

**FÖRLOSSNINGSRÄDDA KVINNORS UPPLEVELSER OCH
ERFARENHETER AV GRAVIDITET OCH FÖRLOSSNING**

En litteraturöversikt

**EXPERIENCES FROM WOMEN WITH FEAR OF CHILDBIRTH OF
PREGNANCY AND BIRTH**

A literature review

Barnmorskeprogrammet
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 2022-08-26
Kurs: Ht21

Författare:
Evelina Tillenius

Madeline Hjerpe

Handledare:
Birgitta Larsson

Examinator:
Ingela Rådestad

SAMMANFATTNING

Med förlossningsrädsla menas en rädsla inför förlossning och barnafödande. Förlossningsrädsla kan innefatta rädsla för det egna livet och barnets liv i samband med förlossningen, och rädsla kring den egna förmågan att föda barn. Förlossningsrädsla förekommer hos 14 procent av kvinnor globalt, och med liknade frekvens bland kvinnor i Sverige. Förlossningsrädsla delas upp i lätt, måttlig, svår och fobisk rädsla, och är antingen primär eller sekundär. Primär förlossningsrädsla innebär att kvinnor upplever rädsla och obehag innan de genomgått en förlossning, och sekundär förlossningsrädsla uppkommer efter upplevelsen av en förlossning, vilket leder till att kvinnor blir rädda för att bli gravida och föda igen. Förutom att förlossningsrädsla kan påverka kvinnor psykiskt under graviditeten kan förlossningsförloppet, utfallet och tiden efter förlossningen också påverkas negativt. Syftet med litteraturöversikten var att belysa förlossningsrädda kvinnors upplevelser och erfarenheter av graviditet och förlossning.

Metoden som användes var en litteraturöversikt baserad på 15 vetenskapliga artiklar med kvalitativ och kvantitativ ansats. Databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO. Analysen utfördes utifrån Fribergs tre analyssteg för allmän litteraturöversikt och en kvalitetsgranskning har gjorts enligt underlag från Caldwell et al.

Artiklarna som inkluderades i resultatet till litteraturöversikten hade ursprung från Sverige, Tyskland, Storbritannien, Turkiet, Iran, Thailand, Japan, Australien, USA, Kanada och Kenya, och baseras totalt på 707 deltagande kvinnor. Resultatet redovisas i fyra kategorier: Rädslor relaterade till förlossningsförloppet, Förlossningsrädslans oförutsägbarhet, Förlossningsrädslans konsekvenser samt Yttre faktorer som påverkar förlossningsrädslan. Kvinnor uttryckte rädsla för smärta, att inte ha förmåga att föda, och för interventioner och komplikationer i samband till förlossningen. Även rädsla för att inte ha kontroll över förlossningen eller veta hur den skulle bli uttrycktes. Kvinnor beskrev också hur de påverkades av förlossningsrädslan under graviditet och efter förlossningen genom symptom och mående. Stöd, information och vården kunde ha både positiv och negativ inverkan på förlossningsrädslan beroende på hur förlossningsrädslan yttrades.

Slutsatsen av litteraturöversikten var att förlossningsrädsla kunde härledas till faktiska ting och skeenden under förlossningen, men också från ovissheten och oförutsägbarheten som en förlossning innebär. Historier och bilder från andra förlossningar var ofta grunden för rädsla bland förstfödorskör, och jobbiga upplevelser från tidigare förlossningar bland omfödorskör. Att få bra och adekvat information och stöd från vårdpersonal och anhöriga kunde ha en lindrande effekt på förlossningsrädslan. Att lida av psykisk ohälsa under graviditet och postpartum var något som yttrades hos kvinnorna, och att få stöd och behandling för detta är därför av vikt.

Nyckelord: Förlossning, förlossningsrädsla, graviditet, upplevelse

ABSTRACT

The definition of fear of childbirth entails fear of labour and childbirth, fear for one's own life and the baby's life during labour, and birth, and fear of one's own ability to give birth and how to manage the situation. Statistically, fear of childbirth is found at 14 percent of women globally, and the frequency is similar among women in Sweden. Fear of childbirth can be divided into low, moderate, severe and phobic fear, and is either primary or secondary. Primary fear of childbirth means that women experience fear and discomfort previous to having been through a labour, while secondary fear of childbirth originates from the experience of labour and childbirth and women therefore fear becoming pregnant and giving birth again. Fear of childbirth can not only affect women through mental illness during the pregnancy, but it can also affect the course of delivery, the outcome of delivery and the time after delivery negatively. The aim of this review was to describe the experiences of women who suffer from fear of childbirth during pregnancy and labour.

The method that has been used in this paper was a literature review based on 15 scientific articles with qualitative and quantitative approaches. The collection of data was carried out in the databases PubMed, CINAHL and PsycINFO. The analysis of data was made according to Friberg's three steps of analysis of reviews, and the quality of data was reviewed according to Caldwell et al.

The articles used originated from Sweden, Germany, United Kingdom, Turkey, Iran, Thailand, Japan, Australia, USA, Canada and Kenya, and had a sum of 707 female participants in total. The result is presented in four categories: Fears expressed in relation to labour, The unpredictability of labour, Consequences of Fear of Childbirth, External aspects that affects Fear of Childbirth. Women expressed fear of pain, not having the ability to give birth, interventions and complications due to labour. Fear of not being in control of the labour or knowing the outcome of the delivery was also expressed. Women described how they were affected by fear of childbirth during pregnancy and after the delivery through symptoms and being. Support, information and the health care could have both positive and negative effects on fear of childbirth due to its manifestation.

In conclusion, the literature review demonstrated that Fear of Childbirth originated from actual events and experiences during labour, but also from the uncertainty and unpredictability that labour entail. Stories and images from other women's child births were, commonly, the basis of fear among primiparous women and enduring experiences from previous child births among multiparous. Receiving adequate information and support from medical staff and relatives could have a soothing effect on Fear of Childbirth. To suffer from mental illness during pregnancy and postpartum were mentioned by women, and therefore, receiving support and treatment of Fear of childbirth is of great importance.

Keywords: Experience, Fear of Childbirth, labour, pregnancy

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Oro och rädsla	1
Förlossningsrädsla	1
Kejsarsnitt utan medicinsk indikation.....	4
Barnmorskans kompetensbeskrivning och arbetsfält i Sverige.....	4
Identifiering av förlossningsrädsla	5
Handläggning.....	5
Lagstiftning och lika vård	6
Problemformulering.....	7
SYFTE	7
Frågeställningar.....	7
METOD	7
Ansats och design.....	7
Urval	8
Datainsamling.....	8
Dataanalys	10
Forskningsetiska övervägande	10
RESULTAT	12
Rädslor relaterade till förlossningsförloppet.....	12
Förlossningens oförutsägbarhet.....	15
Förlossningsrädslans konsekvenser	16
Yttre faktorer som påverkar förlossningsrädsla	17
DISKUSSION	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	22
Slutsats	26
Klinisk tillämpbarhet	26
REFERENSER	27

Bilaga 1-Kvalitetsgranskning

Bilaga 2-Artikelmatis

INLEDNING

I alla tider har förlossning varit en potentiell fara för hälsa och liv för mor och barn, men i Sverige idag då både hälsan hos kvinnor är generellt god och förlossningsvården utvecklats, är medicinskt allvarliga komplikationer i förlossningsvården sällsynta. I Sverige är förlossningsvården säker, och såväl mödradödligheten som den neonatala dödligheten är låg. Trots detta lider många kvinnor i Sverige av förlossningsrädsla. En del kvinnor har alltid burit på en rädsla för förlossning, andra har drabbats av rädsla under en pågående graviditet, och för vissa har rädslan uppstått efter en tidigare förlossning där upplevelsen varit jobbig eller traumatisk. Att vara nervös och känna oro inför en stundande förlossning är normalt, det är dock viktigt att barnmorskor kan identifiera oro som övergår till ett lidande.

Förlossningsrädslan kan påverka kvinnor så starkt att den kan ta över kvinnans liv och livsval, som att inte skaffa barn även fast det finns en önskan om det. Barnmorskan har en nyckelroll inom mödravården att identifiera förlossningsrädsla och bör därför vara väl insatt och utbildad inom ämnet, för att kunna bidra till en bättre vård och stöd. I litteraturöversikten kommer begreppet förlossningsrädsla beskrivas och konsekvenser av förlossningsskada kommer att förklaras. Vidare kommer barnmorskans roll för kvinnor med förlossningsrädsla förklaras och hur handläggandet av den förlossningsrädda kvinnan går till. Därefter kommer resultatet i litteraturöversikten skildra vad förlossningsrädda kvinnor har för upplevelser och erfarenheter av graviditet och förlossning, utifrån aktuell forskning inom området förlossningsrädsla.

BAKGRUND

Oro och rädsla

Oro och rädsla brukar definieras som två likartade känslor på så sätt att de betraktas som en reaktion på av individen uppfattade faror och hot i tillvaron. Rädsla är en kortvarig intensivare känsla, medan oron brukar vara en långvarig men mer vag och diffus obehagskänsla. Rädsla är en reaktion på ett uppfattat hot, när oro handlar mer om att personen lägger ihop flera negativa tankar om framtiden som därefter skapar en negativ känsla inför det personen står inför (Eriksson, 2006). När en person utsätts för kraftig rädsla startar fysiska reaktioner i kroppen. Personens uppmärksamhet minskar, fokus förflyttas till det påtagliga hotet och kroppen gör sig redo för att fly eller bekämpa faran. Oron och ångesten stiger hos personen vilket samtidigt triggar stresshormoner i kroppen som kortisol, adrenalin och noradrenalin. Dessa stresshormoner kan i sin tur påverka en kvinnas förlossning (Alehagen, 2016). Att uppleva oro och rädsla inför en stundande händelse kan vara användbart för att det ger möjlighet till att förbereda sig inför händelsen. Det kan även bli ett hinder om oron och rädslan blir för dominant och personen upplever att den inte har möjlighet att påverka sin situation (Eriksson, 2006).

Förlossningsrädsla

Förlossningsrädsla är ett komplext begrepp, och konsensus saknas i hur det ska definieras (SBU, 2021, O'Connell et al., 2017; Nilsson et al., 2018). Förlossningsrädsla har av Eriksson, Westman et al. (2006) förklarats som rädsla för själva förlossningen och förlossningsprocessen men även rädsla för barnets liv och hälsa, kvinnans egna liv och hälsa, rädsla kring egna förmågor och hur en ska reagera under förlossning. Det kan också vara rädslor om vilket stöd som partnern kommer ge men även rädslor kring hur personalen på sjukhuset kommer bemöta kvinnan samt vilken kompetens vårdpersonalen besitter (Ericsson,

Westman, et al., 2006). Larkin et al. (2009) beskriver att kvinnans upplevelse av graviditet och förlossning är individuell, liksom känslorna de kan känna inför detta. Känslorna kan även förändras över tid vilket gör upplevelsen av graviditet och förlossning komplex.

Rädslan inför förlossningen kan variera från ingen rädsla alls till oerhörd stark ångestframkallande rädsla. Förlossningsrädsla delas oftast in i lätt, måttlig och svår rädsla. Lätt förlossningsrädsla innebär en oro inför förlossningen som kvinnan kan hantera, och ger möjlighet för kvinnan att förbereda sig. Måttlig förlossningsrädsla definieras som en oro som kvinnan kan ha svårt att kontrollera och hantera utan att få hjälp och stöd, men rädslan bidrar inte till konstant psykisk nedsättning i välbefinnandet. Svår förlossningsrädsla definieras som en rädsla inför, under och efter förlossning som leder till att kvinnan inte vågar bli gravid, föda barn vaginalt, och bidrar till psykisk ohälsa som påverkar kvinnans vardag och/eller funktion i vardagen. Svår förlossningsrädsla kan även leda till begäran om kejsarsnitt utan medicinsk indikation från kvinnan (Ryding, 2017). Förlossningsfobi, eller tokofobi, innebär en fobisk rädsla som leder till att kvinnan undviker graviditet eller vaginal förlossning (Sydsjö et al., 2013; Striebich et al., 2018; Ryding, 2017). Kvinnorna kan även välja att avbryta en normal graviditet genom abort, dölja sin graviditet eller förneka att de är gravida då de inte kan hantera sina känslor kring graviditeten (Gutteridge, 2013).

Förlossningsrädsla kan vara primär eller sekundär (SBU, 2021). Primär förlossningsrädsla uppkommer hos förstföderskor på grund av rädslan inför något nytt och något okänt som de inte tidigare upplevt. Sekundär förlossningsrädsla uppkommer hos omföderskor och baseras på tidigare upplevelser av förlossning. Kvinnorna har alltså fött ett eller flera barn tidigare, och blir sedan rädda att föda igen (SFOG, 2017). Fler förstföderskor är rädda än omföderskor, men förlossningsrädslan är oftast svårare bland omföderskor (Ryding, 2017). Wigert et al. (2020) beskriver i sin metasyntes om förlossningsrädsla att vissa kvinnor inte varit rädda under sin graviditet, men efter att ha varit med om en negativ upplevelse under sin första förlossning blivit rädda för förlossning som en konsekvens av detta. Vidare beskriver Nilsson et al. (2010) i sin studie att kvinnornas minnen från en tidigare förlossning satt fastetsad i tankarna och gav upphov till känslor av ensamhet, rädsla och en bristande tro på den egna förmågan att föda barn, samt även ett bristande förtroende för mödrahälsovården.

Prevalens

Globalt uppges 14 procent av kvinnor ha en svår förlossningsrädsla (O'Connell et al., 2017) och cirka två procent av kvinnor lida av den fobiska rädslan (Demšar et al., 2018; Alehagen, 2016). Dock kan det röra sig om ett större antal eftersom en del kvinnor undviker att bli gravida på grund av den fobi de lider av (Alehagen, 2016). Förlossningsrädsla varierar mellan olika världsdelar och uppskattas från åtta procent i Europa till 25 procent i Asien (O'Connell et al., 2017). I Skandinavien uppskattas prevalensen till 12 procent (O'Connell et al., 2017) och i Sverige kring 14 procent (O'Connell et al., 2017; Nilsson et al., 2018). Statistik visar även att antalet kvinnor som är förlossningsrädda ökar i Sverige, men att det är den sekundära förlossningsrädslan som ökar mest (Heli & Svensson, 2017). Utlandsfödda kvinnor bosatta i Sverige är i större utsträckning drabbade av förlossningsrädsla, och statistik visar att rädslan i den gruppen är dubbelt så stor som hos svenskfödda kvinnor (Ternström et al., 2015). Förlossningsrädsla bland partners till gravida kvinnor uppskattas vara kring 13 procent i Sverige, vilket är ungefär lika mycket som bland de förlossningsrädda kvinnorna (Eriksson et al., 2005).

Riskfaktorer

Riskfaktorer för att utveckla förlossningsrädsla kan vara ångestbenägenhet, depression, dålig självkänsla, förhöjt kontrollbehov, bristande socialt stöd, dålig relation med partnern, tidigare traumatisk förlossning och tidigare erfarenheter av sexuella övergrepp (Ryding, 2017). Psykosocial ohälsa är överrepresenterat bland kvinnor med förlossningsrädsla och stark förlossningsrädsla hör ofta ihop med tidigare svår psykosocial ohälsa som exempelvis posttraumatiskt stressymptom, stress och ångest (Dencker et al., 2019). I en norsk studie fann de att över 90 procent av kvinnorna i studien som nu led av förlossningsrädsla tidigare hade varit besvärade av depression eller ångest samt att 24 procent hade gått i behandling för sin psykiska ohälsa (Nerum et al., 2006). Tidigare erfarenheter av missfall och aborter utgör också riskfaktorer för förlossningsrädsla (Räisänen et al., 2014). Bland sociodemografiska faktorer utgör låg utbildning, låg ålder, arbetslöshet och bristande socialt nätverk risker för att drabbas av förlossningsrädsla (Alehagen, 2016).

Konsekvenser av förlossningsrädsla

Förlossningsrädsla är inte bara ett problem i sig utan kan även påverka graviditeten, förlossningsförloppet och tiden efter förlossningen. Under graviditeten kan känslor som utanförskap och otillräcklighet uppstå bland de förlossningsrädda kvinnorna då de inte känner att de kan leva upp till "idealbilden" av en lycklig, gravid kvinna (Alehagen, 2016). Vidare beskriver Nieminen et al. (2017) att gravida med förlossningsrädsla oftare behöver uppsöka vård för psykisk ohälsa under graviditeten, samt att de är sjukskrivna mer än kvinnor som inte lider av förlossningsrädsla (Nieminen et al., 2017). Kvinnor med förlossningsrädsla som upplever skuld och skam kring detta kan ha svårt att samtala med sin partner eller sin barnmorska om förlossningsrädslan. Detta kan i sin tur leda till att information, stöd och behandling för förlossningsrädslan uteblir. Kvinnorna kan därför också vara sämre förberedda inför förlossningen om de inte tagit del av förberedande utbildning på mödravården (Salomonsson, 2010). Kvinnor med en mycket kraftig förlossningsrädsla eller tokofobi kan under sin graviditet helt undvika besök på mödravården, avstå undersökningar och ultraljud, mentalt blockera och ignorera fosterrörelser, eller till och med förneka sin graviditet (Gutteridge, 2013).

