



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Förlösande barnmorskors erfarenhet av att arbeta med förlossningsrädda kvinnor

- En kvalitativ intervjustudie

Författare: Susan Haghighi

Handledare: Anna-Karin Dykes

Magisteruppsats

Våren 2017

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

Förlösande barnmorskors erfarenhet av att arbeta med förlossningsrädda kvinnor

-En intervjustudie

Författare: Susan Haghighi

Handledare: Anna-Karin Dykes

Magisteruppsats

Våren 2017

Abstrakt

Bakgrund: De flesta kvinnor känner glädje och förväntan när de är gravida men samtidigt blandas en känsla av ängslan och oro. För vissa kvinnor övergår oron till förlossningsrädsla. Forskningen visar att stöd är en av de viktigaste faktorerna för uppnåendet av en positiv upplevelse för kvinnan. Den relation som bygger upp mellan barnmorskan och kvinnan är tvåsidig och fungerar som en samverkan där barnmorskan genom att vara närvarande och bekräfta kvinnans förmåga, vårda henne utifrån hennes individuella behov. **Syfte:** Att belysa förlösande barnmorskors erfarenhet av att möta och vårda förlossningsrädda kvinnor. **Metod:** En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Tio intervjuer utfördes samt analyserades med en kvalitativ innehållsanalys, intervjuerna skedde på två förlossningsavdelningar i södra Sverige. **Resultat:** I resultatet framkom tre kategorier. *Att ha ett personcentrerat*

förhållningssätt, Att skapa trygghet, Att ha tillgång till olika resurser. Utifrån kategorierna presenteras tio underkategorier. **Slutsatser:** Barnmorskorna behöver erfarenhet och kompetens för att skapa en betydelsefull relation till kvinnan. Hög arbetsbelastning ökar stressen vilket kan påverka barnmorskornas möjlighet att hinna uppnå tillit och förtroende för att vårda och bemöta rädda kvinnor. Kollegornas stödjande hjälp är av stor vikt.

Nyckelord

Förlossningsrädsla, barnmorskors erfarenheter, kompetens, bemötande, trygghet.

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Problemområde.....	8
Bakgrund	8
Förlossningsrädsla.....	8
Orsaker till rädslan under förlossningen.....	9
Mödrahälsovård under graviditeten.....	9
Barnmorskornas professionella förhållningssätt och stödjande roll.....	10
Teoretisk referensram.....	10
Barnmorskans roll i vård mötet under aktiv förlossning.....	11
Verksamhet för förlossningsrädsla.....	11
Planerat kejsarsnitt.....	11
Syfte.....	12
Metod.....	12
Instrument.....	12
Urval.....	12
Datainsamling.....	12
Analys av data.....	13
Etiska övervägande.....	14
Resultat.....	15
Att ha ett personcentrerat förhållningssätt.....	15
Att skapa en bra relation samt att identifiera och bekräfta rädslan.....	16
..... Att kommunicera, ge tydlig information	16
Att vårda kvinnor utifrån individuella behov.....	17
Att ge kvinnan känslan av kontroll.....	18
Att skapa trygghet.....	18
Att vara lyhörd.....	18
Att vara närvarande och ge kontinuerligt stöd.....	18
Att kvinnan inte ska vara ensam i sina känslor.....	19
Att ha tillgång till olika resurser.....	19
Att ha en rimlig förlossning plan.....	19
Att ha tid.....	20
Kollegors stöd och hjälp.....	20
Diskussion.....	21
Metoddiskussion.....	21
Resultat diskussion.....	22
Slutsats.....	24
implikation.....	24
Referenser.....	26

Problemområde

De flesta kvinnor känner glädje och förväntan när de är gravida men samtidigt blandas en känsla av ängslan och oro. För vissa kvinnor övergår oron till förlossningsrädsla (Nilsson, 2012). Enligt Berg & Lundgren (2010), visar forskningen att stöd är en av de viktigaste faktorerna för uppnåendet av en positiv upplevelse för kvinnan. Den relation som byggs upp mellan barnmorskan och kvinnan är tvåsidig och fungerar som en samverkan där barnmorskan genom att vara närvarande och bekräfta kvinnans förmåga och att vårda henne utifrån hennes individuella behov (Berg & Lundgren, 2010). Den förlossningsrädda kvinnans rädslor och behov diskuteras ofta i media samt finns beskrivna inom vårdvetenskaplig litteratur, men det finns få studier som beskriver barnmorskors upplevelser av att vårda en kvinna med förlossningsrädsla under förlossningen. Ökad kunskap och djupare förståelse om barnmorskors upplevelser av vårdmötet syftar till att optimera vården för förlossningsrädda kvinnor och därmed öka deras välbefinnande och hälsa. Men för att fylla ut rådande kunskapsluckor vill denna uppsats belysa problemet ur barnmorskans erfarenhet och hur hen praktiskt handlägger vården i mötet med denna grupp av kvinnor då de befinner sig i förlossningssituationen.

Bakgrund

Förlossningsrädsla

Det är rationellt att känna oro för att något okontrollerbart kan ske under förlossningen då det är starkt kopplat till förekomsten av liv (Nilsson, Lundgren, 2010). När kvinnan upplever svår rädsla kan det leda till att kvinnan undviker att bli gravid, önskar abort eller vägrar vaginal förlossning och vill bli kejsarsnittad (SFOG, 2004; Socialstyrelsen, 2011). Det finns två typer av förlossningsrädsla, primär och sekundär. Primär förlossningsrädsla infaller innan kvinnan varit med om en förlossning, medan sekundär förlossningsrädsla uppkommer efter det att kvinnan fött barn (SFOG, 2004). Ryding & Sundell (2004) skriver att primär förlossningsrädsla som är sprungen ur andras erfarenheter (eller egen erfarenhet men inte isamband med förlossning, utan föreställningar om till exempel smärta som gör att du blir rädd för förlossningssmärta utan att ha upplevt den) och kan innebära att personen i fråga undviker att bli gravid trots barnlängtan, då denna ej vill uppleva en förlossning. I regel har nära vänner eller en moder berättat skräckhistorier om förlossningar som gått dåligt, som närt denna rädsla hos

