



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Aurorabarnmorskors erfarenheter av arbeta med förlossningsrädda kvinnor

En intervjustudie

Författare: Annika Andersson

Handledare: Ingela Sjöblom

Magisteruppsats

Hösten 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Aurorabarnmorskors erfarenheter av arbeta med förlossningsrädda kvinnor

En intervjustudie

Författare: Annika Andersson

Handledare: Ingela Sjöblom

Magisteruppsats

Hösten 2017

Abstrakt

Bakgrund: Förlossningsrädsla är ett omfattande begrepp och det är något som drabbar ca 25% av alla gravida i olika utsträckning. Stödet till dessa kvinnor varierar över landet. **Syfte:** Att belysa Aurorabarnmorskors erfarenheter av att arbeta med förlossningsrädda kvinnor.

Metod: En intervjustudie har tillämpats. Datan är analyserad med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Aurorabarnmorskors erfarenheter är att de möter kvinnan där hon är för att överbrygga hennes rädsla. En del kvinnor är inte villiga att arbeta med sin rädsla och det väcker känslor som frustration och irritation hos barnmorskorna. Verksamheten ser behovet av en stödverksamhet åt förlossningsrädda. Att arbeta som Aurorabarnmorska är lärorikt och barnmorskorna får en ökad självkänedom. **Slutsats:** Aurorabarnmorskor känner stöd från verksamheten för att göra ett gott arbete men samtidigt är deras erfarenhet att verksamheten behöver utökas. Det är lärorikt, roligt och slitsamt att arbeta i Auroraverksamhet.

Nyckelord

Förlossningsrädsla, barnmorska, erfarenhet, stöd.

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde.....	4
Bakgrund.....	5
Perspektiv och utgångspunkter.....	5
Förlossningsrädsla.....	6
Barnmorskans roll	8
Syfte	10
Metod	10
Urval	10
Datainsamling.....	10
Analys av data.....	11
Forskningsetiska avvägningar.....	12
Resultat	12
Att möta kvinnan där hon är	13
Personlig utveckling	15
Stöd från verksamheten	16
Diskussion.....	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion	19
Konklusion och implikationer.....	21
Referenser	22
Bilaga 1 (1).....	24

Introduktion

Förlossningsrädsla är ett problem av varierad grad för ca 25% av alla gravida kvinnor (Ryding, 2014; Lundgren, 2009). Rädslan innebär ett lidande för den gravida kvinnan och hon kan ha svårt att njuta av sin graviditet. I vissa fall är rädslan så stor att anknytningen till det ofödda barnet är hotad (Alehagen, 2016; Ryding, 2014; SFOG, 2017). Det är framförallt kvinnor med psykisk ohälsa i botten som drabbas av förlossningsrädsla men även kvinnor som blivit utsatta för våld. Förlossningsrädsla drabbar även kvinnor som har en tidigare förlossningsupplevelse som på något sätt upplevts traumatisk för kvinnan och hennes partner (Björklund och Almström, 2011; Ryding, 2014). Dessa kvinnor träffar barnmorskor som är specialiserade på förlossningsrädsla där de ges möjlighet att bearbeta sin rädsla. Barnmorskorna som arbetar med förlossningsrädsla ingår i team som ser olika ut över landet. Förutom barnmorskor ingår obstetriker i teamen landet över, därutöver varierar det vilka ytterligare yrkesgrupper som ingår (Ryding, 2014; Larsson, Karlström, Rubertsson och Hildingsson, 2016). Teamen samarbetar för att stötta kvinnorna och kunna hitta en lösning som är anpassad utifrån den enskilda kvinnan och hennes behov.

Problemområde

Kvinnor som upplever en uttalad oro och rädsla inför förlossningen behöver oftare stöttning under sin graviditet inför förlossningen än de kvinnor som känner en mildare oro, som de flesta kvinnor gör (Björklund och Almström, 2011). De kvinnor med en uttalad förlossningsrädsla där mödravårdens resurser inte räcker kan bli erbjudna en samtalskontakt och stöd av förlossningsbarnmorskor med särskild vana av förlossningsrädsla. Stödsamtalen leder ofta till en individuell planering där man i samråd med förlossningsläkare gör upp en plan inför förlossningen (ibid). Det är viktigt att den födande kvinnan kan känna trygghet. Hon påverkas av det fysiska som händer i kroppen i samband med förlossning av sitt barn. Den kraften som hon upplever kan lätt bli skrämmande och förlossningsprocessen främjas inte av att kvinnan känner sig rädd och utelämnad (Alehagen, 2016). I slutet av 80-talet började mer uppmärksamhet ges åt förlossningsrädsla (SFOG, 2017). Utifrån vetenskapen om kvinnans rädsla började vården erbjuda dessa kvinnor ett särskilt omhändertagande både inför och under förlossning samt uppföljning efter. En vanlig benämning på den typen av verksamhet är Auroragrupp som syftar på Aurora, morgondagens gudinna, som kom med ljuset efter nattens

mörker. Namnet på denna typen av team kan heta olika lokalt (ibid). Dock kommer Auroragrupp att användas som begrepp för team vid förlossningsrädsla i föreliggande studie.

I enlighet med International Confederation of Midwives (ICM) är det inom barnmorskans kompetensområde att arbeta för att utveckla samhörighet med kvinnan (Dykes, 2016). Kvinnan och barnmorskan arbetar tillsammans där kvinnans behov är i fokus. Det är såväl psykiska, fysiska, emotionella som andliga behov som ska tillgodoses. I praktiken innebär det att barnmorskan ska stödja och främja de normala processerna i samband med graviditet och barnafödande och att arbeta förebyggande mot dyra och potentiellt skadliga och onödiga interventioner (ibid). I Sverige är det barnmorskor som arbetar i mödrahälsovården, vilket ofta innebär att det är just barnmorskan som identifierar kvinnor med förlossningsrädsla (Alehagen, 2016). Detta leder till att det är barnmorskor i öppenvården som handlägger dessa kvinnor i första steget (ibid). När den hjälp som kan erbjudas på mödrahälsovården inte är tillräcklig kan remiss till särskilda team som arbetar med förlossningsrädsla skickas. Teamen kan bestå av erfarna förlossningsbarnmorskor, obstetriker, psykologer och kuratorer (Ryding, 2014). Konstellationen för teamen varierar över landet enligt Larsson, Karlström, Rubertsson och Hildingsson (2016).

