

**BETYDELSEN AV BARNMORSKANS STÖD VID
FÖRLOSSNINGSRÄDSLÅ**

Barnmorskeprogrammet, 90 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: [Klicka här för att ange datum.](#)
Kurs: VT2022

Författare:
Emma Kaplan

Katarina Simonsson

Handledare:
Birgitta Larsson

Examinator:
Ingela Rådestad

SAMMANFATTNING

Kvinnors känslor inför en graviditet och förlossning kan variera. Alltifrån glädje till ångest och rädsla kan upplevas. För vissa kvinnor kan känslor som ångest och rädsla vara så starka att förlossningsrädsla utvecklas. Förlossningsrädsla kan vara primär eller sekundär. En primär förlossningsrädsla kan orsakas av förlossningsberättelser från omgivningen som bidrar till att en förstföderska utvecklar en rädsla. En sekundär förlossningsrädsla kan bero på tidigare negativa förlossningsupplevelser hos en omföderska. Förekomsten av förlossningsrädsla i Sverige är högre hos omföderskor, 15,2 procent svarar att de upplevt förlossningsrädsla. Detta kan jämföras med förstföderskor där 14,6 procent ger samma svar. En barnmorska bör tillgodose kvinnans behov, möjliggöra upplevelsen av kontroll samt skapa en förtroendeingivande relation med den förlossningsrädda kvinnan. Syftet med denna litteraturöversikt var att belysa förlossningsrädda kvinnors erfarenhet av barnmorskans stöd under graviditet och förlossning. Vald metod är en allmän litteraturöversikt med kvalitativ ansats. Samtliga artiklar som inkluderats i resultatet var baserat på intervjuer med kvinnor som lider av förlossningsrädsla. Vidare analyserades samtliga artiklar med kvalitativ innehållsanalys. Utifrån genomförd analys identifierades tre kategorier med tillhörande underkategorier. De tre kategorierna är "Relationens betydelse vid förlossningsrädsla", "Att tillgodose kvinnans önskemål" och "Att ge rätt stöd minskar förlossningsrädsla". Kategorin "Relationens betydelse vid förlossningsrädsla" beskriver vikten av barnmorskans tillgänglighet och närvaro under en förlossning som viktig för många kvinnor. Känslor som att känna sig säkert, väl omhändertagen och bekräftad var exempel på positiva känslor som kvinnor upplevt genom att ha en närvarande barnmorska. Om en förtroendeingivande relation skapats mellan barnmorskan och kvinnan ökade möjligheten för en positiv förlossningsupplevelse. Underkategorin "Att tillgodose kvinnans önskemål" berörde kvinnans önskemål om att få hantera sin rädsla i ett tidigt skede samt önskan om att få bli inkluderad i beslut. Den sista kategorin "Att ge rätt stöd minskar förlossningsrädsla" berörde individuellt, psykiskt och fysiskt stöd som visade sig ha en positiv inverkan och minskade förlossningsrädslan. Slutsatsen av detta arbete är att barnmorskans stöd är av största vikt för att bemöta förlossningsrädsla. Om en barnmorska ger rätt stöd så som individanpassad rådgivning kan det leda till känslor av säkerhet, mindre önskan om kejsarsnitt utan medicinsk indikation samt en ökad möjlighet att kvinnan får en positiv förlossningsupplevelse. Stöd från barnmorskan kan således ha en betydelse för hur kvinnan hanterar sin förlossningsrädsla.

Nyckelord: Barnmorska, Förlossningsrädsla, Kvinnor, Stöd, Upplevelser

ABSTRACT

Women's thoughts and emotions regarding pregnancy and childbirth may differ from pure joy to anxiety and fear. For some women, feelings like anxiety or fear can grow very strong and thus develop into a condition called fear of childbirth. This condition can be both primary and secondary. Primary fear of childbirth is often the result of stories from the woman's surroundings while secondary fear of childbirth can stem from earlier negative experiences with childbirth. The prevalence of fear of childbirth has been shown to be greater among women during their second pregnancy where 15,2 percent experienced this condition. Among women expecting their first child, the number is somewhat lower at 14,6 percent. A midwife should see the needs of the mother to be, impart a sense of control and create a relationship with the pregnant woman based on trust. The purpose of this literature review has been to illustrate how support from midwives affects pregnant women who suffer from fear of childbirth - both during the pregnancy and actual childbirth. Our chosen method has been a literature review with a qualitative approach. All articles included in the result of this study have been based on interviews with mothers who have first-hand experience of fear of childbirth. Furthermore, these same articles were analyzed with a content analysis using a qualitative approach. Based on this study - we identified three categories with subcategories pertaining to the result. These were: "The meaning of a trustful relationship in case of fear of childbirth", "To satisfy the woman's wishes" and "Correct support decreases the fear of childbirth". The category "The meaning of a trustful relationship in case of fear of childbirth" showed that the presence - and accessibility - of the midwife were important factors for many women. These women expressed feelings of security, acknowledgment, and the sense that they were taken care of. In cases where a relationship based on trust and confidence formed between the woman and the midwife - the chances of having a positive experience of childbirth increased. The second category "To satisfy the woman's wishes" investigates the effects of dealing with fear at an early stage and including the woman in the decision-making process. The last category "Correct support decreases the fear of childbirth" touched on individual, psychological and physical support that has been shown to have a positive impact on the fear of childbirth. This essay concludes that the support that midwives can give is of the utmost importance when dealing with the fear of childbirth. If a midwife is able to give support such as individual counseling - this can then lead to the woman feeling more secure and less prone to asking for a cesarean section without a purely medical reason. This - in turn - can lead to a more positive experience of childbirth. The support of midwives can thus have a significant effect on how women deal with fear of childbirth.

Keywords: Midwife, Fear of childbirth, Women, Support, Experiences

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
Rädsla, Oro och ångest	1
Förlossningsrädsla.....	2
Orsaker och förekomst av förlossningsrädsla	2
Konsekvenser av förlossningsrädsla.....	3
Barnmorskans kompetensbeskrivning.....	4
Barnmorskans betydelse.....	5
Stödjande åtgärder vid förlossningsrädsla	6
Problemformulering.....	7
SYFTE.....	7
Frågeställningar	7
METOD.....	8
Design	8
Urval	8
Datainsamling	8
Kvalitetsgranskning	9
Dataanalys.....	11
Forskningsetiska övervägande	12
RESULTAT	13
Relationens betydelse vid förlossningsrädsla.....	13
Att tillgodose kvinnans önskemål	15
Att ge rätt stöd kan minska förlossningsrädsla	17
DISKUSSION	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion.....	22
Slutsats.....	24
Klinisk tillämpbarhet	25
REFERENSER.....	26

Bilaga 1-Bedömningsunderlag

Bilaga 2-Artikelmatri

INLEDNING

Att bli mamma kan för många vara en av de viktigaste händelserna i livet. Kvinnors känslor inför en graviditet och förlossning kan variera. Kvinnor kan uppleva alltifrån glädje och lugn till ångest och rädsla. När ångest och rädsla tar över kan kvinnan utveckla en förlossningsrädsla. (Nieminen et al., 2017). Det finns ingen bestämd definition av förlossningsrädsla, däremot beskriver många kvinnor rädslan som negativa tankar i så pass hög grad så att det påverkar deras dagliga liv (Wulcan & Nilsson, 2019). I den svenska kompetensbeskrivningen belyses vikten av att en barnmorska ska ha kompetens att kunna identifiera förlossningsrädsla. Barnmorskan ska även besitta tillräcklig kunskap och kompetens för att kunna bedöma och ge stöd vid förlossningsrädsla och psykisk ohälsa för att därefter kunna planera vidare vård (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). Det har visat sig att en barnmorskas stöd kan vara av betydelse för kvinnor med förlossningsrädsla. Genom att en barnmorska kontinuerligt ger stöd kan det bidra till en mer positiv förlossningsupplevelse, kortare förlossningsförlopp, mindre risk för kirurgisk intervention och mindre behov av farmakologisk smärtlindring (Alehagen, 2016). Denna litteraturöversikt syftar till att belysa förlossningsrädda kvinnors erfarenhet av barnmorskans stöd under graviditet och förlossning.

BAKGRUND

Rädsla, oro och ångest

Rädsla är en känsla som betraktas som normal och som är nödvändig för människors överlevnad. Uppmärksamheten ökar och eventuella faror kontrolleras. En rädsla kan också vara dysfunktionell vilket kan leda till att personen får ett avvikande beteende, exempelvis uttryckt som fobier. När en person utvecklar en fobi är rädslan ofta irrationell (Alehagen, 2016). Enligt Nationalencyklopedin (NE) blir rädslan väldigt stark och överdriven i relation till situationens verkliga farlighet. Personen i fråga som upplever en fobi kan inte kontrollera sin rädsla vilket ofta leder till att personen undviker situationer som upplevs som hotfulla ("Fobi", u.å).

Rädsla kan även uppstå efter att en händelse ägt rum. Känslor och upplevelser av rädsla är individuellt och grundas i människans tankar och bedömningar av en specifik situation. Människan gör ofta en bedömning om en situation anses vara hotfull. Om en situation upplevs som hotfull uppstår ofta rädsla när människan inte tror att situationen går att hantera. En tro på sig själv kan påverkas av tidigare erfarenheter av att ha lyckats respektive misslyckats i tidigare liknande situationer. Även kännedom av att andra människor har klarat av liknande situationer eller att personen i fråga har en omgivning som ger stöd påverkar tron på att kunna hantera en situation. En rädsla kan således påverkas av flera olika faktorer och kan ge uttryck i olika former beroende på ovanstående parametrar (Alehagen, 2016). Oro är till skillnad från rädsla ofta mer långvarig. Oro brukar pågå under en längre tid och är sällan lika stark som rädsla. Oro kan ge långvariga symtom som obehag och rädsla inför att något specifikt ska hända ("Oro", u.å).

När en person upplever ångest kan det yttra sig på ett flertal olika sätt. Ångest upplevs ofta som något obehagligt och som kan pågå under en längre tid. Till skillnad från rädsla som ofta är förknippat med en specifik situation kan ångest pågå i perioder under en längre tid.

Ångest kan ge symtom som tryck över bröstet, hjärtklappning och känslor av att det är svårt att andas. Ångest kan vara en normal reaktion eller bero på en psykisk störning eller somatisk sjukdom. Ångest kan uppstå om en person upplever dödshot, ett hot mot tryggheten eller hot mot självkänslan ("Ångest", u.å.).

Förlossningsrädsla

Kvinnors känslor inför en graviditet och förlossning kan variera och de kan uppleva alltifrån glädje och lugn till ångest och rädsla. För vissa kvinnor kan negativa känslor som ångest och rädsla ta över. Detta kan leda till att kvinnan utvecklar en förlossningsrädsla. Förlossningsrädsla kan ge konsekvenser för kvinnans hälsa och välbefinnande (Nieminen et al., 2017). Rädsla för att föda barn kallas således ofta för förlossningsrädsla eller förlossningsrelaterad rädsla. Att kvinnor upplever oro inför att föda barn är naturligt men oron kan i vissa fall utvecklas till en förlossningsrädsla. Det finns ingen bestämd definition av förlossningsrädsla, däremot beskriver många kvinnor rädslan som negativa tankar i så pass hög grad så att det påverkar deras dagliga liv (Wulcan & Nilsson, 2019).

Förlossningsrädsla kan vara en rädsla inför, under eller efter en förlossning. Graden av rädsla är relaterat till hur mycket kvinnan lider av sin rädsla. Enligt en rapport från svensk förening för obstetrik och gynekologi (Björklund et al., 2017) definieras förlossningsrädslan utifrån fyra nivåer. Lätt förlossningsrädsla, en oro som kvinnan ofta kan hantera utan professionell hjälp. Måttlig förlossningsrädsla innebär oro som kvinnan kan hantera med professionell hjälp och stöd men som inte medför ett negativt psykiskt hälsotillstånd. Svår förlossningsrädsla innebär att rädslan påverkar kvinnans vardag och anknytning till sitt väntade barn. Det kan leda till en begäran om kejsarsnitt. Den fjärde graderingen är förlossningsfobi, den medför en extrem rädsla vilket ofta resulterar i att kvinnan undviker en graviditet. Rädsla inför förlossningen finns i en allvarligare form, en extrem rädsla inför förlossningen, och definieras då som en psykologisk störning tokofobi. Förlossningsrädsla kan vara primär eller sekundär. En primär förlossningsrädsla förekommer hos kvinnor som tidigare inte fött barn. Primär rädsla kan exempelvis bero på negativa förlossningsberättelser som i sin tur leder till en rädsla inför en egen förlossning. Sekundär förlossningsrädsla förekommer hos omfödorskor och kan bero på en tidigare traumatisk förlossning som bidragit till en förlossningsrädsla (Björklund et al., 2017).

Orsaker och förekomst av förlossningsrädsla

Det finns ett antal riskfaktorer för att drabbas av förlossningsrädsla. Kvinnans förutsättningar och sociala omgivning kan kopplas till förlossningsrädsla. Egenskaper såsom ångestbenägenhet, dålig självkänsla och förhöjt kontrollbehov kan ha en inverkan på om kvinnan utvecklar förlossningsrädsla (Rouhe et al., 2011). Faktorer som dessa kan ha en påverkan på hur en kvinna bemästrar svårigheter och motgångar i livet (Hofberg & Ward, 2003). Depression är en tydlig riskfaktor för att utveckla förlossningsrädsla hos både först- och omfödorskor. Vid depression under graviditeten kan rädsla och tvivel på om kvinnan ska orka ta sig igenom en förlossning vara ett vanligt förekommande problem. Kvinnor med psykiatriska diagnoser har en större risk för att utveckla förlossningsrädsla (Rondung et al., 2016). Det finns även studier som visar ett samband mellan kvinnor som varit med om sexuella övergrepp och utveckling av förlossningsrädsla (Rondung et al., 2016).

Det finns olika bakomliggande orsaker till att en kvinna drabbas av förlossningsrädsla. Omfödorskor som haft en traumatisk förlossningsupplevelse kan utveckla rädsla inför en

nästa förlossning (Ryding et al., 2015). Exempel på detta kan vara om kvinnan haft en långvarig förlossning, smärtsamma bristningar eller om barnet föds prematurt (Onchonga et al., 2020a). Förstföderskor som upplever förlossningsrädsla beror ofta på berättelser från omgivningen om traumatiska förlossningar som ligger till grund för deras rädsla (Ryding et al., 2015). Förlossningsrädsla kan således drabba alla gravida kvinnor (Ryding et al., 2015).