den drabbade personen (Ryding & Sundell, 2004). Den andra typen är sekundär förlossningsrädsla. Den bygger på att kvinnan har haft en upplevelse av förlossning som varit negativ (ibid.). Enligt Socialstyrelsen (2011) indelas graden av förlossningsrädsla utifrån rädlans intensitet. Vid lindrig förlossningsrädsla har kvinnan en oro som hon själv kan hantera och som hjälper henne att göra sig redo inför förlossningen. Vid måttlig förlossningsrädsla upplever kvinnan en oro som är svår att hantera i situationen utan hjälp och stöd. Svår förlossningsrädsla innebär en rädsla inför, under och efter förlossningen som påverkar det psykiska välbefinnandet och kvinnans vardag. Cirka 20 % av de gravida kvinnorna lider av förlossningsrädsla, varav 5–10 % har svår förlossningsrädsla (Nilsson, Bondas & Lundgren, 2010). Förstföderskor rapporterar i genomsnitt mera rädsla inför sin förlossning, men omföderskor står för majoriteten av de svårast förlossningsrädda (SFOG, 2004). Enligt Liljeroth (2009), tas idag oro och rädsla på allvar hos gravida kvinnor och det forskas mycket kring det. Man tror att kvinnor och män i alla tider har känt oro eller rädsla inför förlossning men anledningen till oron och rädslan har under århundrade förändrats. I Sverige har det förts diskussioner huruvida förlossningsrädsla kan definieras med hjälp av psykiatriska diagnoser (Liljeroth, 2009).

Orsaker till rädsla under förlossningen

Rädslan har olika orsaker hos gravida kvinnor med förlossningsrädsla och kan vara att brista, bli stucken, sjukhusrädsla, att barnet skadas eller dör. De känner också rädsla för att inte klara av en förlossning, kvinnan kan också ha varit med om en svår förlossning tidigare eller varit utsatt för övergrepp (Nilsson, Bondas & Lundgren, 2010). Mohlander & Ryding, (2013) skriver att tidigare psykisk morbiditet och att dagligen vara utsatt för olika stressfaktorer leder till större risk för kvinnor att utveckla förlossningsrädsla. Rädslan är associerad med personliga karakteristika, generell oro, låg självuppskattning, depression, otillfredsställelse med sitt förhållande och brist på stöd (Mohlander & Ryding, 2013).

Mödravårdscentral under graviditet

I Sverige har majoriteten av alla blivande gravida kvinnor kontakt med mödravårdscentralen vilken är en kostnadsfri barnmorskemottagning. Barnmorskorna på mödravårdscentralen har ansvar att understödja gravida kvinnans samt fostrets fysiska, psykiska och sociala hälsa (Socialstyrelsen, 2014). En av de viktigaste barnmorskans kompetens i mödravårdscentralen är att identifiera, upptäcka och bedöma graden av kvinnans rädsla innan och under graviditeten för att kunna så tidig så möjligt ge anpassande behandling och rätt vård till dessa kvinnor (ibid).

Kvinnor som har lätt förlossningsrädsla behandlas på Mödrahälsovård medan de som lider av mer uttalad rädsla, ofta hänvisas till verksamheter med fokus på förlossningsrädsla (Berg & Lundgren, 2010; Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi; SFOG, 2004).

Barnmorskans professionella förhållningssätt och stödjande roll

All vård har en etisk dimension, vilket innebär att barnmorskor dagligen får möta och hantera sina etiska frågeställningar (International Confederation of Midwives (ICM), 2014). Barnmorskans profession förklaras genom kompetensbeskrivning för barnmorskor och regleras av lagar och paragrafer. En professionell barnmorska med moraliskt värde ska kunna känna och ta moraliskt ansvar för sina beslut och handlingar (ibid.). Enligt den internationella etiska koden för barnmorskor skall barnmorskor vara ”lyhörda för de psykiska, fysiska, emotionella och andliga behoven hos kvinnor, som söker hälsovård, oberoende av deras omständigheter”. Vården utgår ifrån ett holistiskt och etiskt förhållningssätt som bygger på en människosyn av humanistisk värdegrund. Patienten ska behandlas med respekt, värdighet, autonomi och integritet på ett omsorgsfullt sätt (Socialstyrelsen, 2006). Barnmorskan bör skapa en lugn atmosfär under förlossningen då detta är viktigt för kvinnor med rädsla och oro. Barnmorskans vårdande roll består bland annat i att skapa mening vilket innebär att stödja och stärka kvinnans upplevelser som vidare leder till en tryggare födande kvinna som känner lugn i sig själv och sitt självförtroende (Lundgren & Berg, 2007).

Teoretisk referensram

Halldorsdottir & Karlsdottir (2011) beskriver att de huvudsakliga hörnstenarna i deras teori, är barnmorskans professionella vårdande, klokhet, professionella kompetens, mellanmännsliga kompetens och personliga utveckling. För att barnmorskan ska kunna tillgodose kvinnans behov och ge bästa möjliga vård ska hon ge individuellt anpassad information. Enligt teorin ledsagar barnmorskan kvinnan genom graviditeten och bejakar kvinnan och familjens behov i samband med förlossningen. Barnmorskan tar tillvara på kommunikationen och knyter an kunskaper och erfarenhet för att kunna ge kvinnan styrka. Styrkan kan frambringas ur ett samarbete mellan kvinnan och barnmorskan och genom att medvetandegöra kvinnans inneboende styrka och kapacitet (ibid.). Ovanstående teoretiska resonemang framstår som lämpligt för att diskutera barnmorskors erfarenhet av att vårda förlossningsrädda kvinnor.

Barnmorskans roll i vårdmötet under aktiv förlossning

Delaktighet i förlossnings process och kontinuerligt stöd av barnmorskan är viktiga komponenter för resultatet av den sammantagna förlossningsupplevelsen. För att känna delaktighet i förlossningsprocessen behöver kvinnan kunskap och insikter om hur förlossningsförloppet kan te sig (Salomonsson, Wijma & Alehagen, 2010). Att få vara delaktig i beslutet om sin behandling och olika åtgärder tillåter kvinnan att behålla kontrollen samt att öka sin egen förmåga att hantera situationen (Salomonsson et al, 2010). Det är barnmorskans roll att informera samt att vägleda den rädda kvinnan om vad som händer och varför för att kunna hjälpa kvinnan att bättre förstå och hitta mening i situationen (Nilsson, Bondas & Lundgren, 2010).