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Fahy, Parrat, Foureur och Hastie (2011) beskriver i sin "Birth Teory" hur viktig roll barnmorskan har för att främja förutsättningarna till en positiv förlossningsupplevelse för kvinnan och hennes partner. Känslan av trygghet är a och o. Det är viktigt att kvinnan känner trygghet såväl under graviditeten som efter förlossningen, och inte minst under själva förlossningsskedet. Varje kvinna har sina referenser för vad som är trygghet. För en del kvinnor är trygghet förenat med medicinsk teknisk utrustning och mycket personal, medan det för andra kvinnor är i hemmet där hon är omgiven av kända människor som skapar trygghet. Som barnmorska har man en viktig uppgift där man tillsammans med varje enskild kvinna och hennes partner skapar denna trygghet som är så viktig. Motsatsen skulle vara rädsla och känsla av otrygghet. Det skapar negativa förutsättningar rent fysiologiskt för den födande kvinnan. Genom att ge kvinnan möjlighet till en plats där hon känner trygghet och är ostörd har hon de bästa förutsättningarna för att hitta sin inre styrka. Detta arbete involverar även andra

professioner såsom läkare och undersköterskor. Som barnmorska är det en fin balansgång att kunna stötta och stärka kvinnan att hitta sin inre styrka och tro på sig själv utan att det övergår i en dominans (ibid). När det misslyckas att skapa känslan av trygghet och säkerhet missgynnas förlossningsprocessen och risken för interventioner ökar (Karlström, Nystedt och Hildingsson, 2015).

Förlossningsrädsla

Förlossningsrädsla är ett vitt begrepp som påverkar kvinnor på olika sätt beroende på i vilken grad de upplever förlossningsrädsla (Alehagen, 2016). Ungefär en fjärdedel av alla gravida kvinnor känner mer än bara oro, en måttlig förlossningsrädsla (Ryding, 2014; Lundgren, 2009). Omkring 6-10 % av alla födande kvinnor upplever en svår förlossningsrädsla, alltså 6000-10 000 kvinnor varje år i Sverige (Alehagen, 2016; Lundgren, 2009). Rädslan brukar delas in i lätt rädsla eller oro, måttlig rädsla och svår eller intensiv förlossningsrädsla. När rädslan är så stor att en kvinna inte vågar bli gravid, eller vill göra abort - om hon inte kan garanteras ett kejsarsnitt, pga sin rädsla talar man om förlossningsfobi (ibid). Det händer dock att dessa kvinnor blir gravida ändå och det blir svårt för dem att se fram emot den nya familjemedlemmen då resan dit präglas av ångest och oro (Alehagen, 2016; Ryding, 2014; SFOG, 2017).

Förlossningsrädsla är först och främst ett problem för den gravida kvinnan och hennes partner (Ryding, 2014; SFOG, 2017; Alehagen, 2016), den kan vara primär och sekundär. Skillnaden är att den primära är förstföderskor som i olika grad känner oro och ångest inför en kommande förlossning. Det har visat sig att förlossningsrädsla är något vanligare hos förstföderskor. De har fått ta del av någon annans erfarenheter, inte sällan från en syster eller sin mamma. Kvinnan bygger upp sin egen bild av hur det kommer att bli utan att någon egen erfarenhet (ibid). Den sekundära är hos omföderskor. Kvinnor som av olika skäl känner oro och ångest inför den kommande förlossningen, ofta relaterat till svåra upplevelser vid tidigare förlossningar, men det kan också vara rotat sen längre tillbaka redan inför första förlossningen (Ryding, 2014). Kvinnor som utsatts för våld kan oftare än kvinnor som inte varit utsatta för våld känna stark oro och ångest inför vad kroppen ska gå igenom (Björklund och Almström, 2011; Ryding, 2014).

Kvinnan kan känna oro inför hur hon ska klara av att hantera smärtan, men även en rädsla inför att inte ha kontroll över situationen. Det kan även vara en stark oro inför att hennes kropp ska

gå sönder i samband med förlossningen. Den förändring det innebär rent fysiskt att föda barn kan kännas helt otänkbar. Det kan vara en oro och rädsla för barnets och kvinnans hälsa. Att någon av dem inte ska klara av påfrestningarna och att då barnet eller kvinnan ska dö. Det finns kvinnor som är rädda för att bli lämnade ensamma, de känner stark oro inför att barnmorskan inte ska vara hos dem tillräckligt och att de kommer att vara lämnade själva när det är dags för barnets födelse (SFOG, 2017; Ryding, 2014; Alehagen, 2016).

Effekterna av kontinuerligt stöd till förlossningsrädda kvinnor undersöktes i en svenska studie där 14 kvinnor som uttalat förlossningsrädsla någon gång till sin barnmorska på barnmorskemottagningen jämfördes med 28 kvinnor som inte uttalat någon förlossningsrädsla (Sydsjö et al. (2015). De förlossningsrädda blev inbjudna två gånger till förlossningsavdelningen, de blev runtvisade och de fick två utvalda barnmorskor som skulle ta hand om dem när det blev dags att föda. De blev även uppmuntrade till att under graviditeten ta kontakt via telefon till någon av sina utvalda barnmorskor om det var något de funderade på eller oroade sig över. De gjorde upp en plan för förlossningen där de kom överens om att någon av de två barnmorskorna skulle närvara vid förlossningen om det inte inträffade fall av sjukdom. Kontrollgruppen hade samma inklusionskriterier som målgruppen med undantag för att de inte uttalat någon förlossningsrädsla. Kontrollgruppen skulle få ett ”vanligt” omhändertagande i sin graviditet och i samband med sin förlossning. Resultat visade att de kvinnor som fått extra stöd under graviditet och förlossning hade ett kortare förlossningsförlopp än kontrollgruppen. De kunde även se att 63 % av de förlossningsrädda kvinnorna blev inducerade jämfört med 11% av kvinnorna i kontrollgruppen (ibid).

