

# Upplevelsen av förlossningsrädsla

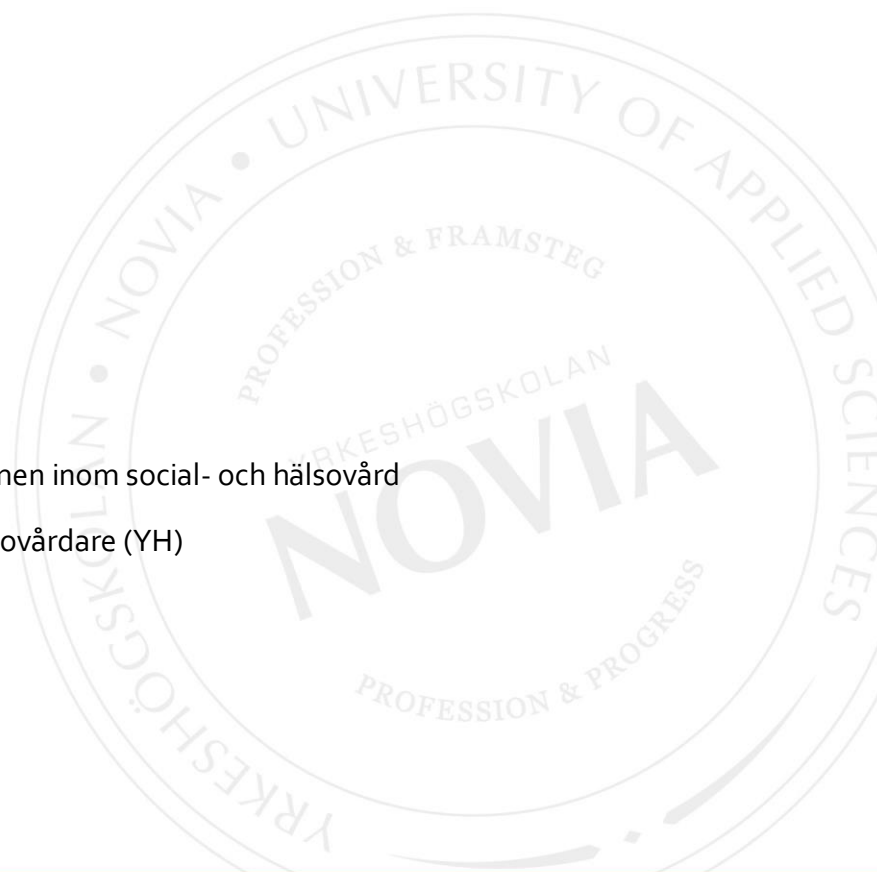
En kvalitativ systematisk litteraturstudie om kvinnors upplevelser  
samt vårdares stöd vid förlossningsrädsla

Lena Kronholm  
Mathilda West

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Barnmorska, Hälsovårdare (YH)

Vasa 2018



## EXAMENSARBETE

Författare: Lena Kronholm och Mathilda West  
Utbildning och ort: Barnmorska och Hälsovårdare, Vasa  
Handledare: Anita Wikberg

Titel: Upplevelsen av förlossningsrädsla – En kvalitativ systematisk litteraturstudie om kvinnors upplevelser samt barnmorskors och hälsovårdares stöd vid förlossningsrädsla

---

Datum: Maj 2018

Sidantal: 27

Bilagor: 3

---

### Abstrakt

Syftet med vårt examensarbete är att beskriva kvinnors upplevelser av förlossningsrädsla samt hur man som barnmorska och hälsovårdare kan stöda och hjälpa kvinnor med förlossningsrädsla. Vi vill i framtiden kunna använda vårt arbete som ett verktyg vid möten med kvinnor med förlossningsrädsla. Frågorna som vi ställer är: Hur beskriver kvinnor förlossningsrädsla? Vilken typ av vård kan man som barnmorska och hälsovårdare ge åt kvinnor med förlossningsrädsla?

Som teoretisk utgångspunkt i vårt arbete har vi använt oss av Marie Bergs teori om vårdande av kvinnor med riskgraviditet. Evidensbaserad litteratur har använts som material till vår bakgrund. Vi har gjort en kvalitativ studie och vårt datamaterial består av 11 vetenskapliga artiklar som är skrivna på engelska. Datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Resultatet tolkades mot Marie Bergs teori och tidigare forskning.

Resultatet i våran studie utformade flera kategorier om kvinnors upplevelser av förlossningsrädsla. Kvinnorna har bland annat upplevt bristfällig kontakt, ensamhet, bristande självförtroende och en känsla av fara. Baserat på kvinnornas upplevelser har olika stöd metoder uppkommit, att finnas till för kvinnan, att öka kunskapen hos kvinnan, att kombinera olika metoder av stöd samt att bemöta rädslan.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: förlossningsrädsla, kvinnor, stöd, upplevelse, lidande

---

## BACHELOR'S THESIS

Author: Lena Kronholm and Mathilda West  
Degree Programme: Midwife and Nurse, Vasa  
Supervisor(s): Anita Wikberg

Title: The experience of fear of childbirth – A qualitative systematic literature study on women's experiences as well as midwives and health workers' support for childbirth fear.

---

Date: May 2018

Number of pages: 27

Appendices: 3

---

### **Abstract**

The purpose of our degree project is to describe women's experiences of fear of childbirth and how to support women with fear, as healthcare professionals. In the future, we want to use our work as a tool for meetings with women with fear of childbirth. The questions we ask are: How do women describe fear of childbirth? What kind of care can you give to women with childbirth fear, as healthcare professionals?

As a theoretical point of departure in our work, we have used Marie Berg's theory of caring for women with risk pregnancy. Evidence-based literature has been used as material to our background. We have done a qualitative study and our data material consists of 11 scientific articles written in English. The data was analyzed with qualitative content analysis. The result was interpreted against Marie Berg's theory and earlier research.

The result of our study designed several categories about women's experiences of fear of childbirth. The women have experienced insufficient contact, loneliness, lack of self-esteem and a sense of danger. Based on the experiences of women, different support methods have arisen; to exist for the woman, to increase the knowledge of the woman, to combine different methods of support as well as to address the fear.

---

Language: Swedish Key words: fear of childbirth, women, support, experience, suffering

---

# Innehållsförteckning

1	Introduktion.....	1
2	Förlossningsrädsla .....	2
2.1	Hur förlossningsrädsla definieras.....	2
2.2	Orsaker till förlossningsrädsla .....	3
2.3	Vårdande av förlossningsrädsla.....	5
2.4	Tidigare forskning kring förlossningsrädsla .....	6
3	Syfte och frågeställningar .....	8
4	Marie Berg – vårdande av kvinnor med riskgraviditet .....	8
4.1	En värdighetsbevarande vårdrelation .....	9
4.2	Förkroppsligad kunskap .....	9
4.3	Balans mellan det naturliga och det medicinska perspektivet .....	10
5	Metodbeskrivning.....	10
5.1	Kvalitativ studie.....	12
5.2	Systematisk litteraturstudie.....	12
5.3	Innehållsanalys .....	13
6	Resultat.....	14
6.1	Bristfällig kontakt .....	14
6.2	Fångad i sin egen graviditet.....	15
6.3	Ett bristande självförtroende.....	16
6.4	En känsla av fara.....	17
6.5	Att finnas till för kvinnan .....	17
6.6	Bemöta rädslan .....	18
6.7	Öka kunskapen hos kvinnan under graviditeten.....	19
6.8	Kombinera olika metoder av stöd.....	19
7	Tolkning av resultat .....	20
8	Metoddiskussion .....	22
8.1	Trovärdighet .....	22
8.2	Pålitlighet .....	22
8.3	Bekräftelsebarhet .....	23
8.4	Överförbarhet.....	23
9	Resultatdiskussion .....	24
	Källförteckning .....	26
	Bilaga 1: Ordlista.....	
	Bilaga 2: Inkluderade artiklar.....	
	Bilaga 3: Artiklar till tidigare forskning.....	

# 1 Introduktion

Att föda barn är en viktig händelse och övergång i en kvinnas liv. Att lida av det välkända, emotionella fenomenet förlossningsrädsla kan minska glädjen samt beskugga graviditeten hos kvinnan. Förlossningsrädsla definieras som rädsla inför, under eller efter förlossning. Rädslan kan orsaka att kvinnan inte vågar bli gravid, föda vaginalt eller medföra ett psykiskt illabefinnande som väsentligen stör kvinnans vardag.

*”It feels like I don’t want to give birth to the child... sometimes, I almost regret that I became pregnant.” (Artikel 1)*

Gravida kvinnor med en stark förlossningsrädsla är en utsatt grupp i behov av stöd före, under och efter graviditeten. Rädslan inför förlossningen kan förvandlas till en sjukdom som för barnmorskan och hälsovårdaren är viktig att känna igen samt att kunna vårda. Det har konstaterats att cirka 20 procent av kvinnor har förlossningsrädsla. 5 – 10 procent av kvinnorna lider av svår förlossningsrädsla och cirka 2 procent av kvinnorna lider av fobiliknande skräck inför förlossning. (Berg & Lundgren, 2010, s.170 - 171).

I vår studie nämns det en hel del om Aurora kliniker, som är kliniker för förlossningsrädda, gravida kvinnor. På kvinnokliniken på Östra sjukhuset i Göteborg 1998 startade den första mottagningen för förlossningsrädsla och fick då namnet Aurora. Därefter spreds verksamheten vidare genom hela Sverige. Verksamhetens syfte är att hjälpa förlossningsrädda kvinnor att minska förlossningsrädslan och att förlossningsupplevelsen ska bli så positiv som möjligt, oavsett förlossningssätt. (Mohlander & Ryding, 2013).

