

## **Examensarbete**

Magisteruppsats

### **Förlossningsrädsla**

---

#### **En begreppsanalys ur barnmorskans perspektiv**

**Fear of childbirth – a concept analysis from a midwife perspective**

Författare: Camilla Birath och Sofia Edman

Handledare: Margareta Persson

Examinator: Kerstin Erlandsson

Ämne/huvudområde: Sexuell, Reproductiv och Perinatalhälsa

Kurskod: SR3013

Poäng: 15hp

Examinationsdatum: 2019-01-31

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

## **Abstrakt:**

**Bakgrund:** Förlossningsrädsla drabbar ungefär en femtedel av alla gravida kvinnor och barnmorskor möter dessa i sitt arbete.

**Syfte:** Syftet var att analysera begreppet förlossningsrädsla ur ett barnmorskeperspektiv.

**Metod:** En begreppsanalys med en hybridmodell. Först en teoretisk fas med litteratursökning, därefter en fältstudiefas där fem barnmorskor intervjuades följt av en sammanfattandes syntes med resultatet från den teoretiska fasen och fältstudiefasen.

**Resultat:** Förlossningsrädsla är något som kan drabba kvinnor innan, under eller efter graviditet och förlossning. Förlossningsrädsla kan vara primär eller sekundär. Vid primär förlossningsrädsla kan kvinnan sakna tilltro till sin förmåga att föda barn och vid sekundär förlossningsrädsla har kvinnan haft en tidigare traumatisk förlossningsupplevelse.

Barnmorskorna beskrev förlossningsrädsla som ett komplext begrepp. Kvinnorna använde oftast inte ordet förlossningsrädsla utan barnmorskorna tolkade vad de märkte eller såg hos kvinnan som yttringar av förlossningsrädsla.

**Slutsats:** Barnmorskor använder begreppet på olika sätt och efterlyser en tydligare definition och arbetssätt kring förlossningsrädsla. Förlossningsrädsla innebär ett stort lidande för den gravida kvinnan och därför anser författarna till detta examensarbete att det förebyggande arbetet är viktigt och att barnmorskan har en central och betydelsefull roll.

**Kliniks tillämpbarhet:** Barnmorskor kan använda sig av studien för att utveckla sin kunskap kring förlossningsrädsla samt se hur andra barnmorskor ser på begreppet förlossningsrädsla.

**Nyckelord:** Förlossningsrädsla, begreppsanalys, barnmorska, graviditet, stöd, upplevelse

## **Abstract:**

**Background:** Fear of childbirth affects about one-fifth of all pregnant women and midwives face these in their work.

**Aim:** The aim was to analyse the concept fear of childbirth from a midwife perspective.

**Methods:** A concept analysis with a hybrid model. First a theoretical phase with a search for literature, thereafter a fieldwork phase where five midwives were interviewed followed by a final analytic phase.

**Results:** Fear of childbirth is something that can affect women before, during or after pregnancy and childbirth. Fear of childbirth for primiparous women can be a lack of confidence in her ability to give birth, and for multiparous women have had a previous traumatic birth experience. The midwives described that fear of childbirth was a complex concept. Women did not usually use the word fear of childbirth, but the midwives interpreted what they noticed or saw in the woman as manifestations of fear of childbirth.

**Conclusion:** Midwives use the concept in different ways and call for a clearer definition and way of working with fear of childbirth. The fear of childbirth is a great suffering for the pregnant woman and therefore the authors of this thesis consider that preventive work is important and that the midwife has a central and important role.

**Clinical Applicability:** Midwives can use this study to develop their knowledge of fear of childbirth and see how other midwives view on the concept fear of childbirth.

**Keywords:** Fear of childbirth, concept analysis, midwife, pregnancy, support, experience

# Innehållsförteckning

Bakgrund.....	1
Prevalens av förlossningsrädsla .....	1
Riskfaktorer för att utveckla förlossningsrädsla.....	2
Mätinstrument för att mäta förlossningsrädsla .....	2
Auroraverksamhet .....	3
Teoretiskt perspektiv .....	3
Problemformulering .....	4
Syfte .....	4
Metod .....	4
Design .....	4
Genomförande.....	5
Teoretisk fas.....	6
Definitioner .....	6
Studier som beskriver hur kvinnor och mäns upplevelse av förlossningsrädsla .....	8
Studier som beskriver barnmorskors syn på förlossningsrädsla.....	10
Sammanfattning av den teoretiska fasen – Tentativ definition .....	11
Fältstudiefas .....	11
Datainsamling .....	11
Tabell 1. Översikt av deltagare .....	13
Dataanalys.....	13
Tabell 2. Analysexempel.....	14
Etiska överväganden .....	14
Resultat av fältstudiefas .....	14
Grader av oro och rädsla .....	15
Normal oro och rädsla under graviditet.....	15
Otrygghet .....	15
Brist på stöd ökar oro och rädsla.....	15
Förlossningsrädsla är brett och subjektivt.....	16
Kvinnor använder inte begreppet förlossningsrädsla .....	16
Primär och sekundär förlossningsrädsla.....	16
Gradering av förlossningsrädsla.....	16
Barnmorskors syn på förlossningsrädsla.....	17
Tydligare definition behövs .....	17
Orsaker till förlossningsrädsla.....	17
Tidigare upplevelser.....	18
Kommunikation och bemötande .....	18
Psykisk ohälsa .....	18
Kontrollförlust.....	19
Tillit till sig själv .....	19
Sammanfattande syntes.....	20
Definitioner av förlossningsrädsla .....	20

Kvinnors upplevelse av förlossningsrädsla .....	20
Barnmorskans arbete med förlossningsrädsla .....	20
Normal oro och rädsla inför förlossning .....	21
Empiriska kännetecken .....	21
Figur 1. Empiriska kännetecken.....	21
Demonstrationsfall .....	21
Modellfall.....	21
Gränsfall.....	22
Motsatsfall.....	22
Diskussion.....	23
Sammanfattning av empiriska kännetecken .....	23
Resultatdiskussion.....	23
Komplext begrepp.....	23
Primär och sekundär förlossningsrädsla.....	24
Gradering av rädsla .....	25
Bristande stöd.....	25
Avsaknad av tilltro till sig själv.....	26
Etikdiskussion .....	27
Metoddiskussion .....	27
Slutsats .....	28
Klinisk tillämpbarhet.....	28
Förslag till vidare forskning .....	29
Referenser .....	30
Bilagor.....	37
Bilaga 1 .....	37
Bilaga 2 .....	38
Bilaga 3 .....	39
Bilaga 4 .....	40
Bilaga 5 .....	41

## **Inledning**

Upplevelsen av att vara gravid och föda barn är en central händelse i kvinnors liv. Graviditeten är oftast fylld av glädje och förväntan, men kan även bestå av oro och rädsla i varierande omfattning. Förlossningsrädsla kan uppstå före, under och efter graviditet eller förlossning. Det kan finnas olika orsaker varför kvinnan känner oro, rädsla eller skräck inför att föda. Kvinnor kan känna rädsla för vad som kommer att hända under förlossningen och oroa sig om allt kommer att gå bra. Somliga kvinnor kan vara förstföderskor som inte har någon erfarenhet av förlossningen och som inte vet vad de kan förvänta sig och andra kvinnor är omföderskor som kan ha en traumatisk förlossningsupplevelse bakom sig. Barnmorskan har en viktig roll att identifiera kvinnor med förlossningsrädsla för att kunna stötta och ge råd. Begreppet förlossningsrädsla är något som författarna har uppmärksammat under barnmorskeutbildningen samt vi har även mött kvinnor med förlossningsrädsla under studietiden. Vad som ingår i begreppet förlossningsrädsla ska i detta examensarbete analyseras för att ge en djupare beskrivning av begreppet.

## **Bakgrund**

I världen föds varje år ungefär 140 miljoner barn enligt World Health Organisation [WHO] (WHO, 2018). Enligt Statistiska Centralbyrån [SCB] (2017) har ungefär 115 000 födselar registrerats i Sverige under 2017. De flesta av de gravida kvinnorna i Sverige går på besök till en barnmorska i mödrahälsovården, vilket innebär att mödrahälsovårdsbarnmorskan kan möta kvinnor med förlossningsrädsla och deras eventuella partners (ARGrappport nr. 76, 2016; Graviditetsregistret 2017).

### **Prevalens av förlossningsrädsla**

I en litteraturgenomgång och metaanalys av 29 olika studier i 18 olika länder (O'Connell och medarbetare, 2017) uppskattas förekomsten av kvinnor med förlossningsrädsla till 14 procent, men den sanna förekomsten är svår att uppskatta då olika definitioner av förlossningsrädsla används i de inkluderade studierna (O'Connell et. al., 2017). I en europeisk litteraturstudie visas att prevalensen av svår förlossningsrädsla är 11,4 procent hos kvinnor som är gravida med sitt första barn och 11,0 procent hos gravida kvinnor som tidigare har fött barn. Det skiljer sig mellan de olika länderna, exempelvis i Sverige upplever 14,6 procent bland förstföderskor förlossningsrädsla och 15,2 procent bland omföderskor medan i Belgien är motsvarande siffror 4,5 procent av förstföderskor samt 8,4 procent bland omföderskor. Både

Sverige och Belgien uppvisar ökade förekomst av omföderskor med upplevd förlossningsrädsla. Island visar lägre förekomst av upplevd förlossningsrädsla med 9,6 procent för förstföderskor och på 7,6 procent bland omföderskor (Lukasse et. al., 2014).

Under år 2017 får 8,4 procent av de gravida kvinnorna i Sverige extrainsatta stödåtgärder på grund av förlossningsrädsla med minst ett registrerat besök hos barnmorska, läkare eller psykolog via Auroramottagning eller liknande verksamhet som inriktar sig mot stöd vid förlossningsrädsla. Det finns skillnader mellan olika regioner och landsting, till exempel har Dalarna 5,4 procent kvinnor som får extra stöd medan i Jämtland får 11,6 procent av de gravida kvinnorna stödåtgärder (Graviditetsregistret, 2017). Rapporter från Graviditetsregistret visar en viss ökning av andelen kvinnor som får extrainsatt stöd för förlossningsrädsla. År 2013 får 7,9 procent av de gravida kvinnorna i Sverige extrastödåtgärder, år 2016 8,0 procent och 2017 får totalt 8,4 procent av landets gravida extra stödinsatser orsakat av förlossningsrädsla (Graviditetsregistret, 2013; Graviditetsregistret, 2017).

### **Riskfaktorer för att utveckla förlossningsrädsla**

Kvinnans personliga förutsättningar har betydelse för om hon kommer att utveckla förlossningsrädsla, exempelvis ökar risken för förlossningsrädsla om kvinnan har ett ökat kontrollbehov, ångestproblematik eller dålig självkänsla. Det finns ökad förekomst av förlossningsrädsla hos gravida med psykiatrisk problematik än bland gravida utan sådan problematik. Om den förlossningsrädda kvinnan är omföderska kan hon ha haft en traumatisk förlossningsupplevelse som orsakat den nuvarande förlossningsrädslan. Ångestproblematik, depression, bristande socialt stöd, en dålig relation till sin partner, en ökad smärtekänslighet eller att ha varit utsatt för sexuella övergrepp är faktorer som påverkar kvinnans risk för att utveckla förlossningsrädsla (SFOG, 2017). I en studie gjord av Räisänen et. al. (2014) framkommer att riskfaktorer för att utveckla förlossningsrädsla hos en kvinna som är gravid med sitt första barn är depression och hög ålder hos kvinnan. Hos kvinnor som tidigare fött barn är depression och tidigare kejsarsnitt riskfaktorer för att utveckla förlossningsrädsla (Räisänen et. al., 2014).