Adams, Eberhard-Gran och Eskild (2012) har gjort en studie i Norge där de jämfört sambandet mellan förlossningsrädsla och längd på förlossningsförlopp. De tittade även på utfall av olika interventioner såsom induktion, instrumentell förlossning och kejsarsnitt där de jämförde kvinnor som upplevde förlossningsrädsla och kvinnor som inte upplevde någon förlossningsrädsla. De kvinnor som upplevde förlossningsrädsla hade i genomsnitt ett längre förlossningsförlopp med fler interventioner än de andra kvinnorna. De rädda kvinnorna hade i genomsnitt 1 timme och 32 minuter längre förlossning jämfört med de kvinnor som inte var rädda. Tiden utgick ifrån då de var i aktivt förlossningsarbete (ibid). Vid aktiv förlossning uppfyller kvinnan minst två av de tre kriterier som ingår vid bedömningen, nämligen minst tre värkar på tio minuter, säkerställd vattenavgång och/eller en cervix som är dilaterad > 3 cm (Lindgren, Rehn och Wiklund 2014). En italiensk studie av Molgora et al. (2017) har gjorts,

vars syfte var att studera riskfaktorer för förlossningsrädsla. Urvalet till studien var förstföderskor. De kom fram till att rädslan kan vara såväl oavbruten som delad, då antingen på en lätt nivå av rädsla eller en svår nivå av rädsla. Förlossningsrädslan hos de kvinnor som ingår i studien kan relateras till individen som vid ångestproblematik, eller att det finns ett samband i parrelationen på så vis att en dålig relationen med partnern påverkar kvinnan negativt genom en känsla av otrygghet. Vid klinisk förlossningsrädsla ses endast samband med individen såsom vid depression. Molgora et al. (2017) såg även vikten av att särskilja klinisk rädsla från ett specifikt ångesttillstånd. I en Australiensk studie av Williams, Lago, Lainchbury och Eager (2009) var syftet att undersöka mammors syn på ”caseload midwifery” och värdet av kontinuerligt stöd. Ett team av tre barnmorskor som hade hand om 40 kvinnor vardera där de följde kvinnorna och gav stöd under graviditeten, vid förlossningen och den första postpartumtiden ingick i studien. Kvinnorna uppgav att det kontinuerliga stödet fördjupade den stöttande relationen. Resultatet visade på att kvinnor verkligen vill ha är ett konsekvent stöd från någon de litar på. Kvinnorna uppgav det som en fördel att ha en barnmorska de känner och att de kände sig lugnade av att veta att deras vårdgivare kände och respekterade dem (ibid).

Barnmorskans roll

Enligt SFOG (2017) bör Auroraverksamheten bestå av erfarna förlossningsverksamma barnmorskor som helst har vidareutbildning in samtalsteknik, en eller flera obstetiker med särskilt intresse för psykosociala frågor och om möjligt är det bra att kunna knyta kurator och/eller psykolog samt psykiater till gruppen (ibid). Det kan dock variera över landet hur dessa verksamheter är uppbyggda. Förlossningssjukhusen i Sverige har olika metoder för att stötta dessa kvinnor. Som det ser ut idag är det alltså inte en jämlik vård för alla utan lokala skillnader kan ses enligt en studie av Larsson et al. (2016). I samband med första hantering av remissen bestäms vilken profession kvinnan ska träffa. I första hand träffar de flesta kvinnor en barnmorska som identifierar kvinnans rädsla och behov av fortsatt stöttning medans i vissa fall är det kvinnan själv som tar kontakt. I vissa fall är inte barnmorskans kompetens tillräcklig, det kan då bli aktuellt att träffa förlossningsläkare för att planera förlossningen och i vissa fall är det psykoterapi kvinnan behöver (Ryding, 2014). I de fall där kvinnan är i behov av samtalsterapi skickas remiss till psykolog. Det finns olika skattningsskalor såsom PAS (Pregnancy Anxiety Scale), FOBS (Fear of Birth Scale och DFS (Delivery Fear Scale) som används för att skatta graden av förlossningsrädsla (Alehagen, 2016).

Kvinnor som uttalat rädsla och oro inför sin förlossning blir remitterade av sin barnmorska i öppenvården till ett Aurorateam (Ryding, 2014). Syftet med gruppen är att ge kvinnorna den förberedelse de behöver inför förlossningen genom samtalsstöd och i vissa fall även terapi för att ge dem ökad kunskap och trygghet så att deras förlossningsupplevelse blir så positiv som möjligt (Alehagen, 2016). Enligt Lyberg och Severinsson (2010) som gjort en studie i Norge där syftet var att beskriva förlossningsrädda kvinnors erfarenhet av barnmorskans övervakande och ledande roll i samband med graviditet, förlossning och tiden efter förlossning. I en intervjustudie med 13 kvinnor kom de fram till att barnmorskan skapade en förtroelig relation, de förberedde kvinnorna och gav dem mod. Barnmorskorna visade förståelse och de förklarade varför kvinnan kan uppleva rädsla inför förlossningen (ibid). Enligt SFOG (2017) är Auroraverksamhetens främsta uppgift att förstå och utforska hur kvinnans rädsla ter sig och vad den kan bero på. Att genom samtal förbereda kvinnor med förlossningsrädsla inför födandet och därigenom öka möjligheten till en positiv förlossningsupplevelse oavsett förlossningssätt. Också att ge kvinnan och hennes partner ökad kunskap om förlossningsprocessen, att avdramatisera och ge en realistisk bild av födandet. Auroraverksamheten ska även stärka kvinnans tro och tillit till sin egen förmåga och ge möjlighet att bearbeta en tidigare förlossningsupplevelse (ibid). Kvinnan får ge uttryck för hur hon vill ha det när det är dags, man gör ofta ett så kallat kontrakt där man planerar inför förlossningen. De barnmorskor som ingår i Aurorateam har lång erfarenhet inom förlossningsvården. Vanligtvis träffar kvinnan en barnmorska vid 2-4 tillfällen för samtal. Om barnmorskan där bedömer att det inte är tillräckligt, remitterar hon vidare då hon bedömer om kvinnan behöver hjälp av psykolog, kurator eller psykiater (Ryding, 2014).

Vanligtvis är det barnmorskan som jobbar i mödravården som har den första kontakten med kvinnan (SFOG, 2017). Utifrån samtal kan barnmorskan anpassa informationen och stöttingen efter de individuella behoven som framkommer. Det handlar till stor del om att normalisera ett förlossningsförlopp och att stärka kvinnan och ge henne styrka till att våga lita på sin egen förmåga att föda barn. Informationen och stöttning ser annorlunda ut beroende på om det är en förstföderska eller omföderska barnmorskan har framför sig (ibid). Många gånger ingår det ett studiebesök på förlossningsavdelningen där kvinnan ges möjlighet att träffa personal som arbetar på förlossningen och hon får även möjlighet att se hur lokalerna ser ut (Ryding, 2014).

Syfte

Syftet var att belysa Aurorabarnmorskors erfarenheter av att arbeta med förlossningsrädda kvinnor.