Verksamhet för förlossningsrädsla

Kvinnors förlossningsrädsla har uppmärksammats sedan 80-talet. Det startades då särskilda mottagningar för dessa kvinnor. Mottagningarna fick oftast namnet Aurora. Aurora är morgonrodnadens gudinna och namnet valdes för att kvinnor skulle få en mer positiv syn på födandet. Sedan 1990-talet har de flesta svenska kvinnokliniker en verksamhet för förlossningsrädsla (Werner, 2004). Syftet med verksamheten är att kvinnan skall få möjlighet att bearbeta sin förlossningsrädsla för att få en god förlossningsupplevelse, oavsett förlossningssätt. Kontakten med Aurora går antingen genom en remiss från mödrahälsovården eller så tar kvinnan själv kontakt med Aurora (ibid.). De som arbetar på Auroramottagningen är barnmorskor och obstetiker. Det finns också tillgång till kurator, psykolog och om möjligt psykiatriker. En del av behandlingen är samtal som skall ge rädda kvinnan ökad trygghet och kunskap och känslan att ha förmåga att föda barn. (Werner, 2004). En studie av Waldenström, Hildingsson & Ryding (2006) visade att förlossningsrädda kvinnor som fått stöd, var lika nöjda med sin förlossning som icke förlossningsrädda oavsett hur förlossningen avslutats. De som inte fick något stöd hade dock en sämre förlossningsupplevelse än icke förlossningsrädda. (ibid.).

Planerat kejsarsnitt

Kejsarsnitt har blivit allt mer vanligt globalt, i både hög- och låginkomstländer (WHO, 2015). Om kvinnan tidigare varit med om en traumatisk förlossning kunde detta försvåra en kommande vaginal förlossning och vidare bidra till att kvinnan ville föda via ett planerat kejsarsnitt (Socialstyrelsen, 2011; Ryding et al, 2015). En av de vanligaste orsakerna till att kvinnor önskar kejsarsnitt är svåra minnen av en tidigare förlossning. Enligt Söderquist, Wijma, Thorbert

&Wijma, (2009) drabbas ungefär 2 procent av de som fått barn av posttraumatiskt stressyndrom, vilket kan skapa rädsla inför kommande förlossningar. En del kvinnor som känner rädsla inför en vaginal förlossning önskar i stället kejsarsnitt (ibid.). Enligt Fenwick et al, (2015) ger Kvinnans emotionella och psykiska hälsa en stark påverkan på förväntningar inför graviditet och förlossning. Om kvinnan har ett sämre psykiskt mående under graviditeten kan det avspeglade sig under förlossningsarbetet. Ett psykiskt dåligt mående under graviditeten kan vara en bidragande faktor till rädsla inför en förlossning och dessa kvinnor önskade ofta ett planerat kejsarsnitt (Fenwick et al, 2015).

Syfte

Studiens syfte var att belysa förlösande barnmorskors erfarenhet av att möta och vårda förlossningsrädda kvinnor.

Metod

Den valda metoden är en kvalitativ intervjustudie med innehållsanalys och med en induktiv ansats. Metoden används för att få kunskap om barnmorskors erfarenheter och därmed en djupare förståelse för vården av förlossningsrädda kvinnor. Enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2012), innebär en induktiv ansats förutsättningslös analys av texter som kan vara baserade på människors berättelser om sina upplevelser. Innehållsanalys kan användas i såväl kvantitativa som kvalitativa studier. Materialet som analyseras består av text, som kan utgöras av till exempel intervjuer (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Urval

Inklusionskriterier var förlösande barnmorskor som arbetade med förlossningsrädda kvinnor under förlossningsarbete och skulle ha jobbat tre år på förlossningsavdelning för att få delta i studie. Utifrån dessa kriterier skedde urvalet av deltagare av barnmorskor som arbetade på förlossningsavdelning och rekryterades från två olika förlossningsavdelningar för att få bredd i informationen, i södra Sverige.

Datainsamling

Skriftlig information om studien skickades till verksamhetschefen på kliniken och samt avdelningschefer på de förlossningsavdelningarna via mail. Därefter erhöles medgivande till att deltagarna fick rekryteras från kliniken. Deltagarna informerades om studiens syfte genom att

inlämnade informationsbrevet, samtyckesbrevet samt frankerat svarskuvert i de potentiella deltagarnas brevfack i förlossningsavdelningarna. I Informationsbrevet förklarades även att studiens innehåll inte kommer att kunna härledas till några identifierade personer. Då författaren inte fått svar genom frankerat svarskuvert, gjordes personliga besök på förlossningsavdelningarna och en muntlig förfrågan om deltagande ställdes direkt till de barnmorskor som tidigare fått informationsbrev i sina brevfack, om eventuellt de vill delta i studien. Totalt tillfrågades direkt 15 barnmorskor om att delta, varv 11 barnmorskor tackade ja och fyra barnmorskor tackade nej. Då bokades intervjutillfällena in med barnmorskor som ville delta i studien, enligt deras önskemål, men 2 av de barnmorskorna, avbokade intervjun på grund av deras höga arbetsbelastning. Totalt 10 intervjuer genomfördes, nio intervjuer med tillfrågade barnmorskor plus en pilotintervju. Första intervjun som var en pilotintervju, genomfördes för att visa på styrkor och svaghet i intervjutekniken och inkluderades i databearbetningen då innehållet bedömdes svara mot studiens syfte. De barnmorskorna som deltog i studien var mellan 36–60 år och hade mellan 4–25 års yrkeserfarenhet genom att ha arbetat på förlossningsavdelning. Fyra barnmorskor i studien hade en kombinerad tjänst med Auroramottagningen. Datainsamlingen utfördes under hösten 2017. Deltagarna gav sitt samtycke både skriftligt och muntlig före intervjun och informerades om att intervjuerna spelas in på band samt när inspelningen av intervjun påbörjades och avslutades. Alla intervjuer skedde på barnmorskornas arbetsplats och för att säkerställa att det ställdes samma frågor vid varje intervju, startades intervjuerna med en öppen fråga: ”vill du berätta om hur det är att arbeta med förlossningsrädda kvinnor under förlossningsarbete?” vilket betydde att informanterna själva kunde utveckla sitt svar, därefter följdes det upp med fördjupande frågor beroende på barnmorskans svar. Exempelvis; Hur menar du då? Kan du utveckla det mer? Kan du beskriva det ytterligare? Är det någonting mer du vill tillägga?