### **Mätinstrument för att mäta förlossningsrädsla**

För att mäta förlossningsrädsla hos en kvinna kan olika mätinstrument användas. Ett mätinstrument som ofta används vid studier om förlossningsrädsla är Wijma Delivery

Expectancy/Experience Questionnaire [W-DEQ] som är ett frågeformulär med 33 olika frågor (Nilsson et. al., 2018; Richens et. al., 2018). Instrumentet kan användas före födelsen för att bedöma förväntningarna (version A) och även efter födelsen för att bedöma upplevelsen av förlossningen (version B). Frågorna besvaras i en siffra mellan noll till fem. Ju högre siffra som anges desto starkare rädsla. Maximal poäng är 165, poäng över eller lika med 85 klassas som intensiv förlossningsrädsla och poäng över eller lika med 100 klassas som fobisk förlossningsrädsla (Nieminen et.al., 2009).

Ett annat ofta använt mätinstrument är Fear of Birth Scale [FOBS] som är ett enklare formulär för att mäta förlossningsrädsla inför förlossning. Kvinnan får frågan ”Hur känner du inför den stundande förlossningen?” och får därefter markera i formuläret, där hon sätter ett kryss på två olika linjer, på den ena linjen som sträcker sig från ingen rädsla till stark rädsla och den andra linjen utgör en skala från lugn till orolig. Skalan graderas från 0 till 100 och 60 eller mer på skalan definieras som förlossningsrädsla (Ternström et. al., 2016). Visuellt analog skala [VAS] är liknande som FOBS, men då med endast en linje mellan 0–10 där kvinnan markerar för att graden av eventuell förlossningsrädsla ska kunna mätas (Richens et. al., 2018). Ett gränsvärde på fem har använts som indikation på förlossningsrädsla (Alehagen, 2017).

### **Auroraverksamhet**

I slutet av 1980-talet sågs ett behov av bättre omhändertagande av kvinnor med stark förlossningsrädsla. Några kliniker startade speciell stödverksamhet för dessa kvinnor som kom att kallas Auroraverksamhet. Syftet med Auroraverksamhet är att kvinnan eller paret med förlossningsrädsla ska få möjlighet att se med ljusare tankar kring födandet och att förlossningsupplevelsen ska bli så positiv som möjligt oavsett förlossningssätt. På Auroramottagningarna arbetar vanligtvis barnmorskor, obstetriker, psykolog och kurator samt ibland psykiatriker (SFOG, 2017).

### **Teoretiskt perspektiv**

Barnmorska är en skyddad yrkestitel som kräver utbildning och utfärdad yrkeslegitimation för att få utföras. Den legitimerade barnmorskan arbetar inom kompetensområdet sexuell, reproduktivt och perinatal hälsa [SRPH]. Yrkesuppgiften är att främja hälsa och förebygga ohälsa på individgrupp och samhällsnivå. Oavsett verksamhetsområde ska arbetssättet alltid utgå från beprövad erfarenhet, evidens samt kunskap. Barnmorskan ska ha ett etiskt förhållningssätt och vården ska i största möjliga mån utformas och genomföras i samband

med kvinnan. I kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska (2018) står skrivet att barnmorskan ska ha kompetens att identifiera förlossningsrädsla och kunna bedöma samt ge stöd vid förlossningsrädsla.

Barnmorskans professionella ansvar är att stödja kvinnan under hela processen av graviditet och födande (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Barnmorskan ska även bygga en professionell relation med kvinnan för att kunna ge en individuellt anpassad vård till kvinnan och partner genom kommunikation. Att ha förmågan att jobba tillsammans med kvinnan för att hon ska kunna upprätthålla en känsla av kontroll under graviditet och förlossning är också en del i barnmorskans arbete.

### **Problemformulering**

Förlossningsrädsla drabbar ungefär en femtedel av alla gravida kvinnor och barnmorskor möter dessa kvinnor i sitt arbete. Vi har uppmärksammat att begreppet förlossningsrädsla graderas och definieras på olika sätt och en tydligare definition behövs för att kunna klargöra och förtydliga vad som ingår i begreppet. Barnmorskan har en viktig roll dels vad gäller att identifiera kvinnor som lider av förlossningsrädsla och dels hjälpa och stödja kvinnan att hantera sin rädsla och oro för att få de kan känna sig tillfreds med sin graviditet och förlossning. Denna begreppsanalys kan bidra till en djupare och tydligare förståelse om vad begreppet förlossningsrädsla innebär ur barnmorskans perspektiv.

### **Syfte**

Syftet med denna studie var att analysera begreppet förlossningsrädsla ur ett barnmorskeperspektiv.

### **Metod**

#### **Design**

Detta examensarbete utgörs av en begreppsanalys. Begreppsanalys är enligt Walker och Coalson Avant (2011) en process för att granska de grundläggande elementen i ett begrepp. Avsikten är att klargöra, förtydliga, definiera ofta vaga eller mångtydiga begrepp och syftet med en begreppsanalys är att få ökad och grundläggande förståelse för begreppets underliggande attribut och för att kunna skilja likheten och olikheten i begreppet. När begreppet synliggjorts uppträder attribut som kännetecken och utmärkande egenskaper för



begreppet. En begreppsanalys kan bidra till att vårdpersonal får en gemensam allmän förståelse för begreppet som analyserats (Walker & Coalson Avant, 2011).

Begreppsanalys har utvecklats när forskare börjat studera teorier och hur dessa kan användas i omvårdnad samt även för att särskilja teorier som inte hör till omvårdnad. Under utvecklingsprocessen uppkommer en hybridmodell där begrepp och teorier väljs, utvecklas och appliceras i specifika kliniska omvårdnadssituationer för att få fram definitioner och mäta begrepp på ett mer specifikt sätt än de tidigare omvårdnadsteorierna. I och med detta utvecklas hybridmodellen där begrepp först studeras i litteraturen för att sedan analyseras med fokus på det valda begreppet tillsammans med gjorda fältstudier (Schwartz-Barcott & Kim, 1993).

Metoden som används i denna studie är en begreppsanalys med en hybridmodell utifrån Schwartz-Barcott och Kim (1993). Denna modell delar upp arbetet i en teoretisk fas, följt av en fältstudiefas och slutligen en sammanfattande analysfas.

## **Genomförande**

Hybridmodellens olika faser enligt Schwartz-Barcott & Kim (1993) sammanfattas nedan. Denna studie har följt dessa faser i analysarbetet.

### Teoretisk fas

1. Val av begrepp – i detta fall förlossningsrädsla
2. Litteratursökning
3. Beskriva olika begrepp och definitioner av förlossningsrädsla
4. Sammanfattning av den teoretiska fasen

### Fältstudiefas

1. Förberedelse och val av område för studien
2. Söka tillåtelse för att genomföra studien på det valda området
3. Val av intervjudeltagare
4. Insamling och analys av materialet

## Sammanfattande fas

1. Bearbeta resultatet från den teoretiska fasen tillsammans med resultatet från fältstudiefasen.
2. Skapa modellfall, gränsfall och motsatsfall som illustrerar och förklarar resultatet

## Teoretisk fas

Enligt Schwartz-Barcott och Kim (1993) inleds den teoretiska fasen med att begreppet väljs och information om begreppet inhämtas. En första litteratursökning gjordes för att få en överblick och orientering i ämnet förlossningsrädsla. Därefter påbörjades litteratursökning i olika databaser för att hitta olika definitioner och beskrivningar av begreppet förlossningsrädsla. Inklusionskriterier för valda artiklar och annan litteratur var att de handlade om förlossningsrädsla. Ingen begränsning gällande publiceringsår gjordes vilket innebar att både kvalitativ och kvantitativ forskning inkluderades om de kunde svara till studiens syfte. Exklusionskriterier var kvalitativa metasynteser och artiklar som var skrivna på andra språk än engelska och svenska. Vetenskapliga artiklar söktes i databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO. Även avhandlingar samt annan relevant litteratur där förlossningsrädsla ingick söktes fram via Högskolan Dalarnas bibliotek och DIVA portalen. Författarna har även sökt via artiklars referenslistor för att få fram relevant litteratur som svarade till syftet. De huvudsakliga sökord som användes var *fear of childbirth*, *midwife*, *definition*, *experiences* och *support*. Sökord har även kommit fram via key words i relevanta artiklar och har därefter använts i den fortsatta litteratursökningen. För varje identifierad möjlig källa att inkludera lästes först titel för att avgöra om artikeln kunde vara relevant eller inte, sedan lästes abstrakten för att bestämma om artikeln var av intresse för denna studie. Varje artikel som valdes ut att ingå i den teoretiska fasen har lästs och granskats med hjälp av Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] (2014) information om kvalitetsgranskning. De artiklarna som ingår i studien har bedömts ha hög kvalitet. Sökhistoriken för litteratursökningen presenteras i Bilaga 1.

## Definitioner

Det finns ingen specifik definition för **förlossningsrädsla** utan en förklaring som används är att förlossningsrädsla innebär specifik rädsla vid barnafödande som påverkar det vardagliga livet. Rädslan kan finnas hos kvinnan före graviditet, under graviditeten samt efter förlossning (Alehagen, 2017).

Ordet **förlossning** beskrivs och definieras som “den process då fostret på grund av livmoderns sammandragningar föds fram genom förlossningskanalen och lämnar moderns kropp” (Nationalencyklopedin [NE], 2018) eller “befria från något som binder” (Svenska Akademiens ordbok, 2018). Stora synonymordboken (1998) delar in ordet förlossning i två betydelser varav den ena beskrivs som nedkomst, barnsbörd, födelse, barnsäng och partus. Den andra betydelsen av ordet är frälsning, räddning, återlösning och befrielse. Ordet förlossning kommer från ordet lösen som även orden frigivande, frihet och avförande medel härstammar ifrån (Hellqvist, 1922).

**Rädsla** beskrivs som “en känsla som man känner vid hot eller riskfyllda situationer, både äkta och inbillade. Rädsla kan också förklaras som ett extremt ogillande situationer, tillstånd, saker, människor och liknande. Rädsla varierar kraftigt från person till person, och kan sträcka sig från en mild känsla av oro till extrem rädsla, kallad paranoia, skräck eller fobi” (NE, 2018). Enligt svenska Akademiens ordbok, (2018) beskrivs rädsla som “egenskapen att vara rädd för någon, fruktan, förskräckelse, skräck”. Till ordet rädsla finns synonymer som exempelvis skräck, fasa, fruktan, bävan, ångest, fobi och ängslan (Stora synonymordboken, 1998). I svensk etymologisk ordbok (Hellqvist, 1922) beskrivs ordet rädsla komma ifrån ordet rädas som betyder skrämna eller förskräcka.

I två olika rapporter av Svensk förening för gynekologi och obstetrik [SFOG] samt arbets- och referensgrupper (2017) och av Svenska Läkaresällskap et. al. (2011) beskrivs förlossningsrädsla som ett tillstånd med flera olika graderingar. Förlossningsrädsla kan finnas inför, under och efter förlossningen hos kvinnan där mild eller lätt förlossningsrädsla innebär en oro för kvinnan som hon kan hantera. En måttlig förlossningsrädsla innebär att kvinnan har svårt att hantera förlossningsrädslan själv och kan behöva hjälp och stöd, men rädslan innebär inte ett psykiskt sämre mående. Svår förlossningsrädsla beskrivs som en rädsla där kvinnan kanske inte vågar bli gravid, föda vaginalt eller rädslan har en betydande påverkan på det psykiska måendet och vardagen hos kvinnan. Förlossningsfobi beskrivs som en extrem rädsla inför förlossningen och innebär att kvinnan undviker graviditet eller vaginal förlossning (SFOG, 2017; Svenska Läkaresällskapet et. al., 2011).