Metod

Metoden som använts är kvalitativ intervjustudie då den lämpar sig för studiens syfte (Lundman & Hällgren Granheim, 2012). Genom intervjuerna gjordes ett försök att förstå det komplexa hos medlemmar av en grupp (Webb, 2015). Vid semistrukturerade intervjuer vet undersökaren vad den vill fråga men kan inte förutse svaret (Polit & Beck, 2008). I föreliggande studie har en öppen fråga ställts till samtliga deltagare och därmed blir intervjuerna semistrukturerade. För att undersökaren säkert ska få svar inom ämnet som denne avser undersöka kan en intervjuguide användas där undersökaren har en viss struktur men deltagaren har det inte. Intervjuarens uppgift har varit att uppmuntra deltagaren att prata fritt i ämnet och att berätta med egna ord (ibid). En kvalitativ innehållsanalys fokuserar på tolkning av texter, metoden är applicerbar på olika slags texter och tolkningen kan ske på olika nivåer vilket gör den användbar inom olika forskningsområden (Lundman & Hällgren Granheim, 2012). Innehållsanalysen har sina rötter i den kvantitativa ansatsen vilket betyder att det går att arbeta med innehållsanalys på flera sätt (Danielson, 2012).

Urval

Inklusionskriterier till studien var att de skulle vara barnmorskor som arbetar i Aurora-verksamhet och att de samtalat med fem kvinnor eller fler. Av praktiska skäl har Skåne utgjort den geografiska avgränsningen.

Datainsamling

Kontakt togs med verksamhetschefer/enhetschefer inför studien för att få tillstånd att genomföra den. Därefter togs kontakt via telefon med barnmorskor på förlossningsavdelningar från tre sjukhus i södra Sverige. Därigenom erhöles kontaktuppgifter till barnmorskorna i Auroraverksamheterna på vardera sjukhus. Alla medarbetare i Auroraverksamheterna på de aktuella sjukhusen gavs möjlighet att delta. De erhöles ett informationsbrev där studiens syfte framgick och en samtyckesblankett via mail. Vidare planering för var och när

genomförandet av intervjuerna skulle ske gjordes via mail och telefon i samråd med studiedeltagarna (Danielsson, 2012). De var 10 barnmorskor som anmälde sitt intresse för att delta där åtta intervjuer genomfördes varav fem intervjuer genomfördes vid fysiska möten och tre intervjuer genomfördes via telefon. Två barnmorskor valde av tidsskäl att avstå.

Data till studien samlades in med hjälp av intervjuer där en intervjuguide användes för att hålla viss struktur på intervjuerna (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Intervjuerna inleddes med en öppen fråga: Skulle du vilja berätta om din erfarenhet av samtal med kvinnor med förlossningsrädsla?, och följdes av klargörande frågor såsom: Kan du utveckla detta lite mer? På vilket sätt? Intervjuerna tog mellan 33 och 67 minuter, spelades in och transkriberade. Deltagarna upplystes om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att de behövde uppge någon anledning. Intervjuerna spelades in och transkriberade därefter ordagrant (Lundman & Hällgren Granheim, 2012). Deltagarna som ingår i studien har i genomsnitt 5,28 års erfarenhet av att arbeta i Auroraverksamhet, medianvärdet är 3 år. Den barnmorska med kortast erfarenhet har arbetat i tre månader i Auroraverksamheten respektive 20 år har den barnmorska som arbetat längst.

Analys av data

Den text intervjuerna genererade har analyserats utifrån kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Det vill säga förutsättningslöst, baserat på deltagarnas berättelser enligt Lundman och Hällgren Granheim (2012). Texterna har kondenserats på meningsbärande enheter som därefter skrevs ned och frambringade då sammanfattande texter där endast det som svarar till syftet inkluderats. Dessa texter bearbetades därefter på nytt för att identifiera likheter och skillnader i de olika berättelserna. Dessa meningsbärande enheter markerades med färgpenna, därefter transkriberades de nya texterna för att återigen bearbetas i utskrivet format. Den kondenserade texten innehåll likheter och olikheter som kunde särskiljas genom att de markerades med olika färger. De meningsbärande enheter som hade samma färg efter identifieringen bildade underkategorier som sedermera sorterades under övergripande kategorier. Ingen data som svarar på syftet har utelämnats (ibid). Processen finns exemplifieras i tabell 1.

Tabell 1 beskriver analysprocessen

Meningsbärande enheter	Kondenserade meningsbärande enheter	Underkategorier	Kategorier
Det är tungt ibland, eh, är det för eh det tar ju tid, nu har vi fått avsatt mera tid för önskvärt är ju att träffa de här kvinnorna med inte så långa intervall	Vi har fått mer tid avsatt, det är önskvärt att träffa kvinnorna med inte så långa intervall.	Att arbetet prioriteras av verksamheten	Stöd från verksamheten

Forskningsetiska avvägningar

För att skydda deltagarna tillämpades principerna om autonomi, göra gott och icke skada enligt Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration (WMA, 2013). Hänsyn togs till det grundläggande individskyddskravet genom att följa informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet samt anonymitetsprincipen. Deltagarna gav samtycke till att delta efter att de fått såväl muntlig som skriftlig information angående studiens syfte. Författaren har samråd med deltagarna reflekterat över eventuella etiska dilemma som skulle kunna uppstå under studiens gång och därmed försökt att skapa en ömsesidig och respektfull relation till deltagarna (ibid). Studien har föregåtts av godkännande från Vårdvetenskapliga etiknämnden, VEN 83-17, 2017-10-03.

Resultat

De huvudsakliga resultaten från föreliggande studie beskriver Aurorabarnmorskornas förutsättningar för att kunna ge kvinnor med förlossningsrädsla det stöd de behöver inför sin förlossning. Det handlar om att möta kvinnan där hon är. Barnmorskorna ger även uttryck för de känslor som kan uppstå när målet med att stötta inte uppnås, där kvinnan är fast besluten om att det inte är något hon är beredd att bearbeta. Barnmorskorna som ingått i studien uppger även värdet av att verksamheten ser behoven av team som arbetar med förlossningsrädda kvinnor. Arbetet med dessa kvinnor leder till en ökad självkänedom som innebär såväl frustration som en känsla av personlig utveckling. Det sammantagna resultatet kom att innefattas av tre huvudkategorier och sex underkategorier som beskrivs i tabell 2 nedan.

