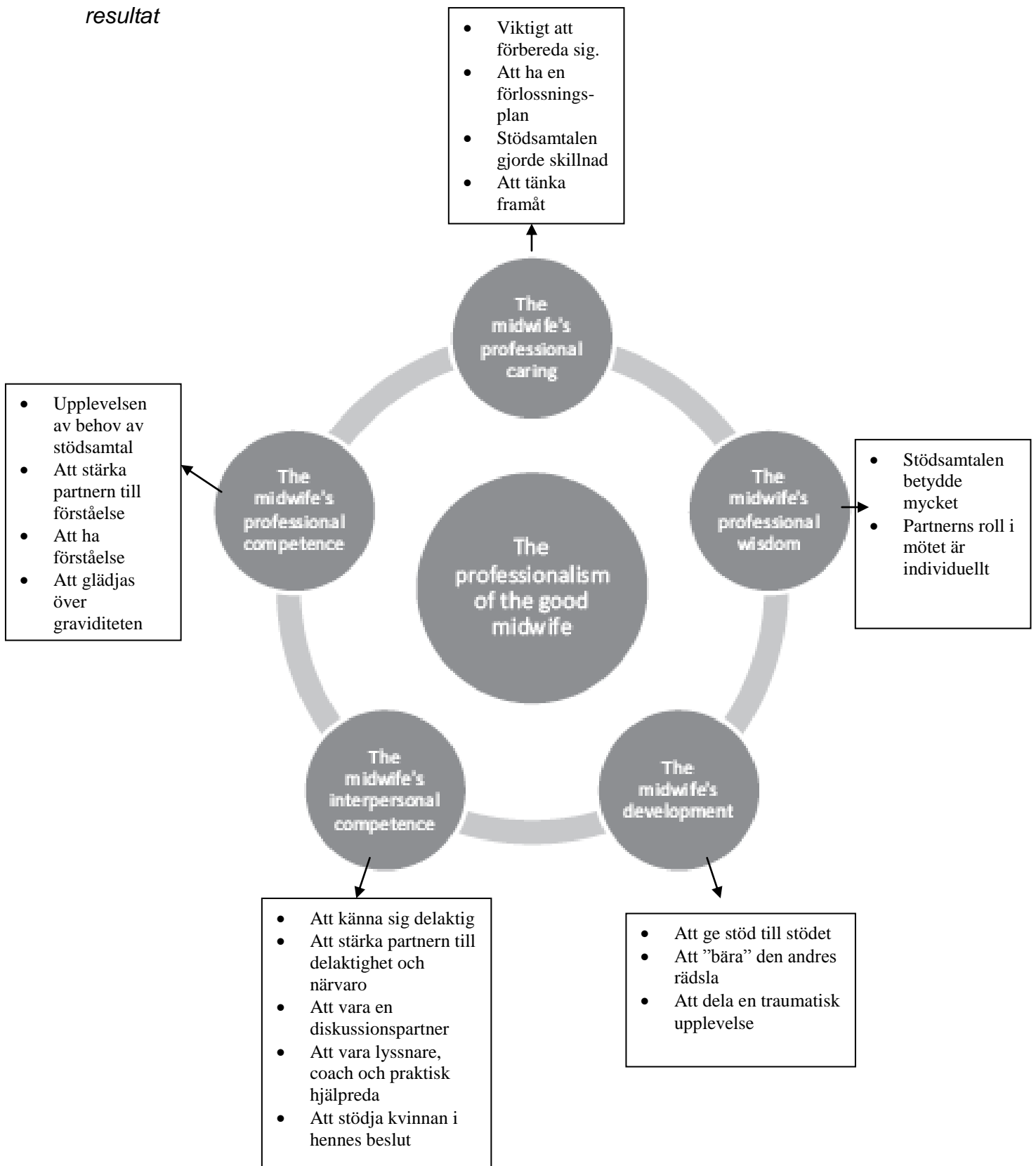
Barnmorskans *kunskap och erfarenhet* beskrivs i vald teori. Det framgick tydligt i resultatet att stödsamtalen betydde mycket för paret. Att barnmorskan genom sin erfarenhet och kunskap, gav paret en känsla av att bli sedda och att bli trygga, men att även i varje nytt möte kunna se till det individuella och på så sätt få ny erfarenhet (Halldorsdottir & Karlsdottirs 2011)

