



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

Barnmorskors erfarenheter och upplevelser av att stödja och assistera  
födande kvinnor med förlossningsrädsla – en intervjuvstudie.

Midwives experiences of supporting and assisting during labour for  
women with fear of childbirth – an interview study

Författare: Chi Petersson  
Rikkilina Mohlin

Handledare: Pernilla Ny

Våren 2021

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

## Abstrakt

Bakgrund: Ett fåtal studier beskriver barnmorskans upplevelser av att assistera kvinnor med förlossningsrädsla under barnafödande. Ökad kunskap om barnmorskors erfarenheter av att ge stöd och assistera förlossningsrädda kvinnor kan bidra till att uppmärksamma barnmorskors arbete och på så sätt kunna vara ett bidrag till att utveckla vården för dessa kvinnor. Syfte: undersöka barnmorskors upplevelse och erfarenhet av att stödja och assistera födande kvinnor med förlossningsrädsla. Metod: kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats, baserad på intervjuer av barnmorskor. Semistrukturerad intervjuguide med öppna frågor användes.

Resultat: De 14 barnmorskor som intervjuades arbetar på fyra förlossningsavdelningar på tre sjukhus i södra Sverige, sex hade erfarenhet av att arbeta förberedande under graviditet inom team för förlossningsrädda. Analysen ledde till ett tema *Med kvinnan i fokus med begränsade resurser* och fem kategorier *Bekräfta kvinnan med god kommunikation*, *Skapa en stödjande relation*, *Vikten av att ha tillgång till olika resurser samt verktyg*, *Det finns många hinder för att ge förlossningsrädda kvinnor gott stöd* och *Att stödja förlossningsrädda kvinnor är både ett krävande och utvecklande arbete*. Konklusion: Individuellt och kontinuerligt stöd var centralt för att kunna assistera förlossningsrädda kvinnor. Barnmorskorna beskrev att de inte hade möjlighet att ge optimal vård då de oftast hade hand om flera kvinnor samtidigt. Hög arbetsbelastning, tidsbrist, brist på fortlöpande utbildning inom förlossningsrädsla påverkade barnmorskors möjlighet att stödja förlossningsrädda kvinnor. En individanpassad förlossningsplan med realistiska förväntningar och gott kollegialt stöd var betydelsefullt för barnmorskorna. Framtida forskning får visa hur förlossningsplaner och vården ska utformas för förlossningsrädda kvinnor.

## Nyckelord

Barnmorskor, erfarenheter, förlossningsrädsla, förlossning, stödja, upplevelser.

# Innehållsförteckning

Problemområde .....	5
Bakgrund .....	5
Barnmorskans stödjande roll i förlossningsarbete .....	5
Definition av förlossningsrädsla .....	6
Identifierar och orsaker till förlossningsrädsla.....	7
Negativa konsekvenser av förlossningsrädsla i samband med förlossningen.....	7
Handläggning av förlossningsrädsla .....	8
Teoretiskt ramverk .....	10
Syfte .....	10
Metod .....	11
Design .....	11
Urval .....	11
Instrument .....	11
Datainsamling .....	12
Analys av data.....	13
Forskningsetiska avvägningar.....	14
Resultat.....	15
Tema: Med kvinnan i fokus med begränsade resurser.....	16
Bekräfta kvinnan med god kommunikation.....	17
Vikten av att identifiera och bekräfta kvinnans rädsla .....	17
Att kommunicera och ge tydlig upprepad information.....	17
Att vara lyhörd.....	18
Skapa en stödjande relation.....	18
Betydelsen av ett kontinuerligt stöd .....	19
Individuellt anpassat stöd .....	19
Balans mellan kvinnas önskemål och nödvändig medicinsk intervention.....	19
Vikten av att ha tillgång till olika resurser samt verktyg .....	20
Att ha en förlossningsplan som ett stöd.....	20
Vikten av att ha ett kollegialt stöd.....	21
Kompetens och utbildning.....	21
Det finns många hinder för att ge förlossningsrädda kvinnor gott stöd .....	22
Brist på tid och otillräcklig bemanning .....	22
Negativ påverkan av trångt förlossningsrum och Corona pandemin.....	23
Att stödja förlossningsrädda kvinnor är ett krävande och utvecklande arbete.....	23

Ett stimulerande men fysiskt och psykiskt krävande arbete .....	23
Växa i sitt yrke och uppnå trygghet i sin roll som barnmorska .....	25
Diskussion .....	25
Resultatdiskussion.....	28
Konklusion och implikationer .....	31
Arbetsfördelning.....	32
Referenser.....	33
Bilaga 1. ....	37

## **Problemområde**

Barnmorskan har en central roll för kvinnans upplevelse och välbefinnande under barnafödande. I kompetensbeskrivningen för en legitimerad barnmorska (2018) står det skrivet att barnmorskan ska ha kompetens att identifiera förlossningsrädsla och kunna bedöma samt ge stöd vid förlossningsrädsla. Relationen som byggs upp mellan barnmorskan och kvinnan i mötet fungerar i samverkan, där barnmorskan genom att vara närvarande och bekräfta kvinnans förmåga kan vårda henne utifrån hennes individuella behov (Berg & Lundgren, 2010). Enligt världshälsoorganisationen, WHO, mål (WHO, 2018) innebär att både mamman och barnet ska må bra samt att kvinnan ska få en positiv förlossningsupplevelse. Ett flertal tidigare studier beskriver förlossningsrädsla utifrån kvinnors perspektiv. Det finns ett fåtal studier som beskriver barnmorskans upplevelser av att assistera kvinnor med förlossningsrädsla under barnafödandet. Detta arbete fokuserar på barnmorskans perspektiv och på hur barnmorskan ger stöd till förlossningsrädda kvinnor i aktivt förlossningsarbete. Ökad kunskap om barnmorskors erfarenheter av att ge stöd och assistera förlossningsrädda kvinnor kan bidra till att uppmärksamma barnmorskors arbete och på så sätt kunna vara ett bidrag till att utveckla vården för dessa kvinnor.

## **Bakgrund**

### **Barnmorskans stödjande roll i förlossningsarbete**

En målsättning med förlossningsvårdens arbete är att inte bara ge en medicinskt säker vård till födande kvinnor utan också att bidra till att kvinnor får en positiv förlossningsupplevelse (Socialstyrelsen, 2001; WHO, 2018). Tidigare forskning har påvisat faktorer som bidrar till kvinnors positiva förlossningsupplevelser, såsom upplevelse av delaktighet, stöd och närvaro av barnmorska samt att kunna hantera smärtupplevelsen. Det ingår i barnmorskans roll att förse den förlossningsrädda kvinnan, på ett pedagogiskt sätt, med tillräcklig information om händelseförloppet för att öka kvinnans insikt om vad som sker (Nilsson et al., 2010). Delaktighet samt autonomi är grundläggande fenomen inom hälso- och sjukvården och ska därför också beaktas inom förlossningsvården. Forskning visar att delaktighet i beslutet om

sin behandling tillåter kvinnan att behålla kontrollen samt öka sin egen förmåga att hantera förlossningssituationen (Salomonsson et al., 2010).

Under förlossningsarbetet är det viktigt att kvinnan får professionellt stöd från barnmorskan (Socialstyrelsen, 2001). Detta överensstämmer med resultat från en svensk studie av Larsson et al. (2019). Kvinnorna som deltog i den studien beskrev att det var barnmorskans stöd och närvaro som fick dem att känna sig trygga under förlossningen. När barnmorskan inte fanns i rummet kände de sig ensamma och osäkra. Att få stöd från barnmorskan kan bidra till mindre behov av smärtlindring, kortare förlossning, färre kejsarsnitt och instrumentella vaginala förlossningar (Socialstyrelsen, 2001). Stödet till kvinnan beskrivas av Lundgren och Berg (2007) som en kontinuerlig närvaro och erbjudande av tröst samt uppmuntran. Genom att vara närvarande i mötet kan barnmorskan i relation till kvinnan hjälpa henne att känna sig trygg. Detta i sin tur kan stärka kvinnans självförtroende, och hennes tro på sin egen förmåga att föda barn samt att kunna hantera förlossningssmärtan bättre. För att kunna erbjuda stöd ska barnmorskan vara lyhörd, inlättad och visa förståelse. Att barnmorskan är ansedd, adekvat och behärskad är också av betydelse för kvinnans trygghetskänsla under förlossningen (Lundgren och Berg, 2007).

## Definition av förlossningsrädsla

Enligt SFOG (2017) delas förlossningsrädsla in i fyra olika grader utifrån rädlans intensitet. Lätt förlossningsrädsla är kvinnor som har en hanterbar ångest och som inte orsakar något hinder för förlossningen. Vid måttlig förlossningsrädsla är ångesten så stor att kvinnan har svårt att hantera den på egen hand och behöver extra stöd från vårdpersonalen, dock medför den inte ett ständigt psykiskt lidande. Svår förlossningsrädsla medför oftast psykiskt lidande och kan störa kvinnans dagliga liv och möjlighet till anknytning till fostret under graviditet och inför förlossning. Förlossningsfobi innebär att kvinnan är så rädd att hon inte vågar bli gravid och om hon skulle bli det undviker hon ofta vaginala förlossningar och önskar kejsarsnitt (SFOG, 2017).