Tabell 2

Huvudkategorier	Underkategorier
Att möta kvinnan där hon är	Att kunna överbrygga rädslan Att inte nå fram
Personlig utveckling	Ökad självkänedom Att få en annan syn på sitt arbete
Stöd från verksamheten	Att arbetet prioriteras av verksamheten Behov av mer tid och utbildning

Att möta kvinnan där hon är

Barnmorskornas mål med samtalen är att de tillsammans med kvinnan ska planera för hennes förlossning utifrån hennes rädslor och behov för att kvinnan och hennes partner ska få en så positiv förlossningsupplevelse som möjligt. Aurorabarnmorskorna i föreliggande studie upplever att de oftast lyckas ge kvinnan det stöd hon behöver för att känna lugn och trygghet inför födandet. Det är dock inte alla kvinnor de når fram till, där hon av olika anledningar inte kan tänka sig att bearbeta sin rädsla och där endast kejsarsnitt är ett alternativ för henne. Barnmorskorna ger uttryck för en viss frustration vid dessa möten.

Att kunna överbrygga rädslan

Målet med samtalen är att hjälpa kvinnorna att bearbeta sina rädslor och att det ska generera till en positiv förlossningsupplevelse. I vissa fall är det ett kejsarsnitt som är det bästa alternativet för kvinnan men i de flesta fall, tror barnmorskorna som ingår i studien, att det är vaginal förlossning som är det bästa för henne och barnet. För att en kvinna ska våga föda sitt barn vaginalt krävs det att hon känner sig lugn och trygg inför uppgiften vilket många av Aurora-barnmorskorna upplever att de lyckas med. Viss rädsla och oro är normalt men den ska inte ta över hennes vardag och riskera att hon får svårigheter med anknytningen till barnet. Utifrån det individuella behovet möts varje kvinna på en unik nivå. Barnmorskorna i studien uppger att de i genomsnitt träffar dessa kvinnor två gånger inför deras förlossning. Många av kvinnorna med förlossningsrädsla är lugnade efter ett samtal med en barnmorska inom Aurora, där de ges möjlighet att träffa personalen som arbetar på förlossningen och se ett förlossningsrum. För andra kvinnor krävs det mer, där hjälper kvinnan genom att lägga upp en individuell plan eller slussa henne vidare till läkare för att upprätta ett kontrakt. En plan utformar barnmorskan tillsammans med kvinnan, hon sätter ord på vad den ska innehålla. De flesta gånger handlar det om att få information och att känna sig delaktig i förlossningsprocessen, att få adekvat smärtlindring, närvaro av personal, att perinealskydd används, detta är något som

barnmorskorna upplever som lätta behov att tillfredsställa hos kvinnorna. Många gånger räcker det för barnmorskan att bekräfta kvinnan, att normalisera hennes tankar och känslor.

Det är ju oftast ganska primära behov som ska tillfredsställas. Att bli lyssnad på, att få berätta och få bekräftelse, att få känna att här finns det tid för mig, att jag kan få berätta min historia. Sen någon som faktiskt vill lyssna på vad jag har att säga. Jag tror man kommer långt med ett närvarande möte. Intervjudeltagare 1.

En del kvinnor, framförallt omfödelskor där en tidigare förlossning lett till deras förlossningsrädsla, behöver något utöver en förlossningsplan. De behöver ett löfte om att förlossningen ska kunna avslutas med ett kejsarsnitt om hon inte klarar av att fullfölja det förlossningsarbete hon är i, uppger barnmorskorna i studien. Det kan också vara att kvinnan får ett löfte om att inte behöva gå över en viss vecka, att hon blir inducerad om hon inte kommit igång spontant. Barnmorskan har verktyg i form av födelseplaner som de kan upprätta tillsammans, och kontrakt som hon i samråd med läkare kan skapa när hon möter kvinnor som inte går att lugna endast med hjälp av samtal. Det kan vara kvinnor som fött stora barn tidigare och har en rädsla för att det väntade barnet ska bli ännu större och att det då ska leda till större bristningar hos kvinnan. Kvinnor som fött väldigt snabbt tidigare önskar ibland att bli inducerade för att de ska känna tryggheten i att vara på plats på förlossningsavdelningen när hon ska föda. Det ser lite olika ut för vad som krävs för att kvinnan ska våga gå in i en vaginal förlossning enligt barnmorskorna som ingår i studien.

Att inte nå fram

Det är inte alla gånger som Aurorabarnmorskorna når fram till kvinnan. En del kvinnor är fast beslutna om att de vill ha ett kejsarsnitt.

Så att de är inte villiga till samtal och du har inte nån typ utav ingång till ett samtal, och de är svåra. Och dem, där blir man frustrerad då man lägger ner sin tid, när man lägger ner liksom att motivera detta detta detta stöd kan vi ge, och vi bor i ett land där vi har en bra förlossningsvård. Intervjudeltagare 6.

Det finns olika anledningar till att kvinnan inte kan tänka sig att föda vaginalt. Dessa mötena är, enligt barnmorskorna som ingår i studien, speciellt svåra då barnmorskorna inte alltid kan hitta någon ingång till att samtala då kvinnorna och deras partner är fast beslutna om kejsarsnitt. En del av barnmorskorna som ingår i studien uttrycker en frustration i dessa mötena

då kvinnorna trots information om för- och nackdelar, med kejsarsnitt respektive vaginal förlossning, inte kan tänka sig att bearbeta sin rädsla. Kvinnorna hävdar sin rätt att bestämma över den egna kroppen och att det är hennes beslut om hur hon vill föda sitt barn. Det är ofta ett kontrollbehov som ligger till grund för kvinnornas inställning. Det har inget med barnmorskan att göra men det väcker känslor i henne, känslor som irritation och frustration men också maktlöshet. Dessa kvinnorna är en utmaning, det är flera av Aurora-barnmorskorna som ingår i studien överens om.

Personlig utveckling

Mötena och samtalen med de förlossningsrädda kvinnorna gör att barnmorskorna utvecklas väldigt mycket som personer. De lär sig hur de vill arbeta som barnmorskor men de får även upp ögonen för hur mycket en del människor går igenom i sina liv, vilket leder till en ödmjukhet inför andra människors upplevelser, uppger barnmorskorna som ingår i studien. De menar att det vi bär med oss syns inte utanpå.