Enligt THL (2015) är det viktigt att rådgivningspersonal identifierar depression och styr till vård redan under graviditeten, med tanke på förlossningsrädslan och mammans senare psykiska hälsa. Bland kvinnor som lider av ångestsymtom under graviditeten får en stor del av kvinnorna förlossningsdepression. Risken för förlossningsrädsla ökar om kvinnan är nedstämd i början av sin graviditet. Då psykiska problem vårdas på lämpligt sätt under graviditeten hjälper det kvinnan att förbereda sig inför förlossningen. En tidigare komplicerad förlossning är den viktigaste riskfaktorn för förlossningsrädsla (THL, 2015). Idén till studien uppkom genom att ämnet intresserar och skribenterna ville få mera kunskap om förlossningsrädsla samt hur man som vårdare kan stöda rädda kvinnor på ett så bra och positivt sätt som möjligt.

## 2 Förlossningsrädsla

I detta kapitel kommer vi att redogöra vad förlossningsrädsla är, förlossningsrädslans orsaker samt vårdandet av förlossningsrädsla. Begreppet förlossningsrädsla är på finska *synnytyspelko* samt på engelska *fear of childbirth* (Liljeroth, 2009, s. 91). Den medicinska diagnosen för förlossningsrädsla i Finland är ICD-10, 099.80, *Horror Partus* (THL). Förlossningsrädsla är något som på de senare åren har ökat och för att kunna hjälpa kvinnor med rädsla på bästa möjliga sätt behöver vårdpersonal känna till vad förlossningsrädsla är, varför man behöver vårda kvinnor med förlossningsrädsla och hur man identifierar förlossningsrädsla. Kvinnor med förlossningsrädsla har även en längre förlossning jämfört med kvinnor som inte lider av förlossningsrädsla. Undersökning visar på att kvinnor med förlossningsrädsla har i genomsnitt en förlossning som varar 47 minuter längre (Adams et al. 2012).

### 2.1 Hur förlossningsrädsla definieras

Att vara gravid och att föda barn innebär alltid en viss grad av osäkerhet och oförutsägbarhet. Antagligen har nästan alla kvinnor genom tiderna känt oro och rädsla över sin förlossning någon gång under sin graviditet, vilket anses vara helt normalt. I denna situation är det viktigt att inte bedöma rädslan som sjuklig utan istället informera kvinna om att rädsla är ett centralt tema hos gravida kvinnor. Rädslan är en del av graviditetsförloppet. Den normala nervositeten som de flesta kvinnor kan känna inför sin förlossning anses vara en drivkraft. Informationssökning och fundering kring frågor som berör förlossningen tar fart tack vare nervositeten. (THL, 2015 s. 253).

Förlossningsrädslan är en förstådd och accepterad rädsla. Under förlossningen ska kvinnan möta en okänd situation som är okontrollerbar, oundviklig och oförutsägbar. Förlossningsrädslan liknar på så sätt rädslan inför döden. I detta sammanhang upplever många kvinnor även dödsångest. Om rädslan övergår i ångest och blir så betydelsefull och stark så att den hindrar utvecklingsprocessen behöver kvinnan hjälp att kommunicera, hantera och förstå rädslan så att självkänslan stärks inför förlossningen. Detta för att kvinnan själv ska kunna påverka och medverka vid sin förlossning. (Brodén, 2004, s.151 - 152).

En lätt rädsla innebär oro inför förlossningen som är självhanterlig för kvinnan. Den måttliga förlossningsrädslan innebär starkare oro men ändå inte ett dagligt lidande, oron kan ändå

vara svår att hantera och då kan ett professionellt stöd från en barnmorska behövas. En svår förlossningsrädsla stör arbets- och familjelivet under graviditeten samt hindrar den normala förberedelsen inför en normal förlossning.

Förlossningsrädslan framträder i negativ bemärkelse som ångest, humörsvingningar, panikattacker, koncentrationsstörningar, sömnsvårigheter samt fysiska besvär under graviditeten. (Berg & Lundgren, 2010, s.170 - 171).

Kvinnor som har drabbats av förlossningsrädsla har ofta besvär inom föräldraskapet och har en förhöjd risk för förlossningsdepression (Handbok för mödrarådgivningen, 2015 s. 253). Det har konstaterats att cirka 20 procent av kvinnor har förlossningsrädsla, 5 – 10 procent av kvinnorna lider av svår förlossningsrädsla och cirka 2 procent av kvinnorna lider av fobiliknande skräck inför förlossning (Berg & Lundgren, 2010, s.170 - 171).

## **2.2 Orsaker till förlossningsrädsla**

Kvinnor som har förlossningsrädsla vet många gånger inte själva orsaken till rädslan. De har svårt att beskriva den specifika känslan av oron. En del kvinnor vågar många gånger inte berätta om de skrämmande, annorlunda föreställningarna som de handskas med under graviditeten eftersom de känner sig osäkra och annorlunda gentemot andra kvinnor. (Brodén, 2004, s. 151). Majoriteten av de kvinnor som lider av svår förlossningsrädsla är omfödskor, de har utvecklat rädslan sekundärt efter att de har haft en svår tidigare förlossningsupplevelse (Berg & Lundgren, 2010, s.171).

Det första som många kanske tänker på när det gäller förlossningsrädsla är rädslan för smärta. Smärtan ser dock olika ut beroende på om det är en förstföderska eller en omföderska. Kvinnor som fött tidigare känner till smärtan under förlossningen och blir oftast rädda för smärtan under öppningsskedet och att utdrivningsskedet ska bli långdraget vilket tyder på att det kanske inte är smärtan som är tyngdpunkten i rädslan. För de kvinnor som föder sitt första barn är rädslan för smärta ganska oklar. Kvinnorna är då mera rädda för smärtan under framfödandet och att underlivet kommer att spricka. (Abascal, 2012, s. 204 – 207).

Förstföderskor kan även känna en rädsla över att själva bli vuxna, att bli mammor. Ett nytt liv föds som ska tas hand om livet ut, de är inte något man kan välja bort. En tidigare

förlossning kan även ge upphov till rädsla. Kvinnan kan ha upplevt dödsångest, akut kejsarsnitt, förlösning med sugklocka eller blivit dåligt behandlad och har därför dåliga minnen från sin första förlossning.

Det är heller inte helt ovanligt att kvinnor känner sig oförmögna att kunna föda fram ett barn och att barnet ska dö under förlossningen. En tidigare abort kan leda till att kvinnor fantiserar om att de själva ska dö under förlossningen eller att deras barn ska dö under förlossningen på grund av att de upplever att de gjort något "dåligt", abort. Tidigare missfall kan även skapa oro om hur denna graviditet ska sluta lyckligt eller inte. Oönskad graviditet från början kan leda till en känsla av övermaktighet.

Kvinnor kan vara rädda för att skadas under förlossningen så att de inte blir sig själva igen. De kan även vara rädda för att brista och att förlora mycket blod, kroppsuppfattningen kan vara komplicerad. En förlossning ändrar på kroppens utseende, likaså amningen. Kroppen ändras även under själva tiden som gravid och många ser inte alltid förändringen som något positivt.

En graviditet betyder även att en familj bildas, vilket är en stor förändring i livet. Tankar kring sexliv, vardagen, partnerförhållandet, kroppen och attraktionskraft och så vidare kan skapa oro och rädsla hos kvinnor. Att ha en stark förlossningsrädsla betyder att kvinnorna ofta även har en partner som är rädd. Partnern kan känna sig otillräcklig under födandet och att kvinnan inte kommer att klara av en förlossning. Är relationen till partnern dålig eller om det finns oro över att familj och vänner inte ska finnas till kan även förlossningsrädsla uppstå. Har kvinnan en dålig relation till sin egen mamma kan kvinnan vara rädd över att inte själv kunna älska sitt eget barn.

Tidigare händelser i livet så som anhörigs död, bilolyckor och sjukdomsfall kan ge upphov till rädsla. En kvinna kan även uppleva att hon har haft otur i livet vilket kan leda till att on tror att något även ska hända under förlossningen. Bara tanken på att behöva vistas i sjukhusmiljö kan även vara skärmande. Kvinnan kan ha upplevt en händelse som har varit skrämmande under barndomen, exempelvis någon undersökning eller injektion.

Övrigt som kan påverka kvinnan kan vara historier från vänner, familj, bekanta, media och liknande. Ätstörningar, psykiska problem, missbruk, orolig situation gällande yrkesliv, ekonomiska problem och brutet livsmönster är även en del av vad som kan vara orsak till



förlossningsrädsla. Vad som ligger bakom förlossningsrädslan är varierande från kvinna till kvinna. (Abascal, 2012, s. 204 – 207).

### **2.3 Vårdande av förlossningsrädsla**

Kvinnor med förlossningsrädsla har ofta svårare och längre förlossningar eftersom de har ett dysfunktionellt värkarbete. Detta på grund av adrenalin som utsöndras vid rädsla och minskar förmågan till sammandragningar i livmoderns muskulatur. I sin tur leder det till värksvaghet och ett förlängt öppningsskede. (Brodén, 2004, s. 151 - 152).

Målet med att vårda förlossningsrädsla är att föderskan ska få en information som hjälper att behandla frågorna kring förlossningen, öka förtroendet för vården och för sin egen förmåga. Genom att personalen lyssnar på föderskans känslor, ger henne en lämplig information samt ger henne möjlighet att få ställa frågor bildas en förtroendefull vårdrelation. Den kommande förlossningen blir lättare att gestalta, föderskans inre bilder blir klarare och rädslan avtar.

Vårdpersonalen strävar efter att hjälpa kvinnan att ha kontroll över sin graviditet och förlossning samt att visa att hennes känslor respekteras, så hon då med hjälp av stöd kan gå genom en normal förlossning och ta emot förlossningen som den kommer.

Det är viktigt att samarbetet fungerar mellan mödrarådgivningen och förlossningssjukhuset men också vid behov med fostrings- och familjerådgivningen. I ett vårdteam ingår en hälsovårdare/barnmorska, förlossningsläkare, förlossningssjukhusets barnmorska och eventuellt en psykolog. Vid behov kan också en expert i tidig interaktion tillkallas. Vid behov kan även föderskan skickas till psykiatrisk konsultation. Tredje sektorn sköter en del av arbetet samt genom stöd av personer i samma situation. (THL, 2015, s. 255).

