



HÖGSKOLAN  
DALARNA

## Examensarbete

### Magisteruppsats

#### **Förlossningsrädsla –** Beskrivning av förlossningsrädda gravida kvinnors upplevelser och rädslor

En kvalitativ metasyntes

---

**Fear of childbirth-** A description of experiences and fears among pregnant women with fear of childbirth  
A qualitative meta- synthesis

Författare: Helena Beck Hansson och Mathilda Ljungquist

Handledare: Mari-Cristin Malm

Examinator: Kerstin Erlandsson

Ämne/huvudområde: Sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa.

Kurskod: SR3013

Poäng: 15 hp

Examinationsdatum: 2019-09-18

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

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Förlossningsrädsla klassificeras som lätt rädsla eller oro, måttlig rädsla samt svår eller intensiv förlossningsrädsla. Prevalensen av svår förlossningsrädsla hos gravida kvinnor uppskattas till 14 procent ur ett globalt perspektiv. Förlossningsrädsla kan ge konsekvenser i form av att kvinnor väljer att inte föda fler barn och eller att det går ofrivilligt lång tid mellan graviditeterna samt att kvinnorna kan uppleva mer smärta under en förlossning. **Syfte:** Syftet med den här metasyntesen är att beskriva upplevelser och rädslor hos förlossningsrädda kvinnor under graviditet och förlossning. **Metod:** Kvalitativ metasyntes med meta-ethnografi som analysmetod. Databaserna har utförts i databaserna PubMed, Cinahl, Web of Science och PsycINFO. Totalt ingår 15 artiklar i metasyntesens resultat och dessa valdes ut efter kvalitetsgranskning. **Resultat:** Fyra huvudteman identifierades, *Beskrivning av förlossningsrädsla, Rädsla för sin egen hälsa och det okontrollerbara, Rädslor i samband med möten i vården och Rädslor för barnets hälsa.* Även sex underteman identifierades, *Det oförutsägbara, Att inte ha kontroll, Den fysiska hälsan, Smärta, Möten med barnmorska och annan vårdpersonal och Interventioner.* **Slutsats:** Resultatet visar att de vanligaste rädslorna som förlossningsrädda kvinnor har under graviditet och förlossning är rädsla för bristningar, smärta och att barnet ska skadas. De förlossningsrädda kvinnorna uppger även att de är rädda för att inte erhålla tillräckligt med stöd från barnmorskan. **Klinisk tillämpbarhet:** Den här metasyntesen visar att det är av stor vikt att identifiera och hjälpa förlossningsrädda kvinnor i ett tidigt stadie under graviditet för att kunna främja deras hälsa och förebygga förlossningsrädsla. För att hjälpa dessa kvinnor kan barnmorskan förslagsvis erbjuda föräldrautbildning för kvinnor som känner oro eller rädsla inför sin förlossning. Denna utbildning skulle kunna innehålla studiebesök på en förlossningsavdelning samt information om de vanligaste rädslorna och åtgärder som vidtas om komplikationer skulle uppstå.

**Nyckelord:** Förlossningsrädsla, upplevelser, gravida kvinnor.

## Abstract

**Background:** Fear of childbirth can be classified as low fear or worry, moderate fear and severe fear of childbirth. The prevalence of severe fear of childbirth among pregnant women is estimated to be 14 percent globally. Consequences of fear of childbirth is not wanting to have another child, involuntarily long time between pregnancies and more pain during labour. **Method:** Qualitative meta-synthesis with meta-ethnographic analysis method. Databases that was used to find the articles were PubMed, Cinahl, Web of Science and PsycINFO. Totally 15 articles are included in the meta-synthesis after a quality review. **Results:** Four main themes were identified *Description of fear of childbirth, Fear of their own health and the uncontrollable, Fear associated with meetings with healthcare and Fear of the health of the child.* Also six subtopics were identified, *The unpredictable, Not having control, The physical health, Pain, Encounters with midwives and other healthcare professionals and interventions.* **Conclusion:** The results showed that the most common fear among pregnant women with fear of childbirth were fear of tearing, pain and the health of the baby. The women with fear of childbirth is also afraid of encounter a midwife who would give inadequate support. **Clinical implications:** This meta-synthesis shows it is of huge importance to identify fear of childbirth in early pregnancy to promote health and reduce fear of childbirth. To help these women, the midwife may propose parental education for women who feel anxious or afraid of childbirth. This training could include study visits to a maternity ward as well as information on the most common fears and measures taken if complications should occur.

**Keywords:** Fear of childbirth, experiences, pregnant women.

# Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
2. Bakgrund .....	1
2.1 Klassificering av förlossningsrädsla .....	1
2.2 Förlossningsrädsla globalt .....	2
2.3 Förlossningsrädsla i Sverige .....	2
2.4 Handläggning av förlossningsrädsla i Sverige .....	2
2.6 Konsekvenser av förlossningsrädsla.....	3
2.7 Teoretiskt perspektiv .....	4
3. Syfte .....	5
4. Metod .....	5
4.1 Design .....	5
4.2 Inklusions kriterier .....	5
4.4 Urval deltagare .....	6
4.5 Urval analysmetoder.....	6
4.7 Sökstrategi .....	6
4.8 Kvalitetsgranskning .....	7
4.9 Analysmetod.....	8
4.10 Analys.....	9
4.11 Etiska överväganden.....	9
5. Resultat.....	11
5.2 Rädsla för sin egen hälsa och det okontrollerbara.....	12
5.2.1 Det oförutsägbara.....	12
5.2.2 Att inte ha kontroll.....	13
5.2.3 Den fysiska hälsan .....	14
5.2.4 Smärta .....	16
5.3 Rädslor i samband med möten i vården.....	16
5.3.1 Möten med barnmorska och annan vårdpersonal .....	16
5.3.2 Interventioner .....	17
5.4 Rädslor för barnets hälsa .....	18
6. Diskussion .....	19
6.2 Resultatdiskussion .....	19

6.2.1 Beskrivning av förlossningsrädsla .....	19
6.2.2 Rädsla för sin egen hälsa och det okontrollerbara .....	20
6.2.3 Rädslor i samband med möten i vården .....	23
6.2.4 Barnets hälsa .....	24
6.3 Etikdiskussion.....	25
6.4 Metoddiskussion.....	26
6.5 Slutsats.....	28
6.6 Klinisk tillämpbarhet .....	28
6.7 Förslag till fortsatta studier .....	29
Referenslista .....	30
Bilagor.....	36
Bilaga 1.....	36
Bilaga 2.....	38
Bilaga 3.....	39
Bilaga 4.....	42

# 1. Inledning

Förlossningsrädsla är någonting som gravida kvinnor kan känna under graviditet och, eller inför en förlossning. Rädsla för vad som skall hända under förlossningen och om allt kommer att gå bra. En del kvinnor kan vara förstföderskor som känner rädsla inför något de inte har erfarenhet av, medan andra kvinnor kan ha haft en traumatisk tidigare förlossning och inte vill uppleva samma situation igen. Förlossningsrädsla kan medföra att gravida kvinnor inte känner lycka över sin graviditet och har svårt att se fram emot den kommande förlossningen.