Under förlossningen kan förloppet förlängas och komplikationer kan uppstå på grund av förlossningsrädslan. Det är också vanligare att förlossningar bland förlossningsrädda kvinnor behöver induceras (Nieminen et al., 2017). Vidare kan rädsla under förlossningen leda till att kvinnan erhåller mer smärtlindring på indikation av rädsla, snarare än på indikationen smärta (Alehagen et al., 2001). Förlossningsrädsla och ångest kan även leda till en förlängd förlossning och hur förlossningen fortlöper (Johnson & Slade, 2003). Det är också en större risk för att förlossningen avslutas med kejsarsnitt som antingen kan vara akut eller elektivt (Nieminen et al., 2017).

Vid tiden efter förlossningen utgör förlossningsrädsla en högre risk för att drabbas av posttraumatiskt stressyndrom och depression (Söderquist et al., 2009). En förlossning som kvinnan upplever som traumatisk kan leda till sekundär förlossningsrädsla, vilket vidare kan leda till att kvinnan inte önskar bli gravid igen, eller att det kan dröja till nästa graviditet (Alehagen, 2016). Rädslan kan också påverka anknytningen till barnet (Ryding, 2017). Kvinnor med svår förlossningsrädsla har även fler återbesök på mödravården på grund av komplikationer jämfört med kvinnor med låg eller obefintlig förlossningsrädsla (Nieminen et al., 2017).

Kejsarsnitt utan medicinsk indikation

Tidigare negativa erfarenheter av förlossning är den främsta orsaken till önskan om kejsarsnitt vid nästkommande förlossning, följt av försämrade psykisk hälsa och bristande socialt stöd. Det handlar då om ett elektivt kejsarsnitt utan medicinsk indikation (Størksen et al., 2015). Ett elektivt kejsarsnitt betyder att det i förväg tagits beslut om att barnet ska förlösas genom en operation, på ett bestämt datum (Vårdguiden, 2019). Datumet för operationen planeras så nära datumet för beräknad förlossning som möjligt. Det är de medicinska behoven som styr, men målsättningen brukar vara att operationen utförs efter graviditetsvecka 39 (Andolf, 2018). Andra kvinnor oroar sig för att förlossningen ska sluta med ett akut kejsarsnitt och anser då att ett elektivt kejsarsnitt känns tryggare (Eide et al., 2019). Dock poängterar Dweik och Sluijs (2015) att kvinnor som erhållit elektivt kejsarsnitt på humanitär indikation i stor utsträckning inte är nöjda med sin graviditets- och förlossningsupplevelse efteråt, trots att de fick sin önskan igenom om att slippa vaginal förlossning.

Eide och Bærøe (2020) belyser vikten av att vårdpersonal inte rekommenderar kvinnor kejsarsnitt utan medicinsk indikation då ingreppet medför medicinska risker, men att det samtidigt är viktigt att värna om patientens autonomi och självbestämmande. Det kan således orsaka konflikt mellan vårdgivare och vårdtagare. Som vårdgivare är det därför viktigt att vara medveten om maktbalansen mellan parterna samt riskerna med förlorad tillit från patienten (Eide & Bærøe., 2020). Sandall et al. (2018) beskriver i sin studie att kejsarsnitt är ett livräddande ingrepp när det är medicinskt indicerat men att det är viktigt att ha en förståelse för vilka negativa hälsoeffekter det kan ha på både mor och barn. Ett kejsarsnitt bör därför nogra övervägas när det inte finns någon medicinsk indikation. Bland annat nämner de att mödradödligheten samt sjukligheten är större vid kejsarsnitt än vid vaginal födsel. Risken är förhöjd för att kvinnan i samband med kejsarsnittet får en större blödning och är i behov av blodtransfusion, hysterektomi och att drabbas av en kirurgisk skada efter operationen. Vidare ökar risken vid en nästa graviditet för livmoderuptur, dödfödsel och för tidig födsel, onormal utveckling av moderkakan och utomkvedshavandeskap. Kortsiktiga konsekvenser för barnet är att det får en förändrad immunutveckling vilket ger barnet en ökad risk att utveckla allergi, astma och atopi. Planerade kejsarsnitt medför även att barnet har en ökad risk att i samband med förlossningen drabbas av andningsbesvär och hypoglykemi (Sandall et al., 2018).

Barnmorskans kompetensbeskrivning och arbetsfält i Sverige

I Sverige utfärdar Socialstyrelsen legitimation till barnmorskor. Yrkestiteln är skyddad och yrket får endast utövas av de som erhållit legitimation med syfte att värna om att yrket bedrivs på rätt sätt och inom givna ramar. Barnmorskans kompetensområde som denne kan och ska arbeta självständigt inom är sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa. Barnmorskan har ansvar att självständigt tillgodose sin professionella utveckling, samt att alltid förhålla sig till lagar, förordningar och andra föreskrifter. Barnmorskeyrket är en påbyggnadsutbildning på avancerad nivå i Sverige och personen måste alltid vara legitimerad sjuksköterska i sedan tidigare. Mänsklig reproduktion är det centrala ämnet inom barnmorskeyrket och i kompetensbeskrivningen förklaras att barnmorskan ska tillgodose det fysiska, psykiska, sociala, kulturella och existentiella hos patienten i deras möten. Inom den psykiska aspekten ingår det i barnmorskans arbete att både kunna identifiera förlossningsrädsla samt stödja kvinnan vid förlossningsrädsla. Om kvinnans behov av hjälp och behandling av förlossningsrädslan är större än det barnmorskan kan tillgodose behöver barnmorskan remittera kvinnan vidare till annan instans för vidare behandling (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). Kompetensbeskrivningen för barnmorskor i Sverige bygger på den internationella etiska koden för barnmorskor som International Confederation of

Midwives (2014) ger ut och som finns till för att skapa ramar och struktur till yrket samt att stödja och stärka barnmorskeyrkets utveckling internationellt sätt.

Identifiering av förlossningsrädsla

I Sverige erbjuds den gravida kvinnan besök på barnmorskemottagning inom mödrahälsovården. Där har barnmorskor som en del av vårdprogrammet att uppmärksamma och identifiera förlossningsrädsla (SFOG, 2016). Detta kan ske genom samtal om vilka tankar den gravida kvinnan känner inför sin graviditet och förlossning, samt med olika validerade mätinstrument och självskattningsformulär. Av instrumenten och formulären framkommer det även hur svår förlossningsrädslan är hos den gravida (Ryding, 2017). Några av de vanligaste mätinstrumenten som finns nämnda i forskning och litteratur är W-DEQ och FOBS.

The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) är ett mätinstrument utformat som ett frågeformulär. W-DEQ utvecklades i Sverige av Klaas Wijma och har validerats och visats pålitligt för alla gravida kvinnor oavsett paritet (Wijma, 1998). W-DEQ mäter rädslan för förlossning och framfödande. Frågeformuläret består av 33 frågor som graderas mellan 0–5 poäng och kan totalt ge ett resultat mellan 0–165 poäng (Nilsson et al., 2018). Wijma rekommenderade ett gränsvärde på 66 poäng för kraftig rädsla, och ett gränsvärde på 85 poäng för svår rädsla och tokofobi (Wijma, 1998). Dock tycks dessa värden godtyckliga då olika forskare använder sig av olika gränsvärden för att dela in förlossningsrädslans grad. Nilsson et al. (2018) beskriver i sin översiktsartikel om mätinstrument för förlossningsrädsla att gränsvärdet för svår förlossningsrädsla vid användandet av W-DEQ kunde variera mellan >66 och >100 bland de elva artiklar de granskat.

Fear of Birth Scale (FOBS) är en visuell analog skala med frågan “Hur känner du dig just nu inför förlossningen?”. Skalan består av två linjer på respektive 100 mm där det i ena änden på första linjen står *lugn* och i andra änden *orolig*. På den andra linjen står det i ena änden *ingen rädsla*, och *stark rädsla* i andra änden. Personen som svarar på frågan får sedan sätta en markering på respektive linje för att markera vart på spektrumet den befinner sig (Haines et al., 2011; Nilsson et al., 2018). Ett gränsvärde på 50 mm (Haines et al., 2011) eller 60 mm (Nilsson et al., 2018) in på respektive linjer är en indikation för förlossningsrädsla och att det bör utredas vidare.

Handläggning

En initial bedömning av förlossningsrädslan görs inom mödrahälsovården, där barnmorskan graderar kvinnans förlossningsrädsla från lätt, måttlig till svår rädsla. Det är viktigt att identifiera en kvinna med svår förlossningsrädsla i tid för att erbjuda stöd och adekvat behandling. Det bästa för dessa kvinnor är att komma i kontakt med vården redan innan planerad graviditet eller i början av sin graviditet (Ryding, 2017). Detta belyser även Alehagen et al. (2006) som beskriver en negativ spiral där kvinnor som rapporterar rädsla för att föda barn under graviditeten även i större mån är rädda under själva förlossningen. De nämner även att de vid återblick efter förlossningen rapporterar att de upplevde högre grad av rädsla, än kvinnor med lägre grad av rädsla under graviditeten. Detta understryker vikten av att så tidigt som möjligt i graviditeten identifiera dessa kvinnor, så att de kan erhålla behandling och hjälp för sin förlossningsrädsla (Alehagen et al., 2006).

Det finns ingen generellt vedertagen behandling för förlossningsrädsla, men beroende på graden av rädsla kan olika förebyggande åtgärder erbjudas. Den lätta förlossningsrädslan

handläggs som regel av barnmorskor på mödravården med samtal och information. Vid måttlig eller svår rädsla remitteras patienten till Auroramottagning på tänkt förlossningsklinik (Baumann Gustafsson, 2017). Vidare kan kvinnan erbjudas samtal med läkare och upprättande av en realistisk födelseplan, som exempelvis kejsarsnitt, och eventuell remiss till psykolog samt farmakologisk behandling om förlossningsrädslan skulle vara av svårare karaktär (Alehagen, 2016).

Auroraverksamheten finns idag på samtliga förlossningskliniker i landet, alternativt att den tillhör specialistmödravården. Syftet med verksamheten är att ta reda på och förstå vad kvinnans förlossningsrädsla beror på och hur den yttrar sig. Därefter att genom samtal förbereda kvinnan på förlossningen, och på så sätt försöka skapa förutsättningar, för att hon ska få en positiv upplevelse av sin förlossning oavsett förlossningssätt. Vidare syftar verksamheten till att informera och ge kvinnan och hennes partner utökade kunskaper om förlossningsprocessen, så att de erhåller en realistisk uppfattning om födandet och många gånger en avdramatiserad bild. Kvinnans tilltro till den egna förmågan att föda stärks och om kvinnan har fött barn tidigare ska hon få chans att bearbeta den förlossningsupplevelsen om behov finns. Barnmorskor som arbetar på Auroramottagning bör vara erfarna inom förlossningsvård och ska med fördel ha erhållit utbildning inom samtalsteknik. Utöver barnmorskor ska obstetiker ingå i teamet, och om möjlighet finns så ska psykolog eller kurator kunna kopplas in samt psykiater. Vid behov kan Auroramottagningen remittera vidare kvinnan till psykiatri (Baumann Gustafsson, 2017). Wulcan och Nilsson (2019) intervjuade i sin studie erfarna barnmorskor som arbetar på Auroramottagningar. Resultat som framkom efter intervjuerna var att varje träff med förlossningsrädda kvinnor är unik och att behandlingen behöver skraddarsys åt varje enskild individ. Övergripande handlade det om att skapa en pålitlig relation mellan kvinnan och barnmorskan, att tillsammans undersöka de nuvarande och även tidigare rädslorna, och att visa ett starkt engagemang för de förlossningsrädda kvinnorna.

När kvinnan lider av svår förlossningsrädsla och stödet hon erhåller inom mödrahälsovården och på Auroramottagning inte är tillräckligt bör möjlighet finnas att koppla in specialiserad psykoterapi. De terapiformer som är vanligast förekommande är kognitiv beteendeterapi (KBT), interpersonell terapi (IPT), psykodynamisk terapi (PDT) och anknytningsbaserad familjeterapi (AFT). Forskning har inte kunnat påvisa att någon av terapiformerna är bättre än den andra, så valet av terapi utgår ifrån kvinnans behov och önskemål. Samtalen erbjuds både på mottagning men numer också alltmer via internet, och vilka resurser som finns att tillgå inom regionerna för att erbjuda kvinnan psykologisk behandling varierar stort i Sverige (Nieminen & Ryding, 2017). Nieminen et al. (2015) gjorde en studie där femton kvinnor under åtta veckor erhöll internetbaserad KBT och där de innan, samt efter terapiperioden, fick besvara öppna frågor om deras föreställningar inför förlossningen. Efter terapin beskrev kvinnorna att de upplevde sig att ha en mer realistisk bild av den kommande förlossningen, att deras självförtroende stärkts inför förlossningen, och att de hade utvecklat sina copingstrategier inför förlossningen.

Lagstiftning och lika vård

Som tidigare nämnts saknas konsensus av dels begreppet förlossningsrädsla samt dess diagnostisering (Nilsson et al., 2018), men också hur dessa kvinnor ska behandlas och handläggas (Alehagen, 2016). Larsson et al. (2016) har gjort en nationell kartläggning där de undersökte stödet för förlossningsrädda på de olika förlossningsklinikerna i Sverige. Det visade sig att handläggningen av förlossningsrädsla skiljde sig åt vid klinikerna och slutsatsen författarna drog av sin studie var att kvinnorna som är förlossningsrädda skulle dra nytta av att

det fanns nationella riktlinjer för förlossningsrädda. Detta för att kvinnorna ska kunna få lika vård oberoende på vilken klinik de föder på.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) har hela befolkningen rätt till jämlik vård och god hälsa. Patienten har rätt till vägledning och ska erhålla evidensbaserad information av personal, därefter har patienten rätt att ta ett informerat beslut och patienten kan tacka ja eller neka till erbjuden vård. I en rapport från Socialdepartementet (2012) framgår det dock att personer med psykisk ohälsa inte har samma tillgång till en jämlik och säker vård som personer med somatisk ohälsa. Sjögren (2003) framhåller att kvinnor med psykiska besvär bör få samma hjälp som kvinnor med somatiska problem under sin graviditet, och därmed ge förutsättningar för dessa kvinnor att erhålla adekvat vård och stöd.

Karlström et al. (2010) studie om kejsarsnitt utförda utan medicinsk indikation, såg en tredubblad ökning av de kejsarsnitten under de senaste åren. Vidare jämförde de regionala skillnader i Sverige gällande prevalensen av kvinnor som blev beviljade kejsarsnitt utan medicinsk indikation, det visade sig då att det skiljde sig åt i landet. Kvinnor i Stockholm tenderade att i högre utsträckning få kejsarsnitt beviljat än kvinnor bosatta på landsbygden och i mindre städer i norra Sverige (Karlström et al., 2010). Enligt SFOG (2011) är det upp till varje förlossningsklinik att upprätta en handlingsplan för kejsarsnitt på kvinnans önskan. Det beslutas alltså lokalt om hur kvinnor med förlossningsrädsla som önskar kejsarsnitt handläggs (SFOG, 2011). Förutsättningarna för att kunna få kejsarsnitt vid förlossningsrädsla är alltså olika från kvinna till kvinna, samt mellan kliniker (Vårdguiden, 2020).

Problemformulering

Förlossningsrädsla är vanligt förekommande bland gravida kvinnor och den har en tendens att öka i Sverige. Förlossningsrädslan påverkar inte endast kvinnorna under graviditeten utan kan även ha negativa effekter under en förlossning och tiden efter förlossning. Vården av förlossningsrädda kvinnor ser olika ut runt om i Sverige och beroende på var kvinnan bor finns olika resurser och handläggning för förlossningsrädslan. Det är därför viktigt att barnmorskor och annan vårdpersonal införskaffar sig kunskap om förlossningsrädsla och hur de kan hjälpa kvinnor som lider av detta. Denna litteraturöversikt kan bidra till att lyfta kvinnornas perspektiv och upplevelse av sin graviditet och förlossning, samt ge läsaren kunskap och insikt om hur det är att vara drabbad av förlossningsrädsla.

SYFTE

Syftet med litteraturöversikten var att belysa förlossningsrädda kvinnors upplevelser och erfarenheter av graviditet och förlossning.