Förlossningsrädsla kan vårdas genom att man planerar den kommande förlossningen (Sjögren, 1998, s. 112). En förlossningsplan är en skriftlig plan som kvinnan skriver tillsammans med barnmorskan eller hälsovårdaren och barnmorskan. Planen utformas genom diskussioner med den barnmorska som kommer att vara närvarande under förlossningen. (THL, 2015, s. 251). Man kan be kvinnan berätta om den värsta tänkbara förlossningen och sedan om den bästa tänkbara, och däremellan finns ofta den rimliga och möjliga (Sjögren, 1998, s. 112). Med hjälp av denna plan kan kvinnan bearbeta sina önskemål och tankar om den kommande förlossningen och den fungerar även som ett stöd för kommunikationen mellan kvinnan och personalen.

Planen som skrivs måste vara realistisk och som barnmorska/läkare måste man se vad som kan begränsa uppfyllandet om önskemål samt att inte lova mera än vad avdelningen kan hålla. (Sjögren, 1998, s. 112). I planen skriver föderskan konkret ner sina önskemål, till exempel smärtlindring, vilken ställning som önskas vid krystning och de första stunderna med barnet. Förlossningsplanen har visat sig öka kvinnans känsla av kontroll och självbestämmanderätt samt kännedom av de olika alternativen. Genom att träffa barnmorskan före förlossningen har föderskan och hennes familj chans att ställa frågor och påverka vården. (THL, 2015, s. 251).

## **2.4 Tidigare forskning kring förlossningsrädsla**

I en studie gjord av Räsänen et al. (2014) som är gjord i Finland bland kvinnor mellan 1997 och 2010 framkommer att rädsla inför förlossning upplevdes av 2,5 % av förstföderskor samt av 4,5 % av de kvinnor som varit gravida tidigare. De starkaste riskfaktorerna hos förstföderskor var depression, hög ålder samt hög eller ospecificerad socioekonomisk status. Bland kvinnorna som tidigare varit gravida var riskfaktorerna depression, tidigare kejsarsnitt samt hög eller ospecificerad socioekonomisk status. Hos båda grupperna var förlossningsrädsla förknippat med en högre risk för kejsarsnitt. Dock visar forskningen på att förlossningsrädsla inte skulle ha någon inverkan på födelsevikt, längd hos fostren, prematur födsel och låga Apgar poäng vid 1 minut.

Salomonsson (2013) har i sin forskning studerat förlossningsrädda kvinnors förmåga att själva ta sig igenom en förlossning med olika metoder. Sex kategorier framkom, vilka var koncentration, stöd, kontroll, avkoppling, självuppmuntran och andning. Dessa metoder hjälpte kvinnorna att genomgå förlossning, snarare än att leda till ökad effektivitet under förlossningen. Koncentration innebär att kvinnan fokuserar på framtiden - hennes mål, fokuserar på vad hon gör nu, fokuserar på annat än smärtan och tar sig igenom en värk i taget. Stöd innebär att kvinnan lyssnar på henne själv, på uppmuntrande stöd från andra, på instruktioner och på information om vad som händer.

Kontroll betyder att kvinnorna själva försöker hålla sig lugna och inte utlösa onödig panik. De försöker ha kontroll över sig själva i situationen. Avslappning är viktigt för att hjälpa sin egna kropp och att inte förhindra dess egna styrka under förlossningen. Ett positivt tankesätt om att förlossningen blir lyckad, att det är något som kvinnan klarar av hjälper kvinnan att hålla sig lugn och avslappnad. Kvinnorna berättade även om att olika tekniker att andas på hjälpte dem under förlossningarna. Forskningen menar på att det är absolut nödvändigt att

identifiera gravida kvinnor med förlossningsrädsla. Det är då viktigt att ta upp deras förmågor att kunna lita på sig själva. Kvinnorna ska bli hjälpta redan före förlossningen att hitta lämpliga metoder som passar dem. Dessa metoder måste då även stödas av vårdpersonalen vid förlossningen.

Storksen och Garthus-Niegel och Vangen och Eberhard-Gran (2013) har i en studie från Norge år 2009 - 2011 undersökt sambandet mellan rädslan inför förlossningen och tidigare förlossningsupplevelser. Studien gjordes med hjälp av flera frågeformulär som riktades till alla kvinnor som planerade att föda på *Akerhus University Hospital* i Norge. Frågeformulären lämnades in under olika skeden i graviditeten. 7% av kvinnorna som deltog kände rädsla inför förlossningen och 8,6% hade en tidigare negativ förlossningsupplevelse.

Studien visar att kvinnor som tidigare har upplevt komplikationer under en förlossning är mera benägna att ha en negativ förlossningserfarenhet samt rädsla inför kommande förlossningar. De som hade en negativ erfarenhet av tidigare förlossningar var 79 av 117 kvinnor, vilket berodde på att de haft komplikationer under senaste förlossningen. Av dessa kvinnor utvecklade 31 av 117 rädsla inför förlossningen. 54 av 92 kvinnor som har haft komplikationer i tidigare förlossningar utvecklar förlossningsrädsla. I studien framkommer även att 398 av 513 kvinnor som upplevt komplikation under förlossningen inte ansåg att förlossningen var en negativ erfarenhet eller ökade risken för rädsla inför kommande graviditeter.

I en rapport från 2017 presenterade professor Hildingsson resultatet av en forskning som hon gjort om rädsla för förlossning där en kvinna, O'Connell (2017) som skriver sin doktorand om tokofobi deltog. Hildingsson berättade om kliniker i Sverige som har startats av *Aurora Midwives* som är för kvinnor med förlossningsrädsla. *Aurora Midwives* är ett team med vårdpersonal som träffar kvinnorna och pratar om rädlorna, skapar trygghet och hjälper kvinnorna att göra förlossningsplaner.

Kvinnorna har upplevt att vården har varit positiv, de har fått positiva förlossningsupplevelser och det har även lett till färre kejsarsnitt. Skribenten berättar att hon är den första som undersöker om tokofobi i Irland. Hon berättar att kvinnor med låga sociala stöd har större risk för tokofobi som även betyder svår förlossningsrädsla. Hon skriver att tokofobi kan påverka både kvinnans psykiska och fysiska hälsa som kan leda till bland annat panikattacker, sömnlöshet, mardrömmar och katastrofal smärta. Att känna rädsla inför förlossning är nästan tre gånger så sannolikt som att utveckla depression efter förlossning.

I en undersökning från Sverige av Nieminen (2015) har det undersökts om det första ICBT-programmet, vilket är en internetbaserad kognitiv beteendeterapi. Programmet är ett program som kvinnorna kan själva gå igenom hemma. Undersökningsgruppen var 15 förstföderskor med allvarlig förlossningsrädsla. Efter behandlingen beskrev kvinnorna att de hade en mer realistisk inställning till kommande förlossning. Deras självförtroende var bättre och de hade mera aktiva copingstrategier. Partner och personal upplevdes mera stödjande. Inställningen till förlossningen ändrades från negativ till mera positiv.

### **3 Syfte och frågeställningar**

Syftet med vårt examensarbete är att beskriva kvinnors upplevelser av förlossningsrädsla samt barnmorskans och hälsovårdarens hjälp och stöd vid förlossningsrädsla. Vi vill i våra framtida yrken kunna använda arbetet som ett verktyg i möten med förlossningsrädda kvinnor.

Frågeställning:

Fråga 1: Hur beskriver kvinnor förlossningsrädsla?

Fråga 2: Vilken typ av vård kan man som barnmorska och hälsovårdare ge åt kvinnor med förlossningsrädsla?

### **4 Marie Berg – vårdande av kvinnor med riskgraviditet**

Som teoretisk referensram kommer vi att använda oss av Marie Bergs teori *Genuine caring in caring for the genuine*. Kvinnor som drabbats av förlossningsrädsla har ofta besvär inom föräldraskapet och har en förhöjd risk för förlossningsdepression. Förlossningsrädsla kan leda till komplikationer under graviditeten, under förlossningen men även efter förlossningen.

*Genuine caring in caring for the genuine* översatt till svenska är Genuint vårdande av det genuina. Begreppet är skapat av barnmorskan och professorn Marie Berg. I hennes teori är det den gravida kvinnan som står i centrum. Teorin består av tre huvudsakliga delar som berör hur en barnmorska kan vårda kvinnor med ökad risk i samband med graviditeten och förlossningen. Berg menar även att teorin kan tillämpas för kvinnors graviditeter med låg risk.

## 4.1 En värdighetsbevarande vårdrelation

Grunden för första delen i teorin är att varje kvinna ska behandlas som en unik person. Denna del består av fem underkategorier; ömsesidighet, tillit, fortgående dialog, delat ansvar och kontinuerlig närvaro. För att uppnå ett så bra vårdande som möjligt är dessa delar viktiga hörnstenar. Första delen fokuserar på relationen mellan varje kvinna och varje barnmorska med fokus på att skydda kvinnans värdighet. Om kvinnan och barnmorskan är öppna för varandra skapas ömsesidighet. Det som står nära intill ömsesidighet är tillit. Barnmorskan behöver ha tillit till kvinnan på många olika vis, och när kvinnan känner av detta kan hon släppa stressen och känna tillit till barnmorskan.

Barnmorskan ska hela tiden hålla kvinnan informerad om vad som sker för att uppehålla respekt vilket är en fortgående dialog. Det är ännu viktigare att man upprätthåller en god dialog med kvinnor inom riskzoner samt att de får känna sig delaktiga för att de ska kunna förlita sig på specialsjukvården och känna sig delaktiga inom det som sker. Som barnmorska är närvaro och tillgänglighet viktigt för att stöda kvinnan trots att andra yrkesgrupper kan vara delaktiga i vårdandet, vilket är vad kontinuerlig närvaro tyder på.