Enligt Halldorsdottir och Karlsdottirs (2011) är barnmorskans *professionella kompetens* primärt för att kunna säkra trygghet för mamman och barnet. Det framkom i intervjuerna att partnern främst önskade att barnmorskan skulle ge trygghet och stödja kvinnan och att de själva inte upplevde behov av stöd. Barnmorskan kan dock med sin kompetens stärka partnern till förståelse. Detta för att skapa en trygg miljö och ett bra stöd till kvinnan. Resultatet visade även att samtalen öppnade upp för en kommunikation inom paret vilket gav partnern en ökad förståelse för kvinnans rädsla. Barnmorskans kompetens kan hjälpa paret att glädjas över graviditeten tillsammans.

Barnmorskans *kompetens i att stärka kommunikationen och att skapa och ha kunskap i mellanmänniska relationer* beskrivs även av Halldorsdottir och Karlsdottir (2011). Genom att veta hur hon kan nå ut till partnern kan hon få han/henne att känna sig delaktig och att stärka partnern till närvaro i stödsamtalen. Barnmorskan skall finnas för att bygga broar mellan sig själv och kvinnan samt skapa kommunikation inom paret. Genom att barnmorskan vet hur hon skall nå ut till paret kan hon ge instruktioner till hur de kan förhålla sig till rädslan. I resultatet framkom det även att partner stöttade kvinnan i hennes beslut. En god kompetens i mellanmänniska relationer kan få paret att öppna upp sig för varandra. Detta för få paret att våga visa sina känslor inför förlossningen och besluten som är tagna.

Halldorsdottir och Karlsdottirs (2011) beskriver även att barnmorskan vet hur hon skall hjälpa sig själv till *personlig och professionell utveckling*. Detta resultat kan få barnmorskan att tänka kring partners situation med en förlossningsrädd kvinna och leda till självutveckling och tankar kring sin profession. Genom att barnmorskan ser till partnerns situation kan hon öka sin egen kompetens i att ge stöd till stödet.

Halldorsdottir & Karlsdottir (2011) barnmorsketeori kopplat till föreliggande studies resultat



Schematisk figur hämtad från Halldorsdottir och Karlsdottir (2011).

Slutsats

Förlossningsrädsla ur partners perspektiv är komplext då det i allmänhet utgör det största stödet för kvinnan samtidigt som de påverkas av hennes rädsla. Partnern till en förlossningsrädd kvinna upplever graviditeten som positiv och att deras främsta roll var att stödja kvinnan på flera olika plan. Tidigare traumatiska händelser inverkar negativt på den nuvarande graviditeten. För att kunna se positivt och finna lösningar var det viktigt att förbereda sig samt att ha en skriven förlossningsplan. Det professionella stödet till kvinnan hade stor betydelse och påverkade indirekt partners vardag positivt. Majoriteten av männen upplevde dock inget eget behov av professionellt stöd. Barnmorskorna såg partners roll i mötet som individuellt och de eftersträvade att göra honom delaktig. De såg partnern som en viktig person i kvinnans liv och att om stödet finns och uppmärksammas så kan förlossningsrädsla minska.