Författarna för metasyntesen är barnmorskestudenter som någon gång under utbildningen har träffat kvinnor med förlossningsrädsla. Som blivande barnmorskor anser vi att det är av yttersta vikt att erhålla mer kunskap om förlossningsrädsla hos gravida kvinnor. Detta för att kunna möta dessa kvinnor på ett värdigt, empatiskt och individanpassat sätt.

## 2. Bakgrund

### 2.1 Klassificering av förlossningsrädsla

Förlossningsrädsla kan delas in i olika nivåer, lätt rädsla eller oro, måttlig rädsla samt svår eller intensiv förlossningsrädsla (Ryding, 2008). Vid lätt förlossningsrädsla kan den gravida kvinnan oftast hantera rädslan på egen hand. Vid måttlig rädsla upplever den gravida kvinnan en starkare oro och rädsla, men kvinnan påverkas generellt inte dagligen av rädslan. Vid svår förlossningsrädsla kan den gravida kvinnan ha svårt att självständigt hantera sin rädsla och därför vara i behov av extrainsatta stödåtgärder (Nilsson, 2017).

Enligt en studie av Salomonsson, Wijma och Alehagen (2010) beskrivs det att de flesta kvinnor som inte tidigare har fött barn ofta känner en oro för det okända. Denna rädsla kan dock vara lättare att hantera och ses inte som svår förlossningsrädsla. Den svåra förlossningsrädslan ses som det värsta som kan hända och upptar samt påverkar kvinnans vardag under större del eller hela graviditeten. Det kan vara svårt att hantera dessa känslor på egen hand. Förlossningsrädda kvinnor kan vara mer fokuserade på sin rädsla istället för sin graviditet, vilket i sin tur gör att de har svårt att känna glädje över det kommande barnet. Detta kan även göra att de förlossningsrädda kvinnorna inte har samma möjlighet att förbereda sig på det kommande föräldraskapet som kvinnor som inte är förlossningsrädda.

## **2.2 Förlossningsrädsla globalt**

I en studie av O'Connell, Leahy-Warren, Khashan, Kenny och O'Neill (2017) beskrivs prevalensen av svår förlossningsrädsla ur ett globalt perspektiv. Uppskattningsvis har globalt sett 14 procent av alla gravida kvinnor svår förlossningsrädsla. I Australien är prevalensen av svår förlossningsrädsla uppskattningsvis 23 procent och studier utförda i USA har visat att cirka 11 procent av de gravida kvinnorna lider av svår förlossningsrädsla. I Asien uppskattas prevalensen av svår förlossningsrädsla hos gravida kvinnor vara cirka 25 procent. I Europa är uppskattningsvis åtta procent av de gravida kvinnorna svårt förlossningsrädda, varav i Skandinavien 11 procent.

## **2.3 Förlossningsrädsla i Sverige**

Barnmorskor upplever att fenomenet förlossningsrädsla har ökat bland kvinnor. Anledningar till ökningen kan vara att unga kvinnor nu har lättare att förmedla sina känslor, samt att gravida kvinnor har ökad tillgänglighet till information bland annat via internet och media (Salomonsson et al. 2010).

Enligt Socialstyrelsen (2015) är en femtedel av alla gravida kvinnor förlossningsrädda. Lukasse, Shei och Ryding (2014) beskriver i sin studie prevalensen av förlossningsrädsla bland kvinnor i Sverige. Uppskattningsvis visar studiens resultat att 14,6 procent av förstföderskor lider av svår förlossningsrädsla, medan 15,2 procent av omföderskor också är drabbade av svår förlossningsrädsla. Socialstyrelsen (2015) presenterade år 2014 att 8,2 procent av gravida kvinnor erhöll extrainsatta stödåtgärder för sin förlossningsrädsla. Skillnader kunde ses mellan landstingen och varierade mellan 5,2–12,8 procent vad gäller extrainsatta stödinsatser för förlossningsrädsla.

## **2.4 Handläggning av förlossningsrädsla i Sverige**

Kvinnor som har lätt till måttlig förlossningsrädsla handläggs i första hand på mödrahälsovårdcentralen (MVC) och då främst med samtal med barnmorska. Dessa samtal ligger utanför basprogrammet. I basprogrammet ingår de besök som barnmorskan har med gravida kvinnor under normal graviditet. Föräldrautbildning rekommenderas till alla gravida kvinnor och utbildningens förberedande kurser kan minska risken för förlossningsrädsla (Svensk förening för obstetrik och gynekologi, SFOG, 2017). Dock menar Salmonsson,

Wijma och Alehagen (2010) att många kvinnor undviker föräldrautbildning under graviditeten på grund av sin förlossningsrädsla.

Vid måttlig till svår förlossningsrädsla kan MVC remittera förlossningsrädda kvinnor till auroraverksamhet. Syftet med auroraverksamhet är att förlossningsrädda kvinnor skall få hjälp med sin förlossningsrädsla. Auroraverksamheten kan dels se olika ut och dels benämnas olika beroende på var i landet som kvinnan bor. Dock är den gemensamma nämnaren för landets auroraverksamheter att den förlossningsrädda kvinnan får träffa en erfaren förlossningsbarnmorska att ha samtal med angående sin förlossningsrädsla. Förlossningsrädda kvinnor som kommer till auroraverksamheten har även möjlighet att träffa psykolog, kurator och eller obstetriker (SFOG, 2017).

Förlossningsrädda kvinnor kan önska ett planerat kejsarsnitt på grund av sin förlossningsrädsla. Däremot måste kvinnan träffa en obstetriker som måste bejaka olika etiska principer, som exempelvis autonomiprincipen där kvinnans egen uppfattning har betydelse och nyttoprincipen där obstetriken skall avgöra om vinsterna väger över riskerna vid ett planerat kejsarsnitt för den förlossningsrädda kvinnan (SFOG, 2017).

## **2.5 Riskfaktorer för förlossningsrädsla**

Det finns olika faktorer som gör att en del kvinnor löper större risk att drabbas av förlossningsrädsla. Kvinnor som har haft psykisk ohälsa som exempelvis ångestsyndrom och eller depression har större risk att drabbas av förlossningsrädsla. Detta gäller även kvinnor med nedsatt självförtroende, då det kan göra att de saknar tron att klara av en graviditet, förlossning och eller det kommande föräldraskapet. Dåligt socialt nätverk och därmed bristande stöd från anhöriga kan också öka risken för förlossningsrädsla. En dålig partnerrelation kan också bidra till ökad risk. Det har även visat att kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp eller haft en tidigare förlossning som upplevts traumatisk, har högre risk att drabbas av förlossningsrädsla (SFOG, 2017).