## 4.2 Förkroppsligad kunskap

Förkroppsligad kunskap syftar på den djupliggande kunskapen som barnmorskan bär på för att kunna ta hand om risker för kvinnor. Kunskapen består av fem delar. Den första delen är att vara sig själv, att vara äkta. Genom att acceptera sig själv som individ och att kunna använda sig av sin teoretiska och sin erfarenhetsbaserade kunskap uppnås målet av att vara sig själv. Om en kvinnas tillstånd förvärras besöker barnmorskan henne oftare. Barnmorskan blir orolig men förklarar vad hon känner och varför mera undersökningar görs. Barnmorskans utmaning är då att främja säkerhet och tillit samtidigt som hon är ärlig genom att visa sina egna känslor.

Kunskap om olika komplicerade tillstånd och sjukdomar är viktigt vid vård av gravida med hög risk. Det bringar barnmorskan en känsla av säkerhet samt säkerhet inom sin professionella roll. Kunskap fås även genom praktisk erfarenhet. För att få kunskap inom praktisk erfarenhet måste barnmorskan uppleva upprepade och mångsidiga situationer med kvinnor. I takt med att den professionella erfarenheten ökar utvecklas intuitiv kunskap. Denna kunskap underlättar att bestämma och förstå kvinnans skick och behov. Kunskapen baseras ofta på intrycket vid det första mötet.

Att ständigt reflektera över den vård som ges och om den tillfälliga situationen innebär en reflekterad kunskap. Barnmorskan arbete är oftast självständigt tillsammans med familjen och kvinnan. Reflektionerna görs både för sig själv men även tillsammans med kollegor. Kollegornas synpunkter fungerar som vägledning och ökad kunskap samt ökad säkerhet.

### **4.3 Balans mellan det naturliga och det medicinska perspektivet**

Den sista delen handlar om att hitta en balans mellan det naturliga och det medicinska perspektivet. Barnmorskan skapar vård där det naturliga och det normala understöds, tilltron till kvinnans kapacitet och egen kropp, men samtidigt även ger behövlig medicinsk behandling. Barnmorskan har som ansvar att i olika situationer alltid stöda moderskap och föräldraskap. (Berg, 2005. *Genuine Caring – a midwifery model*).

## **5 Metodbeskrivning**

I detta kapitel redogörs forskningsprocessens praktiska genomförande. Vi har valt att använda oss av en kvalitativ systematisk litteraturstudie. Vetenskapliga artiklar har samlats in som datamaterial. För att få mera kunskap och material använde vi oss även av böcker och källor via internet till bakgrunden och teoretiska utgångspunkten. I denna studie använder vi oss av en kvalitativ metod för att utveckla kunskap som hjälper oss att förstå kvinnor med förlossningsrädsla tack vare deras upplevelser av fenomenet. Systematisk litteraturstudie innebär att vi först motiverar varför vi vill göra studien därefter uppkommer våra frågeställningar utifrån temat.

Vårt krav var att använda oss av vetenskapliga artiklar som baserar sig på kvinnornas egna upplevelser av förlossningsrädsla. Alla de artiklar som vi valde lästes genom ett flertal gånger för att vi skulle bli bekanta med materialet. Vi kodade materialet i olika kategorier som bakgrund, upplevelse samt stöd och hjälp. De artiklar som innehöll teman till bakgrunden användes enbart i bakgrunden. Vi sammanställde kategorierna upplevelser samt stöd och hjälp till teman som redovisas i resultatet. Stöd metoderna i resultatet har formats enligt kvinnors egna erfarenheter. Citat från kvinnor som finns i resultatet refereras genom nummer på vilken artikel de är tagna från. Alla artiklar är uppräknade i nummerordning i slutet av studien för att ge förståelse varifrån citaten kommer eftersom skribenterna inte kan citera namn på kvinnorna på grund av anonymitet.

Vi sökte våra artiklar via databaserna Finna, CINAHL, EBSCO, PubMed och SweMed+. Sökorden som ledde till inkludering av artiklar har varit *Fear of childbirth*, förlossningsrädsla, *childbirth fear*, *support fear of childbirth* och *women's experience fear of childbirth*. Inkluderingskriterierna har varit att artiklarna ska vara kvalitativa, referentgranskade, kritiskt granskade av oss samt svara på våra frågeställningar. Artiklarna som har valts med är ur kvinnornas perspektiv, alltså forskningar baserade på kvinnors svar. Artiklarna har lästs igenom flera gånger med hjälp av innehållsanalys.

Tabell 1: Översikt av litteratursökningar

Datum	Databas	Sökord	Intervention	Antal träffar	Antal valda artiklar
30.11.2017	SveMed+	“förlossningsrädsla”	Referentgranskad	3	1
30.11.2017	CINAHL	“fear of childbirth”	Referentgranskad	25	3
30.11.2017	EBSCO	“fear of childbirth”	Fulltext, referentgranskad	23	1
10.1. 2018	Finna	Förlossningsrädsla	Fulltext, referentgranskad	4	2
10.1.2018	Finna	Fear of childbirth	Referentgranskad E-artikel	24 625	4
10.1.2018	Finna	Childbirth fear	Fulltext, referentgranskad	9792	4
10.1.2018	Finna	Support fear of childbirth	Fulltext, referentgranskad	7646	6
10.1.2018	Finna	women's experience fear of childbirth	Referentgranskad E-artikel	8526	3

Vi har gjort en tabell över de sökningar som ledde till de artiklar som valts ut från första början, vilket var tjugofyra stycken i sitt antal. Efter innehållsanalys av artiklarna reducerades antalet till sexton stycken artiklar. Elva artiklar användes till studiens resultat samt fem artiklar till kategorin tidigare forskning. Antalet artiklar som valdes bort var på grund av att de inte svarade på våra frågeställningar, inte var forskningar samt att de inte var

ur kvinnornas perspektiv. För att få mera kunskap har vi använt oss av böcker samt artiklar, som inte inkluderats i resultatet, som informationskällor till bakgrunden i vår studie.

Som tidigare nämnt används vetenskapliga artiklar för att få fram vårt resultat, och vetenskapliga artiklar är alltså en artikel där forskning presenteras. Artikeln kan publiceras i en vetenskaplig tidskrift och blir därigenom tillgänglig för andra forskare och övriga intresserade. Vetenskapliga tidskrifter har oftast valt ut de artiklar som faktiskt är vetenskapliga och godkända men det är förstås något som man inte alltid kan förlita sig på. För att artikeln ska vara kritiskt granskad och godkänd att användas i vårt arbete har vi därmed kontrollerat några punkter. *Peer review* kan det stå i artiklar och med det menas att artikeln har blivit expertgranskad. Vetenskapliga artiklar har även en tydlig stil, forskningsprocessen beskrivs så tydligt att andra kan följa hur skribenten har gått tillväga med sin forskning. Referenser om varifrån forskaren tagit informationen är tydligt skrivet. Artikelns sidantal kan även ha betydelse, en lång artikel kan ofta få fram ett pålitligare resultat.

## **5.1 Kvalitativ studie**

Inom den kvalitativa forskningen läggs tyngdpunkten på förståelsen av människans upplevelser av exempelvis ett fenomen i sitt sammanhang. Målet kan vara att utveckla kunskap som hjälper oss att förstå sociala fenomen i deras naturliga miljö. Forskaren använder sig av ett induktivt sätt vilket betyder att data förs samman till allmänna principer. I den kvalitativa forskningen strävar man inte efter att kvantifiera och man använder oftast inte statistik eller numeriska värden för att framföra resultat. (Forsberg & Wengström, 2013, s. 54 - 56).

## **5.2 Systematisk litteraturstudie**

En systematisk litteraturstudie innebär att man på ett systematiskt vis söker, kritiskt granskar och sedan sammanställer litteraturen inom det valda ämnet eller problemområdet. Syftet med en litteraturstudie är att skapa en syntes av data från tidigare genomförda empiriska studier. En systematisk litteraturstudie förklaras enligt Mulow och Oxman på så vis att den utgår från en tydlig formulerad fråga som på ett systematiskt vis besvaras genom att identifiera, välja, värdera och analysera relevanta forskningar. En plan behöver göras upp för litteraturstudien och man bör bestämma vilka sökord man ska använda sig av samt vilka



sökstrategier. Viktigt är att det finns en noggrann beskrivning av vilka kriterier och metoder som använts för sökning och urvalet av vetenskapliga artiklar eller rapporter.

Den systematiska litteraturstudiens fokus bör vara på aktuell forskning inom det valda området och det bör syfta till att hitta beslutsunderlag för klinisk verksamhet. Litteraturen bildar informationskällan och den redovisande datan grundar sig på vetenskapliga tidskriftsartiklar eller andra vetenskapliga rapporter. I en litteraturstudie finns inga bestämda regler för antal studier som bör ingå i forskningen. Ett tillräckligt antal studier av god kvalitet och som kan vara ett underlag för bedömningar och slutsatser är en förutsättning för att man skall kunna göra en systematisk litteraturstudie. (Forsberg & Wengström, 2013, s.26,27,30).

En systematisk litteraturstudie är ett arbete i flera steg som innefattar:

- Motivera varför studien görs
- Frågor som går att besvara formuleras
- En plan för litteraturstudien formuleras
- Sökord och sökstrategi bestäms
- Litteratur i form av vetenskapliga artiklar eller vetenskapliga rapporter väljs och identifieras
- Den litteratur som ska ingå bör kritiskt värderas, kvalitetsbedömas och väljas ut
- Resultatet analyseras och diskuteras
- Resultat sammanställs (Forsberg & Wengström, 2013, s. 31 – 32).