Analys av data

Kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2012) användes i studien då metoden är passande för att granska och analysera material från inspelade intervjuer. För att få en känsla för helheten och förståelsen av intervjuerna samt reducera risken att tolka, lästes insamlade texter flera gånger. Enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2012), meningsbärande enheter kondenserades därefter för att korta ner texten men ändå bibehålla innehållet. De kondenserade meningsbärande enheterna kodades och grupperades därefter i underkategorier som speglade det centrala budskapet i intervjuerna. Efter ytterligare bearbetning av materialet

kom de underkategorier med liknande innehåll att sammanfogas till ett mindre antal kategorier som visas nedan i tabell 1. De kategorier som framkom baserades på texten som helhet och författarens tolkning av dess innehåll. Exempel på:

Tabell 1.

Exempel på textanalys.

Meningsbärande enheter	Kondensering	koder	Underkategorier	Kategorier
”om jag har nå patient som är väldigt rädd för förlossningen försöker jag att skapa en god relation och berätta att jag finns här för hennes skull.”	Att skapa en god relation och berätta att jag finns här för hennes skull.	Relation	Relation mellan barnmorskan och kvinnan är betydelsefull	Ett personcentrerat förhållningssätt

Etiska överväganden

Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN), gav ett rådgivande yttrande den 2017-10-03 med diarienummer VEN 65–17 och hade inga etiska invändningar mot att studien genomfördes. Deltagarna informerades, att deltagandet var frivilligt samt att en medverkan kunde avslutas när som helst när deltagaren själv önskade utan att ange anledning. Deltagandet var konfidentiellt och det innebär att intervjuerna kodades så att deltagarna ej kunde spåras av någon annan än författaren (World Medical Association, 2008; Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjuerna förvaras på säkerplats utom räckhåll för obehöriga. Allt insamlat material förvaras inlåst av författaren på lösenordskyddad dator och kommer efter avslutat projekt att förstöras.

Resultat

Analysen resulterade i tre kategorier; att ha ett personcentrerat förhållningssätt, att skapa trygghet och att ha tillgång till olika resurser. Kategorierna har sammanlagt 10 underkategorier som visas i tabell 2.

Studiens syfte är att belysa förlösande barnmorskors erfarenhet av att möta och vårda förlossningsrädda kvinnor.

Tabell 2. Översikt av resultat.

Underkategorier	Kategorier
Att skapa en bra relation samt att identifiera och bekräfta rädslan Att kommunicera, ge tydlig information Att vårda kvinnan utifrån individuella behov Att ge kvinnan känslan av kontroll	Att ha ett personcentrerat förhållningssätt
Att vara lyhörd Att vara närvarande och ge kontinuerligt stöd Att kvinnan inte ska vara ensam i sina känslor	Att skapa trygghet
Att ha en rimlig förlossningsplan Att ha tid Kollegors stöd och hjälp	Att ha tillgång till olika resurser

Att ha ett personcentrerat förhållningssätt

Kategorin *Att ha ett personcentrerat förhållningssätt* framkom i studieresultatet som en kategori som i sin tur belyser fyra underkategorier; *Att skapa en relation samt identifiera och*

bekräfta rädslan, Att kommunicera och ge tydlig information, Att vårda kvinnan utifrån individuella behov och Att ge kvinnan känslan av kontroll.

Att skapa en bra relation samt att identifiera och bekräfta rädslan

Deltagarna anser i intervjuerna att en av barnmorskornas viktigaste roll är att skapa en god relation med den rädda kvinnan genom att ge henne tilltro och få henne att tro på sig själv och stärka kvinnans förmåga att kunna hantera sin rädsla under hela förlossningen.

De förlossningsrädda kvinnorna kan vara ledsna och gråta och uttrycka verbalt att de är jätterädda, en del tycker ner sina känslor spänner sig och får mer ont. De är rädda för smärta, samt att få EDA eller för att tappa kontrollen. Enligt deltagarna blir barnmorskans uppgift att lindra smärtan och rädslan genom att försöka kommunicera med kvinnan, bekräfta känslor och identifiera rädslan hos henne. Att bekräfta känslor och rädslan hos kvinnan är för att hon ska kunna känna sig trygg och våga visa sina känslor.

”om jag har nån patient som är väldigt rädd för förlossningen försöker jag att skapa en god relation och berätta att jag finns här för hennes skull”. (Bm2)

”Att bekräfta... faktiskt att ”jag förstår du är rädd” bekräfta rädslan, bekräfta känslan, att bekräfta dem känslorna som finns där om nu man är, vissa blir jätteförvånad, andra blir ledsen, jag bekräfta för att de känna sig trygg och ok att visa sina känslor”. (Bm4)

Att kommunicera, ge tydlig information.

Barnmorskorna påpekade att det är viktig att ge kvinnan, tydliga information om sin situation och hur barnmorska ska genomföra sitt arbete under förlossningen. Enligt informanterna kan en bra kommunikation skapa ett tydligt möte mellan barnmorskan och kvinnan. De beskrev att möte med kvinnan ska vara en positiv upplevelse där barnmorskan ska bekräfta att ge kvinnan den vård som behövs.

”Jag kommunicera direkt med patienten och fråga hela tiden vad känner du? Vad vill du? Hur vill du? försöka göra det bästa i situationen...”. (Bm4)

Det kan saknas tydlig information vid mötet med den rädda kvinnan och därmed kan kvinnan misstolka informationen. Barnmorskorna nämnde att tydlig information ger förtroende och ökad känslan av trygghet gentemot barnmorskor. Vidare beskrev de att rädslan kan minska hos kvinnan och hon känner sig delaktig i sin förlossning genom att kvinnan få tydlig och kontinuerlig information om hur en förlossning kan vara.