## **2.6 Konsekvenser av förlossningsrädsla**

Förlossningsrädsla kan medföra konsekvenser som till exempel att kvinnor väljer att inte föda fler barn (Hofberg & Brockington, 2000) och eller att det går ofrivilligt lång tid mellan

graviditeterna (Saisto, Ylikorkala & Halmesmäki, 1999). En del förlossningsrädda kvinnor kan också välja att avsluta en graviditet på grund av förlossningsrädseln (Hofberg & Brockington, 2000). Förlossningsrädsla medför även konsekvenser som trötthet, sömnproblem och ångest (Hall, Hauck, Carty, Hutton, Fenwick & Stoll, 2009). Under förlossningen kan en konsekvens vara att förlossningsrädda kvinnor känner mer smärta, att förlossningsförloppet blir längre och eller att förlossningen avslutas i kejsarsnitt (Laursen, Johansen & Hedegaard, 2009). Kvinnor som lider av förlossningsrädsla har även ökad risk att drabbas av postpartumdepression (Pazzagli, Laghezza, Capurso, Sommella, Lelli & Mazzeschi, 2015).

## **2.7 Teoretiskt perspektiv**

*Stödja* och *stärka* är ledord i Berg och Lundgrens (2010) teori. Barnmorskan ska verka stödjande och stärkande jämt mot den gravida och eller födande kvinnan. För att den födande kvinnan ska kunna erhålla en positiv förlossningsupplevelse är *stöd* en central del i barnmorskans arbete. Den gravida och eller den födande kvinnans livsvärld fungerar som en grund som barnmorskan ska utgå från när det kommer till att *stödja* och *stärka* gravida och eller födande kvinnor (Berg, 2010).

Det teoretiska begrepp som Berg och Lundgren (2010) presenterar kan ses som viktigt vid mötet med förlossningsrädda kvinnor. Det teoretiska perspektivet berör bland annat vikten av mötet mellan barnmorskor och förlossningsrädda kvinnor samt deras upplevelser (Nilsson, 2010). Detta är anledningen till att författarna har inspirerats av denna teoretiska modell.

## **2.8 Problemformulering**

Barnmorskor upplever att förlossningsrädsla har ökat bland gravida kvinnor.

Förlossningsrädsla påverkar många kvinnor negativt då de inte kan känna glädje över sin graviditet och eller den kommande förlossningen. Författarna finner inte tillräckligt med större vetenskapliga studier som beskriver de förlossningsrädda gravida kvinnornas rädsla. Författarna vill därför utföra en kvalitativ metasyntes som syntetiserar flera studier om ämnet för att kunna få ett trovärdigt resultat, detta för att erhålla kunskap om förlossningsrädsla hos gravida kvinnor.

### **3. Syfte**

Syftet med den här metasyntesen är att beskriva upplevelser och rädslor hos förlossningsrädda kvinnor under graviditet och förlossning.

### **4. Metod**

#### **4.1 Design**

Kvalitativ metasyntes med meta-ethnografi som analysmetod.

En kvalitativ metasyntes är en större sammanställning av redan publicerade kvalitativa studiers resultat som tolkas och analyseras (Polit & Beck, 2008). Metasyntes används för att erhålla ökad kunskap inom ett område utifrån klinisk relevans och att erhålla en holistisk bild av det valda problemområdet (Willman & Stoltz, 2017). För att utföra en metasyntes menar Zimmer (2004) att de valda kvalitativa vetenskapliga artiklarnas resultat skall vara sammanlänkande och med det menas att resultatet skall handla om samma sak och eller vara relaterade till samma sak. Då en metasyntes innehåller en sammanställning av flera studiers resultat kan en sådan syntes ge en bättre evidens än vad en enskild studie kan göra.

#### **4.2 Inklusions kriterier**

De vetenskapliga artiklarna som har inkluderats handlar om förlossningsrädsla utifrån metasyntesens syfte. Vad gravida kvinnor är rädda för och gravida kvinnors upplevelser av förlossningsrädsla. Kvinnorna är förstföderskor eller omföderskor. De vetenskapliga artiklarna är engelskspråkiga och studierna är publicerade på 2000-talet. Artiklarna har etiska överväganden och är peer reviewed.

#### **4.3 Exklusions kriterier**

Vetenskapliga artiklar som handlar om förlossningsrädsla hos kvinnor med redan diagnostiserad psykisk ohälsa har exkluderats. Även vetenskapliga artiklar som belyste förlossningsrädsla tillsammans med annat ämne som exempelvis våld i nära relationer och ätstörningar exkluderades. Anledningen till att dessa artiklar har exkluderats är för att de inte passade metasyntesens syfte. Vidare exkluderas också artiklar som inte är engelskspråkiga, peer reviewed eller inte nämnt etiska överväganden.

#### **4.4 Urval deltagare**

Deltagarna i metasyntesen är totalt 1192 kvinnor i åldrarna 18 till 43 år, insamlade från 15 olika vetenskapliga artiklar. Kvinnorna som deltagit är förstföderskor eller omföderskor. De kvinnliga deltagarna kommer från Sverige, Norge, Japan, Storbritannien, Irland, Australien, Turkiet och Iran.

#### **4.5 Urval analysmetoder**

Inkluderade analysmetoder som utförts i de valda vetenskapliga artiklarna är tematisk analys, kvalitativ innehållsanalys, kvalitativ innehållsanalys med deduktiv ansats, cross case analys, fenomenologisk analys, konventionell analys med induktiv ansats, tolkande innehållsanalys och grounded theory approach.

#### **4.6 Urval datainsamling**

I de valda vetenskapliga artiklarna utfördes olika datainsamlingsmetoder.

Datainsamlingsmetoderna som användes för att få svar från kvinnorna utfördes genom intervjuer, telefonintervjuer, frågeformulär med öppna frågor samt fokusgruppsintervjuer.

#### **4.7 Sökstrategi**

För att planera sökningen av vetenskapliga artiklar som ska ingå i metasyntesen utfördes en överskådlig sökning av det valda ämnet. Detta tar Willman och Stoltz (2017) upp när de beskriver hur datainsamling ska utföras inför ett examensarbete. Detta för att bland annat se vad det finns för befintlig forskning, samt vad som behöver studeras mer av inom det valda ämnet (Karlsson, 2017). Svensk MeSH (Karolinska institutet, u.å) användes för att få fram MeSH- termer och alternativa sökord. Sökning via fritext och MeSH- termer som ansågs relevanta till metasyntesens syfte användes och utfördes i olika databaser. Databaser som användes under datainsamlingen var CINAHL, PubMed, PsycInfo och Web of Science. Sökningarna utfördes enskilt av författarna och diskuterades sedan igenom tillsammans. I CINAHL användes sökorden *Fear of childbirth, qualitative, midwifery, midwife, fear, childbirth, tokophobia* och *womens experience* i olika kombinationer. Begränsningar som har gjorts i CINAHL är att de vetenskapliga artiklarna är peer reviewed, engelskspråkiga samt

skall ha publicerats mellan år 2008–2019. Sökord som användes i PubMed i olika kombinationer var *midwife, fear, childbirth, pregnancy, experiences, tokophobia, women, midwives experiences* och *feelings*. Begränsningar som använts i PubMed är att de vetenskapliga artiklarna ska finnas i fulltext, vara engelskspråkiga samt vara publicerade mellan år 2008–2019. I PsycINFO användes sökorden *midwifery, support* och *fear* med begränsningarna *peer reviewed, kvalitativ artikel* och *publicerad* mellan år 2008–2019. I Web of Science användes sökorden *midwife, fear, childbirth* och *pregnancy* i olika kombinationer med begränsningarna *peer reviewed, engelskspråkiga* samt *publicerade* mellan år 2008–2019. I samtliga sökningar har booleska operatörer så som AND och OR använts för att specificera sökningen. Enligt Karlsson (2017) används Booleska operatörer i form av AND, OR och eller NOT för att exempelvis specificera och eller öka sensitiviteten i sökningen. Se bilaga 1 för fullständig litteratursökning av de vetenskapliga artiklarna som ingår i metasyntesen.