Ökad självkännedom

Mötena kan vara såväl provocerande som lärorika och roliga. Det är många livsöden som passerar och det gör någonting med Aurorabarnmorskan. Barnmorskorna som ingår i studien uppger att de inte alltid är beredda på vad kvinnan har att berätta, men det är det som gör det så spännande och unikt att möta kvinnorna där de befinner sig. Det väcker många känslor och barnmorskorna möter sina egna rädslor då de jobbar så nära människors känslor. Aurorabarnmorskors självbild kan ändras i mötena med dessa kvinnor då känslor de inte trodde de skulle känna uppstår. Barnmorskorna kan se nya oväntade sidor och reaktioner hos sig själva som de kan känna att de behöver jobba med.

Jag har även sett sidor hos mig som jag inte trodde att jag hade, som jag får jag får arbeta med och det är super utvecklande när man ser att oj, tänkte jag så här? Det var ju inte likt mig, det trodde jag inte om mig. Intervjudeltagare 4.

Att få en annan syn på sitt arbete

Samtalen blir som en utbildning för barnmorskan. Barnmorskorna upplever att samtalen ger en ökad respekt och förståelse för kvinnor, detta leder till att de kan stötta dem på ett annat sätt vid förlossning. Barnmorskorna har även fått insikt i att det i praktiken utförs saker som i deras ögon är okej, men för kvinnan är det helt fruktansvärt. Samtalen är lärorika och givande, det

ena samtalet är inte det andra likt vilket gör det roligt och utmanande. Barnmorskorna i studien upplevde att de växte som människor av att samtal med förlossningsrädda kvinnor.

Samtalen ger ju mig definitivt en ökad förståelse för kvinnor, och att man kanske kan stötta dem på ett annat sätt under förlossningen när man har dem i samtal också.

Intervjudeltagare 7.

Barnmorskorna nämner att det är kan vara svårt att samtala då det inte finns någon mall de kan följa då varje möte med kvinnorna är unikt och samtalen styrs utifrån kvinnans behov och rädslor.

Stöd från verksamheten

Resultatet visar att stödet till Auroraverksamheten på kvinnoklinikerna är gott och att alla barnmorskor som ingår i studien har fått viss utbildning i samtalsmetodik och får även tid avsatt till arbetet med de förlossningsrädda. Barnmorskorna som ingår i studien uppger dock att deras upplevelse är att de behövs ytterligare tid och resurser till verksamheten.

Att arbetet prioriteras av verksamheten

Barnmorskorna som intervjuats har fått utbildning i Motiverande samtal, MI, alla får handledning med jämna mellanrum, ungefär en gång per månad. Handledaren är en psykolog som anlitas externt. Handledningen ger möjlighet att diskutera fall som känns svåra. Tillsammans med gruppen och handledaren ges barnmorskorna möjlighet att bearbeta de tunga mötena som det innebär att samtala med förlossningsrädda kvinnor.

Utöver MI-utbildningen och handledningen skiljer det sig något mellan barnmorskorna vad de har för utbildning. En del av barnmorskorna har utbildning i KBT och en del har utbildning i Mindfulness, en del har en Profylaxutbildning. Barnmorskorna ges även möjlighet till stöttning i form av samtal med chefen vid behov. Aurorabarnmorskorna upplever att verksamheten prioriterar arbetet med förlossningsrädda kvinnor. Det har inte alltid varit så men det har blivit bättre på senare tid. Det beror delvis på hur Aurorateamen varit drivande för att få utökad tid och möjlighet till fortbildning och delvis på hur deras närmsta chefen ser på verksamheten. Barnmorskorna nämner även betydelsen av att regeringen avsatt medel till verksamhet för förlossningsrådslor, att det ligger i tiden att prioritera denna grupp av kvinnor.

Jag har i alla fall gjort så och några med mig, att man sätter in tid efter jobbet och tar nån timme till när det inte finns utrymme och det har vi fått tillåtelse att göra. Vi är fyra stycken nu och jag tror ändå att det är ett bra antal men däremot mer tider, och det har vi ju just fått upp att man kan känna att man har den tiden mer eh till om det skulle vara så och det är ju önskvärt så det är väl det man känner. Intervjudeltagare 5.

Behov av mer tid och utbildning

Trots att Aurorabarnmorskorna fått mer tid till verksamheten ser de att det inte är tillräckligt. De upplever att de inte hinner med kvinnorna i så stor utsträckning som de önskat samtidigt som de upplever att de inte skulle orka avsätta ytterligare tid då detta är en krävande grupp människor. Kraften och den egna orken är begränsad uppger barnmorskorna. Det skulle därför vara önskvärt enligt flertalet barnmorskorna som ingår i studien att fler barnmorskor rekryteras till verksamheten. Den utökade tiden de fått behöver även användas till administration. Flera av barnmorskorna bokar in samtal efter arbetstid för att få tiden att räcka till för att ge det stöd kvinnorna behöver.

Jag tror att vi alla känner att vi vill ha mer utbildning i amen samtal och KBT och så, för att många av oss tycker att det är väldigt roligt att hjälpa kvinnorna liksom.
Intervjudeltagare 8.

Diskussion

Metoddiskussion

Som datainsamlingsmetod är intervjuer lämpligt för att få en förståelse av fenomen eller situationer (Danielson, 2012). Urvalet av deltagare har skett enligt ett lämplighetsurval då studien inriktar sig på en homogen grupp, Aurorabarnmorskor, där syftet var att få insyn i denna. För intervju med öppna frågor bör ca 20 deltagare ingå enligt Danielson (2012). I föreliggande studie ingår endast åtta deltagare vilket minskar möjligheten till varierad erfarenhet och upplevelse av det studerade ämnet (Danielson, 2012; Lundman och Hällgren Graneheim, 2012). Fler deltagare hade ingått i studien om det funnits mer tid till genomförandet. Det ursprungliga antalet var tio deltagare men två av dessa blev dessvärre tvungna att avstå på grund av tidsbrist. Att välja 5-6 personer kan ge begränsad information vid

innehållsanalys. För mindre datamängd som ett antal intervjuer är det dock lämpligt att göra en kvalitativ innehållsanalys (Danielson, 2012).