”Jag försöka göra det bästa i situationen genom att skapa en god relation, ibland vill de ha saker och ting så kanske är det inte relevant och att det inte går och då försöker jag kunna kommunicera med dem, Går de sakerna dem ville så försöker jag göra det.” (Bm7)

Det framkom i resultatet att barnmorskan ska vara öppen, ärlig och inte döma den rädda kvinnan utan att ha god tid på sig för att möta kvinnan på hennes nivå och hjälpa kvinnan genom att erbjuda henne ett gott stöd. Informanterna berättade att de förklarar för kvinnan vad det finns för möjligheter att erbjuda och hjälper henne till exempel med alternativ av olika smärtlindring. De belyste även att barnmorskan bör förklara för kvinnan varför det inte ibland blir som det står i förlossningsplanen och hen måste se till att kvinnan blir väl informerad i alla situationer och hen försöker lägga mycket kraft på att skapa bra kommunikation. Det beskrevs vidare att ibland blir situationen jättejobbig och det krävs mycket energi för att hantera sådana situationer.

”man får inte ge upp som barnmorska för att patienten ger upp, så barnmorskan kan inte ge upp, man får aldrig ge upp, man måste alltid även om det är jättejobbigt och även om det skulle sluta med kejsarsnitt, så ska ändå de ha den känsla som vi gjort allt...”(Bm10)

Att vårda kvinnor utifrån individuella behov.

Enligt informanterna ska barnmorskan vårda och bemöta patienterna individuellt och utifrån deras behov. Barnmorskorna nämnde i intervjuerna att alla är olika, alla är inte rädda för en och samma sak, det kan var någon som ha blivit utsatt för våld, som inte vill föda och verkan är rädd för smärta, eller för någonting annat, men bara upplevelser det är jobbig. Då krävs det att barnmorskan försöka att läsa av patienterna och kommunicera med dem så att de kan öppna sig och berättar om sina behov och förväntningar. De menade att det är viktigt att bemöta varje individ för sig, en del behöver lite hjälp och de andra kanske lite mer. Genom att barnmorskan kan vara en god lyssnare och bekräfta och förstå kvinnans individuella behov, så kan möjligheten för henne att vara delaktig i sin situation ges och det blir inte så att barnmorskan kan bara bestämma över patienten.

”Jag brukar läsa av patienterna för att jag tycker alla är olika, alla inte rädd för en och samma sak, alla har sin lilla liksom rädsla, lilla osäkerhet, jag försöker liksom kommunicera att de prata om det och säga.”(Bm3)

Att ge kvinnan känslan av kontroll

Flera av barnmorskor nämnde att förlossningsrädda kvinnor har stort kontrollbehov, de är rädda att förlossningen ska ta lång tid eller att de inte ska hinna få smärtlindring, vilket kan påverka att de oftast tappa kontrollen under förlossningen. Enligt informanterna var de noga att berätta för kvinnan vad som händer och varför, för att kvinnan ska kunna känna mer kontroll över sin situation.

”Tappa kontroll tycker jag den är största rädslan som de flesta har, att inte ha kontroll över situationen, att inte kunna bestämma vad ska göras, hur ska göras, när ska göras, och tappa kontrollen över kroppen.”(Bm1)

Att skapa trygghet

Kategorien ” Att skapa trygghet” belyser tre underkategorier *Att vara lyhörd, Att vara närvarande och ge kontinuerligt stöd och Att kvinnan inte ska vara ensam i sina känslor.*

Att vara Lyhörd

Barnmorskorna berättar, att eftersom varje kvinna är unik och ingen förlossnings situation är den andra lik, så är det viktig att lyssna in kvinnan och bekräfta henne i hennes egen situation. Genom lyhördhet och ödmjukhet skapas ett gott bemötande och ömsesidigt förtroende mellan barnmorskan och kvinnan. Enligt informanterna måste barnmorskan reflektera över det hon gör och respektera kvinnans och sin egen integritet. De påpekar i intervjuerna, att för att barnmorskan ska kunna tillsammans med kvinna komma fram till en bättre förståelse för situationen, är det viktig att lyssna på vad kvinnan säger, vad hon är rädd för och vad hon har för tankar kring förlossningen.

Att vara närvarande och ge kontinuerligt stöd

Barnmorskorna beskriver att det är viktig att vara närvarande hos de rädda kvinnorna under förlossningsarbete. Samtidigt berättade några av barnmorskorna att alla kvinnor har lika stor

rätt till en närvarande barnmorska oavsett förlossningsrädsla eller inte. Barnmorskornas erfarenheter av att vara närvarande var dels på ett fysisk och dels på ett psykiskt plan. I intervjuerna framkom det att förlossningsrädda kvinnor kände större tillit till barnmorskan om hen var närvarande. Upplevelsen av att barnmorskan lämnade förlossningsrummet kortare stunder skapade då inte samma otrygghet hos kvinnan.

”Jag tror att man behöver absolut ta en hel närvaro hos dem, men jag tror att man behöver det hos alla, så jag tycker att det ska vara en strävan att alla får det, men naturligtvis även förlossningsrädda kvinnor.”(Bm7)

Att kvinnan inte ska vara ensam i sina känslor

Det är viktigt att bekräfta kvinnans känslor om att hon inte är ensam om sina känslor och att hon ska känna att barnmorskan är på hennes sida och stödjer genom att noga läsa kvinnans bakgrund i journalen under nuvarande graviditet eller den gamla förlossningsjournalen. De berättade vidare att ibland kunde omföderns ha känslan med sig att de lämnades ensamma med smärtan under deras tidigare förlossning. De kunde också berätta att de inte hade känt sig så lyssnade på eller känt att de inte har hunnit få smärtlindring. Då är det viktigt att bekräfta för kvinnan att man har läst i journalen eller kanske läst förlossningsbrevet för att skapa någon form av trygghet samt bekräftar hennes kanske tidigare upplevelse och känslan som hon hade i tidigare förlossningen.

”Jag brukar nog börja med och läsa på noggrant i journalen som man har med sig bakgrundshistorien och man också titta igenom gamla förlossningsjournalen och att man bekräfta för patienten att man har läst i journalen eller kanske läst förlossningsbrevet”(Bm2)

Att ha tillgång till olika resurser

Att ha en rimlig förlossningsplan

Informanterna beskrev att förlossningsrädda kvinnor som har gått på samtal och som har med sig en plan för förlossningen, att planen kan både vara till hjälp och vara lite besvärlig. Därför ska förlossningsplanen vara rimlig. Om kvinnan har en förlossningsplan som barnmorskan kan läsa och få veta vad kvinnans förväntningar är och vad hon behöver som hjälp, så kan den ge möjlighet för barnmorskan att i god tid lindra smärtan och rädslan hos den rädda kvinnan.