Inom förlossningsvården skiljer man på olika sorters förlossningsrädsla: primär och sekundär förlossningsrädsla. Den primära förlossningsrädslan finns hos kvinnan redan innan hon är

gravid. Orsakerna till varför kvinnan är okontrollerat rädd redan innan graviditet och förlossning kan vara olika, exempelvis känslor av att inte räckta till, sämre tilltro till förmågan att orka eller vilja ta hand om ett barn. Det är ofta en obestämd rädsla, som är svår att uttrycka i ord. Sekundär förlossningsrädsla kallas den rädsla som uppkommer efter en tidigare traumatisk förlossningsupplevelse. En traumatisk upplevelse kan vara allt ifrån en mycket utdragen förlossning som slutar med kejsarsnitt till en förlossning som har gått väldigt fort (Silverstolpe & Söderberg, 2006; Svenska Läkaresällskapet et. al., 2011).

### **Studier som beskriver hur kvinnor och mäns upplevelse av förlossningsrädsla**

Flera studier har studerat kvinnor och mäns upplevelser av förlossningsrädsla. I följande stycke presenteras hur kvinnor och män beskriver sin förlossningsrädsla i olika studier.

En kvalitativ studie om kvinnors och deras partners förlossningsrädsla beskriver att rädsla handlar om risker vid en vaginal förlossning, smärtpåverkan under förlossning och att kvinnan eller barnet ska skadas under förlossningen och om osäkerheten inför en vaginal förlossning. I denna studie med 19 kvinnor och 19 män tycker 74 procent att kejsarsnitt är ett säkrare sätt för barnet att födas på jämfört med en vaginal förlossning. Alla kvinnor beskriver rädsla för smärta under förlossningen och känner att det är betryggande att ha tillgång till epiduralbedövning dygnet runt. Däremot önskar kvinnorna att de ska hantera smärtan utan epiduralbedövningen, men saknar tilltro till sin förmåga att klara av förlossningssmärtan (Greer et. al., 2014).

I en avhandling av Eriksson (2006) där kvinnor och mäns upplevelse av förlossningsrädsla studeras beskrivs att kvinnorna har en känsla av utsatthet och att vara underlägsen, medan männen uttrycker svårigheter att kommunicera sin rädsla. Avhandlingen visar att stark förlossningsrädsla är en tung börda att bära också för män. Den emotionella stress de måste hantera, deras önskan att stödja kvinnan och att anpassa sig till normer om manlighet gör det svårt att uttrycka rädslan och söka stöd. Kvinnorna relaterar förlossningsrädsla till smärta, det okända och oförutsägbara förloppet, en långdragen förlossning, att barnet skadas under förlossningen, att skadas själv under förlossningen och att inte bemötas med respekt av personalen. Rädsla till egna förmågor och reaktioner beskrivs i betydligt högre utsträckning av starkt rädda kvinnor jämfört med lätt till måttlig rädsla. Normer och värderingar om att känna glädje och förväntan inför förlossningen inverkar kvinnornas uppfattning om sig själva samt vad som kan anses lämpligt att känna och tala om under graviditeten. Många känner sig

annorlunda och sämre än andra på grund av sin rädsla, och beskriver svårigheter att uttrycka rädslan på grund av förväntningar eller erfarenheter att inte bli tagen på allvar. En förutsättning för att kunna tala om förlossningsrädsla relateras till mödrabarnmorskornas bemötande och intresse (Eriksson, 2006).

I en svensk studie där kvinnors erfarenheter av förlossningsrädsla undersöks framkommer det att kvinnorna känner att de förlorar sig själva i och med graviditeten och känslan av att de inte ska klara av att föda ett barn. För förstföderna betyder det att de tvivlar på dem själva inför den väntade förlossning och för omföderna har förlossningsupplevelsen från tidigare förlossningar betydelse för känslan inför den nu väntade förlossningen (Nilsson & Lundgren, 2009).

I en avhandling av Nilsson (2012) beskrivs förlossningsrädsla av gravida kvinnor som att förlora sig själv som kvinna i en ensamhet och att självkänsla i relation till barnafödande rubbas. Avhandlingen visar att tidigare förlossningsupplevelse har en central betydelse för kvinnors rädsla i samband med förlossning. En tidigare negativ förlossningsupplevelse är viktigare än förlossningssättet som förklaring till efterföljande förlossningsrädsla. Kvinnorna tycker det är viktigt att deras berättelser om vad som hände i förlossningsrummet tas på allvar för att bli förstådda och hjälpta av barnmorskan. Upplevelser som att inte vara delaktig eller närvarande, vara i chock och ha svårigheter att kommunicera är känslor som framkommer hos kvinnan. En stark känsla av ensamhet och tomhet samt att barnmorskan inte är på plats och ger den individuella vården kvinnan behöver framkommer även.

I en finsk studie framkommer det att graviditetsrelaterad ångest och rädsla för vaginal förlossning inte bara förknippas med kvinnors personlighetsdrag utan också med psykosociala faktorer som missnöje med sitt partnerskap och brist på socialt stöd. Kvinnor som är förlossningsrädda behöver mer stöd, obstetrisk vägledning och utbildning än gravida kvinnor i allmänhet. Psykologiskt stöd, föräldrautbildning och diskussion om förlossningen i tidig graviditet har en bra effekt, men närvaro av partner vid rådgivning kan förbättra resultatet ytterligare. Vidare framkommer att ju mer depressiva symtom, ångest och sårbarhet som kvinnorna rapporterar desto mer depressiva symtom uppkommer även hos partnern. Om partnern är nöjd med livssituationen och deras relation, desto högre är kvinnans tillfredsställelse och självkänsla (Saisto et.al., 2001).

När kvinnor beskriver vad de känner när de fyller i Fear of Birth Scale uppger de att ju lägre på skalan de fyller i desto mindre oro eller rädsla känner de. Denna studie genomförs när de gravida kvinnorna är i graviditetsvecka 17–20 och de beskriver att rädslan och oron under graviditet förmodligen kommer öka närmare förlossningen. Förstföderskor känner en oro inför att inte veta vad som ska hända då de inte har någon tidigare erfarenhet av förlossning. Omföderskor har trots tidigare erfarenhet av förlossning en känsla av att inte veta vad som kommer att hända och har en likartad känsla som förstföderskor av att något kan gå fel under förlossningen (Ternström et. al., 2016).

### **Studier som beskriver barnmorskors syn på förlossningsrädsla**

I en studie där barnmorskor i Sveriges syn på svår förlossningsrädsla undersöks framkommer det att 65 procent av barnmorskorna tycker att svår förlossningsrädsla skiljer sig ifrån annan sjukhusrädsla. Av barnmorskor som arbetar på förlossningsavdelning tycker 64,8 procent att de kan känna av om en kvinna har förlossningsrädsla även om kvinnan själv inte nämner det, medan motsvarande andel av barnmorskor i mödrahälsovården är 39,7 procent. Majoriteten av barnmorskorna beskriver att ett kontinuerligt stöd från barnmorskan upplevs som störst nytta för den förlossningsrädda kvinnan (Salomonsson et. al., 2011).

I rapporten “Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan” skrivs att kvinnan vid inskrivningsbesöket i mödravården bör tillfrågas hur hon känner inför förlossningen och om hon då uttrycker en önskan om kejsarsnitt eller uppvisar förlossningsrädsla bör graden av förlossningsrädsla mätas med lämpligt instrument. Om kvinnan skattar högt och bedöms ha en svår förlossningsrädsla ska kvinnan remitteras vidare till en samtalsmottagning (Svenska Läkaresällskapet et. al., 2011).

I en studie av barnmorskor som arbetar med rådgivning till kvinnor med förlossningsrädsla framkommer att barnmorskorna vill ha mer utbildning samt mer tid och resurser avsatt till rådgivning. Barnmorskorna önskar också ett bättre samarbete mellan olika professioner och med barnmorskan inom mödravården (Larsson et. al., 2016).

Svenska barnmorskor uttrycker att vårdandet och omhändertagandet av kvinnor med förlossningsrädsla är tidskrävande och känslomässigt påfrestande. Det framkommer att kvinnor med förlossningsrädsla litar helt och hållet på barnmorskan och att barnmorskan känner att hon får ta en stor del av ansvaret för kvinnans förlossningsupplevelse.

Barnmorskorna upplever att förlossningsrädsla har ökat bland kvinnor. Barnmorskorna upplever även förändrade attityder både inom professionen och bland gravida kvinnor samt anser att de har svårt att upptäcka förlossningsrädsla när kvinnan visar upp symtom, men inte uttrycker sin rädsla med ord. Kvinnor med förlossningsrädsla behöver tid för att bli medvetna om och ta itu med deras rädsla beskriver barnmorskorna och att det krävs individualiserad vård, att vara närvarande samt kunna stödja den gravida kvinnan (Salomonsson et. al., 2010).

### **Sammanfattning av den teoretiska fasen – Tentativ definition**

Förlossningsrädsla beskrivs och definieras på olika sätt och kan drabba både kvinnan och hennes partner. Baserat på litteraturgenomgången och arbetets teoretiska fas kommer den fortsatta arbetsdefinitionen för studiens fältstudiefas vara att förlossningsrädsla är primär eller sekundär beroende på om kvinnan fött barn tidigare eller inte. Förlossningsrädslan graderas från lätt till svår där lätt förlossningsrädsla inte påverkar kvinnan i det vardagliga livet, medan måttlig förlossningsrädsla är något som kvinnan behöver ha råd och stöd för att kunna hantera. Svår förlossningsrädsla är när kvinnans rädsla har en stor påverkan på det psykiska måendet och det vardagliga livet. Förlossningsrädsla kan orsakas av en mängd faktorer och finns hos både den gravida kvinnan och hennes partner. Barnmorskans arbete omfattar att identifiera och stötta kvinnor med förlossningsrädsla och detta arbete kan upplevas svårt och tidskrävande och barnmorskorna önskar ytterligare utbildning för att känna att de gör ett gott arbete.

### **Fältstudiefas**

I enlighet med Schwartz-Barcott & Kim:s (1993) hybridmodell genomfördes därefter fältstudiefasen för att förfina och fördjupa begreppet ur barnmorskans perspektiv.

### **Datainsamling**

Ett informationsbrev om studien (se Bilaga 2) och anhållan om att få genomföra intervjuer med barnmorskor mailades ut till vårdenhetschefer på två förlossningsavdelningar och auroramottagningar, fem mödravårdscentraler och en specialistmödravårdsmottagning. Samtliga vårdenheter var lokaliserade i Mellansverige. Valet av dessa verksamhetsområden baserades på att barnmorskor på dessa enheter möter kvinnor och partners med förlossningsrädsla i olika faser av graviditet, förlossning samt eftervård och kan därför bidra till kunskap om kännetecknen och utmärkande egenskaper för begreppet förlossningsrädsla. De olika verksamhetsområdena valdes även för att få spridning på reflektioner kring begreppet

förlossningsrädsla från olika verksamheter. Inklusionskriterier för att delta i fältstudien var att deltagarna var barnmorskor och arbetade inom förlossningsvård, mödravård eller Auroraverksamhet. Exklusionskriterier var personal som inte arbetade som barnmorskor inom dessa områden. Vårdenhetscheferna vidarebefordrade informationsbrevet till de anställda barnmorskorna på vårdenheten och intresserade deltagare kontaktade författarna. Ett bekvämlighetsurval gjordes genom att inkludera de fem barnmorskor som svarade först och var villiga att bli intervjuade. Enligt Schwartz-Barcott och Kim (1993) är ett större antal deltagare inte nödvändigt vid en begreppsanalys utan de anses att tre till sex deltagare är önskvärt.