Enligt Polit och Beck (2008) finns det framförallt tre stora utmaningar när man gör en kvalitativ innehållsanalys. För det första finns det inte några universella regler för hur analysen ska gå till, något som även Lundman och Hällgren Ganeheim (2012) styrker. För det andra är ett omfattande arbete nödvändigt, vilket varit begränsat i denna studien då tidsbristen dessvärre varit ett faktum. Det tredje är att finna balans i all data som ger en sammanfattning av det som svarar till syftet (Polit & Beck, 2008). Då det endast är åtta barnmorskor som ingår i studien är det ett begränsat material som ligger till grund för en rättvis bild av deras erfarenheter, som trots allt svarar till syftet. I sammanhanget bör dock nämnas, att det föreligger en begränsning av hur många barnmorskor som arbetar inom studerad verksamhet. Det är därmed ett faktum att oavsett tillgång på tid är tillgången på informanter begränsad.

Till intervjuerna användes en intervjuguide då fördelen med det är att intervjun kan stramas upp med frågor om det väsentliga inom tidsramen som finns. Intervjuguiden är endast ett stöd till intervjuaren. Om tiden räckt till hade det varit lämpligt att genomföra en pilotstudie för att kunna utvärdera instrumentet och på så vis göra nödvändiga justeringar (Danielson, 2012). Intervjuguiden innehöll en öppen fråga och det visade sig att den frågan i vissa fall relaterat till hur respondenterna tolkade frågan ledde till mer eller mindre följdfrågor (Danielson, 2012). Det i sin tur har påverkat resultatet då författarens aktiva deltagande blivit mer i vissa intervjuer än andra. Resultat från en studie med kvalitativ innehållsanalys kan inte generaliseras men det kan vara överförbart till liknande kontext som avser grupper eller situationer (ibid).

Trovärdigheten i resultatet ökar då texternas innehåll granskats av en handledaren som är väl insatt i såväl ämnet som i forskning. Handledaren har tillsammans med författaren granskat texterna för att se att såväl underkategorier och kategorier överensstämmer med texternas innehåll (Lundman & Hällgren Granheim, 2012). En annan styrka i arbetet är att all datainsamling och analysprocessen är genomförd av en och samma person vilket innebär att alla intervjuer är genomförda på samma vis vilket ökar tillförlitligheten i resultatet (ibid).

Resultatet kan vara präglad av författarens förståelse då vår förståelse inkluderar såväl teoretisk kunskap och tidigare erfarenheter, som förutfattade meningar (Lundman & Hällgren Granheim, 2012). Det som påverkar våra tolkningar är ofta något omedvetet vilket gör det än

svårare att ha i beaktande då resultatet av studien bearbetas fram (ibid). Vilken förståelse som genomsyrar resultatet av denna studien är på så vis ovisst för författaren.

Resultatdiskussion

Syftet var att belysa Aurorabarnmorskors erfarenheter av att arbeta med förlossningsrädda kvinnor. Av resultatet framgår det att Aurorabarnmorskorna i föreliggande studie upplever att de får stöttning från verksamheten för sitt arbete med förlossningsrädda kvinnor. Det är en klar skillnad i att vara nöjd och tacksam för den stöttning man får, och att det faktiskt innebär det samma som att det är tillräckligt, med tanke på resultatet i föreliggande studie. Barnmorskorna uttrycker att verksamheten stöttar genom att avsätta tid och att de får handledning med jämna mellanrum. Barnmorskorna tycker att det är värdefullt och lärorikt att få handledning då de ges möjlighet att ta del av varandras erfarenheter av att hantera svåra situationer som kan uppstå i mötet med kvinnorna och hennes partner. I en svensk studie av Salomonsson, Wijma och Alehagen (2008) har även de kommit fram till att det upplevs värdefullt av barnmorskorna som ingick i deras studie, att få möjlighet att diskutera ämnet med andra barnmorskor. Det framkommer av denna studien att barnmorskorna önskar att de fick mer tid till handledning och de önskar även mer utbildning i samtalsmetodik. De vill fördjupa sin kunskap för att kunna hjälpa kvinnorna ännu bättre. Mer utbildning, mer tid och mer resurser var önskvärt men även ett samarbete med såväl andra professioner som med barnmorskor i öppenvården var önskvärt av de barnmorskor som ingår i studien av Larsson et al. (2016).

Barnmorskorna i föreliggande studie upplever att de får tillräckligt med stöd från verksamheten för att göra ett gott arbete i Auroraverksamheten. Ändå uppger samtliga respondenter att det hade behövts utökas på något sätt, antingen genom mer avsatt tid för vardera barnmorska eller genom rekrytering av fler barnmorskor till verksamheten.

Alla barnmorskor i föreliggande studie delger att det många gånger är bristande närvaro från barnmorskan i samband med tidigare förlossning som ligger till grund för den sekundära förlossningsrädslan. I en avhandling av Larsson (2017) där syftet bland annat var att undersöka kvinnor med förlossningsrädsla som fått samtalsstöd i Auroraverksamhet inför sin förlossning. Resultatet visade på att kvinnorna som fått kontinuerligt stöd från barnmorska före och under förlossningen hade en positiv erfarenhet av sin förlossningen. Larsson (2017) kunde dock dra

slutsatsen att det behövs mer forskning kring Auroraverksamhet för att på så vis utveckla stödet åt kvinnorna. Auroraverksamheter är enligt Larsson (2017), skapade utan föreliggande studier för hur de skulle utformas, varför vi kan se stora lokala skillnader i såväl konstruktion av verksamhet som i hur utbrett stödet för kvinnorna är över landet. Det kan tänkas att verksamheten kunnat förhindra att kvinnor drabbas av förlossningsrädsla relaterat till bristande närvaro från sjukvårdspersonalen. Genom att införa så kallad one to one-metod, vilket innebär att en och samma barnmorska, så långt det är möjligt, har ansvar för den förvård kvinnan får i samband med graviditeten, barnmorskan är även med vid förlossningen och därefter följande eftervård av kvinnan och hennes familj. Detta skulle därmed även skapa en bättre arbetsmiljö för barnmorskor, men framförallt skona kvinnorna från en dålig förlossningsupplevelse relaterat till bristande stöd från barnmorskan skulle vara att föredra. I en kinesisk studie av Gu, Zhang och Ding (2009) där syftet var att studera kontinuerligt stöd från barnmorskor till gravida kvinnor under graviditeten, förlossningen och närmsta tiden efter förlossningen, kom de fram till att en s.k. one-to-one metod är det som är midwife, att vara med kvinnan. Barnmorskan blir en viktig person för kvinnan och till stor hjälp. Barnmorskorna gavs möjlighet att förmedla sin teoretiska och praktiska kunskap till kvinnorna i processen av barnafödandet. Även Salomonsson et al. (2008) menar att det är en stor fördel om det är samma barnmorska som har hand om kvinnan såväl under graviditeten som vid förlossningen.