Implikation till förändring

Att se förlossningsrädslan ur ett helhetsperspektiv är av stor vikt för att som vårdgivare kunna ge omvårdnad. Klinisk kan föreliggande studie ses som en hjälp till vårdpersonal inom mödrahälsovård att få ett vidare perspektiv på begreppet förlossningsrädsla. Studien visar att förlossningsrädslan inte enbart påverkar kvinnan utan även partnern. Vårdpersonalen har därför en betydelsefull roll i att stödja paret i att kunna stödja varandra. Föreliggande studie betonar vikten av partners deltagande vid postpartumsamtal. Ytterligare studier är önskvärt för att utforska behovet. Det finns ett behov av större studie med ett mer omfattande urval. Då mer skillnader kan utrönas genom att inkludera partners med utländsk bakgrund samt partners från olika sociala grupper och med olika utbildningsnivå.

Referenser

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics. Fifth Edition.* New York: Oxford University Press.

Boyce, P., Condon, J., Barton, J. & Corkindale, C. (2007). First-TimeFathers´Study: psychological distress in expectant fathers during pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 41*, 718-725.

Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nursing Education Today, 11*, 461-466.

Ellis, J. (2004). Mödrahälsövårdens roll i SFOG (Svensk förening för obstetrik och gynekologi). *Förlossningsrädsla.* (19-23, ARG-rapport nr. 51).

Eriksson, C., Westman, G., & Hamberg, K. (2005). Experiential factors associated with childbirth-related fear in Swedish women and men: A population based study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 26*, 63–72.

Eriksson, C., Westman, G., & Hamberg, K. (2006). Content of Childbirth-Related Fear in Swedish Women & Men- Analysis of an Open-Ended Question. *Journal of Midwifery & Women´s Health, 51*, 112-118.

Fenwick, J., Bayes, S., & Johansson, M. (2011). A qualitative investigation into the pregnancy experiences and childbirth expectations of Australian fathers-to-be. *Sexual and Reproductive Healthcare, 3*, 3-9.

Hallorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 25*, 807-817.

Hanson, S., Hunter, L.P., Bormann, J.R., Sobo, E.J., (2009). Paternal fears of childbirth: a literature review. *Journal of Perinatal Education, 18*, 12–20.

Helsingsforsdeklarationen, 59th. (2008). World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. URL:

<http://www.codex.vr.se/>

Hildingsson, I., Johansson, M., Fenwick, J., Haines, H., & Rubertsson, C. (2013). Childbirth fear in expectant fathers: Findings from a regional Swedish cohort study. *Midwifery, 1*, pp 1-6.

Johansson, M., Rubertsson, C., Rådestad, I., & Hildingsson, I. (2012). Childbirth – An emotionally demanding experience for fathers. *Sexual & Reproductive Healthcare, 3*, 11–20.

Krippendorff, K. (2004). *Content analysis. An Introduction to Its Methodology. Second Edition*. London: Sage Publication.

Liljeröth, P. (2009). *Rädsla inför förlossningen – ett uppenbart kliniskt problem? Konstruktionen av förlossningsrädsla som medicinsk kategori*. (Avhandling för doktorsexamen), Åbo akademi, 2009.

Lundman, B., & Hällgren-Graneheim, U. *Innehållsanalys*. Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (Red.). (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Nieminen, K., Stephansson, O., & Ryding, E-L. (2009) Women's fear of childbirth and preference for cesarean section- a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica, 88*, 807-813.

Persson, E. K., Fridlund, B., Kvist, L. J., & Dykes, A-K. (2011). Fathers' sense of security during the first postnatal week- A qualitative interview study in Sweden. *Midwifery, 28*, 697-704.

Petersson, K., Collberg, P., & Tommingas, B. (2004). Föräldrastöd i SFOG (Svensk förening för obstetrik och Gynekologi). *Mödrhälsövård, Sexuell och Reproductiv Hälsa* (87-95, ARG-rapport nr. 59).

Plantin, L., Olukoy, A. A., & Ny, P. Positive Health Outcomes of Fathers' Involvement in Pregnancy and Childbirth Paternal Support: A Scope Study Literature Review. *Fathering*, 9, 87-102.

