



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för kvinnors och barns hälsa

Barnmorskeprogrammet

Barnmorskors erfarenheter av att stödja och bemöta
förstföderskor med förlossningsrädsla

Författare
Karin Ahlsvik
Jessica Rossinen

Handledare
Carola Eriksson

Examinator
Margareta Johansson

Examensarbete i reproduktiv hälsa 15hp
2018

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Förlossningsrädsla hos gravida kvinnor som väntar sitt första barn påverkar både den blivande modern och det ofödda barnet. Det är därför viktigt att barnmorskan i mödravården kan uppmärksamma rädsla inför förlossningen i tid för att kunna hjälpa kvinnan på bästa sätt. Förlossningsrädsla är ett ökande problem som kan leda till fler komplicerade förlossningar och kejsarsnitt, vilket även kostar samhället mer pengar.

Syfte: Syftet med denna studie var att belysa barnmorskors erfarenheter av att stödja och bemöta förstföderskor med förlossningsrädsla under graviditet samt studera vad som gett upphov till rädslan.

Metod: Arbetet innehåller en kvalitativ design som baseras på individuella semi-strukturerade intervjuer med 11 barnmorskor inom mödravården i mellansverige. Datan har analyserats genom kvalitativ innehållsanalys och manifest metod.

Resultat: Resultatet visade på fyra kategorier: Olika sätt att kommunicera rädsla, rädlans innehåll, inverkan faktorer samt att hjälpa och stötta kvinnor med förlossningsrädsla. Tretton subkategorier skapades och utgjorde kategorierna: Uttrycker rädslan med ord, sluter sig, katastroftankar, kontrollförlust, smärta, komplikationer, tidigare erfarenheter, övergrepp, psykisk ohälsa, yttre påverkan, svårt att nå kvinnan, en utmaning och stärka kvinnans självförtroende.

Slutsats: De flesta förstföderskor uttrycker sin förlossningsrädsla tidigt i graviditeten men det är inte alla som vågar prata om den. Att tappa kontrollen beskrivs vara det främsta motivet till rädslan. Den vanligaste bidragande faktorn till förlossningsrädsla idag beror på yttre faktorer så som media och influenser från vänner och familj. Även dagens pressade förlossningssituation påverkar kvinnornas rädsla inför förlossningen. Det kan upplevas vara en utmaning att kunna stödja och bemöta kvinnan på bästa sätt.

Nyckelord: barnmorska, erfarenheter, förlossningsrädsla, förstföderskor, stöd.

ABSTRACT

Background: Fear of childbirth in pregnant women waiting for their first child is affecting both mother and child. That is why it is important for the midwife's in the antenatal care to pay attention to fear of childbirth in time and also to help the women in the best possible way. Fear of childbirth is a problem that increases which can result in complicated deliveries and sections which costs a lot of money for the community.

Aim: The aim of this study was to investigate midwife's experience of supporting and responding to fear of childbirth in nulliparous women and to study what has caused the fear.

Method: We conducted a qualitative interview study with 11 midwives working at antenatal clinics in mid Sweden. The interviews were analyzed with manifest content analysis.

Result: Four categories were found: Different ways to communicate fear, the content of the fear, influence factor and to help and support women with fear of childbirth. Thirteen subcategories were created and formed the categories: Expresses the fear with words, no words, thoughts about disaster, control loss, pain, complications, past experiences, abuse, mental illness, external impact, difficult to reach the woman, a challenge and strengthening the woman's self-esteem.

Conclusion: Most nulliparous women express their fear of childbirth early in pregnancy, but not everyone dares to talk about it. Control loss is described as the main motive for fear. The most common cause of fear of childbirth today is due to external factors such as media and influences from friends and family. Also today's situation of maternity ward affects women's fear of childbirth. It could be a challenge to be able to support and respond to the woman in the best way.

Keywords: experiences, fear of childbirth, midwife, nulliparous women, support.

Innehållsförteckning

1. BAKGRUND	1
1.1 Definition av förlossningsrädsla.....	1
1.2 Konsekvenser av förlossningsrädsla för samhället.....	1
1.3 Tecken på förlossningsrädsla	2
1.4 Orsaker till förlossningsrädsla.....	2
1.5 Upplevelse av förlossningsrädsla	4
1.6 Rädslans påverkan på förlossningen	5
1.7 Behandling vid förlossningsrädsla	5
1.8 Teoretisk referensram.....	6
1.9 Problemformulering	8
2.0 Syfte.....	9
3. METOD.....	9
3.1 Design.....	9
3.2 Urval.....	9
3.3 Datainsamlingsmetod	9
3.4 Tillvägagångssätt.....	10
3.5 Bearbetning och analys	10
3.6 Forskningsetiska överväganden.....	11
4. RESULTAT.....	12
4.1 Olika sätt att kommunicera rädsla	13
4.1.1 <i>Uttrycker rädslan med ord</i>	13
4.1.2 <i>Sluter sig</i>	14
4.1.3 <i>Katastroftankar</i>	15
4.2 Rädslans innehåll.....	15
4.2.1 <i>Kontrollförlust</i>	15
4.2.2 <i>Smärta</i>	16
4.2.3 <i>Komplikationer</i>	16
4.3 Inverkande faktorer	17
4.3.1 <i>Tidigare erfarenheter</i>	17
4.3.2 <i>Övergripping</i>	18
4.3.3 <i>Psyisk ohälsa</i>	18
4.4 Att hjälpa och stötta kvinnor med förlossningsrädsla	20
4.4.1 <i>Stärka kvinnans självförtroende</i>	20

4.4.2 <i>En utmaning</i>	21
4.4.3 <i>Svårt att nå kvinnan</i>	22
5. DISKUSSION	23
5.1 Resultatdiskussion	23
5.1.1 <i>Olika sätt att kommunicera rädsla</i>	23
5.1.2 <i>Rädslans innehåll</i>	25
5.1.3 <i>Inverkande faktorer</i>	25
5.1.4 <i>Att hjälpa och stötta kvinnor med förlossningsrädsla</i>	27
5.2 Metoddiskussion.....	29
5.2.1 <i>Kliniska implikationer</i>	32
5.2.2 <i>Framtida forskning</i>	33
5.3 Slutsats	33
6. REFERENSER	34
7. BILAGOR	39

1. BAKGRUND

1.1 Definition av förlossningsrädsla

Graviditet och förlossning är en stor händelse i kvinnans liv. Detta kan medföra oro vilket är helt normalt. För vissa kvinnor kan dock denna oro utvecklas till rädsla. I Sverige lider cirka sex till tio procent av de gravida kvinnorna av svår förlossningsrädsla samt två procent av fobisk förlossningsrädsla (Alehagen, 2016).

Förlossningsrädsla delas in i primär och sekundär rädsla. Den primära förlossningsrädslan kan finnas hos kvinnan redan innan hon blir gravid första gången. Detta kan bero på hennes uppväxt eller negativa förlossningsberättelser hon fått höra av andra och/eller från media. Den sekundära förlossningsrädslan uppstår om kvinnan haft en traumatisk förlossning som slutat med instrumentell hjälp eller på annat sätt upplevts traumatisk för kvinnan (Hofberg & Ward, 2003).

Ryding (2017) beskriver förlossningsrädslan genom olika nivåer av rädsla. Lätt förlossningsrädsla innebär att kvinnan upplever en oro som är möjlig att hantera. Måttlig förlossningsrädsla innebär att kvinnan upplever en oro som hon kan behöva stöd och hjälp för att kunna hantera. Svår förlossningsrädsla innebär att kvinnan är så rädd att det påverkar hennes psykiska mående negativt samt att rädslan påverkar hennes vardag, funktioner eller anknytning till barnet och slutligen förlossningsfobi som innebär att kvinnan helt undviker att bli gravid eller inte vill föda vaginalt.

1.2 Konsekvenser av förlossningsrädsla för samhället

Förlossningsrädsla kostar samhället stora pengar. Förlossningsrädda kvinnor besöker sjukvården oftare samt har mer sjukskrivningsdagar under graviditeten. De stannar även kvar på BB längre tid och har oftare inplanerade kejsarsnitt än kvinnor som inte är förlossningsrädda. Efter förlossningen söker de oftare hjälp för komplikationer som uppstått under graviditeten eller förlossningen. Totalt kostade förlossningsrädda kvinnor i Sverige samhället 38 procent mer än icke förlossningsrädda i och med detta (Nieminen et al., 2017).

En studie av Toohill, Callander, Gamble, Creedy och Fenwick (2017) beskriver hur förlossningsrädda kvinnor som övervägt kejsarsnitt och som fått barnmorskeledd- rådgivning för sin rädsla tillslut födde vaginalt. Den barnmorskeledda rådgivningen kostade visserligen

pengar men kompenseras rejält av minskningen av kejsarsnitt och fler välmående kvinnor med mindre rädsla.

1.3 Tecken på förlossningsrädsla

Förlossningsrädsla kan uttryckas på många olika sätt som exempelvis genom att vissa kvinnor kan förneka sin graviditet medan andra kan dölja förlossningsrädslan i andra rädslor, till exempel för sprutor eller sjukhus (Salomonsson, Wijma & Alehagen, 2010). I och med att rädslan kan gömma sig bakom andra faktorer kan det ta lång tid innan barnmorskan uppfattar och får ett grepp om den (Salomonsson et al., 2010). Rädslan kan även te sig som mardrömmar hos kvinnorna, fysiska besvär eller som svårigheter att koncentrera sig på jobb och familjeliv (Saisto & Halmesmäki, 2003).

1.4 Orsaker till förlossningsrädsla

Ternström, Hildingsson, Haines och Rubertsson (2015) har undersökt prevalensen för förlossningsrädsla i tidig graviditet hos kvinnor födda i Sverige och utlandsfödda kvinnor. Resultatet visar att förlossningsrädsla hos utlandsfödda kvinnor är nästintill tre gånger så vanligt jämfört med de svenskfödda kvinnorna. Att vara född utomlands samt vänta det första barnet visar en hög association med förlossningsrädsla. Utlandsfödda kvinnor befinner sig i en extra utsatt position och det är viktigt att personal bemöter kvinnorna med hänsyn till de kulturella skillnaderna. Ofta har dessa kvinnor inte gått på alla mödravårdskontroller eller så har de medicinska problem vilket kan leda till förlossningsrädsla. De fann ingen skillnad beträffande ålder, grad av utbildning eller civilstatus hos kvinnorna i studien.

Symtom för rädsla och ångest är inte bara ett problem för den gravida kvinnan utan även för barnet då det har visat sig att ofödda barn till kvinnor med psykisk ohälsa har en högre risk för låg födelsevikt samt prematurbörd. Det är därför viktigt att känna till associerade riskfaktorer till ångest och förlossningsrädsla under graviditeten. Riskfaktorer för ökad ångest under tidig graviditet har visat sig vara ålder under 25, kvinnor med ett annat modersmål än svenska, gymnasieutbildning som högsta utbildning, arbetslöshet, nikotinanvändning före graviditet samt en historia av psykiatriska problem, depression eller ångest. Alla dessa riskfaktorer ökar risken för rädsla inför förlossningen (Rubertsson, Hellström, Cross & Sydsjö, 2014).

Även Stoll och Hall (2013) belyser i sin studie att kvinnor med stark förlossningsrädsla oftare är yngre kvinnor och att fler yngre önskar kejsarsnitt då de hoppas att ett kejsarsnitt ska vara mindre smärtsamt än en vaginal förlossning. De unga kvinnorna är speciellt rädda för smärtan men också för att kroppen inte ska vara densamma efter en vaginal förlossning, så som ett mer slapt underliv efter eventuella bristningar.