De fem deltagande barnmorskorna hade varierande erfarenhet av barnmorskeyrket. Arbetserfarenheten som barnmorska varierade mellan 9 till 22 år och deltagarna hade arbetat med förlossningsvård, BB-vård, Auroraverksamhet och mödrahälsovård (se tabell 1). Innan intervjun inleddes fick deltagarna ytterligare information om studien samt tillfälle att ställa frågor och skrev därefter under ett informerat samtycke om att delta i studien (Bilaga 3). Deltagarna upplystes även om att de när som helst kunna avbryta sitt deltagande utan att de behövde uppge någon anledning.

Författarna valde att göra semistrukturerade individuella intervjuer enligt Kvale och Brinkman (2014) för att på ett djupare sätt klargöra barnmorskans syn på begreppet förlossningsrädsla. Inför genomförandet av intervjuerna sammanställdes en semistrukturerad intervjuguide av författarna (Bilaga 4). Intervjuerna genomfördes på plats vald av intervjupersonerna. En av intervjuerna genomfördes via telefon. Intervjuerna inleddes med övergripande frågor kring yrkesbakgrund. Därefter ställdes frågor direkt relaterade till studiens syfte och följdfrågor ställdes för att få en större innebördsrikedom i svaren. I slutet av varje intervju tillfrågades deltagarna om de hade något ytterligare rörande förlossningsrädsla att tillägga utöver de frågor som hade ställts. Intervjuerna spelades in med diktafon med deltagarnas tillstånd och pågick mellan 31–42 minuter. Båda författarna medverkade vid samtliga intervjutillfällena och alternerade mellan att ställa frågor till deltagarna.



**Tabell 1. Översikt av deltagare**

	<b>Yrkesverksamma år som barnmorska</b>	<b>Aktuell Arbetsplats</b>
Barnmorska 1	11 år	Mödrahälsovård
Barnmorska 2	15 år	Förlossning + Aurora
Barnmorska 3	13 år	Mödrahälsovård
Barnmorska 4	9 år	Förlossning
Barnmorska 5	22 år	Förlossning + Aurora

### **Dataanalys**

Författarna inspirerades av kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004) med en induktiv ansats för att få en förutsättningslös analys av materialet och för att identifiera hur deltagarna ser på begreppet förlossningsrädsla. Kvalitativ innehållsanalys är en beprövad och länge använd analysmetod inom forskning och innebär att man fokuserar på skillnader och likheter mellan koder och kategorier. Ett annat karaktärsdrag är att den innehåller manifest såväl som latent inslag i texten. I denna studie gjordes en manifest innehållsanalys med latent inslag. Manifest innehållsanalys innebär att man arbetar med det textnära, för att beskriva de uppenbara och synliga komponenterna i form av kategorier. Det latenta innebär att få en förståelse vad texten handlar om och tolka vad som ligger bakom orden (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjumaterialet transkriberades av författarna och därefter genomfördes påbörjades bearbetningen genom att det transkriberade materialet lästes igenom flertalet gånger av författarna för att få en överblick och identifiera sammanhang.

De delar i texten som svarade till syftet togs ut i form av meningsenheter som sedan kondenserades till kortare meningsenheter utan att viktig information och det centrala innehållet förlorades. Därefter abstraheras den kondenserande texten genom att benämnas med en kod till varje meningsenhet och författarna kategoriserade sedan dessa koder. Koderna var korta och beskrev meningsenhetens innehåll. Koder med liknande innebörd bildade preliminära kategorier som därefter sorterades baserat på likheter och skillnader, vilket resulterade i tre huvudkategorier och 13 underkategorier. Huvudkategorierna som identifierades och speglar barnmorskors tankar och erfarenheter om förlossningsrädsla var *Grader av oro och rädsla*, *Förlossningsrädsla är brett och subjektivt* och *Orsaker till förlossningsrädsla*. Exempel på analysens kondensering av meningsbärande enhet och kodning visas i tabell 2.

**Tabell 2. Analysexempel**

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
ähh ja och en omföderska där har vi ju oftast att man har en dålig upplevelse av sin första förlossning asså en tidigare och traumatisk obstetrisk upplevelse som gör att du har en rädsla inför nästkommande förlossning.	Hos en omföderska är tidigare traumatisk obstetrisk upplevelse en vanlig orsak till förlossningsrädsla.	Traumatisk upplevelse hos omföderska ger rädsla	Tidigare upplevelser	Orsaker till förlossning srädsla

### Etiska överväganden

En egen granskning angående etiska överväganden gjordes av författarna under planerandet av studien (Bilaga 5). Syftet med studien var att generera mer kunskap men inte på bekostnad av deltagarnas hälsa och rättigheter samt bevara deltagarnas anonymitet (World Medical Association (WMA), 2018). Enligt Vetenskapsrådet (2002) finns fyra begrepp som skall tas hänsyn till vid utformandet och genomförandet av en studie: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Det författarna gjorde för att säkerhetsställa att dessa krav uppfylldes var att i enlighet med informationskravet fick alla potentiella deltagare till fältstudiefasen ta del av ett informationsbrev där det framgick tydligt vad studien handlade om och att deltagarna hade rätt att avbryta sin medverkan när som helst under studiens pågående utan att närmare beskriva orsaken i enlighet med samtyckeskravet. Enligt konfidentialitetskravet skyddades deltagarnas personuppgifter mot obehöriga och att deltagarnas anonymitet togs hänsyn till under hela forskningsprocessen. Det insamlade forskningsmaterialet har endast använts till studiens ändamål och efter examensarbetet har presenterats och godkänts ska insamlat material destrueras enligt nyttjandekravet.

### Resultat av fältstudiefas

Fältstudiefasen resulterade i tre huvudkategorier *Grader av oro och rädsla*, *Begreppet förlossningsrädsla är brett och subjektivt* och *Orsaker till förlossningsrädsla*.

## **Grader av oro och rädsla**

Huvudkategorin ”Grader av oro och rädsla” omfattar tre underkategorier som beskriver aspekter som barnmorskorna uppfattade bidrog till att kvinnorna var oroliga och rädda inför förlossningen. Underkategorierna var: *Normal oro och rädsla under graviditet*, *Brist på stöd ökar oro och rädsla* och *Otrygghet*.

### Normal oro och rädsla under graviditet

En barnmorska poängterade skillnaden mellan oro och rädsla och sa ”*en rädsla är allvarlig medan en oro är normal*” (Barnmorska 1). En oro under graviditeten uppfattades som en del i anknytningen till barnet då det är vanligt med tankar och drömmar. Andra beskrev att det hör till att vara rädd för det okända och att vissa kvinnor har en helt adekvat rädsla eller känsla inför förlossningen utan att det klassas som en förlossningsrädsla. Samma barnmorska beskrev skillnaden mellan annan rädsla och ångest jämfört med förlossningsrädslan var att vid förlossningsrädsla vet kvinnan vad rädslan beror på.

### Otrygghet

En annan barnmorska uttryckte att kvinnorna kunde känna sig oroliga och inte hantera känslorna inför förlossningen tidigt i graviditeten, men att de senare under graviditeten fick tid att tänka och vara i sig själv vilket gav förutsättningar för att förbereda sig inför förlossningen. Att ha rädslor för andra saker också tyckte ett par barnmorskor var vanligt hos kvinnor med förlossningsrädsla.

*”Har man ångest och oro för övrigt och har den tendensen att vara rädd för okända saker då har man också en ökad risk för förlossningsrädsla, svårt att säga vad som är en generell oro och ångest eller om det är för förlossningen.”* (Barnmorska 2)

### Brist på stöd ökar oro och rädsla

Barnmorskorna beskrev att kvinnor som upplevde brist på stöd kunde få en ökad förlossningsrädsla, det kunde vara bristande stöd från partner eller vårdpersonal. Kvinnorna kunde då känna sig utelämnade och ensamma. Barnmorskorna hade uppfattat att kvinnorna även sökte stöd hos andra, förutom partner och personal, som exempelvis att tron på en gud, ha doula eller få stöd från andra släktingar. En barnmorska ville belysa partners betydelse i rädslan då förlossningsrädsla hos partnern också påverkar kvinnan. En annan beskrev hur

kvinnor som var rädda, spända samt inte kunde slappna av och att det hade en negativ påverkan på förlossningsförloppet.

### **Förlossningsrädsla är brett och subjektivt**

De underkategorier som framkom ur barnmorskornas berättelser och visar på förlossningsrädslans bredd och subjektivitet var: *Kvinnor använder inte begreppet förlossningsrädsla, Primär och sekundär förlossningsrädsla, Gradering av förlossningsrädsla, Barnmorskors syn på förlossningsrädsla* och *Tydligare definition behövs*.

### Kvinnor använder inte begreppet förlossningsrädsla

Barnmorskor uttryckte att kvinnor inte beskrev sin förlossningsrädsla med begreppet förlossningsrädsla utan att det handlade om att rädsla var något som barnmorskan märkte eller såg under graviditeten hos kvinnan.

### Primär och sekundär förlossningsrädsla

Alla barnmorskor delade in förlossningsrädsla i primär och sekundär förlossningsrädsla och att det var skillnad mellan förlossningsrädsla hos förstföderskor och omföderskor. En barnmorska uttryckte att den primära förlossningsrädslan kan finnas kvar inför nästa förlossning.

*”Primär förlossningsrädsla är att kvinnan inte tror att hon klarar av att föda barn. Vid sekundär förlossningsrädsla har kvinnan varit med om en traumatisk förlossningsupplevelse.”* (Barnmorska 5)

### Gradering av förlossningsrädsla

En barnmorska graderade förlossningsrädsla mellan oro och rädsla. Flera av barnmorskorna delade in förlossningsrädsla i svag eller lätt, måttlig och stark. En barnmorska beskrev att vid en svag eller lätt förlossningsrädsla kan det räcka med mer information om hur en förlossning går till för att kvinnan ska släppa sin rädsla inför förlossningen och den måttliga förlossningsrädslan att där kunde hon hjälpa patienten att våga föda vaginalt. Flera barnmorskor upplevde att en stark förlossningsrädsla påverkade kvinnas hela tillvaro, kvinnorna kan inte tänka sig en vaginal förlossning, mår dåligt, sover inte på nätterna, har mardrömmar och kan inte sköta vardagen och sitt arbete.

### Barnmorskors syn på förlossningsrädsla

Alla barnmorskor uttryckte att förlossningsrädsla var ett komplext begrepp. De beskrev att begreppet förlossningsrädsla kunde innehålla många delar, nivåer, aspekter och rädsla var ett subjektivt begrepp. Att det skulle hända barnet något, att kvinnan var rädd för att dö, rädd för bristningar och smärta samt en allmän rädsla för det okänd var exempelvis en del av det saker som kvinnorna kunde vara rädda för beskrev barnmorskorna.