Förekomsten av förlossningsrädsla i Sverige har i studier visat sig vara högre hos omföderskor jämfört med förstföderskor där 15,2 procent svarar att de upplevt förlossningsrädsla. Motsvarande siffra är för förstföderskor 14,6 procent. Förekomsten av extrem rädsla eller tokofobi i Sverige är 2,4 procent (Ryding et al., 2015) Enligt O'Connell et al. (2017) är förekomsten av förlossningsrädsla olika beroende på kultur och nationalitet. Antalet kvinnor som lider av förlossningsrädsla varierar mellan fem procent till 49 procent. Enligt Onchonga et al. (2020a) är orsaker och bakomliggande faktorer till förlossningsrädsla liknande hos kvinnor från låginkomstländer och nordiska länder. I en studie från Kenya jämfördes orsaker till förlossningsrädsla med övriga Europa och resultatet visade att länderna inte skiljde sig åt avseende orsaker till förlossningsrädsla. Studiens resultat visade att det inte fanns något samband mellan förlossningsrädsla och sociodemografiska förhållanden såsom ålder vid första graviditet eller om kvinnan hade en anställning (Onchonga et al., 2020a).

Konsekvenser av förlossningsrädsla

Forskning visar att kvinnor med förlossningsrädsla ofta upplever ett otillräckligt stöd. Detta kan bidra till att kvinnor känner sig sämre jämfört med andra gravida kvinnor som inte upplever förlossningsrädsla (Nilsson & Lundgren, 2009). Studier visar att kvinnor kan ha svårt att prata om sina rädslor. En bakomliggande orsak till detta kan vara att kvinnor upplever sig som en börda gentemot sin omgivning (O'Connell et al., 2020). Förlossningsrädsla kan bidra till symtom såsom smärta, sömnlöshet och mardrömmar (Wigert et al., 2020). Rädslan kan även ge upphov till rastlöshet, magsmärter och hög puls (Rondung et al., 2016). Det kan även öka risken för psykiska problem (Rouhe et al., 2011; Rondung et al., 2016). Kvinnor med förlossningsrädsla kan även ha en mer utdragen förlossning med en långsammare progress samt en ökad användning av smärtlindring jämfört med kvinnor som inte är förlossningsrädda (Rondung et al., 2016).

Enligt Okonkwo et al. (2012) har förlossningsrädsla visat sig vara en bidragande orsak till elektiva kejsarsnitt utan medicinsk indikation. I Sverige behöver en kvinna ha speciella skäl för att få beviljat kejsarsnitt utan medicinsk indikation (Wulcan & Nilsson, 2019). För att en kvinna med förlossningsrädsla ska beviljas ett planerat kejsarsnitt på grund av sin oro och rädsla måste vissa krav vara uppfyllda. Ett av kraven är att kvinnan ska ha fått stödjande rådgivning på Auroraverksamhet eller liknande samt erhållit information om de konsekvenser som finns med kejsarsnitt. En kvinna med förlossningsrädsla kan övertalas att försöka föda vaginalt med löfte att få avbryta om förlossningen blir besvärlig. Kejsarsnitt utan medicinsk indikation kan ge en ökad risk för komplikationer såsom risken för att utveckla amningsproblem, mjölkstockning, infektioner i bröstet och sårinfektioner i operationssåret (Socialstyrelsen, 2017).

Förlossningsrädsla kan ge konsekvenser för samhället som exempelvis högre sjukvårdskostnader. Kvinnor med förlossningsrädsla besöker sjukvården oftare och kan ha fler sjukdagar under graviditeten. Detta kan även bidra till en större mängd inplanerade

kejsarsnitt utan medicinsk indikation och kan ge som påföljd en längre sjukvårds vistelse på BB än kvinnor som inte har förlossningsrädsla. Efter förlossningen söker även förlossningsrädda kvinnor mer hjälp hos sjukvården för komplikationer som uppstått i samband med graviditeten. I Sverige blir den totala kostnaden för ovanstående parametrar ett tillägg på 38 procent för kvinnor med svår förlossningsrädsla (Nieminen et al., 2017). Enligt rapport från SBU (2021) finns problem gällande tillgången av effektiv vård för förlossningsrädda kvinnor. Konsekvenser som kan uppstå av förlossningsrädsla är att problemet stigmatiseras eller att kontinuiteten och samverkan inom vården brister vilket kan förhindra att rätt behandling ges. Detta kan i sin tur leda till ojämlig vård (SBU, 2021).

Barnmorskans kompetensbeskrivning

Svenska barnmorskeförbundet har utfärdat en kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. Detta för att kunna säkra att yrket bedrivs på rätt sätt.

Kompetensbeskrivningen ska kunna bistå vård sökande en god och säker vård genom att klargöra en barnmorskans roll, kompetens och ansvar inom svensk hälso- och sjukvård. I kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska nämns bland annat vikten av att en barnmorska ska kunna arbeta hälsofrämjande och förebyggande. I kompetensbeskrivningen nämns även att en barnmorska ska ha kompetens att identifiera psykisk ohälsa och kunna identifiera förlossningsrädsla. Barnmorskan ska även besitta tillräcklig kunskap och kompetens för att kunna bedöma och ge stöd vid förlossningsrädsla och psykisk ohälsa för att därefter kunna planera vidare vård (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018).

Barnmorskans arbetsfält

En legitimerad barnmorska arbetar inom reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa. Arbetet inom detta kompetensområde utförs inom många olika verksamhetsområden där arbetsuppgifterna är mycket skiftande och ges inom olika vårdformer (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). Barnmorskan har ett självständigt arbete och vårdar primärt kvinnan. Däremot ingår även barnet, familjen, ungdomar, unga vuxna och äldre kvinnor i barnmorskans arbete. Barnmorskan har det primära ansvaret för vården av den blivande mamman och barnet före, under och efter förlossning (SACO, 2021).

Inom mödrahälsovården utför barnmorskan undersökningar och kontroller på den gravida mamman och på det väntande barnet i magen. Stödjande åtgärder och information om graviditet och föräldraskap ges till de blivande föräldrarna. Barnmorskan håller även utbildningar i grupp och individuellt som är inriktade på förlossning och förberedelse inför föräldraskapet. På förlossningen har barnmorskan ansvaret för vård av mamman under hela förlossningen och de första timmarna efter att barnet har fötts. Ansvaret omfattar undersökningar på kvinnan och lyssna på barnets hjärtljud i magen. Barnmorskan har en stödjande funktion och instruerar kvinnan under hela förlossningen. När barnet är fött undersöks barnet av barnmorskan som även stödjer den nyblivna mamman vid första amningen. Eftervård utförs på en BB-avdelning där barnmorskan ansvarar för att ge mamman omvårdnad och behandling samt rådgivning vid amning (SACO, 2021).

Enligt WHO 2016 (Världshälsoorganisationen) är fyra besök ett minimum för att kvinnan ska få en säker graviditet. Enligt UNICEF (2020) finns det trots detta ett flertal länder som inte når upp till fyra besök. De flesta gravida kvinnor får tillgång till kvalificerad

mödravård minst en gång, men globalt sett får endast 60 procent fyra mödravårdsbesök. WHO:s riktlinjer för kontroller som bör göras av barnmorskan vid dessa fyra besök är blodtrycksmätning, urintest för bakterier och proteiner, blodprov för att upptäcka syfilis och svår anemi samt viktkontroll. I dessa riktlinjer av WHO inkluderas inte psykisk ohälsa och förlossningsrädsla (WHO, 2016).

Barnmorskans betydelse vid förlossningsrädsla

I många länder anses en barnmorska vara den viktigaste personen som stöd till kvinnor vid förlossningsrädsla. I Sverige är mödrahälsovården ledd av barnmorskor vilket innebär att en barnmorska ofta är den som först identifierar förlossningsrädslan (Kennedy, 2015). Enligt hälso- och sjukvårdslagen är målet för hälso- och sjukvården att uppnå en god hälsa med lika villkor för hela befolkningen för att kunna uppnå en positiv förlossningsupplevelse finns olika förebyggande åtgärder som en barnmorska kan vidta (HSLF-FS 2017:30, 1 §). Onchocha et al. (2020b) belyser vikten av information och utbildning till gravida kvinnor inom mödrahälsovården i ett tidigt skede. Detta för att kunna förhindra förlossningsrädsla. Barnmorskan kan ge stöd till kvinnan genom praktiskt, emotionellt, informativt och kontinuerligt stöd. Det har visat sig att kontinuerligt stöd bidrar till en mer positiv förlossningsupplevelse, kortare förlossningsförlopp, mindre risk för kirurgisk intervention och mindre behov av farmakologisk smärtlindring (Alehagen, 2016).

Det är således viktigt att vårdpersonal och framför allt barnmorskor lugnar kvinnor under graviditeten och under förlossningen genom att lyssna, möjliggöra känslor av kontroll och tillit samt ge stöd under hela förlossningsprocessen (Wigert et al, 2019). Enligt Striebich et al. (2018) kan förlossningsrädsla minska om barnmorskan ger tillräckligt med stöd under hela graviditeten. Kvinnor som uttrycker en önskan om elektivt kejsarsnitt ska barnmorskan uppmärksamma. Detta eftersom en bakomliggande orsak till önskat kejsarsnitt kan bero på förlossningsrädsla. Förlossningsrädsla kan således förebyggas och minskas genom att en barnmorska lyssnar, bekräftar och bygger upp en relation med den gravida (Wigert et al, 2019).

Barnmorskans handläggning av graviditet och förlossning i Sverige

Vid inskrivning på den svenska mödrahälsovården ska barnmorskan fråga hur kvinnan känner inför en graviditet och förlossning. Om kvinnan tidigare varit gravid ska den gravida med sin partner erbjudas genomgång av tidigare förlossning och deras upplevelse kring detta. Barnmorskan ska ställa frågor till den gravida om vad som kan få en framtida förlossning att kännas trygg och säker. Om det vid inskrivning framkommer att kvinnan tidigare haft en traumatisk förlossningsupplevelse ska kvinnan erbjudas ett besök hos läkare för genomgång. Vid inskrivning på mödrahälsovården i Sverige görs en bedömning om vård ska handläggas enligt basprogram, annat vårdprogram eller om en individuell vårdplan bör göras. Det finns en rad olika faktorer som kan ge upphov till att vidare vård och omsorg behövs planeras där förlossningsrädsla är en bidragande faktor (Björklund et al., 2017).

Barnmorskans handläggning av graviditet och förlossning i Stockholm

I Stockholm gör barnmorskor en bedömning av förlossningsrädsla vid graviditetsvecka 16. Vid detta besök bedöms graden av förlossningsrädsla och en bedömning för fortsatt

planering av eventuella stödåtgärder görs (Region Stockholm Vårdgivarguiden, 2021). Vid besök används gärna VAS skalan (Visuell Analog Skala) eller FOBS skalan (Fear Of Birth Scale) för att kunna gradera graden av oro och rädsla inför en förlossning. Visuell Analog Skala (VAS) är ett verktyg som kan användas för att gradera förlossningsrädsla. Den gravida får skatta sin rädsla från noll till tio. Noll är lika med ingen rädsla alls och tio är lika med värsta tänkbara rädsla (Rouhe et al., 2009). Fear of Birth Scale (FOBS) består av två VAS-skalar som gör det möjligt för den gravida att skatta sin oro och rädsla. Skattningsskalor tillsammans med samtal är ett bra tillvägagångssätt för att en barnmorska ska få en övergripande bild av förlossningsrädslan. Utifrån dessa skalor kan misstänkt eller måttlig och svår förlossningsrädsla identifieras (Haines et al., 2011).

Stödande åtgärder vid förlossningsrädsla

Barnmorskemottagningen

Barnmorskan är den som i huvudsak ger råd till den förlossningsrädda kvinnan. Rädslan kan grunda sig i brist på information och okunskap. I dessa fall kan barnmorskan ge information och besvara frågor. När detta inte räcker kan barnmorskan hänvisa till en specialistmottagning där det finns insatser som tidigt kan hjälpa den förlossningsrädda kvinnan. Det är under det första mötet på barnmorskemottagningen som kvinnor oftast uttrycker sin oro och förlossningsrädsla. Det är därför av vikt att barnmorskan så tidigt som möjligt identifierar graden av rädsla hos kvinnan för att kunna planera vidare vård. Kvinnor som lider av svårare uttalad rädsla hänvisas ofta till Auroramottagning eller motsvarande specialistmottagning för förlossningsrädsla (Björklund et al., 2017).

Auroramottagning

Förlossningsrädsla har uppmärksammats sedan slutet av 1980-talet. Ett antal kvinnokliniker startade specialistmottagningar som riktade sig enbart till förlossningsrädda kvinnor. Namnet Aurora valdes gemensamt till respektive mottagning.

Auroraverksamheten består av barnmorskor med särskild erfarenhet i samtalsteknik, psykologer och obstetiker med utbildning inom det psykosociala. Kvinnor med måttlig eller svår rädsla remitteras ofta till Auroramottagningen. Aurora verksamheten erbjuder kvinnor rådgivning från en barnmorska (Wulcan & Nilsson, 2019). Enligt Björklund et al. (2017) är det viktigt att en förtroendeingivande relation skapas. Detta för att kvinnan ska känna sig bekväm med att prata om sina känslor. Rådgivning hos barnmorskor vid upprepade tillfällen har visat sig kunna minska kvinnors förlossningsrädsla. I en studie av Larsson et al. (2016) avtog rädslan hos nio procent av de kvinnor som fått upprepad rådgivning. Kvinnor uttryckte att de blev hjälpta av barnmorskans rådgivning genom att de fick prata om sin rädsla och fick försöka uttrycka den i ord (O'Connell, 2020). I en studie av Wulcan och Nilsson, (2019) utvärderades metoder som används för att kunna behandla kvinnor med förlossningsrädsla. Resultatet visade att barnmorskor som utövade stödsamtal och som försökte skapa en förtroendeingivande relation genom att lyssna, vara icke dömande och bekräftande kunde i slutet av samtalet se att kvinnan blev mer avslappnad. Har samtalet resulterat i ett förtroende hos kvinnan gentemot vården visar forskning en minskad mängd planerade kejsarsnitt (Wulcan & Nilsson, 2019)

Stöd som erbjuds vid förlossningsrädsla varierar i Sverige. Psykologisk behandling kan ges på olika nivåer. Nivå ett är när mödravården handlägger behandling. Nivå två är när insatser på en Auroraverksamhet behövs och den tredje nivån är behandling genom

psykoterapi. Flera kliniker satsar på rådgivande samtal med en barnmorska medan andra erbjuder samtal med psykoterapeuter. Psykologiskt stöd under graviditet är en viktig åtgärd som kan ges på olika nivåer. Det är en person med utbildning i psykoterapi som ofta ger behandling genom kognitiv beteendeterapi (KBT). Kognitiv beteendeterapi kan ske i grupp eller vara internetbaserad. Terapiformen kan variera utifrån vilket behov den förlossningsrädda kvinnan har (Björklund et al., 2017; Nieminen et al., 2015; Rouhe et al., 2013). Kvinnor som genomgått behandling med rådgivning i grupp har visat sig kunna minska förlossningsrädsla (Nieminen et al., 2015). Förlossningsutbildning baserad på mindfulness har visat sig kunna öka självkänslan hos gravida kvinnor som ännu inte fött barn. Detta eftersom mindfulness kan fungera som en form av mentalt stöd under förlossningen och kan även minska risken för att kvinnan utvecklar depression (Byrne et al., 2013).