### **5.3 Innehållsanalys**

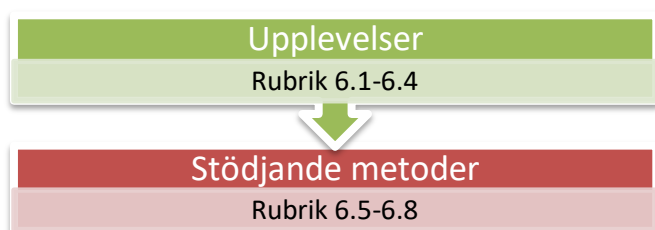
Innehållsanalysens grundläggande arbetssätt definieras av att forskaren på ett systematiskt och stegvist vis delar in datan för att på ett lättare sätt kunna känna igen mönster och teman. Målet är då att beskriva och kvantifiera speciella fenomen. Det finns olika modeller som kan användas för innehållsanalys så att man på ett systematiskt vis ska kunna analysera datan. Det finns ett stort urval av tillvägagångssätt som kan användas vid en innehållsanalys, både när det gäller analysens mål och hur analysens mål ska uppnås. (Forsberg & Wengström, 2013, s.151).

Ett enkelt sätt kan vara att läsa igenom texterna som ska analyseras flera gånger för att bli bekant med materialet. När man har bekantat sig med materialet bör man fundera vad texten handlar om och koda materialet. Koderna sammanförs till kategorier. Sedan kan man fundera om kategorierna kan sammanföras till ett eller flera teman. Slutligen tolkas och diskuteras resultatet. (Forsberg & Wengström, 2013, s. 167).

## 6 Resultat

I detta kapitel kommer vi att redogöra för resultaten av vår studie. I resultatet har vi valt att även ta med passande citat för att få fram de känslor och upplevelser som kvinnorna känner och uttrycker. De citat som är på engelska kommer inte att översättas till svenska eftersom vi anser att det kan leda till tolkningsfel. I resultatets första kapitel, rubrik 6.1 – 6.4, beskrivs kvinnornas upplevelser om hur det är att ha förlossningsrädsla baserat på de artiklar som har inkluderats i forskningen. Upplevelserna är indelade i kategorier. I resultatets andra kapitel, rubrik 6.5 – 6.8, beskrivs olika stödjande metoder som vårdpersonal kan använda sig av vid vårdandet av förlossningsrädda kvinnor. Stöd ska komma i uppmuntrande form samt genom kunskap och förståelse. Stödjande metoder har uppkommit genom kvinnors upplevelser.

Tabell 2: Översikt av resultat



### 6.1 Bristfällig kontakt

Känslan av att vara ensam uppkom av bristfällig kontakt mellan föderskan och personal. Den bristfälliga kontakten upplevdes under förlossningen och efteråt på avdelningen. Kvinnorna beskrev personalen som osympatiska samt att de undvek att prata om kvinnornas rädsla. Kvinnorna kände även en oro över tidigare svår förlossning, de kom ihåg ensamheten efter förlossningen. Vårdpersonal hade bristande förståelse av patienter med posttraumatiskt stressyndrom efter obstetrisk behandling och gynekologiska åtgärder.

*”Who am I going to turn to if I have the same terrible experience this time? Who am I going to turn to then, I might increasingly have this concern.” (Artikel 1)*

De kände sig även ensamma i sina parförhållanden eftersom partnern inte hade insikt och förståelse i kvinnornas situation. Många gånger upplevde kvinnorna att männen inte stöttade dem under förlossningen. För att visa hänsyn till kvinnan valde partnern att inte prata om tidigare förlossningar. Partner, familj och/eller vänner kunde även ge råd åt kvinnan. I vissa fall bestämde de nästan vilka beslut som kvinnan borde ta inför eller under hennes förlossning. Kvinnorna blev påverkade av andras åsikter så pass att deras självförtroende påverkades i olika grader.

*"It's quite difficult for him to understand what I'm going through both now and during the previous birth, he is not a part of it and i want to get him more involved" (Artikel 1)*

*"She [her mother] said: 'If you want my advice, you get an epidural as soon as you go into labour because you'll never be able to cope.'" (Artikel 5)*

## 6.2 Fångad i sin egen graviditet

Kvinnorna kände sig fångade av graviditeten och det fanns ingen återvändo. Kvinnan mötte graviditeten och förlossningen självständigt, ingen annan kunde ta över situationen. Kvinnorna beskrev även en längtan efter barnet, samtidigt som förlossningen kändes hotande och de hade en vilja av att stoppa tiden. Situationen var även oförutsägbar med ett oberäkneligt resultat vilket upplevdes som skrämmande.

*"... that's what this whole thing is all about, isn't it. Nobody knows what'll happen or how it will go" (Artikel 5)*

Bristfälligt stöd samt förståelse från omgivningen för kvinnornas rädsla orsakade skuldkänslor, skam och en ökad känsla av ensamhet hos kvinnorna. I samhället finns en övergripande attityd gentemot kvinnor under graviditeten som tyder på att kvinnor inte ska känna rädsla inför förlossningen och att de inte ska klaga. Detta skapar en osäkerhet och en känsla av att vara svagare och sämre än andra kvinnor. Ensamheten kan då beskrivas på så vis att kvinnorna inte kände sig som en i mängden.

*"It feels like I don't want to give birth to the child... sometimes, I almost regret that I became pregnant." (Artikel 1)*

*"They went around most of the time longing for the baby, while my existence was mainly about being scared about delivering the baby." (Artikel 4)*

### 6.3 Ett bristande självförtroende

Kvinnorna kunde känna att de inte räckte till som en mamma i sina egna ögon men även ur andras perspektiv. Detta skapades av kvinnornas egna åsikter och av andras åsikter om hur en kvinna ska känna under graviditeten. Kvinnorna kände inte igen sina känslor och reaktioner vilket skapade osäkerhet hos kvinnorna. Kvinnorna kände en känsla av att vara mera utlämnade och sårbara på grund av sina rädslor.

*”First being scared of something and then feeling useless because you’re scared of it.” (Artikel 1)*

Kvinnorna klandrade sig själva och kände att de förvärrade sina rädslor, vilket ledde till en känsla av att vara sämre gentemot andra kvinnor. En tidigare svår förlossningsupplevelse kan ha bidragit till känslor som misslyckande och besvikelse. Känslorna riktades ofta inte till personalen vid förlossningen utan till kvinnorna själva. Kvinnorna kunde uppleva sig själva som sämre gravida kvinnor samt en skuld gentemot deras barn på grund av förlossningen.

*”I go from being, on the one hand, self-assured to being completely scared and alone and vulnerable in other areas.” (Artikel 1)*

Bilden av sig själv som en gravid kvinna samt kvinnans självförtroende och självkänslan för kroppens egen förmåga att klara av en förlossning var förändrad. I detta fall berörde det kvinnor som var förstföderskor eller kvinnor som tidigare fött barn men upplevt att självkänslan för att kunna föda var splittrad. Kvinnorna kände sig utsatta för sina egna och andras domar gentemot den inställning kvinnorna hade till förlossningen. Kvinnorna känner skuld och skam, de försöker fullfölja förväntningar från sig själva men även från andra. Ett misslyckande leder till ett skadat självförtroende. Detta kunde även påverka kvinnornas val av förlossningssätt.

*”I cried when I realised that now I have to go through it again” (Artikel 4)*

*”You’re too damn right I want to have the cut when I listen to that voice because then I feel that, at that moment, I want to take the easy route. This doesn’t either feel so positive really because it feels like I’m somehow running away...” (Artikel 1)*

## 6.4 En känsla av fara

Kvinnorna såg den kommande förlossningen som ett hot som lurar runt hörnet hela tiden. På grund av detta ändrades kvinnornas dagliga liv på så vis att deras beteende och handlingar inte kunde kännas igen gentemot tidigare. Kvinnorna upplevde att de fick magknip, hög puls och sämre sömn vilket leder till att rädslan blir starkare.

*”Sleeping 3 or 4 hours a night means that you become extremely tired and then I become even more scared of the birth...” (Artikel 1)*

Hotet av fara kunde även leda till att kvinnorna kom fram till olika strategier för att så långt som möjligt undvika att komma i kontakt med förlossningsrädslan. Omfödorskor beskriver att de försöker förtränga tidigare förlossningar som har upplevts som svåra. Kvinnorna undviker även att tala om sin rädsla för omgivningen. Kvinnorna berättar även att de inte förstod att de var rädda före graviditeten var långt gången.

*”I was the most scared, I don’t know anyone who was as scared as I was.” (Artikel 4)*

## 6.5 Att finnas till för kvinnan

Känslan av att vara ensam kan brytas om kvinnan får stöd från sin partner eller från hennes anhöriga. Det kan vara viktigt för kvinnan att partnern inte påverkas av hennes rädsla. Partnern ska finnas till under förlossningen om så är möjligt och stötta kvinnan. Barnmorskans eller hälsovårdarens uppgift är att hjälpa partnern att stöda kvinnan före, under och efter förlossningen.

*”I don’t remember just bits and pieces (after the previous childbirth). So i had a great need to talk afterwards with my husband, about what exactly had happened.” (Artikel 1)*

Enligt Anderson (2000) är barnmorskan oerhört stark särskilt under en kvinnas förlossning. Det är viktigt att barnmorskan i vårdandet använder sin kraft på ett känsligt och insiktsfullt sätt för kvinnans bästa. För vårdaren är reflektion en förutsättning för att kunna ge en så god vård som möjligt samt minska kvinnors lidande. Det är viktigt med en god relation mellan vårdare och kvinna. En god relation mellan vårdaren och kvinnan kan upprätta kvinnans självförtroende till förlossning och öka chanserna till en upplevd god förlossning.

*"She was so fantastic, my midwife, she really listened. I suppose you feel as if you are seen and listened to. It is such a strange feeling that someone is sitting there and someone is really trying to help you, it is not often like this in life that someone is really committed to you – now it is just you and me and I will help you until you can manage on your own." (Artikel 2)*

Kvinnorna vill bli stödda emotionellt, informativt och praktiskt. Varje kvinna är i behov av individuellt stöd baserat på personlighet, ålder, tidigare erfarenhet och sammanhang. Vårdaren borde ta sin tid, bry sig om samt visa intresse i att hjälpa kvinnan. Vårdaren kan stöda kvinnan med små saker som att ge kvinnan ett extra besök eller skriva och läsa igenom ett förlossningsbrev med kvinnan utan att kvinnan själv behöver fråga om det.