*”Förlossningsrädsla är för mig att man har en känsla av rädsla för att föda barn och sen vad den kommer av och hur den ger uttryck är väldigt individuellt.”* (Barnmorska 3)

Två av barnmorskorna upplevde att barnmorskor kunde ha olika syn på förlossningsrädsla vilket kunde bero på barnmorskans tidigare erfarenheter. En barnmorska nämnde att det fanns andra barnmorskor som tyckte att det viktiga var att kvinnan fick komma till sjukhus och föda barn samt bli omhändertagen men att kvinnans upplevelse av själva förlossningen var mindre viktig. Barnmorskor som arbetar inom mödrahälsovård får ta del av kvinnans tankar och upplevelser av förlossningen som kan komma upp långt senare vilket barnmorskor som endast arbetar inom förlossningsvård går miste om uttryckte en barnmorska.

### Tydligare definition behövs

En barnmorska efterlyste mer handledning i yrkesrollen och att begreppet förlossningsrädsla behövde en tydligare definition. Även hur förlossningsrädsla hos kvinnor uppmärksammades av barnmorskor och att det skulle finnas en tydligare och mer enhetlig syn på arbetet med förlossningsrädsla hos kvinnor efterlystes. En barnmorska upplevde att olika barnmorskor fångade upp signaler och ställde frågor om förlossningsrädsla i olika omfattning hos kvinnor.

### **Orsaker till förlossningsrädsla**

Barnmorskorna beskrev en mängd orsaker som de uppfattade bidrog till kvinnors förlossningsrädsla som kan sammanfattas i underkategorierna: *Tidigare upplevelser, Kommunikation och bemötande, Psykisk ohälsa, Kontrollförlust och Tillit till sig själv.*

### Tidigare upplevelser

Flera barnmorskor uttryckte att förlossningsrädsla kunde bero på tidigare erfarenheter i livet som upplevelser som kvinnan burit med sig i alla tider eller någonting som kvinnan hade upplevt senare i livet. Alla barnmorskor beskrev att våldtäkt och sexuella övergrepp kunde vara en orsak till förlossningsrädsla vilket kunde göra att kvinna kände sig hämmad i att våga föda barn. Att omföderskor tydligt uttryckte sin rädsla baserat på tidigare förlossningsupplevelser var något som alla barnmorskor tog upp. Vikten av att kvinnorna bearbetade traumatiska och jobbiga upplevelser vid en tidigare förlossning betonades för att obearbetade händelser riskerade att komma tillbaka under nästa graviditet av två barnmorskor.

*”Hos kvinnor med primär förlossningsrädsla har rädslan för många funnits med sedan barndomen, det kan vara en negativ upplevelse av sjukvården och kanske dåligt bemötande och en avsaknad av förtroende för vården generellt.”* (Barnmorska 4)

### Kommunikation och bemötande

Dåligt bemötande och en avsaknad av förtroende för vården generellt upplevde barnmorskorna kunde ge kvinnor förlossningsrädsla. Majoriteten av barnmorskorna uttryckte att kvinnor upplevt att de inte blivit lyssnade till och sedd samt lämnats ensam under pågående förlossning var orsaker som kunde ge en sekundär förlossningsrädsla. Att kvinnorna inte blivit bra bemötta av vårdpersonal under sina förlossningar var återkommande som orsak till förlossningsrädsla under intervjuerna med barnmorskorna.

*”Att det har brustit i kommunikation och bemötande är återkommande. Det finns en rädsla att bli bemött på samma sätt igen i samband med förlossningen då man redan är så utsatt. Om man inte känner att man kan lita på och känna sig trygg eller bli bemött på ett bra sätt då skapar det en jätteångest och rädsla.”* (Barnmorska 2)

### Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa var något som alla barnmorskor tog upp som en orsak till förlossningsrädsla och då ofta vid en primär förlossningsrädsla. Flera av barnmorskorna använde uttrycket att kvinnorna var sköra. Hade kvinnan haft en psykisk ohälsa tidigare i livet var det något som kunde komma tillbaka vid en graviditet då i kvinnans kropp och psyke hänger ihop uttryckte en barnmorska.

*”Oftast när man har en förlossningsrädsla så har man en psykisk anamnes bakom sig ..... och att det är mycket sårbarhet som kommer fram när man ska föda barn.” (Barnmorska 4)*

### Kontrollförlust

Kontrollförlust eller att tappa kontrollen var något som alla barnmorskor uttryckte som en del i förlossningsrädsla. En barnmorska tog upp att kvinnorna som har ett kontrollbehov sedan tidigare kan önska kejsarsnitt för att behålla sitt kontrollbehov.

*”Känslan av att tappa kontroll skapar ångest och det gör att man också har svårare att hitta fokus, ett lugn och en harmoni.” (Barnmorska 3)*

Några av barnmorskorna beskrev att kontrollförlust kunde vara att kvinnorna kände en rädsla för att vara utelämnad, naken, exponerad, bajsa på sig och låta under förlossningen.

*”Förlossningsrädsla handlar oftast om att tappa kontrollen, rädsla för att visa sig och känna sig utelämnad.” (Barnmorska 5)*

### Tillit till sig själv

Flera barnmorskor uttryckte att kvinnorna med förlossningsrädsla kunde säga att de inte trodde att de klarar av att föda barn och de saknade tilltro till sin förmåga att klara av en förlossning. En barnmorska beskrev att kvinnor kan ha vuxit upp med föreställningen att de inte kan föda barn av olika anledningar.

*”I grunden handlar det om dålig självkänsla och hur kvinnan hanterar det i livet ..... men vilken seger för en kvinna som inte har trott att hon ska klara av så får hon ett barn och så klarar hennes kropp av det, det är verkligen ett av det största man får vara med om i livet.” (Barnmorska 5)*

## **Sammanfattande syntes**

### **Definitioner av förlossningsrädsla**

Det som framkom i den teoretiska fasen är att förlossningsrädsla är något som kan finnas inför, under och efter förlossningen (SFOG, 2017; Svenska Läkaresällskapet 2011) medan i fältstudiefasen beskrev barnmorskorna förlossningsrädsla något som fanns innan, under och efter graviditet. Både i den teoretiska och fältstudiefasen beskrevs det att förlossningsrädsla graderas mellan lätt, måttlig och svår (SFOG, 2017; Svenska Läkaresällskapet, 2011).

Skillnaden mellan primär och sekundär förlossningsrädsla beskrevs tydligt av barnmorskorna inom fältstudiefasen, vilket överensstämmer med den teoretiska fasen. Den primära förlossningsrädslan finns ofta hos kvinnan innan hon är gravid och kan exempelvis bero på känslor av att inte räcka till och sämre tilltro till den fysiska förmågan. Sekundär förlossningsrädsla beskrevs bero på en tidigare traumatisk förlossningsupplevelse (Silverstolpe & Söderberg, 2006; Svenska Läkaresällskapet 2011).

### **Kvinnors upplevelse av förlossningsrädsla**

I båda faserna beskrevs liknade aspekter om vad kvinnan kunde vara rädd för, som exempelvis smärta, att barnet eller kvinnan ska skadas och en osäkerhet samt det okända inför en vaginal förlossning, dåligt bemötande, en känsla av att inte klara av att föda barn, en ensamhet och ett bristande stöd (Eriksson, 2006; Greer et. al., 2014; Nilsson, 2012; Nilsson & Lundgren, 2009; Saisto et. al., 2001; Ternström, 2016).

### **Barnmorskans arbete med förlossningsrädsla**

Begreppet förlossningsrädsla används inte av kvinnor utan det är något som barnmorskan känner av eller märker vilket beskrevs både i den teoretiska- och fältstudiedelen (Salomonsson et. al., 2011). En barnmorska önskade mer handledning och tydligare definition av förlossningsrädsla och i den teoretiska delen framkom det att barnmorskor vill ha mer utbildning inom förlossningsrädsla, mer avsatt tid till att arbeta och rådgivning med detta samt ett förbättra samarbete mellan olika professioner och med barnmorskan inom mödravården (Larsson et. al., 2016).



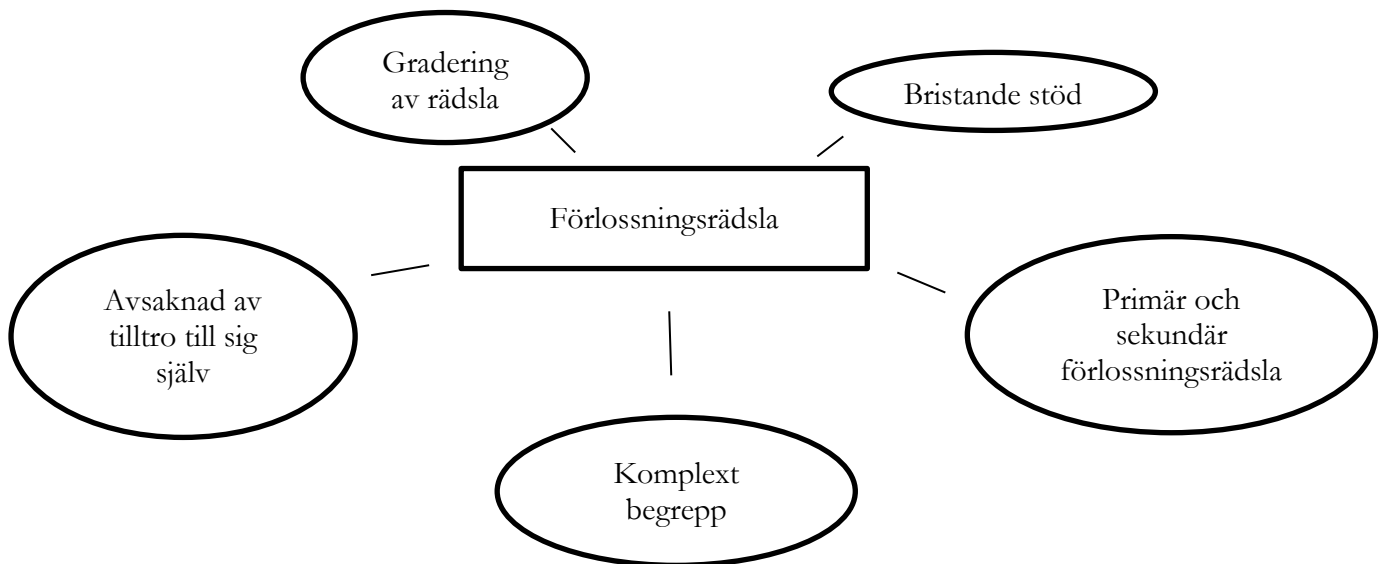
## Normal oro och rädsla inför förlossning

Något som barnmorskorna tog upp vid intervjuerna var den normala oron och rädslan i en graviditet som är en del i anknytningen till barnet, en normal rädsla inför det okända och att det är en helt adekvat rädsla inför förlossningen och egentligen inte en förlossningsrädsla.

## Empiriska kännetecken

Efter den teoretiska fasen och fältstudiefasen framkom dessa empiriska kännetecken (se Figur 1).

