

KVINNANS FÖRLOSSNINGSRÄDSLÅ I FOKUS

- Ur barnmorskor inom barnmorskemottagningens perspektiv.

En kvalitativ intervjustudie

WOMEN'S FEAR OF CHILDBIRTH IN FOCUS

- From the perspective of midwives in maternity care.

A systematic review

Examensarbete inom huvudområdet
Reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Avancerad nivå
15 Högskolepoäng
Hösttermin År 2017

Författare: Stella Aboagye
Anna Johansson

Handledare: Anette Ekström
Therese Larsson

SAMMANFATTNING

Titel: Kvinnans förlossningsrädsla i fokus - Ur barnmorskor inom barnmorskemottagningens perspektiv.

Författare: Stella Aboagye & Anna Johansson

Institution: Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i Reproductiv, perinatal och sexuell hälsa, RP720A, 15 högskolepoäng

Handledare: Anette Ekström & Therese Larsson

Sidor: 18

Månad och år: augusti, 2017

Nyckelord: Barnmorskor, barnmorskemottagning, professionellt stöd, förlossningsrädsla.

Bakgrund: Barnmorskor som arbetar på barnmorskemottagning [BMM] upplever sig ha bristande kunskap om hur professionellt stöd kan erbjudas till kvinnor med förlossningsrädsla under graviditet. Det är viktigt att gravida kvinnor med förlossningsrädsla erhåller professionellt stöd.

Syfte: Syftet med studien är att belysa barnmorskor på barnmorskemottagningens erfarenheter av att erbjuda professionellt stöd till kvinnor med förlossningsrädsla under graviditet.

Metod: En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats valdes i denna studie för att få en bredare uppfattning av barnmorskor på BMM erfarenhet. Sju barnmorskor blev intervjuade på två olika BMM i sydvästra Sverige.

Resultat: I resultatet framkom det två huvudkategorier ”Kvinnans förlossningsrädsla i fokus” och ”Barnmorskors behov av resurser och kunskap kring förlossningsrädsla”. Det tillkom även två underkategorier ”Barnmorskors erfarenheter om kvinnors bristande kunskap kring förlossningsrädsla” och ”Vägleda till rätt hjälpinsats för den förlossningsrädda kvinnan”. Barnmorskor erbjuder professionellt stöd utifrån sina erfarenheter när kvinnan uttrycker förlossningsrädsla. Detta genom att barnmorskorna är lyhörda vid utredning av orsaker till kvinnans förlossningsrädsla.

Slutsats: Barnmorskor på BMM behöver kontinuerlig utbildning om förlossningsrädsla för att kunna erbjuda gravida kvinnor professionellt stöd. Verksamhetschefer på BMM ska erbjuda dessa barnmorskor rätt förutsättningar för att de ska kunna känna sig trygga med att erbjuda professionellt stöd till förlossningsrädda kvinnor.

ABSTRACT

Title: Women's fear of childbirth in focus – From the perspective of midwives in maternity care.

Author: Stella Aboagye & Anna Johansson

Department: School of Health and Education

Course: Master Degree Project in Midwifery, 15 ECTS

Supervisor: Anette Ekström & Therese Larsson

Pages: 18

Month and year: August 2017

Keywords: Midwives, maternity care, professional support, fear of childbirth.

Background: Midwives working at maternal care center experience insufficient knowledge about how professional support can be offered to pregnant women. It's important that pregnant women with tocophobia receive professional care from midwives during the entire pregnancy.

Purpose: The aim of the study is to highlight maternal care midwives' experiences providing professional support for pregnant women who fear of giving birth.

Method: A qualitative interview study with inductive approach was chosen for this study to gain broader view of the BMM midwives' experiences. Seven midwives were interviewed at two BMM in southwestern Sweden.

Results: There were two main categories "Women's fear of childbirth in focus" and "Midwife's need for resources and knowledge about women`s tokophobia". There were two subcategories "Midwife's experiences about women's lack of knowledge about fear of childbirth" and "Guide pregnant women to correct care effort". Midwives offer professional support from their own experience when women express fear of birth. This through midwives being responsive when incuayaring causes to tokophobia women.

Conclusion: BMM midwives need continuous education about fear of childbirth in order to offer women prophetic support. BMM occupational managers should offer midwives right prerequisites for midwives to feel safe by providing care to women suffering from tokophobia.

DEFINITIONER OCH TERMINOLOGI

Auroraverksamhet – En mottagning där gravida kvinnor med förlossningsrädsla besöker professionellt utbildad personal med kunskap om behandling av förlossningsrädsla. Här erbjuds gravida kvinnor möjlighet till ökad kunskap, trygghet samt en ökad självkänsla inför förlossningen (Sjögren, 1998).

Förlossningsrädsla – innebär att kvinnor har en oro samt en rädsla för att föda ett barn (Liljeroth, 2009; Ryding & Sundell, 2004). Det finns tre olika definitioner av förlossningsrädsla vilka är *Lätt förlossningsrädsla* – En hanterbar oro som kvinnor kan uppleva under en graviditet, *måttlig förlossningsrädsla* – innebär att gravida kvinnor har en oro samt en rädsla som är svår att hantera, *Svår förlossningsrädsla* – Att gravida kvinnor inte vågar föda vaginalt eller att kvinnorna mår psykiskt dåligt vilket påverkar deras vardagliga liv (Ryding – SFOG, 2004).

Instrumentell vaginal förlossning – Innebär att förlossning avslutas genom att barnet framföds med hjälp av tång eller sugklocka, detta för att påskynda och för att underlätta utdrivningen och framfödandet av barnet som en akut åtgärd för både mor och barn (Socialstyrelsen, 2011).

Långdragen förlossning – innebär att en aktiv förlossning överskrider 12 timmar (WHO, 1994).

Barnmorskemottagning [BMM] – en mottagning där utbildad personal arbetar och kvinnor följs upp under hela sin livscykel. Här erbjuds gravida kvinnor både hälsokontroller och professionellt stöd under hela graviditeten. (SFOG, 2008).

Kejsarsnitt – innebär att läkaren utför ett snitt via bukväggen på gravida kvinnor, detta för att föda fram ett foster. Det finns tre typer av kejsarsnitt, *planerat kejsarsnitt* som betyder att kejsarsnittet utförs på en bestämd tid och datum. *Akut kejsarsnitt* innebär att ett kejsarsnitt sker när komplikationer uppstår som kan vara till skada för mor och barn. *Urakut kejsarsnitt* utförs när livshotande skador uppstår hos mor och/eller barn och läkaren bestämmer att barnet måste ut omedelbart för att mor och/eller barn ska kunna överleva (Abascal, 2004).

Prematur förlossning – innebär när ett barn föds levande före vecka 37+0 (Blencowe m.fl., 2012).

Överburenhet – Innebär att en graviditet varar längre än 42+0 veckor eller 294 dagar (Lindskog & André-Sandberg, 2014).

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Förlossningsrädsla under graviditet.....	1
Uppkomst och orsaker till förlossningsrädsla	1
Bedömningsinstrument vid skattning av förlossningsrädsla.....	2
Barnmorskemottagning i Sverige	2
Barnmorskans möte med den förlossningsrädda kvinnan	3
Stöd.....	3
Professionellt och socialt stöd.....	3
Barnmorskans professionella stöd till den gravida kvinnan	4
Extra professionellt stöd till förlossningsrädda kvinnor	4
Brister i samband med professionellt stöd	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE.....	5
METOD.....	6
Val av metod.....	6
Miljö	6
Urval	6
Inklusionskriterier.....	6
Exklusionskriterier.....	6
Datainsamling	7
Analys	7
Tabell 1. Exempel på analysprocessen	8
Förförståelse	8
Etiska övervägande.....	8
RESULTAT	10
Tabell 2. Huvudkategori och underkategori	10
Kvinnans förlossningsrädsla i fokus.....	10
Barnmorskors erfarenheter om kvinnors bristande kunskap kring förlossningsrädsla.....	11
Vägleda till rätt hjälpinsats för den förlossningsrädda kvinnan.....	13
Barnmorskors behov av resurser och kunskap kring förlossningsrädsla.....	13
Resultatsammanfattning	14

DISKUSSION	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion	16
Konklusion.....	18
Förslag på klinisk tillämpning	18
Förslag på fortsatt forskning.....	18

INLEDNING

I Sverige har alla gravida kvinnor möjligheten att besöka barnmorskor kostnadsfritt på en BMM. I samband med graviditet har barnmorskor i BMM som uppgift att främja hälsa för mor och barn och värna om kvinnan och det ofödda barnets välbefinnande inför förlossningen. Barnmorskor inom BMM upplever att de inte har tillräckligt med kunskap och tid för att kunna erbjuda det stöd och den information som gravida kvinnor efterfrågar. Gravida kvinnor efterfrågar mer information kring de psykiska och fysiska förändringar som upplevs under graviditet. Brist på denna information kan leda till förlossningsrädsla. Barnmorskor upplever även stressen på arbetsplatsen som i sin tur påverkar deras möjlighet att ge professionellt stöd. Då det inte finns många studier gjorda i Sverige om barnmorskors professionella stöd till förlossningsrädda kvinnor, är studiens syfte att belysa barnmorskors erfarenheter av att erbjuda professionellt stöd till förlossningsrädda kvinnor under graviditet.