Frågeställningar

- Vilka föreställningar och farhågor har kvinnorna inför sin kommande förlossning?
- Vilka tidigare erfarenheter har påverkat förlossningsrädslan?

METOD

Ansats och design

För att besvara arbetets syfte gjordes en litteraturöversikt. När en litteraturöversikt utförs syftas den till att sammanfatta och beskriva vad tidigare forskning har kommit fram till i det

aktuella ämnet (Forsberg & Wengström, 2016; Kristensson, 2017). Vetenskaplig litteratur om det berörda ämnet väljs ut genom systematisk sökning i databaser med relevanta sökord och med tydligt satta inklusions- samt exklusionskriterier (Kristensson, 2017). Enligt Polit och Beck (2021) ger litteraturöversikter forskare insikt i vad andra forskare kommit fram till inom ämnet, kvalitén och kvantiteten av forskningen som existerar, samt vilka kunskapsluckor som finns gällande ämnet. Det kan därför vara av nytta för forskare att göra en litteraturöversikt innan uppstart av ny forskning inom samma ämne för att få bättre insikt i tidigare forskares metoder och resultat (Polit & Beck, 2021). I en litteraturöversikt kan både kvantitativa och kvalitativa originalartiklar inkluderas (Forsberg & Wengström, 2016).

Urval

För att kunna bearbeta den forskning som finns vid en litteraturöversikt bör begränsningar göras (Friberg, 2017; Polit & Beck, 2021). Inklusionskriterier för denna litteraturöversikt var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, för att innehållet i artiklarna skulle kunna hanteras och tolkas (Polit & Beck, 2021). En begränsning på 10 år sattes vid litteratursökningen och artiklar från 2012 och framåt inkluderas därför i arbetet. Detta då forskningen skulle vara relevant, och för att materialet av sökningarna skulle vara hanterbart (Polit & Beck, 2021). I Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) valdes filtreringarna att artiklarna skulle vara "academic journals" och "peer reviewed". Academic journals valdes för att exkludera annat material än vetenskapliga artiklar. Att en artikel är peer reviewed betyder att artikeln har kvalitetsgranskats av någon annan forskare än författaren själv innan publicering (Polit & Beck, 2021).

I litteraturöversikten inkluderades endast originalartiklar, också kallat primära källor, där författarna till artiklarna är de som utfört studien. Detta till skillnad från översiktsartiklar där författarna sammanställt resultat från tidigare forskning av andra författare (Polit & Beck, 2021). Översiktsartiklar exkluderades därför från resultatet. I litteraturöversikten har både kvalitativa och kvantitativa originalartiklar inkluderas för att svara på litteraturöversiktens syfte vilket handlar om att undersöka deltagarens upplevelse av ett fenomen (Forsberg & Wengström, 2016). Deltagarna i artiklarna som valdes skulle vara över 18 år, vara eller ha varit gravida och fött barn, samt gett sitt samtycke till att delta i studien för att en artikel skulle inkluderas. Artiklar utan etiskt godkännande eller etiskt resonemang exkluderades ur arbetet. Artiklar med god eller mycket god kvalitet enligt mallen av Caldwell et al. (2011) inkluderades i arbetet, se bilaga 1.

Datansamling

Datansamlingen till litteraturöversikten gjordes i databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO. PubMed är en websida som ger gratis access till databasen MEDLINE. MEDLINE är en bibliografisk databas som är erkänd som den främsta källan till medicinsk litteratur och innehåller ca 5600 tidskrifter om medicin, omvårdnad och hälsa (Polit & Beck, 2021). CINAHL är en bibliografisk databas som innehåller referenser till tidskrifter om omvårdnad och hälsa, böcker samt avhandlingar inom hälsa (Polit & Beck, 2021). PsycINFO är en databas som innehåller psykologisk forskning inom medicin, omvårdnad och andra närliggande områden. Databasen innehåller vetenskapliga artiklar, böcker, avhandlingar och forskningsrapporter (Forsberg & Wengström, 2016).

Litteratursökningen inleddes med att göra sökningar i block. Syftet för litteraturöversikten delades upp i tre delar som skulle komma att utgöra tre block. Ett block för att identifiera förlossningsrädsla, ett block för att identifiera graviditet och förlossning och ett block för att

identifiera upplevelser. Identifiering av MeSH-termer och adekvata sökord gjordes för att få fram litteratur som passade litteraturoversiktens syfte. MeSH står för Medical Subject Heading och är ämnesord specifikt utvalda för att definiera olika ämnesområden i MEDLINE (Forsberg & Wengström, 2016). En sökning gjordes efter de svenska orden i svensk MeSH och engelska MeSH-termer kunde identifieras för graviditet (*pregnancy, pregnant women*) och förlossning (*midwifery* och *delivery, obstetric*). Trunkering gjordes på ett ord (*pregnan**), för att inkludera alla former och böjningar av ordet vilket vidgar sökningen (Polit & Beck, 2021). Det fanns dock ingen MeSH-term för förlossningsrädsla, men efter arbetet med bakgrunden i litteraturoversikten identifierades begreppen *fear of childbirth, childbirth related fear* och *fear of birth* då dessa termer var mest förekommande i litteraturen om förlossningsrädsla på engelska. För att identifiera upplevelser och erfarenheter valdes först sökordet *experience*, men efter att sökningarna inte resulterat i så många kvalitativa artiklar lades sökordet *qualitative* till att det skulle finnas i titel eller abstract för att få ett mer specifikt resultat. Mellan sökorden inom ett block sattes den boolska termen "OR" mellan orden, och mellan blocken termen "AND" för att sökningen skulle bli korrekt (Polit & Beck, 2021). Sökningarna gjordes mellan 220127 - 220209. Totalt inkluderades 13 artiklar från sökningar i databaserna. Två av artiklarna fanns inte tillgängliga gratis för Sophiahemmets bibliotek, utan fick beställas med hjälp av bibliotekarier till en kostnad av 50 kronor styck. Artiklar söktes även upp manuellt efter att ha blivit identifierade i referenslistor till andra studier, även kallat manuell sökning (Forsberg & Wengström, 2016). Totalt inkluderades två artiklar från manuell sökning.

Tabell 1.

Sökning	Datum och databas	Sökord	Avgränsning	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat
1	220127 PubMed	Pregnancy (MeSH) OR Pregnant women (MeSH) OR Pregnan* AND Fear of childbirth OR childbirth related fear AND Experience	Engelska, 10 år	158	48	18	3
2	220127 PubMed	Delivery, obstetric (MeSH) OR Midwifery (MeSH) OR Childbirth AND Fear of childbirth OR Childbirth related fear AND Experience	Engelska, 10 år	165	30	0#	0
3	220127 CINAHL	Childbirth AND Fear of childbirth AND Experience	Engelska, från 2012, peer reviewed, academic journals	99	24	6	4
4	220201 PubMed	Fear of childbirth OR Child birth releted fear OR Fear of birth AND Qualitative (title/abstract)	Engelska, 10 år	47	23	10	4

5	220209 Psycinfo	Fear of childbirth OR Childbirth related fear OR Fear of birth AND Experience	Engelska, från 2012, peer reviewed, academic journal, population group: female	108	17	3	2
---	--------------------	---	---	-----	----	---	---

#Efter att ha läst abstracten identifierades inga nya unika artiklar att läsa i fulltext jämfört med sökning 1. Därför lästes inga artiklar i fulltext från denna sökning.

Strukturen av datainsamling i denna litteraturöversikt utgår från en modell i Polit och Beck (2021) som kan användas vid litteraturöversikter, med vissa skillnader. Skillnaden som gjordes i denna litteraturöversikt jämfört med modellen i Polit och Beck (2021) var att den största exkluderingen av dubletter av artiklar gjordes vid abstract-nivån än vid titel-nivån, för att exkluderingen skulle ske på grund av innehåll snarare än titeln på en artikel.

För att välja artiklar som svarar till litteraturöversiktens syfte lästes först artiklarnas titlar. De titlar som eventuellt kunde vara relevanta sparades ner från sökningarna, och abstracten på dessa artiklar lästes sedan för att se om de kunde vara relevanta för syftet. De abstract som identifierades som relevanta för syftet lades sedan till på en gemensam lista av artiklar, som därefter lästes i sin helhet. De artiklar som vidare ansågs kunna svara på syftet gick sedan igenom en kvalitetsgranskning enligt underlag från Caldwell et al. (2011), var god se bilaga 1. Artiklarnas kvalitet bedömdes utifrån arton frågor i underlaget och fick sedan låg kvalitet, god kvalitet eller mycket god kvalitet. I arbetet inkluderades bara artiklar med god eller mycket god kvalitet. Efter kvalitetsgranskningen exkluderades tre artiklar då de ej uppfyllde etiska kriterier. Totalt återstod 14 kvalitativa och 1 kvantitativ artikel som utgjorde resultatet i föreliggande litteraturöversikt.

Dataanalys

Analysen av artiklarna utgick från Fribergs (2017) tre analyssteg för allmän litteraturöversikt vilken kan användas vid analys av artiklar både med kvalitativ och kvantitativ metod. I steg ett lästes artiklarna igenom flera gånger av båda författarna. I steg två sammanfattades artiklarnas innehåll i en tabell utifrån titel, syfte, metod, antal deltagare och resultat för att skapa översikt av artiklarnas innehåll (Friberg, 2017; Polit & Beck, 2021), se bilaga 2. I det tredje steget kodades materialet för att likheter och skillnader i artiklarnas innehåll skulle identifieras, samt organisera datamaterialet (Friberg, 2017; Polit & Beck, 2021). Likheter mellan de olika artiklarna plockades ut och fördes in i ett index för att resultatet skulle vara mer lätthanterligt, och för att gemensamma nämnare skulle identifieras (Polit & Beck, 2021). Det är även viktigt att identifiera vad av materialet som är relevant för syftet så att det är detta som framkommer i resultatet (Friberg, 2017; Polit & Beck, 2021). När materialet var bearbetat och alla skillnader och likheter identifierats presenteras slutligen datamaterialet i olika kategorier som ett sammanställt resultat (Friberg, 2017). Analysen resulterade i 4 kategorier och 10 underkategorier.

Forskningsetiska övervägande

I all forskning som genomförs är det viktigt med ett etiskt förhållningssätt och det gäller även studentuppsatser. Forskningsetiken syftar till att värna om de personer som deltar i forskningen och att de personerna behandlas med omtanke. När en litteraturöversikt genomförs behöver författarna till litteraturöversikten ta hänsyn till forskningsetik genom att kritiskt granska hur forskarna, till de artiklar som inkluderas, har tagit hänsyn till och gjort

forskningsetiska beslut och överväganden (Kristensson, 2017). Enligt Forsberg och Wengström (2016) ska alla vetenskapliga studier ha som krav att etiska överväganden setts över. Ett etiskt godkännande ska ha inhämtats av forskare i lokal eller regional etisk kommitté innan uppstart av en studie. Forskare ska även i sina etiska överväganden visa omsorg för deltagarna i studier så att ingen skada eller men tillförs under forskningsprocessen (Forsberg & Wengström, 2016). Alla inkluderade studier i resultatet till föreliggande litteraturöversikt ska ha utgått ifrån dessa etiska överväganden, samt inhämtat godkännande av respektive etiska kommitté för att inkluderas. Etisk granskning av artiklarna i föreliggande litteraturöversikt gjordes i samband med kvalitetsgranskningen.

World Medical Association utvecklade 1964 Helsingforsdeklarationen, vilket är riktlinjer specificerad mot medicinsk forskning där människor involveras. I deklARATIONEN är en essentiell del att forskningens intressen är underordnade de etiska principerna och respekt för de deltagande personerna, vilket bland annat innebär att deltagandet till forskning alltid ska vara frivilligt. Helsingforsdeklarationen har reviderats flertalet gånger sedan den kom och fungerar idag som ett styrdokument för forskning som bedrivs världen över (World Medical Association [WMA], 2018). Allt resultat i artiklarna presenteras och refereras tydligt i text enligt Sophiahemmet högskolas modifierade referenshanteringssystem American Psychological Association (APA), för att visa en transparens och att all data presenteras och förs fram. För att upprätthålla en hög forskningsetisk nivå har författarna till föreliggande litteraturöversikt undvikit plagiat genom att använda sig utav egna formuleringar. Polit och Beck (2021) menar att plagiat innebär att en forskare eller student använder någon annans resultat, idéer eller formuleringar utan att referera till den primära källan.

RESULTAT

Resultatet bygger på 15 originalartiklar. Fjorton artiklar med kvalitativ ansats och en artikel med kvantitativ design. I de kvalitativa artiklarna intervjuades totalt 298 kvinnor, och i den kvantitativa artikeln deltog 409 kvinnor i studien. Artiklarna som användes baserades på studier genomförda i Sverige, Tyskland, Storbritannien, Japan, Thailand, Kanada, USA, Kenya, Australien, Iran och Turkiet. Analysen av de utvalda artiklarna resulterade i 4 kategorier. Utifrån kategorierna skapades totalt 10 underkategorier. Kategorier och underkategorier presenteras i tabell 2 nedanför.

Tabell 2.

<i>Kategori</i>	<i>Underkategori</i>
Rädslor relaterade till förlossningsförloppet	Rädsla för smärta
	Att sakna tilltro till sin fysiska förmåga att föda vaginalt
	Rädsla för interventioner som kan uppkomma under en förlossning
	Rädslan att drabbas av komplikationer till följd av en förlossning
	Rädsla för barnets välbefinnande och hälsa
Förlossningens oförutsägbarhet	Rädsla för att tappa kontrollen vid sin förlossning
	Rädslan för det okända
Förlossningsrädslans konsekvenser	
Yttre faktorer som påverkar förlossningsrädslan	Stödets betydelse
	Vårdens påverkan på förlossningsrädsla
	Informationens och medias påverkan på förlossningsrädsla

Rädslor relaterade till förlossningsförloppet

Under denna kategori presenteras rädslor relaterade till sådant som kan inträffa under förlossningen. Underkategorierna som följer är de mest förekommande rädslorna som angavs i artiklarna, och har därefter analyserats och sammanställts. Underkategorierna som följer är: *Rädsla för smärta, Att sakna tilltro till sin fysiska förmåga att föda vaginalt, Rädslan för interventioner som kan uppkomma under en förlossning, Rädslan att drabbas av komplikationer till följd av en förlossning och Rädsla för barnets välbefinnande och hälsa.*

Rädsla för smärta

Rädsla för smärta vid förlossning och efter förlossning var ett tema som kvinnor uppgav återkommande i artiklarna (Alkalin & Sahlin, 2021; Arfaie et al., 2017; Faisal et al., 2014; Fenwick et al., 2015; Greer et al., 2014; Nilsson et al., 2012; Onchonga et al., 2021; Roosevelt & Low., 2021; Slade et al., 2019; Striebich & Ayerle., 2020; Suwanrath et al., 2021; Takegata et al., 2018; Ternström et al., 2016). Många av kvinnorna uttryckte att de trodde att smärtan skulle bli svår för dem att hantera (Alkalin & Sahlin, 2021; Fenwick et al., 2015; Greer et al., 2014; Roosevelt & Low, 2021; Slade et al., 2019; Striebich & Ayerle, 2020; Takegata et al., 2018) och en kvinna uttryckte att hon var orolig och nervös för smärtan och för hur länge smärtan skulle fortgå under förlossningen (Fenwick et al., 2015). Kvinnorna beskrevs även en rädsla att inte få tillräckligt med smärtlindring (Fenwick et al., 2015; Stoll et al., 2018) och Stoll et al. (2018) visade att kvinnor som planerade att föda på sjukhus var mer rädda för smärta och att inte få tillräckligt med smärtlindring, än kvinnor som antingen planerade att

föda hemma, eller som inte hade bestämt var de skulle föda. I Alkalin och Sahlins (2021) studie uttryckte en kvinna rädsla inför smärtan som skulle komma efter ett eventuellt kejsarsnitt. Hon uppgav att hon ville ha en vaginal förlossning för att slippa den konstanta smärtan ett kejsarsnitt ger efter en förlossning, till skillnad från vaginal förlossning där smärtan enligt hennes uppfattning upphör efter födseln. I studien gjord av Nilsson et al. (2012) där kvinnor som lider av sekundär förlossningsrädsla intervjuats beskrev kvinnorna att smärtan under förlossningen var fruktansvärd. En kvinna beskrev att förlossningen kändes som att befinna sig i en tortyrkammare.

Att sakna tilltro till sin fysiska förmåga att föda vaginalt

Kvinnor beskrev hur de på olika sätt saknade tilltro till sig själva för att genom en vaginal förlossning föda ett barn (Arfaie et al., 2017; Roosvelt & Low, 2016; Slade et al., 2019; Striebich & Ayerle, 2020). Arfaie et al. (2017) beskrev att kvinnor saknade självförtroende för att genomgå en vaginal förlossning eftersom den både är smärtsam, långdragen och en överväldigande upplevelse. En kvinna ansåg att kejsarsnitt var att föredra då att föda vaginalt var för smärtsamt och kunde bli väldigt långdraget.