Problemformulering

Tidigare forskning visar att förlossningsrädsla kan påverka en kvinnas hälsa och välbefinnande negativt. Förlossningsrädsla kan även leda till att fler kvinnor önskar planerat kejsarsnitt utan medicinsk orsak. Det finns indikation på att allt fler blivande mammor lider av förlossningsrädsla. Tidigare forskning visar även att barnmorskans stöd kan ha betydelse för kvinnor med förlossningsrädsla. Eftersom kvinnor med förlossningsrädsla tenderar att öka i Sverige behövs mer kunskap och ett förbättrat arbetssätt för att kunna förebygga förlossningsrädsla, både ur ett individperspektiv så väl som ett samhällsperspektiv. Denna litteraturoversikt kan bidra till en större förståelse för kvinnors upplevelser av förlossningsrädsla och vilka förebyggande åtgärder som en barnmorska kan vidta.

SYFTE

Syftet med denna litteraturoversikt var att belysa förlossningsrädda kvinnors erfarenhet av barnmorskans stöd under graviditet och förlossning.

Frågeställningar

Vad har barnmorskans stöd för betydelse för kvinnor med förlossningsrädsla?

Vilket stöd önskar förlossningsrädda kvinnor?

METOD

Design

Syftet var att beskriva barnmorskans stöd relaterat till förlossningsrädsla. En allmän litteraturöversikt med en kvalitativ ansats ansågs därför som en lämplig metod. En litteraturöversikt innebär en sammanställning och granskning av aktuell forskning utifrån en utformad forskningsfråga som är väl avgränsad inom det aktuella forskningsområdet (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Detta för att kunna bearbeta data metodiskt inom det valda området på ett översiktligt sätt (Forsberg & Wenström, 2014). En litteraturöversikt kan bidra till att styrka forskningsevidens som tidigare gjorts och på så vis kunna finna kunskapsluckor i det specifika området som forskarna valt att studera (Polit & Beck, 2021). En kvalitativ design avser att kunna ge en större förståelse för helheten inom ett specifikt ämne. Det specifika med en kvalitativ design är även att människans erfarenheter och uppfattningar tas i beaktning och analyseras utifrån den enskilda individens upplevelse (Backman, 2016).

Urval

För att avgränsa och få relevanta artiklar som besvarade studiens syfte fanns förutbestämda inklusions- och exklusions-kriterier som vägledning (Forsberg & Wengström, 2014). I denna litteraturöversikt inkluderades artiklar som var publicerade mellan år 2010-2022. Artiklar med en kvalitativ design eller mixad metod inkluderades. I de fall där mixad metod användes valdes endast kvalitativ data ut för analys. Artiklarna som användes var skrivna på engelska- och svenska språken. För att besvara studiens syfte inkluderades endast artiklar där undersökningsgruppen var kvinnor som varit gravida, var gravida eller planerade att bli gravida och där förlossningsrädsla identifierats som måttlig till svår. Det skulle även framgå i artiklarna hur kvinnorna upplevt barnmorskans stöd eller hur barnmorskans stöd kan ha påverkat kvinnor med måttlig till svår förlossningsrädsla. Artiklar som exkluderades berörde barnmorskors erfarenheter av kvinnor med förlossningsrädsla samt upplevelsen av förlossningsrädsla där barnmorskans stöd ej beskrevs av kvinnorna. Studier som bedömdes vara av låg kvalitet enligt bedömningsinstrument som valdes för kvalitetsgranskning av Cadwell et al. (2011) blev ej inkluderade i studien.

Datainsamling

Litteratursökningen gjordes i databaserna Public Medline (PubMed) och The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) som enligt Forsberg och Wengström (2014) är breda databaser som täcker medicin och omvårdnad. Båda databaserna innehåller vetenskapliga tidskrifter. Sökorden utformades efter det valda ämnesområdet förlossningsrädsla och studiens syfte. Med hjälp av Medical Subject Heading (MeSH) utformades lämpliga sökord. Detta för att kunna finna relevant litteratur. Insamling av data utfördes enligt beskrivning vid en litteraturöversikt av Polit och Beck, (2021).

Kombinerade sökord användes med booleska termen AND. Enligt Polit och Beck (2021) används booleska termen AND för att begränsa sökningen och ge ett smalt resultat och göra den mer specifik. Det upprättades en sökstrategi och därefter sorterades artiklarnas relevans utifrån det valda syftet och de valda urvalskriterierna språk och åldersbegränsning. Artiklar som inte ansågs lämpliga utifrån studiens valda syfte sorterades bort. I början av sökningsprocessen upprättades en söktabell (Tabell 1). I denna

tabell redovisas datum när sökningen gjorts, i vilken databas, sökord med booleska termer, avgränsningar, totalt antal träffar, totalt antal lästa abstract, antal lästa artiklar och hur många artiklar som valdes ut för kvalitetsgranskning (Forsberg & Wengström, 2014).

Exempel på sökord som användes var "Fear of childbirth" och "Women's experience" i fritext eftersom det inte finns MeSH termer för förlossningsrädsla och upplevelser (Tabell 1). Den första sökningen som utfördes i databasen PubMed gav 179 träffar, totalt genomfördes sju sökningar med olika sökord och booleska operatorer för att bredda sökningen, detta för att kunna finna fler antal träffar. Den första sökningen som utfördes i CINAHL gav fem träffar och totalt genomfördes två sökningar.

På grund av den stora omfattningen av träffar i respektive sökning resulterade det i ett flertal dubletter. Dubletter förekom under sökningsprocessen genom att samma artiklar återfanns i de två databaserna samt dubletter som förekom i samma databas med olika sökord. Dessa träffar redovisas i (Tabell 1) med en stjärna (*) samt en siffra som visar antalet dubletter i respektive sökning. Antal lästa abstract som redovisas är nya abstract som tillkommit vid ny sökning.

I enlighet med Forsberg och Wengström (2014) utfördes även manuella sökningar utifrån relevanta artiklar där referenslistan granskats och givit ytterligare artiklar som berörde studiens syfte. Detta innebär att en självständig sökning genomfördes för att kunna hitta referenser som kan vara till nytta för studiens resultat. Ytterligare två artiklar identifierades via sekundärsökning som framkom genom en granskning av referenslista från en relevant artikel. Bearbetningen av den utförda datainsamlingen skedde enligt Kristensson (2014) där bearbetningen innebär att titlarna till de valda artiklarna lästes igenom. De artiklar som ansågs relevanta för studien gick vidare till kvalitetsgranskning först av artikelns abstrakt för att få en översikt av artikelns innehåll. De artiklar med ett abstrakt som var lämpligt för studiens syfte valdes ut till att läsas i sin helhet.

Kvalitetsgranskning

Kvalitetsbedömning är en viktig del för att granska studiernas kvalitet och ska omfatta studiens syfte, frågeställningar, design, urval, mätinstrument, analys samt tolkning enligt Forsberg och Wengström, (2012). Slutligen gick de valda artiklarna igenom en kvalitetsgranskning i enlighet med Caldwell et al. (2011) som är ett modifierat bedömningsunderlag för att klassificera och kvalitetsbedöma varje enskild artikel. Klassificeringen utifrån Polit and Beck (2016/2017) som syftar till att kvalitetsbedöma vetenskapliga studier med kvalitativ och kvantitativ ansats. Varje artikels kvalitet bedöms genom poäng utifrån kvalitetskriterier där varje uppfyllt kriterium ger två poäng. Artiklar med ett poängvärde under 20 värderas låg kvalitet och över 20 poäng till god och 29-36 poäng mycket god kvalitet. Efter att varje vald artikel blivit kvalitetsgranskad av författarna valdes endast de med över 20 poäng till studiens resultat.

Tabell 1. Sökresultat

Datum	Databas	Sökord (MesH-termer)	Avgränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal utvalda artiklar till granskningen
2012-12-30	PubMed #1	(midwife) AND (Womens experience) AND (fear of childbirth)	10 år och Engelska/Svenska	179	15	11	5
2022-01-04	PubMed #2	(midwifery[MeSH Terms]) AND (Fear of childbirth)	10år och Engelska/Svenska.	86 (3)*	7	4	1
2022-02-02	PubMed # 3	Fear of childbirth AND qualitative research	10år och Engelska/svenska.	237 (4)*	10	8	2
2022-02-02	PubMed #4	(fear of childbirth) AND (Midwife)) AND (Support)) AND (Experience)	10år och Engelska/Svenska.	122 (2)*	4	4	1
2022-02-28	PubMed #5	fear of childbirth AND qualitative AND Midwife AND support	10år och Engelska/Svenska.	70 (2)*	3	2	1
2022-02-28	PubMed #6	(Pregnant women) AND (Fear) AND women's thoughts	10år och Engelska/Svenska.	86	2	1	1
2022-02-28	PubMed#7	(fear[MeSH Terms]) AND (parturition[MeSH Terms])) AND qualitative	10år och Engelska/Svenska.	57 (6)*	4	2	0
2022-02-06	CINAHL #1	(Women's experience) AND (fear of Childbirth) AND (support)	10år, Engelska, peer reviewed, academic journals. TX all text.	5	1	0	0
2022-02-28	CINAHL# 2	(Midwife) AND (Fear of Childbirth) AND (Leadership)	12år, Engelska, peer reviewed, academic journals. TX all text.	2 (1)*	1	1	1

*Dubletter exkluderas från antalet sökningar.

Dataanalys

När en dataanalys genomförs med en kvalitativ ansats syftar analysen till att förklara, tolka, beskriva och förstå innehållet i varje enskild artikel (Forsberg & Wengström, 2014). Data analyserades med kvalitativ manifest latent innehållsanalys. Detta kan användas vid bearbetning av kvalitativa data där bland annat den underliggande innebörden i en text ska undersökas. Författarna kan genom innehållsanalys göra en egen tolkning av datamaterialet. Vid kvalitativ innehållsanalys börjar författarna med att identifiera meningsbärande enheter som därefter kodas in i underkategorier och kategorier (Forsberg & Wengström, 2016). Det insamlade materialet lästes flera gånger av respektive författare, detta för att få en fördjupad förståelse. Enligt Kristensson (2014) ökar tillförlitligheten om materialet i analysfasen tolkas av två eller flera personer. Detta då det minskar risken att en persons tolkning ska påverka resultatet. Efter detta utförde författarna analysen av data gemensamt. De utvalda meningsenheterna bedömdes baserat på likheter och olikheter samt textstycken och citat som författarna ansåg vara av betydelse. Efter detta kodades varje meningsbärande enhet för att sedan skapa kategorier och underkategorier som identifierats under analysprocessen, se Tabell 2.

Tabell 2. Exempel på genomförande av analys

Meningsbärande enhet ur resultat	Kod	Underkategori	Kategori
<i>"I knew that I could call anytime. I got the midwife's number. I felt safe knowing that I could call her directly when my contractions started, and she responded immediately. She also said that I could text her during the night so that she would know the next morning. That also gave me a great feeling of security"</i>	Vikten av tillgänglighet och kommunikation med en barnmorska.	Barnmorskans tillgänglighet	Relationens betydelse vid förlossningsrädsla
<i>"I think as early on as you can ask them open questions to understand if there is any fears that you can deal with and book people in with the appropriate people and have time to do that then. For me that's the best"</i>	Börja hantera rädsla så tidigt som möjligt.	Önskan om tidig hantering av rädsla	Att tillgodose kvinnans önskemål