## Identifierar och orsaker till förlossningsrädsla

Det finns inte någon generell rutin inom mödrahälsovården för att identifiera förlossningsrädsla (SBU, 2021). Dock finns det olika mätinstrument och frågeformulär för att identifiera förlossningsrädsla som barnmorska kan använda av sig. Ett av mätinstrumenten är Fear of birth scale (FOBS) som är en visuell analog skala som mäter oro och rädsla på två skalor från 1–10. Under pågående förlossning finns Delivery Fear Scale som kan användas för mätning av förlossningsrädsla (Alehagen, 2016; SFOG, 2017; SBU, 2021). Mätinstrument kan användas inom det kliniska arbetet, dock skall barnmorskan alltid komplettera användandet av mätinstrument med uppföljande samtal.

Det är uppemot 14% av alla gravida kvinnor som lider av svår förlossningsrädsla (SBU, 2021) och cirka 5–10 procent har förlossningsfobi (Ryding, 2014). Studien av Nilsson och Lundgren (2009) visar att måttlig rädsla inte alltid behöver vara något negativt. En del kvinnor omvandlar rädslan och använder den som drivkraft istället. Den unika och starka drivkraften som skapas kan innebära att kvinnan får en positiv förlossningsupplevelse, vilket kan innebära att hon klarar av att föda normalt. För omfödernor kan det handla om att vilja använda sin rädsla som en extra kraft i förlossningen och därmed tränga undan minnet från sin tidigare negativa förlossningsupplevelse.

Kvinnor som lider av svår förlossningsrädsla kan ibland inte beskriva varför de är rädda (Ryding, 2014). För en del kan det bero på låg självkänsla, då de inte tror att de är kapabla till att klara av en vaginal förlossning. Det kan finnas en stark oro och ångest över att det inte finns tillräckligt med hjälp att få under födandet, som till exempel smärtstillande. Det finns en rädsla över att tappa kontrollen och att kvinnan ger sig själv skulden ifall barnet skulle ta skada. Dessutom menar Ryding att den vanligaste anledningen till svår förlossningsrädsla är en tidigare traumatisk förlossning eller att förstfödernor blivit skrämde av andras upplevelser/historier eller tidigare negativa vårderfarenheter. En del av dessa kvinnor som lider av svår förlossningsrädsla kan dessutom blivit utsatta för sexuella övergrepp eller misshandel (Ryding, 2014).

## Negativa konsekvenser av förlossningsrädsla i samband med förlossningen

En vaginal förlossning har hälsovinster för kvinnan och barnet på både kort och lång sikt jämfört med ett kejsarsnitt (SFOG, 2011). Trots detta är det en del kvinnor som önskar att

genomgå ett planerat kejsarsnitt utan medicinsk indikation, och detta på grund av förlossningsrädsla. Antalet kejsarsnitt har ökat i Sverige (SFOG, 2011). Enligt Socialstyrelsen (2020) var det år 2018 cirka 17,3 % av samtliga förlossningar kejsarsnitt och av dessa var det cirka 9,6% som utfördes utan medicinsk indikation. När ett ingrepp skall göras utan medicinsk indikation behövs riskerna med ingreppet övervägas, både de positiva och negativa. I detta fall måste de kort- och långsiktiga effekterna av kejsarsnittet för både mamma och barn lyftas fram. På kort sikt ger ett kejsarsnitt en ökad risk för infektion, djup ventrombos, blodtransfusion och hysterektomi i jämförelse med en vaginal förlossning (SFOG, 2011). Långtidskomplikationer som kan uppstå av kejsarsnitt är till exempel placenta praevia, placenta accreta, placenta ablatio, extrauterin graviditet, intrauterin fosterdöd, missfall, tillväxthämning samt uterusruptur vid kommande graviditeter (Andolf, 2018). Barnets hälsa påverkas också negativt av kejsarsnitt. På kort sikt har barn som är födda med kejsarsnitt en ökad risk för neonatal andningsstörning, hypoglykemi, hypotermi och sepsis (SFOG, 2011). Barn som är födda genom kejsarsnitt har ökad risk att längre fram utveckla astma, gastroenterit, glutenintolerans samt diabetes typ 1 (SFOG, 2011). Dessutom har studie visat att kejsarsnitt kan leda till amningsproblem såsom försenad amning och kortare amningstid samt sämre anknytning mellan mor och barn (Lobel & DeLuca, 2007).

En norsk studie av Adams et al. (2012) undersökte om vaginal förlossningen tar längre tid ifall kvinnan lider av förlossningsrädsla. Resultatet av studien visade att kvinnor med förlossningsrädsla uppmätte en timme och trettiofem minuter längre förlossning än de kvinnor som inte var rädda. Det fanns också en ökad risk att förlossningarna avslutades med tång och sugklocka. Ungefär två procent av de förlossningsrädda kvinnorna löpte en större risk för att drabbas av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (Adams et al., 2012). Enligt Ryding (2014) kan en traumatisk förlossning öka riskerna för att drabbas av PTSD. Kvinnan beskriver flashbacks såsom, mardrömmar och minnen från förlossningen. Detta upplevda trauma kan bidra till fysiskt obehag. Andra riskfaktorer för att eventuellt drabbas av PTSD är psykisk ohälsa, svår förlossningsrädsla, depression under graviditet, sexuella övergrepp i samband med misshandel samt dåliga erfarenheter från vården.

## Handläggning av förlossningsrädsla

Det finns ingen generell behandling för förlossningsrädsla. Stöd, råd och ändamålsenlig omvårdnad från barnmorskan kan vara avgörande och ha en god effekt för att hantera rädslan.



Att besöka sin mödravårdscentral och ha en god kommunikation med sin barnmorska är därför viktigt under graviditeten. För andra kvinnor krävs det mer omfattande insatser, barnmorskan kan då remittera kvinnan till team för förlossningsrädda (som tidigare kallades auroramottagningen). Team för förlossningsrädda startades ursprungligen i Göteborg i slutet av 1980 och finns nu på landets alla förlossningskliniker. Det är en mottagning som är specialiserade på förlossningsrädsla. Här får kvinnan tillgång till erfarna barnmorskor, kuratorer, psykologer och obstetriker och erbjuds cirka 2–4 samtal, eller efter behov utöver rutinkontrollerna på mödravårdscentralen. Barnmorskor som jobbar inom teamet kan även följa med den gravida kvinnan till förlossningsavdelningen/BB för att bekanta sig med lokalerna innan det är dags att föda (Ryding, 2014). I en studie av Larsson et al. (2019) framkom det att kvinnorna uppskattade och tyckte det hjälpte att besöka förlossningsrummet för förberedelse och bland för att bearbeta tidigare trauma.

När en kvinna blir remitterad till ett förlossningsrådsloteam så kan teamet tillsammans med kvinnan upprätta en förlossningsplan som stöd. I en förlossningsplan uppges bland annat kvinnans önskemål så att hon kan känna sig trygg under förlossningen. I en studie av Kuo et al. (2010) framkom det att kvinnorna som hade upprättat en förlossningsplan kände sig mer trygga och förberedda inför förlossningen. Kvinnorna upplevde att de fått vara delaktig i att fatta beslut kring förlossningen vilket ökade deras känsla av kontroll.

I en studie av Hildingsson et al. (2018) undersöktes det om kontinuerlig vård med samma barnmorska kunde reducera rädslan hos förlossningsrädda kvinnor. Totalt tio kvinnor deltog i studien och alla tio skattade 60 poäng eller högre på FOBS. De blev alla tilldelade en huvudbarnmorska samt en extra barnmorska utifall den första barnmorskan skulle vara upptagen. Under mödravårdsbesöken fokuserades samtalen kring förlossningsrädslan och förberedelse inför den kommande förlossningen. Kvinnan erbjöds även minst ett extra besök hos mödravården under graviditeten. Kvinnan skulle ha bra kontakt med dessa barnmorskor och båda skulle vara närvarande under vecka 36 då en sammanfattning och planering inför förlossningen sammanställdes. Det var åtta utav tio kvinnor som hade sin huvudbarnmorska närvarande under förlossning. Sammanfattningsvis visade studien att en kontinuerlig vårdkedja under mödravården och förlossningen kunde minska förlossningsrädslan. Kvinnorna som deltagit i undersökningen var dessutom nöjda med den vård de fått under graviditet och förlossning.

Planerat kejsarsnitt kan enligt Ryding (2014) vara en annan åtgärd. Kvinnorna får då samtala om kejsarsnitt med förlossningsläkare. Under samtalet ska för- och nackdelar samt kort- och långsiktiga konsekvenser av olika förlossningssätt diskuteras. Därefter är det förlossningsläkaren som bedömer vilket förlossningssätt som bäst kan möta kvinnans behov (SFOG, 2011).

## Teoretiskt ramverk

Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) beskriver att barnmorskans professionalitet är central för en god omvårdnad av gravida och födande kvinnor. De huvudsakliga komponenterna i teorin är barnmorskans professionella kompetens samt professionella och individuella omvårdnad och barnmorskans klokhet, mellanmänskliga kompetens samt personliga utveckling. Dessa fem hörnstenar utgör tillsammans en professionell helhet. Det kräver hos barnmorskan en förmåga att bygga en professionell relation med kvinnan och samtidigt sätta sig in i kvinnans situation för att kunna bemöta henne med respekt och ge henne individuellt anpassad vård. Detta i sin tur säkerställer kvinnans behov och ger henne den bästa möjliga vård. Enligt teorin ska barnmorskan kunna jobba tillsammans med kvinnan och bemöta hennes behov i samband med graviditet och förlossning. Bemötandet sker med respekt och med sitt professionella arbete ska barnmorskan skapa en trygghet och tillit hos kvinnan samt ge henne styrka. Teorin anses som lämpligt för att vara ett ramverk i mötet med barnmorskans erfarenhet av att vårda förlossningsrädda kvinnor i förlossningsarbete.