“Vaginal delivery could be very painful, and prolonged, so I prefer operational delivery. I have been thinking about this problem since the early days of my pregnancy but now I think that I am scared of delivery and tell myself I cannot have any control and tackle it, I do not have enough strength to do that, I may die during normal delivery and cannot pass through it.” (Arfaie et al., 2017, s. 3735)

Kvinnor uppfattade den kommande förlossningen som en fysisk prestation de stod inför, och att de tvivlade på sin kropps förmåga att klara den. De beskrev tankar om att vara fysiskt för liten som kvinna, eller att barnet kommer fastna i förlossningskanalen (Slade et al., 2019; Striebich & Ayerle, 2020).

Rädslan för interventioner som kan uppkomma under en förlossning

Rädslan för olika interventioner under förlossningen nämndes i flera av artiklarna (Alkalin & Sahlin, 2021; Arfaie et al., 2017; Fenwick et al., 2015; Greer et al., 2014; Nilsson et al., 2012; Slade et al., 2019; Stoll et al., 2018; Takegata et al., 2018). Detta kunde grunda sig i att kvinnorna inte kände sig delaktiga i besluten gällande interventionerna som fattades, att det fanns en brist på kommunikation eller att kvinnorna hade en känsla av att deras kropp utsattes för våld under interventionerna (Slade et al., 2019). Det visade det sig att kvinnor som planerar att föda hemma var mer rädda för interventioner och kejsarsnitt än kvinnor som planerade att föda på sjukhus eller på ett “birth center” (Stoll et al., 2018).

De olika interventionerna som uppgavs kunde bland annat vara rädsla för perineala klipp i samband med förlossning (Alkalin & Sahlin, 2021; Fenwick et al., 2015; Greer et al., 2014; Takegata et al., 2018), igångsättande av förlossning (Alkalin & Sahlin, 2021; Nilsson et al., 2012) och att förlösas genom instrumentell förlossning (Fenwick et al., 2015; Slade et al., 2019). I Alkalin och Sahlin (2021) och Slade et al. (2019) uttryckte även kvinnorna att de kände en rädsla och obehag inför nålar och stick i samband med en kommande förlossning. Några kvinnor nämnde att de var rädda för att förlossningen skulle ske genom ett kejsarsnitt, ett akut kejsarsnitt, eller att de hade “valt bort” kejsarsnitt på grund av rädslan för komplikationer de ansåg följde med ett kejsarsnitt (Alkalin & Sahlin, 2021; Arfaie et al., 2017; Nilsson et al., 2012; Stoll et al., 2018; Takegata et al., 2018).

“I wanted to do it for real. I guess that was what i was afraid to do, to not do it for real again and go there for som surgery. I don´t want to have surgery performed. I want to give birth to my children.” (Nilsson et al., 2012, s. 261)

Kvinnorna i Takegata et al. (2018) studie uppgav att de var öppna för att förlösas med kejsarsnitt om läkaren rekommenderade kejsarsnitt på medicinsk indikation på grund av komplikationer eller barnets hälsa, trots deras befintliga rädsla. I en studie gjord i Kenya (Onchonga et al., 2021) uttryckte kvinnor att de var rädda för att genomgå onödiga kejsarsnitt då vissa kliniker hade personal som tjänade pengar på att utföra kejsarsnitt i stället för vaginal förlossning.

Rädslan att drabbas av komplikationer till följd av en förlossning

Kvinnor uttryckte en rädsla för komplikationer som kunde inträffa under förlossningen, eller påverka kvinnan negativt efter förlossningen. I Greer et al. (2014) uttryckte mer än hälften av kvinnorna att förlossningen och vaginal födsel utgjorde en risk för den egna fysiska hälsan. Kvinnorna uttryckte i vidare att de var rädda för att kroppen skulle ta skada efter förlossningen och att återhämtningen och läkningsprocessen efter en förlossning skulle vara smärtsam och ta lång tid (Slade et al., 2019).

Flera av kvinnorna nämnde rädsla för bristningar och skador i genitalia (Arfaie et al., 2017; Faisal et al., 2014; Fenwick et al., 2018; Stoll et al., 2018; Ternström et al., 2016) eller prolaps efter en vaginal förlossning (Arfaie et al., 2017; Faisal et al., 2014). Kvinnor uppgav även att de var rädda att drabbas av sexuell dysfunktion eller bristande sexuell njutning på grund av komplikationer efter vaginal förlossning (Arfaie et al., 2017; Stoll et al., 2018).

Att drabbas av en blödning under förlossningen var kvinnorna också rädda för (Arfaie et al., 2017; Roosvelt & Low, 2016; Takegata et al., 2018). En kvinna berättade att hon hade haft en kraftig blödning under sin senaste förlossning och drabbats att bröstsmärta. Hon var därför rädd att detta skulle inträffa igen vid kommande förlossning (Arfaie et al., 2017).

“I experienced severe bleeding in my last delivery and my chest was painful. I am afraid it may happen again. I think about “what will happen if I go to hospital and never come back?” I keep thinking about this constantly.” (Arfaie et al., 2017, s. 3737)

Kvinnor påtalade en rädsla för att dö under sin förlossning på grund av komplikationer som kan inträffa vid förlossningen, eller som ett uttryck av en påtaglig rädsla (Alkalin & Sahlin, 2021; Arfaie et al., 2017; Onchonga et al., 2021; Roosevelt & Low, 2021; Stoll et al., 2018). Rädslan för förändringar i humöret och att drabbas av depression efter förlossningen framkom, och en kvinna uppgav att hon sett några av hennes släktingar drabbas av postpartumdepression och var rädd att det skulle hända henne också (Arfaie et al., 2017).

Rädsla för barnets välbefinnande och hälsa

Många kvinnor berättade att delar av deras förlossningsrädsla grundade sig i en oro och rädsla för barnets hälsa (Arfaie et al., 2017; Faisal et al., 2014; Greer et al., 2014; Roosvelt & Low, 2016; Slade et al., 2019; Stoll et al., 2018; Suwanrath et al., 2021; Takegata et al., 2018; Ternström et al., 2016). Rädslan att barnet ska skadas i samband vid en kommande förlossning beskrevs av flera kvinnor (Arfaie et al., 2017; Faisal et al., 2014; Roosvelt & Low, 2016; Slade et al., 2019; Stoll et al., 2018; Suwanrath et al., 2021; Takegata et al., 2018; Ternström et al., 2016). Kvinnor uppgav även oroande tankar om att barnet skulle födas och

inte vara friskt (Ternström et al., 2016; Roosevelt & Low, 2016). Oron kunde också uttrycka sig i rädsla för att barnet skulle födas för tidigt och därmed vara mer utsatta för risker som nyfödd (Takegata et al., 2018). Fenwick et al. (2015) och Stoll et al. (2018) beskrev att mödrarnas förlossningsrädsla var så pass intensiv att de oroade sig för att barnen inte skulle överleva förlossningen. En kvinna berättade att hon var rädd för att skaffa ytterligare barn då hon ansåg att hennes chanser för ett friskt barn var förbrukade. Hon var övertygad om att ett framtida barn skulle dö i samband med förlossningen, och att hon bara haft tur under sin förra förlossning (Roosevelt & Low, 2016).

Förlossningens oförutsägbarhet

Under denna kategori beskrivs rädslor för känslor kvinnorna var rädda för att komma i kontakt med under förlossningen, snarare än fysiska ting. Underkategorierna *Att tappa kontrollen vid sin förlossning* och *Rädslan för det okända* ramade in känslor som uppkom då kvinnorna tänkte på en framtida förlossning.

Att tappa kontrollen vid sin förlossning

Flera kvinnor uppgav att rädslan för att tappa kontrollen under förlossningen och att inte kunna styra händelseförloppet var ett stort orosmoment (Alkalin & Sahlin, 2021; Arfaie et al., 2017; Fenwick et al., 2015; Roosevelt & Low, 2016; Roosevelt & Low, 2021; Striebich & Ayerle, 2020; Takegata et al., 2018; Ternström et al., 2016). Kvinnor uppgav bland annat att de skulle skämmas inför sina partners om de tappade kontrollen och avslöjade hur panikslagna de var (Takegata et al., 2018). Alkalin och Sahlin (2021) samt Takegata et al. (2018) beskrev att flera kvinnor att de var rädda och oroade sig för att de inte skulle kunna behålla sitt lugn, drabbas av panik och skrika under förlossningen. För andra kvinnor handlade förlusten av kontroll om att hamna i ett sammanhang av personlig sårbarhet, och att en särskild situation därmed skulle bli pinsam för dem. Kvinnorna nämner händelser som att inte kunna styra kroppsfunktioner, att vara högljudd och skrika, att avföring kommer under förlossningen, att behöva visa sig naken och samtidigt inte ha kontroll över situationen (Roosevelt & Low, 2021; Roosevelt & Low, 2016; Stoll et al., 2018). Förlust av kontroll beskrivs vidare som händelser där kvinnan inte får fatta egna beslut, känna sig ignorerad eller känna sig tvingad av sjukvårdspersonalen till att göra saker som hon inte vill (Fenwick et al., 2015; Greer et al., 2014).

Rädslan för det okända

Kvinnor redogjorde för förlossningen som en oförutsägbar händelse, och att de på grund av detta upplevde oro (Alkalin & Sahlin, 2021; Fenwick et al., 2015; Greer et al., 2014; Slade et al., 2019; Striebich & Ayerle, 2020; Takegata et al., 2018; Ternström et al., 2016). Både förstföderskor och omföderskor beskrev oro kring att de inte kunde förutspå hur förlossningsupplevelsen skulle bli (Ternström et al., 2016). Förstföderskor kopplade oron till bristen på tidigare förlossningsupplevelse och att den kommande förlossningen är något helt okänt och nytt (Fenwick et al., 2015; Slade et al., 2019; Ternström et al., 2016). Omföderskor uppgav att oavsett tidigare förlossningserfarenhet så är det svårt att veta vad som kommer hända under nästa förlossning (Takegata et al., 2018; Ternström et al., 2016). Både förstföderskor och omföderskor beskrev oron som en känsla av att något kan gå fel, men att de inte kunde specificera vad det var de var oroliga över (Ternström et al., 2016). Vidare beskriver kvinnor att osäkerheten också grundar sig i att kvinnan inte kan veta vilket datum förlossningen kommer att starta, om det kommer att bli en vaginal förlossning, och hur lång tid förlossningen kommer att fortlöpa (Takegata et al., 2018). Stress och oro inför att inte veta

hur länge förlossningen kommer att hålla på och oro över att den ska bli utdragen nämndes också (Arfaie et al., 2017; Fenwick et al., 2015; Striebich & Ayerle, 2020; Tagedata et al., 2018). I Striebich och Ayerle (2020) nämnde kvinnorna att det var svårt att veta när rätt tidpunkt att åka in till sjukhuset var, samt att om kvinnan åker in till sjukhuset för tidigt riskerar hon att behöva tillbringa ännu längre tid där.

Förlossningsrädslans konsekvenser

Under denna kategori beskrivs hur förlossningsrädslan uttrycktes och vilka konsekvenser det kan leda till hos den förlossningsrädda kvinnan. Uttryck på hur rädslan manifesterades under tiden fram till en förlossning, samt hur rädslan kunde fortgå även efter en graviditet och förlossning beskrevs.

Två av de inkluderade studierna tog upp upplevelser under själva graviditeten. Dels handlade det om en allmän oro och att kvinnorna fick en förhöjd stressnivå relaterat till sin förlossningsrädsla (Roosevelt & Low, 2021; Ternström et al., 2016). I studien av Ternström et al. (2016) beskriver kvinnorna att oron och rädslan bestod av både fysiska och psykiska problem. För vissa kvinnor ledde oron förutom till stress, även en känsla av nervositet, att ha sömnproblem och drömma mardrömmar samt en tung känsla i magen eller rent magont.

“It’s probably more like something that you keep going over in your head. Well, nothing that one can really put your finger on; worry is just like a buzz in your head.” (Ternström et al., 2016, s. 47)

Att tidigare ha varit med om en traumatisk förlossningsupplevelse som skapat en stark rädsla, och att den upplevelsen sedan ska kopieras och återupprepas oroade kvinnor (Fenwick et al., 2015; Greer et al., 2014; Nilsson et al., 2012; Ternström et al., 2016). En kvinna beskrev det som att hon resignerat till det faktum att förlossning är en hemsk upplevelse och att det kommer bli så igen vid nästa förlossning. En annan kvinna uppger att hon går in i sin nästa förlossning med en djup känsla av fruktan baserad på erfarenheter från sin första förlossning. Många kvinnor uppger att de tidigare förlossningarna varit en besvikelse och resulterat i ouppfyllda förväntningar (Fenwick et al., 2015). I Nilsson et al. (2012) redogör flera kvinnor om att hemska minnen efter en tidigare förlossning kan sitta kvar och orsaka oro i flera år efter förlossningen. Sammanhang där barnafödande tas upp och diskuteras kan innebära ett stresspåslag och ångest hos kvinnan. Det kan vara när de pratar om förlossning med vänner, ser inslag om barnafödande på tv:n, att genomgå gynekologisk undersökning eller andra liknande situationer. En kvinna berättar att hon i flera år efter att ha fött sitt barn fick hjärtklappning och rös när hennes barn klamrade sig fast kring hennes ben, för att det gav henne associationer till förlossningen. Vidare redogör kvinnor för att den sekundära förlossningsrädslan påverkade deras mående tiden mellan deras första förlossning och en eventuell andra graviditet och förlossning. För vissa kvinnor innebär den första svåra förlossningen ett beslut om att inte skaffa fler barn, medan för andra kvinnor var önskan om ett andra barn större än förlossningsrädslan.

“Well, it felt more like an action of the will that I’m putting the fear aside because now I want another child. But that also took 4 years. I think I needed those years to get the strength to think about it again that I would go through this again.” (Nilsson et al., 2012, s. 262)

Yttre faktorer som påverkar förlossningsrädsla

Under denna kategori beskrevs hur yttre stimuli kunde ha bidragit till en förlossningsrädsla i första hand, eller hur en redan manifest rädsla kunde triggas eller lindras. Kategorin delades in i underkategorierna: *Stödets betydelse*, *Vårdens påverkan på förlossningsrädsla* och *Informationens och medias påverkan på förlossningsrädsla*, som vidare beskriver hur kvinnorna upplevde dessa faktorer och hur det påverkade förlossningsrädslan.

Stödets betydelse

Stödets betydelse till kvinnan i olika former nämndes i majoriteten av inkluderade studier i föreliggande arbete (Alkalin & Sahlin, 2021; Arfaie et al., 2017; Fenwick et al., 2015; Onchonga et al., 2021; Roosvelt & Low, 2016; Roosevelt & Low, 2021; Slade et al., 2019; Striebich & Ayerle, 2020; Takegata et al., 2018; Ternström et al., 2016). Kvinnorna oroade sig för att de skulle erhålla för lite stöd i förhållande till deras behov av stöd (Alkalin & Sahlin, 2021; Fenwick et al., 2015; Slade et al., 2019; Striebich & Ayerle, 2020).

Vidare beskrev kvinnorna att de oroade sig över att de inte skulle erhålla det stödet de önskade av sina familjer och anhöriga (Onchonga et al., 2021; Roosevelt & Low, 2021; Takegata et al., 2018; Ternström et al., 2016). Flera kvinnor som var utrikesfödda berättade att de och deras partner var ensamma i Sverige utan stöd av sina familjer vilket resulterade i ensamhetskänslor som gjorde att oron inför förlossningen ökade (Ternström et al., 2016). Det framkom av kvinnors berättelser att det inte alltid fanns en garanti att kvinnan får ta med sig en stödperson till förlossningen, och en kvinna beskrev att hon önskat få ha med mamma och mostrar till förlossningen men det skulle inte beviljas från sjukhuset. Detta uppger hon hade kunnat lugna och tröstat henne vid tiden för förlossningen (Onchonga et al., 2021; Roosevelt & Low, 2021). Kvinnor beskrev även att de oroade sig allmänt över att de skulle få ett dåligt stöd från familjen under förlossningen, eller att de inte skulle kunna få tag på sin man när det var dags att åka in till förlossningen. Det fanns även en oro över att maken skulle bete sig konstigt under förlossningen, säga konstiga saker och förstöra stämningen, om han närvarade (Takegata et al., 2018).