Rädslan kan även påverkas av berättelser om förlossningar som både kan skapa en rädsla och eskalera den rädsla som redan finns. Även sexuella övergrepp och en sviktande relation till sin egen mor beskrivs kunna vara orsaker till förlossningsrädsla (Salomonsson et al., 2010). Många kvinnor har blivit skrämda av sina mödrars förlossningsberättelser och tror att de ska råka ut för samma händelser (O'Donovan & O'Donovan, 2017). Saisto och Halmesmäki (2003) menar att förlossningsrädslan inte är ett isolerat problem utan även beror på faktorer som personliga egenskaper. Om kvinnan lider av ångest eller depression, har en låg självkänsla, dålig relation med sin partner och brist på stöd så är risken för förlossningsrädsla större. Även Mohlander och Ryding (2013) samt Ryding (2017) nämner dessa faktorer som riskfaktorer, vilka kan bidra till förlossningsrädsla. De nämner dessutom ökad smärtekänslighet som en riskfaktor. Mohlander och Ryding (2013) menar på att dagligen vara utsatt för olika stressfaktorer med en tidigare psykisk morbiditet även leder till en större risk att kvinnor utvecklar förlossningsrädsla.

Studier visar på att förlossningsrädslan kan variera under graviditetens gång. Hos vissa kvinnor minskar rädslan från mitten på graviditeten fram till slutet av graviditeten medan den kan öka hos andra kvinnor under samma period. De kvinnor som upplever mer rädsla än de som upplever sig ha mindre rädsla än innan kan dock inte särskiljas genom bakgrundsfaktorer förutom att de kvinnor som lever ensamma har en högre tendens till förlossningsrädsla. Däremot har det visat sig att förlossningsrädsla är associerat med sämre fysisk och psykisk hälsa (Hildingsson, Haines, Karlström och Nystedt, 2017).

Flera studier har undersökt unga vuxnas syn på ett eventuellt kommande föräldraskap. De rapporterar att deras syn på graviditet och förlossning formas av familjemedlemmars och vänners erfarenheter och berättelser, visuell och skriven media samt sexualundervisningen i skolan. Unga vuxna som har en negativ syn på förlossning skattar mer sannolikt en högre förlossningsrädsla (Hauck, Stoll, Hall & Downie, 2016; Thomson, Stoll, Downe & Hall, 2017). Även O'Donovan och O'Donovan (2017) beskriver hur media påverkar kvinnorna i dagens

samhälle. Kvinnorna blir rädda för att föda vaginalt på grund av medias vinkling av vaginala förlossningar, det vill säga att de upplever att media ger ett negativt intryck av att föda vaginalt.

1.5 Upplevelse av förlossningsrädsla

Kvinnor beskriver förlossningsrädsla på olika sätt. Vissa kvinnor påverkas psykiskt av rädslan medan andra påverkas fysiskt i form av till exempel magont eller svettningar. Rädslan kan ha funnits hos kvinnan ända sedan tonåren eller uppkomma först när hon blir gravid. Den intensiva rädslan kan förvåna kvinnan om hon inte upplever sig som nervös lagd, medan andra personer vet om att de har en låg smärtröskel och är oroliga som personer (Eriksson, Jansson & Hamberg, 2006).

De flesta kvinnor upplever en rädsla inför det okända som komma skall, främst de kvinnor som inte fött barn tidigare. Kvinnorna styrs av sin rädsla inför förlossning och fokuserar mer på undvikande än på graviditeten. Dessa kvinnor kan missa glädjen i att vara gravid och är ofta oförberedda inför förlossning och föräldraskap (Salomonsson et al., 2010). Även Haines, Rubertsson, Pallant och Hildingsson (2012) beskriver hur rädslan påverkar de positiva känslorna inför graviditeten hos kvinnan negativt och att de upplever mindre positiva känslor inför den kommande födseln samt under de första veckorna med det nyfödda barnet.

En del kvinnor uppger att de blivit hjälpta av att prata om sina rädslor inför förlossningen medan andra upplever det svårt att prata om sin förlossningsrädsla. Alla människor har olika trösklar för att be om hjälp och det innebär att vissa aldrig kommer be om det (Ryding, 2017). De som håller inne med sin rädsla kan tycka sig vara onormala då de upplever sig ha en större rädsla än andra och mötas av oförståelse. De beskriver hur icke förlossningsrädda kvinnor längtar efter sin bebis medan de själva endast kan tänka på den kommande förlossningen. Förutsättningen för att kunna tala om sin rädsla beror på barnmorskans bemötande och intresse för kvinnan samt att barnmorskan är förstående. Att besöka sin barnmorska och att få skriva ett förlossningsbrev upplevs som positivt (Eriksson, Jansson & Hamberg, 2006).

Nilsson och Lundgren (2007) menar att förlossningsrädda kvinnor känner en rädsla inför ensamheten som graviditeten innebär och att det inte går att vända tillbaka. Vetskapen om att hon är ensam med att möta förlossningen, att ingen kan göra det åt henne och att inte ha något annat alternativ än att ställas inför förlossningen är skrämmande. Denna ensamhet kan få

kvinnorna att känna rädsla och att börja tvivla på sin egen förmåga att föda. Kvinnorna upplever även rädsla inför sina egna reaktioner under och efter förlossning samt övergången till föräldraskapet. Även Nilsson (2012) beskriver i sin avhandling hur kvinnorna med svår förlossningsrädsla upplever hur de förlorar sig själva i sin ensamhet vilket beskrivs som att självkänslan och tilliten till sig själv och sin förmåga att föda barn förändras. Kvinnorna uppger en känsla av utsatthet kring sina egna och andras bedömningar till barnafödandet och vill uppfylla förväntningarna på graviditet och födande. En känsla av misslyckande och att vara sämre än andra kvinnor kan uppkomma om kvinnan inte kan uppfylla hennes och andras förväntningar. Känslan av att inte få stöd och förståelse från omgivningen kan ge ökade skuld känslor och skam hos kvinnan samt upplevelsen av att inte vara en riktig kvinna. Dessa kvinnor kan känna sig svaga och sårbara på grund av sin förlossningsrädsla.

1.6 Rädslans påverkan på förlossningen

Förlossningsrädda kvinnor föder oftare med planerat kejsarsnitt. De som föder vaginalt har oftare en epiduralbedövning än de kvinnor som inte är rädda för förlossningen, samt att de upplever förlossningen som mer smärtsam (Haines et al., 2012). Kvinnor med förlossningsrädsla genomgår även en längre förlossning i tid än kvinnor utan förlossningsrädsla då de ofta har en mer utdragen förlossning. Enligt en studie av Adams, Eberhard-Gran och Eskild (2012) har förlossningsrädda kvinnor en timme och trettio två minuter längre förlossning i genomsnitt än de kvinnorna utan rädsla.

Förlossningen blir ofta mer komplicerad hos kvinnor med förlossningsrädsla (Salomonsson et al., 2010). Dessa kvinnor löper en högre risk för att fler åtgärder vidtas på sjukhuset då de vanligen kommer in i ett tidigare skede i förlossningen. Kejsarsnitt och epiduralbedövning med efterföljande komplikationer kan också ses i större utsträckning hos personer med förlossningsrädsla (Salomonsson et al., 2010). Förlossningen avslutas mer ofta instrumentellt om kvinnan föder vaginalt än hos icke rädda kvinnor (Adams, Eberhard-Gran & Eskild, 2012).

1.7 Behandling vid förlossningsrädsla

I slutet av 80-talet ökade uppmärksamheten kring förlossningsrädsla i landet och en särskild verksamhet utvecklades för dessa kvinnor som tycktes behöva ett bättre omhändertagande, verksamheten kom att kallas för Auroramottagning. Syftet med mottagningen är att reducera rädsla samt att skapa en så positiv förlossningsupplevelse som möjligt genom terapi,

förlossningsförberedelse och stödjande samtal. Under 90-talet hade denna verksamhet etablerats väl i landet och fanns vid de flesta kvinnokliniker. Idag är tanken att kvinnor med förlossningsrädsla samt deras partner fångas upp i mödravården och remitteras till mottagningen. Mottagningen bör ha erfaren personal inom flera yrkeskategorier, barnmorskor och obstetiker med möjlighet till kurator- och psykologkontakt (Gustafsson, 2017).

Förlossningsrädda kvinnor beskriver hur de upplever att barnmorskeledd rådgivning gjort dem starkare och att de fått ett bättre självförtroende inför förlossningen, men att rädslan inte försvann helt och hållet. Med denna typ av behandling minskar dock prevalensen av kejsarsnitt och majoriteten av kvinnor har en normal, vaginal förlossning. Minskad rädsla eller hanterbar rädsla beskrivs av kvinnorna efter förlossningen och de uppger ett förstärkt självförtroende inför nästa graviditet och förlossning (Fenwick et al., 2015; Larsson, 2017).

De flesta barnmorskemottagningar erbjuder eller hänvisar förlossningsrädda kvinnor till barnmorskeledd rådgivning i Sverige, däremot skiljer det sig stort i vilken utsträckning kvinnorna får rådgivning. Detta påverkar såklart de förlossningsrädda kvinnorna i hur hjälpta de blir och det varierar stort. Det kan bero på orsaker som hur väl utbildade barnmorskorna är inom detta område samt tillgängligheten för att kunna ge rådgivningen (Larsson, Karlström, Rubertsson & Hildingsson, 2016).

1.8 Teoretisk referensram

Barnmorskans stöd har valts till teoretisk referensram. Barnmorskans kompetensbeskrivning lyfter vikten av att alla barnmorskor ska kunna ge stöd till förlossningsrädda kvinnor. Barnmorskan ska kunna ge rådgivning och förbereda kvinnan inför förlossningen. Vården ska genomföras tillsammans med patienten så långt som möjligt och patienten ska visas omtanke och respekt utifrån den individ patienten är (Socialstyrelsen, 2006).

Thorstensson och Ekström (2012) beskriver stöd som en interaktiv process där både individens hälsa och välbefinnande påverkas. Stöd relateras till sociala roller och influerar individens förmåga att lita på andra människor samt hur individen interagerar med andra människor. Faktorer som påverkar förmågan att ge stöd eller ta emot stöd är människans ålder, erfarenhet och sociala miljöer. Stödet som erbjuds kan vara emotionellt, bedömande, informativt eller praktiskt. Det emotionella stödet främjar en känsla av säkerhet och tillhörighet. Det bedömande

stödet främjar trygghet om förmåga och kompetens. Det informativa stödet erbjuder information som hjälp. Det praktiska stödet innebär att individen får hjälp i att lösa det faktiska problemet.

Nilsson (2010) belyser att stöd är viktigt för de kvinnor som lider av förlossningsrädsla och ett sätt att ge ett bra stöd är att fokusera på mötet som sker när barnmorskan möter kvinnan. Barnmorskan bör vara öppen och följsam inför det som kvinnan berättar och upplever vara väsentligt för just henne. Kvinnan kan under graviditeten ge signaler om förlossningsrädsla och då är det viktigt att barnmorskan möter hennes rädsla, får henne att berätta och försöker förstå kvinnans situation. I mötet med den gravida kvinnan är det viktigt att barnmorskan ger henne den specifika vård just hon behöver samt att hon ger henne tid och respekt.

Stöd kan utövas från både individens eget nätverk samt från den professionella. Professionellt stöd syftar till att vara stärkande, underlättande och ge en positiv utveckling för individernas förmåga att klara av en utmanande eller stressfull situation i livet, som förlossningen. För att det professionella stödet ska vara stärkande för individen är det viktigt att det är anpassat för individens unika behov i den specifika situationen (Thorstensson & Ekström, 2012).