## Syfte

Studiens syfte är att undersöka barnmorskors upplevelser och erfarenheter av att stödja och assistera födande kvinnor med förlossningsrädsla.

# Metod

## Design

Studien är baserad på intervjuer och data analyserades med en kvalitativ innehållsanalys och induktiv ansats. Metoden användes för att få kunskap om barnmorskors erfarenheter och upplevelser och därmed en djupare förståelse av vården för förlossningsrädda kvinnor. Enligt Lundman och Granheim (2008) baseras kvalitativ studie på data från berättelser och observationer samt fokuserar på tolkning av texter. Genom intervjuer får deltagarna berätta om sina erfarenheter, upplevelser och egna reflektioner kring ämnet som studeras. Texten skrivs ner ordagrant och analyseras förutsättningslöst i enlighet med Lundman och Granheims (2008).

## Urval

Inklusionskriterier var svensk legitimerade barnmorskor som assisterat förlossningsrädda kvinnor i sitt yrke. Barnmorskorna skulle ha tjänstgöring inom förlossningsavdelning vid tidpunkten för intervjun och vara svensktalande. Studien använder bekvämlighetsurval vilket beskrivs som en metod där forskaren väljer sina respondenter utifrån tillgänglighet (Bryman, 2011).

Utifrån dessa kriterier skedde urvalet av deltagande barnmorskor från fyra förlossningsavdelningar på tre sjukhus i Södra Sverige. Valet att undersöka tre sjukhus och fyra förlossningsavdelningar gav möjlighet för en bred informationsbas och ett varierat urval.

## Instrument

Studien använde en semistrukturerad intervjuguide med öppna frågor (se bilaga 1). Det innebär att intervjuguiden innehöll en lista över förhållandevis specifika ämne som berördes, men studiedeltagare hade stor frihet att utforma svaren på sitt eget sätt samtidigt som forskaren kunde lägga till nya frågor och ändra ordningen av frågorna beroende på intervjun (Bryman, 2011).

## Datainsamling

Skriftlig information om studien skickades till Verksamhetscheferna på förlossningsavdelningar i Malmö, Lund, Helsingborg och Kristianstad via mejl. I mejlet framgick syftet för studien och förfrågan om att få intervjua barnmorskor som arbetar inom förlossningsvård. Barnmorskorna skulle ha erfarenhet av att stödja förlossningsrädda kvinnor under förlossningsarbete. Verksamhetscheferna gav tillåtelse till att medarbetare fick tillfrågas och därmed delta i studien. Därefter kontaktades enhetscheferna på olika förlossningsavdelningar och informerades om studiens syfte och ombads att sätta upp informationsbrev på avdelningarnas informationstavla samt att ta upp information om studien på APT. Då vi inte fick någon anmälan av deltagande barnmorskor genom enhetscheferna gjordes bekvämlighetsurval vilket innebar att vi gjorde personliga besök på förlossningsavdelningar och frågan om deltagande ställdes direkt till barnmorskor som jobbade på avdelningar. Totalt tillfrågades 22 barnmorskor varav 17 tackade ja och lämnade samtycke. Bland dessa 17 barnmorskor tog tre tillbaka sitt samtycke vilket ledde till att 14 intervjuer genomfördes. Intervjutillfällena och intervjuplats bokades in i enlighet med barnmorskornas önskemål.

Intervjuerna genomfördes under hösten 2020 och våren 2021. Sju intervjuer genomfördes på plats som studiedeltagarna själva valde. Sju intervjuer genomfördes via telefonsamtal enligt studiedeltagarnas önskemål. Innan intervjuerna påbörjades fick barnmorskorna muntlig information om studien och om att de när som helst kunde avbryta sin medverkan under intervjun. Informerat samtycke för att spela in samtalet erhöles.

Intervjun inleddes med att studieförfattaren presenterade sig och beskrev studiens syfte. Bakgrundsfrågor till exempel om ålder, tid inom yrket som barnmorska och som barnmorska på förlossningsavdelning användes för att få en uppfattning om vem som intervjuades. Den övergripande frågan var "Skulle du vilja berätta om din erfarenhet och upplevelse av att assistera kvinnor med förlossningsrädsla under förlossningen?". Vidare ställdes frågor angående stödet under förlossningsarbete. Följdfrågor såsom "Hur menar du då?" "Kan du utveckla detta ytterligare?", "På vilket sätt?" användes vid behov av förtydligande eller för att säkerställa att både intervjuare och informanter menade samma sak (bilaga 1).

Intervjuerna varade från tolv minuter till en timme och spelades in. Därefter skedde transkriberingen av det inspelade materialet. Transkriberingen gjordes genom att författaren som genomförde intervjun lyssnade på det inspelade materialet och skrev ner intervjun ordagrant. Därefter tilldelades varje intervju en kod för att avidentifiera respondenterna och all privat information togs bort i enlighet med Bryman (2011).

## Analys av data

Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats användes för att analysera texten från intervjuerna. En induktiv ansats enligt Lundman och Graneheim (2008) är en fördomsfri analys av en text som är baserat på en människas berättelse, vilket är fallet i en intervju. Innehållet från en intervju kan med hjälp av en innehållsanalys vara ett stöd i att dra slutsatser och finna ny empiri (Lundman och Graneheim, 2008).

Analys av data följde de centrala begreppen inom kvalitativ innehållsanalys. Lundman och Graneheim (2008) beskriver dessa som meningsbärande enhet, kondenserad meningsbärande enhet, kod, underkategori och kategori. Studieförfattarna läste enskilt igenom hela den transkriberade texten upprepade gånger för att skapa en känsla av helhet. Texter i varje intervju som ansågs svara på studiens syfte, det vill säga meningsbärande enheter, plockades ut till ett dokument. Därefter träffades studieförfattarna för att jämföra och diskutera meningsbärande enheter för att nå konsensus. Meningsbärande enheter lästes upprepade gånger och kondenserades gemensamt, vilket innebär att överflödiga ord togs bort så att meningen blev mer tydlig men utan att innehållet blev ändrat. De kondenserade meningarna kodades. Koderna jämfördes mellan de olika informanterna avseende likheter och skillnader. Koderna med liknade innehåll grupperades i underkategorier som i sin tur fördes ihop till kategorier. Slutligen formulerades teman som representerade kategorierna. Teman stod för den underliggande meningen som genomsyrade hela spektrumet från meningsbärande enheter till kategorier. Ett tema, fem kategorier med 15 underkategorier framkom och ligger till grund för studiens resultat. Citat från intervjuerna användes för att styrka underkategorierna vilket var i enlighet med Lincoln och Guba (1985).

Tabell 1. Exempel på textanalys

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
” Ett hinder är arbetsbelastningen. Hur du har tid att vara och stötta genom att lyssna. För att du kan ju ha fler kvinnor kanske inte i aktiv förlossning men det kan också vara det. Då har du inte möjligheten att stötta på det viset i lugn och ro, utifrån deras behov så att säga.”	Arbetsbelastningen är ett hinder. Eftersom du inte har tiden att stötta dem. Det finns ingen lugn och ro.	Arbetsbelastning ett hinder begränsad tid	Brist på tid och låg bemanning	Det finns olika hinder för att ge förlossningsrädda kvinnor gott stöd	Med kvinnan i fokus med begränsade resurser

### Forskningsetiska avvägningar

Vårdvetenskapliga etiknämnden på Lunds universitet (VEN) gav ett rådgivande yttrande den 2020-06-15 med diarienummer VEN 44-20 och i yttrandet fanns det inga etiska invändningar mot studiens genomförande. Under studiens gång tog författarna hänsyn till alla fyra viktiga huvudkrav för forskning: informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav (Vetenskapsrådet, 2002).

Informationskravet uppfylldes genom att studieförfattarna informerade verksamhetschefer, enhetschefer på förlossningsavdelningar och deltagarna både skriftligt och muntligt om studiens syfte och upplägg. Samtyckeskravet uppfylldes genom att deltagarna erhöll både muntlig och skriftlig information om att deltagande var frivilligt och att deltagarna hade rätt att avbryta sin medverkan i undersökningen, när som helst. Samtyckesblanketten skrevs på av informanten innan intervjun påbörjades. Konfidentialitetskravet togs hänsyn till genom att alla privata uppgifter avidentifierades och inte presenterades i resultatet. Varje intervju kodades med ett nummer och kodlistan förvarades på en säker plats som bara studieförfattarna hade tillgång till. Nyttjandekravet uppfylldes genom att de uppgifter som insamlades inom studien endast användes för forskningsändamålet och var avsett för denna studie. (Vetenskapsrådet, 2002).