Bristen av stöd beskrivs även som en rädsla för att bli lämnad ensam och känna sig övergiven av sjukvårdspersonal under förlossningen (Arfaie et al., 2017; Fenwick et al., 2015; Nilsson et al., 2012; Roosvelt & Low, 2016; Slade et al., 2019; Striebich & Ayerle, 2020; Takegata et al., 2018). Kvinnor uppgav att stödet under graviditeten från vårdgivare hade varit bristfälligt och att de nu oroade sig att det blir likadant under förlossningen. Andra uppfattningar av kvinnor var att patienten bara skulle vara en siffra i mängden på förlossningen, inte en person som kommer bli sedd utifrån sina enskilda behov och bli bortglömd (Fenwick et al., 2015; Roosvelt & Low, 2016). Vidare uppgav kvinnorna, som även nämns i Striebich och Ayerle (2020) att de vid tidigare förlossningar blivit lämnade ensamma utan barnmorskor eller annan sjukvårdspersonal vid sin sida och att det fanns en rädsla att det nu skulle återupprepas. En kvinna uppgav att stödet av professionell vårdpersonal vid sin sida som har kontroll på förlossningen samt stödjer kvinnan, är en förutsättning för att orka möta den utmaning som en förlossning är och att det hjälper kvinnan till att inte behöva kontrollera allt själv (Striebich & Ayerle, 2020). Att erhålla stöd under sin graviditet och förlossning, och att stödet kan lindra förlossningsrädslan hos kvinnan beskrevs av kvinnorna som något positivt (Fenwick et al., 2015; Greer et al., 2014; Roosevelt & Low, 2021).

Vårdens påverkan på förlossningsrädsla

Kvinnor beskrev olika faktorer hos vårdpersonalen som påverkade deras upplevelse i samband med förlossningen relaterat till deras förlossningsrädsla (Alkalin & Sahlin, 2021; Arfaie et al., 2017; Fenwick et al., 2015; Onchonga et al., 2021; Roosevelt & Low, 2021). Flera deltagande kvinnor var missnöjda med vårdpersonalens kompetens, beteende och lyhörddhet inför kvinnan, och ansåg att personalen inte respekterade patienterna tillräckligt (Arfaie et al., 2017; Onchonga et al., 2021). Kvinnor berättade att faktumet att de skulle föda barn i en miljö med okända människor, det vill säga okänd vårdpersonal, förstärkte deras rädsla kring förlossningen (Fenwick et al., 2015). I studien gjord av Roosevelt och Low (2021) där minoritetsgrupper med förlossningsrädsla intervjuats berättade kvinnor att de aktivt sökt upp vårdgivare som de litade på skulle ta hand om deras rädsla och ge dem vård på ett sätt som fick dem att känna sig säkrare. De berättar också om rädslan att vårdpersonal skulle tala illa om dem bakom deras rygg, att de skulle upplevas för krävande och att bli respektlöst behandlad till exempel på grund av övervikt, sexuell läggning, eller att de inte behärskade språket samt talade en annan dialekt. I Onchonga et al. (2021) beskrev kvinnorna en oro kring otillräcklig bemanning på förlossningen, att de var rädda att inte hitta till förlossningen på grund av otillräcklig skyltning samt att det fanns en osäkerhet om sjukhuset hade tillgång till nödvändiga läkemedel och medicinsk utrustning.

Informationens och medias påverkan på förlossningsrädsla

Vikten av information och dess inflytande på förlossningsrädsla nämns i flera av artiklarna. Bristande information eller opassande information från familj eller vårdgivare kunde leda till förvärrad förlossningsrädsla, och bra information kunde leda till att förlossningsrädslan reducerades (Fenwick et al., 2015). Att söka egen information om det kvinnorna var rädda för i samband till förlossningen kunde ibland minska rädslan, då kvinnorna insåg hur ovanligt vissa komplikationer och tillstånd är. Men för andra kvinnor blev den kunskapen en förstärkning av ångesten i stället. Vissa kvinnor ansåg att anledningen till att de sökte egen information var att de inte fick tillräckligt med information från vårdgivare (Fenwick et al., 2015). Kvinnor uttryckte att de önskade få mer information från vårdgivare för rådgivning och för att kunna ta bra beslut i samband med sin förlossning (Alkalin & Sahlin, 2021; Fenwick et al., 2015). Ibland tvekade dock kvinnorna att ställa frågor till vårdgivarna, eftersom "en inte kan fråga om allt" (Alkalin & Sahlin, 2021). Bristande information från vårdgivare var information som ansågs otydlig, otillräcklig, eller att det fanns språkbarriärer som förhindrade informationsöverföringen (Fenwick et al., 2015; Onchonga et al., 2021).

Flera av kvinnornas olika rädslor i samband till förlossningen porträtterades genom historier de fått höra ifrån andra kvinnor och deras erfarenheter av sin förlossning (Alkalin & Sahlin, 2021; Arfaie et al., 2017; Faisal et al., 2014; Fenwick et al., 2015; Striebich & Ayerle, 2020; Ternström et al., 2016). Det kunde vara en familjemedlem, en vän eller en annan kvinna som var källa för historierna. Dessa historier uppgav sedan kvinnorna i studierna när de uttryckte rädsla för exempelvis smärta (Alkalin & Sahlin, 2021). För andra kvinnor var källan till rädsla bilden av födandet som media visade upp. Även samhällssynen och medias syn på kvinnokroppen påverkade kvinnorna negativt under graviditeten (Roosevelt & Low, 2016). Kvinnor uppgav att sociala medier även hade påverkat deras val i hur de ville att förlossningen skulle gå till (Alkalin & Sahlin, 2021), och i Fenwick et al. (2015) studie uppgav kvinnor att se bilder eller videor av en förlossning hade en negativ inverkan på deras förlossningsrädsla. Rykten och missuppfattningar om förlossningsvården på sociala medier och i kvinnogrupper utgjorde även en bidragande faktor till förlossningsrädsla (Onchonga et al., 2021).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Design & Ansats

För att besvara översiktens syfte, att belysa förlossningsrädda kvinnors upplevelser och erfarenheter av graviditet och förlossning, genomfördes en litteraturöversikt. Designen är ett relevant sätt att sammanfatta forskning inom ett specifikt område (Forsberg & Wengström, 2016). Styrkan med en litteraturöversikt med kvalitativ ansats är att den inkluderar många deltagares upplevelser, vilket kan vara svårt att uppnå med endast en kvalitativ originalartikel. Fjorton av resultatets femton artiklar var kvalitativa, och en kvalitativ metod kan bidra till att beskriva fenomen som författare och läsare tidigare uppfattat som obegripliga utifrån deltagarnas synvinkel (Forsberg & Wengström, 2016). I föreliggande litteraturöversikt användes både kvalitativ och kvantitativ litteratur vilket är en fördel då dessa olika ansatser kan användas för att komplettera varandra (Polit & Beck, 2021). Friberg (2017) lyfter fram viss kritik mot metoden litteraturöversikt då en alltför begränsad mängd forskning inkluderas i en litteraturöversikt. Då begränsningar görs för alla studier menar de att inkluderad forskning kan bli för selekterad och att resultatet inte visar hela sanningen. En annan nackdel med litteraturöversikter är att det kan vara svårt att bedöma om författarna till litteraturöversikten har inkluderat all relevant litteratur i ämnet (Friberg, 2017). Dock kan en bli misstänksam ifall all litteratur som författarna hänvisar till inte är till relativt nypublicerade artiklar i ämnet (Polit & Beck, 2021).

Polit och Beck (2021) menar att det kan vara svårt för läsaren till en litteraturöversikt att kritisera den eftersom författarna till litteraturöversikten ofta besitter mer kunskap om ämnet än läsaren. Författarna till föreliggande litteraturöversikt besitter viss förkunskap inom ämnet förlossningsrädsla, vilket är viktigt att ta hänsyn till. Enligt Vetenskapsrådet (2017) är det av vikt att förstå att förkunskap kan påverka resultatet. Vid analys och dokumentation av datamaterialet har detta utförts så objektivt som möjligt. I föreliggande litteraturöversikt har datamaterialet initialt lästs var för sig och vidare analyserat materialet för att sedan sammanställa och diskutera materialet gemensamt, då säkerställs att olika komponenter tas med och presenteras i resultatet (Forsberg och Wengström, 2016). Utöver det har även grupphandledningsträffar kontinuerligt hållits under arbetets gång där utomstående parter såsom andra studenter och handledare varit med och diskuterat, bearbetat och kommit med nya infallsvinklar till innehållet, vilket kan styrka trovärdigheten.

Urval

Samtliga artiklar som denna litteraturöversikt bygger på är originalartiklar även kallat primära källor. Enligt Polit och Beck (2021) höjs trovärdigheten på en litteraturöversikt om resultatet bygger på originalartiklar, och detta är ett sätt att bedöma litteraturöversiktens kvalitet. I databasen CINAHL har begränsningen att artiklarna skulle vara "peer reviewed" gjorts, vilket innebär att de är granskade av utomstående forskare, det styrker studiens trovärdighet (Polit & Beck, 2021). I föreliggande litteraturöversikt gjordes även en begränsning avseende språket så att inkluderade artiklar skulle vara skrivna på engelska, då det är språket författarna behärskar. Samtliga inkluderade artiklar i arbetet var skrivna på engelska och den begränsningen kan ha gjort att artiklar skrivna på andra språk som skulle svarat på denna litteraturöversikts syfte, har uteslutits. Enligt Friberg (2017) är urvalet som utförs med hjälp av inklusions- och exklusionskriterier en viktig del i processen, vilka urval som görs kan påverka innehållet i resultatet men även kvalitén av detta. Avgränsningarna som görs ska

göras med omsorg och eftertanke. Vidare har flera av de inkluderade artiklarna översatts från originalspråket i respektive land till engelska. Vid arbetet med föreliggande litteraturöversikt har artiklarna genomgått ny översättning från engelska till svenska för att ett resultat ska kunna sammanställas och skrivas. Vid översättning är det viktigt att vara medveten om att det föreligger en risk med feltolkningar och felaktig översättning. Studierna översattes så grundligt och noggrant som möjligt och vid otydligheter skedde diskussion om innebörden uppfattades olika av författarna, för att undvika feltolkningar. Vid osäkerhet användes även översättningsprogram för att garantera korrekt översättning.

Ett annat inklusionskriterium till föreliggande litteraturöversikt var att inkluderade artiklar skulle vara publicerade inom de senaste 10 åren. Detta för att resultatet skulle återspegla en aktuell bild av förlossningsrädda kvinnors upplevelser och erfarenheter av graviditet och förlossning, samt att det skulle vara tillämpligt i dagens mödra- och förlossningsvård. Forsberg och Wengström (2016) menar att det är viktigt att göra en begränsning gällande publikationsår för att återspegla en så korrekt bild av hur situationen ser ut idag och de poängterar att forskning är en färskvara. Å andra sidan kan tidsbegränsningen göra att relevant forskning för syftet exkluderas på grund av årsbegränsningen (Friberg, 2017). Då syftet med litteraturöversikten var att belysa förlossningsrädda kvinnors upplevelser och erfarenheter av graviditet och förlossning, inkluderades endast artiklar där kvinnor som var gravida, alternativt hade varit gravida och fött barn deltagit. I ett antal inkluderade artiklar återfanns barnmorskor, partners eller kvinnor som inte var gravida i samma artikel med kvinnor som var, eller hade varit gravida och fött barn som deltagare. I de artiklarna har endast material som med säkerhet kan garanteras komma från de kvinnor som är eller har varit gravida och fött barn inkluderats, vilket svarar mot syftet i litteraturöversikten. Två av de kvalitativa artiklarna som är inkluderade i resultatet hade som syfte att utforska varför kvinnor föredrar eller efterfrågar födsel med kejsarsnitt (Faisal et al., 2014; Suwanrath et al., 2021). Dessa artiklar inkluderades i litteraturöversikten då de hade tydligt avgränsade delar som handlade om förlossningsrädsla i sina resultat, vilket gjorde att det enkelt gick att urskilja resultat som svarade mot syftet för denna litteraturöversikt. Två andra artiklar som inkluderades i resultatet hade sina utgångspunkter utifrån mätinstrumenten W-DEQ och FOBS, och hur kvinnorna tolkade och tänkte kring dessa mätinstrument när de fyllde i dem (Roosevelt & Low, 2016; Ternström et al., 2016). Visst material i dessa artiklar fokuserar därför på själva mätinstrumenten, men en stor del i resultatet handlar om hur kvinnorna då ser och beskriver sina förlossningsrädslor utifrån mätinstrumenten, vilket då svarar mot syftet i denna litteraturöversikt.

Datinsamling

Datinsamlingen påbörjades med en provsökning med fritextord i PubMed. Friberg (2017) menar att en provsökning med tillräckligt antal sökträffar är ett kriterium som behöver uppfyllas för att en litteraturöversikt ska kunna påbörjas. I litteraturöversikten har vetenskapliga artiklar från tre olika databaser för vetenskaplig och medicinsk forskning inkluderats. Enligt Polit och Beck (2021) är sökning i bibliografiska databaser en nyckelmetod för att samla in material till en litteraturöversikt. Forsberg och Wengström (2016) menar att trovärdigheten för litteraturöversikten ökar då forskning från vedertagna databaser inkluderas och när flera olika databaser används ökar utbudet av artiklar som kan svara på föreliggande litteraturöversikts syfte. I den aktuella litteraturöversikten dokumenterades sökprocessen detaljerat av författarna för att sedan skrivas ned och presenteras i metodavsnittet, såväl i text som i en tabell. Att dokumentera sökprocessen väl är av vikt för att göra sökningen replikerbar samt att det ökar litteraturöversiktens tillförlitlighet (Forsberg & Wengström, 2016). Polit och Beck (2021) beskriver att reliabiliteten med att

redovisa sin sökning väl är att resultatet skulle bli detsamma om sökningen i databaserna återupprepas vid senare tillfälle enligt beskrivningen.

Sökorden som användes i föreliggande litteraturöversikt gav ett bra antal träffar i databaserna, vilket tyder på att sökorden var relevanta för ämnet. Då det inte finns någon MeSH-term för varken *förlossningsrädsla* eller *upplevelse* fick andra begrepp och termer användas, som identifierats vid genomläsning av relevant litteratur för ämnet. Dessa kombinerades med MeSH-termer och finns beskrivet i metodavsnittet. Att MeSH-termer saknas för ämnet som litteraturöversikten handlar om kan ses som en svaghet, men kan också indikera att ämnet är värt att uppmärksamma vidare och ytterligare forskning behövs.

Efter att sökning i block utförts gjorde även författarna manuella sökningar. Forsberg och Wengström (2016) beskriver att manuell sökning är ett användbart söksätt att tillämpa, och kan innebära att referenslistan på en relevant artikel för ämnet studeras där andra artiklar kan identifieras. Söksättet kan stärka litteraturöversiktens kvalitet då artiklar som annars hade kunnat missas på grund av felaktiga sökord, nu identifieras och inkluderas i litteraturöversikten. Två artiklar inkluderades genom manuell sökning, vilket gjorde denna metod fördelaktig för litteraturöversikten. Dock kan det ses som en svaghet att dessa artiklar inte identifierades genom sökorden som valdes till sökningarna i databaserna, och att fler artiklar skulle kunna ha exkluderats från arbetet genom att de inte identifierades med sökorden som valdes.

Två av artiklarna som identifierades genom sökning i databasen PsycINFO, och genom manuell sökning i PubMed, hade inte Sophiahemmets högskola gratis access till. Hjälp med beställning av artiklarna togs av högskolans bibliotekarier, och en summa på 50 kronor styck betalades för att få artiklarna i pappersform för att kunna använda dem i litteraturöversikten. Att författarna till föreliggande litteraturöversikt valde att betala för artiklarna kan ses som en styrka, då viktig information och datamaterial annars hade kunnat exkluderas ur litteraturöversikten på grund av kostnader.

Kvalitetsgranskning och etiska överväganden

En kritisk kvalitetsgranskning har utförts av samtliga inkluderade vetenskapliga artiklar i litteraturöversikten enligt Caldwell et al, (2011), vilket är en styrka då den går igenom samtliga delar av vetenskapliga artiklarna och innehåller 18 granskningspunkter. Friberg (2017) beskriver att kvaliteten på en studie kan anses vara högre då noggrann kvalitetsgranskning gjorts. Bedömningen av artiklarnas kvalitet gjordes gemensamt av författarna till denna litteraturöversikt, vilket är en styrka då konsensus angående kvalitén nåtts gemensamt. Dock finns givetvis utrymme för feltolkning av artiklarnas kvalitet av författarna till litteraturöversikten. Tretton av artiklarna ansågs ha mycket god kvalitet och två god kvalitet, vilket talar för trovärdighet och tillförlitlighet av resultatet.