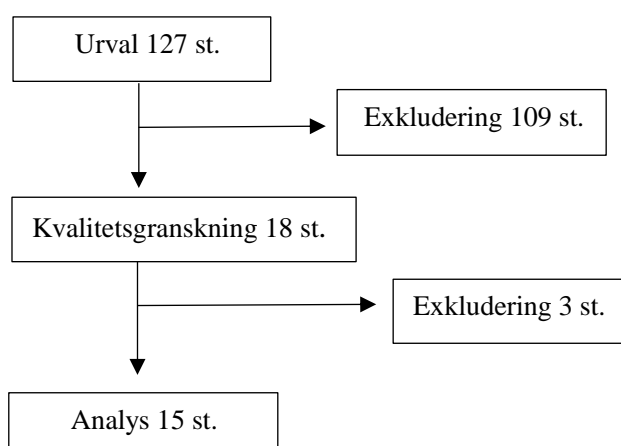
Manuell datainsamling har utförts i referenslistan i en avhandling av barnmorskan Birgitta Larsson (2017). I avhandlingen identifierades två vetenskapliga artiklar som passade syftet och därmed ingår i metasyntesen. Enligt Karlsson (2017) är manuell sökning en datainsamlingsmetod som är bra att använda för att erhålla kunskap om det valda ämnesområdet. Manuell sökning innebär bland annat att diskutera med en expert för att erhålla tips på vetenskapliga artiklar eller att söka i referenslistor från passande böcker eller vetenskapliga studier.

Datainsamlingen avslutades när författarna ansåg sig ha tillräcklig mängd data för att besvara metasyntesens syfte.

#### **4.8 Kvalitetsgranskning**

Mätinstrument används för att se över eventuella vetenskapliga studiers reliabilitet och validitet (Billhult, 2017). Mätinstrumentet *Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Approach checklist* (2014) har använts för att kvalitetsgranska de vetenskapliga artiklar som passar metasyntesens syfte. Se bilaga 4. Utifrån denna checklista utgjordes en poängskala mellan ett till tio. Denna poängskala delades in i kvalitet av låg, medel och hög. Låg kvalitet gav ett till tre poäng, medelhög kvalitet fyra till sex poäng och högkvalitet sju till tio poäng. Vilken kvalitet som poängindelningen gav beslutades innan kvalitetsgranskningen utfördes av de valda vetenskapliga artiklarna.

Innan kvalitetsgranskningen lästes 127 abstrakt, varav 109 av dessa artiklar exkluderades då de inte ansågs relevanta till metasyntesens syfte. Kvalitetsgranskning genomfördes av 18 vetenskapliga artiklar, varav 17 artiklar nådde hög kvalitet (sju till tio poäng) och en artikel nådde medelhög kvalitet (sex poäng) enligt det beskrivna mätinstrumentet. Artikeln som nådde medelhög kvalitet valdes att exkluderas då endast vetenskapliga artiklar av hög kvalitet eftersöktes för ett trovärdigt resultat och då den var kvantitativ. Ytterligare två vetenskapliga artiklar exkluderades då de inte passade metasyntesens syfte. Totalt används 15 vetenskapliga artiklar i metasyntesen, samtliga är peer reviewed, se figur 1.



**Figur 1.**

*Flödesschema över tillvägagångssätt*

## 4.9 Analyismetod

Som analysmetod används meta-ethnografi för att förstå hur de vetenskapliga artiklarnas resultat är sammansatta. De redan publicerade och analyserade artiklarnas likheter och skillnader jämfördes enligt Noblit och Hare (1988). Med meta-ethnografisk metod skall studierna tolkas holistiskt och med det menas att se helheten. Analyismetoden meta-ethnografi består av olika faser. Fas ett innebär att den text som ska analyseras läses överskådligt för att få en förståelse av de vetenskapliga artiklarnas syften och innebörd. Vid fas två ska den text som passar metasyntesens syfte delas in i meningsbärande enheter. Fas tre handlar om att återigen läsa igenom de valda texterna för att identifiera detaljer och upplevelser som önskas undersökas. Under fas fyra skall likheter och skillnader i de olika texterna identifieras,

kategoriseras och läggas samman. Primära antaganden tar form. Vid fas fem skall en unik analys av texterna utföras och varje text skall tolkas holistiskt, samtliga texters resultat skall jämföras. Fas sex handlar om att skapa en helhet, att upplevelser som identifierats från de olika texterna sätts samman. Vid fas sju presenteras syntesen för läsarna.

#### **4.10 Analys**

Vid genomförandet av analysen av de vetenskapliga artiklarna har metoden meta-ethnografi av Noblit och Hare (1988) använts. När 15 vetenskapliga artiklar valts ut som passar metasyntesens syfte har samtliga lästs igenom för att få en förståelse över de vetenskapliga artiklarnas syfte och innehåll. Vid upprepad läsning av de vetenskapliga artiklarna har ”berry picking approach” använts för att plocka ut kvalitativa data som passar metasyntesens syfte. Meningsbärande enhet *förlossningsrädsla* identifierades vid analys av de vetenskapliga artiklarna. De vetenskapliga artiklarna lästes igenom flertalet gånger för att identifiera detaljer och upplevelser som härrör till den meningsbärande enheten. De identifierade detaljerna och upplevelserna från texterna diskuterades sinsemellan författarna för att se mönster mellan texternas likheter. Likheter och skillnader i de vetenskapliga artiklarnas resultat jämfördes och kategoriserades till en början till 13 olika teman som beskrev förlossningsrädsla. Dessa teman kondenserades till totalt fyra huvudteman och sex underteman. Likheter och olika teman färgkodades i dator med hjälp av programmet WORD. Den valda texten lästes återigen igenom flertalet gånger för att kunna tolkas holistiskt samt för att texternas innehåll ska kunna sammansättas till passande teman. Huvudteman som identifierats benämns som *Beskrivning av förlossningsrädsla*, *Rädsla för sin egen hälsa och det okontrollerbara*, *Rädslor i samband med möten i vården* och *Rädslor för barnets hälsa*. Därefter delas texten in i underteman som är passande för huvudteman, dessa benämns som *Det oförutsägbara*, *Att inte ha kontroll*, *Den fysiska hälsan*, *Smärta*, *Möten med barnmorska och annan vårdpersonal* och *Interventioner*.

Utvalda citat från texterna presenteras i resultatet på originalspråk för ökad trovärdighet samt för att få en förståelse av rädslan.