Nilsson (2010) nämner hur förlossningsrädda kvinnor beskriver hur barnmorskans stöd kan ha betydelse för att få dem att våga föda. Barnmorskan kan genom att ställa frågor öka förståelsen för- och identifiera kvinnans behov för att kunna ge henne den trygghet hon behöver. Varje kvinna behöver mötas på ett unikt och individanpassat sätt. Vidare skriver Thorstensson och Ekström (2012) att stöd som uppfattas som positivt av mottagaren får mer sannolikt en positiv inverkan och den emotionella delen av stöd beskrivs som mest viktigt för att stöd ska upplevas positivt. Att den som tar emot stöd får förtroende för den som utövar stödet kommer att främja styrkan hos individen. För att uppnå adekvat stöd är det inte bara nödvändigt att överväga om det behövs stöd, utan också vilken typ av stöd och när detta stöd behövs. Den som ger stöd kan ha en möjlighet att tolka vilket stödbehov mottagaren har men det kan även finnas en ovillighet att tillhandahålla det stöd som krävs. Detta på grund av rädsla för att göra fel, göra skada eller stress som påverkar och får den som ska ge stöd att inte utföra detta på grund av dessa faktorer.

Det är viktigt att upptäcka förlossningsrädsla så tidigt som möjligt och det är långt ifrån alla förlossningsrädda kvinnor som identifieras. Barnmorskan bör enligt kompetensbeskrivningen kunna identifiera kvinnor med ett särskilt behov av stöd (Socialstyrelsen, 2006). En

förutsättning för att kvinnan ska våga tala om sin rädsla handlar om hur barnmorskan i mödravården bemöter och intresserar sig för henne. Därför har just mödravården en viktig roll när det kommer till att identifiera förlossningsrädsla hos gravida kvinnor. Redan vid inskrivningen bör barnmorskan höra sig för vilka känslor kvinnan har inför förlossningen. Extra besök bör erbjudas vid rädsla inför förlossningen så att barnmorskan får en uppfattning om hur hon på bästa sätt kan stödja kvinnan och om hon bör hänvisa kvinnan till en annan vårdnivå. Vissa kvinnor behöver mer kunskap om förlossningen då rädslan kan bero på okunskap. Det är då viktigt att barnmorskan får tid till det och ger saklig och konkret information (Nilsson, 2010). Barnmorskor utövar professionellt informativt stöd som en viktig del av deras arbete. Den personliga attityden hos den professionella är i hög grad kvaliteten på det stöd de utövar och en viktig aspekt inom begreppet stöd (Thorstensson & Ekström, 2012).

1.9 Problemformulering

Rädsla inför förlossningen är ett problem som ökar i vårt samhälle. Förlossningsrädsla leder till fler komplicerade förlossningar och ökar antal kejsarsnitt, vilket orsakar samhället stora kostnader samt medför risker för såväl mor som barn. Barnmorskans roll är att arbeta självständigt med de gravida kvinnorna och därför är det viktigt att kunna identifiera förlossningsrädsla så tidigt som möjligt så att behandling kan sättas in. Dessa kvinnor behöver stöd, trygghet och god omvårdnad vilket kanske inte kan ges i den mån som kvinnan behöver om rädslan inte är känd för barnmorskan. Somliga kvinnor vågar inte samtala om sin förlossningsrädsla och därför kan det vara en fördel om barnmorskan lär sig känna igen olika tecken och riskfaktorer. Förstföderskor har ingen tidigare erfarenhet av att föda barn men trots detta finns rädslan inför förlossningen där, det är därför intressant att undersöka vad det kan bero på enligt barnmorskornas erfarenheter.

Mer kunskap behövs för att underlätta för barnmorskan att identifiera förlossningsrädda hos förstföderskor för att sedan kunna stödja och bemöta på rätt sätt. Fler studier behövs som undersöker förlossningsrädsla hos förstföderskor för att vända den trend med ökad rädsla som pågår.

2.0 Syfte

Syftet med denna studie var att belysa barnmorskors erfarenheter av att stödja och bemöta förstföderskor med förlossningsrädsla under graviditet samt studera vad som gett upphov till rädslan.

3. METOD

3.1 Design

Detta arbete utgjordes av en kvalitativ design som har baserats på intervjuer med barnmorskor för datainsamling. Kvalitativ forskningsintervju valdes då det belyser fenomen eller situationer (Graneheim & Lundman, 2004).

3.2 Urval

Vi önskade att intervjua tio barnmorskor från olika barnmorskemottagningar i Uppsala. Barnmorskemottagningarna som valts ut fanns alla inom Uppsala kommun för att bespara restid. Dessa barnmorskemottagningar skulle med fördel ligga i fem olika stadsdelar för att öka möjligheten till ett bredare urval. Vi tror att kvinnor med olika socioekonomisk bakgrund bor i olika delar av staden, vilket kan leda till bredare erfarenheter hos barnmorskorna. Inklusionskriterier för studien var legitimerade, svensktalande barnmorskor. De skulle ha minst två års erfarenhet av mödravård. Totalt kontaktades 11 barnmorskemottagningar i Uppsala genom ett informationsbrev (Bilaga 1) via mail till respektive verksamhetschef och intervjuerna utfördes därefter på fem olika mottagningar. Resterande sex mottagningar uteslöts då de ej ville delta eller på grund av svårigheter att komma i kontakt med verksamhetscheferna. Efter godkännande av verksamhetscheferna kunde barnmorskor på respektive mottagning kontaktas för att komma överens om när intervjuerna skulle genomföras. En del barnmorskor tog själva initiativet till kontakt och meddelade att de ville delta i studien medan andra behövde kontaktas för förfrågan om deltagande.

3.3 Datainsamlingsmetod

Intervjuguiden innehöll individuella semi-strukturerade intervjufrågor (Bilaga 2) där deltagarna fick beskriva sina erfarenheter av att stödja och bemöta förstföderskor med förlossningsrädsla under graviditet samt vad som gett upphov till rädslan som svar på studiens syfte. Semi-

strukturerade frågor valdes för att ge utrymme för deltagarna att svara fritt (Polit & Beck, 2014) samt för att frågorna inte skulle behöva tas i ordning utan anpassas efter vad som kom upp i intervjun (Danielsson, 2017). Vid svar som behövde förtydligas och utvecklas ställdes öppna frågor som exempel “Hur menar du nu?”, “Kan du beskriva lite mer?” och “Kan du förklara lite närmare?”. En pilotintervju med en barnmorska utfördes innan studien påbörjades, detta för att säkerställa intervjuens genomförbarhet. Frågorna omformulerades efter pilotintervjun för att göra intervjun tydligare för deltagarna. Då pilotintervjun ansågs spegla syftet inkluderades även denna intervju i resultatet.

3.4 Tillvägagångssätt

Tillstånd för att genomföra studien blev godkänt av primärvårdsdirektören och därefter kunde verksamhetscheferna kontaktas. Verksamhetschefer på samtliga barnmorskemottagningar kontaktades för att få ett godkännande att genomföra studien. Verksamhetscheferna blev tilldelade ett informationsbrev (Bilaga 1) samt projektplanen med intervjuguiden i samband med första kontakten. Efter godkännande från verksamhetscheferna kunde barnmorskorna kontaktas. Innan intervjuerna startade blev barnmorskorna informerade om studien skriftligt några dagar innan genom informationsbrevet. I samband med detta gavs tydlig information ut om att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst under intervjun, samt information om att all data kommer att behandlas konfidentiellt innan det gavs ett godkännande. Innan intervjuerna startade fick deltagarna möjlighet att ställa frågor om eventuella funderingar. Intervjuerna kodades med olika nummer och förvarades oåtkomligt för andra personer.

Intervjuerna spelades in med en ljudupptagare och hölls alla i ostörda rum för att minska risken för avbrott. Platsen för intervjun valdes i samråd med deltagaren. Alla deltagare blev intervjuade på respektive barnmorskemottagning för deras bekvämlighets skull och med tanke på tidspressade scheman. Vi deltog båda vid pilotintervjun och sedan endast en av oss under varje intervju för att inte skapa en maktobalans. Intervjuerna tog mellan 12-24 minuter.

3.5 Bearbetning och analys

Den insamlade datan analyserades med inspiration av Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys med fokus på det manifesta innehållet, det vill säga det som sades i intervjuerna. Transkriberingen utfördes genom att den som genomfört intervjun lyssnade på den inspelade intervjun och skrev ner ordagrant. Transkriberingen av varje intervju

lästes noggrant flera gånger av oss båda för att öka tillförlitligheten och minska risken för tolkning av innehållet.

Kvalitativ innehållsanalys användes för att separera likheter och skillnader samt dra slutsatser om innehållet, i detta fall intervjuerna. Det innebär att meningsenheter urskiljs ur den insamlade datan. De mest innehållsrika meningar som besvarar syftet kondenseras från meningsbärande enheter till kondenserade meningsenheter, det vill säga att meningsenheterna kortas ned utan att det viktiga innehållet förloras. Därefter framkommer koder som beskriver meningsenheternas innehåll. Liknande koder grupperades ihop och skapade ett underlag för kategorisering, vilket binder ihop koderna (Graneheim & Lundman, 2004). Koden representerar vad det mest väsentliga innehållet handlar om (Danielsson, 2017).

3.6 Forskningsetiska överväganden

Enligt Codex (2016) regler och riktlinjer för forskning som involverar människor ska information ges om forskningen till de som deltar i studien. Personerna ska själva få välja om de vill delta eller inte. Därav kontaktades först verksamhetscheferna inom de utvalda barnmorskemottagningarna skriftligt och därefter kom de barnmorskor som ville delta att få ytterligare information om studien via ett tydligt informationsbrev. Detta informationsbrev innefattar information om syftet med studien, vilken metod som används, att det är ett fritt deltagande, att intervjun kan avbrytas när som helst och att all data kommer att behandlas konfidentiellt (Bilaga 1). Omsorg lades ned på informationsbrevet till de deltagande barnmorskorna då tydlig och saklig information ville förmedlas. Brevet utformades utifrån Codex (2016) då forskning har visat att just informationsformulär till deltagare kan innehålla brister. Intervjuerna avidentifierades enligt World Medical Association Declaration of Helsinki (2013).

4. RESULTAT

Deltagarna var alla kvinnor mellan 35 och 53 år och hade arbetat som barnmorska mellan tre och 23 år. Samtliga deltagare hade arbetat inom mödravården i två år eller mer.

Analysprocessen resulterade i fyra kategorier och 13 subkategorier. Samtliga presenteras nedan för att få en översikt av resultatet (Tabell 1).

Tabell 1. Översikt av subkategorier och kategorier

Subkategorier	Kategorier
Uttrycker rädslan med ord	Olika sätt att kommunicera rädsla
Sluter sig	
Katastroftankar	
Kontrollförlust	Rädslans innehåll
Smärta	
Komplikationer	
Tidigare erfarenheter	Inverkande faktorer
Övergrepp	
Psykisk ohälsa	
Yttre påverkan	
Stärka kvinnans självförtroende	Att hjälpa och stötta kvinnor med förlossningsrädsla
En utmaning	
Svårt att nå kvinnan	

4.1 Olika sätt att kommunicera rädsla

Barnmorskorna beskrev hur de kan identifiera förlossningsrädsla utifrån olika tecken och hur kvinnorna uttrycker sin rädsla på olika sätt.

4.1.1 Uttrycker rädslan med ord

Det vanligaste var att kvinnorna själva berättar att de är väldigt rädda för förlossningen. Många nämner det redan vid första besöket på inskrivningen. De flesta barnmorskor upplevde att majoriteten av kvinnorna kan sätta ord på rädslan och att de kan peka ut faktiska anledningar till att de är rädda. Vissa kvinnor kan även påtala att de varit rädda för att bli gravida med tanke på den kommande förlossningen.

“Jag tycker ändå att det är det här verbala, att de ändå lyckas förmedla det.”

“...en del är väldigt konkreta och säger direkt att de har väntat flera år med att skaffa barn för att de är så rädda för förlossningen...”