Vid kvalitetsgranskningen av artiklarna som valts ut vid datainsamlingen exkluderades tre artiklar. Två studier som hade informanter under 18 år exkluderades då studierna kom ifrån länder där barngiftsmål förekommer. Det kunde inte garanteras att de unga kvinnorna i studien deltog frivilligt, då det var deras föräldrar alternativt män som godkände deras deltagande. En annan artikel saknade etiskt resonemang eller godkännande av etisk kommitté, och uteslöts därefter också vid kvalitetsgranskningen. Alla artiklar som har inkluderats i litteraturöversikten har fått ett etiskt godkännande av en etisk kommitté och/eller har ett grundligt resonemang kring etiska frågor, Forsberg och Wengström (2016) beskriver att trovärdigheten av en studie stärks när endast forskning med etiskt resonemang inkluderas.

Analys

Analysen gjordes utifrån beskrivning som finns i Friberg (2017) bok. I analysprocessen till litteraturöversikten följdes stegen som finns beskrivet, vilket kan göra analysen upprepbar för andra och därmed överförbar. Analysen av artiklarna gjordes tillsammans av båda författarna vilket gör utrymmet för feltolkning av innehållet mindre. Analysen av datamaterialet blev därmed enhetligt och starkare. Under analysprocessen identifierades gemensamma nämnare för datamaterialet i ett index av båda författarna, detta för att göra materialet mer lätthanterligt och strukturerat. Likheterna bildade därefter kategorier som resultatet är byggt på. Enligt Polit och Beck (2021) är att se hur författarna till litteraturöversikten analyserar, jämför och sammanställer resultatet från de olika artiklarna ett sätt att bedöma litteraturöversiktens kvalitet.

Eftersom syftet med litteraturöversikten var att belysa förlossningsrädda kvinnors upplevelse och erfarenheter av graviditet och förlossning i en litteraturöversikt, var målet att främst identifiera likheter och återkommande skildringar av förlossningsrädsla återgivet av kvinnorna. De mest återkommande omnämningarna av förlossningsrädsla efter analysen utgjorde litteraturöversiktens teman, men även specifika skildringar som ansågs svara på litteraturöversiktens syfte presenterades i resultatet efter analysen. Vidare menar Friberg (2017) att materialet i en kvalitativ litteraturöversikt redan analyserats av författarna till originalartiklarna, vilket kan påverka en ny analys i en litteraturöversikt, och kan ses som en svaghet. I flera av de kvalitativa artiklarnas metod som användes i föreliggande litteraturöversikt framkom dock att de intervjuade deltagarna hade fått ta del av författarnas analys av samtalen. De kunde även lämna kommentarer på om de upplevde att författarna misstolkat dem och gjort en felaktig analys. Detta är en styrka både för författarna av originalartiklarna, och vidare för författarna till föreliggande litteraturöversikt.

Studierna i artiklarna som inkluderades i föreliggande litteraturöversikt genomfördes i: Sverige, Storbritannien, Tyskland, Turkiet, Iran, Japan, Thailand, Australien, Kenya, USA och Kanada. Fem av sju världsdelar är därmed representerade i resultatet och kvinnor från olika kulturer och kontexter fick därmed återge sin skildring av förlossningsrädsla. Risken med att använda sig av artiklar från länder med olika levnadsstandard, kultur, vård och syn på förlossningsrädsla är att resultatet kan bli spretigt och osammanhängande. Dock återfanns många likheter i faktiska rädslor gällande förlossningsrädsla, men att ursprunget och faktorer som påverkade rädslan var det som skiljdes åt mellan länderna med stora kulturella skillnader. Att ha flera olika synsätt på förlossningsvård och förlossningsrädsla ur en global kontext kan ses som en styrka i litteraturöversikten då det ger en bredare perspektiv. Detta styrks även Friberg (2022) som beskriver att det är viktigt att inte bara lyfta fram ett perspektiv utan att det är av vikt att presentera en översiktsbild av ett fenomen. Att identifiera flera nyanser och skildringar av ett fenomen menar Forsberg och Wengström (2016) avgör kvalitén på kvalitativ forskning, vilket gör inkluderingen av artiklar från flera länder till en styrka.

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturöversikt var att belysa förlossningsrädda kvinnors upplevelser och erfarenheter av graviditet och förlossning. Huvudfynden som identifierades var att förlossningsrädsla kan vara rädsla för faktiska ting eller skeenden under förlossningen. Även rädslan för att inte veta hur en förlossning ska bli eller om en kommer kunna styra över vad som händer vid förlossningen. Vidare beskrevs hur förlossningsrädsla påverkade kvinnorna

under graviditet och efter förlossning, och hur yttre faktorer kunde påverka förlossningsrädsla till det bättre eller sämre.

Av de rädslor som kvinnorna nämnde under kategorin Rädslor som uttrycktes i relation till förlossningen återfanns; rädsla för smärta, att sakna tilltro till sin fysiska förmåga att föda vaginalt, rädsla för interventioner och komplikationer vid en förlossning, samt rädsla för barnets välbefinnande och hälsa. Enligt resultatet i litteraturöversikten framkom det att för kvinnor som har tankar om att en vaginal förlossning är en för stor utmaning att ta sig an, kan rädslan att inte ha förmågan att genomgå en vaginal förlossning infinna sig. Det bekräftas av Nilsson et al, (2010) som beskriver att födande kvinnor upplevde att de inte hade någon självklar plats i förlossningsrummet, att de inte erhöll stöd och att det resulterade i en bristande tro på den egna förmågan att föda barn. Att ha ett dåligt självförtroende och sakna tilltro till den egna förmågan att "jag klarar av att föda barn" var återkommande i litteraturöversiktens resultat. Detta är även något som beskrivs i en tidigare studie av Eriksson (2005), där de förlossningsrädda kvinnorna såg den kommande förlossningen som ett hot och projicerade nedsättande tankar på sig själv inför förlossningen. I Erikssons studie uppgav flera förlossningsrädda kvinnor att de hade föreställningar om att just de var mycket sämre än andra kvinnor på att föda barn. Även Nilsson (2012) bekräftar i sin avhandling om förlossningsrädsla att barnafödande ofta rubbar självkänslan hos förlossningsrädda kvinnor, såväl förstföderskor som omföderskor. I samband med förlossningen uppstår förväntningar både från en själv och från omvärlden, och lyckas inte förväntningarna uppfyllas uppstår en känsla av misslyckande som får kvinnan att känna sig sämre och svagare än andra kvinnor. Detta tyder på att barnmorskan kan ha en viktig roll i att stärka kvinnan i hennes självförtroende gällande att hon kan föda barn samt att anhöriga kan ge ett viktigt stöd till kvinnan i graviditeten och finnas där, hjälpa kvinnan att hantera sina känslor och stötta kvinnan i förberedelsen inför förlossningen vilket även bekräftas i SFOGs rapport om förlossningsrädsla (Björklund, 2017).

Rädslan för olika typer av interventioner under förlossningen framkom i resultatet, och var både en rädsla för det faktiska med interventionerna, exempelvis ett perinealklipp, och att det kunde innebära en fysisk risk eller resultera i en komplikation hos kvinnan. Det handlade också om en rädsla av att inte vara delaktig i beslutet om interventioner, utan att dessa beslut tas över huvudet på kvinnan utan chans till inflytande eller delaktighet i beslutet. Likande resultat framkom i studien utav Nilsson (2012) där kvinnor som tidigare erfarit förlossningar med olika typer av medicinska interventioner upplevde sin kropp som icke funktionsduglig när det gäller barnafödande och känslan av att "bli förlöst" i stället för att själv föda barn. Studien av Elvander et al, (2013) visade att en vaginal förlossning med medicinska interventioner eller att förlossningen slutade med kejsarsnitt ökade riskerna för en negativ förlossningsupplevelse och därav risk för att kvinnan utvecklar en sekundär förlossningsrädsla. Enligt HSL (SFS 217:30) Sveriges hälso- och sjukvårdslag har kvinnan laglig rätt till autonomi och att själv göra ett informerat val kring interventioner under förlossningen. När interventioner behöver användas, för att värna om kvinnans eller barnets hälsa och liv under en förlossning, har sjukvårdspersonal alltså en skyldighet enligt lag att informera kvinnan om vad som kommer hända och inhämta ett samtycke.

Under *rädsla för att tappa kontrollen vid sin förlossning* nämndes farhågor i likhet med att kvinnorna oroade sig för att tappa besinningen vid förlossningen samt exponeras på ett sätt som de inte kände sig bekväma med. Skam nämndes som en konsekvens av detta beteende och exponering. *Rädslan för det okända* tog framför allt upp primärt förlossningsrädda kvinnor uttryck av att inte ha kontroll eller kunna kontrollera en kommande förlossning. Denna oförmåga av kontroll resulterade sedan i oro och rädsla bland kvinnorna, vilket även

Demšar et al, (2018) beskriver i en studie om prevalens och riskfaktorer för förlossningsrädsla var rädsla för att tappa kontrollen en signifikant riskfaktor för att drabbas av förlossningsrädsla. I Nilssons (2012) studie om förlossningsrädda kvinnors upplevelse av förlossning beskriver de det oåterkalleliga med förlossningen. Att det inte finns någon annan utväg än att föda barnet och att det för alla är okänt hur det kommer gå, kan vara en skrämmande faktor för många kvinnor. I resultatet i föreliggande litteraturöversikt var rädslan för det okända ett återkommande svar bland både förstföderskor och omföderskor. Förstföderskornas rädsla vid förlossningen grundade sig främst i brist på erfarenhet av förlossning, och omföderskornas rädsla i vissheten om förlossningens oförutsägbarhet. Detta resultat stärks i en metasyntes av Sheen och Slade (2018) om bidragande och reducerande faktorer till förlossningsrädsla, där de nämner liknande faktorer till rädslans ursprung. Ett förhöjt kontrollbehov, ångestbenägenhet och dålig självkänsla nämns som en av bakgrundsfaktorerna till förlossningsrädsla i SFOGs rapport (Ryding, 2017). Många av de rädslor som nämndes under kategorierna *tappa kontrollen* och *det okända* går att härleda till dessa karaktärsdrag hos kvinnor med förlossningsrädsla som exempelvis att vara rädd för att något ska gå fel, utan att kunna specificera vad en är rädd för. Ellis och Lilliecreutz (2017) belyser vikten av föräldrastöd och information till förstföderskor. Att vara förberedd, känna till och kunna ta ställning till olika skeenden under förlossningen, är information som mödravården kan tillhandahålla för att räta ut en del frågetecken om det okända bland förlossningsrädda kvinnor och kan vara ett sätt för kvinnor att få kontroll över situationen. Ellis och Lilliecreutz (2017) belyser dock att mödravården även ska förbereda kommande föräldrar att det är svårt att förutse hur en förlossning kommer att bli för att skapa en realistisk bild av förlossningen. De nämner även att om bra information ges är det inte alltid säkert att den reducerar förlossningsrädslan.

Under kategorin förlossningsrädslans konsekvenser beskrevs dels hur förlossningsrädslan manifesterades under graviditeten genom olika symptom. Dels hur de kvinnor som efter de fött fortsatt hade symptom av förlossningsrädslan kvar, eller kunde bli påmindra om den vid situationer kopplade till barnafödande. Upplevelser av stress, ångest, sömnsvårigheter och magont framkom som en konsekvens av förlossningsrädsla under graviditeten nämns i resultatet av litteraturöversikten. En studie av Hall et al, (2009) visar likande fynd där 20 procent av kvinnor med kraftig förlossningsrädsla sov mindre än sex timmar per natt, och att förlossningsrädsla och känslor av ångest hade ett kraftigt samband. Magont och ångest framkommer även i Eriksson, Jansson et al., (2006) studie om kvinnors upplevelse av kraftig förlossningsrädsla i Sverige. Symptom som dessa syns återkommande bland kvinnor med förlossningsrädsla under graviditeten och bör uppmärksammas. Dels för att kvinnorna ska få stöd att hantera, eller behandling av symptomen, men också för att dessa kan dröja sig kvar även efter förlossningen och sedan påverka nästa graviditet.

Att bli rädd eller traumatiserad efter sin förlossning på grund av en negativ upplevelse, och att dessa minnen fortsätter prägla ens liv framkom av resultatet. Detta påvisas också i en litteraturöversikt (Dencker et al., 2019) där förlossningsrädsla kan utgöra en risk för PTSD och för behovet av psykiatrisk vård efter förlossningen. Det gör det därför viktigt för barnmorskor att förhöra sig om kvinnors upplevelse och välmående efter en förlossning på återbesöket för att se om ytterligare stöd och insatser behövs, vilket även bekräftas av Ellis och Lilliecreutz (2017). I motsats till resultatet fann Korukcu et al, (2019) i en artikel som undersökte hur en tidigare förlossning kan påverka förlossningsrädslan i en kommande graviditet, inget direkt samband av att de som genomgått en jobbig förlossning skulle vara mer rädda under nästkommande graviditet än de som haft en bra upplevelse. I denna litteraturöversikt nämns både att kvinnor kunde överkomma förlossningsrädslan med en önskan om ytterligare barn, men även att upplevelsen av förlossningen också kunde vara så

avskräckande att det kunde dröja innan kvinnorna skaffade barn igen eller inte alls skaffade fler barn. Stark önskan om att få barn och dess reducerande effekt av förlossningsrädslan bekräftas i Poggi et al, (2018), vilket tyder på att rädslan efter en tidigare förlossning går att överkomma med en önskan om ytterligare barn. I Korukcu et al, (2019), såg man även att förlossningsrädslan minskade ju fler barn en kvinna födde.

Under kategorin Yttre faktorer som påverkar förlossningsrädslan nämndes externa källor som på något sätt bidragit till eller lindrat förlossningsrädslan för kvinnorna. Detta resultat återgav tidigare upplevelser, råd, information och stöd från familjemedlemmar, vänner, vårdpersonal och media och hur detta påverkade kvinnornas förlossningsrädsla. Resultatet visade att stödet under förlossningen, såväl från familjemedlemmar och anhöriga som från vårdpersonal, var viktigt för kvinnan och med effekter på förlossningsrädslan. Detta poängterar även Sjögren (2003) som belyser att bemötandet är en viktig del i mötet med en förlossningsrädd kvinna och att stödet alltid ska individualiseras. De psykosociala aspekterna en kvinna behöver hjälp och stöttning med under graviditet och förlossning ska få ta samma självklara plats som när en kvinna behöver medicinsk behandling i anslutning till graviditet och förlossning. Sjögren (2003) menar att dessa åtgärder behöver tas på allvar och sättas in för att kvinnan ska få en chans att klara av det kommande moderskapet. I en Cochrane översiktsartikel av Hodnett et al, (2012) där de undersökte effekten av kontinuerligt stöd under förlossningen visade att kvinnorna som erhöll det stödet i högre grad fick en spontan vaginal förlossning, hade minskat behov av analgetika under förlossningen, minskad andel akuta kejsarsnitt, kortare förlossningar och rapporterade mer positiva förlossningsupplevelser.

Informationens betydelse för graden av förlossningsrädsla framkom tydligt i resultatet, information kunde både ha en lindrande effekt på förlossningsrädslan och även en påspädande effekt vid bristfällig eller missvisande information. Sammantaget visar resultatet från litteraturöversikten och resultat från tidigare forskning att informationens betydelse är viktig för de förlossningsrädda kvinnorna. Kvinnorna efterfrågar information och vill känna sig välinformerade och delaktiga i förlopp och beslut, men det behövs ytterligare forskning för att ta reda på hur vården på bästa sätt kan hjälpa kvinnorna till att känna sig trygga och få en så positiv förlossningsupplevelse som möjligt. Rodríguez-Almagro et al, (2019) beskriver att kvinnorna vill känna sig välinformerade och erhålla information kontinuerligt under både graviditet och förlossning. Erhåller de inte adekvat information på ett respektfullt sätt har det negativa konsekvenser. I en studie av Striebich et al, (2021) berättar förlossningsrädda kvinnor att de erfarit bristen av information och att sjukvårdspersonal inte inhämtat samtycke i samband med att kvinnorna blivit utsatta för interventioner. Den behandlingen och avsaknaden av information från personalen resulterade i en traumatisk förlossningsupplevelse och sekundär förlossningsrädsla hos kvinnan.

Vikten av information till förlossningsrädda kvinnor visar sig också i studien av Larsson et al, (2016) där forskarna kartlägger rådgivningen till förlossningsrädda nationellt i Sverige. I studien visar det sig att samtliga 43 kliniker som ingår i studien använder sig av följande strukturerade tillvägagångssätt vid samtal med förlossningsrädda kvinnor; att stärka kvinnan i tron på sig själv att hon klara av att föda, information om förlossningen, löfte om att tidigt erhålla smärtlindring, information om olika förlossningsmetoder (vaginal födsel och kejsarsnitt), en nedskrivna förlossningsplan samt om kvinnan är omfödelska en genomgång av tidigare förlossningsjournal. Dock framkommer det i en annan studie av Larsson et al, (2015) där de undersökte vilken effekt information och rådgivning till förlossningsrädda kvinnor har över tid, att de kvinnor som fått rådgivning för sin förlossningsrädsla fortfarande var mer rädda efter ett år än kvinnor som inte erhållit rådgivning. Förlossningsrädsla under graviditeten förekom i båda grupperna som jämfördes men var mer förekommande i den

gruppen som erhöll rådgivning. Kvinnorna i gruppen som erhöll rådgivning rapporterade också sämre förlossningsupplevelser, att de i högre utsträckning inte ville ha fler barn och vid en eventuell ny graviditet föredrog kejsarsnitt i högre utsträckning än kvinnorna som inte erhöll rådgivning.