#### **4.11 Etiska överväganden**

Innan och under en vetenskaplig studie genomförs skall etiska överväganden utföras, så kallad forskningsetik (Kalman & Lövgren, 2012). Enligt Vetenskapsrådets (2002) forskningsetiska

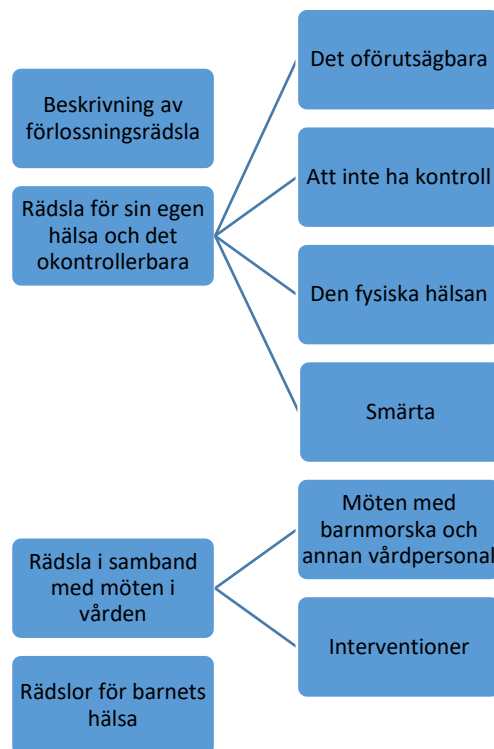
principer finns det fyra stycken huvudkrav vad gäller forskning. Dessa krav är nyttjandekravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt informationskravet. Nyttjandekravet beskriver att samtliga uppgifter inhämtade från deltagare inte får lämnas ut utan enbart användas i forskningens ändamål. Samtyckeskravet beskriver rätten till självbestämmande vad gäller samtliga deltagares medverkan i olika vetenskapliga studier. Deltagarna får självständigt bestämma över om de vill delta i en eventuell studie eller om de vill avbryta sitt deltagande i en pågående studie. Konfidentialitetskravet beskriver hur samtliga deltagares personliga uppgifter skyddas enligt sekretess. Informationskravet handlar om att deltagarna i studier ska erhålla adekvat och riktigt information om studien de eventuellt ska delta i.

I Sverige ska lagen om etikprovning och forskning följas vid forskningsstudier som innefattar människor. Ett godkännande vad gäller etikprovning behöver erhållas innan en sådan studie kan påbörjas utifrån det etiska perspektivet. Även hänsyn för personuppgiftslagen behöver tas. Forskningen får därmed endast utföras om den innefattar respekt för människan och dess värde (SFS 2018:1092).

I den kvalitativa metasyntesen behövs inte ett godkännande från etisk kommitté då författarna arbetat med redan publicerade data utan kontakt med kvinnorna i de olika vetenskapliga artiklarna. Författarna analyserar istället noggrant de valda vetenskapliga artiklarna till metasyntesens resultat för att säkerställa att samtliga studier har vidtagit etiska ställningstaganden.

## 5. Resultat

Syntesens resultat utgörs av fyra huvudteman och sex underteman som identifierats utifrån den meningsbärande enheten *förlossningsrädsla*, se figur 2.



**Figur 2.**

*Översikt av huvudteman med respektive underteman*

### 5.1 Beskrivning av förlossningsrädsla

Gravida kvinnor med förlossningsrädsla kan uppleva graviditet och förlossning som skrämmande. Kvinnorna kan också uppleva graviditet och förlossning som en hotande upplevelse att vara med om samt att förbereda sig inför. Kvinnorna kan känna att detta är ett hot som kommer närmare och närmare (4, 5). En del av de gravida kvinnorna beskrev att förlossningsrädslan blev värre och värre ju längre graviditeten fortlöpte och att rädslan var som värst i slutet av graviditeten (6, 1). En artikel beskriver att gravida kvinnor upplever sin förlossningsrädsla som något som stör i bakgrunden och eller att de har en orolig känsla i

kroppen (6). En annan artikel berättar att kvinnor kan uppleva sin förlossningsrädsla som en konstant klump i magen och eller att rädslan befinner sig som ett spöke i hjärnan (1).

Förlossningsrädsla kan ge sig i uttryck genom mardrömmar, stress och nervositet (6) men också genom fysiska symtom. Dessa fysiska symtom kan till exempel vara hög puls (2), sämre sömn samt magsmärta (2, 6) och symtomen kan sedan i sin tur förvärra känslan av förlossningsrädsla (5). Uttryck som oroande (4), ångest, fruktansvärt, skräck (2), panik och ren terror (7, 2) används av gravida kvinnor som beskrivning av förlossningsrädslan.

Många gravida kvinnor känner en konstant rädsla både dag och natt vilket leder till att förlossningsrädslan påverkar dem i det dagliga livet (1, 5, 6, 8). En del kvinnor upplever att det inte är normalt att känna förlossningsrädsla (1).

*“You’re not supposed to feel that way- that’s the way it is, it’s supposed to be purely happiness the whole time”* (1, s. 245)

## **5.2 Rädsla för sin egen hälsa och det okontrollerbara**

### **5.2.1 Det oförutsägbara**

Rädsla att inte kunna planera när den kommande förlossningen startar kan skapa oro och ångest hos en del gravida kvinnor. För förstföderskor kan denna rädsla handla om okunskap och eller brist på erfarenhet av hur förlossningsstarten skall hanteras. Medan för omföderskor blir rädslan mer påtaglig på grund av att de har erfarenhet av att inte kunna planera när förlossningen startar (9).

Att inte veta när förlossningen startar skapar stor oro och rädsla hos många gravida kvinnor (3, 10, 11). Ett par artiklar visar att tanken på att barnet kan komma för tidigt, att prematur födsel sker, skapar rädsla hos gravida kvinnor (3, 10). En del gravida kvinnor beskriver rädsla över att förlossningen ska starta i hemmet samt hur de ska hantera situationen om vattenavgång skulle ske (10). Vidare beskriver gravida kvinnor om sin rädsla att komma försent till sjukhuset och eller att de föder barnet innan de hinner komma fram till förlossningsavdelningen (3, 10, 12). Det finns även en rädsla hos kvinnorna att det inte ska finnas någon anhörig i närheten som kan hjälpa dem till sjukhuset (3, 10).

*"I am permanently anxious and ask myself what will happen if I don't arrive at hospital on time? What may occur if arrive late and my amniotic sac ruptures, or my husband is not home, or he arrives late. No one will be at home to take me to hospital"* (3, s. 3739)

En annan rädsla som gravida kvinnor uttrycker är längden på förlossningsförloppet. Gravida kvinnor beskriver rädsla över att förlossningen ska ta lång tid och att då behöva utstå stora påfrestningar (1, 8, 10). Rädsla som handlar om långdraget förlossningsarbete kan grunda sig i berättelser från anhöriga och deras utdragna förlossningar (10).

### **5.2.2 Att inte ha kontroll**

Lågt självförtroende kan göra att gravida kvinnor upplever att de är oförmögna att dels klara av en graviditet samt dels klara av att föda ett barn. Kvinnorna upplever att de inte är starka nog för en sådan situation (3, 4, 5, 8, 11). En del gravida kvinnor har rädsla för att deras kroppar rent fysiskt är oförmögen att föda barn. Detta kan bland annat handla om deras egna kroppsbyggnad, att de till exempel anser sig ha ett för litet bäcken för att kunna föda barn (9).