## Resultat

Totalt 14 barnmorskor intervjuades. Barnmorskorna hade arbetslivserfarenhet inom förlossningsvården från ett till 29 år. Sex barnmorskor hade erfarenhet av att arbeta förberedande under graviditet inom team för förlossningsrädda. Barnmorskornas ålder varierade från 29 år till 64 år. I deras utsagor framkom ett tema och fem kategorier med erfarenheter och upplevelser av att stödja födande kvinnor med förlossningsrädsla. Temat *Med kvinnan i fokus med begränsade resurser* framkom som en röd tråd och sammanbinder innehållet i de fem kategorierna: *Bekräfta kvinnan med god kommunikation*, *Skapa en stödjande relation*, *Vikten av att ha tillgång till olika resurser samt verktyg*, *Det finns många hinder för att kunna ge förlossningsrädda kvinnor gott stöd* och *Att stödja förlossningsrädda kvinnor är ett krävande och utvecklande arbete*. Översikt av studiens resultat presenteras i tabell 2.

Tabell 2. Översikt av resultat

<i>Underkategorier</i>	<i>Kategorier</i>	<i>Tema</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Vikten av att identifiera och bekräfta kvinnans rädsla</li><li>- Att kommunicera och ge tydlig upprepad information</li><li>- Att vara lyhörd</li></ul>	Bekräfta kvinnan med god kommunikation	Med kvinnan i fokus med begränsade resurser
<ul style="list-style-type: none"><li>- Betydelsen av ett kontinuerligt stöd</li><li>- Individanpassat stöd</li><li>- Balans mellan kvinnas önskemål och nödvändig medicinsk intervention</li></ul>	Skapa en stödjande relation	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Att ha en förlossningsplan som ett stöd</li><li>- Vikten av att ha ett kollegialt stöd</li><li>- Kompetens och utbildning</li></ul>	Vikten av att ha tillgång till olika resurser samt verktyg	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brist på tid och otillräcklig bemanning</li> <li>- Negativ inverkan av trångt förlossningsrum och Corona pandemin</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Det finns många hinder för att kunna ge förlossningsrädda kvinnor gott stöd</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ett stimulerande men fysiskt och psykiskt krävande arbete</li> <li>- Växa i sitt yrke och uppnå trygghet i sin roll som barnmorska</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Att stödja förlossningsrädda kvinnor är ett krävande och utvecklande arbete</p>	

### Tema: Med kvinnan i fokus med begränsade resurser

Erfarenheter av att stödja förlossningsrädda kvinnor under förlossningsarbete beskrevs som ett arbete som krävde mycket tid, energi och kompetens från barnmorskor men där det inte fanns tillräckligt med stöd och resurser som barnmorskorna kunde ta till hjälp. Barnmorskor hade också olika upplevelser i detta arbete, vissa tyckte att förlossningsrädda kvinnor inte var svårare att ta hand om än de andra mindre rädda kvinnor. Medan andra barnmorskor kunde bli frustrerade och tyckte att det var mer komplicerat att bemöta förlossningsrädda kvinnor. Samtidigt som arbetsbelastningen på förlossningsavdelningen beskrevs som att det nästan alltid var brist på kollegor och tid vilket tvingade barnmorskorna att ta hand om fler kvinnor samtidigt på ett arbetspass. Barnmorskorna beskrev att de verkligen behövde utnyttja varje minut i förlossningsrummet med kvinnan på rätt sätt för att kunna möta kvinnans behov.

*”Jag tänker att man måste möta varje kvinna där hon är, oftast behöver man samla ihop dem. Man behöver liksom rent fysiskt sätta sig ner på huk på golvet och vara i hennes nivå liksom. Man kan också liksom behöva hålla ihop dem, jag tänker nästan som man kramar en snöboll att man kramar över axlarna att man liksom hjälper dem att fysiskt hålla ihop sig själva. Det är det kanske första sättet att få kontakt med någon som är som har sprungit iväg i sin rädsla.” (BM 9)*



## Bekräfta kvinnan med god kommunikation

Barnmorskorna betonade att det gällde att bekräfta kvinnan med god kommunikation och detta speglades i tre underkategorier: *Vikten av att identifiera och bekräfta kvinnans rädsla, Att kommunicera och ge tydlig upprepad information samt Att vara lyhörd*

### *Vikten av att identifiera och bekräfta kvinnans rädsla*

Informanterna uppgav att det viktigaste var att erhålla en god relation med den förlossningsrädda kvinnan. Det skapades genom att bekräfta och identifiera hennes rädsla. Kvinnan kunde uttrycka sin rädsla på många olika sätt. En del kvinnor kunde säga rakt ut att de var rädda medan andra visade det genom att de spände sig eller grät. Det fanns även de kvinnor som var tysta och som möjligen hade förträngt sina känslor. Det låg ett stort ansvar på barnmorskan att fånga upp dessa kvinnor. Det var viktigt att få kvinnan att känna sig delaktig och inte känna sig överkörd av personalen. Deltagarna berättade vidare att så länge kvinnan kände sig bekräftad och sedd och att hennes önskemål blev respekterade ledde det ofta till en god relation.

*”Många gånger är det viktigt att bekräfta dem att jag vet att du är rädd. Det är ännu viktigare att ha dem med på alla steg så de känner att de är delaktiga. Det är viktigt alltid men ännu viktigare vid undersökningar att de har möjligheten att säga stopp och att de vet att det är de som bestämmer till största del men ibland måste vi göra saker. Men att man behandlar dem med mycket respekt. Känner dem det så kan de ofta också börja lita på en och kan få ett bättre samarbete.” (BM 12)*

### *Att kommunicera och ge tydlig upprepad information*

För att kunna stödja en förlossningsrädd kvinna var en fungerande kommunikation avgörande. Att ha en rak och ärlig kommunikation visade på ett bättre resultat. Kvinnan fick ett ökat förtroende för barnmorskan vilket ökade chansen för att få en positiv förlossningsupplevelse. Informanterna berättade vidare att informationen som gavs skulle vara tydlig och anpassad efter kvinnans kunskapsnivå. Ibland behövde informationen upprepas för att kvinnan skulle förstå. Deltagarna berättade vidare att ibland kunde det underlätta att förklara vad som skedde i kroppen och varför smärtan inte var farlig. Kvinnan fick en ökad förståelse och blev lugn.

*”Smärtan är ingenting som är farligt trots att det gör ont och vi kan lindra det på olika sätt, kan vara beröring och värme och hjälpa dem med andningen såklart, jätteviktigt verktyg. Förklara lite fysiologisk, förklara vad som sker ibland kan det hjälpa. Förklara vad är det som sker när värkarna kommer. För vissa kvinnor kan det vara lugnande när man kan förstå fysiologiskt och man förstå vad som händer.” (BM 6)*

Enligt barnmorskorna så hände det att kvinnor fick en dålig förlossningsupplevelse relaterat till kommunikationsbrist. Ibland kunde det vara svårt att kommunicera när kvinnan hade ett annat modersmål. Kvinnan kunde då inte heller förmedla varför hon är rädd. Om en kvinna inte förstod vad barnmorskan sa upplevde det som svårt att guida henne och anpassa rätt stöd, eftersom ingen visste vad kvinnan hade med i bagaget. Ibland kunde kroppsspråket vara en hjälp men informanterna uppgav att kvinnan ofta misstolkade informationen.

#### *Att vara lyhörd*

Barnmorskorna förklarade att det var viktigt att se kvinnan från hennes situation. Det var inte lätt och kunde ta tid innan barnmorskan bildade sig en uppfattning om vem föderskan. Det gällde att vara observant på signalerna kvinnan sände ut. Om kvinnan inte gav några tydliga signaler var det viktigt att barnmorskan vågade ställa frågor som till exempel: Vad tänker och känner du? De berättade vidare att det kunde vara bara att fråga om kvinnan hade några specifika önskemål eller om hur hon ville ha det eller hur hon ville bli bemöt i jobbiga situationer. Genom att lyssna in kvinnan och respektera och bibehålla hennes integritet skapades en ömsesidig relation mellan den förlossningsrädda kvinnan och barnmorskan.

*”Men det beror också på vilket stöd de får av oss barnmorskor när de väl kommer till förlossningen. Hur vi bemöter dem och lite hur vi tar dem på högsta allvar så kvinnan känner det. För det tror jag är absolut det viktigast att patienten blir tagna på allvar, vi respekterar och lyssnar på dem. Vi tillgodoser dem så långt som möjligt.” (BM 11)*

#### Skapa en stödjande relation

För att kunna bemöta den förlossningsrädda kvinnan behövde barnmorskorna skapa en stödjande relation. Detta återgavs i tre underkategorier: *Betydelsen av ett kontinuerligt stöd, Individanpassat stöd* samt *Balans mellan kvinnas önskemål och nödvändig medicinsk intervention.*

### *Betydelsen av ett kontinuerligt stöd*

Något som spelade stor roll var att förse kvinnan med kontinuerlig närvaro inne på förlossningsrummet och att ge kontinuerlig information under förlossningsförloppet, uppgav Informanterna och detta gjordes för att kvinnan skulle känna sig trygg. Att visa sitt stöd genom att vara inne hos kvinnan under hennes förlossningsarbete visade sig vara betydelsefullt. De berättade att kvinnan fick mer förtroende för en närvarande barnmorska.