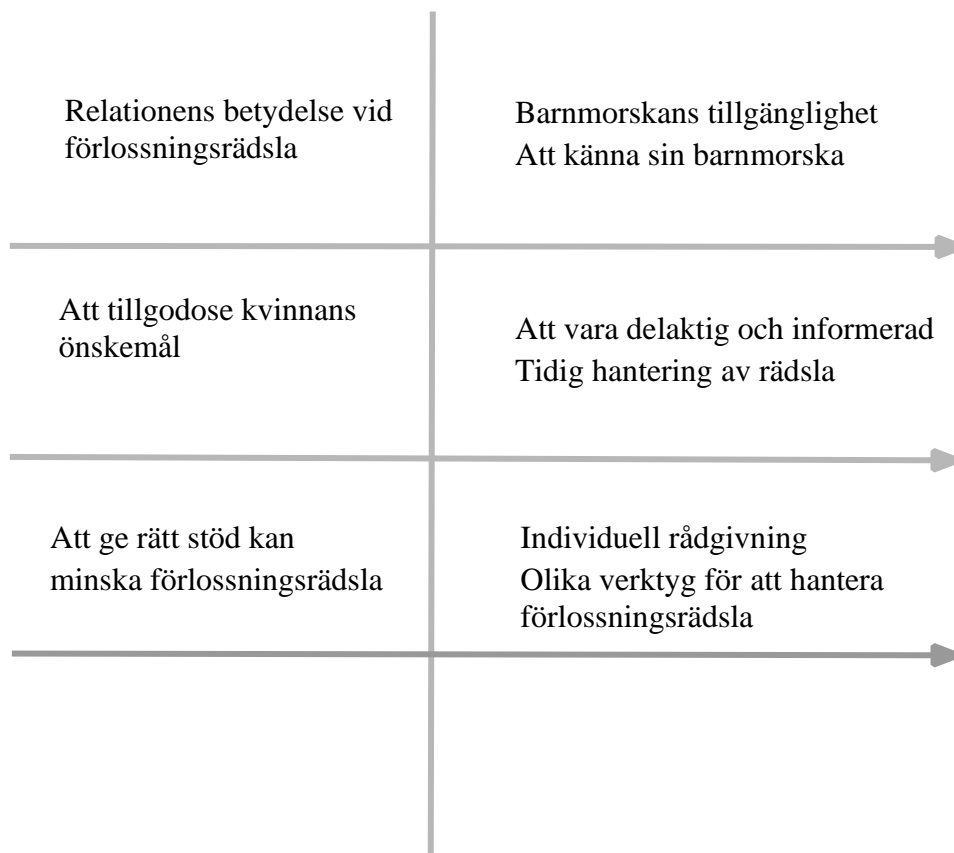
Forskningsetiska övervägande

Enligt Polit och Beck, (2021) behövs inget tillstånd av en forskningsetisk nämnd vid genomförandet av en litteraturöversikt. Trots detta ska en etisk medvetenhet alltid tas i beaktning. Samtliga artiklar som inkluderades i studien var således endast de som hade tillstånd av en etisk kommitté eller kunde bevisa att de gjort en granskning av etiska överväganden. Det finns riktlinjer från Vetenskapliga Rådet gällande riktlinjer för god medicinsk forskning som betonar att fusk och ohederlighet innehåll inte får förekomma inom forskning (Forsberg & Wengström, 2014). För att en studie ska bli godkänd från en etisk kommitté behöver studien anses vara säker för respektive deltagare i studien, detta innebär att deltagare inte får utsättas för någon form av fara eller hot. Data ska även behandlas konfidentiellt vilket innebär att de som ingått studien inte ska kunna spåras. Deltagarna ska även bli informerade om att de får avsluta och lämna studien när de vill utan någon förklaring. Samtliga artiklar som inkluderats har således fått ett godkännande från en etisk kommitté (Polit & Beck, 2021). Samtliga artiklar har även genomgått kvalitetsgranskning av Cadwell et al. (2011) där bland annat etiska övervägande inkluderas. För att kunna säkra en etisk medvetenhet ska forskare ha en så kallad god forskningssed. Detta grundar sig på fyra grundläggande principer för integritet inom forskning. Forskare bör ha dessa fyra principer i åtanke som vägledning under forskningsprocessen. Den första principen är tillförlitlighet som syftar till att kunna säkerställa att forskningen har en god kvalitet. Detta görs genom att gå igenom design, metod, analys och utnyttjande av resurser. Ärlighet är den andra principen som syftar till att utveckla, genomföra, granska och rapportera om forskning på ett öppet och rättvist samt objektivt sätt. Respekt är den tredje principen som syftar till bland annat forskningsdeltagare, samhället och miljön. Den fjärde och sista principen är ansvarighet som syftar till den totala forskningsprocessen, från idé till publicering, för organisation, utbildning, tillsyn och mentorskap samt för vidare konsekvenser (Vetenskapsrådet, u.å). Författarna har således haft ovanstående fyra principer i åtanke under arbetsprocessen.

RESULTAT

Artiklarna som inkluderades i studien var baserade på data från Sverige, Norge, Tyskland, Iran, England, Kenya och Australien. Genomförd dataanalys resulterade i tre kategorier som var "Relationens betydelse vid förlossningsrädsla", "Att tillgodose kvinnans önskemål" och "Att ge rätt stöd minskar förlossningsrädsla". Varje kategori hade tillhörande underkategorier, se Figur 1.

Figur 1. Kategorier och underkategorier.



Relationens betydelse vid förlossningsrädsla

Vikten av en närvarande och tillgänglig barnmorska var återkommande i ett flertal studier. Kvinnor berättade om rädsla och oro inför att genomgå en förlossning med en för dem okänd barnmorska. Rädsla för att barnmorskan inte skulle vara tillgänglig under hela förlossningen var även återkommande i ett flertal studier. Att ha en för kvinnan känd barnmorska både under en graviditet och förlossning visade sig kunna påverka rädslan så att den minskade. Många kvinnor rapporterade även att hantering av förlossningsrädsla med stöd från en barnmorska är viktigt för att kunna uppnå en positiv förlossningsupplevelse. Utifrån ovanstående parametrar skapades två underkategorier som var "Barnmorskans tillgänglighet" och "Att känna barnmorskan minskar rädsla".

Barnmorskans tillgänglighet

Vikten av barnmorskans tillgänglighet och närvaro under en förlossning var återkommande i ett flertal studier. Känslor av att känna sig säkra, väl omhändertagna och bekräftade är exempel på positiva känslor som kvinnor upplevt genom att ha en närvarande barnmorska (Nilsson et al., 2010; Larsson et al., 2020 & Henriksen et al., 2017). I en studie av Larsson et al., (2020) kunde kvinnor med förlossningsrädsla kontakta en specifik barnmorska via telefon. Vetskapen om att de kunde kontakta en barnmorska när som helst när oro eller frågor uppkom bidrog till en känsla av lugn och säkerhet. Barnmorskorna var tydliga med att informera kvinnorna om att de kunde ringa när som helst på dygnet. Detta bidrog till att kvinnorna kände sig sedda och upplevde aldrig att de var till besvär gentemot barnmorskorna (Larsson et al., 2020).

”I knew that I could call anytime. I got the midwife’s number. I felt safe knowing that I could call her directly when my contractions started, and she responded immediately. She also said that I could text her during the night so that she would know the next morning. That also gave me a great feeling of security.” (Larsson et al., 2020, s. 3).

Att ha en närvarande barnmorska med kontinuerlig kontakt har visat sig hjälpa kvinnor vid hantering av förlossningsrädsla (Larsson et al., 2020; Lyberg & Severinsson, 2010a; Lyberg & Severinsson, 2010b). Barnmorskans tillgänglighet kan bidra till att en förtroendeingivande relation lättare skapas mellan kvinnan och barnmorskan (Henriksen et al., 2017). I de fall där kvinnor upplevde att barnmorskan inte var närvarande kunde ett flertal negativa känslor uppkomma (Nilsson et al., 2010 & Fenwick et al., 2014). Kvinnorna upplevde att barnmorskan inte hade tid för att stötta och vara närvarande under förlossningen vilket bidrog till känslor av ensamhet hos kvinnorna (Striebich & Ayerle, 2020). Kvinnor upplevde även att deras känslor inte blev bekräftade eller att barnmorskan inte tog ansvar över förlossningsprocessen (Nilsson et al., 2010). När barnmorskan var tillgänglig och närvarande under hela förlossningsprocessen rapporterade en kvinna bland annat att hennes oro över förlossningen avtog (Ternström et al., 2015; Lyberg & Severinsson, 2010a).

”I stopped worrying about the birth and thought this will be good, I trusted the midwife fully. She was there all the time during labour, even when the birth took a long time she was there with me. She guided me, she listened to me and I could concentrate on giving birth” (Lyberg & Severinsson, 2010a, s. 387).

Kvinnor har även rapporterat upplevelser av stress och ångest över vetskapen om att en barnmorska inte skulle vara tillgänglig på natten om förlossningen drog igång. I en studie av Larsson et al. (2020) berättade en kvinna om önskan att få en garanti på att barnmorskan var tillgänglig för just henne under hela dygnet. I vissa fall när barnmorskan inte var tillgänglig på förlossningen kunde kvinnor kontakta sin barnmorska via telefon på vägen in till sjukhuset vilket lugnade den förlossningsrädda kvinnan. När förlossningen startade kunde barnmorskorna göra hembesök hos de förlossningsrädda kvinnorna. Vid dessa besök undersöktes vattenavgång och huruvida kvinnan befann sig i aktiv fas eller inte samt ge support under de första timmarna av den aktiva förlossningen (Larsson et al., 2020).

Att känna sin barnmorska

En förtroendeingivande relation anser de flesta förlossningsrädda kvinnor vara en av de viktigaste beståndsdelarna för att kunna känna sig säkra under sin förlossning (Lyberg &

Severinsson, 2010a; Lyberg & Severinsson, 2010b). Studier som gjorts tyder på att ha en för kvinnan känd barnmorska under graviditet och förlossning kan minska förlossningsrädsla. Genom att en kvinna har möjlighet till att lära känna sin barnmorska och skapa en förtroendeingivande relation kan det bidra till ett flertal positiva känslor (Lyberg & Severinsson, 2010; Henriksen et al., 2017; Yoosefi Lebni et al., 2020; Larsson et al., 2020). Positiva känslor som kvinnor har rapporterat är känslan av säkerhet, bekräftelse och respekt vilket har uppkommit genom att en relation med barnmorskan har skapats (Lyberg & Severinsson, 2010a; Lyberg & Severinsson, 2010b). I en studie av Ternström et al. (2015) rapporterade kvinnor olika faktorer som kunde påverka deras förlossningsrädsla där ett av dem var deras förtroende gentemot sjukvårdspersonalen. Om kvinnorna upplevde en förtroendeingivande relation gentemot personalen kunde det bidra till en lättare hantering av rädsla (Ternström et al., 2015). I de fall där kvinnor inte haft tillgång till en känd barnmorska visar bland annat en studie av Nilsson et al. (2010) att kvinnors förlossningsrädsla inte minskar. Kvinnor som haft en för dem känd barnmorska beskrev att deras behov av stöd relaterat till förlossningsrädsla minskade. Detta på grund av vetskapen om att de hade en barnmorska som de kände under sin kommande förlossning (Larsson et al., 2020; Fenwick et al., 2014). Enligt Yoosefi Lebni et al. (2020) finns det olika tillvägagångssätt som har visat sig kunna minska förlossningsrädsla. Ett av dessa tillvägagångssätt är att ha tillgång till en för kvinnan känd barnmorska som är planerad för att vara med under förlossningen. Genom att känna barnmorskan har kvinnor rapporterat att de lättare kunde hantera svårigheter under både graviditet och förlossning (Henriksen et al., 2017; Yoosefi Lebni et al., 2020).

Att tillgodose kvinnans önskemål

Ett flertal studier rapporterade kvinnors önskan om att få information och kunskap av en barnmorska. När detta uppfylldes upplevde kvinnor bland annat att deras rädsla och oro lättare kunde hanteras. Kvinnor rapporterade även en rädsla inför att inte få vara delaktiga i beslut som rör deras graviditet och förlossning. För att kunna minska en förlossningsrädsla önskade många kvinnor att få möjlighet till att hantera sin förlossningsrädsla så tidigt som möjligt med en barnmorska. Utifrån ovanstående parametrar skapades två underkategorier som var "Betydelsen av delaktighet och information" och "Önskan om tidig hantering av rädsla".

Betydelsen av delaktighet och information

Information och kunskap var ett återkommande tema i ett flertal studier. Kvinnor rapporterade att information givet från en barnmorska eller annan vårdgivare var ett stort stöd relaterat till deras förlossningsrädsla (Nilsson et al., 2010; Fenwick et al., 2014; Salomonsson et al., 2013; Striebich & Ayerle, 2020; Larsson et al., 2019; Onchonga et al., 2021). Genom att bli informerade om hur en förlossningsprocess kan gå till upplevde många kvinnor situationen som mer hanterbar. Detta eftersom de upplevde en större mening med att ta sig igenom sin förlossning (Nilsson et al., 2010). Information och kunskap gav styrka till kvinnor att kunna hantera sin rädsla och ångest (Fenwick et al., 2014). Ett flertal kvinnor rapporterade positiva känslor relaterat till att de fått information och individuellt stöd av sin barnmorska inför sin kommande förlossning (Nilsson et al., 2010; Fenwick et al., 2014). Kvinnor har även rapporterat att bli erbjuden information och kunskap från en barnmorska är en viktig faktor för att kvinnor ska uppleva att de har

kontroll över situationen, både före och under en förlossning (Striebich & Ayerle, 2020; Fenwick et al., 2014; Onchonga et al., 2021).

Om en barnmorska ger stöd och låter kvinnan vara delaktig från graviditet till förlossning ökar det kvinnans ”äganderätt” över sin graviditet och förlossning (Lyberg & Severinsson, 2010). I en studie av Lyberg och Severinsson, (2010) är en återkommande orsak till kvinnors rädsla att inte få vara delaktig i de beslut som tas under förlossningen samt en rädsla för att inte få vara delaktig i sin vård under graviditeten. I de fall där kvinnor inte upplevde sig delaktiga rapporterade de ett flertal negativa känslor. Exempel på detta var känslor av att barnmorskan inte inkluderade kvinnan samt att viktiga beslut rörande förlossningen togs utan ett godkännande från kvinnan (Nilsson et al., 2010; Henriksen et al., 2017).

Önskan om tidig hantering av rädsla

Ett återkommande tema var kvinnors önskan om att få mer stöd kring hantering av deras förlossningsrädsla (Fenwick et al., 2014; Nilsson et al., 2010; Larsson et al., 2019). Enligt studie som gjorts av Slade et al. (2019) anser många kvinnor att det är viktigt att få hjälp att hantera sin förlossningsrädsla så tidigt som möjligt. Majoriteten av kvinnorna i studien rapporterade att de önskade få frågor om förlossningsrädsla så tidigt som möjligt för att kunna säkra att de hann få hjälp och få tillgång till eventuella stödåtgärder. En av deltagarna i studien rapporterade att hon fått diskutera och bearbeta sin rädsla i graviditetsvecka trettio vilket hon ansåg var för sent för bearbetning av sin förlossningsrädsla. En del kvinnor upplever förlossningsrädsla tidigt under graviditeten och upplever att de är i behov av samtalsstöd betydligt tidigare än de i regel får. En av deltagarna i studien rapporterade att hon började diskutera sin rädsla i graviditetsvecka sex med sin barnmorska där hon upplevde att hon hade behövt göra det tidigare för att kunna hantera sin rädsla och på så vis bli hjälpt (Slade et al., 2019).

“I think as early on as you can ask them open questions to understand if there is any fears that you can deal with and book people in with the appropriate people and have time to do that then. For me that’s the best.” (Slade et al., 2019, s. 9).