Alla kvinnor berättar inte hur rädda de egentligen är under tidig graviditet, men vanligen börjar de öppna upp sig och tala om det en bit in i graviditeten om inte förr. Några barnmorskor har upplevt att rädslan först framträder hos kvinnan senare i graviditeten ju mer förlossningen närmar sig men att de då berättat om den.

“...det kommer alltid fram på något sätt. Oftast genom ett samtal eller via en specifik oro för någonting.”

Andra barnmorskor hade upplevelsen att det är vanligare att förlossningsrädslan minskar ju närmare förlossningen kommer och ju mer kvinnan pratat om den.

Vissa barnmorskor hade aldrig varit med om att någon kvinna inte har uttryckt sin rädsla med ord.

“...har aldrig varit med om att någon haft svårt att tala om sin rädsla.”

4.1.2 Sluter sig

Det finns ändå kvinnor som drar sig för att berätta om sin rädsla. De flesta barnmorskor beskrev hur de ibland kan få en känsla eller känna på sig att den gravida kvinnan verkar lida av förlossningsrädsla. De har då kunnat känna hur kvinnorna har undanhållit något under barnmorskebesöken på mödravården men inte velat prata om det, trots försök från barnmorskan att få fram hur de känner inför förlossningen.

“Andra får man dra ur det, de vill inte prata om det för att de är så rädda. Fast de inte säger det rakt ut så förstår man det, det blir en magkänsla.”

“Man känner att det är någonting de sitter och håller på men inte vill berätta.”

Flera barnmorskor berättade även att de kan identifiera olika tecken på att kvinnan är rädd trots att hon inte påtalat detta. Det kunde visas genom att kvinnan söker väldigt mycket vård för olika tillstånd, till exempel för minskade fosterrörelser eller att de besväras av kroppsliga symtom som oro, svårt att sova, koncentrationssvårigheter och stress. De kunde även vara extremt fokuserade på olika symtom som förekommer vid en normal graviditet. När sådana tecken observeras försöker barnmorskorna få fram om det kan finnas någon bakomliggande förlossningsrädsla till grund och ofta är så fallet. Somliga kvinnor kan motvilligt medge att de är rädda efter att barnmorskan nästan fått *“dra det ur henne”* medan andra berättat relativt snabbt att de faktiskt är rädda men först efter att barnmorskan uppmärksammat detta.

“Man ser ibland på dem när man pratar att dem drar sig lite i skinnet. Frågar man dem så får man snabbt svar att det är så.”

Det är inte alla gånger barnmorskan misstänker förlossningsrädsla så fort en kvinna uttrycker oro för någonting men att det efter några besök *“klickat till”* och barnmorskan förstått att det handlar om en förlossningsrädsla som kvinnan inte vågat tala om. Ibland krävs det hjälp från partnern för att få fram hur rädd kvinnan egentligen är.

“...att deras partner är med och förmedlar det, att de är med som ett stöd och kan fylla i lite och peppa och stötta liksom att 'berätta nu hur du känner och hur du tänkt kring det här...att berätta nu vad du sa hemma' ...”

4.1.3 Katastroftankar

Att gömma förlossningsrädslan bakom en annan rädsla beskrevs också. Kvinnorna berättar då att de har tankar om att de själva ska dö under förlossningen eller att barnet skulle kunna dö. De föreställer sig hur det skulle kunna hända barnet något som kan ge allvarliga komplikationer eller att det ska vara något medicinskt fel på barnet. De fokuserar sedan helt och hållet på det utan att kunna sätta fingret på varför de är så rädda för specifikt den händelsen. De vill inte föda vaginalt på grund av just detta men menar att de egentligen inte är rädda för själva vaginala förlossningen utan endast rädda för barnets skull.

“...vissa är ju rädda att det ska hända barnet någonting under förlossningen och vissa uttrycker att ‘jag skulle aldrig förlåta mig själv om jag valt att föda vaginalt och så händer det barnet nånting när jag hade kunnat föda med planerat kejsarsnitt’...”

Det kan uttrycka sig så menar somliga barnmorskor, att dessa tankar bottnar sig i en förlossningsrädsla som kvinnan inte alltid förstått själv att hon har eller inte vill erkänna att hon har. Dessa kvinnor *“lindrar in”* sin rädsla i andra orsaker.

“De omvandlar sin egentliga förlossningsrädsla till en rädsla för någonting annat som känns mer acceptabelt att vara rädd för, ofta omedvetet.”

4.2 Rädslans innehåll

Barnmorskorna berättade om olika händelser som kvinnorna fokuserar på och är rädda för, utifrån deras erfarenheter.

4.2.1 Kontrollförlust

Samtliga barnmorskor nämner att förlossningsrädda förstföderskor har en rädsla för att tappa kontrollen. Att inte ha kontroll över situationen som komma skall och att inte ha en aning om vad man ska ge sig in i. Det beskrivs också att det finns en rädsla att inte ha någon kontroll på vad som händer och i samband med det inte kunna signalera om funderingar eller önskemål.

“Dem är rädda för det ovissa och att tappa kontrollen och ge sig in i en värld där dem absolut inte kan styra.”

“Dem är rädda för att tappa kontrollen, få panik, att inte kunna bestämma över sin kropp”

En barnmorska beskrev att hon upplevt hur rädsla för kontrollförlust kan påverka kvinnorna att känna oro inför att bli osynliggjorda i samband med detta och att då inte bli lyssnad på.

Vidare berättade fler barnmorskor att kvinnorna idag är i större behov av kontroll. När de sedan blir gravida tappar de kontrollen vilket upplevs som skrämmande och när de sedan ska föda blir det okontrollerbart. Det kan hända att de vill veta exakt vad som händer och att det inte är farligt för att de annars inte tror att de klarar av situationen.

“Det är väldigt många som pratar om att de är rädda för att tappa kontrollen, det är nästan det vanligaste tror jag”

“...man vill ha mer garantier för hur saker och ting ska gå...man vill planera mer...”

4.2.2 Smärta

Få barnmorskor tog upp samtalet om smärta vid förlossningen, det upplevs inte vara den stora anledningen till förlossningsrädsla. De barnmorskor som nämnde smärta som en anledning till förlossningsrädsla beskrev då att vissa kvinnor kan vara väldigt rädda för smärta men att det inte är majoriteten.

“... en del säger ju också att dem är rädda för smärtan, det gör de, men det är inte det stora flertalet upplever jag i alla fall.”

Vissa har erfarit att det då handlat om att kvinnan redan tidigare haft en svår smärtproblematik och då är rädd för hur hon ska hantera just förlossningssmärtan, medan andra barnmorskor beskrev hur rädslan för smärtan också kan hänga ihop med kontrollförlust. Att kvinnorna då är rädda att tappa kontrollen och få panik på grund av smärtan.

4.2.3 Komplikationer

Enligt barnmorskorna är det många kvinnor som fokuserar på komplikationer som kan tillstöta. Det beskrevs ofta handla om komplikationer i efterförloppet, till exempel bristningar eller

blödningar. Många uttrycker stark rädsla för just bristningar och vilka besvär som kan väntas utifrån dessa, samt att de ska få bestående men av bristningen eller efter en stor blödning.

“Det här med bristningar...hur man upplever det som det svåraste, 'att skulle jag få en bristning...det skulle jag aldrig klara av'...alltså en riktigt svår bristning... 'det är så fruktansvärt så det skulle jag inte vilja vara med om så därför vill jag kanske få ett kejsarsnitt istället'...”

”De flesta som jag träffar just nu, de är mest rädda för konsekvenserna efteråt, bristningar som inte ska läka som de ska, att de liksom inte ska bli återställda i underlivet...”

Några barnmorskor beskrev hur de träffat flera kvinnor som varit rädda för att de ska få ett stort barn och därmed oron för de komplikationer som skulle kunna tillstöta då. Vissa kvinnor är rädda för att de ska ha ett trångt bäcken eller att barnet ska fastna på väg ut under förlossningen.

4.3 Inverkande faktorer

Förlossningsrädslan som uppstått hos kvinnan har uppstått av någon anledning, enligt barnmorskorna. De beskrev utifrån deras erfarenheter och upplevelser om olika faktorer som kan inverka detta.

4.3.1 Tidigare erfarenheter

Vad kvinnan har med sig sedan tidigare psykiskt, fysiskt och erfarenhetsmässigt spelar in, att rädslan ofta bottnar i något som de har upplevt. Några barnmorskor menade att många i dagens samhälle växt upp väldigt skyddat och att de tidigare aldrig blivit utsatta för något svårt. Även dåliga erfarenheter som en obehaglig gynekologisk undersökning kan inverka, samt dåliga erfarenheter från vården som uppstått i barndomen eller i vuxen ålder vilket gjort dem sjukhusrädda och därmed bidragit till deras förlossningsrädsla.

“Det kan ha hänt någonting när de var barn och är rädda för sjukhusmiljö och får nästan panik så fort de kommer innanför sjukhusdörrarna. Det kan påverka att de blir förlossningsrädda”.

4.3.2 Övergrepp

Kvinnor som tidigare varit med om våld eller andra sexuella övergrepp tycks oftare lida av förlossningsrädsla eftersom en förlossning kan påminna om det tidigare övergreppet. Det beskrevs som relativt vanligt att möta kvinnor som varit med om våldtäkter eller övergrepp. Det är inte endast sexuella övergrepp som kan inverka utan även tidigare psykiskt eller fysiskt våld. Det orsakar att kvinnan kan vara rädd för att utsätta sig för den sköra och utsatta situation som en förlossning kan innebära.

“Det beror ju på...det finns ju de som har varit med om övergrepp, det är klart sånt styr en...”

4.3.3 Psykisk ohälsa

Majoriteten av barnmorskorna har upplevt att kvinnor med någon slags ångest eller psykisk ohälsa i botten oftare är rädda för förlossningen.

“Det är vanligt att de har någon sorts ångestproblematik i botten. Speciellt de som är rädda för att tappa kontrollen och har en ångestkänsla. Man har en benägenhet.”

“...har man en psykisk ohälsa sen tidigare så är det ju mer vanligt att ha en förlossningsrädsla...”

Dessa kvinnor kan ha svårare att ta till sig att de ska föda ett barn och svårare att hantera rädslan inför detta.

“Oftast är det folk som inte mår bra, de flesta har haft någon depression eller nedstämdhet som gör att de inte klarar av att handskas med sina tankar och rädslor.”

På senare tid har det även uppkommit en slags prestationsångest hos vissa kvinnor. Förlossningen ses som en prestation som kan betygsättas, hur duktiga de varit när de fött barn. Sådana tankar kan skapa ångest och tilltagande rädsla hos just de kvinnorna.

4.3.4 Yttre påverkan

Barnmorskorna var eniga om att en stor bidragande faktor till att kvinnor utvecklar en förlossningsrädsla är sociala faktorer. Våldigt många gravida kvinnor har fått höra historier från

vänner, familj eller släktingar om hur deras förlossningar varit. En förstföderska som inte har någon tidigare erfarenhet av att föda barn kan bli väldigt influerad av vad vänner och familj berättar som har erfarenhet av en förlossning.

“Medan andra har hört skräckhistorier...de har blivit matade...ganska ofta från sin egen mamma...hur förlossningen var då när hon födde, hur hemskt det var...”

“...jag kan inte tänka mig att det är något annat än just det man hör, alltså det man har med sig i bagaget liksom...för man har ju aldrig fött barn första gången.”

De flesta har även läst mycket negativt kring förlossningen via bloggar eller andra sidor på internet. Media beskrevs som ett problem då det ofta kommer ut stora tidningsrubriker om bristningar till exempel och då blir vissa kvinnor influerade av detta och rädda för just bristningar. Ofta skrivs det skrämselfistorier på bloggar, familjeforum och i annan media och mer sällan om positiva upplevelser. Detta skrämmer många kvinnor.

“Det största problemet är media, vad man läser på nätet. Man diskuterar mycket med varandra i olika forum.”