Vidare berättade barnmorskorna att det var mer vanligt att det fanns en tydlig plan för en tidig smärtlindring till exempel, när och hur de ska lägga en tidig epiduralblockad, som de kan aktivera i ett senare skede. De berättade vidare att det är ganska ovanligt men det händer någon gång att en läkarna ibland har lagt upp en plan, där ansvarig barnmorska ska ha en progress i förloppet och kvinnan får när som helst bryta denna progress eller bestämma en förändring när hon känner att hon inte orkar mer, då upplevs det svårt att arbeta efter de förutsättningarna.

”men finns det förlossningsplan upplagd då försöker man verkligen följa den så långt det går, sen tycker jag det är svårt ibland så en del läkare lägger upp en förlossningsplan som innebär att kvinnan själv får bestämma när hon vill avbryta och göra ett kejsarsnitt, och det kan vara lite jobbigt att arbeta efter. Men Vi som barnmorskor jobbar för att går förlossningen framåt och genomföra en normal förlossning...”(Bm4)

Att ha tid

Barnmorskorna önskade ha så mycket tid så att de kunde sätta sig hos kvinnan och ge henne utrymme så att hon i lugn och ro kunde ställa sina frågor och känna sig trygg. Då kan barnmorskan förklara vad hon ska göra och om olika saker och varför, kring kvinnans förlossning, vilket kräver att barnmorskan ska ha tid samt helst bara ha ansvar för en patient.

”Jag försöka lugna ner de genom att sätta extra mycket tid på det här första mötet när jag går in och gör allt, som vi gör under undersökningar, sätta nål, VU och information, då tar det extra lång tid att informera och får försöka att de känna sig trygga...” (Bm9)

Kollegors stöd och hjälp

Några av informanterna nämnde att de behöver kollegornas hjälp och samråd när de arbetar med förlossningsrädda kvinnor, särskild när de har ansvar för mer än en patient, då kan de skifta med undersköterskan med att vara inne hos kvinnan. Barnmorskorna berättade att i vissa fall de behövs en extra personal i rummet för att hantera situationen bättre.

”om inte jag kan vara hela tiden så är vi nog ännu lite bättre på att avlösa varandra undersköterskan och barnmorskan för att de ska få så mycket stöd som möjligt.”(Bm4)

Barnmorskorna beskrev att det är arbetsledarens ansvar att fördela patienterna med jämn belastning för barnmorskorna och ha kontroll på vem som ska komma in. Då kan barnmorskorna få hjälp av sina kollegor och arbetsledaren när de vårdar förlossningsrädda kvinnor. Men några av informanterna nämnde att det beror på situationen om man behöver kollegornas stöd och hjälp. De menade det är att oftast barnmorskan och undersköterskan som fokusera på patienten och det medför en väldigt behaglig stämning och lugn inne i rummet. Då kan det kännas att man inte skulle vill ha någon annan därinne för det kan störa stämningen. I vissa situationer kan patienten får panik och då kan man behöva ytterligare en person för att komma och stödja ” *Så det får man nog tänka, situation till situation*” (Bm5)

Diskussion

Metoddiskussion

Intervjuerna utfördes utifrån studiens syfte. För att öka bredden på informationen och överförbarheten rekryteras deltagarna från två olika förlossningsavdelningar i södra Sverige jämfört med om barnmorskor från endast en klinik skulle deltagit. Överförbarhet handlar om i vilken utsträckning resultatet kan överföras på andra liknande grupper (Lundman & Hällgren Graneheim,2012) vilken läsaren av uppsatsen avgör om resultatet kan överföras på andra grupper eller användas i ett annat sammanhang. Då kan resultatet överföras på barnmorskor inom andra områden där de bemöta och vårda kvinnor vilken inte enbart äger rum på förlossningsavdelningen. Tillförlitligheten stärks med en noggrann beskrivning av urvalet och dataanalysen med citat från intervjuerna, vilket ger möjlighet för läsaren att bedöma analysens trovärdighet. En svaghet i studien kan vara att författaren var ovan att genomföra kvalitativa intervjuer, vilket kan ha påverkat att minska noggrannheten vid datainsamlingen. På grund av stressig och hög belastning på arbetsmiljö samt brist på tid, fick två av de planerade intervjuerna ställs in vilket ger mindre giltighet än om fler informanter deltagit. En av styrkorna i studien var att ha involverat handledaren vid framtagning av kategorier enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2012). Då diskuterade och reflekterade författaren med handledaren regelbundna under dataanalysen. Det gav möjlighet att flera personer deltar i analysarbetet, vilket ökade tillförlitligheten. En annan styrka i studien var att informanterna uttryckte sig tydligt och noggrant och svarade klart på frågorna.

Resultatdiskussion

Den första kategorin ”Att ha ett personcentrerat förhållningssätt” växte fram ur berättelserna. Resultatet belyser att det är betydelsefullt i mötet med förlossningsrädda kvinnor att skapa en god relation mellan barnmorskan och kvinnan samt att kunna inför, under och eventuellt efter förlossningen identifiera samt behandla rädslan hos den rädda kvinnan. Den personcentrerade vården är central och utgår ifrån varje persons förmågor, vilja och behov genom att behandla människor med värdighet, sympati och respekt, vilket ingår i barnmorskans kompetens och professionella roll. Enligt Berg & Lundgren, (2010) är det viktigt att barnmorskan visar respekt för kvinnan och bekräftar hennes värdighet genom att se kvinnans unika värde som människa, speciellt som blivande och nybliven mamma. En ömsesidig tillit och förtroende mellan barnmorskan och kvinnan är också viktig för att skapa en bra vårdrelation (Berg & Lundgren, 2010). Resultatet visar att kvinnors upplevelser av tidigare förlossning som traumatiska och negativa kan vara orsaker till kvinnors förlossningsrädsla. De förlossningsrädda kvinnorna kan visa och uttrycka sina rädslor olika enligt resultatet i föreliggande studie. Det är viktigt att barnmorskan stödjer kvinnans självständighet, självförtroende, kunskap och förmåga genom att låta henne visa sina känslor och rädsla och att hon får vara delaktig i sin situation. (Halldorsdottir & kalsdottirs, 2011). Nilsson och Lundgren (2010) redovisar i sin studie att för att kunna hjälpa den rädda kvinnan att hantera sin rädsla, är det viktigt att identifiera och undersöka orsaker till rädslan. Salomonsson et al., (2010) beskriver i sin studie att ett symptom av någon grad av kvinnans rädsla under förlossningen är att kvinnan gråter, får panikångest, eller ter sig skräckslagen för att bli lämnad ensam under sin smärta. Det framkom i resultatet vikten av att barnmorskan vårdar och bemöter kvinnor individuellt och utifrån deras behov. Halldorsdottir & kalsdottirs (2011) beskriver i sin teori att för att barnmorskan ska kunna tillgodose kvinnans behov ska hen ge henne individuellt anpassat stöd vilket spelar stor roll för kvinnans upplevelser av barnafödandet och hennes anknytning till det nyfödda barnet. Enligt teorin kräver det att barnmorskan följer kvinnan genom graviditeten och bekräftar kvinnan och familjens behov i samband med och efter förlossningen. I och under vårdmötet med den rädda kvinnan ska barnmorskan ge kvinnan tydlig information samt vara följsam under hennes graviditet och förlossningsprocessen (ibid.). Kontinuerlig information kan också ge kvinnan möjlighet att förstå sin situation bättre och öka hennes delaktighet (Lundgren, 2010). Resultatet har visat att en tillit i en relation kan stärka och stödja den rädda kvinnan genom att få henne att hitta sin kraft och förmåga för att hantera smärtan och förlossningsprocessen bättre. De menar att barnmorskorna ska uppmuntra kvinnans självförtroende under förlossningen genom