I studie av Larsson et al. (2019) rapporterade majoriteten av kvinnorna vikten av att prata om sin förlossningsrädsla och få information om förlossningsprocessen i dialog med barnmorskan. Genom att få svar på sina frågor och funderingar från en barnmorska hjälpte det kvinnorna att sortera sina tankar och resulterade i en förståelse för bakomliggande orsaker till sin förlossningsrädsla (Larsson et al., 2019; Fenwick et al., 2015). I de fall där kvinnor rapporterade känslor och upplevelser av att de inte fick ventilera och prata om sina känslor relaterat till förlossningsrädsla uppfattades barnmorskan som kall och ointresserad av kvinnans känslor (Nilsson et al., 2010)

Att ge rätt stöd kan minska förlossningsrädsla

Vilken form av stöd som erbjuds vid förlossningsrädsla visade sig vara av betydelse. Kvinnors önskan om att bli erbjuden individuellt stöd var återkommande i ett flertal studier. Kvinnors önskan om fysiskt och psykiskt stöd var även av betydelse relaterat till förlossningsrädsla. I de fall där kvinnor fick stöd och guidning kring fysiskt stöd såsom andnings och avslappningsövningar påverkade det förlossningsupplevelsen positivt. Psykiskt stöd i form utav en närvarande och lugnande barnmorska bidrog till att kvinnors tro på sig själva ökade. Utifrån ovanstående parametrar skapades två underkategorier som var "Individuell rådgivning" och "Olika verktyg för att hantera förlossningsrädsla".

Individuell rådgivning

Stöd som är individuellt anpassad har visat sig vara ett önskemål som kvinnor vill ha relaterat till förlossningsrädsla (Striebich & Ayerle, 2020; Lyberg & Severinsson, 2010). I studie av Slade et al. (2019) rapporterade en kvinna om önskan om att få en individuell förlossningsplan då hon upplevde att detta skulle vara till hjälp för att kunna hantera sin förlossningsrädsla. I en studie av (Larsson et al., 2020) upplevde kvinnor som fått stöd genom individuell rådgivning att barnmorskan gav svar på deras frågor relaterat till förlossningsrädsla. Detta bidrog till en känsla av säkerhet. Rådgivningen hade även en lugnande inverkan på kvinnorna och ökade deras självförtroende (Larsson et al., 2020; Larsson et al., 2019). När kvinnor fick individuell rådgivning kände de sig bekräftade och upplevde att barnmorskan såg kvinnorna som individer (Larsson et al., 2019). I de fall där kvinnor upplevde att individuellt stöd ej togs i beaktning hade barnmorskan mer fokus på rutiner och tekniska hjälpmedel (Nilsson et al., 2010).

"I believe it was her acknowledgement [. . .] She was able to calm me down and that made me feel safe. But perhaps mostly because there was someone who heard and saw me and acknowledged what I'd been through, you know. (R3, second baby)" (Larsson et al., 2019, s. 90).

Olika verktyg för att hantera förlossningsrädsla

Ett flertal studier belyser vikten av att en barnmorska guidar en kvinna under hennes förlossning både fysiskt och mentalt (Striebich & Ayerle, 2020; Salomonsson et al., 2013; Lyberg & Severinsson, 2010a; Lyberg & Severinsson, 2010b). I en studie av Salomonsson et al. (2013) berättade en kvinna att barnmorskans stöd och guidning under förlossningen var avgörande för att hon skulle uppleva förmågan att ta sig igenom sin förlossning. Fysiskt stöd har visat sig kunna minska upplevelsen av smärta under en förlossning (Nilsson et al., 2010; Striebich & Ayerle, 2020). Att få information och bli instruerade i olika kroppspositioner och andningstekniker under en förlossning är tillvägagångssätt som uppskattats av ett flertal kvinnor (Nilsson et al., 2010). Psykiska metoder för att kunna visualisera positiva scenarion har även visat sig vara något som kan påverka kvinnors rädsla. Dessa verktyg har visat sig kunna hjälpa kvinnor till att känna sig mer förberedda inför en kommande förlossning vilket kan påverka deras rädsla positivt (Larsson et al., 2019; Fenwick et al., 2015). Kvinnor har rapporterat detta som en viktig faktor för att kunna hantera sin förlossningsrädsla (Nilsson et al., 2010; Striebich & Ayerle, 2020; Larsson et al., 2020; Larsson et al., 2019). I de fall där kvinnor upplevt att barnmorskan

inte haft tillräckligt med kunskap om andnings- och avslappningstekniker har dessa verktyg varit svårare för kvinnorna att tillämpa under sin förlossning (Striebich & Ayerle, 2020; Salomonsson et al., 2013).

“I’m sure I could have managed it psychically but not mentally without the support of the midwife. She was my voice all through the birth. She was totally in control, I could trust her and she guided me carefully through the birth despite the fact that it was unpredictable”. (Lyberg & Severinsson, 2010a, s. 387)

Socialt och känslomässigt stöd under förlossningen har visat sig kunna ge kvinnor motivation och självförtroende för att föda vaginalt (Striebich & Ayerle, 2020; Salomonsson et al., 2013). I studie av Wahlbeck et al. (2018) fick kvinnor hantera sin förlossningsrädsla med hjälp av konstterapi tillsammans med en barnmorska. Ett flertal kvinnor rapporterade att de fick lättare kontakt med sina känslor vilket bidrog till ett ökat självförtroende. Detta eftersom de lättare förstod sina känslor och vad som låg till grund för deras rädsla. Många kvinnor rapporterade även att de tyckte denna form av hjälpinsats var ett lättare sätt att hantera sina känslor istället för att uttrycka dem i ord (Wahlbeck et al., 2018). I en studie av (Nilsson et al., 2010) rapporterade en kvinna att stödet från barnmorskan minskade hennes rädsla inför hennes kommande förlossning. Kvinnor som blivit kontinuerligt coachade av en barnmorska både före och under sin förlossning har upplevt detta som positivt (Nilsson et al., 2010; Lyberg & Severinsson, 2010b). Genom att en barnmorska coachar och ger rådgivning har det även visat sig påverka kvinnors självförtroende och tro på sig själva i livet utanför förlossningsrummet (Lyberg & Severinsson, 2010b).

“I have a much better self-esteem today, as I became stronger due to my relationship with the midwife. I felt that I could ‘walk on my two feet’ and that I could better cope with other things in my life. Before that I felt that I was not good enough to do the same things as other people.” (Lyberg & Severinsson, 2010b, s. 396).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Design

En kvalitativ ansats syftar till att studera människors upplevda erfarenheter (Forsberg & Wengström, 2016). Studiens syfte var att belysa kvinnors upplevelser av barnmorskans stöd vid graviditet och förlossning. Därav valdes en kvalitativ ansats. En studie med mixad metod inkluderades även i studien där endast den kvalitativa delen analyserades. Däremot hade en kvantitativ eller integrerad metod kunnat bidra till en större bild av det valda studieområdet och hade kunnat leda till ett bredare resultat. Detta hade kunnat höja studiens kvalitet och tillförlitlighet (Kristersson, 2014).

Vald design var en allmän litteraturoversikt. Denna metod valdes eftersom författarna kunde behärska engelska- och svenska språken, tidsperioden för studien passade väl för den tid som var avsatt för arbetet samt att författarna hade en god tillgång till

forskningsämnet. Detta arbete har använt sig utav ett tydligt formulerat syfte med tillhörande frågeställningar. Dessutom har de valda artiklarna som utgör studiens resultat uppfyllt de bestämda inklusionskriterierna. Samtliga artiklar har även genomgått en kvalitetsgranskning enligt Caldwell et al., (2011) där endast artiklar med 20 poäng eller högre har använts. Ovanstående kriterier är även kriterier som enligt Forsberg och Wengström (2016) bör finnas med i systematisk litteraturöversikt. Med tanke på att en systematisk litteraturöversikt kan anses vara en mer tillförlitlig metod styrker detta tillförlitligheten i resultatet. I en allmän litteraturöversikt kan trovärdigheten vara bristfällig. Därför är det nog så att resultatet kan ge en missvisande bild av kunskapsläget medan en systematisk översikt tar all tillgänglig forskning inom ett specifikt område för att sedan kunna göra en sammanställning (Forsberg & Wengström, 2016).

Urval

De valda urvalskriterierna som användes gav en lagom mängd artiklar för att kunna besvara det valda syftet. Respektive artikel kvalitetsgranskas och fick en god eller mycket god kvalitet. Enligt Polit och Beck (2021) är det viktigt att en studies urvalskriterier inte är för specifika och för snäva. Detta eftersom relevant litteratur inom det valda forskningsområdet kan gå förlorad. Forsberg och Wengström (2016) belyser vikten av att få tillgång till litteratur från flera olika länder. Detta för att kunna få en bredare bild av ämnesområdet. Artiklar som inkluderades under urvalsprocessen kom ifrån flera olika länder. Detta kan således anses vara en styrka (Forsberg & Wengström, 2016).

De artiklar som valdes till resultatet var genomförda i olika länder, både inom och utanför Europa. Urvalskriterier såsom land och nationalitet gjordes således inte. Detta kan anses vara en styrka då olika kulturer tagits i beaktning, vilket kan öka tillförlitligheten (Kristersson, 2014). En svaghet med detta är däremot att vården för kvinnor kan se olika ut beroende på vilket land forskning ägt rum samt kulturella skillnader, vilket kan minska graden av överförbarhet (Kristensson, 2014). Artiklar som valdes var publicerade mellan år 2010-2022. En viktig reservation mot detta är att det kan vara en svaghet då studier från 2010 anses vara för gamla vilket kan påverka studiens trovärdighet (Kristersson, 2014).

Elva av artiklarna inkluderade intervjuer med gravida kvinnor och tre med kvinnor som varit gravida och genomgått en förlossning. Deltagarnas ålder i samtliga artiklar varierade mellan 18 och 43 år förutom i en artikel där kvinnorna var under 18 år. Vilket kan anses vara icke etiskt försvarbart i Sverige. Detta eftersom en kvinna ska ha fyllt 18 år i Sverige för att betraktas som vuxen, före detta är det kvinnans förmyndare såsom föräldrar som ska godkänna deltagande i studier. Enligt Kristensson (2014) kan deltagare i vissa fall inte lämna samtycke för att inkluderas i en studie, exempel på detta är barn. I dessa fall sätts särskilda krav och forskningsetiska ställningstaganden. Trots detta valdes denna studie med i resultatet då artikeln tydligt visade att den blivit godkänd av en etisk kommitté. Detta kan anses öka litteraturöversiktens tillförlitlighet eftersom fler åldrar tas i beaktning relaterat till förlossningsrädsla (Forsberg & Wengström, 2016).

Alla artiklar som valdes till resultatet hade fått tillstånd från etisk kommitté. Dessutom styrker Forsberg och Wengström, (2016) detta genom att belysa vikten av att noggranna etiska överväganden ska ha gjorts. Därför har enbart artiklar som är etiskt godkända används, vilket ökar trovärdigheten av litteraturöversikten (Forsberg & Wengström, 2016; Polit & Beck, 2021).

De valda artiklarna har funnits via databaser som Sophiahemmets Högskola har tillgång till. Däremot kan detta begränsa studiens resultat eftersom det inte fanns tillgång till övriga databaser utanför Sophiahemmets Högskola. Om denna tillgång funnits skulle eventuellt resultatet blivit bredare med flera olika aspekter relaterat till förlossningsrädsla (Friberg, 2017).

Datainsamling

Databaserna som användes var PubMed och CINAHL. Artiklarna som inkluderats har hittats i databaser som är inom omvårdnad och medicin. Detta anses styrka trovärdigheten eftersom det är databaser som brukar användas vid omvårdnadsforskning (Polit & Beck, 2021). Detta motiveras eftersom samtliga artiklar behövt genomgå en noggrann kvalitetsgranskning för att få finnas i dessa databaser. Enligt Kristensson (2014) är det studiens syfte som avgör vilka databaser som kommer att användas. Detta eftersom databaser kan ha olika fokus och innehåll. Eftersom det valda syftet var inom ämnesområdet reproduktiv och sexuell hälsa ansågs PubMed och CINAHL vara relevanta för att besvara studiens syfte. Detta är något som kan öka studiens trovärdighet (Polit & Beck, 2021).

Innan sökningsprocessen startade fick författarna en genomgång av respektive databas. Detta är något som Friberg (2017) anser bör användas om möjlighet ges. De booleska termerna "AND" och "OR" ökar en söknings sensitivitet medan "NOT" ökar sökningens specificitet (Kristensson, 2014). Den booleska termen "AND" användes enbart under sökningsprocessen. Däremot utfördes sökningar med de booleska termerna "OR" eller "NOT" men gav för stort utfall av artiklar och inkluderas således inte i resultatet. Dessa sökningar valdes därför att inte presenteras i Tabell 1.

Enligt Kristensson (2014) finns det en risk att samtliga databaser ej innehåller relevant litteratur vilket bidrar till att andra sökvägar behöver tillämpas. Ett exempel på detta kan vara att forskarna behöver söka manuellt eller göra en så kallad "snowballing" som innebär att relevant litteratur hittas med hjälp av referenslistor. Eftersom författarna ville utvidga sin sökning efter relevant litteratur gjordes två manuella sökningar (Kristensson, 2014).

Det finns olika former av söktermer som kallas indexord, fritextsökning och booleska sökoperatörer. Beroende på vilken databas som används finns det olika indexord. Indexord är en etikett eller nyckelord som tilldelas alla artiklar i en databas och som baseras på artikels innehåll. Fördelen med indexord är att sökningen blir mer specifik. I databasen PubMed användes MeSH-termer i litteratursökningen (Kristensson, 2014). I de fall när "Fear of childbirth" inte fanns som indexord användes fritextsökningar. Detta är en form av sökning som inte är bundet till ett indexord vilket kan medföra en ökad risk för att sökningen inte är specifik. Med andra ord kan denna form av sökning ge fler träffar på artiklar som inte är relevant för studiens syfte. Å andra sidan är fördelen med en fritextsökning är att den genererar fler artiklar vilket kan bidra till att relevant litteratur inte går förlorad (Kristensson, 2014). Att det inte fanns något indexord för "Fear of childbirth" påvisar dock vikten av att det behövs mer forskning kring ämnet samt att problemet bör belysas ytterligare.

Genomförandet av sökningarna redovisas i en översiktstabell. Vilket enligt Forsberg och Wengström, (2016) ökar pålitligheten genom att det går att följa hur sökningen av artiklar genomförts. Detta anses styrka chansen till att studiens metod kan användas för att få fram ett liknande resultat.