*Jag hade hela tiden kontinuerlig kontakt med kvinnan. Vi pratade igenom varje moment innan jag gjorde något. Jag upplevde att hon ville ha mig ofta inne på rummet vilket jag var. Jag tillgodosåg hennes behov och det gick bra och smidigt. Kvinnan poängterade till mig efter att hon hade känt sig sedd och att hon fått bra med information och känt sig trygg genom att jag varit ofta inne hos henne (BM 5)*

### *Individuellt anpassat stöd*

Barnmorskorna påpekade att varje kvinna är unik och att ingen förlossning var lik den andres och därav var det viktigt att lyssna in, anpassa vården efter kvinnans behov och bekräfta henne i sin situation. Det kunde till exempel vara att lindra kvinnans smärta snabbt om det var smärtan som orsakade hennes rädsla. Det kunde också handla om att barnmorskan behövde ta ett steg tillbaka för att låta kvinnan styra situationen själv men ändå vara ett stöd inne på rummet. Barnmorskorna uppmärksammade att det inte fanns ett och samma arbetssätt som passade alla kvinnor. I mötet med förlossningsrädda kvinnor uppgav informanterna att de måste vara mer generösa och ta hänsyn till kvinnans önskemål så långt det går.

*”Jag jobbar dels utifrån min egen kompetens men jag jobbar också utefter vad personen söker, vad vill kvinnan. Jag bemöter dem precis så som dem vill ha det. Märker jag att en kvinna är jätterädd så försöker jag vara där så mycket som möjligt och göra henne trygg. Det är mer vad är det för typ hjälp dem vill ha. Ju mer närhet de vill ha desto mer får dem.” (BM13)*

### *Balans mellan kvinnas önskemål och nödvändig medicinsk intervention*

Det är barnmorskornas skyldighet att arbeta med säker vård och försäkra sig om att mamma och barnet mår bra under hela förlossningsprocessen. Därför upplevdes det ibland som en svår

balans mellan kvinnans önskemål och de nödvändiga medicinska interventionerna. Ibland när det handlade om liv och död behövde barnmorskan utföra åtgärder som mamman inte ville, som till exempel att barnmorskan behövde tillkalla läkare för att lägga en sugklocka. Informanterna berättade att det ibland upplevdes som att de utförde ett övergrepp på kvinnan, mot hennes vilja. Därför var det viktigt att tillsammans med kvinnan efteråt gick igenom förlossningen för att hon kunde förstå varför barnmorskan behövde ingripa på det sättet.

*”Hon kunde inte krysta, hon kunde inte känna hur hon skulle krysta. Hon kunde inte krysta och hon kämpa och kämpa och huvudet stod för högt upp. Koordinatorn kom och till slut kom en läkare. Vi sa att vi får lägga en sugklocka för barnet mådde inte bra och måste komma snabbt och hon var för trött för att krysta och då blev hon jätteledsen och grät. Hon ville inte ha sugklockan.” (BM4)*

## Vikten av att ha tillgång till olika resurser samt verktyg

Att ha tillgång till olika resurser belystes som värdefullt och avgörande när det gäller vården av förlossningsrädda kvinnor. Detta avspeglades i tre underkategorier: *Att ha en förlossningsplan som ett stöd*, *Vikten av att ha kollegialt stöd* samt *Kompetens och utveckling*.

### *Att ha en förlossningsplan som ett stöd*

Enligt informanterna kunde tillgång en skriven förlossningsplan underlätta arbetet med förlossningsrädda kvinnor. Dock framkom det också att ibland kunde planen vara svår att tillgodose. Därför upplevde barnmorskorna att om förlossningsplanen skulle vara till någon hjälp så behövde den ha ett rimligt perspektiv som speglade verkligheten. Om en kvinna hade en förlossningsplan innebar det att hon gått i samtal där hennes rädslor hade identifierats. Vilket underlättade för den förlösande barnmorskan eftersom hon då visste vad rädsorna grundade sig i och kunde redan från början ge rätt stöd efter det. Informanterna uppgav att en plan kunde innebära mindre stress för det gav dem en möjlighet att förbereda sig mentalt på kvinnans förväntningar och vilken smärtlindring hon önskade i samband med förlossningen.

Informanterna menade att ibland kunde det vara svårt att följa planen när kvinnan till exempel hade blivit lovad att hon när som helst under förlossningsarbetet kunde avbryta för ett kejsarsnitt trots att det inte fanns någon medicinsk indikation. Detta upplevdes inte som bra eftersom det kändes som de bröt ett löfte som kvinnan blivit lovad. Eller att kvinnan hade

blivit lovad en viss typ av smärtlindring som inte var aktuellt för henne, då hon till exempel fortfarande var i latensfas.

*”Däremot kan jag tycka att det är svårt ibland att följa dessa förlossningsplaner där de kanske skrivit att man ska bryta födseln för snitt i ett tidigare skede än man brukar göra ifall kvinnan vill det. Oftast kommer man alltid till ett läge där det är intensivt och jobbigt och många frågar om man inte kan avsluta med ett kejsarsnitt, men så enkelt är det inte.” (BM 8)*

#### *Vikten av att ha ett kollegialt stöd*

Informanterna uppgav att det inte var lätt att arbeta med förlossningsrädda kvinnor. Dessa kvinnor krävde mer av barnmorskan och ibland var förlossningen mer komplicerad att arbeta med vilket tog på barnmorskans krafter. Det framkom att det kollegiala stödet var en viktig del för att barnmorskan skulle orka ta hand om en förlossningsrädd kvinna. Informanterna uppgav att det var viktigt att ha en erfaren koordinator som kunde fördela de födande kvinnorna på ett rättvist sätt under ett arbetspass. Det var viktigt att få hjälp och stöttning av sina kollegor om det blev för mycket att hantera för en barnmorska, eller att få möjligheten att kunna ventilera och bolla idéer med erfarna kollegor. Det som också var betydelsefullt var att ha ett bra samarbete med undersköterskan för att kunna skifta med varandra när de ansvarade för fler än en kvinna åt gången. Att ha ett bra kollegialt stöd visade sig vara det viktigaste för att må bra på arbetsplatsen.

*”Men jag tror att den största hjälpen har jag förmodligen av mina barnmorskekollegor eller den undersköterskan som jag arbetar tillsammans med.” (BM 7)*

#### *Kompetens och utbildning*

En del barnmorskor uppgav att de inte fått någon handledning eller utbildning gällande stödandet av förlossningsrädda kvinnor. Andra hade fått tillgång till handledning men tyckte inte det var effektivt eller givande då handledningen oftast låg efter ett långt arbetspass, då de var trötta och ville hem. Förslag för att göra handledning effektiv var att de skulle läggas in som en obligatorisk utbildningsdag i schemat. Det framkom att de barnmorskor som inte var med i team för förlossningsrädda kvinnor ville få en djupare förståelse för hur deras kollegor arbetade. Det framkom också önskemål om vissa utbildningar som till exempel att föda utan

rädsla eller psykologiska insatser som kan användas under förlossningssituationen. Om alla hade strävat efter att jobba efter en gemensam utbildningsgrund trodde informanterna att det skulle kunna hjälpa inte bara de förlossningsrädda utan alla kvinnor.

*”Jag tycker inte vi fått någonting om jag ska vara ärlig. Inte mer än den utbildningen man har i skolan och vad man lär sig av sina kollegor. Jag kan inte säga att jag fått någon specifik hjälp.” (BM 13)*

Det finns många hinder för att ge förlossningsrädda kvinnor gott stöd

Hinder som uppstod i arbetet med förlossningsrädda kvinnor delades upp till två underkategorier: *Brist på tid och låg bemanning, Negativ inverkan som trånga förlossningsrum och Corona pandemin.*

*Brist på tid och otillräcklig bemanning*

Barnmorskorna uppgav att de ville få mer tid till de födande kvinnorna. Eftersom personalen på förlossningsavdelningen var medvetna om att förlossningsrädda kvinnor krävde mer tid och närvaro. Koordinatören försökte därmed ordna att barnmorskan som hade ansvar för en förlossningsrädd kvinna enbart skulle ha hand om henne. Men den höga arbetsbelastningen gjorde detta ibland omöjligt. De berättade att somrarna var värst då det lite personal och då förväntades barnmorskan ha flera födande kvinnor åt gången. Under dessa omständigheter var det ofta barnmorskorna kände sig missnöjda med sitt arbete då de inte kunde ge kvinnan det stöd hon behövde för att känna sig trygg under förlossningen. Informanterna uppgav att det hade varit idealt att enbart ha en aktiv kvinna åt gången men för att det skulle bli möjligt behövdes fler barnmorskor och då hade förlossningsrädslan förmodligen minskat och det skulle innebära mindre stress för barnmorskan samt hon skulle kunna vara mer fokuserad.

*”Det är sorligt att säga men under sommaren kanske du träffar din kvinna två gånger under ditt pass. Det är så många gånger man åkt hem och önskat att man hade haft mer tid och att man inte räckte till oavsett om det är en kvinna som är rädd eller inte rädd.” (BM 13)*

### *Negativ påverkan av trångt förlossningsrum och Corona pandemin*

Informanterna berättade att miljön inne på förlossningsrummet inte var anpassat för förlossningsrädda kvinnor. På vissa kliniker upplevdes det vara för trånga och små rum. En blivande mamma med ångestproblematik kunde få en klaustrofobisk upplevelse och det blev svårare för henne att slappna av, vilket var en viktig faktor för att kunna få en bra förlossningsprogress.

*”Vi har ganska små rum och den tycker jag att det är jättejobbigt för de patienterna som har ångest och rädsla för att det känns så trångt på rummet.” (BM 5)*

Covid-19 pandemin hade skapat problem för hela världen och även inne på förlossningsavdelningen. Informanterna beskrev att kommunikationen mellan kvinnan och barnmorskan har försämrats. Det var relaterat till munskydd och all utrustning som barnmorskan behövde ha på sig. En viktig del i kommunikation var ansiktsmimik och den förlorades när ansiktet täcktes över. En förlossningsrädd kvinna kunde uppleva det jobbigt att enbart kommunicera med ett par ögon. Rädslan växte dessutom när kvinnan inte kunde höra vad barnmorskan sa relaterat till det täckande munskyddet.