Förlossningsrädsla kan göra att gravida kvinnor skäms över sin rädsla och har svårigheter att prata om det. Detta då rädslan gör att de anser sig själva som mindervärdig jämt emot andra kvinnor. De gravida kvinnorna är också rädda för vad andra människor ska tycka om dem och deras rädsla (1, 4, 5).

*"Like you've got pressures of other people. I want to experience it but i'm scared of it and you get people around you that like if you go I want another ceasarean beacause you're basically scared, people will go she's a wuss"* (4, s. 242)

En del gravida kvinnor är rädda för att förlora kontrollen över sig själva både psykiskt och fysiskt (3, 6, 10, 11, 12, 15). De är rädda för att inte förstå vad det är som händer och inte heller ha kunskap om vad som kommer att ske under graviditet och förlossning (3, 6, 10, 11,

12). Gravida kvinnor uppger att de är rädda att drabbas av panik under förlossningen och att de därmed inte kommer att kunna hantera de olika situationer som kan ske under en förlossning (2, 4, 8).

Att känna sig fången och eller inspärrad i sin graviditet var något som många gravida kvinnor uttryckte. Att föda barnet var den enda utvägen vare sig de ville genomgå en förlossning eller inte (5, 11). Upplevelsen av att vara fångad utgjorde sig i en känsla att kvävas (11). De gravida kvinnorna ville både att tiden skulle gå snabbare så det fick träffa sitt barn, men samtidigt ville de stoppa tiden eller helt låta bli att föda. Detta då de kände en sådan stark rädsla inför sin kommande förlossning (5).

*”Yes, it feels like I don’t want to give birth to the child. I don’t want to. Sometimes, I can feel that I really don’t want to give birth or that there is some other way out. Sometimes, I almost regret that i became pregnant” (5, s. 4)*

En del gravida kvinnor beskriver att när de väl har blivit gravida finns det ingen annan utväg eller alternativ än att föda barnet, ingen kan göra det åt dem. Att inte ha något annat alternativ än att föda barnet upplevdes som mycket skrämmande. En del gravida kvinnor var även rädda för hur de skulle reagera under en förlossning, vilket gjorde att rädslan inför själva förlossningen växte sig större (5, 11). Att inte heller ha några garantier för att förlossningen kommer att gå bra utan några komplikationer var också en bidragande orsak till att rädslan kunde växa sig större (5).

### **5.2.3 Den fysiska hälsan**

Gravida kvinnor kan också känna rädsla över komplikationer de kan drabbas av under en graviditet. Detta kan till exempel vara preeklampsi, bäckensmärta, infektioner (2) och eller missfall (4).

I en artikel beskrivs hur förlossningsrädda gravida kvinnor uttryckligen var rädda för en naturlig förlossning (7). Gravida kvinnor är rädda för att själva bli skadade under en vaginal förlossning (5, 7, 8, 9). Vissa av de gravida kvinnorna var också rädda för att de själva skulle göra någonting felaktigt under förlossningen och att genom detta själva bli skadade (8).

Medan en del kvinnor var rädda för att skador ska uppstå under en förlossning (5, 7, 8, 9), var andra gravida kvinnor till och med rädda för att dö under förlossningen på grund av komplikationer som kan uppstå (2, 3, 8, 9, 13).

*"I think about, what will happen if I go to hospital and never come back? I keep thinking about this constantly"* (3, s. 3739)

Många förlossningsrädda gravida kvinnor är rädda för att få bristningar i samband med en förlossning (2, 3, 4, 6, 7, 10, 12). I en artikel beskrivs hur andra kvinnors historier om bristningar gjorde att rädslan för detta uppstod. Detta kunde därmed öka rädslan för att genomgå en vaginal förlossning (4). Gravida förlossningsrädda kvinnor beskriver att det är en skrämmande tanke att få en bristning (12) och att de är rädda för att drabbas av någon komplikation på grund av bristningar (8). Vissa gravida kvinnor har en rädsla för att deras sexuella hälsa ska påverkas och att de inte längre kommer kunna njuta av samlag (8, 9).

Omfödreskor som tidigare upplevt en traumatisk förlossning har en rädsla av att återigen vara med om samma upplevelse (4, 5, 12, 13). Förlossningsrädda gravida kvinnor kan känna ångest och rädsla när de tänker på minnen från deras tidigare förlossning (2, 4). De gravida omfödreskorna kan även känna ångest och rädsla inför sin kommande förlossning (2). I en artikel beskrivs hur en kvinna vaknar om nätterna kallsvettig med minnen från sin tidigare hemska förlossningsupplevelse (2). I en annan artikel beskrivs det hur en kvinna har accepterat att hennes kommande förlossning kommer att bli en fruktansvärd upplevelse (4).

*"I guess I just resigned to the fact that it's a horrible experience and it will be again"* (4, s. 242)

En del förlossningsrädda gravida kvinnor beskriver även rädsla över vilka komplikationer som kan uppstå efter själva förlossningen, postpartum (2, 3, 6, 9). Komplikationer som dessa kvinnor kan vara rädda för är försvagad bäckenbottenmuskulatur, postpartumblödning (2) och postpartum depression (3). Vissa kvinnor beskriver att om komplikationer skulle uppstå, är de

rädda för att läkningsprocessen ska bli lång och smärtsam (9), medan andra kvinnor är rädda för att problem som de redan har skall förvärras (2).

#### **5.2.4 Smärta**

Många kvinnor som är förlossningsrädda är rädda för själva smärtan som kan uppstå under en förlossning (3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14) och känner ångest vid tanken på smärtan (4). Gravida kvinnor beskriver att rädslan för smärta under förlossning blev starkare när de fick höra andra kvinnors förlossningsupplevelser och deras erfarenhet av smärta (4). En del gravida kvinnor är rädda för smärtan som uppstår under förlossningens värkarbete. Andra kvinnor är rädda för smärtan som uppstår vid själva krystfasen, när barnet ska ut (12). Gravida kvinnor som är rädda för själva smärtan, är även rädda för hur och om de kommer kunna klara av att hantera den (4, 9, 14). Vissa kvinnor beskriver också att de är rädda för att drabbas av panik när smärtan uppstår (2).

*”I’m so afraid of pain. I’m very sensitive of stuff like that, and then I think that giving birth must surely be the worst thing you can expose yourself to”* (6, s. 46)

En del gravida kvinnor uttryckte oro och rädsla att inte erhålla adekvat smärtlindring för att kunna hantera smärtan under förlossningen (2, 9), samt att de inte skulle få den smärtlindring som de önskar (2).

### **5.3 Rädslor i samband med möten i vården**

#### **5.3.1 Möten med barnmorska och annan vårdpersonal**

Gravida kvinnor uttrycker rädsla att mötas av inkompetent vårdpersonal som till exempel barnmorskan. Rädsla för att personalen inte vet vad de gör, gör något fel och eller utför ett dåligt arbete är något som gravida kvinnor kan uttrycka (2, 3, 8, 11). En del gravida kvinnor beskrev också rädslan att möta en barnmorska som är oförmögen att skapa en trygg och förtroendeingivande relation. Detta kan göra att kvinnorna känner att de inte har tillräckligt med stöd och eller förståelse från barnmorskan, vilket kan öka förlossningsrädslan (2, 3, 11).