Dataanalys

En kvalitativ innehållsanalys användes för att kunna identifiera meningsbärande enheter och som sedan kodades in i kategorier med tillhörande underkategorier (Forsberg & Wengström, 2016). Enligt Kristensson (2014) finns det fördelar med denna form av analysmetod eftersom den tar upp återkommande mönster i respektive artikel samt tar fram likheter och olikheter. Detta leder till att forskarna får en djupare förståelse i en text vilket kan anses vara positivt då författarna inte är vana forskare. Den valda analysmetoden ansågs således lämplig att använda eftersom den var lätt att förstå och kunde underlätta arbetsprocessen genom att rätt information kunde granskas i respektive artikel. Detta gjorde att processen blev strukturerad och lätt att följa.

I en litteraturstudie anser Kristensson (2014) att det är positivt om forskarna inleder resultatet med en kort beskrivning av de artiklar som ingår. Det som bör redovisas är studiedesign, metod, kontext och ett övergripligt resultat av artiklarnas kvalitet. Författarna utförde en så kallad artikelmatris där ovanstående punkter redovisas, se Bilaga 2.

Litteraturöversiktens kvalitet säkrades genom att en kvalitetsgranskning utfördes. Detta menar Forsberg och Wengström (2016) ökar tillförlitligheten. En nackdel med kvalitetsgranskningsmallen var att egna tolkningar lättare kunde göras. Detta kan anses vara negativt på litteraturöversiktens tillförlitlighet. För att minska risken för att egna tolkningar togs i beaktning genomfördes kvalitetsgranskningen gemensamt. På detta sätt kunde författarna diskutera och analysera om deras uppfattningar var gemensamma (Forsberg & Wengström, 2016). Detta kan öka litteraturöversiktens trovärdighet och pålitlighet (Polit & Beck, 2021; Kristensson, 2014).

Författarna analyserade respektive resultatartikel var för sig, för att sedan diskutera meningsbärande huvudfynd tillsammans. Under analysprocessen av resultatet togs överensstämmelse till verkligheten i åtanke. Detta betyder att resultatet skulle kunna vara mer överförbart. I kvalitativ forskning bör forskaren ställa sig frågor om graden av överensstämmelse i data som har insamlats (Forsberg & Wengström, 2016). Antalet deltagare i de valda artiklarna varierade från 9 till 1352 deltagare. Det totala antalet deltagare av alla artiklar var 1618 kvinnor. Genom att deltagarna tydligt presenteras kan detta öka överförbarheten (Kristensson, 2014). Överförbarhet handlar om resultatet kan vara giltigt i andra sammanhang än det som representeras i studien. Nio artiklar var ifrån Skandinavien vilket kan öka överförbarheten till dessa länder. Verifierbarheten handlar om hur väl resultatet finns representerat i materialet som samlats in och i vilken utsträckning tolkningar och resultat kan verifieras. Enligt Kristensson (2014) kan verifierbarheten stärkas genom att citat presenteras. Detta är något som författarna använde sig utav i resultatet.

Kvalité

Arbetet granskades av två andra författarpär och av en handledare vid Sophiahemmet Högskola. Under fyra handledningstillfällen utfördes granskningar med fokus på bakgrund, syfte, frågeställningar, resultat och diskussion. Detta bidrog till att författarna fick tillgång till återkoppling om respektive del i det utförda arbetet. Polit och Beck (2021) anser att ha tillgång till en handledare eller flera utomstående för granskning kan öka trovärdigheten i ett arbete. Författarna granskade även två andra författarpärns arbeten vilket bidrog till nya idéer och tankesätt. Detta kan anses öka tillförligheten (Forsberg & Wengström, 2016).

Litteraturoversiktens kvalitet säkrades även genom att författarparet hade en etisk medvetenhet. Detta innebär att studierna skulle ha varit etiskt försvarbara. Samtliga studier redovisade god respekt för kvinnors rättighet där deltagarna blivit informerade om studieprocessen samt fått information om att de får lämna studien när de vill (Kristensson, 2014).

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa kvinnors upplevelse av barnmorskans stöd vid graviditet och förlossning. Barnmorskans stöd visade sig ha en stor betydelse för många kvinnor. Kvinnor rapporterade ett behov av en närvarande och tillgänglig barnmorska, både under graviditet och förlossning. Om en barnmorska var närvarande kunde detta bidra till en minskad rädsla och ett ökat lugn hos ett flertal kvinnor. Vikten av att en kvinna känner sig delaktig och tydligt informerad ansåg ett flertal kvinnor vara viktigt. Rädsla för att förlora kontrollen var enligt många en bakomliggande orsak till deras förlossningsrädsla där vikten av delaktighet kunde resultera i minskad rädsla (Lyberg & Severinsson, 2010). Kvinnor rapporterade även att deras rädsla minskade av barnmorskans stödjande roll. Ett kontinuerligt stöd som bestod av fysisk och psykisk support kunde bidra till en positiv förlossningsupplevelse. Även kortare förlossningsförlopp, mindre risk för kirurgisk intervention och mindre behov av farmakologisk smärtlindring (Alehagen, 2016). Ovanstående fynd diskuteras under rubrikerna: "En barnmorskas närvaro", "En barnmorskas roll vid delaktig och information" och "En barnmorskas stödjande roll".

En barnmorskas närvaro

Resultatet visade att en barnmorskas närvaro kan påverka förlossningsrädsla. Känslor av att känna sig säker och bekräftad var positiva känslor som kvinnor upplevt genom att ha en närvarande barnmorska. När kvinnor kunnat kontakta en barnmorska under sin graviditet via telefon har detta bidragit till ett lugn hos de förlossningsrädda kvinnorna. En barnmorskas närvaro har en betydande roll under en förlossning för att kunna stärka kvinnors självförtroende och motivation. Kvinnor kan på detta sätt uppleva ett större lugn och få kontroll över sin rädsla (Larkin et al., 2012).

Enligt Nilsson och Lundgren (2009) och Larkin et al. (2012) är rädslan för att vara ensam en bidragande orsak till förlossningsrädsla. När kvinnor upplever ensamhet är det ofta i relation till närvaron av vårdpersonal. I de fall när vårdpersonal inte är närvarande blir förlossningsrädslan starkare och kvinnor upplever en större ensamhet (Nilsson & Lundgren, 2009; Larkin et al., 2012). En bakomliggande orsak till att en barnmorskas tillgänglighet inte uppfylls kan vara en pressad arbetsmiljö på sjukhusen (Forster et al., 2008). En stressad och pressad arbetsmiljö ökar således risken för att en barnmorskas närvaro brister vilket i sin tur leder till ett bristande förtroende för kvinnan gentemot vårdpersonalen.

Resultatet visade även att tillgången till en barnmorska med kontinuerlig kontakt kan vara till stor hjälp vid förlossningsrädsla. Barnmorskans tillgänglighet kan leda till att en förtroendeingivande relation skapas mellan kvinnan och barnmorskan. Detta fynd bekräftas i en studie av Hildingsson et al. (2018) som visar att barnmorskans tillgänglighet och närvaro under graviditet, förlossning och postpartum hade en inverkan på kvinnors förlossningsrädsla så att den minskade eller hanteras bättre än tidigare. Studien utfördes genom en så kallad kontinuitetsmodell där kvinnan får vård av en och samma barnmorska

genom hela graviditeten, vilket bidrog till att en förtroendefull relation mellan kvinnan och barnmorskan kunde skapas. Detta visar att en kvinna som får vård av en och samma barnmorska genom hela graviditeten och förlossningen lättare kan vara tillgänglig för den enskilda kvinnan. Under tiden kan även hanteringen av kvinnans rädsla bearbetas genom att relationen till en barnmorska förstärks.

En barnmorskas roll vid delaktighet och information

Vikten av att en barnmorska gav rätt information och lät kvinnan vara delaktig i sin graviditet och förlossning var återkommande i resultatet. Kvinnor rapporterade att rätt information fick förlossningen att upplevas som mer hanterbar. Genom att få rätt information upplevde många kvinnor att de lättare fick kontroll över situationen, både före och efter sin förlossning. Detta resultat bekräftas av Karlström et al. (2015) som beskriver att det är av stor vikt att kvinnan får tillräckligt med information och kunskap för att känna sig involverad i de beslut som tas under en förlossning. I de fall när kvinnor fick ventilera sina förväntningar och fick kunskap om den kommande förlossningsprocessen gav detta positiva känslor i form av en ökad känsla av delaktighet.

Enligt Sjödin et al. (2018) är interaktionen mellan barnmorskan och kvinnan en avgörande faktor för att kvinnan ska känna sig delaktig i beslut. För att kvinnor ska kunna känna sig delaktiga i beslut är en viktig faktor att kvinnan får kommunicera och förmedlasina önsknings och behov. Sjödin et al. (2018) menar att det är känslan av att känna sig delaktig beroende av att kontinuerlig information av en barnmorska ges. Resultatet i föreliggande litteraturöversikt visade att en grundläggande orsak till kvinnors förlossningsrädsla var rädslan för att förlora kontrollen. Kvinnor upplevde en oro för att inte få vara delaktiga i beslut och önskade få kontinuerlig information under både graviditet och förlossning.

Resultatet förtydligade vikten av att kvinnans autonomi blir bekräftad i samhörighet med att en barnmorska tar de beslut som är bäst för kvinnans och barnets hälsa. Under en graviditet och förlossning är kvinnor i en utsatt situation. Kvinnor kan uppleva att de befinner sig i en så kallad beroendeställning gentemot vårdpersonalen. Detta skulle kunna leda till att kvinnor som är gravida lättare löper risk för att bli övertalade och inte vågar ifrågasätta de beslut som tas både under sin graviditet och förlossning. Enligt Sveriges hälso- och sjukvårdslag [HSL] (SFS 2017:30), stadgas i kap 5. 1 § vikten om en människas rätt till autonomi. Detta innebär att en kvinna ska ha rätt till att ge ett så kallat informerat samtycke samt rätten till att vara delaktig i beslut. Vårdpersonal har således en etisk skyldighet till att lyssna på den gravida kvinnans behov samtidigt som en barnmorska ska handla efter vad som anses vara bäst för kvinnans liv och hälsa. Det kan följaktligen uppstå ett etiskt dilemma mellan kvinnans autonomi och vad som barnmorskan anser vara bäst för kvinnans och barnets hälsa. Det är i dessa fall av största vikt att den förlossningsrädda kvinnan känner sig bekräftad och sedd samt att hennes tankar och känslor tas i beaktning (SBU, 2021). Det kan slutligen vara en stor utmaning för en barnmorska att tillgodose dessa behov samtidigt som en barnmorska ska arbeta så evidensbaserat som möjligt.

En barnmorskas stödjande roll

Resultatet av litteraturöversikten visade att om rätt stöd ges vid förlossningsrädsla kan det påverka upplevelsen av rädsla. Kvinnor rapporterade att både fysiskt och psykiskt stöd var avgörande för att kunna hantera sin rädsla. Resultatet visade att rätt stöd kan bidra till positiva upplevelser så som minskat behov av smärtlindring, känna sig mer förberedd och få en ökad motivation. Enligt Sydsjö et al. (2015) kan rätt stöd i form av fysiskt och

psykiskt stöd under en förlossning förkorta förlossningen. I de fall där kvinnor inte fått denna form av stöttning har det visat sig att förlossningsdurationen blir längre. Enligt Rodriguez-Almagro et al. (2019) och Sydsjö et al. (2015) kan kvinnor som inte fått rätt stöd från en barnmorska uppleva negativa känslor. När en barnmorska ger ett bristande stöd kan det leda till en ökad risk för instrumentell förlossning. Detta för att kvinnan inte blir tillgodosedd det stöd hon behöver för att kunna ta sig igenom en förlossning, vilket kan leda till ett sämre självförtroende och en ökad rädsla.

Resultatet visade även att socialt och känslomässigt stöd under förlossningen kan ge kvinnor motivation och självförtroende för att föda vaginalt. Enligt Firouzan et al. (2020) har kvinnor fått minskad förlossningsrädsla och ett ökat självförtroende genom att tidigt under graviditeten få individuellt stöd från en barnmorska. Stödet har bestått av kontinuerlig rådgivning via telefon där kvinnan har fått prata om sin rädsla och fått verktyg för att hantera sina känslor och tankar. Rätt stöd kan således bidra till fler vaginala förlossningar och färre önskemål om elektiv kejsarsnitt utan medicinsk indikation (Firouzan et al., 2020). Enligt SBU (2021) kan förlossningsrädsla leda till större vårdbehov och högre sjukvårdskostnader. I dagens läge finns det ännu inte tillräckligt med dataunderlag för att kunna bekräfta detta samband. Det behövs således ytterligare forskning och mer evidens. Denna litteraturöversikts resultat belyser dock vikten av att en barnmorskas stöd kan leda till färre önskningar om elektiv kejsarsnitt utan medicinsk indikation.

Resultatet visade att kvinnor upplevde en minskad rädsla när barnmorskan guidade dem genom förlossningen. Betydelsen av att bli instruerade och samtidigt få information uppfattades som stödjande under förlossningen. Enligt Lyckestam-Thelin et al. (2014) att om barnmorskan delar sin kunskap kan ett förtroende skapas. Kvinnor som har tillit och förtroende för sin barnmorska upplever det stödjande att barnmorskan tar ansvaret och vägleder kvinnan genom förlossningen.

Resultatet visade att en del kvinnor upplevde att barnmorskan inte hade tillräcklig kunskap för att kunna hantera kvinnors förlossningsrädsla. Enligt Barnmorskeförbundet, (2018) ska barnmorskan självständigt kunna bedöma och ge stöd för förlossningsrädda kvinnor. Barnmorskans förhållningssätt kan påverkas genom olika faktorer vilket i sin tur kan påverka stödet barnmorskan ger till den förlossningsrädda kvinnan. Vidare beskriver Svenska barnmorskeförbundet, (2018) att barnmorskan genom sin profession har ett ansvar med sina kunskaper, färdigheter, förmågor och förhållningssätt att hjälpa den förlossningsrädda kvinnan.

Slutsats

Utifrån denna litteraturstudies resultat har det framkommit att kvinnor med förlossningsrädsla upplever ett behov av stöd. Kvinnor önskar att barnmorskan är tillgänglig, tillgodoser deras önskemål och ger ett individanpassat stöd. I de fall där barnmorskan inte var tillgänglig rapporterade kvinnor att deras rädsla ökade. Studiens resultat kan således bidra till en ökad medvetenhet hos barnmorskor. Om barnmorskor har en ökad medvetenhet och kunskap om förlossningsrädsla ökar möjligheten att vården kan individanpassas. Detta kan bidra till en ökad trygghet och tillit, en mindre önskan om elektiv kejsarsnitt samt en mer positiv förlossningsupplevelse för kvinnor.