att tala om för henne om hur duktig hon är och hur förloppet går fint framåt. Det är barnmorskornas roll att ge kvinnan känslan av kontroll över sin situation. Det kräver att barnmorskan ska vara extra tydliga i kommunikationen, om kvinnan känner sig mycket orolig eller hon befinner sig i en särskild situation, där hon känner att hon kommer att tappa kontrollen (Berg & Lundgren, 2010).

”Att skapa trygghet” är viktigt i vårdrelation mellan barnmorskan och den rädda kvinnan vilket kom fram tydlig i resultatet. Då ska barnmorskor skapa trygghet hos kvinnor för att främja en bra kommunikation genom att vara trygg i sig själv, att känna sig lugn i situationen och att vara närvarande och lyhörd, vilket inte bara handlar om erfarenhet utan är en personlig egenskap hos barnmorskan. Heli & Svensson (2017), skriver i sin bok att trygghet och tillit framkommer tillsammans med stödjande vård av personalen när de kan knyta an, se kvinnan och hennes partner i sin egen situation, vara lyhörd och närvarande och har riktiga planer för att hantera kvinnans förlossning och lindra hennes smärta. De skriver vidare för att återskapa tillit, då är det viktigt att vårdpersonalen verkligen tror på kvinnan och ger kvinnan sin förmåga att föda. När kvinnans eget förtroende till sin förmåga ökar hjälper alla dessa att saker att minska kvinnans rädsla, stress, och dessa negativa konsekvenser(ibid.).

Det är barnmorskans roll att ge kvinnan möjlighet till delaktighet och ömsesidighet genom att lyssna på, var lyhörd, stödja och vägleda kvinnan under hennes förlossning på hennes egna villkor samt att vara kontinuerligt närvarande hos kvinnan, både fysisk och psykisk närhet (Lundgren, 2010). Nilsson (2012), i sin avhandling som genomfördes i Sverige lyfter fram kvinnors upplevelser i förlossningsrummet. De beskriver känslan av barnmorskornas frånvaro i rummet, att vissa barnmorskor har svårt att kommunicera och att de inte själva ska klara av att föda barn och de känner ensamhet. De menar att barnmorskan inte är på plats och att de inte fått den vård som de behövde och att de känner att de inte har den kunskap som barnaföderskor (ibid.).

Att ha en rimlig förlossningsplan visas tydlig i resultatet som en ”resurstillgång” i föreliggande studie. En förlossningsplan hjälper barnmorskan att läsa och få veta vilka kvinnans förväntningar är och vad hon behöver som hjälp. Forskning har visat att förlossningsplanen ger kvinnan mer möjlighet att vara delaktig under sin graviditet och förlossningen vilket ökar kvinnans egenmakt samt känslan av kontroll och i sin tur skapa en positiv förlossningsupplevelse hos kvinnan (Kuo et al., 2010). Det framkommer i föreliggande studie att på Auroramottagningen kan läkarna vid samtal med den rädda kvinnan ibland lägga upp en plan där barnmorskan ska ha en progress i förloppet och kvinnan får när som helst när hon känner

att hon inte orkar mer bestämma en förändring i sin förlossningsplan t.ex. önskar kejsarsnitt. Det upplevs svårt för barnmorskorna att arbeta efter dessa förutsättningar.

”Att ha tillräcklig tid” är en viktig resurs för barnmorskor vid mötet med rädda kvinnor. Det är barnmorskornas önskan att bara ha ansvar för en patient i taget för att kunna ge patienten bättre vård och skapa trygghet. Detta har tidigare visats av Salomonsson et al., (2010) som menar att det krävs tid att identifiera och hantera kvinnor med förlossningsrädsla. De rädda kvinnorna kan ha svårt att visa sin rädsla och känslor och det tar tid för dem att bli medvetna om sina känslor och hur de ska hantera dem. Därför ska barnmorskan avsätta mycket stöd och uppmärksamhet till dessa kvinnor och då blir det svårt att ta hand om flera kvinnor samtidigt och ge den vård som önskas (ibid.). Om de inte har tid är det svårt att ge den vård som önskas, enligt Karlström et al., (2009) som visar att kvaliteten i vården försämras om arbetsbelastningen blir för hög.

Slutsats

Barnmorskans viktigaste roll är att skapa trygghet hos de rädda kvinnorna genom att vara närvarande, ge kontinuerligt stöd, vara öppen och följsam, att stärka kvinnans tillit och förmåga och ge kvinnan känslan av kontroll och delaktighet i sin situation. Barnmorskorna ville skapa en betydelsefull relation till kvinnan genom en kontinuerlig dialog och interaktion. Hur relationen mellan barnmorskan och kvinnan kommer att bli det handlar om första mötet genom att kvinnan bli bekräftad där hon befinner sig, vilket ökar möjligheten att kvinnan kan få en positiv förlossningsupplevelse. Då är det viktigt att barnmorskan kan identifiera och bekräfta rädslan hos den rädda kvinnan för att hjälpa och vårda henne utifrån hennes individuella behov. Det ansågs viktigt att ha tillräcklig tid för att skapa en god relation genom ett lugnt och ro fyllt bemötande. Hög arbetsbelastning ökar stress och kan påverka tilliten till barnmorskan och förtroende för att vårda och bemöta rädda kvinnor.