Figur 1. Empiriska kännetecken



## Demonstationsfall

### Modellfall

En kvinna som väntar sitt andra barn och är nu gravid i vecka 20. Vid ett sedvanligt besök på mödrahälsovården säger kvinnan att hon sover dåligt och har mycket tankar kring graviditeten och den kommande förlossningen. Vid den förra förlossningen kände hon sig utelämnad och ensam på förlossningsavdelningen. Hon kände att hon tappade kontrollen och att hon inte var förberedd på smärtan. Efteråt kom tankarna om att hon inte fick det stöd och den information under förlossningen som hon hade behövt. Kvinnan berättar att hon känner sig orolig och rädd för hur hon ska klara av nästa förlossning och pratade med sin partner om att kanske ett

kejsarsnitt vore bäst då även han tyckte att det var en traumatisk upplevelse. Barnmorskan och paret går då igenom hela den förra förlossningen för att få reda på vad som kvinnan behöver inför nästa förlossning. Kvinnan känner sig då lyssnad till och tagen på allvar. Vid kommande besök på mödrahälsovården följs rädsla upp och barnmorskan stöttar kvinnan inför kommande förlossning.

### **Gränsfall**

En kvinna som är gravid vecka 16 och väntar sitt tredje barn ringer nu till mödravården då hon mår psykiskt dåligt. Hon står redan på antidepressiva läkemedel sedan två år tillbaka och har en etablerad kontakt med psykiatri. Hon har lite svårt att sova och funderar mycket över graviditeten, känner sig orolig men hon vet inte riktigt varför. Barnmorskan ber henne ta kontakt med psykiatri för att få hjälp och stöd samt att vi utvärderar hennes mående vid nästa besök i mödravården. Vid besöket i vecka 20 har kvinnan träffat sin kontakt via psykiatri och de ska ha fortsatta uppföljande träffar den närmsta tiden och kvinnan är nöjd med det. Barnmorskan ber kvinnan berätta hur hennes tankar kring graviditeten och den kommande förlossningen går. Kvinnan tycker att graviditeten är tung och jobbig både fysiskt och psykiskt men det känner hon igen sedan de andra graviditeterna också. Förlossningen känns långt borta så det orkar hon inte ens tänka på men det hon känner är att hon är orolig för smärtan då det förra gången gick fort och hon hann inte få den smärtlindringen som hon önskade.

### **Motsatsfall**

En ung kvinna gravid i vecka 33 kommer till aurooramottagningen. Hon har kommit på remiss från mödrahälsovården på grund av att kvinnan har uttryckt en stark rädsla inför förlossningen och att hon absolut inte kommer att klara av detta. På besöket vid aurooramottagningen börjar barnmorskan med att kvinnan får berätta om hur hon känner inför förlossningen och om hennes bakgrund och livssituation. Kvinnan berättar att hon för tillfället är arbetslös och att hon och hennes sambo precis har flyttat ihop eftersom hon blev gravid fort efter att de träffades. Paret har haft en jobbig period och partnern var osäker på om de skulle behålla barnet. Kvinnan känner sig nu rädd och ängslig för hur hon ska klara av det här. Vid samtalet med barnmorskan framkommer det att kvinnan egentligen inte är rädd för själva förlossningen utan mer för tiden efter med det nya barnet och hur de som par ska kunna klara av att bli föräldrar. Hon har rädsla för att kanske partnern kanske kommer att lämna henne innan förlossningen och kanske inte ens kommer att närvara vid förlossningen.

## Diskussion

### Sammanfattning av empiriska kännetecken

Förlossningsrädsla är något som kan drabba kvinnor innan, under eller efter graviditet och förlossning. Förlossningsrädsla kan vara primär eller sekundär. Vid primär förlossningsrädsla kan det vara att kvinnan inte har tilltro till sin förmåga att föda barn och vid sekundär förlossningsrädsla har kvinnan haft en tidigare traumatisk förlossningsupplevelse.

Förlossningsrädslan kan graderas på olika sätt, vanligen mellan svag, måttlig och stark.

Barnmorskorna tyckte att förlossningsrädsla var ett komplext begrepp som kunde innehålla många olika aspekter. Kvinnorna använde oftast inte ordet förlossningsrädsla utan barnmorskorna tolkade vad de märkte eller såg hos kvinnan som yttringar av förlossningsrädsla.

### Resultatdiskussion

Syftet med denna begreppsanalys var att studera begreppet förlossningsrädsla ur ett barnmorskeperspektiv. De empiriska kännetecken som framkom var: *Komplext begrepp*, *Primär och sekundär förlossningsrädsla*, *Gradering av rädsla*, *Bristande stöd* och *Avsaknad av tilltro till sig själv*.

### Komplext begrepp

Förlossningsrädsla beskrevs som ett komplext begrepp och bakgrunden till rädslan är olika hos kvinnor och upplevelsen av förlossningsrädsla är subjektiv. Detta framkom både av barnmorskorna i intervjuerna samt i litteraturen i den teoretiska fasen (Eriksson, 2006; Greer et. al., 2014; Nilsson, 2012; Nilsson & Lundgren, 2009; Saisto et. al., 2001; Ternström, 2016). Liknande resultat visades i en metasyntes gjord av Sheen och Slade (2017) där innebörden av kvinnors förlossningsrädsla undersöktes och där beskrivs att det var en generell rädsla för det okända där det finns ett litet utrymme för att själv kunna kontrollera situationen och att det inte går att planera en förlossning. I en fenomenologisk studie framkommer det att kvinnor beskriver förlossningsrädsla på olika sätt och att det finns olika orsaker bakom rädslan. Erfarenheter av intensiv smärta, hopplöshet, känsla av att inte kunna påverka situationen och inte vara delaktig i vad som händer under förlossningen är något som framkommer hos deltagarna (Nilsson et. al., 2010). I en kvalitativ studie av Eriksson et. al., (2006) framkommer

det att rädslan kan finnas hos kvinnan ända sedan tonåren eller uppkomma först när hon blir gravid. Kvinnorna upplever att det är upp till den enskilda barnmorskan att ta upp frågan om förlossningsrelaterad rädsla. Det beskrivs att vissa kvinnor av olika anledningar, antingen kan dölja sin rädsla eller inte vilja ha rådgivning. Kvinnor upplever att det är svårt att avslöja sin rädsla då de tror att de inte kommer tas på allvar, försummas eller ges ett felaktigt stöd. Kvinnorna anser att en intresserad och förstående barnmorska är avgörande för att de ska kunna uttrycka och prata om sina känslor (Eriksson et.al. 2006). De olika känslor och upplevelser som kvinnan kan känna under graviditet och förlossning är av stor vikt att barnmorskan förstår och visar empati för samt ger ett emotionellt stöd till kvinnan när det är nödvändigt (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2001).

### Primär och sekundär förlossningsrädsla

De intervjuade barnmorskorna tog alla upp skillnaden mellan den primära och den sekundära förlossningsrädslan. Där det poängterades att det var en tidigare traumatisk förlossningsupplevelse som var orsaken till förlossningsrädslan vilket är en direkt skillnad från den primära då det handlar mer om kvinnans tilltro till sin egen förmåga och en rädsla för att tappa kontrollen. I en litteraturstudie av Rondung et. al. (2016) beskrivs det att kvinnor som har tidigare negativa förlossningsupplevelser som exempelvis akut kejsarsnitt har en ökad risk för att ha förlossningsrädsla. I en australiensk studie framkommer det att en orsak till att kvinnor utvecklar sekundär förlossningsrädsla kan vara att den första förlossningen upplevs antingen vara för snabb, för långsam eller som traumatisk och skräckfull. Även om vissa av kvinnorna uttrycker sig ha en bra tidigare förlossningsupplevelse är de medvetna om det unika i varje förlossning (Fisher et. al. 2006). I detta examensarbete uttryckte en barnmorska att andra barnmorskor lade mindre vikt vid själva upplevelsen hos kvinnan utan det viktiga var att de fick komma till sjukhus och föda barn. I en studie framkommer det att kvinnor som haft en negativ upplevelse av sin första förlossning fick färre barn samt att det tar längre tid till kvinnan får nästkommande barn (Gottvall & Waldenström, 2002). Författarna till detta examensarbete anser att det är viktigt att barnmorskan arbetar för att kvinnan ska få en positiv förlossningsupplevelse. Det tas även upp i WHO:s nya rekommendationer från 2018 där alla kvinnor ska ha rätt till en positiv förlossningsupplevelse (WHO, 2018). I Halldorsdottirs och Karlsdottirs (2001) teori om barnmorskans professionalism beskrivs även vikten av det professionella vårdandet av kvinnan och att barnmorskan ser kvinnans behov samt hjälper henne uppnå hennes mål.

### Gradering av rädsla

Både i den teoretiska fasen och fältstudiefasen beskrevs det att förlossningsrädsla graderas mellan lätt, måttlig och svår (SFOG, 2017; Svenska Läkaresällskapet, 2011). I en studie beskrivs att i samband med förlossning är det förmodligen rimligt att ha någon anledning till oro eftersom det hjälper kvinnor att förbereda sig för förlossningen. Om rädslan blir allt för omfattande kan det vara fysiskt och emotionellt invalidiserande (Fisher et. al. 2006). I en finsk studie beskrivs svår förlossningsrädsla ge uttryck i mardrömmar, fysiska klagomål och svårigheter att koncentrera sig på arbete eller familjeaktiviteter och dessa kvinnor begär oftast kejsarsnitt (Saisto & Halmesmäki, 2003). Att som kvinna skatta svag förlossningsrädsla som gravid med första barnet visade sig kunna ge en positiv förlossningsupplevelse i högre utsträckning jämfört med att skatta hög förlossningsrädsla där det är vanligare med en negativ förlossningsupplevelse (Elvander et al., 2013).

### Bristande stöd

Ett bristande stöd för kvinnan kunde ge förlossningsrädsla vilket framkom både i den teoretiska delen och under intervjuerna med barnmorskorna. Det kunde göra att kvinnan kände sig utelämnad och ensam (Eriksson, 2006; Nilsson, 2012; Saisto, 2001). Flera barnmorskor pratade också om vikten av ett gott bemötande till kvinnan och att ett dåligt bemötande kunde leda till förlossningsrädsla. I en annan studie framkommer det att kvinnorna är rädda för att personalen under förlossningen inte är kompetenta och att kvinnorna inte ska få det stödet som de önskar, även att de ska bli lämnade av personalen under förlossningen. Det kan också ge en minskad tilltro till personalen (Sheen & Slade, 2017). Halldorsdottir och Karlsdottirs (2001) teori tar upp vikten av att bygga en relation till kvinnan för att kunna stötta henne under graviditeten och förlossningen och att barnmorskans professionella kompetens primärt syftar till att ge trygghet för mamman och barnet. Det innebär att barnmorskan ska kommunicera med kvinnan på ett sätt som hon förstår och kunna ge adekvat information till henne. För att kvinnan ska kunna behålla en känsla av kontroll under födandet ska barnmorskan jobba tillsammans med kvinnan (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2001), vilket är en viktig del i stödet vid förlossning då kontrollförlust var en vanlig känsla vid förlossningsrädsla som beskrevs av de intervjuade barnmorskorna. I en begreppsanalys av Meyer (2013) där begreppet ”kontroll vid födande” undersöks framkommer att kvinnorna vill vara involverade i beslutfattandet, de vill ha tillgång till information och kunskap om

förlossning, de vill känna sig säkra genom ett förtroende, respekt samt stöd från vårdgivare och ha en känsla av kontroll av deras kroppar, känslor samt smärta (Meyer, 2013). I en studie gjord i Australien (Toohill et. al., 2014) där det undersöks om en särskild rådgivning som kallas ”BELIEF” som ges av en barnmorska via telefon skulle kunna minska förlossningsrädsla hos gravida kvinnor. Denna rådgivning går ut på att kvinnornas förväntningar och känslor kring förlossningen undersöks, stödja kvinnorna i att uttrycka sina känslor och ge verktyg till kvinnorna för att identifiera sina rädslor inför förlossningen och arbeta med dem. Syftet med rådgivningen är att kvinnorna ska kunna hitta ett enkelt sätt att hantera negativa saker på ett individuellt sätt. I denna studie visar sig rådgivning ha en effekt för att minska förlossningsrädsla i den gruppen som fått den interventionen. I kontrollgruppen där ingen intervention ges och ses heller ingen skillnad i förlossningsrädsla (Toohill et. al., 2014). I en svensk studie framkommer det att det finns starka tecken på att kontinuitetsmodeller såsom “caseload” är till nytta för kvinnor med förlossningsrädsla, där case load är en typ av kontinuerligt barnmorskestöd. Enligt studien kan rädslan minska eller försvinna helt av att ha en känd barnmorska under förlossningen (Hildingson et. al., 2018).