“Media går ju gärna ut och har skrivit om jättestora bristningar och då blir man rädd för det...”

Flera barnmorskor har erfarit hur allt fler kvinnor känner sig mer och mer oroad över dagens pressade förlossningssituation som också beskrivits mycket i media på ett negativt sätt. Det bidrar också till en ökad rädsla inför förlossningen då kvinnorna inte kan inverka på platsläget och blir rädda för att inte få komma in till förlossningen när det är dags att föda.

“De läser och lyssnar på det som händer i Stockholm som har svårt med platser eller uppe i Sollefteåtrakten. De kan inte sortera och se hela bilden, hur ser det ut i Uppsala.”

“De är rädda för att inte få komma in, att inte få vara kvar, att inte få det stöd de behöver. Många har läst om personalbrist också.”

4.4 Att hjälpa och stötta kvinnor med förlossningsrädsla

Enligt barnmorskorna fanns det flera svårigheter i att stötta de förlossningsrädda förstföderskorna. Det kunde dels handla om att försöka stärka självkänslan, att det är en stor utmaning samt att det är svårt att nå fram till henne.

4.4.1 Stärka kvinnans självförtroende

Flera av barnmorskorna hade uppfattningen att många kvinnor som är rädda inför förlossningen ofta har dåligt självförtroende. Mycket av barnmorskans arbete handlar då om att stärka kvinnan och att lära henne att få tillit till sin kropp, då kvinnorna inte tror de har förmågan att föda ett barn vaginalt.

“Det finns kvinnor som hela sitt liv har tänkt att ’jag kommer inte kunna föda barn, det fungerar inte, det kan jag inte’. De tror inte att de kan föda barn.”

Upplevelsen av att kvinnors tilltro till den egna kroppen har blivit sämre på senare tid beskrevs av flera barnmorskor.

“Kvinnors tillit till kroppen har försämrats. Vi måste lägga mera krut på att stärka kvinnors självförtroende och självtillit till sina egna kroppar.”

Detta ansågs vara svårt då kvinnorna inte alltid vill tro på barnmorskan när de säger att de kommer klara av det. Det kan ta tid innan barnmorskorna lyckas få kvinnan att tro på sig själv och sin kropp och flera möten behövs oftast innan kvinnan blir öppen för detta. Olika sätt att stärka kvinnan uppges också, att stötta och uppmuntra kvinnan och se till hennes behov men också att vägleda kvinnan istället för att bara vara henne följsam. Det upplevdes ändå vara viktigt att få kvinnan att tro på sig själv innan förlossningen då kvinnans upplevelse och själva förlossningsprocessen ska kunna få ett så positivt resultat som möjligt.

“...jag kan ibland ändå känna att tilltron kvinnan ska känna till sin kropp är viktigt, för att det ska fungera...det upplever jag ändå är starkt sammankopplat med hur det går liksom...”

4.4.2 En utmaning

De flesta barnmorskor upplevde att det fanns en extra utmaning i att hjälpa och stötta de förlossningsrädda förstföderskorna. Utmaningen kunde dels handla om att kvinnorna har en psykisk sårbarhet sedan tidigare som de försöker bemöta på ett bra sätt. De lägger ner all kraft de har för att det ska bli så bra som möjligt men har ändå känt någon enstaka gång att det inte räcker. Att få stöd av kollegorna och diskutera hur de på bästa sätt kan bemöta dessa kvinnor uppgavs som värdefullt. Ofta får kvinnans förlossningsrädsla stort fokus under graviditeten men det är även viktigt att informera om allt annat som hör till graviditeten och det som kommer efteråt, som amning till exempel. Kvinnan måste få möjlighet att må bra i graviditeten också och inte bara fokusera på den skrämmande förlossningen menar en del barnmorskor.

En annan utmaning som nämndes var att förstå rädslan som kvinnorna har. Eftersom de inte varit utsatta för situationen tidigare så kan det vara svårt att förstå vad rädslan egentligen grundar sig i. Det är inte alltid kvinnorna själva kan sätta fingret på vad de är rädda för och det kan bli en stor utmaning att försöka reda ut.

“...alltså en del har oerhört svårt att lyckas bena ut vad oron egentligen bottnar i, på något sätt vad de är rädda för i situationen...det upplever jag som det svåraste att bemöta...”

”Det är svårt att förstå vad orsaken är, varför hon är rädd. Det är inte alltid självklart...”

Några barnmorskor nämnde att yngre förstföderskor upplevs lättare att samtala med om sin rädsla än äldre förstföderskor. Äldre förstföderskor beskrevs även ha en annan slags oro än yngre och att rädslan hos äldre förstföderskor kunde vara starkare.

“Man har gått utbildningar och gjort karriär och blivit en bit över 30 så skaffar man sitt första barn och inte vet jag om man blivit mer eftertänksam kanske än någon som är ung eller naiv...unga litar mer på en profession”

Äldre välutbildade kvinnor beskrevs kunna ha mer kunskap och mer argument för sin rädsla vilket gör att de kan vara svårare att hjälpa då de redan känner till all information barnmorskan

har att ge. Vissa kvinnor är insatta i forskning och vill ha ytterligare kunskap som kan vara svår för barnmorskan att ge då detta överstiger barnmorskans kunskapsområde.

Tidsbristen var ett ständigt problem enligt flera barnmorskor. Det är svårt att på den korta mottagningstiden få en helhetssyn av kvinnan och hennes rädsla. Barnmorskorna nämnde inte detta endast som en nackdel för deras egen skull utan också för patienterna som inte hinner öppna upp sig och berätta. Här spelar också tryggheten en stor roll. Att lyssna och visa att de blir hörda på ger en trygghet för kvinnorna och visar att de kan ha tillit till vården. Får barnmorskan och kvinnan möjlighet att bygga upp en bra relation under graviditeten med noggrann planering inför förlossning, är det många som blir nöjda med förlossningsupplevelsen.

”Tidsbrist kan vara ett problem. De känner att de inte hinner ta upp rädslan för det är så mycket annat man pratar om.”

4.4.3 Svårt att nå kvinnan

Barnmorskorna ansåg att rädslan ibland kan orsakas av okunskap och önskar att alla kvinnor väljer att gå på föräldrautbildning, för att de ska ha så mycket kunskap med sig som möjligt. Eftersom utbildningen är frivillig så väljer vissa förlossningsrädda att inte gå på utbildningen, då de tror att det kommer skrämma upp dem ytterligare. I det här fallet kunde barnmorskorna uppleva en svårighet i att försöka nå kvinnan och det kunde vara svårt att veta hur man ska gå vidare när kvinnorna inte är mottagliga för mer kunskap och stöd. Att då kunna skicka patienten vidare till en specialiserad enhet som auroramottagningen upplevs som positivt, då kvinnan får träffa barnmorskor som har större erfarenhet kring det här.

”Alla är inte mottagliga och de vet jag inte hur man skulle kunna nå när de tackar nej till saker...”

Enligt barnmorskorna upplevdes det ibland svårt att bemöta kvinnorna på ett bra individuellt sätt för att kunna nå henne på bästa vis. Det gäller att ha balans i hur mycket det går att utmana kvinnorna i ett annorlunda tankesätt kring sin rädsla och att samtidigt stötta och stärka. Det kan vara ännu svårare när kvinnorna har bestämt sig för att tycka eller tänka på ett visst sätt och att då kunna bryta igenom detta. Vissa kvinnor är inte alls öppna för en diskussion utan det

barnmorskan försöker informera om *“rinner av dem”* och de vill inte ta till sig av informationen, dessa kvinnor upplevs som bland de svåraste att hjälpa och stötta då de inte alls går att nå.

”Det är svårt att förklara för dem att det inte är så det fungerar när de har bestämt sig för en åsikt, att bryta igenom den barriären.”

“Där är det ju jättesvårt...att föra en diskussion...och det är svårt att med såna kvinnor att förstå...finns det mer rädslor eller vad bottnar den här jätterädslan för förlossningen i, fobiska rädslan...så vill de inte prata om det...det är jättesvårt och frustrerande och det har jag svårt att förhålla mig till.”

Det upplevdes som beklagligt när kvinnan inte berättat om sin förlossningsrädsla eftersom barnmorskorna då inte kunnat hjälpa henne. De kan *“känna med”* kvinnan som mår dåligt men får svårt att hjälpa henne på ett önskvärt sätt om hon inte är mottaglig för hjälp, framför allt eftersom det finns mycket hjälp att tillgå idag. Det kunde ge en känsla av maktlöshet hos barnmorskan.

5. DISKUSSION

Barnmorskorna i studien lyfter fram att kvinnor kan uttrycka sin rädsla på olika vis. De flesta uttrycker den med ord, men det finns även de som sluter sig eller uttrycker rädslan på ett annat sätt. Det allra vanligaste var att rädslan bestod av att kvinnorna var rädda för att tappa kontrollen. Barnmorskorna i studien var alla överens om att en stor anledning till förstföderskors rädsla idag beror på yttre faktorer. Berättelser från familj, släkt, vänner och media är något som har stor inverkan på deras inställning till förlossningen. Att bemöta rädslan upplevs som en utmaning då förstföderskor inte har någon tidigare erfarenhet kring förlossning. Det kan vara svårt för barnmorskan att veta hur hon kan hjälpa kvinnan.

5.1 Resultatdiskussion

5.1.1 Olika sätt att kommunicera rädsla

Barnmorskorna uppgav i resultatet att kvinnorna uttryckte sin rädsla för förlossningen på olika sätt samt att de kunde identifiera förlossningsrädsla utifrån olika tecken. Enligt barnmorskorna tog nästan alla kvinnor upp sin förlossningsrädsla under barnmorskebesöken genom att själva

berätta om den. Det kunde ske både tidigt i graviditeten eller senare under graviditeten. Vissa kvinnor vågade inte berätta om rädslan i början av graviditeten men kunde då berätta senare när de hunnit etablera en relation med barnmorskan. Ofta varierade rädslan och vissa kände sig inte lika rädda mot slutet av graviditeten medan den hos andra kvinnor istället ökade. Dock beskrev flera barnmorskor att faktiskt inte alla kvinnor tog upp sin rädsla under graviditetens gång. Alla förlossningsrädda kvinnor upptäckts inte i mödravården (Nilsson, 2010; Ryding, 2017). Det är viktigt att barnmorskan lyckas identifiera de kvinnor som trots allt inte vågar prata om sin rädsla för att kunna hjälpa dessa i tid. Ofta hade barnmorskan ändå en förmåga att känna på sig om så är fallet. De kunde även misstänka en förlossningsrädsla genom att upptäcka olika tecken hos kvinnan såsom kroppsliga symtom eller att de sökte mycket vård under graviditeten. Detta fenomen beskrivs även i tidigare studier, hur rädslan kan te sig som mardrömmar eller andra fysiska besvär (Eriksson, Jansson & Hamberg, 2006; Saisto & Halmesmäki, 2003). Ibland krävdes det hjälp från kvinnans partner för att barnmorskan skulle få reda på kvinnans rädsla. Ger kvinnan signaler om rädsla inför förlossningen är det viktigt att barnmorskan möter hennes rädsla, får henne att berätta och försöker förstå hennes situation (Nilsson, 2010).

Enligt barnmorskans kompetensbeskrivning (2006) ska barnmorskor kunna ge stöd till förlossningsrädda kvinnor samt utföra förebyggande åtgärder. Eriksson, Jansson och Hamberg (2006) redogör för hur kvinnor som håller inne med sin rädsla kan tycka sig vara onormala och känna oro över att mötas av oförståelse och därför ha svårt att ta upp rädslan. Förutsättningen för att kunna tala om sin rädsla beror på barnmorskans bemötande och intresse för kvinnan samt att barnmorskan är förstående. Det beskriver även Nilsson (2010) som belyser vikten av att barnmorskan i mödravården måste engagera sig i den gravida kvinnan för att hon ska våga öppna upp sig. Enligt Thorstensson och Ekström (2012) är den personliga attityden hos den professionella i hög grad kvaliteten på det stöd de utövar och är en viktig aspekt inom begreppet stöd. Just de barnmorskor i mödravården har därför en viktig roll när det kommer till att identifiera förlossningsrädsla. Barnmorskans egen inställning till förlossningsrädsla får inte påverka hennes bemötande till kvinnan (Barnmorskans kompetensbeskrivning, 2006).