Ryding, E. L., & Sundell, G. (2004). Definitioner och diagnostik i SFOG (Svensk förening för obstetrik och Gynekologi). *Förlossningsrädsla*. (7-14, ARG-rapport nr. 51).

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

Salomonsson, B., Alehagen, S., & Wijma, K. (2011). Swedish midwives' views on severe fear of childbirth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2, 153–159.

Socialstyrelsen. (2006). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska.

Statistiska Centralbyrån. URL: http://www.scb.se/pages/pressrelease____331064.aspx (2013-04-28)

Polit, D.S., & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization 6th Edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins.

Premberg, Å., Carlsson, G., Hellström, A-L., & Berg, M. (2011) First-time fathers' experiences of childbirth—A phenomenological study. *Midwifery*, 27, 848–853.

Tsui M. H., Pang M.W., Melander H.L., Xu L., Lau TK., Leung T.N. 2008. Maternal fear associated with pregnancy and childbirth in Hong Kong Chinese women. *Women and health* 44, 79-92.

Waldenström, U., Hildingsson, I., Ryding, E.-L. 2006. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113, 638–646.

Werner, A. (2004). Auroraverksamheten i SFOG (Svensk förening för obstetrik och gynekologi). *Förlossningsrädsla*. (25-30, ARG-rapport nr. 51).

Bilaga 1 (7) – Informationsbrev till verksamhetschef

Vi är två barnmorskestudenter från Lunds Universitet som önskar att få genomföra en studie på Er Irma mottagning i Malmö och Lund. Studien kommer att ingå i vår magisteruppsats. Studiens titel är "Förlossningsrädsla – partners perspektiv – en kvalitativ intervjustudie". Flera studier visar på att stödet och det sociala nätverket är en viktig del för den svårt förlossningsrädda kvinnan. Det finns en mindre mängd forskning om hur partnern upplever sin situation samt hur han/hon finner ork och kraft. Studiens långsiktiga syfte är även att ge personal som arbetar med förlossningsrädsla en ökad förståelse för vilka behov partnern har och vad som kan göras för att ge "stöd åt stödet".

Studien kommer att vara kvalitativ och datainsamling sker genom intervjuer. Urvalet kommer att hämtas från Er mottagning i Malmö respektive Lund. De partners som följer med sin kvinna på samtal kommer att tillfrågas. Vi önskar få komma i kontakt med 15 personer som stämmer in på följande urvalskriterier: svenskspråkig, sammanboende med sin partner, förväntad normal graviditet och förlossning, enkelbörd samt ej tidigare än graviditetsvecka 28. De utvalda personerna kommer att intervjuas enskilt. Intervjuerna kommer att spelas in och sedan transkriberas ordagrant.

Undersökningspersonerna och den inskrivna patienten kommer att få skriftlig information och skriva på samtyckesblankett. Blanketterna inhämtas av oss från Er mottagning och deltagarna i undersökningen kontaktas via telefon. De får även muntlig information vid själva intervjutillfället. De medverkande personernas information kommer att hållas konfidentiell. Deras medverkan är helt frivillig och de kan när som under studiens gång välja att avbryta. Insamlad data förvaras inlåst och otillgängligt för obehöriga.

Vi anhåller om att få hjälp av två ansvariga barnmorskor som arbetar på Er mottagning i Malmö respektive Lund för att välja ut undersökningspersoner enligt ovan angivna urvalskriterier. En skriftlig förfrågan till den som hjälper er att få kontakt med undersökningspersoner bifogas detta brev.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande före den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete i Barnmorskeprogrammet, Lunds Universitet.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Bilaga 2 (7) – Informationsbrev till mellanhand

Vi är två barnmorskestudenter från Lunds Universitet som önskar att få genomföra en studie på Er avdelning. Studien kommer att ingå i vår magisteruppsats. Studiens titel är ”Förlossningsrädsla partners perspektiv – en kvalitativ intervjustudie”. Syftet med denna studie är att belysa partners upplevelse av att leva med förlossningsrädsla och tankar kring stöd. Du tillfrågas om hjälp att få kontakt med partners till kvinnor som går hos er, för deltagande i ovanstående studie.