#### Avsaknad av tilltro till sig själv

I såväl den teoretiska delen och vad som framkom med de intervjuade barnmorskorna kunde förlossningsrädsla bero på att kvinnor saknade tilltro till sin egen förmåga att klara av att föda barn och en rädsla för att tappa kontrollen. I en metasyntes av Sheen och Slade (2017) beskrivs att det kan finnas en osäkerhet hos kvinnan om sin förmåga att genomgå en förlossning, om hennes kropp ska klara av det och hur hon känslomässigt ska klara av en förlossning. Det finns en rädsla för kvinnan att tappa kontrollen och få panik under förlossningen både psykiskt och fysisk samt att inte kunna samarbeta med personalen och inte veta hur de själva kommer att agera och bete sig. I en kvalitativ studie av Larsson et. al. (2018) där kvinnor som får rådgivning på grund av förlossningsrädsla beskriver kvinnorna att det är viktigt för dem att ha en känsla av kontroll under förlossningen, det kan dels uppnås genom att de har en barnmorska som de tycker har kontroll över situationen samt att kvinnorna känner att de kan klara av smärtan med de olika verktyg de har fått. I en begreppsanalys av Neerland (2018) där begreppet ”mödrars tillit till sin förmåga att föda” undersöks beskrivs att när kvinnan har tron att på att en förlossning kan uppnås baserat på hennes syn på att en förlossning är en normal process och tron på hennes kroppens förmåga att föda barn med stöd från andra. Där kunskap och information given av en person inom

mödrahälsovården som kvinnan känner förtroende för i en miljö där kvinnan är trygg definierar begreppet (Neerland, 2018). I en svensk studie framkommer det att kvinnor med förlossningsrädsla upplever sig vara annorlunda och sämre än andra kvinnor och att de även har skuldkänslor mot det ofödda barnet (Eriksson et.al. 2006). Det beskrivs vidare av Halldorsdottir och Karlsdottir (2001) att det är barnmorskans uppgift att ordna med trygg miljö för kvinnan och kunna hjälpa henne med att känna kontroll över sin situation.

### **Etikdiskussion**

Författarna till denna studie har fyllt i en blankett om etisk egengranskning av studentprojekt som involverar människor (Bilaga 5) och det framkom att ingen etisk prövning behövdes göras. Deltagarna i studien deltar frivilligt och är informerade om att de kan avbryta sitt deltagande när som helst under studiens gång utan närmare förklaring. Anonymitet av deltagarna och personuppgifter har skyddats mot obehöriga. Det insamlade materialet kommer att destrueras när examensarbetet är godkänt (Vetenskapsrådet, 2002). Författarna till denna studie har kommit i kontakt med fyra av deltagarna under barnmorskeutbildningen, men författarna anser inte att det har påverkat deltagarna då de från början har varit medvetna om vilka som genomför studien och har själv anmält intresse av att delta.

### **Metoddiskussion**

Bedömningen av trovärdigheten i en kvalitativ studie grundas på giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Lundman & Graneheim, 2017). Svagheter i trovärdigheten i denna studie är att ingen av författarna tidigare har gjort en kvalitativ studie. Även att intervjuguiden var ny och skapad av författarna samt ej tidigare prövad kan ha påverkat resultatet. Alla intervjuerna gjordes på plats förutom en som gjordes via telefon vilket kan vara en svaghet men författarna kände ändå att intervjun höll bra kvalitet. En annan svaghet kan vara att en av intervjupersonerna nämnde efter avslutad intervju att hon känt sig obekväma med diktafonen vilket kan ha påverkat vad som sades under intervjun.

Denna studiens *giltighet* stärks genom att deltagarna i studien har erfarenhet av att möta förlossningsrädsla och tyckte att ämnet var intressant vilket författarna också märkte under intervjuerna samt att deltagarna frivilligt anmälde sitt intresse att vara med i studien. Valet av antal deltagare är relevant för en begreppsanalys enligt Schwarts-Barcott och Kim (1993) och författarna anser att materialet från intervjuerna är tillräckligt för att kunna se olikheter och

likheter. Då barnmorskor från både mödrahälsovård, förlossningsvård och inom auroverksamhet finns med i studien ger det en bredd och variationer i resultatet. Det var även stor spridning i yrkesverksamma år på deltagarna vilket är till fördel för studiens giltighet.

I denna studie har båda författarna medverkat vid alla intervjuerna samt deltagit i analysprocessen av materialet för fånga upp känslan under intervjun och få en helhet från början med intervjun till den avslutande analysprocessen vilket kan ses som en styrka i avseendet av *tillförlitligheten*.

Denna studie är gjord på två olika orter i Mellansverige. Då det ser olika ut i landet med exempelvis hur många kvinnor som har fått extrainsatta stödåtgärder vid en auroamottagning för förlossningsrädsla kan det göra att resultatet skulle ha blivit annorlunda om det genomförts i en annan del av Sverige. Resultatet skulle även kunna skilja sig eller ge ett bredare perspektiv om undersköterskor, kvinnan själv eller obstetriker ingått i studien. Detta är vad författarna tror kan påverka *överförbarheten*.

## **Slutsats**

Förlossningsrädsla är ett komplext begrepp som kan innehålla många olika aspekter och kan drabba kvinnor innan, under eller efter graviditet och förlossning. Hos förstföderskor handlar det ofta om en dålig självkänsla och avsaknad av tilltro till sig själv inför att föda barn medan en omföderska har varit med om en tidigare traumatisk förlossningsupplevelse. Barnmorskor använder begreppet på olika sätt och efterlyser en tydligare definition och arbetssätt kring förlossningsrädsla. Ett professionellt bemötande och ett bra stöd till kvinnan från barnmorskan är en viktig aspekt för att minska eller förhindra förlossningsrädsla och ingår i barnmorskans profession. Förlossningsrädsla innebär ett stort lidande för den gravida kvinnan och därför anser författarna till detta examensarbete att det förebyggande arbetet är viktigt och att barnmorskan har en central och betydelsefull roll.

## **Klinisk tillämpbarhet**

Barnmorskor kan använda sig av studien för att utveckla sin kunskap kring förlossningsrädsla samt se hur andra barnmorskor ser på begreppet förlossningsrädsla. Studien kan användas till kliniker som vill utveckla och fortsätta sitt arbete med förlossningsrädsla.



## **Förslag till vidare forskning**

Mycket av den forskning som finns inom området av förlossningsrädsla utgår från kvinnors upplevelser. Däremot finns det begränsad forskning om barnmorskors upplevelser och syn på begreppet förlossningsrädsla. I denna studie där begreppet förlossningsrädsla studerades ur ett barnmorskeperspektiv framkom en viss otydlighet av hur barnmorskorna ska arbeta med förlossningsrädsla och en tydligare definition önskades. Forskning där olika rutiner kring förlossningsrädsla på olika mödrahälsovårdscentraler och obstetriska mottagningar i Sverige jämfördes vore ett alternativ för att se hur det idag arbetas med kvinnor som har förlossningsrädsla.

## Referenser

\*Alehagen, S. (2017). Förlossningsrädsla. Christensson, K & Dykes, A-K & Lindgren, H (Red.). *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde* (s.407-415). Lund: Studentlitteratur.

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*, 40(4), 289-296. doi:10.1111/birt.12065

\*Eriksson, C. (2006). *Förlossningsrelaterad rädsla. En studie av kvinnors och mäns erfarenheter*. Umeå University Medical Dissertations. Solfjäders Offset AB, Umeå.

Eriksson, C., Jansson, L., Hamberg, K., Medicinska fakulteten, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Allmänmedicin, . . . Institutionen för omvårdnad. (2006). Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a swedish qualitative study. *Midwifery*, 22(3), 240-248. doi:10.1016/j.midw.2005.10.002

Fisher, C., Hauck, Y., & Fenwick, J. (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth: A western australian example. *Social Science & Medicine*, 63(1), 64-75. doi:10.1016/j.socscimed.2005.11.065

Gottvall, K., & Waldenström, U. (2002). Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109(3), 254-260. doi:10.1016/S1470-0328(02)01200-4

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

Graviditetsregistret (2013) *Årsrapport 2013*. Hämtad 12 december 2018 från [https://www.medscinet.com/gr/uploads/hemsida/dokumentarkiv/GR\\_Årsrapport%202013\\_20141113.pdf](https://www.medscinet.com/gr/uploads/hemsida/dokumentarkiv/GR_Årsrapport%202013_20141113.pdf)

Graviditetsregistret (2017) *Årsrapport 2017*. Hämtad 12 december 2018 från [https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/GR\\_Årsrapport\\_2017\\_4.0.pdf](https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/GR_Årsrapport_2017_4.0.pdf)

\*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

Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: An evolving theory of professionalism in midwifery: The primacy of the good midwife. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 806-817. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x

\*Hellqvist, E. (1922) *Svensk etymologisk ordbok*. Hämtad 2018-12-07 från <http://runeberg.org/svetym/>

Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A., Haines, H., Mittuniversitetet, Fakulteten för humanvetenskap, & Avdelningen för omvårdnad. (2018). Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 50-55. doi:10.1016/j.srhc.2018.02.006

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.

Larsson, B., Hildingsson, I., Ternström, E., Rubertsson, C., & Karlström, A. (2018). Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study. *Women and Birth*, doi:10.1016/j.wombi.2018.04.008

\*Larsson, B., Karlström, A., Rubertsson, C., Hildingsson, I., Medicinska fakulteten, Medicinska och farmaceutiska vetenskapsområdet, . . . Uppsala universitet. (2016). Counseling for childbirth fear: A national survey. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 8, 82.