### **Att stödja förlossningsrädda kvinnor är ett krävande och utvecklande arbete**

Barnmorskorna upplevde att mötet med förlossningsrädda kvinnor kunde vara ett stimulerande men krävande arbete. Detta återspeglades i tre underkategorier: *Ett stimulerande men fysiskt och psykiskt krävande arbete* samt *Växa i sitt yrke och uppnå trygghet i sin roll som barnmorska*.

#### *Ett stimulerande men fysiskt och psykiskt krävande arbete*

Stödandet av förlossningsrädda kvinnor var i vissa fall en utmaning och som var både fysiskt och psykiskt utmattande. Dels på grund av att barnmorskorna upplevde att det fanns ett ökat antal förlossningsrädda kvinnor. Eftersom det upplevdes att det fanns inte tillräckligt med möjligheter för att ge det stöd som krävdes då barnmorskan kunde ha ansvar för flera födande åt gången.

*”Har man två kvinnor då kan jag känna att man inte räcker till och jag kan känna mig oerhört splittrad. För man vill dels ge den förlossningsrädda kvinnan extra stöd. För det finns ändå en sårbarhet hos henne som det kanske inte finns hos de andra födande. Man måste ju hinna med den andra kvinnan som kanske inte har en förlossningsrädsla så att man inte på något sätt orsakar en förlossningsrädsla. Det kan jag tycka är jättejobbigt faktiskt.” (BM 14)*

Det var särskilt svårt när barnmorskan inte kunde nå fram till kvinnan trots att hon hade försökt med alla sina knep. Barnmorskorna upplevde frustrerande känslor när de hade hand om kvinnor som inte var mottagliga för information och som hade en negativ attityd gentemot förlossningsprocessen. Det framkom även obehagskänslor och irritation från barnmorskan vid vissa tillfällen, även panikkänsla och en känsla av att vilja fly ifrån situationen.

*”Ibland kan vissa förlossningsrädda kvinnor vara omöjliga, så krävande att de... äter upp en. Ja, det är bra att ta hand om patienten, men de kan inte bete sig hur som helst. De begär för mycket, jag klarar inte av liksom.” (BM 4)*

Irritationen och obehagskänslan kunde ibland bli så pass stor att barnmorskan lade över ansvaret på kvinnan och hennes partner. Barnmorskorna menade för att kunna hjälpa kvinnan på ett bra sätt och för att kunna underlätta deras arbete, borde kvinnan själv ta ansvar och säga vad hon var rädd för. Att kvinnan själv borde tagit ansvaret för sin rädsla och inte förnekat rädslan för att kunna få hjälp redan under graviditeten.

Känslan av att bemöta en förlossningsrädd kvinna och lyckas att hjälpa henne igenom förlossningen beskrevs som fantastiskt och att det gav tillfredsställelse och arbetsglädje. Barnmorskorna belyste att det var svårt att arbeta med förlossningsrädda kvinnor. Men att det samtidigt var utvecklande och att de kunde känna stimulans i deras arbete. Att lyckas samarbeta med förlossningsrädda kvinnor upplevde barnmorskorna som en bra bekräftelse i yrkesrollen, att de gjorde ett bra jobb.

*”De ger mig lite utmaning. Därför tycker jag det är kul att jobba med dem. Och jag tycker att vi får ett bra samarbete, att jag kan hjälpa dem, det ger ju arbetsglädje tillbaka till mig. Ja att man kan hitta ett sätt att samarbeta.” (BM9)*



### *Växa i sitt yrke och uppnå trygghet i sin roll som barnmorska*

Det framkom att barnmorskorna hade olika upplevelser i att stödja och arbeta med förlossningsrädda kvinnor. En del nya barnmorskor kände sig ibland osäkra och otrygga när det gällde stödjandet av förlossningsrädda kvinnor. Barnmorskor som jobbat längre poängterade att det oftast krävs mer erfarenhet då de hade hand om fler förlossningar och träffade många olika kvinnor genom sitt yrkesverksamma liv. Informanterna berättade vidare att det var viktigt att våga sätta egna begränsningar och våga berätta om sina gränser för kollegorna. Barnmorskorna behövde även vänja sig vid att alla kvinnor inte blev nöjda med förlossningen trots att barnmorskan gjorde allt hon kunde. Det viktigaste var att inte bli påverkad utan istället kunde jobba vidare.

*”Man ska kunna få lov att säga jag vill inte jag tycker det blir för komplicerat. Det kan handla om att man själv inte mår så bra just då när man får den här kvinnan att man känner att jag har inte så mycket att ge. Jag orkar inte med det och då ska man inte jobba med dem heller.” (BM11)*

## **Diskussion**

Nedan diskuteras studiens metod och resultat.

### **Metoddiskussion**

Syftet var att undersöka barnmorskors upplevelse och erfarenhet av att stödja födande kvinnor med förlossningsrädsla. För att studiens syfte skulle uppfyllas valdes en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Kvalitativ studie används med fördel då fenomenet som studeras är upplevelser och erfarenhet. Studiens resultat diskuterade utifrån begreppen *giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet* för att ådagalägga trovärdighet enligt Graneheim och Lundman (2004).

*Giltighet* enligt Lincoln och Guba (1985) handlar om i vilken grad data förändrades över tid och ändringar som gjorts i forskarens beslut under analysprocessen. På grund av tidsbrist hann författarna inte göra en pilotintervju tillsammans utan intervjuerna gjordes separat. Vilket kan ha påverkat giltigheten negativt då det innebar att frågorna inte kunde justeras och viktiga

data kunde ha missats för att besvara studiens syfte. Författarna var oerfarna inom intervjuteknik och ställde olika följdfrågor. Detta hade kunnat undvikas om författarparet transkriberat sina intervjuer i nära anslutning till när intervjun genomförades och skickat transkriberingen till sin partner. Dock ansåg författarna att följdfrågor var viktigt under intervjuerna då det kunde ge ett rikare material eftersom informanter fick möjlighet att utveckla sitt svar ytterligare.

Coronapandemin gjorde att författarna delade upp intervjuerna och höll intervjun själv med barnmorskan. Det var för att minska smittspridning samt på grund av svårigheter att hitta tider som passade alla. Det gavs sju tillfällen att intervjua på personens arbetsplats. Intervjun hölls i ett enskilt rum för att få personen att känna sig bekväm med att svara på frågorna. De resterande sju gjordes via telefon eftersom det inte hittades tillfälle under personens arbetstid. Det negativa med telefonintervjuer var att det var svårt att uppfatta informanternas kroppshållning och gester som skulle kunna vara betydelsefullt för en bredare tolkning av resultatet (Lundman & Graneheim, 2008). Författaren som genomförde intervjun transkriberade den också. Därefter läste den enskilda författaren igenom hela den transkriberade texten och de meningsbärande enheterna som ansågs svara på studiens syfte plockades ut. Efteråt träffades denna studies författare för att jämföra och diskutera de meningsbärande enheterna för att nå konsensus. Kondensering, kodning och analysering av intervjuerna utfördes tillsammans. Genom diskussion kunde författarna komma fram till en gemensam tolkning och koder som bildade underkategorier och kategorier, detta var något som stärkte giltighet (Graneheim & Lundman, 2004).

*Överförbarhet* är ifall studien skulle kunna genomföras på andra personer i liknande grupper och sammanhang (Polit & Hungler, 1999). Barnmorskorna som deltog i studien arbetade på fyra olika förlossningsavdelningar i södra Sverige samt hade olika åldrar, sociala bakgrunder och olika långa arbetserfarenhet inom yrket och olika lång tid inom förlossningsvården, vilket gav en bred variation i intervjustoffet. Det fanns både barnmorskorna som jobbar på team för förlossningsrädd och barnmorskor som inte hade erfarenheter av att jobbar i teamet. Det medförde att studiens överförbarhet kunde anses vara god. Dock enligt Lundman och Graneheim (2008) var det läsaren som skulle bedöma om studien är överförbar.

Författarna valde att fråga de barnmorskor som var lättillgängliga. Det var fem barnmorskor som tillfrågades men tackade nej till deltagande samt det fanns tre som tog tillbaka sitt

samtycke. Det var känt att bekvämlighetsurval kan försvåra generaliserbarheten av studieresultat. Författarna såg dock inte detta som en begränsning då det var subjektiva uppfattningar som var av intresse snarare än något representativt för populationens helhet (Bryman, 2011).

Enligt Polit och Hungler (1999) avser *tillförlitlighet* hur sanningsenligt resultatet är. Inklusionskriterierna var barnmorskelegitimation, svensktalande och att de skulle ha assisterat förlossningsrädda kvinnor under förlossningsarbetet. Det var totalt 14 barnmorskor som deltog i studien. I kvalitativ forskning har inte flest antal deltagare betydelse utan det gäller att kunna utse få personer som kan tillföra innehållsrika intervjuer för att besvara syftet. Resultatets tillförlitlighet stärktes genom ett urval och att analysen var väl framställd och ett exempel på analysarbetet har redogjorts i tabell 1. Skapandet av underkategorier och kategorier har analyserats av flera vilket kan vara en styrka. Resultatet och processen har också beskrivits med citat från informanterna för att öka tillförlitligheten (Graneheim & Lundman, 2004).