Flera studier visar på att stödet och det sociala nätverket är en viktig del för den svårt förlossningsrädda kvinnan. Det finns en mindre mängd forskning om hur partnern upplever sin situation samt hur han/hon finner ork och kraft. Studiens långsiktiga syfte är även att ge personal som arbetar med förlossningsrädsla en ökad förståelse för vilka behov partnern har och vad som kan göras för att ge ”stöd åt stödet”.

Studien kommer att vara kvalitativ och datainsamling sker med intervjuer. Urvalet kommer att hämtas från mottagningar för förlossningsrädda i södra Sverige. De partners som följer med sin kvinna på samtal kommer att tillfrågas. Om endast kvinnan kommer på samtal kall hon tillfrågas om hon tror att deras partner kan tänkas delta. Både kvinnan och partnern kommer att få information samtidigt och skriva på samtycke på gemensam blankett.

Vi önskar få komma i kontakt med 10 personer som stämmer in på följande urvalskriterier: svenskspråkig, sammanboende med sin partner, förväntad normal graviditet och förlossning, enkelbörd samt ej tidigare än graviditetsvecka 28. De utvalda personerna kommer att intervjuas enskilt. Intervjuerna kommer att spelas in och sedan transkriberas ordagrant. Då urvalet för intervjuerna ska vara konsekutivt, det vill säga, alla intervjupersoner tillfrågas om att delta i studien tills tillräckligt antal uppnåtts, är vi mycket tacksamma om ni använder medföljande formulär-”Utdelning av information och samtycke”.

Undersökningspersonerna och patienten/kvinnan kommer att få skriftlig information och skriva på samtyckesblankett om att kontakt får tas via telefon. Denna läggs därefter i en försluten låda eller skickas per post. De får även muntlig information vid själva intervjutillfället. De medverkande personernas information kommer att hållas konfidentiell. Deras medverkan är helt frivillig och de kan när som under studiens gång välja att avbryta. Insamlad data kommer att förvaras inlåst och otillgängligt för obehöriga.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Vi anhåller om hjälp av Dig/er att välja ut partner till förlossningsrädda kvinnor enligt våra ovan angivna urvalskriterier.

Om Du har frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Bilaga 3 (7) – Informationsbrev till partnerrespondent

Du som partner till förlossningsrädd kvinna tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Vi är två barnmorskestudenter som vill undersöka partners upplevelse av att leva med förlossningsrädsla. Studien kommer att ingå i vår magisteruppsats. Syftet med denna studie är att belysa partners upplevelse av att leva med förlossningsrädsla och tankar kring stöd.

Flera studier visar på att stödet och det sociala nätverket är en viktig del för den svårt förlossningsrädda kvinnan. Det finns en mindre mängd forskning om hur partnern upplever sin situation samt hur han/hon finner ork och kraft. Studiens långsiktiga syfte är även att ge personal som arbetar med förlossningsrädsla en ökad förståelse för vilka behov partnern har och vad som kan göras för att ge ”stöd åt stödet”.

Intervjun beräknas ta cirka 30-60 minuter och genomförs av oss två. Vi erbjuder plats för intervju alternativt att du själv föreslår plats.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts förvaras materialet i ett år och förstörs därefter.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för Din partners behandling/kontakt med mottagningen. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras. När uppsatsen är färdig kan vi tillgodose att du kan ta del av den.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna samtyckesblanketten och lägga den i den slutna lådan på mottagningen. Vi kommer att ringa dig inom två veckor för att bestämma tid och plats för intervjun.

Studien ingår som ett examensarbete i Barnmorskeprogrammet, Lunds Universitet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller vår handledare.