*”There was no openness when I came to the antenatal clinic, the midwife didn’t understand what I was talking about, my fear was like nothing” (1, s. 245).*

Att bli lämnad ensam under sin förlossning är någonting som gravida kvinnor känner en rädsla för och tanken på detta kan upplevas som stressande (2, 3, 6, 8). En känsla av övergivenhet kan uppstå om vårdpersonal lämnar kvinnorna ensamma under sin förlossning (2, 3).

En del gravida kvinnor uttrycker rädsla för att inte bli hörda och sedda under förlossningen. Att kvinnorna inte skulle få vara med och fatta beslut som rör deras egen förlossning och eller att de önskemål de har angående sin förlossning ska bli åsidosatta, var rädslor som framkom (9, 11).

### **5.3.2 Interventioner**

Förlossningsrädda gravida kvinnor kan känna rädsla för att någon onormal situation ska uppstå under förlossningen (10) och eller att olika typer av interventioner skall ske (9, 12). Interventioner kan till exempel vara episiotomi (2, 8, 10), kejsarsnitt (3, 8, 10), vaginala undersökningar (8, 9, 11) och att förlossningen avslutas med sugklocka (8).

En del gravida kvinnor beskriver rädsla att behöva genomgå någon slags intervention som de inte vill vara med om (14). Brist på kommunikation vid interventioner kan göra att kvinnan inte känner sig delaktig i processen, vilket i sin tur kan leda till att kvinnan känner sig kränkt. I en artikel beskrivs det hur gravida kvinnor kan känna sig som ett ”stycke kött” vid olika interventioner (9).

*”I was not physically afraid, I did not fear the pain itself, no I was afraid of the routines, the possibility of hands in my body to inspect whether I was open, ready for, birth, without involving me in the decision. Giving birth is a situation where you feel vulnerable and at the mercy of someone you might not know at all” (11, s. 90)*

En del gravida kvinnor är rädda för att personalen på förlossningsavdelningen inte ska ha förståelse och empati för kvinnans egna värderingar och önskemål vad gäller olika slags interventioner. Vidare uttrycker gravida kvinnor oro och rädsla över vilka komplikationer som kan uppstå efter interventioner (12).

#### **5.4 Rädslor för barnets hälsa**

En artikel beskriver att blivande mödrar känner oro för sitt kommande barns hälsa och välbefinnande. Detta gör att kvinnorna ofta tänker på de risker som finns och kan uppstå när det kommer till barnet (3).

*”A bit worried, mostly there’ll be something wrong with the baby or that something will go wrong during delivery. You’ve heard so many stories”* (2, s. 125)

Många gravida kvinnor är rädda för att deras ofödda barn ska skadas under graviditet (2) och eller förlossning (2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13). Att barnet skadas under förlossning kan handla om allt från att barnet blir stressad till att barnet blir fysiskt skadad (9) och en del kvinnor beskriver uttryckligen rädsla över att barnet ska vara för stort (6, 9, 13, 14). I några artiklar beskrivs rädsla över att barnet inte ska vara frisk, att barnet föds med någon sjukdom eller komplikation (2, 3, 6). Att barnet föds med en missbildning är också en rädsla som gravida kvinnor kan ha gällande sitt ofödda barn (2).

Vissa gravida kvinnor kan vara rädda för att barnet ska dö i magen, en så kallad intrauterin fosterdöd (4, 13). Andra gravida kvinnor är istället rädda för sitt barns liv under själva förlossningen, som till exempel att barnet ska avlida på grund av komplikationer och eller svårigheter som kan ske under en förlossning (8, 12, 13).

*”Well the major fear for me was...The actual fear of baby dying”* (12, s. 70).

## **6. Diskussion**

### **6.1 Sammanfattning av huvudresultaten**

Syftet med metasyntesen var att beskriva upplevelser och rädslor hos förlossningsrädda kvinnor under graviditet och förlossning. I resultatet framkom det att förlossningsrädda gravida kvinnor uttryckte känslor i ord som ”ren terror” och ”skrämmande” vid beskrivning av sin förlossningsrädsla. Det framkom även att de gravida kvinnorna kunde vara rädda för att olika komplikationer kan uppstå som till exempel bristningar, smärta och att barnet skulle skadas. Dessa rädslor visade sig vara det vanligaste orsakerna till förlossningsrädsla. I syntesen presenteras fyra huvudteman som sammanfattas nedan.

*Beskrivning av förlossningsrädsla* utgjordes av de gravida kvinnornas tankar och känslor om sin förlossningsrädsla. Beskrivningar som ”ren terror”, ”panik” och ”fruktansvärt” framkom av de gravida kvinnorna när de berättade om sin förlossningsrädsla.

*Rädsla för sin egen hälsa och det okontrollerbara* beskrev att förlossningsrädda gravida kvinnor kan vara rädda för det som de inte själva kan kontrollera när det kommer till graviditet och förlossning. Vissa gravida kvinnor anser sig inte tillräckligt starka för att kunna genomgå en förlossning. Kvinnorna är rädda för att de ska förlora kontrollen över sig själva, vilket kan ha med deras självförtroende att göra. Rädsla över att drabbas av någon komplikation som rör sin egen fysiska hälsa är något som kvinnorna beskriver. Även rädsla för smärta är en stor anledning till förlossningsrädsla.

*Rädslor i samband med möten i vården* innefattar rädsla för att inte bli bemötta på ett värdigt och respektfullt sätt av personalen, samt en rädsla för att personalen ska vara okunniga. Olika typer av interventioner upplevs som skrämmande, detta kan bero på bristande kommunikation mellan kvinnan och barnmorskan.

*Rädslor för barnets hälsa* utformades av att de gravida kvinnorna uttryckte rädsla för att det ofödda barnet ska skadas eller drabbas av komplikationer under graviditet och förlossning. En del kvinnor uttryckte även en rädsla för att barnet ska avlida.

### **6.2 Resultatdiskussion**

#### **6.2.1 Beskrivning av förlossningsrädsla**

I resultatet framkommer det att gravida kvinnor beskriver sin förlossningsrädsla med uttryck som ångest, oroande, skrämmande och ren terror. I en artikel av Nilsson, Bondas och Lundgren (2010) framgår det hur förlossningsrädda kvinnor som tidigare har haft en negativ

förlossningsupplevelse beskriver känslor som ensamhet, ilska, rädsla och ångest (Nilsson et al. 2010). Detta visar att förlossningsrädda kvinnor använder olika negativa uttryck både innan och efter förlossning för att beskriva sina känslor angående sin rädsla.