Implikation

God vård till den förlossningsrädda kvinnan kräver mycket energi och tid samt kollegornas stödjande hjälp därför önskar barnmorskorna att bara ha ansvar för en kvinna i taget för att kunna ge henne bättre vård och skapa trygghet för kvinnan under förlossningen samt inför nästa graviditet och förlossningen. En sådan organisation kunde förhindra många kvinnor att befinna

sig i den sekundär förlossningsrädsla som idag gäller. Barnmorskorna uppger att postpartumsamtal med kvinna har i sin tur stor betydelse och kan ge möjligheten till att kvinnan bearbeta sin upplevelse i samband med förlossningen efteråt. Det krävs ökade kunskaper och utbildning för barnmorskor i området förlossningsrädsla samt mycket forskning kring barnmorskans erfarenhet av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla och hur barnmorskornas roll i förlossningsrummet kan förberedas inför och efter vårdmötet med rädda kvinnor.

Referenser

Berg, M. & Lundgren, (2010). *Att stödja och stärka vårdande vid barnafödande*. Lund: Studentlitteratur

Fenwick, J., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D., Buist, A., Turkstra, E., Sneddon, A., Scuffham, P. & Ryding, E. (2015). Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(284). doi:10.1186/s12884-015-0721-y.

Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 25(4), 806–817. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00886

Heli, S., & Svensson, L. (2017), trygg förlossning en omvårdnadsmodell för minskad stress och rädslan. ISBN: 978-91-7741-035-5. Utgivning: 9 oktober 2017

Hildingsson, I., Nilsson, C., Karlström, A. & Lundgren, I. (2011). *JOGNN*. A Longitudinal Survey of Childbirth-Related Fear and Associated Factors., 40, 532–543

International Confederation of Midwives (ICM). (2014). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. från: <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf>

Hämtad: 2017-04-14

Karlström, A., Engström-Olofsson, R., Nystedt, A., Thomas, J., & Hildingsson, I. (2009). Swedish caregivers' attitudes towards caesarean section on maternal request. *Women and Birth*. 22: 57–63.

Kuo, S-C., Lin, K-C., Hsu, C-H., Yang, C-C., Chang, M-Y., Tsao, C-M. et al. (2010). Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences,

control and expectation fulfillment: a randomised controlled trial. [Electronic version].
International Journal of Nursing Studies 47, 806–814.

Kvale, S. & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Liljeroth, P. (2009). Rädsla inför förlossningen ett uppenbart kliniskt problem?
konstruktionen av förlossningsrädsla som medicinska kategori /. Åbo: Akademis Förlag.

Lundgren, I. & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife-woman relationship',
Scandinavian Journal Of Caring Sciences. 21(2), ss. 220–228.

Lundman, B., & Hällgren-Graneheim, U. Innehållsanalys. I Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (Red.) (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur. ss.187–201.

Mohlander, M., Ryding, E L. (2013). Samtal kan hjälpa kvinnor med förlossningsrädsla.
Läkartidningen 2013;110 (12) 618–20

Nilsson, C., Bondas, T. & Lundgren, I., 2010. Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 39, 298–309.

Nilsson, C. (2010) Att möta och vårda kvinnor med svår förlossningsrädsla, I Berg, M. & Lundgren, I. (red) *Att stödja och stärka, vårdande vid barnafödande*, Lund: Studentlitteratur

Nilsson, C. (2012). Förlossningsrädsla. Med fokus på kvinnors upplevelser av att föda barn: (Vårdvetenskap/caring science), ISBN: 978-91—86983-65- 9

Ryding E-L, Sundell G. (2004). Definitioner och diagnostik. I: Sjöberg N-O (red). *Förlossningsrädsla*. Svenska föreningen för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupper för psykosocial obstetrik och gynekologi samt sexologi, perinatologi samt möl-gruppen, rapport nummer 51. Östervåla: *Elanders Tofters*; 2004. ss. 7–14.

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

Ryding, E.L., Lukasse, M., Van Parys, A., Wangel, A-M., Karro, H., Kristjansdottir, H., Schroll, A-M. & Schei, B. (2015). Fear of Childbirth and Risk of Cesarean Delivery: A Cohort Study in Six European Countries. *Birth Issues in Perinatal Care*, 42(1), 48–55. doi: 10.1111/birt.12147.

Salomonsson, B., Wijma, K. & Alehagen, S., 2010. Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*, 26, 327–337.

Socialstyrelsen. (2006). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska.

<http://www.socialstyrelsen.se>

Hämtad: 2017-04-05

Socialstyrelsen, 2011. Nationella medicinska indikationer.

<http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nationella-indikationer-kejsarsnitt-moderns-onskan.pdf>

Hämtad: 2017-04-05

Socialstyrelsen, 2014. Kunskapsstöd för mödrahälsovården.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/artikelkatalog/attachments/1932872014-2-2.pdf>

Hämtad: 2017-03-26

Söderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. (2009) Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG*. 2009 Apr;116(5):672–80.

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, SFOG, 2004. Förlossningsrädsla.

http://www.sfog.se/natupplaga/nr_51_med omslag3892c621-81ca-4830-97alb&c146bd3bb2.pdf

Hämtad: 2017-03-26

Waldenström U, Hildingsson I, Ryding E L. (2006) Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth.

BJOG.; 113, 638–646.

Werner A. Auroraverksamheten. I: Sjöberg N-O (red). Svenska föreningen för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupper för psykosocial obstetrik och gynekologi samt sexologi, perinatologi samt MÖL-gruppen, rapport nummer 51. Östervåla: *Elanders Tofters*; 2004.ss. 25–30.

World Medical Association (2008). Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. (Reviderad 2008 oktober).

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Hämtad: 2017-02-23

World Health Organization. (2015). WHO statement on caesarean section rates.

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/csstatement/en

Hämtad: 2017-03-23