Resultatet visade även att kvinnorna kunde gömma sin förlossningsrädsla bakom en annan rädsla, ofta genom katastroftankar om att de själva eller barnet ska dö under förlossningen, en sådan rädsla kunde upplevas av kvinnan att vara mer accepterad än en rädsla inför förlossningen. I tidigare studien av Salomonsson och medarbetare (2010) beskriver de hur just

förlossningsrädsla kan gömma sig bakom andra faktorer och att det därmed kan ta tid för barnmorskan att identifiera den.

5.1.2 Rädslans innehåll

Att vara rädd inför förlossningen som förstföderska innebär att de inte har någon tidigare traumatisk förlossningsupplevelse att relatera till. Förstföderskor beskrivs ändå ha en starkare rädsla inför förlossningen (Ryding, 2017). Barnmorskornas erfarenhet av vad de är rädda för var därför av intresse och resultatet visade att den vanligaste anledningen till rädsla inför förlossningen är det okända som en förlossning innebär och att de då ska tappa kontrollen. Att inte ha kontroll över en situation upplevdes som extremt skrämmande för många samt att inte kunna styra eller bestämma över sin kropp. Salomonsson och medarbetare (2010) belyser främst hur de kvinnor som inte fött barn tidigare upplever en rädsla inför det okända som komma skall. En tidigare studie beskriver även hur förlossningsrädda kvinnor kan uppleva en rädsla inför sina egna reaktioner under och efter förlossningen (Nilsson & Lundgren, 2007). De kvinnor som var rädda för smärtan beskrev att de var rädda för att inte kunna hantera den, att få panik och därmed tappa kontrollen.

Många kvinnor beskrevs i resultatet av barnmorskorna vara rädda för komplikationer i samband med förlossningen. Bristningar eller stora blödningar ges som exempel. Kvinnan kunde då vara rädd för att få en bristning som hon skulle få bestående men av eller att underlivet inte längre skulle vara detsamma som innan förlossningen. Detta belyses även i resultatet vara en orsak från de negativa sidor media visat. Vissa beskrevs vara så rädda för att få en bristning att de hellre ville föda genom ett kejsarsnitt. En tidigare studie belyser hur kvinnor hellre önskar ett kejsarsnitt än en vaginal förlossning då de är rädda för att kroppen inte ska vara densamma efter en vaginal förlossning (Stoll & Hall, 2013).

5.1.3 Inverkande faktorer

Salomonsson, Wijma och Alehagen (2010) beskriver bland annat hur förlossningsrädsla kan bero på olika bakomliggande faktorer. I resultatet menar barnmorskor på att det under senare år har setts en ökning i antalet förlossningsrädda kvinnor vilket de dels tror kan bero på att kvinnor idag har stora möjligheter att söka information på internet. Att kvinnor söker mycket information på internet är något som bekräftades i denna studies intervjuer. Enligt resultatet kunde detta leda till att en stor del av de förlossningsrädda förstföderskor som barnmorskorna

möter även blir uppskrämda genom internet, i så stor utsträckning att de ansåg att det är det största problemet till förlossningsrädsla hos förstföderskor. Det finns en annan studie som påvisar att just kvinnor som söker information om sin graviditet eller förlossning ofta får fram fel information, så som att deras tillstånd skulle vara farligt när det inte är det och därmed blir kvinnorna uppskrämda helt obefogat (De Santis et al., 2010). Men det var inte bara internet som skrämmer, enligt resultatet var en stor grund till rädslan berättelser som hörs från familj, släkt och vänner, vilket också bekräftas i tidigare studier (O'Donovan & O'Donovan, 2017; Salomonsson et al., 2010). Förstföderskor som inte varit utsatta för situationen tidigare kanske inte vet så mycket mer än skrämselfhistorierna som berättas från personer som har stor inverkan på dem. Detta styrks i studier som undersökt unga vuxnas syn på ett eventuellt kommande föräldraskap, där det framkommer att deras syn på graviditet och förlossning formas av berättelser från familj, släkt och vänner samt det som står i media (Hauck, Stoll, Hall & Downie, 2016; O'Donovan och O'Donovan, 2017; Thomson, Stoll, Downe & Hall, 2017). Ett annat problem som framkom i denna studies resultat var att kvinnor idag var uppskrämda inför den förlossingssituation som råder i landet. De hade läst och hört mycket negativt om både platser och personalbrist i media som kunde öka risken för förlossningsrädsla. Då detta är ett relativt nytt problem har vi inte hittat några studier som undersöker den här typen av orsak till rädslan närmare.

I studiens resultat beskrevs ingen större skillnad mellan rädslan hos utlandsfödda kvinnor och kvinnor födda i Sverige. Ternström, Hildingsson, Haines och Rubertsson (2015) kom fram till att det var tre gånger så vanligt med förlossningsrädsla hos utlandsfödda. Detta var ingenting som styrktes i denna studie. Även Rubertsson och medarbetare (2014) nämner att det kan vara en riskfaktor för förlossningsrädsla om kvinnan har ett annat modersmål än svenska, vilket inte heller framkom i studiens resultat. Det kan dock ha fallit bort då intervjuguiden inte innehöll en fråga som handlade specifikt om skillnader mellan förlossningsrädsla hos utlandsfödda och svenskfödda kvinnor. Det kan även tolkas som att det inte verkar vara ett primärt problem då ingen av barnmorskorna tagit upp detta, eller så kan det bero på den homogena grupp kvinnor som går hos respektive barnmorskemottagning där intervjuerna gjorts.

Flera studier påvisar att en historia av psykiatriska problem, depression eller ångest är riskfaktorer som ökar risken för rädsla inför förlossningen (Mohlander & Ryding, 2013; Rubertsson et al., 2014; Ryding, 2017; Saisto & Halmesmäki, 2003). Resultatet i denna studie visade att bakgrundsliggande faktorer och vad kvinnan har med sig psykiskt, fysiskt och

erfarenhetsmässigt kan spela roll. Det kunde då handla om flera olika saker, till exempel övergrepp, depression, ångest, obehagliga gynekologiska undersökningar eller om någon är väldigt sjukhusrädd. Hildingsson och medarbetare (2017) påvisar att förlossningsrädsla är associerat med sämre fysisk och psykisk hälsa. Barnmorskorna i denna studie nämnde även dessa faktorer som en risk men påpekade även att det inte alltid finns någon grund till vad som orsakar rädslan. Enligt barnmorskorna kunde kvinnor med psykisk ohälsa ha svårare att ta till sig att de ska föda ett barn och att kunna hantera känslorna inför detta. Det beskrevs även i resultatet att det under senare tid kommit fler och fler kvinnor som känner en prestationsångest inför förlossningen som i sin tur kunde leda till rädsla, detta är något som en tidigare studie också påvisat (Nilsson, 2012). Enligt studiens resultat upplever kvinnorna att de måste prestera bra under förlossningen och vill göra det för att känna sig duktiga. En känsla av misslyckande och att vara sämre än andra kvinnor uppkommer om hon inte kan uppfylla hennes och andras förväntningar (Nilsson, 2012).

5.1.4 Att hjälpa och stötta kvinnor med förlossningsrädsla

Flera barnmorskor nämnde att den rädsla kvinnorna bär på kan bero på okunskap kring hur förlossningen egentligen fungerar. Detta resultat stämmer överens med tidigare studier där det även beskrivs som viktigt att barnmorskan ger konkret information samt att eventuella missförstånd relaterade till vården ska klaras upp (Nilsson, 2010). Thorstensson och Ekström (2012) belyser vikten av det informativa stöd barnmorskor utövar professionellt som en viktig del av deras arbete.

En nyare studie har visat att kvinnor med förlossningsrädsla idag är äldre än tidigare (Ryding, 2017). Enligt resultatet upplevde några av barnmorskorna att det kan vara lättare att samtala och stötta yngre förstföderskor än äldre förstföderskor. De beskrev att förlossningsrädslan även kunde öka med åldern samt att de yngre kvinnorna inte upplevdes ha samma kunskap, erfarenhet och argument som de äldre ofta hade och beskrevs därför kunna lita mer på professionen vid stöttning. Många barnmorskor upplevde att de äldre förstföderskorna hade en annan slags oro som var svårare att stötta och hjälpa då det kunde vara svårt att veta hur de skulle bidra till denna hjälp då de redan var väldigt pålästa. Enligt Thorstensson och Ekström (2012) kan faktorer som påverkar förmågan att ge stöd eller ta emot stöd vara människors ålder, erfarenhet och sociala miljöer. Att äldre förstföderskor skulle vara mer rädda är tvärt emot vad Stoll och Hall (2013) lyfter fram i sin studie, där kvinnor med stark förlossningsrädsla ofta är

yngre kvinnor. Även Rubertsson och medarbetare (2014) påpekar att en riskfaktor för ökad ångest, som leder till ökad risk för förlossningsrädsla, är en ålder under 25 år.

Att det som barnmorska kan vara svårt att nå fram till kvinnan redovisas i resultatet. Vissa kvinnor upplevdes inte vara mottagliga för den hjälp och det stöd barnmorskan kunde erbjuda dem och det uppgavs vara svårt då barnmorskan kände att hon inte kunde hjälpa dessa kvinnor. Hur de än försökte ge information och kunskap så ville ibland inte kvinnorna ta till sig det. Vissa kvinnor hade helt enkelt bestämt sig för ett kejsarsnitt på grund av rädslan inför förlossningen och var inte öppna för att lyssna på annan information vilket kunde vara svårt för barnmorskan att förhålla sig till. Att kvinnan inte var mottaglig för hjälp och svår att nå kunde ge barnmorskorna en känsla av maktlöshet. Enligt Thorstensson och Ekström (2012) är den emotionella delen av stöd mest viktigt för att stödet ska upplevas positivt. Uppfattas stödet som positivt av mottagaren får stödet mer sannolikt en positiv inverkan hos just den individen. Mycket kraft och energi kunde läggas ned av barnmorskorna för att stötta och hjälpa dessa kvinnor och det blev en extra utmaning om patienten sedan tidigare hade en psykisk sårbarhet. Att ha kollegorna till hjälp för att kunna diskutera och få stöttning beskrevs som värdefullt.

Att låta kvinnan få tid till att bearbeta sin förlossningsrädsla samtidigt som de ville informera och inkludera de andra bitarna i graviditeten ansågs vara viktigt i resultatet. Dock ansågs tidsbristen vara ett problem för att hinna med allt detta av vissa barnmorskor. Det upplevdes svårt att få en helhetssyn av kvinnan och hennes rädsla på de korta mottagningstider som styr samt att kvinnan inte alltid tycktes hinna öppna upp sig och berätta. Stress kan vara en faktor som påverkar barnmorskan att inte kunna utföra och ge det stöd som behövs (Thorstensson & Ekström, 2012). Att få kvinnan att känna sig trygg uppgavs vara en av de viktigaste aspekterna enligt barnmorskorna. Tid behövdes för att kunna bygga upp en bra relation mellan barnmorskan och kvinnan. Kände sig kvinnan trygg och kunde öppna upp sig och våga framföra önskemål samt planera förlossningen tillsammans med barnmorskan tycktes ändå många kvinnor bli nöjda med sin förlossningsupplevelse trots allt. Nilsson (2010) beskriver hur barnmorskans stöd har stor betydelse för kvinnan och hur stödet kan få kvinnan att våga föda. Vidare menar Thorstensson och Ekström (2012) att professionellt stöd syftar till att vara stärkande, underlättande och ge en positiv utveckling för individernas förmåga att klara av en utmanande eller stressfull situation i livet, som förlossningen. Kvinnor med förlossningsrädsla beskriver hur rådgivning och stöttning av barnmorskor gjorde dem starkare och hur det givit dem ett bättre självförtroende inför förlossningen (Fenwick et al., 2015; Larsson, 2017).