Klinisk tillämpbarhet

Litteraturöversiktens resultat kan bidra till ökad kunskap om förlossningsrädda kvinnors upplevelser av barnmorskans stöd vilket kan bidra till att förlossningsrädsla minskar och ökar chanserna till att få en positiv förlossningsupplevelse. Om en barnmorska ger individuellt stöd och tillgodoser kvinnans önskemål och behov kan kvinnor uppleva förlossningsrädslan som hanterbar. Ett individuellt stöd efterfrågas av många kvinnor för att hantera sin förlossningsrädsla. Trots detta erbjuds sällan ett individuellt stöd. Ytterligare forskning och kunskap bör således efterfrågas och uppmärksammas. Detta för att kunna öka chanserna till att fler kvinnor bemästrar sin förlossningsrädsla och får en positiv förlossningsupplevelse.

REFERENSER

Alehagen, S. (2016). Förlossningsrädsla. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A. (red.) (2016). *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde* (s. 407-413). (Upplaga 1). Lund: Studentlitteratur.

Backman, J. (2016). *Rapporter och uppsatser*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a Systematic Literature Review in Nursing: A step-by-step guide*(2 uppl.). Open University Press.

Byrne, J., Hauck, Y., Fisher, C., Bays, S. & Schutze, R. (2013). Effectiveness of a Mindfulness- Based Childbirth Education Pilot Study on Maternal Self-Efficacy and Fear of Childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(2), 192-197.
Doi:10.1111/jmwh.12075

Björklund, U., Ellis, J., Baummann Gustafsson, B., Hammarström, M., Lilliecreutz, C., Nieminen, K., Nordström, L., & Ryding, EL. (2017). *Förlossningsrädsla*. (ARG-rapport,77). SFOG.

Caldwell, K., Henshaw, L., & Taylor, G. (2011). Developing a framework for critiquing health research: an early evaluation. *Nurse education today*, 31(8), e1–e7.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.11.025>

De Jonge, A., Stuijt, R., Eijke, I., & Westerman, M. J. (2014). Continuity of care: what matters to women when they are referred from primary to secondary care during labour? a qualitative interview study in the Netherlands. *BMC pregnancy and childbirth*, (14),103.
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-103>

Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D. K., Smith, J., & Gamble, J. (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: a qualitative investigation. *Midwifery*, 31(1), 239–246. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.003>

Firouzan, L., Kharaghani, R., Zenoozian, S., Moloodi, R., & Jafari, E. (2020). The effect of midwifery led counseling based on Gamble's approach on childbirth fear and self-efficacy in nulligravida women. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 522.
<https://doi.org/10.1186/s12884-020-03230-1>

Fobi. (u.å.) I Nationalencyklopedin. Hämtad 27 januari, 2022, från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/fobi>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Forster, D. A., McLachlan, H. L., Rayner, J., Yelland, J., Gold, L., & Rayner, S. (2008). The early postnatal period: Exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*,8, 27.
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-8-27>

- Haines, H., Pallant, J. F., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2011). Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*, 27(4), 560–7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.004>
- Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., Lukasse, M., & Bidens Study Group (2017). Factors related to a negative birth experience - A mixed methods study. *Midwifery*, 51, 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.004>
- Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A., & Haines, H. (2018). Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16 (2018), 50-55. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575617303178?via%3Dih>
- Hofberg, K., & Ward, M. R. (2003). Fear of pregnancy and child birth. *Post Graduate Med. J.* 79, 505–510. 10.1136/pmj.79.935.505
- Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC pregnancy and childbirth*, 15, 251. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0683-0>
- Kennedy, P., & Kodate, N. (2015). *Maternity services and policy in an international context: risk, citizenship and welfare regimes*. Routledge: 2015. s301.
- Kristensson, J. (2014) *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2012). ‘Not enough people to look after you’. An exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery*, 28, 98– 105. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.007>
- Larsson, B., Hildingsson, I., Ternström, E., Rubertsson, C., & Karlström, A. (2019). Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 32(1), e88–e94. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.008>
- Larsson, B., Karlström, A. Rubertsson, C. & Hildingsson, I. (2016). Counseling for childbirth fear – a national survey. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 8, 82-87. [Doi.org/10.1016/j.srhc.2016.02.008](https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.02.008)
- Larsson, B., Rubertsson, C., & Hildingsson, I. (2020). A modified caseload midwifery model for women with fear of birth, women's and midwives' experiences: A qualitative study. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 24, 100504. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100504>
- Lyberg, A., & Severinsson, E. (2010a). Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care - a follow-up study. *Journal of nursing management*, 18(4), 383–390. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01103.x>

- Lyberg, A., & Severinsson, E. (2010b). Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth. *Journal of nursing management*, 18(4), 391–399. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01083.x>
- Lyckestam Thelin, I., Lundgren, I. & Hermansson, E. (2014). Midwives' lived experience of caring during childbirth – a phenomenological study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(2014).113-118. <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.008>
- 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 obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 96(4), 438–446. <https://doi.org/10.1111/aogs.13091>
- Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010). Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 39(3), 298–309. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01139.x>
- Nilsson, C., & Lundgren, I. (2009). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25(2), e1–e9. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.01.017>
- O'Connell, M.A, Leahy-Warren, P, Khashan AS, Kenny, LC, O'Neill, SM. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017(96), 907–920. Doi:10.1111/aogs.13138
- O'Connell M. A, O'Neill, S.M, Dempsey, E, Khashan, A.S, Leahy-Warren, P, Smyth, RMD., & Kenny, LC. (2019). Interventions for fear of childbirth (tokophobia). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5,. 10.1002/14651858.CD013321.
- Okonkwo, N. S., Ojengbede, O. A., Morhason-Bello, I. O., and Adedokun, B. O. (2012). Maternal demand for cesarean section: perception and willingness to request by Nigerian antenatal clients. *Int. J. Womens Health* 4, 141–148. doi: 10.2147/IJWH.S10325
- Onchonga, D., MoghaddamHosseini, V., Keraka, M., & Várnagy, Á. (2020a). Prevalence of fear of childbirth in a sample of gravida women in Kenya. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 24, 100510. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100510>
- Onchonga, D., Várnagy, Á., Keraka, M., & Wainaina, P. (2020b). Midwife-led integrated pre-birth training and its impact on the fear of childbirth. A qualitative interview study. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 25 (2020), 100512. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100512>
- Oro. (u.å.). I Nationalencyklopedin. Hämtad 10 februari, 2022, från [https://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/oro-\(1\)](https://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/oro-(1))
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (Eleventh edition. International edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Region Stockholm Vårdgivarguiden. (2021). *Förlossningsrådsla*. Hämtad 10 februari från, <https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/bmm/riktlinjer/forlossningsradsla/forlossningsradsla.pdf>

Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M., & Gómez-Salgado, J. (2019). Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. *International journal of environmental research and public health*, *16*(9), 1654. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091654>

Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmaki, E., & Saisto, T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age and obstetric history. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *116*(1), 67–73. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02002.x>

Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmaki E, & Saisto T. (2011). Mental health problems common in women with fear of childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*.*118*(9). 1104-11. doi:10.1111/j.1471-0528.2011.02967.x

Ryding E-L, Lukasse M, Van Parys A-S, Wangen, A-M., Karro, H., Kristjansdottir, H., Schroll, A-M., Schei, B & Group, B. (2015). Fear of childbirth and risk of cesarean section: a cohort study in six European countries. *Birth*. *2015*(42). 48- 55. [10.1111/birt.12147](https://doi.org/10.1111/birt.12147).

Sveriges akademikers centralorganisation (SACO). (2021). *Yrken A-Ö: Barnmorska*. Hämtad 12 mars, 2022, från <https://www.saco.se/studieval/yrken-a-o/barnmorska/>

Salomonsson, B., Berterö, C., & Alehagen, S. (2013). Self-efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, *42*(2), 191–202. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12024>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2021). *Förlossningsrådsla, depression och ångest - En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter*. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Hämtad 11 februari: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/forlossningsradsla-depression-och-angest-under-graviditet/?pub=50049&lang=sv>

Slade, P., Balling, K., Sheen, K., & Houghton, G. (2019). Establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC pregnancy and childbirth*, *19*(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2241-7>

Sjödin, M., Rådestad, I., & Zwedberg, S. (2018). A qualitative study showing women's participation and empowerment in instrumental vaginal births. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, *31*(3), e185–e189. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.09.006>

Striebich, S., & Ayerle, G. M. (2020). Fear of childbirth (FOC): pregnant women's perceptions towards the impending hospital birth and coping resources - a reconstructive study. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology*, 41(3), 231–239. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1657822>

Striebich, S., Mattern, E., & Ayerle, G. (2018). Support for a pregnant woman identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia - A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*, 61(2018), 97-115.10.1016/j.midw.2018.02.013

Socialstyrelsen. (2017). *Kejsarsnitt i Svergie 2008-2017: Kriterier som styr beslut om förlossningssätt, samt kartläggning av komplikationer*. Hämtad 11 februari från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-12-6529.pdf>

Svenska barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 3 januari, 2022, från Svenska barnmorskeförbundet, <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>

SFS 2017:30. *Hälso-och sjukvårdslag*. Riksstaden.

Sydsjö, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjörn, L., Bladh, M., & Josefsson, A. (2015). Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC pregnancy and childbirth*, 15, 115. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0548-6>

UNICEF. (2020). *Antenatal care*. Hämtad 27 februari 2022 från <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>

Vetenskapsrådet. (u.å.). *Den europeiska kodexen för forskningens integritet*. Vetenskapsrådet.

World Health Organization. (2016). WHO: recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf>

Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., Mollberg, M., & Patel, H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(1), 1704484. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484>

Wulcan, A. C., & Nilsson, C. (2019). Midwives' counselling of women at specialised fear of childbirth clinics: A qualitative study. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 19, 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.12.001>

Yoosefi Lebni, J., Khalajabadi Farahani, F., Solhi, M., & Ebadi Fard Azar, F. (2021). Causes and Grounds of Childbirth Fear and Coping Strategies Used by Kurdish Adolescent Pregnant Women in Iran: A Qualitative Study. *Journal of reproduction & infertility*, 22(1), 47–56. <https://doi.org/10.18502/jri.v22i1.4995>

Ångest. (u.å.). I Nationalencyklopedin. Hämtad 27 januari, 2022, från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/ångest>

BILAGA 1.

Frågor för kvalitetsbedömning	Beskriv kortfattat egen bedömning	Poäng Nej=0, Delvis=1 och Ja=2
1. Återspeglar titeln studiens innehåll? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		1. 2p 2. 2p 3. 2p
2. Har författarna publicerat något inom samma eller närliggande område? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		1. 2p 2. 2p 3. 2p
3. Sammanfattar abstractet de viktigaste delarna? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		1. 2p 2. 2p 3. 2p
4. Är rationalen/problemformuleringen för studien tydligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		1.2p 2. 2p
5. Är litteraturen i bakgrunden tillräcklig och uppdaterad (vilka år) inom forskningsområdet? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		1. 2p 2. 2p
6. Är syftet för studien tydligt förklarad? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		1. 2p 2. 2p
7. Identifieras och diskuteras alla etiska frågor tillräckligt? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		1. 2p 2. 2p
8. Är metoden identifierad och tillräckligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		1.2p 2. 2p
9. Är designen tydligt beskriven, motiverad samt lämplig? (Kvantitativ studie) Är bakgrunden, designen tydligt beskriven, motiverad och lämplig? (Kvalitativ studie)		1.2p 2. 2p
10. Är det en hypotes tydligt formulerad? Är huvudvariablerna tydligt beskrivna? (Kvantitativ studie) Är de centrala begreppen tydligt beskrivna? (Kvalitativ studie)		1.2p 2. 2p
11. Är kontexten för studien beskrivet? (kvantitativ studie) Är kontexten för studien beskriven? (Kvalitativ studie)		1.2p 2. 2p

- | | |
|--|----------------|
| 12. Är urvalet adekvat beskrivet och representativt för populationen?
(Kvantitativ studie)
Är urvalet av deltagare och datainsamlingsmetoden adekvat beskrivet?
(Kvalitativ studie) | 1. 2p
2. 2p |
| 13. Är metoden för datainsamling valid och reliabel?
(Kvantitativ studie)
Är metoden för datainsamlingen granskningsbar och trovärdig?
(Kvalitativ studie) | 1.2p
2. 2p |
| 14. Är metoden för dataanalys valid och reliabel?
(Kvantitativ studie)
Är metoden för dataanalys trovärdig och tillförlitlig? (Kvalitativ studie) | 1. 2p
2. 2p |
| 15. Är resultaten presenterade på ett lämpligt och tydligt sätt?
(Kvantitativ- och Kvalitativ studie) | 1. 2p
2. 2p |
| 16. Är diskussionen tillräcklig. Diskuteras resultaten i förhållande till tidigare forskning inom området, diskuteras studiens styrkor och svagheter, är diskussionen "objektiv"? | 1.2p
2. 2p |

BILAGA 1.

Författare och titel på artikeln:

Modifierat bedömningsunderlag för att klassificera och kvalitetsbedöma varje enskild vetenskaplig artikel utifrån Caldwell et al, 2011. Klassificering utifrån Polit & Beck 2016/2017 (kryssa i rutan).

Kvantitativa studier

- Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT)/experimentell studie; är prospektiv och innebär att den innehåller en intervention och jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper där fördelningen av deltagarna mellan grupperna har gjorts slumpmässigt (randomiserat).
- Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT)/kvasi-experimentell studie med kontrollgrupp; är prospektiv och innebär att den innehåller en intervention och jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.
- Kvasi-experimentell studie (KE) utan kontrollgrupp; är prospektiv och innehåller en intervention.
- Prospektiv icke-experimentell studie/kohortstudie (P); innehåller ingen intervention, jämförelser görs över tid
- Icke-experimentell studie/korrelationsstudie/observationsstudie/tvärsnittsstudie (IE); innehåller ingen intervention, samband studeras.
- Retrospektiv studie/fall-kontroll studie; jämförelser mellan fall och kontroller (R).