Slutsats

Slutsatsen av denna litteraturoversikt visar att förlossningsrädsla kunde härledas till faktiska ting och skeenden under förlossningen, men också från ovissheten och oförutsägbarheten som en förlossning innebär. Historier och bilder från andra förlossningar var ofta grunden för rädsla bland förstföderskor, och jobbiga upplevelser från tidigare förlossningar bland omföderskor. Att få bra och adekvat information och stöd från vårdpersonal och anhöriga kunde ha en lindrande effekt på förlossningsrädslan. Att lida av psykisk ohälsa under graviditet och postpartum är något som yttrades hos kvinnorna, och att få stöd och behandling för detta är därför av vikt.

Klinisk tillämpbarhet

Identifiering av förlossningsrädsla genom screening på mödravården är ett första steg för att nå förlossningsrädda kvinnor, och för att kunna ge stöd och behandling till förlossningsrädda kvinnor. Att efter en förlossning gå igenom och tala med kvinnan om hennes upplevelse är ett ansvarsområde för barnmorskor både inom förlossningsvård och mödravård, för att kunna identifiera sekundär förlossningsrädsla. Här spelar barnmorskor en viktig roll, och det är viktigt att tid ges för att prata om de psykosociala aspekterna som en graviditet och förlossning för med sig. Att få stöd från barnmorskor under graviditet och förlossning är något som borde belysas än mer för de kvinnor som lider av förlossningsrädsla för att en så bra vård som möjligt ska uppnås. Vidare forskning inom området förlossningsrädsla behövs då förlossningsrädsla fortsätter att öka och det behövs fokuseras på vilken behandlingsmetod som bäst kan hjälpa kvinnorna.

REFERENSER

Akalin, A., & Sahin, S. (2021). Nulliparous Women's Birth Perceptions and Experiences for Mode of Birth Preference: A Qualitative Descriptive Study. *International Journal of Caring Sciences*, 14(2), 1000–1008.

Alehagen, S., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Fear during labor. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 80(4), 315–320. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2001.080004315.x>

Alehagen, S., Wijma, B., & Wijma, K. (2006). Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 85(1), 56–62. <https://doi.org/10.1080/00016340500334844>

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

Andolf, E. (2018). Kejsarsnitt. I H. Hagberg., Marsal. K. & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (4. uppl., ss. 549–564). Lund: Studentlitteratur.

Arfaie, K., Nahidi, F., Simbar, M., & Bakhtiari, M. (2017). The role of fear of childbirth in pregnancy related anxiety in Iranian women: qualitative research. *Electronic physician*, 9(2), 3733–3740. <https://doi.org/10.19082/3733>

Baumann-Gustafsson, B. (2017). *Auroraverksamheten*. I svensk förening för obstetrik och gynekologi. *Förlossningsrädsla*. SFOG.

Björklund, U. (2017) *Förlossningsupplevelsen*. I svensk förening för obstetrik och gynekologi. *Förlossningsrädsla*. 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>

Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Wigert, H., Hessman, E., Sjöblom, H., & Sparud-Lundin, C. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 32(2), 99–111. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.004>

Demšar, K., Svetina, M., Verdenik, I., Tul, N., Blickstein, I., & Globevnik Velikonja, V. (2018). Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *Journal of Perinatal Medicine*, 46(2). doi.org/10.1515/jpm-2016-0282.

Dweik, D., & Sluijs, A. M. (2015). What is underneath the cesarean request? *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 94(11), 1153–1155. <https://doi.org/10.1111/aogs.12692>

Ellis, J. & Lilliecreutz, C. (2017) Mödravårdens roll. I svensk förening för obstetrik och gynekologi. *Förlossningsrädsla*. SFOG.

Eide, K. T., & Bærøe, K. (2020). How to reach trustworthy decisions for caesarean sections on maternal request: a call for beneficial power. *Journal of medical ethics*, 47(12), e45. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106071>

- Eide, K. T., Morken, N. H., & Bærøe, K. (2019) Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2250-6>
- Elvander, C., Cnattingius, S., & Kjerulff, K. H. (2013). Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear: findings from the first baby study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 40(4), 289–296. <https://doi.org/10.1111/birt.12065>
- Eriksson, C. (2006). Förlossningsrelaterad rädsla: en studie av kvinnors och mäns erfarenheter. Umeå: Umeå Universitet.
- Eriksson, C., Jansson, L., & Hamberg, K. (2006). Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery*, 22(3), 240–248. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.10.002>
- Eriksson, C., Westman, G., & Hamberg, K. (2005). Experiential factors associated with childbirth-related fear in Swedish women and men: a population based study. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 26(1), 63–72. <https://doi.org/10.1080/01674820400023275>
- Eriksson, C., Westman, G., & Hamberg, K. (2006). Content of childbirth-related fear in Swedish women and men--analysis of an open-ended question. *Journal of midwifery & women's health*, 51(2), 112–118. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2005.08.010>
- Faisal, I., Matinnia, N., Hejar, A. R., & Khodakarami, Z. (2014). Why do primigravidae request caesarean section in a normal pregnancy? A qualitative study in Iran. *Midwifery*, 30(2), 227–233. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.08.011>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.003>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.141–152). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2022). Att göra en litteraturoversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 185–198). Lund: Studentlitteratur.
- Greer, J., Lazenbatt, A., & Dunne, L. (2014). 'Fear of childbirth' and ways of coping for pregnant women and their partners during the birthing process: a salutogenic analysis. *Evidence Based Midwifery*, 12(3), 95–100.
- Gutteridge, K., (2013). Who is afraid of the big bad birth?. *MIDIRS Midwifery Digest*, 23(4), 441–446.

Haines, H., Pallant, J. F., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2011). Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*, 27(4), 560–567. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.004>

Hall, W. A., Hauck, Y. L., Carty, E. M., Hutton, E. K., Fenwick, J., & Stoll, K. (2009). Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 38(5), 567–576. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01054.x>

Heli, S., & Svensson, L. (2017). *Trygg förlossning: En omvårdnadsmodell för minskad stress och rädsla*. Stockholm: Gothia.

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10, CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub4>

International Confederation of Midwives. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>

Johnson, R. C., & Slade, P. (2003). Obstetric complications and anxiety during pregnancy: is there a relationship?. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 24(1), 1–14. <https://doi.org/10.3109/01674820309042796>

Karlström, A., Rådestad, I., Eriksson, C., Rubertsson, C., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2010). Cesarean section without medical reason, 1997 to 2006: a Swedish register study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 37(1), 11–20. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00373.x>

Korukcu, O., Bulut, O., & Kukulcu, K. (2019). From experiences to expectations: A quantitative study on the fear of childbirth among multigravida women. *Archives of psychiatric nursing*, 33(3), 248–253. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.11.002>

Kristensson, J. (2017). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studier inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och kultur.

Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2), e49–e59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010>

Larsson, B., Karlström, A., Rubertsson, C., & Hildingsson, I. (2015). The effects of counseling on fear of childbirth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 94(6), 629–636. <https://doi.org/10.1111/aogs.12634>

Larsson, B., Karlström, A., Rubertsson, C., & Hildingsson, I. (2016). Counseling for childbirth fear - a national survey. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 8, 82–87. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.02.008>

Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T., & Oian, P. (2006). Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling?. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 33(3), 221–228. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00107.x>

Nieminen, K., Malmquist, A., Wijma, B., Ryding, E. L., Andersson, G., & Wijma, K. (2015). Nulliparous pregnant women's narratives of imminent childbirth before and after internet-based cognitive behavioural therapy for severe fear of childbirth: a qualitative study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, *122*(9), 1259–1265. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13358>

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>

Nieminen, K., & Ryding, E-L. (2017). *Psyko­terapi vid förlossningsrädsla*. I svensk förening för obstetrik och gynekologi. *Förlossningsrädsla*. SFOG.

Nilsson, C. (2012). *Förlossningsrädsla – Med fokus på kvinnors upplevelser av att föda barn*. <http://nu.diva-portal.org/smash/get/diva2:530765/FULLTEXT01.pdf>

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., Robertson, E., & Lundgren, I. (2012). An Effort to Make All the Pieces Come Together: Women's Long-Term Perspectives on Their Experiences of Intense Fear of Childbirth. *International Journal of Childbirth*, *2*(4), 255–268. <https://doi.org/10.1891/2156-5287.2.4.255>

Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Sparud-Lundin, C., Wigert, H., & Begley, C. (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, *18*(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1659-7>

O'Connell, M. A., Leahy-Warren, P., Khashan, A. S., Kenny, L. C., & O'Neill, S. M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, *96*(8), 907–920. <https://doi.org/10.1111/aogs.13138>

Onchonga, D., Keraka, M., MoghaddamHosseini, V., & Várnagy, Á. (2021). Does institutional maternity services contribute to the fear of childbirth? A focus group interview study. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, *30*, 100669. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100669>

Poggi, L., Goutaudier, N., Séjourné, N., & Chabrol, H. (2018). When Fear of Childbirth is Pathological: The Fear Continuum. *Maternal and child health journal*, *22*(5), 772–778. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2447-8>

Polit, D. F., & Beck C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

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>

Roosevelt, L., & Low, L. K. (2016). Exploring Fear of Childbirth in the United States Through a Qualitative Assessment of the Wijma Delivery Expectancy Questionnaire. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 45(1), 28–38. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2015.10.005>

Roosevelt, L. K., & Low, L. K. (2021). Understanding fear of childbirth among underrepresented populations in the United States. *Journal of Health Psychology*, 26(14), 2811–2821. <https://doi.org/10.1177/1359105320922306>

Ryding, E-L. (2017). *Förlossningsrädsla: definitioner och diagnostik*. I svensk förening för obstetrik och gynekologi. *Förlossningsrädsla*. SFOG.

Räisänen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R., & Heinonen, S. (2014). Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997-2010. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 121(8), 965–970. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12599>

Salomonsson, B., Wijma, K., & Alehagen, S. (2010). Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*, 26(3), 327–337. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.003>

Sandall, J., Tribe, R. M., Avery, L., Mola, G., Visser, G. H., Homer, C. S., Gibbons, D., Kelly, N. M., Kennedy, H. P., Kidanto, H., Taylor, P., & Temmerman, M. (2018). *Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children*. *Lancet (London, England)*, 392(10 155), 1349–1357. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31930-5)

SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering) (2021), *Förlossningsrädsla, depression och ångest under graviditet*, Hämtad 5 januari, 2022 från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/forlossningsradsla-depression-och-angest-under-graviditet/?pub=50049>

SFOG (2011). *Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan*. <https://www.sfog.se/media/336234/nationella-indikationer-kejsarsnitt-moderns-onskan.pdf>

SGOG (2016). *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa*. <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web4a328b70-0d76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf>

SFOG (2017). *Förlossningsrädsla*. https://www.sfog.se/natupplaga/1005623_A2fb46497-d45b-466d-8126-c58e99fe856d.pdf

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 5 januari, 2022, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30

Sheen, K., & Slade, P. (2018). Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta-synthesis. *Journal of clinical nursing*, 27(13-14), 2523–2535. <https://doi.org/10.1111/jocn.14219>

Sjögren, B (2003). *Förlossningsrådsla utmanar vården Kejsarsnitt är inte enda lösningen, professionellt stöd under graviditeten och planerad förlossning kan vara en hjälp för många*. <https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/OldPdfFiles/2003/27197.pdf>

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>

Socialdepartementet (2012) *PRIO psykisk ohälsa - plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*. <https://www.regeringen.se/rapporter/2012/05/s2012.006/>

Stoll, K., Fairbrother, N., & Thordarson, D. S. (2018). Stoll, K., Fairbrother, N., & Thordarson, D. S. (2018) Childbirth Fear: Relation to Birth and Care Provider Preferences. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 63(1), 58–67. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12675>

Striebich, S., Mattern, E., & Ayerle, G. M. (2018). Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia - A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*, 61, 97–115. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.013>

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 & Gynecology*, 41(3), 231–239. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1657822>

Striebich, S., Mattern, E., Oganowski, T., Schäfers, R., & Ayerle, G. (2021). Methodological challenges and solution strategies during implementation of a midwife-led multicenter randomized controlled trial (RCT) in maternity hospitals. *BMC medical research methodology*, 21(1), 222. <https://doi.org/10.1186/s12874-021-01429-0>

Størksen, H. T., Garthus-Niegel, S., Adams, S. S., Vangen, S., & Eberhard-Gran, M. (2015). Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC pregnancy and childbirth*, 15, 221. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0655-4>

Suwanrath, C., Chunuan, S., Matemanosak, P., & Pinjaroen, S. (2021). Why do pregnant women prefer cesarean birth? A qualitative study in a tertiary care center in Southern Thailand. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03525-3>

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

Sydsjö G, Angerbjörn L, Palmquist S, Bladh M, Sydsjö A, Josefsson A. Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013 Feb;92(2):210-4. doi: 10.1111/aogs.12034. Epub 2012 Dec 5. PMID: 23066797.

Söderquist, J., Wijma, B., Thorbert, G., & Wijma, K. (2009). Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 116(5), 672–680. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x>

Takegata, M., Haruna, M., Morikawa, M., Yonezawa, K., Komada, M., & Severinsson, E. (2018). Qualitative exploration of fear of childbirth and preferences for mode of birth among Japanese primiparas. *Nursing & health sciences*, *20*(3), 338–345. <https://doi.org/10.1111/nhs.12571>

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

Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., & Rubertsson, C. (2016). Pregnant women's thoughts when assessing fear of birth on the Fear of Birth Scale. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, *29*(3), e44–e49. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.11.009>

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningsed*. https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningsed_VR_2017.pdf

Vårdguiden (2019). *Kejsarsnitt*. Hämtad 7 januari, 2022 från, <https://www.1177.se/Stockholm/barn--gravid/forlossning/olika-satt-att-foda-barn/kejsarsnitt/>

Vårdguiden (2020) *Förlossningsrädsla*. Hämtad 10 januari, 2022 från <https://www.1177.se/Stockholm/barn--gravid/forlossning/forberedelser-infor-forlossningen/forlossningsradsla/>

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>

Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, *19*(2), 84–97. <https://doi.org/10.3109/01674829809048501>

World Medical Association. (2018). WMA declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad den 5 januari, 2022, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

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>

Kvalitetsgranskning

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.

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

Är de centrala begreppen tydligt beskrivna? (Kvalitativ studie)		
11. Är kontexten för studien beskrivet? (kvantitativ studie) Är kontexten för studien beskriven? (Kvalitativ studie)		
12. Är urvalet adekvat beskrivet och representativt för populationen? (Kvantitativ studie) Är urvalet av deltagare och datainsamlingsmetoden adekvat beskrivet? (Kvalitativ studie)		
13. Är metoden för datainsamling valid och reliabel? (Kvantitativ studie) Är metoden för datainsamlingen granskningsbar och trovärdig? (Kvalitativ studie)		
14. Är metoden för dataanalys valid och reliabel? (Kvantitativ studie) Är metoden för dataanalys trovärdig och tillförlitlig? (Kvalitativ studie)		
15. Är resultaten presenterade på ett lämpligt och tydligt sätt? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
16. Är diskussionen tillräcklig. Diskuteras resultaten i förhållande till tidigare forskning inom området, diskuteras studiens styrkor och svagheter, är diskussionen "objektiv"?		
17. Är konklusionen tillräcklig. Baseras konklusionen (uteslutande) på studiens resultat?		
18. Är resultaten generaliserbara? (Kvantitativ studie)		

Är resultaten överförbara? (Kvalitativ studie)	
	Totalt (max 36 poäng)

(Caldwell K, Henshaw L, Taylor G. Developing a framework for critiquing health research: An early evaluation. Nurse Education Today 31 (2011) e1-e7.