BAKGRUND

Förlossningsrädsla under graviditet

Ryding och Sundell (2004) definierar förlossningsrädsla som ett tillstånd av rädsla som uppkommer före, under eller efter förlossning. Svår förlossningsrädsla kan påverka kvinnor psykiskt i deras vardagliga liv, som i sin tur kan medföra att kvinnorna inte vågar föda vaginalt eller bli gravida (a.a.). Måttlig förlossningsrädsla innebär att gravida kvinnor har en oro och rädsla som är svår att hantera. Denna rädsla och oro påverkar dock inte kvinnornas vardagliga liv. Lätt förlossningsrädsla innebär att kvinnor upplever oro som är hanterbar under sin graviditet. Denna oro ger kvinnorna möjligheten att förbereda sig inför den kommande förlossningen (Areskog, Uddenberg & Kjessler, 1981).

I en jämförande studie gjord av Ternström, Hildingsson, Haines och Rubertsson (2015) framkom att hela 18 procent av gravida kvinnor födda i Sverige och 37 procent gravida utrikesfödda kvinnor som bor i Sverige, besväras av måttlig till svår förlossningsrädsla under graviditeten. Socialstyrelsen (2014a) rapporterar att antalet kejsarsnitt sedan 1970 fram till och med 2014 har ökat med 12 procent. En orsak till de ökade kejsarsnitten är den förlossningsrädsla kvinnor upplever under graviditeten (a.a.). Haines m.fl. (2015) skriver att det förekommer svår förlossningsrädsla bland gravida kvinnor som sedan tidigare lider av ångest och depression.

Uppkomst och orsaker till förlossningsrädsla

Förlossningsrädsla uppkomma när kvinnor förstår att de är gravida och snart kommer behöva föda fram barnet. Källan till kvinnans rädsla kan vara tidigare erfarenheter som till exempel negativa förlossningsberättelser från familj och vänner, tidigare negativ förlossningsupplevelse, där förlossningen avslutats med sugklocka, tång, stora blödningar, bristningar eller kejsarsnitt (Höjeberg, 2000; Melander, 2002; Nilsson & Lundgren, 2007). Saisto., Ylikorkala och Halmesmäki (1999) skriver att gravida kvinnor med förlossningsrädsla har svårigheter att identifiera en specifik orsak till förlossningsrädslan som uppkommer under graviditeten (a.a.). Lätt, måttlig och svår förlossningsrädsla förekommer oftare bland förstföderskor, men även hos

omfödelskor och kvinnor som gjort kejsarsnitt under tidigare förlossning (Elvander, Cnattingius & Kjerulff, 2013). I en undersökning gjord av Elvander, Cnattingius och Kjerulff (2013) hade 95 procent av de kvinnor som avslutade sin graviditet med akut kejsarsnitt en ökad risk för negativ förlossningsupplevelse inför nästa graviditet. Toohill, Fenwick, Gamble och Creedy (2014) framhäver att i samband med förlossningsrädsla ökar akuta-, planerade kejsarsnitt samt instrumentella vaginala förlossningar (a.a.).

Kvinnor med förlossningsrädsla riskerar att drabbas av fysiska samt psykiska problem både före och efter förlossning. Fysiska problem som kan uppstå är exempelvis långdragen förlossning, överburenhet, prematur förlossning samt planerat eller akut kejsarsnitt. Psykiska problem som kan uppstå är exempelvis ångest, oro samt rädsla inför förlossningen. (Liljeröth, 2009). Sjögren (1997) skriver att många kvinnor med förlossningsrädsla upplever minskat förtroende för barnmorskor på BMM. Enligt Ryding (1993) kan förlossningsrädsla uppstå genom minskad tilltro till vårdpersonal. I en studie gjord av Beck (2004) poängterar gravida kvinnor vikten av att barnmorskan ser kvinnan bakom graviditeten och har förmågan att kommunicera med henne om hennes upplevelser och tankar kring hela situationen. Kvinnorna poängterade även vikten av att barnmorskan har en tillit till kvinnan (a.a.).

Bedömningsinstrument vid skattning av förlossningsrädsla

För att barnmorskor på BMM ska kunna mäta kvinnors eventuella förlossningsrädsla kan barnmorskorna använda sig utav bedömningsinstrumentet visuell analog skala [VAS] som är ett av flera bedömningsinstrument. VAS-skalan består av siffror från noll till tio där gravida kvinnor själva uppskattar sin förlossningsrädsla (Rouhe, Salmela- Aro, Halmesmaki, & Saisto, 2009). Mohlander och Ryding (2013) och SFOG (2004) understryker att vid förlossningsrädsla där VAS-skala används ska skattningsskalan mellan noll till fem bedömas som lätt förlossningsrädsla och kvinnan ska erbjudas råd samt föräldrautbildning. Vid skattningsskala mellan sex till och med sju ska barnmorskan tolka det som måttlig förlossningsrädsla och barnmorskan ska erbjuda professionellt stöd på BMM och vid svårighet koppla in andra professioner. Om kvinnan skattar sig åtta och högre ska remiss skickas till andra professioner så som auroramottagning, läkare eller psykolog då detta tolkas som svår förlossningsrädsla (a.a.). Några av barnmorskorna i studien uttryckte att de oftast brukade göra ytterligare ny VAS när kvinnan är i graviditetsvecka 37 för att se om förlossningsrädslan har minskat. Fear of birth scale (FOBS) är ett annat bedömningsinstrument som kan användas för att bedöma kvinnors upplevelse av förlossningsrädslan. Med detta bedömningsinstrument kan barnmorskor enklare bedöma och diskutera med kvinnan om hennes upplevelse av upplevd förlossningsrädsla (Haines., Pallant., Karlström & Hildingsson, 2011).

Barnmorskemottagning i Sverige

Barnmorskemottagningsverksamheten i Sverige uppkom på 1930-talet då riksdagen beslutade att all befolkning i Sverige skulle få tillgång till frivillig och kostnadsfri mödra-och barnhälsovård. Detta innebar att alla gravida kvinnor fick möjligheten att besöka barnmorskor två gånger under sin graviditet. Under årens gång har BMM utvecklats och detta har inneburit att gravida kvinnor fått möjlighet att träffa barnmorskor flera gånger under sin graviditet (Svensk förening för obstetrik och gynekologi [SFOG] 2008). Under 1980-talet beslöt riksdagen att BMM skulle erbjuda alla föräldrapar föräldrautbildning, detta för att föräldraparet

lättare ska kunna knyta an till sitt kommande barn och stärka föräldraskapet. Föräldrautbildning kan även minska risken för förlossningsrädsla, genom att information erbjuds av barnmorskor samt att paret får höra andra gravida kvinnors upplevelser och erfarenheter av förlossningen (a.a.).

Barnmorskans möte med den förlossningsrädda kvinnan

Enligt Socialstyrelsen (2014b) har barnmorskor i BMM som uppgift att främja hälsa hos gravida kvinnor. Barnmorskor har även som uppgift att värna om gravida kvinnor och barnet inför förlossningen, detta genom att gravida kvinnor erbjuds kontinuerliga besök hos BMM (a.a.). WHO (2016a) poängterar vikten av att alla graviditeter övervakas och att informativt stöd erbjuds av en utbildad vårdpersonal. Salomonsson, Wijma och Alehagen (2010) förklarar att vid mindre professionellt stöd samt mindre informativt stöd till förlossningsrädda kvinnor kan övergången till föräldraskapet försämrats. Saisto, Ylikorkala och Halmesmäki (1999) betonar att vidare forskning behövs om hur barnmorskor ska kunna erbjuda professionellt stöd till förlossningsrädda kvinnor, detta för att minska risken för förlossningsrädsla bland kvinnor, vilket i sin tur leder till färre akuta kejsarsnitt och färre instrumentella vaginala förlossningar.

Stöd

Stöd grundar sig i kvinnans önskan samt behov av stöd. Stödet som kvinnan erhåller kan innebära att kvinnan får möjlighet att jämföra sina problem och upplevelser med en annan person. Genom att jämföra samt att få uppleva stöd ökar motivationen hos individen att kunna lösa och hantera sina problem (Hupcey & Morse, 1997). Enligt Langford, Bowsher, Maloney och Lillis (1997) stöd består av fyra olika delar nämligen, emotionellt-, informativ-, instrumentellt- och bekräftande stöd. Emotionellt stöd innebär att stöd erbjuds genom empati, kärlek och omsorg till personen som är i behov av stödet. Emotionellt stöd anses vara den mest betydelsefulla av dessa fyra definitioner. Informativt stöd innebär att stöd erbjuds genom information till individen för att lösa dennes problem. Instrumentellt stöd innebär att praktiskt stöd erbjuds för att kunna lösa problem såsom förlossningsrädsla. Bekräftande stöd erbjuds genom kommunikation för att öka individens egna resurser i form av förmåga och kompetens (a.a.).

Professionellt och socialt stöd

Det finns olika strukturer av stöd. Socialt och professionellt stöd är exempel på stöd som kan förekomma inom BMM. Socialt stöd innebär ömsesidig förväntan mellan två parter som har någon form av förbindelse till varandra. Socialt stöd kan till exempel komma från en förälder, partner eller en nära vän. Barnmorskor arbetar för att stärka det sociala stödet som finns kring individerna, det kan till exempel vara genom att barnmorskor involverar kvinnornas partner för delaktighet under graviditeten. Professionellt stöd innebär att individer får stöd av personer som har en professionell roll att arbeta utifrån, exempelvis barnmorskor. Inom professionellt stöd behöver inga relationer ske bland de två parterna, utan hela stödet styrs organisatoriskt (Hupcey & Morse, 1997). Enligt Thorstensson, (2012) är det viktigt att barnmorskor vet hur professionellt stöd ska kunna erbjudas till gravida kvinnor, detta för att kvinnorna ska kunna få en positiv förlossningsupplevelse (a.a.). Barnmorskors inställning gentemot gravida kvinnor kan påverka hur professionellt stöd erbjuds (Ekström & Thorstensson 2015).