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om studien ”Förlossningsrädsla- partners perspektiv – en kvalitativ intervjustudie”

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för min behandling.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli kontaktad via telefon om ca 1-2 veckor för att bestämma tid för intervju.

Underskrift av undersökningsperson

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer

Då den gravida kvinnan är patient på mottagningen ber vi även om hennes underskrift:

Underskrift av patient/ partner till respondent

Ort, datum

Underskrift

Bilaga 4 (7)- Informationsbrev till barnmorskerespondent

Du som tjänstgörande barnmorska på mottagning för förlossningsrädsla tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Vi är två barnmorskestudenter som vill undersöka partners upplevelse av att leva med förlossningsrädsla samt hur barnmorskorna ser på partners delaktighet och upplevelse av förlossningsrädsla. Studien kommer att ingå i vår magisteruppsats. Syftet med denna studie är att belysa partners upplevelse av att leva med förlossningsrädsla och deras behov av stöd samt barnmorskornas upplevelse av partners delaktighet och reaktioner i mötet på en mottagning för förlossningsrädsla.

Flera studier visar på att stödet och det sociala nätverket är en viktig del för den svårt förlossningsrädda kvinnan. Det finns en mindre mängd forskning om hur partnern upplever sin situation samt hur barnmorskor ser på partners roll i denna situation. Studiens långsiktiga syfte är att ge personal som arbetar med förlossningsrädsla en ökad förståelse för vilka behov partnern har och vad som kan göras för att ge ”stöd åt stödet”.

Intervjun beräknas ta cirka 30-60 minuter och genomförs av oss två studenter. Vi erbjuder plats för intervju alternativt att du själv föreslår plats.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts förvaras materialet i ett år och förstörs därefter.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för ditt arbete som barnmorska. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras. När uppsatsen är färdig kan vi tillgodose att du kan ta del av den.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna samtyckesblanketten.

Studien ingår som ett examensarbete i Barnmorskeprogrammet, Lunds Universitet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Anna Ekblom
Leg. sjuksköterska
Barnmorskestudent, Lund
0709-784945
E-post:
Bmo12aek@student.lu.se

Pernilla Lindblad
Leg. OP-sjuksköterska
Barnmorskestudent, Lund
Tfn: 0707-284610
E-post:
psyl1pli@student.lu.se

Eva Persson
Leg. barnmorska, Phd
Tfn 046-222 1890
Postadress: Box 157
22 100 Lund
E-post: eva-kristina.persson@med.lu.se

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om studien "Förlossningsrädsla- partners perspektiv – en kvalitativ intervjustudie"

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för mitt arbete som barnmorska.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad.

Underskrift av undersökningsperson

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Bilaga 5 (7) – Intervjuguide partner

Huvudfrågor

Skulle du kunna berätta hur du upplever att leva med förlossningsrädsla? Vad känner du, hur tänker du?

Förståelsefördjupande frågor

- Kan du berätta lite om tiden fram till nu....?
- Berätta gärna lite mer om det där....?
- Skulle du kunna utveckla det lite mer....?
- Hur tänker du....?
- Kan du ge ett exempel...?
- Berätta om dina tankar om att stödja och att få stöd....

Bilaga 6 (7) – Intervjuguide barnmorska

Huvudfrågor

Skulle du kunna berätta hur du upplever partners delaktighet och upplevelse och engagemang i mötena på er mottagning för förlossningsrädda kvinnor?

Skulle du kunna berätta hur du upplever partners reaktioner i samband med mötena på ?

Förståelsefördjupande frågor

- Berätta gärna lite mer om det där...?
- Skulle du kunna utveckla det lite mer...?
- Skulle du kunna ge ett exempel på det du just sa...?
- Hur tänker du kring...?