Det var även utmanande att förstå sig på vad förstföderskors förlossningsrädsla grundade sig i enligt vissa barnmorskor då dessa kvinnor inte hade någon tidigare erfarenhet av att föda barn. Det var inte heller alltid så att kvinnorna själva visste om varför de är rädda och det upplevdes som svårt att bemöta då barnmorskan inte visste vilken hjälp och vilket stöd hon skulle fokusera på. För att det professionella stödet ska vara stärkande för individen är det viktigt att det är anpassat för individens unika behov i den specifika situationen (Thorstensson & Ekström, 2012). Nilsson (2010) påpekar att barnmorskan, genom att ställa frågor till kvinnan, kan öka sin förståelse för henne samt identifiera kvinnans behov för att kunna ge den trygghet hon har behov av. Kvinnan behöver även alltid mötas på ett individanpassat sätt.

Nilsson och Lundgren (2007) belyser i sin studie hur förlossningsrädda kvinnor upplever en ensamhet i sin graviditet och den kommande förlossningen som inte går att undvika. Detta kan leda till att kvinnan börjar tvivla på sin egen förmåga att föda. I resultatet framkom det att ett dåligt självförtroende var vanligt hos kvinnor med förlossningsrädsla. Fokus hos barnmorskan blev då att stärka kvinnans tillit till sin kropp då en vanlig tanke hos kvinnan var att hon trodde att hon inte hade förmågan att föda vaginalt. Barnmorskorna uppgav hur tilltron till den egna kroppen och kroppens förmåga hade försämrats hos kvinnor på sista tiden. Även här behövdes flera möten och en bra relation för att kvinnan skulle våga tro på barnmorskan att hon faktiskt klarade en vaginal förlossning. Detta ansågs vara viktigt då tilltron till egna kroppen och förlossningens process hör ihop. Att förlora sig själv i ensamheten kan förändra den självkänsla och tillit kvinnan har till sig själv på ett negativt sätt och därmed även hennes syn på den egna förmågan att föda barn (Nilsson, 2012).

5.2 Metoddiskussion

Då syftet med detta arbete var att beskriva barnmorskors erfarenheter av att stödja och bemöta förstföderskor med förlossningsrädsla under graviditet samt vad som gett upphov till rädslan valdes en kvalitativ design för att kunna fånga barnmorskornas upplevelser på bästa sätt. Enligt Elo med medarbetare (2014) har designen en betydande roll relaterat till arbetets syfte och det är viktigt att välja den som lämpar sig bäst, då resultatet annars inte blir trovärdigt. Därför valdes intervjuer som datainsamlingsmetod.

Enskilda intervjuer utgjorde datainsamlingsmetoden och elva barnmorskor intervjuades, inklusive en pilotintervju. En intervjuguide arbetades fram för att intervjuerna skulle bli så lika i upplägget som möjligt. Semi-strukturerade frågor valdes till intervjuguiden för att få så breda svar som möjligt samt att intervjuerna hade möjlighet att ställa följdfrågor för att få en bredare datainsamling. Inklusionskriterierna som användes var legitimerade, svensktalande barnmorskor som skulle ha arbetat minst två år inom mödravård. Detta för att barnmorskan skulle ha hunnit få erfarenheter kring förlossningsrädda förstföderskor samt att inga missförstånd kring språket skulle uppstå under intervjuerna eller under transkriberingen.

Då båda som intervjuade saknade kunskap och erfarenhet av att utföra intervjuer så genomfördes först en pilotintervju där båda två var med, den ena intervjuade och den andra satt med som observatör. Fördelen med detta var att brister kunde upptäckas i intervjuguiden och att förbättringar kunde utformas till de resterande intervjuerna. Deltagarna fick möjligheten att läsa informationsbrevet innan intervjuerna ägde rum. Där kunde deltagarna även läsa intervjufrågorna och förbereda sig inför den kommande intervjun. Barnmorskorna fick själva bestämma om de ville ställa upp eller inte och kontaktade oss om de ville delta. Intervjuerna var väldigt flexibla och barnmorskorna fick bestämma själva vilka tider de ville att intervjuerna skulle genomföras. Detta ses som en styrka då fler troligtvis kände att de hade möjlighet att delta då de fick bestämma tid själva.

Innan intervjuerna genomfördes informerades alla deltagare om att medverkan var frivillig och möjligheten att avbryta när som helst utan att behöva ange anledning. Deltagarna fick även information om att innehållet inte skulle kunna kopplas till deltagaren (Codex, 2016).

Intervjuerna hade beräknats att ta 15-20 minuter men tog mellan 12-24 minuter. Det var inte alltid att de längre intervjuerna tillförde mer till syftet än de kortare visade det sig efter granskning. Alla intervjuer användes till resultatet, även pilotintervjun då svar på syftet kunde analyseras fram i även denna.

Vidare beskriver Lundman och Hällgren Graneheim (2017) att trovärdigheten kan bedömas utifrån studiens tillförlitlighet, giltighet, delaktighet samt överförbarhet. Det är viktigt att urvalet till studien är lämpligt och att deltagarna har kunskap inom det fenomen som avses undersökas för att kunna skapa trovärdighet och giltighet i det kvalitativa arbetet. En god variation bland deltagarna är bra att ha för att få olika redogörelser om samma fenomen och öka

giltigheten. Genom att barnmorskorna var i olika åldrar, hade olika arbetslivserfarenhet och arbetade på olika mottagningar så skapades variation i arbetet vilket kan anses som en styrka.

I studiens urval var målet att genomföra intervjuerna på barnmorskemottagningar i fem olika stadsdelar i Uppsala. Detta var för att öka tillförlitligheten till resultatet då vi tror att kvinnor med olika socioekonomisk bakgrund bor på olika ställen i staden. Detta var även något som flera barnmorskor på mottagningarna påpekade som en viktig aspekt. Då det var svårare än förväntat att få barnmorskor att delta i studien uppnåddes inte det spridda urvalet i olika stadsdelar som önskades. Istället för fem olika stadsdelar baserades resultatet nu från tre olika stadsdelar. Detta anses därför vara en svaghet i arbetet. Dock gjordes försök till att skapa ytterligare variation genom att flera gånger försöka nå verksamhetscheferna som inte svarat i de övriga områdena. Telefonsamtal till dem blev då aktuellt då de inte givit något svar via mailen. Antingen svarade verksamhetscheferna inte, återkom inte eller gav svaret att barnmorskorna tyvärr inte hade tid att delta i studien. Mer variation till resultatet kunde ha skapats om fler mottagningar och barnmorskor var involverade i arbetet, dock utgjorde tidsbegränsningen att det inte var möjligt att utföra intervjuer i andra regioner eller med fler barnmorskor.

För att stärka studiens tillförlitlighet krävs en noggrann beskrivning av analysarbetet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Intervjuerna delades upp och utfördes separat för att bespara tid men även för att inte påverka deltagaren genom att skapa ett maktövertag och på så sätt påverka svaren (Kjellström, 2012). Dock har intervjuerna avlyssnats och lästs igenom flera gånger, samt bearbetats i analysen gemensamt vilket ökar tillförlitligheten i resultatet. Tillförlitligheten stärks även då flera citat från deltagarna presenteras i resultatet. Intervjuarnas delaktighet i denna studie är uppenbar då intervjuer är ett samspel mellan intervjuaren och deltagaren. Intervjuaren är med och skapar texten till datan men det är deltagarens ord som redovisas i resultatet. Överförbarheten innebär att resultatet i studien kan överföras till en större grupp. Resultatet kan tyckas vara överförbart då de flesta barnmorskor gett liknande information. Samtidigt har endast intervjuer gjorts med barnmorskor inom barnmorskemottagningar där en liknande grupp av gravida kvinnor går, det vill säga att majoriteten av kvinnorna är svenskfödda, sammanboende, kvinnor med arbete, utbildade kvinnor och kvinnor utan socioekonomiska problem, vilket kan ge barnmorskorna liknande upplevelser. Dock är det läsaren som bedömer om studien är överförbar enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017).

Ett sätt att bedöma studiens trovärdighet enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) är att kunna urskilja en röd tråd genom hela arbetet, bakgrunden ska innehålla centrala begrepp för syftet samt att resultatet ska besvara syftet. Fokus har hela tiden varit att hålla en röd tråd under arbetets gång samt tanken på att ha en låg tolkningsgrad under analysen för att inte lägga in egna tolkningar med syfte att ha kvar den ursprungliga texten så långt det går. Enligt Graneheim och Lundman (2004) finns det dock alltid en viss grad av tolkning när man läser en text.

Lundman & Hällgren Graneheims (2017) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys användes till analysprocessen i detta arbete då den anses vara lämplig att använda på material som baseras på erfarenhetskunskap. I analysen fokuserades det på det manifesta innehållet i texterna, det vill säga det uppenbara innehållet. Meningsbärande enheter utgjorde grunden för analysen. Lagom stora meningsenheter har plockats ur hela intervjuerna där önskan varit att de endast ska innehålla en betydelse men samtidigt inte vara för korta och förlora sammanhanget. Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna, det vill säga att de kortades ned utan att förlora det centrala i texten och av dessa gjordes koder. Koderna beskriver kort de meningsbärande enheterna och hänsyn ska tas till studiens syfte under kodningen. Kategorierna bildades utifrån koderna och fokus var att ingen kod skulle kunna passa in under samma kategori. En matris av analysen har utformats för att analysprocessen ska bli tydligare att förstå (Bilaga 3).

Reflektioner har förts över hur vår förförståelse kan ha påverkat resultatet i detta arbete. Vi har haft verksamhetsförlagd utbildning (VFU) inom mödrahälso- och förlossningsvård och har därmed samlat på oss en viss kunskap inom området förlossningsrädsla. Ingen av oss har någon egen erfarenhet av upplevd förlossningsrädsla. En av mottagningarna där en av oss genomfört sin VFU deltog i studien. Vi bedömer att detta inte påverkade innehållet i intervjun.

5.2.1 Kliniska implikationer

Barnmorskans stöd är mycket viktigt och betydelsefullt vid mötet med förstföderskor med förlossningsrädsla. Att känna till vad kvinnorna visar för tecken till förlossningsrädsla kan hjälpa barnmorskan i mödravården att lättare fånga upp dem och att kvinnan då kan få hjälp i god tid. Det är viktigt att kvinnor med förlossningsrädsla ges tid till att kunna öppna upp sig då en god relation med barnmorskan är en viktig aspekt i arbetet till att kunna hjälpa och stötta henne. Det krävs då att barnmorskemottagningen har resurser för detta. Att kvinnor blir uppskrämda genom media är ett stort problem och det är därför viktigt att barnmorskan redan

vid inskrivningen informerar om vilka sidor på internet kvinnorna kan vända sig till för att få evidensbaserad kunskap.

5.2.2 Framtida forskning

Mycket verkar fortfarande stämma överens kring förlossningsrädda kvinnor om denna studies resultat jämförs med tidigare studier. Fler studier om hur tidsbrist påverkar den förlossningsrädda kvinnan, samt hur media och den rådande förlossningssituationen i dagens samhälle med platsbrist och personalbrist bidrar till förlossningsrädsla hos förstföderskor bör studeras.