Barnmorskans professionella stöd till den gravida kvinnan

Enligt Helk., Spilling., och Smeby. (2008) ska barnmorskor kunna erbjuda stöd till föräldraparet under graviditetens gång. Barnmorskor ska även kunna erbjuda samtalsstöd när gravida kvinnor ber om det samt kunna identifiera särskilda behov av vård och stöd till gravida kvinnor, detta för att minska förlossningsrädslan (a.a.). För att kunna erbjuda professionellt stöd poängterar International Confederation of Midwives [ICM] (2014) vikten av att barnmorskor är lyhörda för gravida kvinnors fysiska-, psykiska-, emotionella- samt andliga behov oberoende av gravida kvinnors omständigheter. Nilsson, Bondas och Lundgren (2010) uppger att gravida kvinnor upplever en oro av att inte får vara med och delta i beslut som tas om deras vård. Enligt Seefatvan, Nieuwenhuijze och Korstjens (2011) har många gravida kvinnor förväntan av att barnmorskor på BMM ska kunna erbjuda informativt stöd under graviditeten. Hildingsson och Häggström (1999) skriver att barnmorskor förstår att gravida kvinnor ska erbjudas professionellt stöd. Dock upplever dessa barnmorskor att de inte har tillräckligt med kunskap om förlossningsrädsla, för att kunna erbjuda professionellt stöd till dessa gravida kvinnor med förlossningsrädsla (a.a.).

Extra professionellt stöd till förlossningsrädda kvinnor

I Sverige finns Auroraverksamhet för förlossningsrädda kvinnor. Aurora, vars namn anspelar på morgonrodnadens gudinna, har som syfte att erbjuda förlossningsrädda kvinnor ljusare tankar om födandet. Verksamheten uppkom i slutet av 1980-talet då förlossningsvården i Sverige fick in en ny grupp av kvinnor som uttryckte rädsla för att föda. Förlossningsvården insåg att behovet fanns av ett bättre omhändertagande av kvinnor med måttlig till svår förlossningsrädsla under graviditeten. Detta ledde till att Auroraverksamheten skapades i syfte för att hjälpa dessa kvinnor (SFOG, 2004). Auroraverksamheten har etablerats och finns nu på många kvinnokliniker i Sverige. Verksamheten finns dock inte på samtliga mödrhälsocentraler vilket innebär att barnmorskorna i dessa fall får omhänderta gravida kvinnor med måttligt till svår förlossningsrädsla. (Sjögren, 1998; Nieminen m.fl. 2004). Kvinnor med måttlig till svår förlossningsrädsla remitteras från BMM till auroraverksamheten. På verksamheten arbetar psykologer, obstetriker, barnmorskor samt psykiatriker. Denna typ av vårdpersonal arbetar för att erbjuda förlossningsrädda kvinnor en bättre förutsättning inför deras förlossning (Sjögren, 1998). Fenwick m.fl. (2015) understryker att bland förlossningsrädda kvinnor som fått stöd av barnmorskor som är utbildad om förlossningsrädsla, upplever 37 procent av kvinnorna mindre rädsla inför förlossning. Dessa kvinnor upplevde även en mindre plågsam minnesbild av sin förlossning vilket ledde till att dessa kvinnor kunde tänka sig föda barn på nytt (a.a.).

Brister i samband med professionellt stöd

WHO (2016b) rapporterar att många barnmorskor verksamma inom BMM upplever stress på arbetsplatsen. Denna stress leder till att barnmorskor inte kan erbjuda professionellt stöd till förlossningsrädda kvinnor under graviditet. Barnmorskor upplever även att de inte får adekvat utbildning för att kunna erbjuda professionellt stöd till gravida kvinnor med förlossningsrädsla (a.a.). Lyberg och Severinsson (2010) skriver att barnmorskor på BMM har en önskan av att kunna erbjuda professionellt stöd till gravida kvinnor med förlossningsrädsla. Fortsatta studier är nödvändiga om hur barnmorskor ska kunna utöka sina kunskaper om att erbjuda dessa stöd

(a.a.). Förbättring av arbetsvillkor för att minimera stress behövs för att barnmorskor ska kunna mäkta med arbetet och kunna vara professionella i sitt möte med de förlossningsrädda kvinnorna (WHO, 2016b)

PROBLEMFÖRMULERING

Barnmorskor som arbetar på BMM träffar dagligen på kvinnor som är förlossningsrädda. Auroraverksamhet finns i många delar av landet, dock finns inte verksamheten på samtlig BMM vilket innebär att barnmorskor i vissa fall får omhänderta gravida kvinnor med måttlig till svår förlossningsrädsla. Förlossningsrädsla under graviditet kan orsaka fysiska samt psykiska problem både före och efter förlossningen som i sin tur kan orsaka problem för mor och barn. Barnmorskor verksamma på BMM upplever stress samt att de inte har tillräcklig kunskap eller tid för att erbjuda professionellt stöd till gravida kvinnor med förlossningsrädsla. Det är därför av vikt att belysa barnmorskors erfarenheter av att erbjuda professionellt stöd till kvinnor med förlossningsrädsla under graviditet.

SYFTE

Syftet med studien är att belysa barnmorskor på barnmorskemottagningens erfarenheter av att erbjuda professionellt stöd till kvinnor med förlossningsrädsla under graviditet.

METOD

Val av metod

En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats valdes för att undersöka barnmorskors erfarenhet av att erbjuda professionellt stöd på BMM till kvinnor med förlossningsrädsla under graviditet. Detta för att få en utvecklad förståelse av ämnet. En kvalitativ metod innebär att forskaren tar reda på människors kunskaper och erfarenheter om ett ämne och induktiv ansats innebär att forskaren samlar ihop information som har framkommit efter gjord intervju. För att sedan analysera den gjorda interjuv och dra en slutsats. Dessa slutsatser presenteras slutligen som studiens resultat. (Jakobsson, 2011; DePoy & Gitlin, 1999). Vid en kvalitativ metod lägger forskaren stor vikt att förstå deltagarens erfarenhet av ett område. Intervjun sker genom tvåvägskommunikation vilket innebär att samtal sker där forskaren önskar skaffa sig fakta från deltagaren. Intervjun kan ske genom att frågorna som ställs spelas in eller antecknas av forskaren (Johansson, 2011).

Miljö

Denna studie genomfördes med barnmorskor som arbetade på två BMM i sydvästra Sverige. Den ena av BMM tar emot ca 400 gravida kvinnor per år och den andra får besök av ca 850 gravida kvinnor per år. Vardera kommun har en befolkning på ca 33–34 000 invånare. På de studerade BMM arbetar barnmorskorna med att stödja kvinnor utifrån kontroller under graviditet.

Urval

För att få en så bred information som möjligt från deltagarna gjordes bekvämlighetsurval och enligt Jakobsson (2011) innebär bekvämlighetsurval att urval utförs av personer som är tillgängliga att delta i studien när datainsamling genomförs. Hänsyn togs även till deltagarnas ålder, antal år i yrket, kön samt yrkesplats för att få så stor variation som möjligt. I denna studie deltog kvinnor i åldern 39 till 63 år, de intervjuade hade jobbat som legitimerade barnmorskor mellan 12 till 40 år och dessa var geografiskt spridda på två olika BMM i sydvästra Sverige. Dock hade ingen utav deltagarna utländsk härkomst. Detta resulterade till att sju barnmorskor som arbetade på två olika BMM och hade erfarenhet av att erbjuda professionellt stöd till förlossningsrädda kvinnor under graviditet deltog i denna studie. Efter att barnmorskorna hade anmält sig för deltagande av intervju bokades tid samt datum för intervju.

Inklusionskriterier

Barnmorskor som arbetade vid de utvalda BMM och erbjöd professionellt stöd till förlossningsrädda kvinnor i Sverige inkluderas i studien.

Exklusionskriterier

Barnmorskor som arbetade på en auroverksamhet och barnmorskor som tidigare hade arbetat på auroverksamhet exkluderades från denna studie.

Datainsamling

För att få deltagare till studien skickades information och förfrågan om tillstånd till två verksamhetschefer för BMM i sydvästra Sverige, detta för att få samtycke om att få intervjua barnmorskor. Enligt Sandman och Kjellström (2013) är det viktigt att information skickas till verksamhetschef för ett godkännande av genomförandet av intervjuerna på arbetstagarna, detta för att verksamhetschefen ska vara medveten om att dennes arbetstagare kommer att delta i en studie. Efter godkännande av dessa två verksamhetschefer skickade en utav verksamhetscheferna information om studien till dennes barnmorskor på hens BMM. Då den andra verksamhetschefen inte vidarebefordrade information om studien till sina barnmorskor fick dessa barnmorskor skriftlig samt muntlig information om studien via direkt kontakt av författarna. De barnmorskor som var intresserade av att delta i studien fick anmäla sitt intresse via telefon eller per email till författarna.