Bilaga 7 (7) – Kodschema

Tema	Kategori	Under-kategorier	Kod	Citat
Stöd	Att stå bredvid	Att glädjas över graviditeten	Graviditeten upplevdes positiv	<i>””ja, det har ju varit en... en väldigt spännande resa, för, för mig har det nästan bara varit positiv för min egen del liksom” (AP2)</i>
		Att ha förståelse	Att kvinnas rädsla är individuell	<i>”...och hon har ju själv sagt att hon vet att hennes rädsla liksom... att, att det är ju så individuellt...att även fast att miljoner människor, kvinnor har fött barn tidigare, så spelar det inte någon roll... detta är ju hennes grej” (PP2)</i>
		Att dela en traumatisk upplevelse	Känt sig trygg då alla rutinkontroller varit bra	<i>” Det ligger ju i bakhuvudet hela tiden ju...att jag vet ju att hon är nervös. Sen...sen som jag sa så går det ju i ett där hemma så man sätter det väl åt sidan, det gör man” (PP5)</i>
		Att ”bära” den andres rädsla	Vardagen räcker inte till för samtal	<i>”Jag vet inte varför men jag har fått någon känsla... jag har velat hjälpa henne och bara velat hjälpa mer och lösa så att hon inte ska må så dåligt. Så att det har jag ändå känt ganska mycket... jag har känt mig ganska otillräcklig i det” (PP3)</i>
	Ge stöd till kvinnan	Att vara lyssnare, coach och praktisk hjälprea	Att vara en lyssnare och underlätta vardagen	<i>” Nej, men så det är väll coach, peppare ämmm... praktisk hjälprea och ett ökat pappaansvar kanske” (AP4)</i>
		Att vara en diskussionspartner	Att reda ut kvinnans tankar	<i>”Så att i den här graviditen så har det nog varit mer den alltså den... mer har fått komma med en annan vinkel ofta på saker bara för att hjälpa X att komma fram till vad hon vill eller vad hon tycker om olika saker och vara en diskussionspartner på det sättet” (PP1)</i>
		Att stödja kvinnan i hennes beslut	Att ställa in sig på kvinnans önskemål om kejsarsnitt	<i>” ... det är ju jättesvårt att säga så här , om hon, om hon nu har då denna förlossningsrädslan så kan man ju inte säga ” Nä, det har du inte alls det ” (skratt) utan det har man ju, det har man ju fått, det har man fått ställa in sig på, att vill hon då ha kejsarsnitt, så har ju jag då</i>

			<i>sagt att "Det får ju du bestämma" liksom, känner du det så, så är ju det bäst liksom...det, det kan inte jag påverka på det sättet, tyvärr ... nä, det har gått bra" (AP6)</i>
Att finna lösningar	Viktigt att förbereda sig.	Att mentalt veta förlossningsprocessen	<i>" de känner jag att jag ska läsa på nu också eller jag hittade en Youtube- film på det där, en animation av det som är väldigt bra just för att, men jag tror att bara man mentalt vet att: Okej det ligger så nu och den ska göra den här rörelsen så... Att man, jag tror det kan hjälpa en på ett sätt att... på något psykologiskt plan liksom att man vet, man vet helt konkret sen vad det är som händer " (AP4)</i>
	Att tänka framåt	Tankar kring sin roll inför förlossningen	<i>"Nej, men man har ju lärt sig lite nu med tanke på allt man sitter och pratar om... hur JAG ska bete mig kanske. Jag vet vad hon vill att jag får ta kommando om det inte händer någonting. Men det ska ju gå bra och förhoppningsvis har hon papper där det står vad som gäller och att de vet att vi är med i den här gruppen så...Ja, för att allting ska bli bra. Ja, bli bra för X. Så hon inte ska känna någon ångest eller vara rädd eller. Så hon har fullt stöd. Det ska ju vara något bra" (PP5)</i>
	Att ha en förlossningsplan	Att kunna planera	<i>"... det var väl jättebra att, att hon kunde få det så, just att man kunde planera det så väl ändå, så det tyckte jag var jättebra" (AP6)</i>
Få professionellt stöd	Stödsamtalen betydde mycket	Att få hjälp från en tredje part	<i>".. få både svar på lite mer praktiska frågor och också få, bara få prata med en tredje part, tror jag också kan vara bra liksom för att, vi har ju pratat så mycket om det så då kommer man ju in i lite fasta roller så där.... Men det är jätte... kändes bra att möjligheten fanns, det...det tycker jag..."(AP4)</i>
	Att känna sig delaktig	Att känna sig sedd på mötena	<i>"... även om våra besök på mottagningen för förlossningsrådslä väldigt mycket har handlat om X så har inte jag inte varit helt förbisedd där heller" (PPI)</i>