Kvalitativ studie

- Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016/2017). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Bilaga 2. Artikelmatris

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ/ Kvalitet
Fenwick et al 2015 Australien	Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women	Att beskriva källor, svar och moderatorer till förlossningsrädsla hos en grupp gravida kvinnor som bedöms ha höga nivåer av förlossningsrädsla.	Var en kvalitativ studie med deskriptiv design. Data insamlades från material ur en tidigare studie där kvinnor genomfört telefonintervjuer med öppna frågor och samtalen hade spelats in. Datan analyserades genom öppen kodning av materialet för att reducera mängden data och leta efter meningsfulla segment.	(0) bortfall 43 deltagare	Gemensamma teman för först och omfödelskor var otillfredsställda informations- och stödbehov, känslor av förlust av kontroll och bristande input i beslutsfattandet.	30 poäng = mycket god kvalitet.
Henriksen et al 2017 Norge	Factors related to a negative birth experience – A mixed method study	Var att utforska faktorer associerade med en negativ förlossningsupplevelse & beskrivningar från kvinnorna själva.	Var en studie med mixad metod baserad på kvantitativ & kvalitativ data från en kohort studie (Bidens study). Totalt inkluderades data från 1352 norska kvinnor. Insamlingen av data gjordes genom Bidens study's frågeformulär med inkluderande validerade instrument. Resultatet sammanställdes genom korstabulering och	(0) bortfall 1352 deltagare	Resultatet visade att flera kvinnor upplevde att de saknade stöd samt att de inte blivit bemötta med respekt eller inkluderats i beslut. Resultatet visade att uppmärksamhet och omsorg från barnmorskan var viktigt för att förhindra en negativ förlossningsupplevelse.	27 poäng = God kvalitet

			Pearsons chi-kvadrattest som användes för att studera procentsatser och bedöma skillnader i demografi och andra kvoter. Den kvalitativa data analyserades med Braun & Clarke metod.			
Birgitta Larsson et al 2018 Sverige	Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study	Var att utforska kvinnors erfarenheter av barnmorskeledd rådgivning för förlossningsrädsla.	Var en kvalitativ intervjustudie med tematisk analys. Data samlades in från 27 kvinnor med förlossningsrädsla som erhållit rådgivning. Insamlades från tre sjukhus. Intervjuerna utfördes via telefon och analyserades genom tematisk analys för att finna teman i data.	(11) bortfall 27deltagare	Resultatet gav ett övergripande tema som var "Barnmorskeledd rådgivning gav positiva känslor och förbättrat självförtroende vid förlossningen"	35 poäng = Mycket god kvalitet. (K)
Larsson et al 2020 Sverige	A modified caseload midwifery model for women with fear of birth, women's and midwives' experiences: A qualitative study	Var att undersöka hur kvinnor med förlossningsrädsla och deras barnmorskor upplevde vård i en modifierad barnmorskemodell.	Var en kvalitativ intervjustudie med tematisk analys. Deltagarna rekryterades från en pilotstudie där kvinnor som bedömdes ha förlossningsrädsla fick mödra- och förlossningsvård, från en barnmorska som de kände. Åtta kvinnor och fyra barnmorskor intervjuades. Deltagarna intervjuades av	(2) bortfall 14 deltagare	Resultatet fick ihop ett övergripande tema som visade att en ömsesidig relation mellan barnmorskan och kvinnor med förlossningsrädsla gav en känsla av säkerhet.	36 poäng = Mycket god kvalitet. (K)

			en forskningsassistent via telefon och spelades in digitalt. Intervjuerna med barnmorskorna skedde ansikte mot ansikte. Analysen av intervju data utfördes genom identifiering av teman och koder.			
Lyberg & Severinsson <i>a</i> 2010 Norge	Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care - a follow-up study	Var att belysa kvinnors förlossningsrädsla och deras erfarenheter av barnmorskeledda kontinuitetsmodeller före, under och efter graviditet och förlossning	Var en hermeneutisk studie baserad på intervjuer med kvinnor som varit med i en barnmorskeledd kontinuitetsmodell. Intervjuerna transkriberades och utfördes genom kvalitativ innehållsanalys.	(0) bortfall 13 deltagare	Resultatet gav en kategori: "Kvinnans äganderätt till graviditet, förlossning och postnatal vård för att behålla sin självrespekt" med tre underkategorier: "Att vara medveten om barriärer och orsaker till rädsla", "Vara beredd på förlossning" och "Att bli delaktig och behandlad med respekt av barnmorskan".	32 poäng = Mycket god kvalité

<p>Lyberg & Severinsson <i>b</i></p> <p>2010 Norge</p>	<p>Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced</p> <p>by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth</p>	<p>Var att beskriva barnmorskors handledningsstil och ledarskapsroll som upplevs av gravida kvinnor och nyblivna mödrar i sammanhang av en rädsla för förlossning.</p>	<p>Var en explorativ forsknings design med kvalitativ metod. Urval av deltagare var kvinnor som varit med i en tidigare studie. Inbjudan via brev till 25 kvinnor som hade haft minst 3 individuella möten med en av barnmorskorna. Datasamling genom intervjuer som 13 kvinnor slutförde, intervjuerna var mellan 40-90 minuter och hade öppna frågor. Analysen utfördes genom kvalitativ tolkningsanalys utifrån två frågeställningar.</p>	<p>(12) bortfall 13 deltagare</p>	<p>Resultaten visade att barnmorskornas handledningsstilar var relaterade till deras förmåga att skapa en förtroendefull och omtänksam relation, visa problemlösningsförmåga och visa vilja, beredskap och mod att stödja kvinnorna. Barnmorskornas ledarskapsroll beskrevs som att involvera en avgörande uppsättning professionella ledningsfärdigheter och -tekniker.</p>	<p>32 poäng = Mycket god kvalitet. (K)</p>
<p>Nilsson et al</p> <p>2010 Sverige</p>	<p>Previous birth experience in women with intense fear of childbirth</p>	<p>Var att undersöka hur erfarenheter från tidigare förlossning bidragit till förlossningsrädsla och hur det påverkar kvinnans dagliga liv.</p>	<p>Deskriptiv, fenomenologisk design. Deltagare i studien tillfrågades på en Auroramottagning. Kvinnorna var gravida med en tidigare negativ förlossningsupplevelse.</p>	<p>(0) bortfall 9 deltagare</p>	<p>Tidigare förlossningsupplevelse för kvinnor med svår förlossningsrädsla har inflytande på nästa förlossning. Resultatet visade att tillgång till en barnmorska under hela förlossningen gör det lättare för kvinnan att vara närvarande i sin förlossning.</p>	<p>32 poäng = Mycket god kvalitet (K)</p>

<p>Onchonga et al 2021 Kenya</p>	<p>Does institutional maternity services contribute to the fear of childbirth? A focus group interview study</p>	<p>Var att förstå uppfattningar och erfarenheter av nyblivna mödrar med diagnosen förlossningsrädsla i Kenya.</p>	<p>Var en kvalitativ design som var en del av en större RCT-studie i Kenya.</p> <p>Urval av kvinnor var de som ingick i huvudstudien och genomfördes på ett remiss-sjukhus i Kenya på kvinnor med hög FOC. Screenades under gravid vecka 32 genom W-DEOQ och skulle ha över 66 poäng. Kvinnorna fick därefter frågan om att delta i intervju. 46 kvinnor tackade ja.</p> <p>Datansamling genom fokusgrupp intervjuer genomfördes på 29 kvinnor som slutförde intervjuerna.</p> <p>Dataanalys utfördes genom en tematisk analysmetod.</p>	<p>(17) bortfall 29 deltagare</p>	<p>Resultatet visade att de förlossnings åtgärder som erbjöd från sjukhuset bidrog direkt och indirekt till kvinnornas förlossningsrädsla. Det direkta orsakerna inkluderade oavsiktliga kejsarsnitt, svåra och långvariga värkar och en negativ attityd hos vårdpersonalen. Indirekt var utmaningarna och upplevelsen av vården på förlossningsavdelningarna. Resultatet visade även brister i mänskliga och fysiska resurser, bristande kognition, respekt, värdighet och otillräckligt känslomässigt stöd.</p>	<p>35poäng = Mycket god kvalitet. (K)</p>
<p>Salomonsson et al 2012 Sverige</p>	<p>Self-efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth.</p>	<p>Var att testa konceptet av self-efficacy inför förlossning gällande svår förlossningsrädsla</p>	<p>Var en kvalitativ design med semistrukturerade intervjuer. Ett bekvämlighetsurval av 17 gravida kvinnor, 19-38 år med svår förlossningsrädsla. Intervjuerna analyserades enligt innehållsanalys med deduktiv och induktiv metod.</p>	<p>(10) bortfall 17 deltagare</p>	<p>Beteenden för att hantera förlossningen resulterade i 6 huvudkategorier av själveffektivitet vid förlossningen: koncentration, stöd, kontroll, motorik/avslappning, självpupmuntran och andning. Dessa beteenden var kopplade till förmågan att utföra (self-efficacy expectancy) snarare än till tro på effektivitet</p>	<p>32 poäng = Mycket god kvalite. (K)</p>

					(outcome expectancy). Ytterligare fem undergrupper definierades inom förlossnings egenskaper.	
Slade et al 2019 England	Establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives	Var att systematiskt identifiera nyckelelement för förlossningsrädsla som kvinnor själva rapporterar det.	Var en kvalitativ design. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med gravida kvinnor med förlossningsrädsla samt telefonintervjuer med barnmorskor som jobbade med förlossningsrädda kvinnor. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Data analyserades genom en tematisk analys. Resultatet av intervjuerna granskades tillsammans med en publicerad metasyntes.	(0) bortfall 23 deltagare	Resultatet identifierade sju teman som bland annat var "Rädsla för att inte kunna kontrollera smärtan". "Rädsla för att inte kunna påverka beslut som tas under förlossningen". "Rädsla för att bli ensam".	36 poäng = Mycket god kvalitet. (K)
Striebich & M. Ayerle. 2020 Tyskland	Fear of childbirth (FOC): pregnant women's perceptions towards the impending hospital birth and coping resources – a reconstructive study	Var att undersöka vad som påverkar kvinnor med FOC och hur det är i förhållande till föregående förlossning och vilka faktorer som spelar roll för att övervinna sina rädslor.	Var en kvalitativ design med en hermeneutisk forskningsansats. Urvalet av deltagare var att inkludera kvinnor som representerade ett brett spektrum av FOC genom strategiskt och planerat urval. Datainsamling genom individuella problemcentrerade intervjuer som varade ca 74minuter. Dataanalys utfördes efter varje enskild interjuv genom	(16) bortfall 12 deltagare	Resultatet visade teman som identifierats och samt att det förstärks genom citat. Den första kategorin var "Födelse mellan naturlighet och medikalisering" (orienteringsmönster) och den andra kategorien omfattar tre hanteringsresurser (mönster av handlingsorientering) hos	31 poäng= Mycket god kvalitet. (K)

			dokumentär metod (DM) med möjlighet att förklara handlings och beteendemönster.		kvinnor med förlossningsrädsla.	
Ternström et al 2015 Sverige	Pregnant women's thoughts when assessing fear of birth on the Fear of Birth Scale	Var att rapportera vad kvinnor i mitten av graviditeten tänker när de bedömer rädsla för födsel.	Var en kvalitativ design med semi-strukturerade intervjuer. Urval av deltagare rekryterades vid den rutinmässiga ultraljudsundersökningen. Ett målinriktat urval användes av 33 kvinnor med varierade FOBS-poäng. Datainsamling gjordes på 31 kvinnor genom frågeformulär och intervjuer om deras tankar och känslor. Dataanalys utfördes genom en innehållsanalys. Intervjuerna transkriberades ordagrant kort efter att intervjuerna genomfördes.	(2) bortfall 31 deltagare	Resultatet visade att kvinnorna beskrev oro som ospecifika känslor och tankar ofta med en negativ ton. Rädsla beskrevs som en stark känsla kopplad till något specifikt. Kvinnorna förklarade strategier som hjälpte dem hantera sin rädsla under förlossningen samt vad som påverkade deras rädsla och oro.	32 poäng = Mycket god kvalitet (K)
Wahlbeck et al 2017 Sverige	Gaining hope and self-confidence— An interview study of women's experience of treatment by art therapy for severe fear of childbirth	Var att belysa upplevelsen av att genomgå konstterapi hos kvinnor med svår förlossningsrädsla.	Var en kvalitativ design med induktiv ansats. Kvinnor hade erhållit konstterapi individuellt eller i grupp som ett komplement till rådgivning som gavs från en grupp barnmorskor. Detta var en del av behandling vid svår förlossningsrädsla.	(0) bortfall 20 deltagare.	Resultatet visade ett huvudtema "Få hopp och självförtroende" och tre underteman. "Att bära tungt bagage", "Skapa bilder som en katalysator för helande" och "Få nya insikter och förmågor". Genom att använda bilder och färger fick kvinnorna tillgång till svåra känslor	31 poäng= Mycket god kvalitet (K).

			Urval av deltagare fick förfrågan efter att de gjort en tidigare RCT-studie. Kvinnorna skulle ha en identifierad FOC. Datansamling genomfördes genom interjuver på 20 deltagare, där en bandad intervju förstördes där av 19 interjuver. Dataanalys utfördes med en fenomenologisk hermeneutisk metod.		och målandet hjälpte dem att visualisera dessa känslor och fungerade som en katalysator under läkningsprocessen.	
Yoosefi Lebni et al 2020 Iran	Causes and Grounds of Childbirth Fear and Coping Strategies Used by Kurdish Adolescent Pregnant Women in Iran: A Qualitative Study	Var att upptäcka orsaker och skäl till förlossningsrädsla och coping strategier bland unga gravida kvinnor i Iran.	Var en kvalitativ design. Genomfördes på 15 gravida kvinnor som valdes ut genom målinriktat urval på utvalda sjukhus där studien genomfördes. Data samlades in genom semi-strukturerade interjuver som spelades in. Datamättnad uppfylldes efter 15 interjuver. Data analyserades genom innehållsanalys utifrån Graneheim and Lundman metod.	0 bortfall (15) deltagare	Två huvudkategorier framkom i resultatet ”Rädsla för förlossning” med tillhörande underkategorier. Den andra kategorin var ”strategier för att minska förlossningsrädsla” med relevanta underkategorier. Kvinnans rädsla kan minskas genom ökad trygghet.	22 poäng = God kvalitet (K)

Källa matris: Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006, sid 84). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.