Datainsamling genomfördes med hjälp av en intervjuguide som bestod av semistrukturerade frågor (bilaga 1), detta för att fånga deltagarnas egna perspektiv och uppfattning om syftet i enlighet med Kvale, & Brinkmann (2009). Enligt Jakobsson, (2011) och DePoy och Gitlin, (1999) är det viktigt att författarna låter deltagarna svara fritt på frågorna som ställs och vid oklarhet av svar kan följdfrågor ställas. Under intervjun fick deltagarna möjligheten att svara med egna ord på frågorna som ställdes och författarna hade möjlighet att ställa följdfrågor, detta var för att författarna skulle få deltagarna att utveckla sina svar när behovet uppstod. Deltagarna fick möjligheten att välja plats där de kunde känna sig trygga för genomförande av intervjun. Därför genomfördes en utav intervjuerna via telefon och resterande intervjuer på deltagarnas arbetsplatser. Deltagarna fick intervjuguiden en vecka innan intervjun påbörjades, för att göra sig förberedda inför intervjun.

Barnmorskornas godkännande av att delta i denna studie spelades in vid intervjutillfället. De hade även möjlighet att när som helst avstå från deltagande i studien om de inte kände sig trygga med frågorna eller deltagandet. Intervjuerna genomfördes år 2017 mellan vecka tio och fjorton och intervjulängden varierade mellan 30-45 minuter. Trost (2010) understryker vikten av att båda författarna är närvarande vid intervjuerna för att kunna erbjuda stöd till varandra om behovet uppstår. Båda författarna deltog i varje intervju, dock ställde en frågorna och den andre tog hand om inspelningen med hjälp av en dator. För att veta om intervjuguiden svarade rätt på syftet utfördes två stycken pilotstudier. Dessa två barnmorskor fick ge sitt godkännande av att de inspelade intervjuerna kunde komma till användning för studiens resultat om svaren på intervjuguiden uppnådde studiens syfte. Pilotstudie gjordes i denna studie för att se om intervjuguiden svarade till studiens syfte, därför blev två stycken barnmorskor på BMM intervjuade. Den första intervjun i pilotstudien exkluderades då intervjuguiden behövde justeras för att bättre svara mot studiens syfte. Efter revidering av intervjuguiden blev den andra deltagaren intervjuad. Då svaren i denna intervju stämde med studiens syfte inkluderades denna i studiens resultat.

Analys

Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys valdes för genomförandet av denna studie, detta för att uppnå trovärdighet och pålitlighet. Efter att dessa semistrukturerade intervjuer hade

genomförts spelade författarna upp dessa flera gånger enskilt för att få en förståelse och helhetsbild av intervjun. Därefter delades intervjuerna upp för att transkribera dessa ordagrant. Texten som framkom efter transkriberingen av intervjun lästes igenom flera gånger var och en för sig för att hitta meningenheter. De meningenheter som hade valt jämfördes för att gemensamt välja ut meningenheter som svarade till studiens syfte. (tabell 1). Enligt Graneheim och Lundman (2004) ska författarna ta med omgivande text när meningenheter väljs ur den transskriberade texten, detta för att ha kvar sammanhanget i meningenheter. Meningensheterna som valdes kortades ner, det vill säga kondenserades. Kondenseringarna bröts sedan ner till koder som sedan mynnade ut i kategorier som kom att spegla innehållet av studiens resultat.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsenheter	Kondensering	Kod	Kategorier
Vi barnmorskor behöver få resurs till eh att vi behöver få tid ..eh att eh kunna ge kontinuerligt stöd. För vi är ju medvetna om det här, men vi har svårt i praktiken att få till det.	Vi behöver få tid att kunna ge kontinuerligt stöd	Mer tid	Barnmorskors önskan om mer tid för att kunna erbjuda professionellt stöd
den första får man ju bemöta med kunskap ge information om vad som ska hända och rekommendera dom att gå på våra föräldrautbildningar, för det tror jag hjälper.	ge information om vad som ska hända och rekommendera dom att gå på våra föräldrautbildningar	Utökad kunskap	Utöka kvinnans kunskap för minskad förlossningsrädsla

Förförståelse

Författarna till denna studie hade en viss erfarenhet av barnmorskors erfarenheter av att erbjuda professionellt stöd till förlossningsrädda kvinnor. Då författarna har träffat kvinnor med förlossningsrädsla under deras verksamhetsförlagda utbildning och erbjudit stöd gemensamt med sina handledare.

Etiska övervägande

Vid en empirisk intervjustudie ställs krav på författaren om etisk medvetenhet av hur deltagarnas integritet samt identitet bevaras. Dessa etiska krav framställs i fyra principer informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav samt nyttjandekrav. I

informationskravet ska deltagarna få möjlighet till information om studien. I samtyckeskravet ska deltagarna få rätt till självbestämmande angående medverkan i studien. Konfidentialitetskravet ställer anspråk på att författarna inte lämnar ut känsligt material så som personuppgifter till obehöriga personer. Nyttjandekravet går ut på att uppgifter som författarna samlar av deltagarna endast används till studiens syfte (Vetenskapsrådet, 2002). Dessa fyra grundprinciper har författarna tagit hänsyn till under hela studiens gång genom att alla intervjuer har kodats med siffror, inspelade intervjuer är tänkt att raderas efter att studien har genomförts. All transkriberad text och information på papper och på datorn kommer att förstöras.

Lagen om etikprövning av forskning som avser människor förklarar vikten av att deltagaren får rätt information om studiens syfte innan deltagandet (Lag 2003:460). Informationsbrevet som skickades ut till verksamhetscheferna och delades ut till deltagarna innehöll information om studiens syfte, detta för att dessa barnmorskor skulle kunna göra sig medvetna samt förbereda sig inför intervjun. Tillvägagångssätt samt information om konfidentialitet fanns med i informationsbrevet för att deltagarna skulle kunna göra sig medvetna om att den information som framkom under studiens gång inte kommer att avslöjas eller spridas till obehöriga. Jakobsson (2011) uppger vikten av att deltagarna får möjlighet till självbestämmande och att samtliga deltagare erhåller lika behandling av författarna. Etiskt tillstånd behövs inte för att genomföra denna studie, eftersom studien ligger till grund för en magisterexamen. Hänsyn togs däremot av författarna till etiska frågor som uppkom under studiens gång. Deltagandet i studien var frivillig, vilket innebar att deltagarna fick möjlighet att när som helst avbryta deltagandet av denna studie utan att behöva uppge orsak.

RESULTAT

Syftet med studien är att belysa barnmorskor på barnmorskemottagningens erfarenheter av att erbjuda professionellt stöd till kvinnor med förlossningsrädsla under graviditet. Efter analys av den transkriberade texten framkom det två huvudkategorier ”Kvinnans förlossningsrädsla i fokus” och ”Barnmorskors behov av resurser och kunskap kring förlossningsrädsla”. Till den första huvudkategorin tillkom även två underkategorier ”Barnmorskors erfarenheter om kvinnors bristande kunskap kring förlossningsrädsla” och ”Vägleda till rätt hjälpinsats för den förlossningsrädda kvinnan” (tabell 2).

Tabell 2. Huvudkategori och underkategori

Huvudkategorier	Underkategorier
Kvinnans förlossningsrädsla i fokus	Barnmorskors erfarenheter om kvinnors bristande kunskap kring förlossningsrädsla.
	Vägleda till rätt hjälpinsats för den förlossningsrädda kvinnan
Barnmorskors behov av resurser och kunskap kring förlossningsrädsla.	

Kvinnans förlossningsrädsla i fokus

Barnmorskorna beskrev att det ofta hände att en del av de förlossningsrädda kvinnorna uttryckte förlossningsrädsla redan vid hälsosamtalet eller vid inskrivningssamtalet. Dessa förlossningsrädda kvinnor uttryckte sin förlossningsrädsla spontant när de fick syn på en barnmorska, samtidigt som de beskrev att andra förlossningsrädda kvinnor fick barnmorskorna fråga dessa kvinnor aktivt när det var dags. Som till exempel när kvinnorna kom till barnmorskan för kontroll i graviditetsvecka 25. Barnmorskorna uppgav att när förlossningsrädda kvinnor uttryckte sin förlossningsrädsla var det barnmorskornas uppgift att identifiera vad som ligger till grund för kvinnans förlossningsrädsla och därefter stödja dessa förlossningsrädda kvinnor på ett professionellt sätt.

... det kommer kvinnor då och då som uttrycker förlossningsrädsla och vår uppgift är ju att identifiera vilka dom är och ta hand om dem [informant 5]

Barnmorskorna förklarade att i de fall kvinnor uttryckte förlossningsrädsla redan vid inskrivningssamtalet brukade barnmorskorna vid vissa tillfällen avvakta med att prata om kvinnans förlossningsrädsla tills besöket i graviditetsvecka 25. I de mer extrema fallen av förlossningsrädsla avvaktade inte barnmorskorna tills detta besök, utan tog istället hand om fallet direkt genom samtal, samt att barnmorskan eventuellt bokad tid till rätt profession.