*"The letter of my preferences and concerns was good, especially with the thought that there was someone who read it and really took NOTICE of it!" (Artikel 3)*

## **6.6 Bemöta rädslan**

Redan tidigt i en graviditet ska personal våga fråga om vilka känslor kvinnan känner inför sin egen förlossning. Som vårdare bör man vara stöttande och öppen för individuella behov av varje unik kvinna. Detta leder till att kvinnorna tidigt måste fundera och reflektera över sina tankar och känslor samt eventuellt börja bearbeta sin rädsla. Enligt kvinnorna är det även bra om personalen försökte gå till botten med rädslorna, vad det är som startat rädslan hos kvinnorna. Vårdpersonal ska våga svara på frågor och vara tydliga med sina svar samt ge kvinnorna en realistisk bild av förlossningen. Detta kan minska kvinnors behov av specialistvård.

Kvinnor som har blivit utsatta för att möta sin rädsla samt fått ökad förståelse från var rädslan kommer ifrån börjar automatiskt att prata om sin rädsla inför andra. Detta är en del av bearbetningen av rädslan som är nödvändig för att uppnå förbättring. När kvinnorna väl fått detta stöd hade kvinnorna ingen större skillnad på vem de samtalande med. Kvinnorna känner sig ofta stolta efter att de har tagit itu med sina rädslor.

*"You have to find where the fear comes from, then you have to deal with it." (Artikel 2)*

*"Talking about the fear is tough, you don't do that wherever and whenever." (Artikel 4)*

## 6.7 Öka kunskapen hos kvinnan under graviditeten

Ökad kunskap om rädslan samt insikt i vad som komma skall medförde ett lugn hos kvinnor. Uppvisad statistik från vårdpersonal över att komplikationer och brister under förlossningen faktiskt är relativt låga kan ge en lugnande känsla och en känsla av att kvinnorna har någorlunda kontroll i situationen. Har kvinnorna en uppbyggd händelse, som de inte vill ska hända och är rädda för, i sitt huvud kan det vara bra att gå igenom den händelsen i förväg med kvinnan. Kvinnan får bearbeta händelsen och känner sig mera säker på vad som komma ska ifall händelsen skulle råka bli verklig under exempelvis förlossningen.

Genom att vinna kvinnornas förtroende för personalen skapas ett bra band mellan kvinnorna och personalen. Kvinnorna får en känsla över att personalen vet vad de gör och att de alltid ska stötta kvinnorna vilket skapar en lättnad. Kvinnorna kan då lättare acceptera att de inte kan ha kontroll fullt ut under förlossningen.

*”... from what I could see, the midwife had everything under control and like it seemed ok... so I was pretty relaxed” (Artikel 5)*

Som vårdare kan man ge tips om hur kvinnan fokuserar på något praktiskt istället för rädslan. Detta kan som exempel vara olika massageformer, ändrande av tankesätt genom att skapa ett positivt mål eller vanliga andningsövningar.

*”So she (the Aurora Midwife) talked about shifting thoughts and to imagine a good delivery and that it all went well... she was very good” (Artikel 2)*

## 6.8 Kombinera olika metoder av stöd

Många kvinnor känner att flera olika stöttande metoder har hjälpt dem att ta i tu med sina rädslor. Metoderna av stöd kunde vara samtal, filmer, andningsövningar, övningar att skifta sina tankar med mera. De kunde inte tänka sig att lämna bort någon av de olika stödformer de hade fått. Olika områden inom rädslan behövde olika metoder av stöd. Kvinnorna kunde såklart känna vilken metod som hjälpte dem bäst, men det var efter att de provat på att få stöd på flera olika vis. Det är förstås viktigt att individualisera vilken typ av metod samt mängd som används för att uppnå det rätta stödet under rätt tillfälle.

*”It is a mixture of different parts... some parts from talking to the Aurora midwife,, some parts from parental education meetings... some from books one has dared to read and so on... so I feel that nothing was a waste of time to hear” (Artikel 2)*

## 7 Tolkning av resultat

I detta kapitel kommer skribenterna att tolka resultatets kategorier mot den teoretiska utgångspunkten samt tidigare forskning. Tolkningen sker enligt samma ordning som de presenterades i resultatet.

I studiens resultat framkommer det att kvinnorna har känt en bristfällig kontakt till barnmorskor, partner, familj och andra i kvinnornas närhet vilket leder till att kvinnorna känner sig bortglömda och ensamma. Partner till kvinnorna hade bristfällig insikt och förståelse i situationen samt att en del valde att inte prata om tidigare förlossning för att visa hänsyn till kvinnan. Hildingsson (2017) tyder på att kvinnor med lägre socialt stöd har större risk att drabbas av förlossningsrädsla. Berg menar att en barnmorska alltid ska stöda moderskapet samt föräldrskapet, där hela familjen involveras.

Genom att vinna kvinnornas förtroende för personalen skapas ett bra band mellan dem. Kvinnorna får en känsla över att personalen vet vad de gör och att de alltid stöttar kvinnorna vilket skapar en lättnad och kvinnorna kan lättare acceptera att de inte kan ha kontroll fullt ut under förlossningen, enligt skribenternas resultat. Enligt Berg behöver barnmorskan ha tillit till kvinnan på många olika vis, och när kvinnan känner av detta kan hon släppa stressen och känna tillit till barnmorskan. Tidigare forskning (Salomonsson, 2013) tyder på att personalens sätt att ge information och att visa olika hjälpmetoder stöder även kvinnorna under förlossning.

Enligt studiens resultat kan en god relation mellan vårdare och kvinna upprätta kvinnans självförtroende till förlossning och öka chanserna till en god förlossningsupplevelse. Kvinnans bild av sig själv som gravid kvinna samt självförtroendet för kroppens egen förmåga att klara av en förlossning var förändrad. Enligt Berg måste barnmorskan ha tilltro till kvinnans kapacitet och hennes kropp men samtidigt ge behövlig medicinsk behandling. Kvinnan ska ha tillit till sig själv och hennes självhjälp under förlossning kan hjälpa henne att klara av förlossningen bättre enligt tidigare forskning (Salomonsson, 2013).

Skuld känslor och skam var även något som kvinnorna kände enligt resultatet. Det framkommer även att vårdaren kan stöda kvinnan med små saker som att till exempel ge kvinnan extra besök eller med att skriva och läsa igenom förlossningsbrevet med kvinnan. Varje kvinna ska vårdas som en unik person samt att kontakten mellan kvinnan och barnmorskan ska vara god med fokus på att skydda kvinnans värdighet. Trots att andra



yrkesgrupper kan vara delaktiga i vårdandet är barnmorskans kontinuerliga närvaro och tillgänglighet viktigast för att stöda kvinnan. (Berg, 2005).

Enligt kvinnorna har personal undvikit att prata om kvinnornas rädsla på grund av bristfällig förståelse. Tidigare forskning (Storksén, Garthus-Niegel, Vangen, Eberhard-Gran, 2013) visar att tidigare negativ förlossningsupplevelse påverkar kvinnan genom att hon kan utveckla förlossningsrädsla och vara spänd inför nästa graviditet. Förlossningsrädsla leder även till psykiska och fysiska problem. Därför kan förlossningsrädda kvinnor uppleva förlossningen som mycket mer smärtsam enligt tidigare forskning (Hildingsson, 2017). Här är det då som Berg säger att vårdare måste både använda sin medicinska kunskap men även att bara finnas till och stötta kvinnan.

Kvinnorna måste tidigt fundera och reflektera över sina tankar och känslor samt eventuellt börja bearbeta sin rädsla med hjälp av personal. Eventuell tidigare negativ händelse måste även bearbetas för att underlätta inför kommande graviditeter. I resultatet kommer det fram att kvinnorna är i behov av emotionellt, informativt och praktiskt stöd.

Varje kvinna är i behov av individuellt stöd som baserar sig på personlighet, ålder, tidigare erfarenhet och sammanhang. Enligt Berg underlättar god kunskap hos barnmorskan att bestämma och förstå kvinnans skick och behov. I tidigare forskning framkommer att kvinnorna är i behov av olika metoder av stöd och redan tidigt är det bra att gå igenom vilket stöd som passar kvinnan i fråga (Salomonsson, 2013).

I resultatet framkommer det att ökad kunskap om rädslan och insikt i vad som kommer att hända medförde ett lugn hos kvinnorna. Om en kvinnas tillstånd förvärras kan en barnmorskas oro lysa igenom, barnmorskan måste då förklara vad hon känner och varför mera undersökningar görs. Enligt Berg ska barnmorskan hålla kvinnorna informerade om vad som sker samt ge allmän information, så kvinnorna kan känna sig delaktiga och kunna förlita sig på sjukvården. Hon säger även att en god kunskap bringar barnmorskan en känsla av säkerhet i sitt yrke.

Enligt studiens resultat är det viktigt att barnmorskan i vårdandet använder sin kraft på ett känsligt och insiktsfullt sätt för kvinnans bästa. Det kvinnorna nämnde i resultatet tyder även på att de känner sig bättre bemötta med barnmorskans kontinuerliga närvaro och kunskap. Berg skriver även att barnmorskan ska komma ihåg den djupliggande kunskap som barnmorskan bär på för att kunna ta hand om risker för kvinnor.

Förlossningsrädsla kan även anses vara en risk för en föderska. Reflektion är en förutsättning för vårdaren för att kunna ge en så god vård som möjligt samt minska kvinnors lidande. Inom Bergs teori är det kvinnan som är i centrum, vårdaren ska alltid finnas till för kvinnan. Blir kvinnan sämre ska barnmorskan besöka kvinnan oftare.