Sju av intervjuerna genomfördes via telefonkontakt och de andra sju utfördes på förlossningsavdelningarna där barnmorskorna jobbade enligt informanternas val. En nackdel med att intervjua genom telefonkontakt var att icke-verbal information kan förloras då intervjuaren och informanten inte kunde se varandra och kroppsspråket inte syns (Yin, 2013). För att reducera dessa begränsningar tillfrågades informanterna vid intervjutillfällena om att genomföra intervjuerna med videosamtal. Samtliga barnmorskor tackade nej till videosamtal då de uppgav att de kände sig mer bekväma med vanligt telefonsamtal. Detta kunde vara anledning till att intervjuerna genom telefonsamtal var längre än intervjuerna som utfördes på plats. En annan möjlig förklaring till att telefonintervjuerna blev långa är att informanterna kände sig mer avslappnade i hemmiljön än i arbetsmiljön.

I en kvalitativ studie är forskaren delaktig i datainsamlingen genom samspelet under intervjuer och blir därmed medskapare av texten (Lundman & Graneheim, 2008). Studieförfattarna har tagit hänsyn till detta i arbetet med transkriberingen av intervjuerna samt i analysen. En viss förförståelse om förlossningsrädda kvinnor har författarna via verksamhetsförlagd utbildning under barnmorskeprogrammet. I arbetsprocessen har

ambitionen varit att så förutsättningslöst lyssna på barnmorskornas berättelser för att sedan delge dessa så objektivt som möjligt i studien (Lundman och Granheim, 2008)

## Resultatdiskussion

Det mest framträdande resultatet var att barnmorskor uppgav att mötet med förlossningsrädda kvinnor var krävande men att de inte hade möjlighet att ge förlossningsrädda kvinnor den vård de behövde. En anledning kan vara att den nuvarande förlossningsvården inte är anpassad för förlossningsrädda kvinnor på grund av att det råder en hög arbetsbelastning. Detta skapade frustration hos barnmorskorna. Det framkom att individanpassat och kontinuerligt stöd var centralt för att kunna assistera förlossningsrädda kvinnor. Barnmorskorna i studien uppgav att de oftast inte hade möjlighet att ge den optimala vården då de brukade ha hand om flera kvinnor samtidigt. Denna erfarenhet står i motsats till teorin om den goda barnmorskan av Halldorsdottir och Karlsdottir, (2011) som menade att individuell omvårdnad var viktigt för att bygga en professionell relation med den födande kvinnan. Barnmorskan skulle kunna sätta sig in i kvinnans situation för att kunna bemöta henne med respekt och för att kunna ge henne individuellt anpassat stöd. Detta i sin tur var en viktig egenskap för att kunna säkerställa kvinnans behov och ge henne den bästa möjliga vården.

Enligt en studie av Hollander et al. (2017) kunde kvinnan få en traumatisk förlossningsupplevelse om barnmorskan var för upptagen och inte kunde erbjuda tillräckligt med närvaro. Salomonsson et al. (2010) påtalade att för att hjälpa förlossningsrädda kvinnor på ett bra sätt så behövde barnmorskan kunna erbjuda tillräckligt med tid. En viktig faktor var att barnmorskan fick mer tid till att lyssna och visade omsorg samt kunna erbjuda det stödet kvinnan behövde för att få en positiv förlossningsupplevelse. Om det inte fanns tid eller tillräckligt med personal var detta omöjligt att förverkliga. I föreliggande studie påpekade barnmorskorna tydligt hur en hög arbetsbelastning påverkade arbetet med förlossningsrädda kvinnor. Barnmorskorna kände det som om de inte gjorde ett tillräckligt bra jobb. Samtidigt växte irritation, obehaglighetskänsla och även panikkänsla hos dem och de upplevde det som att de ville fly ifrån situationen. Barnmorskor visade tydliga önskemål om att de enbart ville ha hand om en födande kvinna under ett arbetspass, särskilt om det var en förlossningsrädd

kvinnor. Detta hade påvisats från Salomonsson et al. (2010) att ha hand om kvinnor med förlossningsrädsla var både tidskrävande och emotionellt ansträngande för barnmorskor. De kvinnor som var rädda behöver mer eller mindre kontinuerlig närvaro och stöd från barnmorskor, vilket gjorde det svårt att ta hand om mer än en kvinna åt gången i förlossningsarbete. Adam et al. (2012) visade att förlossningsrädda kvinnor också hade högre risk att ha en lång och komplicerad förlossning med ökat behov av farmakologisk smärtlindring, ökad användning av syntetiskt oxytocin, instrumentell förlossning eller akut kejsarsnitt. Detta krävde hög kompetens från barnmorskor.

Trettiofyra procent av barnmorskorna på förlossningsavdelningen i studien av Salomonsson et al. (2011) visade på att kvinnor med förlossningsrädsla endast skulle vårdas av barnmorskor med specialkompetens inom området för förlossningsrädsla. Barnmorskorna i föreliggande studie delade samma åsikt om att nyexaminerade barnmorskor inte ska behöva ta hand om förlossningsrädda kvinnor då de ansåg att det kräver både erfarenhet och kompetens för att vårda förlossningsrädda kvinnor. Nya barnmorskor upplevde att de ibland kände sig osäkra och otrygga när det gällde att stödja förlossningsrädda kvinnor. Även erfarna barnmorskor i föreliggande studie önskade att få gå på utbildning inom arbetet med förlossningsrädda kvinnor. De önskade att få ha studiebesök eller föreläsningar från barnmorskor som jobbar på team för förlossningsrädda för att få bättre insikt om hur de arbetar. Det var förvånansvärt att barnmorskorna som deltog i studien och som jobbade på team för förlossningsrädda uppgav att de inte hade någon formell utbildning inom ämnet förlossningsrädsla. Samtliga informanter uppgav att det var deras engagemang och erfarenhet i yrket som hjälpte dem i detta speciella arbete. Barnmorskorna uppgav att det var viktigt att vara medveten om sina egna begränsningar och att våga berätta dessa för kollegorna. I Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) nämndes det att barnmorskan i sin professionalism hade ett eget ansvar att uppmärksamma sina styrkor och begränsningar, sina attityder och känslor samt att utvärdera sitt eget lärandebehov. Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska skulle barnmorskan fortlöpande utveckla sin kompetens (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). De senaste åren upplevde många barnmorskor i föreliggande studie att antalet kvinnor som uttryckt förlossningsrädsla har ökat. Detta kan resultera i att även nyexaminerade barnmorskor i större utsträckning kommer att möta dessa kvinnor. Studieförfattarna anser att för att möjliggöra detta behöver barnmorskorna stöd ifrån verksamheten gällande utbildning och stöd, men också hur arbetet organiseras på förlossningskliniken.

Tidigare studier beskrev att kontinuerligt stöd och närvaro kunde få den förlossningsrädda kvinnan att känna sig trygg därmed reducera rädslan hos dessa kvinnor (Hildingsson et al., 2018; Hildingsson et al., 2019; Lundberg & Berg, 2007). Detta stärkte tilliten till barnmorskan och kvinnan fick mer tro på sig själv så att hon kan genomföra en vaginal förlossning. Om barnmorskan inte fanns i rummet uppstod det osäkerhet och kvinnan kände sig ensam. I den föreliggande studien beskrev barnmorskorna vikten av att förse den förlossningsrädda kvinnan med kontinuerlig närvaro. Att visa sitt stöd genom att vara inne hos kvinnan under förlossningsarbetet visade sig vara betydelsefullt då tidigare studie har visat att en av anledning till att kvinnor var rädda inför förlossningen var att de var oroliga gällande barnmorskans tillgänglighet (O'Connell et al., 2021). Eftersom en närvarande barnmorska ansågs ha ett större förtroende vilket resulterade i en bättre relation mellan kvinnan och barnmorskan samt bidrog till en ökad trygghetskänsla hos kvinnorna. Otrygghet under förlossning kunde medföra ett mer utdraget förlossningsförlopp (Adam et al., 2012). Dock uppgav barnmorskorna i föreliggande studie att detta oftast var omöjligt då de måste springa mellan flera kvinnor under ett arbetspass. Det framkom även i resultatet att det skulle vara en fördel om den förlossningsrädda kvinnan enbart hade en barnmorska under hela vårdkedjan eftersom det ansågs öka trygghetskänslan. Detta betonades av studierna av Gaudernack et al. (2016), Hildingsson et al. (2018), Hildingsson et al. (2019) som visade att kontinuitet i vårdkedjan kunde reducera förlossningsrädsla.

Förlossningsrädda kvinnor brukar redan under graviditeten remitteras till team för förlossningsrädda kvinnor. Här får kvinnan tillgång till erfarna barnmorskor, kuratorer, psykologer och obstetrikare samt erbjuds cirka 2–4 samtal eller efter behov utöver rutinkontrollerna på mödravårdscentralen. Under dessa möten upprättas en förlossningsplan till den förlossningsrädda kvinnan. I föreliggande studie bekräftade barnmorskorna att förlossningsplanen kunde vara ett bra hjälpmedel om planen innehöll rimliga förväntningar. Förlossningsplanen hjälper barnmorskan att få en uppfattning om vad kvinnan har för specifika önskemål för att hon ska kunna erhålla en positiv förlossningsupplevelse. En studie av Kuo et al. (2010) visade att en förlossningsplan kunde hjälpa kvinnan att få realistiska tankar om hur en förlossning går till. Kvinnorna som deltog i studien fick en positiv förlossningsupplevelse eftersom planen fick kvinnorna att känna en känsla av kontroll och delaktighet.