5.3 Slutsats

Studiens resultat visar att förstföderskor vanligtvis inte har några problem att prata om sin rädsla, dock måste barnmorskorna vara mycket uppmärksamma på de kvinnor som inte gör det. Den vanligaste anledningen till att vara rädd inför förlossningen beskrevs som en rädsla för att tappa kontrollen. Yttre faktorer är enligt barnmorskorna den vanligaste bidragande faktorn till förstföderskornas rädsla idag. Berättelser från familj, släkt, vänner och media är något som har stor inverkan på kvinnors inställning till förlossningen. Barnmorskorna lyfte även fram att förlossningssituationen idag har en påverkan på kvinnornas förlossningsrädsla. Resultatet visar även att barnmorskor i mödravården kan uppleva det utmanande att hjälpa och stötta förstföderskor på bästa sätt. Det är därför viktigt att barnmorskorna får tid till att etablera en bra relation till kvinnan för att kunna ge henne den trygghet hon behöver inför kommande förlossning.

6. REFERENSER

Adams, SS., Eberhard-Gran, M., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 119(10), 1238-1246. doi: 10.1111/j.Epub 2012.07.27

Alehagen, S. (2016). Den komplicerade graviditeten. Förlossningsrädsla. I H, Lindgren., K, Christensson., A.K, Dykes (Red.). *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde* (ss.407-415) Lund: Studentlitteratur AB.

Codex (2016). Regler och riktlinjer för forskning – informerat samtycke. Uppsala: Centrum för forskning och bioetik. Hämtad 10 april, 2017, från <http://www.codex.vr.se/manniska2.shtml>

Danielsson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 285-296). (Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur AB.

De Santis, M., De Luca, C., Quattrocchi, T., Visconti, D., Cesari, E., Mappa, I., Nobili, E.,... Caruso, A. (2010). Use of the internet by women seeking information about potentially teratogenic agents. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 151(2), 154-157. doi:10.1016/j.ejogrb.2010.04.018

Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE open*, 4(1), January-March 2014:1-10. doi:10.1177/2158244014522633

Eriksson, C., Jansson, L. & Hamberg, K. (2006). Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery*, 22(3), 240-248. doi: 10.1016/j 2005.10.002

Fenwick, J., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D.K., Buist, A., Turkstra, E., Sneddon, A., Scuffham, P.A. & 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 Childbirth*. 15:284. doi: 10.1186/s12884-015-0721-y.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Gustafsson, B.B. (2017). *Auroraverksamheten*. Axelsson, O. (Red.). Svensk förenings för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupper för psykosocial obstetrik och gynekologi, nr 77. Elanders AB.

Haines, H.M., Rubertsson, C., Pallant, J.F. & Hildingsson, I. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 12(1):55. doi: 10.1186/1471-2393-12-55

Hauck, Y.L., Stoll, K.H., Hall, W.A. & Downie, J. (2016). Association between childbirth attitudes and fear on birth preferences of a future generation of Australian parents. *Women Birth* 29(6):511-517. doi: 10.1016/j.wombi.2016.05.001

Hildingsson, I., Haines, H., Karlström, A. & Nystedt, A. (2017). Presence and process of fear of birth during pregnancy- Findings from a longitudinal cohort study. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 5192(17), doi:10.1016/j.wombi. 2017.02.003

Hofberg, K. & Ward, M.R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J*. 79(935), 505-510, doi: 10.1136/pmj.79.935.505

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur AB.

Larsson, B. (2017). *Treatment for childbirth fear with a focus on midwife-led counselling: A national overview, women's birth preferences and experiences of counselling*.

Doktorsavhandling. Uppsala Universitet, Institutionen för kvinnors och barns hälsa. Hämtad 10 april, 2017, från <https://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1118141/FULLTEXT01.pdf>

Larsson, B., Karlström, A., Rubertsson, C. & Hildingsson, I. (2016). Counseling for childbirth fear: A national survey. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 8, 82-87. doi:10.1016/j.srhc.2016.02.008

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård* (3.Uppl.,ss. 211-225). Lund: Studentlitteratur.

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

Nieminen, K., Wijma, K., Johansson, S., Kinberger, E-K., Ryding, E.L., Andersson, G., Bernfort, L. & Wijma, B. (2017). Severe fear of childbirth indicates high perinatal costs for Swedish women giving birth to their first child. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 96(4):438-446. doi: 10.1111/aogs.13091

Nilsson, C. (2012). *FÖRLOSSNINGSRÄDSLÅ: Med fokus på kvinnors upplevelser av att föda barn*. Akademisk avhandling. Linnéuniversitetet, Institutionen för vårdvetenskap. Hämtad 15 april, 2017, från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:530765/FULLTEXT01.pdf>

Nilsson, C. (2010). Att möta och vårda kvinnor med svår förlossningsrädsla. I M. Berg & I. Lundgren (Red.). *Stödja och Stärka: Vårdande vid barnafödande* (s. 169-189). Lund: Studentlitteratur.

Nilsson, C. & Lundgren, I. (2007). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* (2009)25,e1–e9. doi:10.1016/j.midw.2007.01.017

O'Donovan, C. & O'Donovan, J. (2017). Why do women request an elective cesarean delivery for non-medical reasons? A systematic review of the qualitative literature. *Birth*. doi: 10.1111/birt.12319

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2014). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rubertsson, C., Hellström, J., Cross, M. & Sydsjö, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Arch Womens Ment Health*. 17(3):221-8. doi: 10.1007/s00737-013-0409-0

Ryding, E.L. (2017). *Förlossningsrädsla – definitioner och diagnostik*. Axelsson, O. (Red.). Svensk förening för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupper för psykosocial obstetrik och gynekologi, nr 77. Elanders AB.

Saisto, T. & Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 82(3), 201-208. doi: 10.1034/j.1600-0412.2003.00114.x

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

Socialstyrelsen. (2006). Kompetensbeskrivning för legitimerade barnmorskor. Hämtad 14 februari, 2018, från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBESKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>

Stoll, K. & Hall, W. (2013). Attitudes and Preferences of Young Women With Low and High Fear of Childbirth. *Qualitative Health Research*. 23(11), 1495-1505. doi: 10.1177/1049732313507501

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):445-50. doi: 10.1016/j.midw.2014.11.011

Thomson, G., Stoll, K., Downe, S. & Hall, WA. (2017). Negative impressions of childbirth in a North-West England student population. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38:1, 37-44. doi: 10.1080/0167482X.2016.1216960

Thorstensson., S. & Ekström., A. (2012). Support as a Concept and with a Focus on Childbearing. *J Nurs Care*, 1(4). doi: 10.4172/2167-1168.1000e109

Toohill, J., Callander, E., Gamble, J., Creedy, D-K. & Fenwick, J. (2017). A cost effectiveness analysis of midwife psycho-education for fearful pregnant women - a health system perspective for the antenatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*. 17(1):217. doi: 10.1186/s12884-017-1404-7.

World Medical Association Declaration of Helsinki. (2013). World ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad 10 april, 2017, från <http://link.ub.uu.se/?sid=Entrez:PubMed&id=pmid:24141714>

7. BILAGOR

7.1 Bilaga 1

Information om forskningsprojekt till verksamheten

Vi läser tredje terminen på barnmorskeprogrammet vid Uppsala Universitet. För stunden arbetar vi med och förbereder magisteruppsatsen, "Barnmorskors erfarenheter av att stödja och bemöta förstföderskor med förlossningsrädsla" som ska skrivas under vårterminen 2018. För att kunna göra detta behöver vi er hjälp. Vi skulle uppskatta om denna information kunde ges till personal inom er verksamhet för att fånga upp barnmorskor som är intresserade av att delta i studien. Intervjun tar ca 15-20 minuter. Vidare information om inklusionskriterier ser ni här nedanför.

Syfte med studien

Studiens syfte är att beskriva barnmorskors erfarenheter av att stödja och bemöta förstföderskor med förlossningsrädsla under graviditet samt studera vad som gett upphov till rädslan. I samband med denna studie är syftet att förståelsen för förlossningsrädsla hos förstföderskor ska öka. För att få fram detta resultat vänder vi oss till legitimerade barnmorskor som har arbetat inom mödravården under minst två år. Alla deltagare ska svara svensktalande.

Frivillighet

Deltagandet i studien är frivilligt och du har rätt att när som helst före/under/efter intervjun att avbryta deltagandet.

Datainsamling och Databehandling

De uppgifter du lämnar behandlas konfidentiellt. Varje studiedeltagare blir direkt vid start av datainsamling tilldelad en kod för att ingen individ ska kunna urskiljas. Intervjuerna kommer att spelas in med en ljudupptagare för att få så korrekt data som möjligt.

Upplägg av datainsamling

Vi kontaktar er nu för att få ert godkännande att intervjua barnmorskor i er personalgrupp.

Kontaktuppgifter

Tveka inte att höra av er vid frågor och funderingar. Kontaktuppgifter finner ni nedan;

Karin.Ahlsvik.1058@student.uu.se

Jessica.Rossinen.7751@student.uu.se

7.2 Bilaga 2

- Presentation av oss själva
- Informera om studiens syfte
- Informera om att intervjun tar ca 15-20 min
- Informera om intervjuens upplägg: Frågor som kan besvara syftet kommer att ställas under intervjun. Deltagandet i studien är frivilligt och du har rätt att när som helst före/under/efter intervjun att avbryta deltagandet. All data kommer att behandlas konfidentiellt.
- Kontrollera om deltagaren godkänner upplägget.
- Fråga efter ålder, erfarenhet som barnmorska och vart hen har arbetat.

Intervjuguide

1. Hur upplever du att förstföderskor uttrycker oro och rädsla inför förlossningen?
2. Beskriv vad du upplever att dessa kvinnor är rädda för i samband med förlossningen
3. Hur tror du att rädslan har uppstått hos kvinnorna?
4. Har du upplevt några svårigheter i mötet med de förlossningsrädda förstföderskorna?
5. Upplever du att förlossningsrädda kvinnor har något annat gemensamt än rädslan?
6. Har du något ytterligare du vill berätta angående förlossningsrädda förstföderskor?

8.3 Bilaga 3

Tabell 1. Exempel ut analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
”Oftast säger dem som är väldigt rädda redan på inskrivningen att ’jag har liksom varit så rädd att jag inte tänkt skaffa barn’, så det tycker jag brukar komma fram ganska fort, tydligt och rakt skulle jag vilja säga.”	Oftast säger dem som är rädda det ganska fort, tydligt och rakt.	Säger det rakt ut	Uttrycker rädsla med ord	Olika sätt att kommunicera rädsla
”Dom flesta förstisar som har sagt att dem är oroliga inför förlossningen dem är rädda för att tappa kontrollen, få panik, inte kunna bestämma över sin kropp.”	De är rädda för att tappa kontrollen, få panik, inte kunna bestämma över sin kropp.	Att inte ha kontroll	Kontrollförlust	Rädslans innehåll
”Det största problemet är media, att man går och pratar om saker som kan hända under förlossningen. Vad man läser på nätet spelar stor roll, man har olika grupper och man pratar med varandra i olika facebookgrupper och så...man diskuterar mycket med varandra i olika forum.”	Det största problemet är media. Vad man läser på nätet spelar stor roll. Diskuterar mycket med varandra i olika forum.	Medias påverkan	Yttre påverkan	Inverkande faktorer

<p>”Vi vill ju liksom försöka få de här kvinnorna att tro på sig själva och säga att du fixar det här och ibland så når man ju inte dom, det går ju liksom inte...men ibland är det som att de vill inte tro på det. Så det är klart att det är svårt.”</p>	<p>Vi vill få kvinnorna att tro på sig själva. Ibland går det inte nå dem. Ibland vill dem inte tro på det. Det är svårt.</p>	<p>Ett dåligt självförtroende</p>	<p>Stärka kvinnans självförtroende</p>	<p>Att hjälpa och stötta kvinnor med förlossningsrädsla</p>
---	---	-----------------------------------	--	---