	Upplevelsen av behov av stödsamtal	Att inte behöva samtalsstöd	<i>"Om jag hade behövt liksom eller så där... jag känner inte att... absolut, jag känner inte att jag hade behövt prata med någon om, om det vi gick igenom och så där. Jag har, som sagt, jag har känt mig väldigt lugn hela tiden, så det hade inte gett mig så mycket...faktiskt (AP2).</i>
	Stödsamtalen gjorde skillnad	Att samtalen lett till minskad oro/rädsla	<i>" Och nu märks det på henne, nu VILL hon verkligen att det ska sätta igång. För några veckor sen..jag tror det var innan vi var och pratade där ..så....aahh!....hon sa nog någon dag... hon var lite nervös eller rädd inför att det skulle sätta igång. Men nu är det faktiskt inte så. Nu vill hon att det ska gå igång...Så det är nog viktigt att om man har varit med om något under förlossning och så. Det är nog viktigt att man går och pratar (PP5)</i>
Ge professionellt stöd	Partnerns roll i mötet är individuellt	Att partners roll är olika från person till person	<i>" Väldigt olika faktiskt. De kan va väldigt supportande, tyst supportande. Svarar direkt på frågor om man frågar hur de upplever det, hur de ställer sig inför det här beslutet som kanske ofta kvinnan har tagit. Ibland kan mannen träda in och tala om hur hans kvinna är. Så att det är väldigt olika faktiskt, en del är mycket tillbakadragna och andra, vilket inte är lika vanligt, kan vara lite mer aktiva i samtalet" (PBM5)</i>
	Att stärka partnern till delaktighet och närvaro	Att få paret att arbeta tillsammans	<i>"Dom är ju två, och dom måste vara väldigt ärliga mot varandra och jag måste försöka få ihop dom också på nått sätt så ser jag det. Att ämm, jag måste jobba med partner, får jag upp honom: "åh, äm JAG har en roll och här är det" och så, så följer ju hon med, dom är ju ett par".(ABM4)</i>
	Att stärka partnern till förståelse	Att visa partnern vad rädslan står för	<i>"... jag tror det är viktigt att man får med sig mannen, även om det liksom... ja för att, har man med sig honom på ett samtal, så att han hör vad jag säger, så att han kan stötta henne i det som är rimligt... att man verkligen vågar beta ner eller</i>

			<p><i>liksom beta upp och visa att det är det här, det är det här jag rädd för, det är inte hela förlossningen, det är detta vi kan jobba med då och då kan dom ju prata om det hemma också liksom...jobba med det hemma också” (ABM6)</i></p>
	Att ge stöd till stödet	Att ge trygghet till den som skall stödja	<p><i>”Jo, absolut... det är väl någonting som jag kommer använda när jag fortsätter med det här. Det är just att om partnern är med och man tänker just på det här liksom hur kan man trygga den som är med att ge stöd. Det är ju att prata om de här enkla sakerna, att våga liksom närma sig, att våga vara närvarande och liksom uppmuntra till det med enkla medel och inte göra det så svårt liksom, så krångligt eller att dom ska vara så, så rädda...” (ABM2)</i></p>