Resultatet av föreliggande studie bekräftar precis det Fahy, Parrat, Foureur och Hastie (2011) tar upp i sin barnmorsketeori "Birth Theory" angående de bästa förutsättningarna i samband med förlossning. Nämligen betydelsen av trygghet och kontinuerligt stöd från barnmorskan. Detta kan även styrkas av Salomonsson et al. (2008) då de menar att kvinnor med förlossningsrädsla behöver mer eller mindre kontinuerligt stöd och uppmärksamhet från barnmorskan under förlossning, vilket gör det svårt att ta hand om mer än en kvinna åt gången. Att överbrygga rädsla genom att skapa tillit och en omhändertagande relation mellan den gravida kvinnan och barnmorskan är av stor vikt, vilket är i enligt Lyberg och Severinsson (2010) men även ett huvudfynd i föreliggande studie. Lyberg och Severinsson (2010) menar även att det utan tvekan är, att ge kontinuerligt stöd anpassat till den individuella kvinnan, utifrån hennes behov som är det bästa. Det ger den förlossningsrädda kvinnan mod att föda vaginalt. Karlström et al. (2015) menar även de, att barnmorskan är den som ska stötta kvinnan genom graviditet och förlossning. Barnmorskans uppgift är att informera och att ingjuta hopp till kvinnorna men också att ge verktyg för att anta utmaningen av födandet, något som även föreliggande studie kom fram till.

Konklusion och implikationer

Barnmorskor i Auroraverksamhet upplever gott stöd från verksamheten. De har en del utbildning i samtalsmetodik och får handledning kontinuerligt. Deras erfarenhet är dock att arbetet med förlossningsrädda kvinnor är tungt och krävande. Det är begränsat för hur mycket man orkar som barnmorska inom denna verksamhet. Det är därför nödvändigt att rekrytera fler barnmorskor till verksamheterna snarare än att avsätta mer tid åt de redan befintliga barnmorskorna.

Referenser

- Adams, SS., Eberhard-Gran, M. & Eskild A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *The Authors BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2012 RCOG* (s.1238-1246). doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x
- Alehagen, S. (2016). Förlossningsrädsla. H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde* (s.407-415). Lund: Studentlitteratur AB.
- Björklund, U. & Almström, E. (2011). Graviditetens psykologi, psykosocialt arbetssätt och psykisk ohälsa. K. Marsál & L. Grennert (Red.), *Obstetrisk öppenvård* (s.65-72). Stockholm: Liber AB.
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- Från idé till examination inom omvårdnad* (s.163-176). Lund: Studentlitteratur AB.
- Dykes, A-K. (2016). Den internationella etiska koden för barnmorskor. I: H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde* (s.31-40). Lund: Studentlitteratur AB.
- Fahy, K., Parratt, J., Foureur, M. & Hastie, C. (2011). Birth Territory: A Theory for Midwifery Practice. Bryar, R. & Sinclair, M. (Eds.). *Theory for Midwifery Practice* (s.215-240). Palgrave Macmillan.
- Gu, C. & Zhang, Z. (2009). Chinese midwives' experience of providing continuity of care to labouring women. Doi: 10.1016/j.midw.2009.06.007
- Karlström, A., Nystedt, A. & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2015) 15:251. doi: 10.1186/s12884-015-0683-0
- Larsson, B. (2017). *Treatment for childbrith fear with a focus on midwife-led counselling: A national overview, womens birth preferences and experiencens of counselling* (Doktorsavhandling, Uppsala universitet, Medicinska fakulteten). Från (<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-326007>)
- Larsson, B., Karlström, A., Rubertsson, C. & Hildingsson, I. (2016). Counseling for childbirth fear – a national suurvey. *Sexual & Reproductive Healthcare* 8 (2016) 82-87. doi: 10.1016/j.srhc.2016.02.008

Lindgren, H., Rehn, M. och Wiklund, I. (2014). Barnmorskans handläggning vid normal förlossning- forskning och erfarenhet (Kapitel 4 s. 33-44). Lund: Studentlitteratur AB.

Lundgren, I. (2009). Professionellt förhållningssätt. A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lundgren (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (s.45-79). Lund: Studentlitteratur AB.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. M. Granskär & B. Höglund-Nielsen. (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur AB.

Lyberg, A. & Severinsson, E. (2010). Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of fear of childbirth. *Journal of Nursing Managment* 18, 391-399. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01083.x

Molgora, S., Fenaroli, V., Prino, L. E., Rollé, L., Sechi, C., Trovato, A., Vismara, L., Volpi, B., Brustia, P., Lucarelli, L., Tambelli, R. & Saita, E. (2017). Fear of childbirth i primiparous Italian pregnant women: The role of anxiety, depression, and couple adjustment. *Women and Birth* (2017). Doi: 10.1016/j.wombi.2017.06.022

Ryding, E-L. (2014). Psykologiska aspekter på graviditet och förlossning. H. Hagberg, K. Marsál & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (s.127-140). Lund: Studentlitteratur AB.

Salomonsson, B., Wijma, K. & Alehagen, S. (2008). Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery* (2010) 26, 327-337. Doi: 10.1016/j.midw.2008.07.003

SFOG Rapport 2017:77. Förlossningsrädsla. Stockholm: svensk förening för obstetrik & gynekologi.

Arbets- och Referensgruppen för psykosocial obstetrik och gynekologi samt sexologi, perinatalogi samt möl-gruppen. https://www.sfog.se/natupplaga/nr51_med_omslag3892c621-81ca-4830-97a1-b8c146bd3bb2.pdf

Sydsjö, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjörn, L., Bladh, M. & Josefsson, A. (2015). Effects of continuous midwiferylabour support for women with fear of childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2015) 15:115. doi: 10.1186/s12884-015-0548-6

Williams, K., Lago, L., Lainchbury, A. & Eager, K. (2009). Mother's views of caseload midwifery and the value of continuity of care at an Australian regional hospital. *Midwifery* 26 (2010) 615-621. Doi: 10.1016/j.midw.2009.02.003

World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Från: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Bilaga 1 (1)

Intervjuguide:

Studie: Aurorabarnmorskors erfarenheter av samtal med kvinnor med förlossningsrädsla

Skulle du vilja berätta om din erfarenhet av samtal med kvinnor med förlossningsrädsla?

Följdfrågor:

- Kan du utveckla detta lite mer?
- På vilket sätt?