## 8 Metoddiskussion

Trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet är alla indikatorer på en god vetenskaplig kvalitet i studien inom kvalitativ metod (Henricson, 2017, s. 431). Nedan kommer skribenterna att förklara vad dessa olika kategorier betyder samt förklara kategorierna utgående från studiens utförande.

### 8.1 Trovärdighet

Skribenterna tydliggör för läsaren över studiens kunskap. Kunskapen ska vara rimlig samt att resultatet är giltigt. Trovärdighet kan fås fram på olika vis och några av dessa är: skribenterna kan utförligt skriva tillvägagångssättet för studien, personer med olika syn på temat kan intervjuas, olika forskare med olika yrkesperspektiv kan delta i dataanalysen samt att forskaren kan diskutera den första preliminära datatolkningen med ”kritiska vänner”, exempelvis kollega, studiekamrat och handledare. (Henricson, 2017, s. 431 – 432).

Skribenterna har valt elva artiklar till denna studie för att komma fram till ett resultat samt för att få svar på sina frågeställningar. Antalet artiklar i sig är aningen litet och detta kan då påverka känslan av studiens trovärdighet. Det som är positivt med skribenternas valda artiklar är att kvinnorna är i olika åldrar, *primipara*, *multipara* samt att de inte enbart kommer ifrån Norden. Olika kulturer kan ha inverkan på kvinnors sätt att förklara sig samt deras bild av upplevelsen. Dessa aspekter kan därmed leda till en något mera heltäckande bild av ämnet. Vårdsystemet i olika länder kan även ha en inverkan på kvinnors upplevelser av förlossningen och rädslan.

### 8.2 Pålitlighet

Förförståelsen samt hur skribenternas tidigare erfarenheter har påverkat datainsamlingen och dataanalysen kan påvisa studiens pålitlighet. Studiens tekniska del bör vara tydligt utskriven och vem det är som har transkriberat materialet. (Henricson, 2017, s. 432).

Processen av denna studie är tydligt förklarad i text som skall vara enkel att förstå för läsare och därmed underlätta att förstå forskningsprocessen. Skribenterna har tydligt förklarat metodbeskrivningen, varje enskild rubrik förklaras i allmänhet vad ämnet betyder samt hur skribenterna använder sig av de olika delarna. Analys av valda artiklar framkommer tydligt, vilka artiklar som inkluderas, hur de är granskade och hur de kan vara tillförlitliga att använda sig av.

Skribenterna har i denna studie beaktat validiteten på så vis att endast vetenskapliga artiklar som berör temat har använts. Artiklarna är ur kvinnornas perspektiv samt svarar på studiens frågeställningar. Artiklarna som har valts ut är etiskt granskade och godkända att användas till studien. Ingen begränsning över när artiklarna har publicerats valdes eftersom vi anser att grunden till förlossningsrädsla har i princip varit den samma genom årtionden. Dock var de flesta artiklar relativt nya som valdes med i studien vilket ger ett nyare och mer relevant material.

### **8.3 Bekräftelsebarhet**

Är analysprocessen tydligt formulerad i studien ökar bekräftelsebarheten. Genom att låta andra personer granska vad som har analyserats och valts ut är det säkrare att veta ställningstaganden under forskningsprocessen. Skribenterna bör hålla sig så neutrala som möjligt för att inte egna åsikter ska påverka det insamlade materialet. (Henricson, 2017, s. 432).

Skribenterna har varit öppensinnade redan från start, ämnet är ett relativt utforskat ämne från tidigare för skribenterna och därför har inga förutfattade meningar kunnat styra under processen. Allt material som har lästs och inkluderats har hanterats etiskt. Egna viljor hos skribenterna har inte inverkat på inkludering och exkludering av material. Allt material som har varit relevant för studien har inkluderats. Dock tolkas det insamlade materialet av skribenterna själva under analysen och tolkningen av data. Detta innebär att studien kan i viss mån spegla skribenternas egna tolkningar.

### **8.4 Överförbarhet**

Resultatet i studien kan överföras i olika grad till andra grupper, kontexter eller situationer, vilket överförbarheten står för. Studiens resultat bör vara tydligt skrivet samt att studiens trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet bör vara ”säkrade” för att kunna bedöma resultatens överförbarhet. (Henricson, 2017, s. 433).

I vårt resultat uppkom det mycket jämligheter fastän artiklarna var från olika länder, därför anser vi att resultatet även kan användas vid andra tillfällen. Skribenterna kommer att använda arbetet i sina kommande yrken och då överföra resultatet som framkommit till det praktiska arbetet. Skribenterna vill även att andra inom vårddyrket skulle kunna ha nytta av arbetet.

## 9 Resultatdiskussion

Utgångspunkten i detta arbete har varit att undersöka hur kvinnor upplever förlossningsrädsla samt hur man som barnmorska och hälsovårdare kan stöda kvinnor med förlossningsrädsla. Som blivande barnmorska och hälsovårdare tycker skribenterna att det är viktigt att ha kunskap om hur man ska stöda kvinnor med förlossningsrädsla för att kunna minska lidandet samt att ge kvinnorna en positiv förlossningsupplevelse. Det har varit intressant att skriva om ämnet och skribenterna har fått mycket kunskap som kommer att tas med och användas av senare i arbetslivet.

Resultatet i arbetet har både kategorier som var väntade och icke väntade. Vissa kategorier ger en bättre förståelse av hur kvinnorna kan känna sig samt vilket stöd de önskar eller upplevs som hjälpande. Som vårdare känns det värdefullt att veta hur värdefull man är som person genom att bara finnas till för kvinnan och familjen. Grunden byggs på en god kontakt mellan vårdare och kvinna. Arbetet gav oss som blivande hälsovårdare och barnmorska kunskapen och viljan till att bemötandet ska ske på ett respektfullt och värdigt sätt.

Genom studien märker skribenterna att förlossningsrädsla fortfarande är ett ämne som behöver belysas. Som vårdare borde man i ett tidigt skede uppmärksamma tecken på rädsla för att kunna hjälpa kvinnorna inför deras förlossningar. Att bara fråga kvinnan hur hon känner inför sin förlossning under ett besök anses inte vara tillräckligt. Ämnet är svårt att tala om och kvinnorna kan både vara rädda för att prata om ämnet eller så är de i stadiet där de fortfarande inte har förstått att de lider av förlossningsrädsla.

Skribenterna anser att det vore praktiskt med ett verktyg som hjälper vårdpersonal att identifiera kvinnorna med risk för förlossningsrädsla, samt kvinnor som redan lider av förlossningsrädsla. Verktöget kunde vara en handbok som hjälper vårdaren hur ett samtal byggs upp och fortgår kring förlossningsrädsla. Ett annat alternativ kunde vara att komma fram med nya screeningsblanketter.

Att hitta forskningar som berörde ämnet ur kvinnornas perspektiv var inte det lättaste, skribenterna önskar att det skulle forskas vidare i ämnet för att kunna utveckla och förbättra vårdandet av fenomenet. Förlossningen är en händelse som följer med kvinnan och familjen hela livet. Förlossningen kan påverka viljan till att bli gravid igen, utmana förhållanden, påverka den psykiska och fysiska hälsan. Det säger sig själv, varje kvinna och familj är värd en så bra förlossningsupplevelse som möjligt.

## Källförteckning

Berg, M., 2005. *Genuine Caring – a midwifery model*. [online] [https://www.researchgate.net/publication/281446997\\_Berg\\_2005\\_Genuine\\_Caring\\_-\\_a\\_midwifery\\_model](https://www.researchgate.net/publication/281446997_Berg_2005_Genuine_Caring_-_a_midwifery_model) [hämtat: 14.11.2017].

Bergsjö P, Bakketeig L, Eikhom SN. *Duration of labour with spontaneous onset*. Acta Obstet Gynecol Scand 1979;58:129–34.

Brodén, M. (2004). *Graviditetens möjligheter: En tid då relationer skapas och utvecklas*. Stockholm: Natur och kultur.

Eriksson, C. (2006). *Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study*. Midwifery, 22(3), pp. 240-248

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Helk, A., Spilling, H-S., Smeby, N-A. (2008). *Psychosocial support by midwives of women with a fear of childbirth*. Vård i Norden 2/2008, No 88, Vol 28, No 2, pp 47-49

Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur AB.

Liljeroth, P. (2009). *Rädsla inför förlossningen – ett uppenbart kliniskt problem?: konstruktionen av förlossningsrädsla som medicinsk kategori*. (Doktorsavhandling: Åbo Akademi) Hämtad från: <http://doria32kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/46793/LiljerothPia.pdf?sequence=3>

Melender, H-L. (2002). *Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women*. Birth-Issues In Perinatal Care, 29(2), pp. 101-111

Mohlander, M., Ryding, E-L. *Samtal kan hjälpa kvinnor med förlossningsrädsla*. Läkartidningen Nr 12, Volym 110, 19.3.2013, s. 618 – 620

Mårtensson, L. (2014). *What helps? A description of experiences of support among primiparous women with fear of childbirth: An interview study*. International Journal of Nursing and Midwifery, 6(5), pp. 67-73

Nieminen, K. (2015). *Nulliparous pregnant women's narratives of imminent childbirth before and after internet-based cognitive behavioural therapy for severe fear of childbirth: A qualitative study*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 122(9), pp. 1259-1265.

Nilsson, C. (2009). *Women's lived experience of fear of childbirth*. Midwifery, 25(2), pp. e1-e9

Nilsson, C., Bondas, T., Lundgren, I. (2010). *Previous birth experience in women with intense fear of childbirth*. JOGNN, 39, 298-309

Nystedt, A. (2014). *Exploring Some Swedish Women's Experiences of Support During Childbirth*. International Journal Of Childbirth, 4(3), pp. 183-190(8)

O'Connell, M. (2017). *Collaboration on fear of childbirth*. British Journal of Midwifery, 25(12), pp. 808-809

Räsänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. *Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997–2010*. BJOG 2014;121:965–970.

Salomonsson, B. (2013). *Self-Efficacy in Pregnant Women with Severe Fear of Childbirth*. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 42(2), pp. 191-202.