Är det en förstföderska som uttrycker det här på t.ex. inskrivningsamtalet så brukar jag ju säga jag hör vad du säger, jag lyssnar på dig och vi kommer komma tillbaka till detta när du kommer tillbaka vecka 25 [informant 1]

För att kunna erbjuda professionellt stöd till förlossningsrädda kvinnor, beskrev barnmorskorna vikten av att alltid vara lyhörda, ha respekt för kvinnornas upplevelser samt att kvinnans förlossningsrädsla togs på allvar genom att barnmorskorna bekräftade kvinnornas känslor och upplevelser. Barnmorskorna poängterade även vikten av att ha tid och tålmod vid bemötandet av den förlossningsrädda kvinnan. Det var även viktigt enligt barnmorskorna att förmedla trygghet till kvinnorna, genom att symbolisera att barnmorskorna fanns där för dem. Allt detta för att kunna få en bild av vad kvinnornas förlossningsrädsla handlade om och därmed kunna erbjuda professionellt stöd samt samtal

... hoppas att vi bemöter dem väl, att vi lyssnar på dem, att vi inte nonchalerar deras rädsla och säger rädsla är ingenting och så att man verkligen tar dem på allvar. [informant 2]

Barnmorskorna uppgav att de alltid hade som rutin att fråga alla gravida kvinnor som kom på vecka 25-besöket om kvinnorna upplevde förlossningsrädsla. När kvinnorna berättade om sin förlossningsrädsla var det viktigt för barnmorskorna att använda den kliniska blicken, för att därmed kunna förstå vilken grad av förlossningsrädsla kvinnorna upplevde. När barnmorskorna misstänkte att kvinnan kunde uppleva förlossningsrädsla bokades tätare återkommande barnmorskebesök, detta för att kunna iaktta och upptäcka en eventuell förlossningsrädsla och därmed erbjuda professionellt stöd. För att kunna få reda på om kvinnan upplevde förlossningsrädsla uppgav barnmorskorna vikten av att ställa öppna frågor där barnmorskorna inte talade för kvinnan. Det var viktigt enligt barnmorskorna att uppmuntra paret att komma tillsammans på varje barnmorskebesök, då partnern kunde vara till styrka för kvinnan vid vissa tillfällen att öppna sig mer samt att barnmorskan kunde jobba tillsammans med paret som ett team.

När kvinnorna uttryckte förlossningsrädsla använde barnmorskorna sig av skattningsskalan VAS. Om kvinnan skattade sig mellan ett till och med fem tolkade de flesta av barnmorskorna detta som lätt förlossningsrädsla. Vid måttlig förlossningsrädsla hade kvinnan uppgivit en skala mellan fem till sju, vid sju och över hade det tolkats som svår förlossningsrädsla. Barnmorskorna uppgav att frågor samt utredning av förlossningsrädsla skedde efter att kvinnan hade skattat sin förlossningsrädsla med hjälp av VAS-skalan.

Barnmorskorna beskrev att när det handlade om kvinnor som hade fött barn utanför Sveriges gränser, var det av vikt att iaktta kvinnans förlossningsupplevelse relaterat till det land som hon fött barn i. Barnmorskorna uppgav att de kvinnor som hade fött barn utomlands kunde ha en förlossningsrädsla på grund av att de inte visste hur förlossningsvården i Sverige fungerade.

Barnmorskors erfarenheter om kvinnors bristande kunskap kring förlossningsrädsla

Barnmorskorna uppgav att förstföderskor ofta kunde vara rädda för till exempel bristningar och smärta vid vaginal födsel. Förstföderskors förlossningsrädsla kunde även grunda sig på vad kvinnan hade sett och hört via media, kompisar och anhöriga. Förstföderskor hade oftast mindre kunskap om förlossningar och behövde därför stöd och kunskap i detta. När det kom till

omfödelskor hade kvinnorna med förlossningsrädsla ofta med sig en traumatisk förlossningsupplevelse där förlossningen avslutades med instrumentell eller akut/urakut kejsarsnitt. För de kvinnor som upplevde lätt till måttlig förlossningsrädsla brukade barnmorskorna prata med dessa, erbjöd föräldrautbildning och hade kvinnorna gamla förlossningsjournaler brukade barnmorskorna gå igenom dessa med kvinnan i den mån det gick.

Har de fått barn sedan tidigare, då pratar vi om hur det har varit under den graviditeten och den förlossningen. Så att med öppna frågor så försöker vi penetrera deras erfarenhet utav detta. [informant 7]

Barnmorskorna förklarade att om kvinnan uttryckte förlossningsrädsla skedde genomgång av orsaken till förlossningsrädslan och upplevelserna av den genom samtal. Barnmorskorna tyckte att frågan om förlossningsrädslan uppkom ganska sent in i graviditeten vilket ledde till att många kvinnor bar på förlossningsrädsla utan att de fick det stöd de behövde tidigt under graviditeten. Därför uppgav barnmorskor att utbildning kring kvinnans kropp, graviditet samt förlossning bör erbjudas mer i grundskolan och gymnasium. Detta för att många kvinnor kommer att genomgå denna process under sin livstid och därför behöver få kunskap och stöd för att våga vilja föda och eventuellt minska förlossningsrädslan. Några av barnmorskorna ansåg att internetbehandling till förlossningsrädda kvinnor kunde vara aktuellt för att öka kvinnors tillgänglighet till kunskap om sin graviditet och förlossning och för att minimera risken för ökad förlossningsrädsla.

För att ge ökad kunskap kring den kommande förlossningen brukade barnmorskorna uppmuntra kvinnan till att lära sig om förloppet om graviditeten och förlossningen och vad kvinnan skulle vara med om samt vilket stöd som fanns att erhålla. Många av barnmorskorna förklarade att de oftast brukade erbjuda och stötta kvinnorna till att gå på de olika föräldrautbildningar som erbjöds på BMM. Efter att kvinnan hade varit på föräldrautbildningen brukade barnmorskorna diskutera utbildningen med kvinnan och därefter tillfrågade kvinnan om hon hade några funderingar kring utbildningen. Om kvinnan hade funderingar brukade barnmorskorna gå igenom dessa med kvinnan och slutligen tillfrågades kvinnan om hon behövde ytterligare stöd och kunskap. Barnmorskorna ansåg att information ska ges utifrån kvinnans kunskap och önskemål. Barnmorskorna brukade uppmuntra kvinnan till att läsa broschyrer som delades ut på BMM samt att kvinnan uppmuntrades till att läsa och skapa sig kunskap på rätt hemsidor. Barnmorskorna uppgav att de brukade undervisa kvinnorna om internethemsidan 1177 och därefter uppmuntrade barnmorskorna kvinnorna att hålla sig till att läsa på denna internetsida.

Jag visar dem alltid boken "vänta barnboken " och jag visar dom alltid 1177, att där finns väldigt mycket och läs detta när du nu är här i graviditeten och så läser du vidare när du har kommit vidare i graviditeten, så att dom efterhand lär sig så mycket som möjligt. [informant 5]

Barnmorskorna förklarade att vid tillfällena då kvinnan uttryckte förlossningsrädsla och behövde mer kunskap kring förlossningsvården, tog barnmorskan med kvinnan till förlossningen för att visa hur förlossningsavdelningen ser ut, vilka som jobbar där, hur förlossningssalarna såg ut samt vilka hjälpmedel och smärtlindring som fanns att erhålla. Barnmorskorna beskrev att kvinnorna efter rundvisningen brukade få en annan uppfattning om förlossningen, vilket ofta ledde till att förlossningsrädslan minskade eller försvann. Efter rundvisningen på

förlossningsavdelningen brukade barnmorskan uppmuntra kvinnan att se positivt på sin förlossning som en stor belöning, varigenom kvinnan i slutändan skulle få ett barn.

Vägleda till rätt hjälpinsats för den förlossningsrädda kvinnan

Barnmorskorna förklarade, för de kvinnor som uttryckte svår förlossningsrädsla där tillräckligt stöd inte fanns att tillgå på BMM, uppmuntra barnmorskorna kvinnan till att uttrycka och sätta ord på sin rädsla. Därefter bad barnmorskorna kvinnan att skatta sin förlossningsrädsla med hjälp av VAS-skalan. Barnmorskorna erbjöd kvinnan läkarkontakt, Aurorakontakt eller psykologkontakt, om kvinnorna skattade höga poäng på VAS-skalan.

Utifrån mina kunskaper så kan jag ju ta hand om dem, utifrån min kunskap men när det går över mina så får jag ge det vidare så klart. [informant 5]

Barnmorskorna uppgav att efter att kvinnan hade fått ett annat professionellt stöd, brukade barnmorskorna utföra en ny VAS under graviditetsvecka 37. För att bedöma om kvinnan fortfarande upplevde rädsla och om ytterligare stöd behövde erbjudas för att kvinnan ska kunna uppleva trygghet inför sin förlossning. Om barnmorskorna hade svårighet att bedöma kvinnornas förlossningsrädsla eller om kvinnorna inte önskade kontakt med någon profession utanför BMM, erbjöd barnmorskorna tätare besök där kvinnorna fick prata om sin rädsla.

Barnmorskors behov av resurser och kunskap kring förlossningsrädsla.

Barnmorskorna på BMM uppgav att den tid som fanns för varje barnmorskebesök till gravida kvinnor inte alltid räckte till, för att kunna undersöka noga och därmed erbjuda det professionella stödet som kvinnorna behövde. Därför uttryckte barnmorskorna att mer tid och utökad personal behövdes på BMM, för att kunna erbjuda kontinuerlig samt professionellt stöd till förlossningsrädda kvinnor. På grund av minskad personal på BMM upplevde barnmorskorna att vid vissa tillfällen fick de skicka över kvinnor med måttlig förlossningsrädsla till andra professioner, då de beskrev att vid vissa tillfällen räckte inte tiden till för dessa kvinnor. Med ökad resurs av personal uttryckte barnmorskorna att de då skulle kunna få mer utrymme för att kunna erbjuda professionellt stöd till de kvinnorna med måttlig förlossningsrädsla och därmed inte behöva skicka iväg dessa till Auroramottagning. Barnmorskorna beskrev att många gravida kvinnor som kom till BMM förväntade sig att barnmorskan skulle ha god kunskap kring förlossningsrädsla.