Barnmorskorna i föreliggande studie upplevde att förlossningsplanen kunde vara svår att följa när den innehöll förväntningar som de inte kunde styra över. Dessa förväntningar var ofta ett resultat av att kvinnan fått bristfällig eller otillräcklig information av till exempel den läkare eller barnmorska som hjälpt till med att upprätta förlossningsplanen. Detta kunde ge en ökad risk för att missuppfattningar uppstår. Det framkom i en studie av Welsh et al. (2014) att barnmorskor upplevde förlossningsplanen som en stor press när den innehöll orimliga förväntningar. Barnmorskorna var rädda att kvinnan skulle bli besviken om planen inte kunde följas och på grund av det upplevde en negativ förlossningsupplevelse. En förlossningsplan med realistiska förväntningar kunde hjälpa kvinnan att hantera förlossningen på bästa sätt vilket bekräftades av en studie gjord av Rilby et al. (2012). Barnmorskorna i föreliggande studie belyste vikten av att förlossningsplanen utarbetades individuellt och önskade att de skulle få göra studiebesök hos teamet för förlossningsrädda för att få en bättre förståelse av hur teamet fungerar samt att ha en möjlighet att ge återkoppling i syfte att förbättra arbetet med att stödja den förlossningsrädda kvinnan på ett så bra sätt som möjligt.

## **Konklusion och implikationer**

Att ta hand om förlossningsrädda kvinnor beskrevs som tidskrävande- och fysiskt och psykiskt utmattande. Det krävde att barnmorskorna har god erfarenhet inom yrket. Detta bör tas hänsyn till vid fördelning och organisation av förlossningsvården. Det var viktigt att etablera en god kommunikation med individanpassat stöd för att kunna öka känslan av trygghet för kvinnan. Hinder som brist på tid, låg bemanning och den höga arbetsbelastningen kunde orsaka att barnmorskan inte kunde ge tillräckligt med stöd då hon samtidigt hade ansvaret för flera födande kvinnor åt gången. Det uppkom önskemål om att enbart ha hand om en födande kvinna åt gången. Detta framkom som ett önskemål för att kunna skapa bättre förutsättningar för att barnmorskor rent praktiskt ska kunna erbjuda förlossningsrädda kvinnor bättre individanpassad vård. Det behövs mer kunskap och kompetens för all personal som jobbar på förlossningsavdelningen för att få en ökad förståelse för förlossningsrädda kvinnor och deras behov. Det kan skapa möjligheter för barnmorskorna att kunna fördjupa sig och uppdatera sin kunskap om att stödja förlossningsrädda kvinnor. En individanpassad förlossningsplan med realistiska förväntningar och kollegialt stöd var betydelsefullt i arbetet med förlossningsrädda kvinnor för barnmorskorna.

## **Arbetsfördelning**

Arbetsfördelning hade fördelats jämnt mellan studieförfattarna. Varje författare genomförde och transkriberade sju intervjuer. Därefter granskades alla 14 transkriberingar enskilt för att sedan kunde göra en gemensam granskning och diskussion. Resterande arbete utfördes tillsammans.



## Referenser

Adams, S. S. ( 1,2 ), Eberhard-Gran, M. ( 1,3 ), & Eskild, A. ( 3,4 ). (n.d.). Fear of childbirth and duration of labour: A study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119(10), 1238–1246. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x>

Alehagen, S. (2016). Förlossningsrädsla. I Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A-K. (Red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde* (s. 407–415). Studentlitteratur.

Andoft, E. (2018). Kejsarsnitt. I Hagberg, H., Marsál, K., & Westgren, M., (red), *Obstetrik*. (s. 549 – 564). Studentlitteratur.

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

Bryman, A. (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Liber AB.

Etikprövningsmyndigheten. (2020) Forskningsperson. <https://etikprovningmyndigheten.se/for-forskningperson/>

Gaudernack, L. C., Egeland, T., & Voldner, N. (2016). Knowing the midwife before delivery reduces the prevalence of caesarean section on demand in a group of second time mothers with a complicated first delivery. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1), 44. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/0107408315602845>

Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 806–817. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x>

Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A. 1953, & Haines, H. (2019). A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 21, 33–38. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.srhc.2019.06.004>

Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A., & Haines, H., (2018) Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 16, 50–55. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.02.006>

- Hollander, M. H., van Hastenberg, E., van Dillen, J., van Pampus, M. G., de Miranda, E., & Stramrood, C. A. I. (n.d.). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Archives of Women's Mental Health*, 20(4), 515–523. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1007/s00737-017-0729-6>
- Kuo, S.-C., Lin, K.-C., Hsu, C.-H., Yang, C.-C., Chang, M.-Y., Tsao, C.-M., & Lin, L.-C. (2010). Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 806–814. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.012>
- Larsson, B., Hildingsson, I., Ternström, E., Rubertsson, C., & Karlström, A. (2019). Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear : A qualitative study. *Women and Birth*, 32(1), 88–94. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.wombi.2018.04.008>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Lobel, M., & DeLuca, R. S. (2007). Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. *Social Science & Medicine*, 64(11), 2272–2284. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.socscimed.2007.02.028>
- Lundgren, I., & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife - woman relationship / Central concepts in the midwife - woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 220. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1471-6712.2007.00460.x>
- Lundman, B., & Graneheim, U.H (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.159–173). Studentlitteratur.
- Nilsson, C., & Lundgren, I. (2009). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25(2), e1–e9. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.midw.2007.01.017>
- Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010). Previous Birth Experience in Women With Intense Fear of Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39(3), 298–309. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1552-6909.2010.01139.x>
- O'Connell, M. A., Khashan, A. S., & Leahy-Warren, P. (2021). Women's experiences of interventions for fear of childbirth in the perinatal period: A meta-synthesis of qualitative research evidence. *Women & Birth*, 34(3), e309–e321.

- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: principles and methods* (6 uppl.). Lippincott.
- Rilby, L. ( 1 ), Jansson, S. ( 1 ), Lindblom, B. ( 1 ), & Mårtensson, L. B. ( 2,3 ). (n.d.). A Qualitative Study of Women's Feelings About Future Childbirth: Dread and Delight. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 57(2), 120–125. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1542-2011.2011.00113.x>
- Ryding, E-L. (2014). Psykologiska aspekter på graviditet och förlossning. I Hagberg, H., Marsal, K. & Westgren, M. (Red.), *Obstetrik* (s. 127–140). Studentlitteratur.
- Salomonsson, B., Wijma, K., & Alehagen, S. (2010). Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*, 26(3), 327-337. doi:10.1016/j.midw.2008.07.003
- SBU. (2021). *Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet* (SBU utvärderar 322). <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/forlossningsradsla-depression-och-angest-under-graviditet/?pub=50049>
- SFOG. (2011). *Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan, nationella medicinska indikationer*. <https://www.sfog.se/media/336234/nationella-indikationer-kejsarsnitt-moderns-onskan.pdf>
- SFOG. (2017). *Förlossningsrädsla*. [https://www.sfog.se/natupplaga/1005623\\_A2fb46497-d45b-466d-8126-c58e99fe856d.pdf](https://www.sfog.se/natupplaga/1005623_A2fb46497-d45b-466d-8126-c58e99fe856d.pdf)
- Socialstyrelsen, (2001). *Handläggning av normal förlossning, state of the art*. [https://www.sfog.se/media/66770/state\\_of\\_the\\_art\\_pn.pdf](https://www.sfog.se/media/66770/state_of_the_art_pn.pdf)
- [Socialstyrelsen, \(27 februari 2020\). Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2018. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-2-6622.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-2-6622.pdf)
- Svenska barnmorskeförbundet (maj 2018) *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer: inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet
- Welsh, J. V., & Symon, A. G. (2014). Unique and proforma birth plans: a qualitative exploration of midwives' experiences. *Midwifery*, 30(7), 885-891. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.004>

WHO. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*.  
World health organization.

Yin, R.K. (2013). *Kvalitativ forskning från start till mål*. (1. uppl.) Studentlitteratur

## **Bilaga 1.**

### **Intervjuguide**

#### ***Bakgrundsfrågor***

Vill du berätta lite om dig själv, till exempel hur gammal du är? Vilken förlossningsavdelning jobbar du på? Hur längre du har jobbat som barnmorska? Hur länge du har jobbat som barnmorska på en förlossningsavdelning?

#### ***Övergripande frågan***

Skulle du vilja berätta om din erfarenhet och upplevelse av att assistera kvinnor med förlossningsrädsla under förlossningen?

#### ***Intervjufrågor som kan ställas vid behov***

Vill du beskriva med exempel om hur du upplever kvinnor med förlossningsrädsla uttrycker sin rädsla under förlossningen?

Hur påverkar deras uttryck av rädsla ditt sätt att bemöta födande kvinnor?

Vilka stöd/hinder har du fått i samband med att vårda förlossningsrädsla kvinnor?

Har du något ytterligare du vill berätta angående arbete med förlossningsrädsla kvinnor?

#### ***Följdfrågor som eventuell kan använda under intervju***

Hur menar du då?

Kan du utveckla detta ytterligare?

På vilket sätt?