Lukasse, M., Schei, B., Ryding, E. L., Bidens Study Grp, & Bidens Study Group. (2014). Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six european countries. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 5(3), 99-106. doi:10.1016/j.srhc.2014.06.007

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. M. Graneskär & B. Höglund - Nielsen (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3.Uppl., ss. 219-234). Lund: Studentlitteratur

Meyer, S. (2013). Control in childbirth: A concept analysis and synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 218-228. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06051.x

\*Nationalencyklopedin, förlossning. Hämtad 2018-11-29, från <https://sv.wikipedia.org/wiki/Förlossning>

\*Nationalencyklopedin, rädsla. Hämtad 2018-11-29, från <https://sv.wikipedia.org/wiki/Rädsla>

Neerland, C. E. (2018). Maternal confidence for physiologic childbirth: A concept analysis. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 63(4), 425-435. doi:10.1111/jmwh.12719

Nieminen, K., Stephansson, O., & Ryding, E. L. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section - a cross-sectional study at various stages of pregnancy in sweden. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 88(7), 807-813. doi:10.1080/00016340902998436

\*Nilsson, C. (2012). *Förlossningsrädsla. Med fokus på kvinnors upplevelser av att föda barn*. Akademisk avhandling för filosofie doktorsexamen i vårdvetenskap vid institutionen för vårdvetenskap vid Linnéuniversitetet. Hämtad 2018-11-30, från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:530765/FULLTEXT01.pdf>

Nilsson, C., Bondas, T., Lundgren, I., Institutionen för Vårdvetenskap, & Högskolan i Borås. (2010). Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39(3), 298-309. doi:10.1111/j.1552-6909.2010.01139.x

Nilsson, C., Hessman, E., Sjoblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., . . . Other units GU. (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: A systematic review. *Bmc Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 28. doi:10.1186/s12884-018-1659-7

\*Nilsson, C., Lundgren, I., Växjö universitet, Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete, & Fakulteten för humaniora och samhällsvetenskap. (2009). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25(2), e1-e9. doi:10.1016/j.midw.2007.01.017

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. doi:10.1111/aogs.13138

Richens, Y., Smith, D., & Lavender, T. (2018). Fear of birth in clinical practice: A structured review of current measurement tools. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 98-112. Doi.org/10.1016/j.srchc.2018.02.010

Rondung, E., Thomtén, J., Sundin, Ö., Mittuniversitetet, Fakulteten för humanvetenskap, & Avdelningen för psykologi. (2016). Psychological perspectives on fear of childbirth. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 80-91. doi:10.1016/j.janxdis.2016.10.007

Räisänen, S., Lehto, S., Nielsen, H., Gissler, M., Kramer, M., & 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 & Gynaecology*, 121(8), 965-970. doi:10.1111/1471-0528.12599

Saisto, T., & Halmesmäki, E. (2003). *Fear of childbirth: A neglected dilemma*. COPENHAGEN: Informa Healthcare. doi:10.1034/j.1600-0412.2003.00114.x

\*Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J., & Halmesmäki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 108(5), 492-498. doi:10.1111/j.1471-0528.2001.00122.x

\*Salomonsson, B., Wijma, K., Alehagen, S., Genus och medicin, Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet, . . . Omvårdnad. (2010). Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*, 26(3), 327-337. doi:10.1016/j.midw.2008.07.003

\*Salomonsson, B., Alehagen, S., Wijma, K., Medicinsk psykologi, Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet, . . . Omvårdnad. (2011). Swedish midwives' views on severe fear of childbirth. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 2(4), 153-159. doi:10.1016/j.srhc.2011.07.002

SBU. (2014). Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Hämtad 2018-12-06 från <https://www.sbu.se/sv/var-metod/>

Schwartz-Barcott, D. & Kim, S. (1993). *An Expansion and Elaboration of the Hybrid Model of concept Development*. In B.L. Rodgers, & C.A. Knave (Eds.), *Concept Development in Nursing. Foundation, Techniques and Applications*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

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. doi:10.1111/jocn.14219

\*Silverstolpe, N & Söderberg, L. (2006). *Rädd att föda - din väg till att våga*. Wahlströms Bokförlag AB, Falun

Statistiska Centralbyrån (2017) *Befolkningsstatistik*. Hämtad 2018-12-10 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/>

\*Strömberg, A. (Red.). (1998). *Stora synonymordboken* 2. uppl. Malmö: Intergraf.

\*Svenska Akademiska ordbok. Hämtad 2018-11-29, från <https://www.saob.se/artikel/?seek=r%C3%A4dsla&pz=2>

Svenska barnmorskeförbundet (2018) *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 2018-12-05 från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>

\*Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, Arbets- och Referensgrupper (ARG). Rapport nr 77, *Förlossningsrädsla*. 2017

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (2016). *Mödrahälsovård, Sexuell och reproduktivhälsa*. Argrapport nr. 76.

\*Svenska Läkaresällskapet, Sveriges kommuner och landsting, Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2011). *Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan*. Hämtad 2018-12-10 från <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nationella-indikationer-kejsarsnitt-moderns-onskan.pdf>

\*Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., Rubertsson, C., Mittuniversitetet, Fakulteten för humanvetenskap, & Avdelningen för omvårdnad. (2016). Pregnant women's thoughts when assessing fear of birth on the fear of birth scale. *Women and Birth*, 29(3), e44-e49. doi:10.1016/j.wombi.2015.11.009

Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., & Ryding, E. (2014). A randomized controlled trial of a Psycho-Education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth*, 41(4), 384-394. doi:10.1111/birt.12136

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer*. Hämtad 2018-11-30, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Walker, L.O. & Avant, K.C. (2011). *Strategies for theory construction in nursing*. (5. ed.)  
Upper Saddle River, N.J.

WHO (2018) *WHO recommendations – Intrapartum care for a positive childbirth experience*.

Hämtad 21 Januari 2019 från

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=3577A0AEAA27262CDCACA8CCA19FCC7D?sequence=1>

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

World Medical Association (2018) WMA declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad 23 januari 2019 från

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>



## Bilagor

### Bilaga 1

#### Översikt litteratursökning

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal artiklar använda i Begreppsanalysen
CINAHL	Fear of childbirth AND Midwife	Language - English	193	8	1
CINAHL	Fear of childbirth; Experiences; Midwife	Language - English	101	5	2
CINAHL	Fear of childbirth AND midwives AND support	Language - English	71	3	1
PubMed	Fear of childbirth AND midwives AND views	Language - English	18	3	1
PubMed	Fear of childbirth AND worry	Language - English	11	2	1
PubMed	Fear of childbirth AND psykosocial	Language - English	48	6	1
PsycINFO	Fear of childbirth AND midwifery	Peer reviewed, language - English	52	15	
PsycINFO	Fear of childbirth + definition	Peer reviewed, Language - English	3	1	

## Bilaga 2



## HÖGSKOLAN DALARNA

Hej!

Vi är två barnmorskestudenter som studerar på Högskolan Dalarna och skriver nu vår magisteruppsats som handlar om förlossningsrädsla. Det är en begreppsanalys och vi studerar själva begreppet förlossningsrädsla ur ett barnmorskeperspektiv. Vi söker fem stycken barnmorskor att intervjua om det.

Du blir härmed tillfrågad om deltagande i en studie om förlossningsrädsla och dess betydelse. Förfrågan går ut till barnmorskor på förlossningsavdelning, mödravård, aurooramottagning i X.

Om du vill medverka ber vi dig att ta kontakt för att boka in en tid för intervju. Intervjun beräknas ta 30-45 minuter. Vi önskar svar om medverkan senast den 10 december 2018.

Deltagande i undersökningen är frivilligt och kan avbrytas när som helst utan närmare motivering. Alla svar kommer att behandlas konfidentiellt. Ingen känslig information kommer att sparas och ingen obehörig kommer att ta del av informationen. Intervjuplats kommer vi överens om vid kontakt. Vi tar oss dit du önskar.

Välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning  
Camilla Birath och Sofia Edman

Camilla – mail: X telefon: X

Sofia – mail: X telefon: X

Handledare Margareta Persson – mail: X

### Bilaga 3



**HÖGSKOLAN  
DALARNA**  
Medgivande

### **Informerat samtycke till studie om förlossningsrädsla ur barnmorskans perspektiv**

- Jag har tagit del om information om studien och dess syfte.
- Jag vet var jag ska vända mig vid eventuella funderingar.
- Jag deltar frivilligt och kan närsomhelst avbryta mitt deltagande utan att nämna närmare förklaring.
- Jag är medveten om att alla svar kommer att behandlas konfidentiellt och ingen känslig information kommer att sparas samt att ingen obehörig kommer att ta del av information.
- Resultatet av studien kommer att publiceras i en magisteruppsats och kommer att finnas tillgänglig för dig att ta del av.

**Ort/datum**

.....

**Namnteckning**

.....

**Namnförtydligande**

.....

## Bilaga 4

### Intervjuguide

Introducera deltagaren att vi är intresserad att höra deltagarens syn på förlossningsrädsla som begrepp dvs. vi vill studera vilka tankar, språkbruk och värderingar deltagaren lägger in i ordet förlossningsrädsla. Det finns olika definition för förlossningsrädsla och därför är det betydelsefullt att identifiera vad som kännetecknande för begreppet för att på så sätt kunna kommunicera och förstå begreppets innebörd.

- 1) Antal yrkesverksamma år som barnmorska?
- 2) Inom vilken verksamhet har du arbetat som barnmorska? Hur länge på varje plats om du arbetet på olika ställen?
- 3) Hur ser du på begreppet förlossningsrädsla? Följdfrågor: Hur används begreppet förlossningsrädsla i din verksamhet? Berätta, ge exempel
- 4) Vad innefattar du i begreppet förlossningsrädsla? Följdfrågor: märker du att dina kollegor använder begreppet på annat sätt än du gör? Om det är så, på vilket sätt, kan du ge exempel?
- 5) Hur uppfattar du att kvinnor som du möter använder begreppet förlossningsrädsla? Följdfrågor: På vilket sätt skiljer sig kvinnornas användning av hur barnmorskor och annan vårdpersonal använder begreppet? Vad kan skillnader leda till? Berätta, ge exempel?
- 6) Hur graderas förlossningsrädsla?
  - a) Hos dig?
  - b) Bland dina kollegor?
  - c) Bland gravida kvinnor?
  - d) I samhället?
- 7) Har du märkt några kulturella aspekter när det handlar om begreppet förlossningsrädsla? Om du har gjort det, berätta gärna och ge exempel.
- 8) Berätta om hur du identifierar förlossningsrädsla hos en kvinna?
- 9) Hur skiljer sig förlossningsrädsla mot annan rädsla/ångest eller oro?
- 10) Har du och dina kollegor liknande synsätt på förlossningsrädsla? Om inte hur ser skillnaderna ut? Ge exempel.
- 11) Hur har begreppet förlossningsrädsla under din tid som barnmorska? Vad har förändrats och på vilket sätt?
- 12) Finns det något som rör förlossningsrädsla som företeelse/begrepp som du vill tillägga?

## Bilaga 5

### Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt som involverar människor

Projekttitel: Förlossningsrädsla - en begreppsanalys

Student/studenter: Camilla Birath och Sofia Edman

Handledare: Margareta Persson

		Ja	Tveksamt	Nej
1	Kan frivilligheten att delta i studien ifrågasättas, d.v.s. innehåller studien t.ex. barn, personer med nedsatt kognitiv förmåga, personer med psykiska funktionshinder samt personer i beroendeställning i förhållande till den som utför studien (ex. på personer i beroendeställning är patienter och elever)?			X
2	Innebär undersökningen att informerat samtycke inte kommer att inhämtas (d.v.s. forskningspersonerna kommer inte att få full information om undersökningen och/eller möjlighet att avsäga sig ett deltagande)?			X
3	Innebär undersökningen någon form av fysiskt ingrepp på forskningspersonerna?			X
4	Kan undersökningen påverka forskningspersonerna fysiskt eller psykiskt?			X
5	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?			X
6	Avser du behandla känsliga personuppgifter, som etnicitet, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening, hälsa eller sexualliv?			X
7	Avser du behandla personuppgifter om lagöverträdelser, som brott, domar i brottmål, straffprocessuella tvångsmedel eller administrativa frihetsberövanden?			X
8	Avser du behandla personuppgifter på ett strukturerat sätt, t.ex. i ett register eller en databas? (Observera att även avkodade och krypterade personuppgifter betraktas som personuppgifter så länge det finns en kodnyckel).			X

Fastställd av Forskningsetiska nämnden 2016-09-27