Barnmorskorna uppgav dock att de inte fick fortbildning inom arbetsplatsen om kvinnors förlossningsrädsla. Dessa barnmorskor uppgav att när brist på utbildning upplevdes fick barnmorskorna förlita sig på sina egna erfarenheter för att kunna erbjuda professionellt stöd till förlossningsrädda kvinnor. Dessa erfarenheter upplevde barnmorskorna inte alltid var tillräckligt för att erbjuda rätt stöd för dessa kvinnor med förlossningsrädsla.

Jag kan inte minnas att jag har gått på någon specifik utbildning [informant 1]

Jag går mer på min erfarenhet i det här läget [informant 2]

Barnmorskorna uppgav att de inte alltid hade kunskap om vilka frågor som skulle ställas till en förlossningsrädd kvinna och uppgav att med mer kunskap, utbildning och ett gemensamt verksamhetsprotokoll med väsentliga frågor, skulle de förstå vilka frågor som ska ställas till

kvinnorna. Detta för att kvinnorna skulle få det stödet och information som de är berättigade att erhålla. På grund av att barnmorskorna inte fått utbildning på sin arbetsplats blev konsekvensen ofta att kvinnorna fick olika stöd beroende på vilken barnmorska de besökte och dennes erfarenheter vilket lede till att kvinnorna behandlades olika.

Hur gör just jag och hur gör just mina kollegor [informant 6]

Barnmorskorna uppgav att de vid vissa tillfällen skickade över kvinnor med måttlig förlossningsrädsla till barnmorska på Auroraverksamhet. Detta då dessa barnmorskor upplevde att aurora barnmorskan erhöll mer utbildning och kunskap.

Aurora barnmorskorna får mera kunskap... vi behöver ju också utbildas i detta och få föreläsningar [informant 2]

Barnmorskorna förmodade att med utökad resurs, kunskap samt utbildning, skulle de kunna bli bättre på att gemensamt kunna erhålla professionellt stöd samt kunskap om förlossningsrädsla, till de kvinnor som är i behov av detta på BMM. Detta för att kvinnorna ska kunna få rätt vårdinsats på plats.

Resultatsammanfattning

I denna studie har det framkommit att barnmorskor upplever att kvinnor som lider av förlossningsrädsla uttrycker denna rädsla när de träffar en barnmorska på BMM. Barnmorskorna upplevde att det var deras uppgift att erbjuda professionellt stöd till förlossningsrädda kvinnor genom samtal samt utbildning om graviditeten och den kommande förlossningen. Barnmorskorna upplevde även att det var deras uppgift att vägleda den förlossningsrädda kvinnan till rätt vårdinsats när barnmorskan hade undersökt och identifierat orsak till kvinnans förlossningsrädsla. Barnmorskorna upplevde i denna studie att de inte hade tillräckligt med tid samt kunskap för att kunna erbjuda professionellt stöd till förlossningsrädda kvinnor under graviditet.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studiens syfte var att belysa barnmorskor på barnmorskemottagningens erfarenheter av att erbjuda professionellt stöd till kvinnor med förlösningsrädsla under graviditet. Graneheim och Lundman (2004) poängterar vikten av att diskutera giltighet, pålitlighet samt kunskapens överförbarhet i forskning för att kunna få ökad trovärdighet. För att besvara studiens syfte valde författarna att använda sig av en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats för att fånga erfarenheterna barnmorskorna på BMM hade. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar studiens trovärdighet när ett inklusions- och exklusionskriterium följs samt att fakta om deltagarnas bakgrund redovisas och att studiens analysarbete tydligt beskrivs. Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys har använts för att kunna analysera den transkriberade interjuvn till studiens resultat. Då författarna vill påvisa trovärdighet i resultatet har utvalda citat från intervjuerna använts. På grund av konfidentialitet till deltagarna har de utvalda citaten kodats med siffror. Graneheim och Lundman (2004) skriver att genom att skriva ett analyschema och därmed välja ut olika citat till resultatet ökar styrkan till studiens tillförlitlighet samt trovärdighet. Vidare skriver Graneheim och Lundman (2004) att det är personen som läser studien som är ansvarig att bedöma överförbarheten. Överförbarheten har stärkts genom att författarna har skrivit ner bakgrund till studien, genomförandet av metoden samt studiens resultat och enligt Graneheim och Lundman kan detta stärka överförbarheten (a.a.).

Pilotstudier gjordes för att testa att frågorna svarade rätt till studiens syfte innan de planerade interjuverna påbörjades. Jakobsson (2011) skriver att pilotstudie innebär att forskaren genomför en mindre studie på ett mindre antal respondenter, detta för att testa att frågeformulären till den planerade studien fungerar som det är tänkt (a.a.). Att utföra pilotstudie innan den planerade interjuvn har varit en styrka i denna studie då frågorna blev ändrade till det bättre och resultatet som framkom efter interjuvn svarade rätt till studiens syfte. En styrka i denna studie var att deltagarna i studien hade arbetat olika länge på BMM och var geografiskt spridda, vilket resulterade i att deltagarna hade olika erfarenheter av att erbjuda professionellt stöd till förlösningsrädda kvinnor under graviditet. För att öka giltigheten önskade författarna i denna studie en så bred variation av deltagare som möjligt därför deltog totalt sju stycken barnmorskor med varierande ålder samt arbetslivserfarenhet. Granskär och Höglund-Nielsen (2012) understryker vikten av att ha en hög grad av variation av deltagarnas erfarenheter detta för att kunna få ett så innehållsrikt resultat som ökar studiens styrka, pålitlighet och giltighet. En del av deltagarna i studien fick information om studien via personlig kontakt, vilket kan ha påverkat vissa av deltagarnas anmälan till att medverka i studien, då deltagarna kan uppleva svårigheter med att neka till deltagandet av studien vid personlig kontakt.

Då det framkom svårighet att utföra alla interjuver personligen utfördes en av intervjuerna via telefonsamtal och resterande via personligt samtal. Att inte utföra alla interjuver genom personliga samtal kan ses som en svaghet för studiens resultat. Enligt Kvale och Brinkman (2014) och Trost (2005) är styrkan ur telefonintervjuer att deltagaren får en ökad möjlighet att delta i studien oavsett var hen befinner sig. Nackdelen är att forskaren kan förlora olika

skiftningar i intervjun (a.a.). Styrkan med personlig intervju är att författaren får en direkt kontakt med deltagaren och författaren kan bekräfta deltagaren med kroppsspråk, nackdelen är att deltagaren kan känna sig utsatt då de blir två mot en i intervjurummet (a.a.). En styrka i denna studie är att deltagarna fick välja plats för intervjun och Trost (2010) menar på att det kan vara en styrka i tryggheten att deltagarna själva kan välja plats och miljö inför intervjun. För att öka pålitligheten i denna studie deltog båda författarna i samtliga intervjuer och Trost (2005) rekommenderar att vara två intervjuare under intervjun. Detta för att intervjuarna ska kunna stödja varandra när behovet uppstår. Detta kan i sin tur leda till att författaren får en innehållsrik intervju som styrker studiens resultat (a.a.). Deltagarna fick intervjuguiden en vecka innan intervjuerna påbörjades, dock anser författarna att detta kan ha varit en svaghet för studiens resultat genom att deltagarna på något sätt kunde planera vad de skulle kunna säga och uttrycka sig inför intervjun. Det var dock en styrka att deltagarna kunde förbereda sig inför intervjun då deltagarna inte blev nervösa och verkade känna sig trygga med intervjufrågorna samt att intervjun flöt på. Bell (2006) understryker att det kan vara av vikt att skicka intervjuguide en vecka innan intervju påbörjas, detta för att deltagarna ska kunna förbereda sig inför intervjun. Granheim och Lundman (2004) skriver att förbereda intervjuguide innan studien påbörjas ökar möjligheten för studiens tillförlitlighet samt trovärdighet.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa barnmorskor på barnmorskemottagningens erfarenheter av att erbjuda professionellt stöd till kvinnor med förlossningsrädsla under graviditet. Barnmorskorna förklarade i resultatet att de kvinnor som uttryckte svår förlossningsrädsla redan vid första barnmorskebesöket, erbjöds professionellt stöd omgående. Thorstensson (2012) poängterar vikten av att barnmorskor har en förståelse av hur professionellt stöd kan erbjudas till gravida kvinnor. Salomonsson., Wijma och Alehagen, (2010) framhäver tydligt i sin forskning att om kvinnan upplever förlossningsrädsla och inte får behandling för detta kan förlossningsrädslan påverka kvinnan under hela graviditeten. Detta kan i sin tur leda till att kvinnan riskerar att uppleva graviditeten och förlossningen negativt. (a.a.). Att barnmorskorna erbjuder stöd omgående när kvinnan uttrycker förlossningsrädsla är av vikt för att dessa kvinnor inte ska behöva gå omkring med rädsla som i sin tur kan påverka den kommande förlossningen negativt. Barnmorskorna uppgav dock att de kvinnor som inte uttryckte förlossningsrädsla vid första barnmorskebesöket, fick dessa frågan om de upplevde förlossningsrädsla vid graviditetsvecka 25. Enligt SFOG (2004) och Helk., Spilling., och Smeby. (2008) är det barnmorskan på BMM uppgift att identifiera kvinnans förlossningsrädsla så tidigt som möjligt och därmed erbjuda rätt vårdinsats. Detta motsäger dock vårt resultat då barnmorskorna tar upp frågan om förlossningsrädslan så sent in i graviditeten. Barnmorskorna bör därför ta upp frågan om förlossningsrädsla tidigt i graviditeten som till exempel vid hälsosamtalet eller inskrivningen. Detta för att kvinnorna med förlossningsrädsla ska kunna få professionellt stöd omgående, för att undvika gå runt med rädsla en längre tid. I studiens resultat uppkom det att barnmorskorna poängterade vikten av att vara lyhörd, ha respekt för kvinnan samt att barnmorskan arbetar för att kvinnan ska kunna uppleva förtroende till barnmorskan. Detta i linje med Nilsson, Lundgren, Karlström och Hildingsson (2012) studie där det beskrivs att barnmorskor på BMM ska arbeta med att fokusera på kvinnans förlossningsrädsla och försöka skapa en positiv graviditet samt förlossningsupplevelse för kvinnan. I vårt resultat förklarade barnmorskorna vikten av att