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

Sjögren, B. (2003). Fear of childbirth a challenge in health care. Cesarean section not the only way out, professional support during pregnancy and planned delivery a relief to many. *Lakartidningen*, 100(38), p. 2932.

Storksén, H-T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S., Eberhard-Gran, M. (2012). *The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth*. Acta obstet gynecol scand. 92:318-324

Sydsjö, G. (2015). *Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth*. BMC pregnancy and childbirth, 15, p. 115.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos., Klemetti, R., Hakulinen-Viitanen, T., Tallberg-Nygård, M. & Ingvall, A. (2015). *Handbok för mödrarådgivningen: Nationell rekommendation*. [Helsingfors]: Institutet för hälsa och välfärd.

## Bilaga 1: Ordlista

<b>Tokofobi</b>	Förlossningsrädsla
<b>Apgar poäng</b>	Ett hjälpmedel för att kunna avgöra vilka barn som behöver mer vård vid omställningen till livet utanför livmodern
<b>Primipara</b>	Förstföderska, kvinna som föder barn för första gången
<b>Multipara</b>	Omföderska, kvinna som fött barn tidigare
<b>Obstetrik</b>	Medicinsk förlossningslära
<b>Posttraumatiskt stressyndrom</b>	Psykiska symtom av en skrämmande, kränkande och/eller chockartad händelse
<b>Abort</b>	Lagligt avbrytande av graviditet medicinskt eller kirurgiskt



## Bilaga 2: Inkluderade artiklar

Artikel nr	Författare Årtal Land	Titel	Syfte	Deltagare	Resultat
Artikel 1	Nilsson, C., Lundgren, I. 2007 Sverige	<i>Women's lived experience of fear of childbirth</i>	Undersöka kvinnors upplevelser av förlossningsrädsla	8 kvinnor	Kvinnor med förlossningsrädsla tvivlar på sig själva, på deras förmåga att vara gravida och kunna föda barn. Tidigare förlossning inverkade, smärta och negativ upplevelse av personal vad huvudorsakerna.
Artikel 2	Mårtensson, L., Mogren, L., Lindbom, E., Thorstensson, S. 2014 Sverige	<i>What helps? A description of experiences of support among primiparous women with fear of childbirth: An interview study.</i>	Hur stöd vid förlossningsrädsla påverkar kvinnorna	5 kvinnor	Rädslan kunde snabbt byta fokus och en kombination av flera olika stödmetoder hjälpte bäst. Stödmetoderna måste vara individuella.
Artikel 3	Helk, A., Spilling, H-S., Smeby, N-A. 2008 Norge	<i>Psychosocial support by midwives of women with a fear of childbirth</i>	Att få mera kunskap om kvinnor med onormal rädsla inför förlossning samt att utvärdera arbetet som Gaia gruppens barnmorskor utför.	80 kvinnor	63% av kvinnorna hade negativa förväntningar om den kommande förlossningen.

Artikel 4	Eriksson, C., Jansson, L., Hamberg, K. 2006 Sverige	<i>Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a swedish qualitative study</i>	Att undersöka vad intensiv rädsla som är relaterad till förlossning kan innebära för kvinnorna själva samt hur kvinnorna upplever, hanterar och kommunicerar om sina rädslor.	20 Kvinnor med erfarenhet av intensiv rädsla i samband med förlossning	För att hantera rädslan kunde den delas in i kategorier som "att undvika", "bearbeta" och "söka hjälp". En del kvinnor tycker att det är svårt att prata om rädslan medan andra tycker att det hjälper dem att prata om rädslan.
Artikel 5	Greer, J., Lazenbatt, A., Dunne, L. 2014 Irland	<i>"Fear of childbirth" and ways of coping for pregnant women and their partners during the birthing process: a salutogenic analysis</i>	Hur förlossningsrädsla påverkar viljan av förlossningssätt	19 män, 19 kvinnor	De flesta föredrog medicinska hjälpmedel under förlossningen. Vissa tyckte även om barnmorskans kontinuerliga stöd.
Artikel 6	Sydsjö, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjörn, L., Bladh, M., Josefsson, A. 2015 Sverige	<i>Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth</i>	Ta reda på hur fortgående stöd av barnmorska under förlossning påverkar kvinnan och hennes förlossningsrädsla	14 kvinnor med förlossningsrädsla, 28 kvinnor utan förlossningsrädsla	Kvinnor med allvarlig förlossningsrädsla kan dra nytta av en barnmorskas ständiga stöd vid födseln. Barnmorskor bör förstå vikten av kontinuerligt stöd för att förbättra erfarenheten av förlossning hos kvinnor med allvarlig rädsla.
Artikel 7	Nilsson, C., Bondas, T., Lundgren, I. 2010 Sverige	<i>Previous birth experience in women with intense fear of childbirth</i>	Att beskriva betydelsen av tidigare förlossnings erfarenheter hos gravida kvinnor med förlossningsrädsla som påverkar vardagen.	9 kvinnor med intensiv rädsla för förlossning, gravid med sitt andra barn och anser att den tidigare förlossningen upplevs negativ.	En känsla av att inte vara närvarande i förlossningssalen och en ofullständig förlossningsupplevelse var resultat som framkom i studien

Artikel 8	Melender, H-L. 2002 Finland	<i>Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women</i>	Att beskriva kvinnornas objekt, orsaker och manifestationer samt att identifiera faktorer som är förknippade med rädslan.	329 gravida kvinnor i Finland	78% hade rädsla för graviditet, förlossning eller för båda. orsakerna till rädslorna var dåligt humör, negativa berättelser av andra, alarmerande information och sjukdomar. För omfödskor var det negativa tidigare upplevelser, förlossning samt barnets hälsa och vård.
Artikel 9	Molander, M. 2013 Sverige	Samtal kan hjälpa kvinnor med förlossningsrädsla	Att kvalitetssäkra samtalen på Auroramottagningen på Karolinska sjukhuset	–	Majoriteten av kvinnorna som deltog var nöjda med samtalen de fick på auroramottagningen. Några kvinnor rapporterade negativa förlossningsupplevelse. Kejsarsnitt frekvensen var hög. 9% gav oroväckande mycket symtom på förlossningsrelaterad posttraumatisk stress.
Artikel 10	Nystedt, A. 2014 Sverige	<i>Exploring some swedish women's experiences of support during childbirth</i>	Denna studie beskriver kvinnors erfarenheter av stöd som ges av vårdgivare under graviditet och förlossning.	7 kvinnor	Misstanke i vårdgivare började med känslor av rädsla för födseln och en negativ förlossningsupplevelse. Genom att styras på egna villkor och känna sig stödd av vårdgivarna kan en bra relation uppkomma. Om den goda relationen mellan kvinna och vårdare fortskrider kunde en kvinna omvandla rädsla för födelse till modet att föda.

Artikel 11	Sjögren, B 2003 Sverige	<i>Fear of childbirth a challenge in health care. Cesarean section not the only way out, professional support during pregnancy and planned delivery a relief to many</i>	Att förklara vilka metoder som kan hjälpa kvinnor med rädsla, och att få dem att inte välja kejsarsnitt	–	Kejsarsnitt som utväg har ökat under senare år, men alternativet planerad förlossning förekommer även. Orsaken till skräcken är varierande, t ex tidigare svår obstetrisk upplevelse, psykologiska barndomstrauman m.m. Omhändertagandet av kvinnan bör vara eklektiskt, anpassat till kvinnan i fråga och syfta till att stärka henne inför förlossningen, vare sig hon accepterar att förlösas vaginalt eller med kejsarsnitt.
------------	-------------------------------	--	---	---	--

### Bilaga 3: Artiklar till tidigare forskning

Artikel	Författare Årtal Land	Titel	Syfte	Deltagare	Resultat
Tidigare forskning	Storksén, HT., Garthus-Niegel, S., Vangen, S., Eberhard-Gran, M. 2012 Norge	<i>The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth</i>	Att undersöka sambandet mellan rädsla inför förlossning och tidigare förlossningsupplevelser	1357 kvinnor.	Kvinnor med tidigare upplevda komplikationer är mera benägna att ha en negativ förlossningserfarenhet samt rädsla inför kommande förlossningar.
Tidigare forskning	O'Connell, M. 2017 Irland	<i>Collaboration on fear of childbirth</i>	–	–	–
Tidigare forskning	Salomonsson, B., Berterö, C., Alehagen, S. 2013 Sverige	<i>Self-Efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth</i>	Att tillämpa och testa självhjälp som metod för att ändra förväntningarna inför förlossning hos kvinnor med förlossningsrädsla	17 kvinnor	Sex kategorier framkom, vilka var koncentration, stöd, kontroll, avkoppling, självuppmuntran och andning. Dessa metoder hjälpte kvinnorna att genomgå förlossning, snarare än att leda till ökad effektivitet under förlossningen.
Tidigare forskning	Räsänen, S., Lehto, SM., Nielsen, HS., Gissler, M., Kramer, MR., Heinonen, S. 2014	<i>Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997 - 2010</i>	Att identifiera riskfaktorer för rädsla för förlossning	788 317 födslar	De starkaste riskfaktorerna hos förstföderskor var depression, hög ålder samt hög eller ospecificerad socioekonomisk status. Bland kvinnorna som tidigare varit gravida var riskfaktorerna depression, tidigare

	Finland				kejsarsnitt samt hög eller ospecificerad socioekonomisk status.
Tidigare forskning	Nieminen, K. 2015 Sverige	<i>Nulliparous pregnant women's narratives of imminent childbirth before and after internet-based cognitive behavioural therapy for severe fear of childbirth: a qualitative study</i>	För att beskriva förväntningarna om kommande förlossning före och efter 8 veckor av internetbaserad kognitiv beteendeterapi hos gravida kvinnor med allvarlig rädsla för förlossning.	15 förstföderskor	Efter behandlingen beskrev deltagarna en mer realistisk inställning till kommande förlossning, mer självförtroende och mer aktiva copingstrategier.