[Download Caldwell et al 2011 om matrisen.pdf](#)

Cut off värde för kvalitet

Mycket god kvalitet, 29-36 poäng

God kvalitet, 20-28 poäng

Låg kvalitet, <20 poäng

Artikelmatris

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ/ Kvalitet
Alkalin & Sahlin 2021 Turkiet	Nulliparous Women's Birth Perceptions and Experiences for Mode of Birth Preference: A Qualitative Descriptive Study	Syftet med studien var att utforska förstfödorskors uppfattningar av förlossning, deras motivering till preferens av förlossningssätt och deras beslutsprocess för detta.	Detta var en deskriptiv kvalitativ studie med 24 intervjuer. Data samlades in genom djupintervjuer mellan författarna och deltagarna mellan augusti och september 2019. De semi-strukturerade intervjuerna spelades in. Datamaterialet transkriberades och analyserades sedan genom tematisk analys.	N=24	Tre huvudteman framkom – Uppfattning om förlossningen, Motivering till preferens av förlossningssätt och Beslutsprocess. Dessa tre teman delades in i totalt tolv subteman. Av de 24 deltagarna uttryckte 20 rädsla inför förlossningen och de andra kände sig exalterade. Alla kvinnorna hade tagit ett beslut gällande förlossningssätt. 21 ville föda vaginalt, och resten önskade kejsarsnitt. Det tredje temat beskrev hur de fattat sina beslut och vad/vilka som påverkat besluten.	Kvalitativ studie Mycket god kvalitet, 31 poäng
Arfaie, Nahidi, Simbar & Bakhtiari 2017 Iran	The role of fear of childbirth in pregnancy related anxiety in Iranian women: a qualitative research	Syftet med studien var att utforska komponenter och dimensioner av graviditetsrelaterad ångest.	Detta var en kvalitativ studie gjord med innehållsanalys. Deltagarna var gravida kvinnor med ångest eller förlossningsrädsla som uppkommit under graviditeten. Datainsamlingen pågick mellan maj och december 2015. Data samlades in genom selekterat urval genom semi-strukturerade djupintervjuer som spelades in. Datamaterialet transkriberades och analyserades sedan med MAXQDA software.	N=28	Resultatet delades upp i fyra huvudkategorier - Förlossningsprocessen, Förlossningen, Komplikationer med förlossningen och Kvalitén på vården. Under dessa teman beskrev kvinnorna sina rädslor av förlossningens olika faser och vad de var oroliga för skulle hända.	Kvalitativ studie Mycket god kvalitet, 34 poäng
Faisal, Matinnia, Hejar & Khodakarami 2014 Iran	Why do primigravidae request caesarean section in a normal	Syftet med studien var att ta reda på varför iranska kvinnor efterfrågar	En kvalitativ studie med semistrukturerade djupintervjuer. Selektivt urval användes där deltagarna skulle vara gravida i	N=14	Resultatet presenterades under fyra huvudteman: Förlossningsrädsla (rädsla för smärta, skador hos mamma eller barn), Komplikationer	Kvalitativ studie

BILAGA 2

	pregnancy? A qualitative study in Iran.	kejsarsnitt utan medicinsk indikation.	tredje trimestern med sitt första barn och efterfråga kejsarsnitt utan medicinsk indikation. Intervjuerna spelades in och därefter transkriberades de ordagrant. Därefter fick deltagarna materialet och hade chans att ändra i materialet. Tematisk analys användes för att bearbeta materialet.		efter vaginal födsel (vaginal prolaps, urininkontinens, sexuell dysfunktion), Tilltro (till obstetriker) och Misstro (till personal på förlossningsenheterna).	Mycket god kvalitet, 33 poäng
Fenwick, Toohill, Creedy, Smith, & Gamble 2015 Australien	Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation	Syftet med studien var att beskriva källan till, agerandet och regleringen av förlossningsrädsla bland en grupp av gravida kvinnor med svår förlossningsrädsla.	Detta var en kvalitativ studie där komparativ analys användes för att identifiera likheter och teman som representerar kvinnors upplevelse av förlossningsrädsla. Deltagarna var kvinnor med svår förlossningsrädsla. Studien var en del av en större RCT-studie med 101 deltagare, och datamaterialet bestod av 43 inspelade telefonintervjuer som valdes ut ifrån RCT-studien. Öppna frågor användes för att utforska förlossningsrädsla och hur det påverkade kvinnornas preferens av förlossning.	N=43	Resultatet delades in i tre större delar med underrubriker vid respektive del. Dessa tre delar var: Stimuli av rädslan (källan till varför kvinnorna var rädda), Agerandet på rädslan (hur kvinnorna uttryckte och hanterade sin rädsla) och Yttre faktorer som kunde påverka rädslan.	Kvalitativ studie Mycket god kvalitet, 29 poäng
Greer, Lazenbatt & Dunne 2014 Storbritannien	Fear of childbirth' and ways of coping for pregnant women and their partners during the birthing process: a salutogenic analysis.	Att undersöka förlossningsrädsla och dess påverkan på val av förlossning bland kvinnor och deras partners på Nordirland.	Detta var en kvalitativ studie utförd med djupintervjuer bland gravida 19 kvinnor och deras respektive partners. Deltagarna rekryterades genom selekterat urval. Datainsamlingen var semi-strukturerade intervjuer som utgick från en evidensbaserad guide och spelades in. Datamaterialet	N=38	Resultatet delades in i tre delar baserat på deltagarnas uppfattningar om förlossningsrädsla. Begriplighet (att försöka förstå vad som väntade) Hanterbarhet (hur de hanterade sin förlossningsrädsla) och Meningsfullhet (rädslor associerade med motivationen till att få en så bra förlossning som möjligt).	Kvalitativ studie Mycket god kvalitet, 34 poäng

			transkriberades och analyserades genom tematisk analys.			
Nilsson, Robertson & Lundgren, 2012 Sverige	An Effort to Make All the Pieces Come Together: Women's Long-Term Perspectives on Their Experiences of Intense Fear of Childbirth	Syftet med studien var att beskriva innebörden av förlossningsrädsla och förlossning från kvinnors ur ett långtidsperspektiv.	Detta var en kvalitativ fenomenologisk studie. Intervjuer gjordes med 6 kvinnor som tidigare haft en negativ förlossningsupplevelse. Intervjuerna gjordes enskilt med kvinnorna och spelades in. Datamaterialet transkriberades och analyserades sedan av författarna.	N=6 (2)	Resultatet delades in under tre huvudrubriker: Varje förlossning är en berättelse som finns kvar, Förlossningsrädsla ihopkopplat med graviditeten och Upplevelsen av förlossningen är en central livserfarenhet. Sammanfattningsvis menar författarna på att upplevelsen av förlossning kan uttryckas av kvinnor i flera nyanser och toner, vilket indikerar komplexiteten av upplevelsen.	Kvalitativ studie Mycket god kvalité
Onchonga, Keraka, MoghaddamHosseini & Várnagy 2021 Kenya	Does institutional maternity services contribute to the fear of childbirth? A focus group interview study.	Syftet med studien var att förstå uppfattningar och erfarenheter bland nyblivna mödrar diagnostiserade med förlossningsrädsla i Kenya. Sett till institutionella mödravården och om den kunde bidra till förlossningsrädsla.	Detta var en deskriptiv kvalitativ studie med fokusgruppsintervjuer. Deltagarna rekryterades från en tidigare RCT-studie. Deltagarna valdes ut selektivt och skulle ha förlöst på en förlossningsklinik samt screenats för förlossningsrädsla i vecka 32 för att kunna delta i fokusgrupperna. Intervjuerna utgick från en guide och innehöll frågor om erfarenheter kring vården på förlossningsklinikerna. Intervjuerna spelades in och anteckningar fördes. Datamaterialet transkriberades och analyserades sedan med tematiska analys.	N=29 (17)	Resultatet delades in i två kategorier: Utmaningar relaterade till tillhandahållandet av vården & Utmaningar relaterade till erfarenheter av vården. Dessa kategorier delades sedan upp i totalt 8 subkategorier. Av resultatet framkom att institutionell mödravård kunde bidra till förlossningsrädsla. Antingen direkt genom exempelvis förlängd förlossningssmärta och attityder från personalen, eller indirekt exempelvis genom vilka resurser som fanns sett till personal och infrastruktur.	Kvalitativ Studie Mycket god kvalité, 32 poäng
Roosevelt & Low 2021 USA	Understanding fear of childbirth among underrepresented	Syftet var att undersöka förlossningsrädsla hos minoritetsgrupper.	Detta var en studie med kvalitativ fenomenologisk ansats. Tre fokusgrupper skapades där intervjuer hölls och materialet	N=22	Resultatet presenteras i sju teman och inbegrep Relationen till sjukvårdspersonalen, Att utlämnas helt i deras händer under	Kvalitativ studie God kvalité,

	populations in the United States		spelades in. Därefter transkriberades materialet och analyserades med analysprogrammet NVivo.		förlossningen, Rädsla för att inte bli respektfullt bemött, Bli bemött av rasism, sexism och homofobi, Tankar om var förlossningen ska äga rum Rädsla för smärta och att Tappa kontrollen.	28 poäng
Roosevelt & Low 2016 USA	Exploring Fear of Childbirth in the United States Through a Qualitative Assessment of the Wijma Delivery Expectancy Questionnaire	Syftet med studien var att utforska kvinnors erfarenheter av att fylla i W-DEQ, samt analysera läsbarheten och tillämpbarheten av instrumentet bland en mångfaldig population av kvinnor i USA.	Detta var en studie med deskriptiv kvalitativ ansats. Deltagarna rekryterades genom "flyers" på olika vårdinstanser och offentliga platser. Kvinnorna skulle vara gravida eller fött barn inom de senaste 5 åren, samt ha en förlossningsrädsla. Datamaterialet samlades in genom fokusgruppsintervjuer som spelades in. Intervjuerna transkriberades och analyserades genom kvalitativ innehållsanalys.	N=22	Resultatet delades in i hur kvinnorna utläste W-DEQ och om det var applicerbart för deras förlossningsrädsla, samt kvinnornas erfarenhet av förlossningsrädsla och vad de var rädda för i subteman: rädsla för barnets hälsa, rädsla för komplikationer, rädsla för att bli övergiven, rädsla för beslutsfattande, rädsla för brist på styrka samt rädslan av den kulturella erfarenheten av att föda barn.	Kvalitativ studie Mycket god kvalitet, 30 poäng
Slade, Balling, Sheen & Houghton. 2019 Storbritannien	Establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives.	Syftet var att identifiera de centrala orsakerna till förlossningsrädsla samt att utifrån både kvinnors och barnmorskor perspektiv identifiera när den bästa tidpunkten under en graviditet är att ställa frågor om förlossningsrädsla.	Kvalitativ design med semistrukturerade intervjuer utav 10 gravida kvinnor med självskattad förlossningsrädsla samt 13 barnmorskor. Datainsamlingen genomfördes i två steg, steg ett var semistrukturerad intervjuer med kvinnorna och steg två var semistrukturerade telefonintervjuer med barnmorskorna. Det ordagrant transkriberade innehållet analyserades med tematisk analys för varje grupp för att särskilja svaren från kvinnorna och från barnmorskorna.	N=23	Resultatet presenteras i följande åtta kategorier från kvinnorna: Rädsla för det oförutsägbara, Rädsla för skada på barnet, Rädsla för att inte kunna hantera smärtan, Missstro till kroppens förmåga att klara av att föda, Rädsla för förlossningsskador och långsiktiga konsekvenser av detta, Rädsla för interventioner, Rädsla för att inte kunna påverka det som händer och att bli lyssnad på samt Rädsla för att bli övergiven och lämnad under förlossningen.	Kvalitativ studie Mycket god kvalitet, 34 poäng.
Stoll, Fairbrother & Thordarson.	Childbirth Fear: Relation to Birth	Syftet var att undersöka sambandet mellan	Detta var en studie med kvantitativ design där deltagarna besvarade en	N=409	Resultatet visade att kvinnor som vårdades av läkare och som önskade	Kvantitativ design

2018 Kanada	and Care Provider Preferences.	förlossningsrädsla och vilken profession som vårdar den gravida kvinnan, sätt att föda samt plats att föda.	enkät via internet. Denna studie är en del av en tidigare större studie innehållande 643 engelsktalande deltagare. 409 kvinnors svar valdes ut från den tidigare studien då författarna ville undersöka gruppen kanadensiska kvinnors svar på enkäterna. Enkäten bestod av sociodemografiska frågor, frågor om nuvarande och eventuellt tidigare graviditet, samt the Childbirth Fear Questionnaire.		kejsarsnitt i allmänhet var mer förlossningsrädda överlag samt för smärta vid vaginal födsel, rädda att förlora sexuell njutning samt rädda för skada på sig själv eller sitt barn. Kvinnor som vårdades av barnmorskor och som önskade vaginal födsel var framförallt rädda för interventioner under förlossningen.	Mycket god kvalitet, 30 poäng.
Striebich & Ayerle. 2020 Tyskland	Fear of childbirth (FOC): Pregnant women's perceptions towards the impending hospital birth and coping resources— A reconstructive study.	Syftet var att undersöka vad som låg till grund för kvinnors förlossningsrädsla och vilka faktorer som kan hjälpa kvinnorna att övervinna förlossningsrädslan.	Detta var en kvalitativ hermeneutisk design. Individuella problemfokuserade intervjuer hölls med kvinnor som självskattat att de led av svår förlossningsrädsla. En dokumentär analysmetod användes för analys av det transkriberade materialet.	N=12 (16)	Två huvudkategorier med vardera tre underkategorier framkom. Första huvudkategorin var Orientering mot förlossning: mellan naturligt och medikaliserat, med underkategorier: Fysiologisk förlossning som standard, Förlossning ett uthållighetsprov och Trygghet genom medicinsk och personcentrad vård. Andra huvudkategorin var Resurser för att hantera förlossningsrädsla, med underkategorier: Erhålla information för att slippa rädslan att förlora kontrollen, Stöd för att hantera förlossningssmärta och Psykologiskt och emotionellt stöd under förlossningen.	Kvalitativ studie God kvalitet, 28 poäng.
Suwanrath, Chunuan, Matemanosak & Pinjaroen. 2021 Thailand	Why do pregnant women prefer cesarean birth? A qualitative study in a tertiary care center	Syftet var att undersöka kvinnornas orsaker till efterfrågan av kejsarsnitt utan medicinsk indikation.	Detta var en kvalitativ deskriptiv studie. Djupintervjuer hölls med deltagarna individuellt och transkriberades därefter ordagrant. Materialet analyserades därefter med innehållsanalys i fyra steg för	N=27	Sex kategorier framkom: Rädsla för förlossning, Rädsla för komplikationer för moder och barn, Tidigare negativa förlossningsupplevelser, Positiv inställning till kejsarsnitt,	Kvalitativ studie Mycket god kvalitet, 33 poäng.

	in Southern Thailand.		att slutligen resultera i kategorier med underteman.		Information, Vidskeplig tro kring födelsedatum. 14 subkategorier skapades under de olika kategorierna.	
Takegata, Haruna, Morikawa, Yonezawa, Komada & Severinsson. 2018 Japan	Qualitative exploration of fear of childbirth and preferences for mode of birth among Japanese primiparas.	Syftet med studien var att utforska förlossningsrädsla, uppfattningar om kejsarsnitt samt smärtlindring hos japanska förstföderskor.	Detta var en kvalitativ studie med deskriptiv design. Datainsamling genom intervjuer i fokusgrupper. Intervjuerna spelades in och transkriberades därefter. Dataanalys utfördes separat av två forskare och sedan sammanförde de resultaten och bildade kategorier.	N=11	Sju kategorier framkom efter analysen. Det som låg till grund för kvinnornas förlossningsrädsla var: Smärta, Att tappa kontrollen, Risker för moder samt barn, Osäkerhet, En utdragen förlossning, Dåligt stöd från sin familj och Att man skulle lämnas ensam. Vidare framkom att kvinnorna inte önskade kejsarsnitt på grund av sin förlossningsrädsla.	Kvalitativ studie Mycket god kvalitet, 32 poäng.
Ternström, Hildingsson, Haines & Rubertsson. 2016 Sverige	Pregnant women's thoughts when assessing fear of birth on the Fear of Birth Scale.	Syftet med studien var att undersöka vad kvinnor, i mitten av sin graviditet, tänker i samband med att de svarar på bedömningsinstrumentet FOBS.	Detta var en kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer, de använde sig utav "tänk högt teknik" för att identifiera kvinnornas tankar och upplevelser. Först utfördes 17 intervjuer, men då datamättnad ej uppfattades som uppnådd utfördes ytterligare 14 intervjuer. Innehållsanalys av det transkriberade materialet utfördes för att identifiera kategorier och underkategorier.	N=31 (2)	Sex kategorier identifierades vad kvinnorna tänker på när de besvarar FOBS: Förståelse av FOBS, Exemplifiering av oro och rädslor, Oro och känslor kring det oförutsägbara, Rädsla relaterat till specifik situation, Aspekter som påverkar oron och rädslan och Strategier för hantering. Vidare utvecklades sex underkategorier.	Kvalitativ studie Mycket god kvalitet, 35 poäng.

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