använda den kliniska blicken när kvinnan berättade om sin förlossningsrädsla vilket Zar, Wijma och Wijma (2002) understryker i sin studie om vikten av att använda den kliniska blicken vid bedömning av ångestsyndrom hos kvinnor som uttrycker förlossningsrädsla. Även Handelzalts m.fl. (2012) har kommit fram till vikten av att barnmorskan använder sig av den kliniska blicken för att identifiera förlossningsrädsla vid olika personlighetsstörningar. Att barnmorskor på BMM använder den kliniska blicken är av betydelse för att kvinnor som är i behov av professionellt stöd ska kunna erhålla det.

Studiens resultat visade att det ibland förekom att barnmorskor bokade tätare barnmorskebesök vid misstanke av förlossningsrädsla hos gravida kvinnor. Lundgren (2004) framhäver värdet av att boka tätare barnmorskebesök vid svårighet av att identifiera en eventuell förlossningsrädsla. Vidare förklarar Lundgren (2004) i sin forskning för att barnmorskan lättare ska kunna identifiera kvinnans förlossningsrädsla, kan barnmorskan skicka med kvinnan ett formulär hem. I formuläret kan kvinnan skriva ner sin rädsla samt beskriva sina tankar och önskemål kring graviditeten samt förlossningen (a.a.). Att barnmorskan skicka med kvinnan formulär hem, kan vara av vikt för att barnmorskorna ska kunna upptäcka en eventuell förlossningsrädsla hos gravida kvinnor. Resultatet i förliggande studie visar att barnmorskorna ibland uppmuntrade kvinnan och partnern att komma tillsammans på varje barnmorskebesök för att paret skulle kunna stödja varandra. I en forskning gjord av Sjögren, Ryding och Magnusson (1998) uppskattar de flesta gravida kvinnor som upplever förlossningsrädsla när partnern får möjlighet att delta i varje barnmorskebesök, detta för att uppleva stöd och trygghet från sin partner. I resultatet framkom det även att barnmorskorna oftast uppmuntrade gravida kvinnor att gå på föräldrautbildning. Detta understryker Melander (2002) är ett bra sätt för för kvinnor med förlossningsrädsla ska kunna skaffa sig kunskap för att därigenom kunna minska sin rädsla.

I studiens resultat framkom det att barnmorskorna använde sig av bedömningsinstrumentet VAS i graviditetsvecka 25. Vid skattning av den gravida kvinnans förlossningsrädsla utgick barnmorskorna från barnmorskornas egna erfarenheter. Barnmorskorna uppgav att om kvinnan skattade sig mellan ett till och med fem tolkade barnmorskorna detta som lätt förlossningsrädsla. Vid skattningsresultat mellan fem till sju tolkade barnmorskorna detta som måttlig förlossningsrädsla och från åtta tolkade barnmorskorna resultatet som svår förlossningsrädsla. SFOG (2004) poängterar vikten av att identifiera samt diagnostisera förlossningsrädslan i slutet av graviditeten. Detta för att kvinnan ska få det professionella stödet som kvinnan önskar och behöver (a.a.). Fenwick m.fl. (2015) förklarar att hos förlossningsrädda kvinnor som får stöd under sin graviditet minskar förlossningsrädslan med 37 procent. Det är av vikt att barnmorskor erhåller utbildning för att kunna bli enhetliga om hur bedömningsinstrumentet VAS ska användas och inte bara utgå från sina erfarenheter. Detta för att de förlossningsrädda kvinnorna ska få professionellt stöd gällande sin förlossningsrädsla.

Resultatet visar att barnmorskorna upplever brist på tid och utbildning vilket gav en känsla av brist på kompetens och möjlighet att möta dessa kvinnors behov. Barnmorskorna önskade erbjudande från sina verksamhetschefer om mer tid samt utbildning om förlossningsrädsla. Detta har även framkommit i Lyberg och Severinsson (2010) forskning där barnmorskor önskar utökad tid och kompetens om förlossningsrädsla. Detta för att kunna erbjuda professionellt stöd till gravida kvinnor med förlossningsrädsla (a.a.). Nieuwenhuijze., Low., Korstjens och Lagro-

Janssen (2014) skriver om gravida kvinnors förväntan om att erhålla professionellt stöd och kunskap från barnmorskor på BMM. Hildingsson och Häggström (1999) framhäver barnmorskors önskan om utökad kunskap samt tid för att kunna erbjuda professionellt stöd till gravida kvinnor med förlossningsrädsla. WHO (2016b) poängterar även vikten av att barnmorskorna får ökad tid i sitt möte med förlossningsrädda kvinnor på BMM. Det kan vara så att barnmorskor inte erhåller utbildning på deras arbetsplatser då det inte finns tillräckligt med personal på arbetsplatsen. Finns det inte tillräckligt med personal på arbetsplatsen måste barnmorskorna arbeta och inget utrymme hittas på arbetstid för utbildning. Verksamhetschefer är skyldiga att prata mer med sina medarbetare och komma fram till en lösning för hur barnmorskor ska kunna anskaffa sig kunskap kring förlossningsrädsla.

Konklusion

I denna studie framkom det att barnmorskor erbjuder professionellt stöd utifrån sina erfarenheter då de inte erhåller utbildning på sina arbetsplatser. Barnmorskorna bad kvinnorna att skatta sin förlossningsrädsla med VAS skalan när de var i graviditetsvecka 25 och utifrån detta fick kvinnorna det professionella stödet som de var berättigade att erhålla. Förlossningsrädsla är vanligt förekommande och barnmorskor på BMM behöver kontinuerlig utbildning om förlossningsrädsla, för att kunna erbjuda kvinnor det professionella stöd kvinnorna är berättigade att erhålla. Verksamhetschefer på BMM är skyldiga att erbjuda dessa barnmorskor rätt förutsättningar, för att barnmorskorna ska kunna känna sig trygga med att erbjuda professionellt stöd till förlossningsrädda kvinnor.

Förslag på klinisk tillämpning

Denna studie kan ligga till grund för barnmorskor inom BMM, för att de ska kunna veta hur de kan stödja kvinnor med upplevd förlossningsrädsla. Studien kan även vara en tankeställare för verksamhetschefer inom BMM, då de behöver utbilda och utöka resurser inom verksamheten på BMM. Detta för att deras anställda ska kunna erbjuda professionellt stöd till förlossningsrädda kvinnor under graviditet.

Förslag på fortsatt forskning

Då barnmorskorna i denna studie bedömde kvinnan med bedömningsinstrumentet VAS-skalan utifrån sina erfarenheter, behövs ytterligare studier om hur VAS-skalan ska tolkas av olika barnmorskor på BMM när kvinnan uttrycker förlossningsrädsla.

Ytterligare studier av kvinnors upplevelser av barnmorskans professionella stöd till förlossningsrädda kvinnor. Även studier av partners upplevelse av barnmorskans professionella stöd till kvinnan eller partnern kan behöva bli aktuellt för att både parter ska känna sig trygga under kvinnans graviditet.

REFERENSLISTA

Abascal, G. (2004). *Att föda*. Stockholm: Bonnier.

Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. (1981) Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 1981;12:262-6.

Beck, C. (2004). Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28-35.

Bell, J. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. (4., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M. Z., Chou, D., Moller, A. B., Narwal, R., ... & Lawn, J. E. (2012). *National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications*. *The Lancet*, 379(9832), 2162-2172. Chicago.

Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (sid 329-343). Lund: Studentlitteratur

DePoy, E. & Gitlin, L.N. (1999). *Forskning: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Ekström, A. C., & Thorstensson, S. (2015). Nurses and midwives professional support increases with improved attitudes - design and effects of a longitudinal randomized controlled process-oriented intervention. *BMC Pregnancy Childbirth*, 26,(15), 275. doi: 10.1186/s12884-015-0712-z.

Elvander, C., Cnattingius, S., & Kjerulff, K. H. (2013). Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear: findings from the first baby study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 40(4), 289-296. doi:10.1111/birt.12065

Fenwick, J., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., & ... Ryding, E. L. (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*, 15284. doi:10.1186/s12884-015-0721-y

Granheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, producers, and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Haines, H., Pallant, J. F., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2011). Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*, 27(4), 560-567.

Haines, H. M., Pallant, J. F., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Toohill, J., & Hildingsson, I. (2015). WDEQ-A in a large Australian cohort. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal Of The Swedish Association Of Midwives*, 6(4), 204-210. doi:10.1016/j.srhc.2015.05.002

Handelzalts, J. E., Fisher, S., Lurie, S., Shalev, A., Golan, A., & Sadan, O. (2012). Personality, fear of childbirth and cesarean delivery on demand. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 91(1), 16-21.

Helk, A., Spilling, H., & Smeby, N. (2008). Psychosocial support by midwives of women with a fear of childbirth: a study of 80 women. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 28(2), 47-49.

Hildingsson, I., & Häggström, T. (1999). Midwives' lived experiences of being supportive to prospective mothers/parents during pregnancy. *Midwifery*, 15(2), 82-91. References

Hofberg, K., & Ward, M. R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*, 79(935), 505-510.

Hupcey, J. E., & Morse, J. M. (1997). Can a Professional Relationship Be Considered Social Support?. *Nursing Outlook*, 45, (6), 270-76. doi: 10.1016/S0029-6554(97)90006-3

Höjeberg, P. (2000). *Tröskelkvinnor. Barnafödande som kultur*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.

International Confederation of Midwives, Svenska barnmorskeförbundet. (2014). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. Stockholm: Svenska barnmorskeförbundet.

Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer och begrepp: en ordbok*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Johansson, L. (2011). *Introduktion till vetenskapsteorin*. (3., [utök.] uppl.) Stockholm: Thales.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Enskede: TPB.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lag (2003:460) om etikprovning av forskning som avser människor. Hämtad 22 december, 2016 från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling-som_sfs-2003-460&h=JAQFK0RQ9 & ["http://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fwww.riksdagen.se%2Fsv%2Fdokument-lagar%2Fdokument%2Fsvensk-forfattningssamling%2Fflag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460&h=JAQFK0RQ9"](http://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fwww.riksdagen.se%2Fsv%2Fdokument-lagar%2Fdokument%2Fsvensk-forfattningssamling%2Fflag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460&h=JAQFK0RQ9) h=JAQFK0RQ9" mling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Langford, C., Bowsher, J., Maloney, J., & Lillis, P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal Of Advanced Nursing*, 25(1), 95-100. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x

Lindskog, B.I. & Andrén-Sandberg, Å. (2014). *Medicinsk terminologi*. (6., [förändrade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Liljeroth, P. (2009). *Rädsla inför förlossningen- ett uppenbart kliniskt problem?* Åbo: Åbo akademis förlag.

Lundgren, I. (2004). Releasing and relieving encounters: experiences of pregnancy and childbirth. *Scandinavian journal of caring sciences*, 18(4), 368-375.

Lyberg, A., & Severinsson, E. (2010). Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth. *Journal Of Nursing Management*, 18(4), 391-399. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01083.x

Melander, H. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 29, 101-111.

MohlAnder, M. A., & Ryding, E. (2013). Samtal kan hjälpa kvinnor med förlossningsrädsla. *Läkartidningen*, 110(12), 618-620.

Nieminen K, Wijma K, Andersson LL, Björklund U, Norbeck M, Ryding EL, Sjögren B. (2004). POS-ARG-enkät 2000 SFOGs medlemsblad 2001;5:12-3.

Nieuwenhuijze, M., Low, L. K., Korstjens, I., & Lagro-Janssen, T. (2014). THE ROLE OF MATERNITY CARE PROVIDERS IN PROMOTING SHARED DECISION-MAKING REGARDING BIRTHING POSITIONS DURING SECOND STAGE LABOR. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(3), 277-285. <http://doi.org/10.1111/jmwh.12187>

Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010). Previous Birth Experience in Women With Intense Fear of Childbirth. *Journal Of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 39, 298-309.

Nilsson, C., & Lundgren, I. (2007). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25, 1-9.

Nilsson, C., Lundgren, I., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2012). Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women & Birth*, 25(3), 114-121. doi:10.1016/j.wombi.2011.06.001

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (3. uppl.) Stockholm: Liber.

Rouhe, H., Salmela- Aro, K., Halmesmaki, E. & Saisto, T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age and obstetric history. *BJOG*, 116(7), 1005-1006.

Ryding, EL. (1993). Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 72, 280-5

Ryding, E., & Sundell, G. (2004). Definitioner och diagnostik Förlossningsrädsla. *Rapport nr 51*. Östervåla: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG). Arbets- och Referensgruppen för psykosocial obstetrik och gynekologi, perinatologi samt MÖL-gruppen.

Saisto, T., Ylikorkala, O., & Halmesmäki, E. (1999). Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstetrics And Gynecology*, 94(5 Pt 1), 679-682.

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

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Seefat-van Teeffelen, A., Nieuwenhuijze, M., & Korstjens, I. (2011). Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. *Midwifery*, 27(1), e122-7. doi:10.1016/j.midw.2009.09.006

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, [SFOG], (2004). Arbets- och Referensgruppen. *Förlossningsrädsla*. Rapport nr 51

Sjögren B. (1998). *Förlossningsrädsla*. Lund: Studentlitteratur.

Sjögren, B. (1997). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics And Gynaecology*, 18(4), 266-272.

Sjögren B, Ryding EL, Magnusson B. (1998) Psykologiska och medicinska stödåtgärder vid förlossningsrädsla. I: Sjögren B (red). *Förlossningsrädsla*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 20 december, 2016 Från

<http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENS>
HYPERLINK "http://www.barnmorskefo HYPERLINK
"http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-
content/uploads/2015/04/KOMPETENSBEKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-
2006-Socialstyrelsen.pdf"rbundet.se/wp-
content/uploads/2015/04/KOMPETENSBEKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-

2006-Socialstyrelsen.pdf"BESKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf

Socialstyrelsen. (2011) *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn– Medicinska födelseregistret 1973–2009 – Assisterad befruktning 1991–2008*. Hämtad 16 december, 2016 från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18267/2011-3-19.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18267/2011-3-19.pdf&h=4AQGmUEdU) HYPERSLINK

Socialstyrelsen (2014a). *Andelen kejsarsnitt varierar kraftigt i landet*. Hämtad 16 december, 2016 från: <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2014december/andelenkejsarsnittvarierarkraftigtilandet> HYPERSLINK

Socialstyrelsen (2014b). *Kunskapsstöd för mödrahälsovården*. Hämtad 20 december, 2016 från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19328/2014-2-2.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19328/2014-2-2.pdf&h=PAQFo4MOZ) HYPERSLINK

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (2004) *Förlossningsrädsla*. Arbets- och Referensgrupper (ARG) Rapport nr 51.

Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2008). *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa*. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi.

Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., & Rubertsson, C. (2015). *Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women – Findings from a community sample in Sweden*. *Midwifery*, 31(4), 445-450. doi:10.1016/j.midw.2014.11.011

Thorstensson, S. (2012). *Professional support in childbearing, a challenging act of balance. (Doctoral dissertation)*. Örebro: Örebro universitet.

Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., & Creedy, D. K. (2014). *Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women*. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 14(275). doi:10.1186/1471-2393-14-275

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Johanneshov: TPB.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization (1994) *Preventing prolonged labour: A practical guide. The partograph. Part I: Principles and strategy*. Maternal Health and Safe Motherhood Programme Division of Family Health. Geneva, Switzerland, WHO, Division of Family Health, Maternal Health and Safe Motherhood Programme Hämtad 5 januari, 2017, från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/58903/1/WHO_FHE_MSM_93.8.pdf

World health organisation (2016a) *Pregnancy*. Hämtad 20 december, 2016, från <http://www.who.int/topics/pregnancy/en/>

World health organisation (2016b) *WHO and partners call for better working conditions for midwives*. Hämtad 9 Januari, 2017, från <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/midwives-better-conditions/en/>

Zar, M., Wijma, K., & Wijma, B. (2002). Relations between anxiety disorders and fear of childbirth during late pregnancy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), 122-130.

Bilaga 1

Intervjuguide

Bakgrundsdata

Den här intervjun genomförs för att belysa *barnmorskor på barnmorskemottagningens erfarenheter av att erbjuda professionellt stöd till kvinnor med förlossningsrädsla under graviditet.*

Allt som framkommer i denna intervju kommer att vara konfidentiellt.

Ålder

Kön

Antal år i yrket

1. Kan du berätta för mig om din erfarenhet av att erbjuda professionellt stöd till förlossningsrädda kvinnor?
2. Hur uppfattar du att professionellt stöd kan erbjudas till förlossningsrädda kvinnor?
 - Hur kan professionellt stöd förbättras?
 - Hur kan professionellt stöd hjälpa förlossningsrädda kvinnor?
 - Skillnader med först samt omfödernor?
 - Hur bemöter ni förlossningsrädda kvinnor på BMM?
 - Hur får ni reda på att kvinnan upplever förlossningsrädsla?
 - Hur arbetar ni med att förebygga och bota förlossningsrädsla?

Arbetsfördelning

I detta arbete har författarna arbetat tillsammans under hela processen förutom vid transkriberingen av intervjun där Anna transkriberade fyra stycken interjuver och Stella transkriberade tre stycken. Artiklarna till studien har författarna sökt fram gemensamt. För det mesta i arbetet har Stella formulerat meningar och Anna har skrivit ner meningarna på datorn.