Gravida kvinnor beskriver hur förlossningen ses som en hotande upplevelse som kommer närmare och närmare, samt att förlossningsrädslan blir värre ju längre graviditeten fortlöper. Det kan därför anses som viktigt att identifiera förlossningsrädsla för att kunna hjälpa de gravida kvinnorna. Slade, Balling, Sheen och Houghton (2019) beskriver när barnmorskor och gravida kvinnor anser att förlossningsrädsla bör tas upp för att kunna identifiera en eventuell rädsla. Båda grupperna anser att frågan om förlossningsrädsla ska tas upp i ett tidigt skede för att barnmorskan ska kunna ge stöd och hjälpa kvinnorna i tidig graviditet (Slade et al., 2019). Syntesen pekar på att förlossningsrädsla påverkar det dagliga livet och att rädslan finns där konstant. Vidare visar syntesen att rädslan kan ge sig i uttryck genom fysiska symtom, som till exempel magsmärta och sömnsvårigheter. Dessa fysiska symtom kan i sin tur förvärra förlossningsrädslan. Det är av stor vikt att i ett tidigt skede på mödrahälsocentralen identifiera förlossningsrädsla för att förhindra rädsla, men också att se till att en redan befintlig förlossningsrädsla inte skall förvärras.

### **6.2.2 Rädsla för sin egen hälsa och det okontrollerbara**

I syntesen framkommer det att förlossningsrädsla hos förstföderskor kan grunda sig i okunskap och brist på erfarenhet, medan för omföderskor kan förlossningsrädsla bero på erfarenheter de erhållit sedan tidigare. Detta kan bekräftas av Sheen och Slade (2017) som också beskriver att brist på erfarenhet kan leda till förlossningsrädsla hos förstföderskor och att för omföderskor kan rädslan bero på erfarenheten av att förlossningen inte går att kontrollera.

Andra kvinnors negativa historier om deras upplevelser från graviditet och förlossning, kan påverka gravida kvinnors rädslor och göra dem mer rädda inför deras egen förlossning (Sheen & Slade, 2017). Vidare beskriver också Salomonsson et al. (2008) att ”skräckhistorier” från andra kvinnors förlossningar kan bidra till och eller öka förlossningsrädsla. I syntesen beskrivs hur vissa gravida kvinnor är rädda för en långdragen förlossning och att denna rädsla grundar sig från negativa förlossningshistorier de har hört från anhöriga. En studie (Greer, Lazenbatt, & Dunne, 2014) beskriver istället hur positiva förlossningsberättelser kan minska och eller förhindra förlossningsrädsla. Det kan därför anses att man som barnmorska kan

försöka att förmedla positiva förlossningshistorier för att på så sätt kunna förmedla en positiv bild av förlossning.

Att förlora kontrollen över sig själv både psykiskt och fysiskt är en rädsla som identifieras i syntesen. I en studie (Slade et al., 2019) beskriver barnmorskor att gravida kvinnor är rädda för att förlora kontrollen och att kvinnorna då inte känner att de kan klara av att hantera förlossningen. Detta kan även bekräftas av Sheen och Slade (2017) som också beskriver att gravida kvinnor är rädda att förlora kontrollen över sig själva och att de är rädda för att drabbas av panik under förlossningen. Vidare kan detta även bekräftas av en annan studie (Otley, 2011) som också beskriver att rädslan att förlora sin kontroll bidrar till förlossningsrädsla. Genom att till exempel be de gravida kvinnorna skriva ett förlossningsbrev om vad de önskar under förlossningen, kan det tänkas inge en känsla av kontroll för de förlossningsrädda kvinnorna. Otley (2011) beskriver att om gravida kvinnor känner att de kan ha viss kontroll över delar av förlossningen, kan det göra att de känner mindre rädsla.

Syntesens resultat visar att gravida kvinnor med förlossningsrädsla kan känna sig sämre än andra kvinnor. Detta kan tänkas grunda sig i rädslan för andra människors åsikter och eller lågt självförtroende hos kvinnan. Att lågt självförtroende kan skapa förlossningsrädsla bekräftas av Otley (2011) som beskriver att förlossningsrädda kvinnor ofta har lågt självförtroende och därmed svårt att se att de själva ska kunna klara av en förlossning. En annan studie (Sheen & Slade, 2017) bekräftar att förlossningsrädda gravida kvinnor är rädda för att inte klara av en förlossning. Att gravida förlossningsrädda kvinnor är rädda för att de inte ska klara av att genomgå en förlossning, kan även det grunda sig i kvinnans självförtroende och misstron på sin egen kropps förmåga. Barnmorskor som har nära kontakt med gravida kvinnor med förlossningsrädsla kan tänkas ge ett värdefullt stöd då de har kunskap om kroppens förmåga att föda barn och kan därmed eventuellt lindra kvinnornas rädsla. Det kan anses viktigt att barnmorskor ger det stödet till kvinnorna i ett tidigt skede för att kunna bygga upp kvinnornas självförtroende inför den kommande förlossningen. Otley (2011) menar också att barnmorskan kan ge ett ovärderligt stöd för de förlossningsrädda kvinnorna. Syntesen visar också att förlossningsrädda kvinnor kan känna sig fångade i sin graviditet på grund av sin rädsla. Även detta kan tänkas bero på lågt självförtroende och att kvinnorna inte tror på sin egen förmåga att kunna föda barn.

Resultatet i syntesen visar att förlossningsrädda gravida kvinnor är rädda för att skada sig själva och eller drabbas av komplikationer under förlossningen. En av de vanligaste rädslorna som de förlossningsrädda kvinnorna har, är att drabbas av olika bristningar under förlossningen. Detta resultat kan bekräftas av Sheen och Slade (2017) som även de beskriver i sin studie att förlossningsrädda kvinnor är rädda att drabbas av bristningar. I syntesen framkom det även att kvinnorna var rädda att deras sexuella hälsa skulle påverkas på grund av komplikationer som kan uppstå under förlossningen. Rädslan för att kvinnans sexuella hälsa ska påverkas och att de därmed inte ska kunna njuta av samlag, kan vara en anledning till att kvinnor är rädda för att drabbas av bristningar. Vidare beskrivs det i syntesen att rädslan av att få en bristning också kan komma från andra kvinnors negativa historier om bristningar. Som tidigare nämnt menar Greer et al. (2014) att positiva förlossningsberättelser kan lindra förlossningsrädsla och minska oro. Detta visar vikten av att barnmorskor bör förmedla information till kvinnan om vad sjukvården kan göra vid komplikationer som till exempel vid bristning. Att förmedla sådan information anses viktigt för att kvinnan ska kunna få hjälp om komplikationer skulle uppstå.

Gravida omfödelskor som tidigare har varit med om en negativ förlossningsupplevelse kan känna förlossningsrädsla inför sin kommande förlossning visar syntesens resultat. Detta kan bekräftas av Nilsson et al. (2010) som beskriver att förlossningsrädsla inte alltid är påtaglig direkt efter en negativ förlossning, utan kan finnas latent i kroppen tills kvinnan blir gravid igen och minnen från den tidigare förlossningen kommer fram. Det kan därför anses viktigt att kvinnor som upplevt en negativ förlossning snabbt fångas upp av sjukvården för att inte förlossningsrädsla ska utvecklas eller bli starkare. I en studie av Nieminen et al. (2017) jämförs vården mellan gravida kvinnor med lätt förlossningsrädsla och svår förlossningsrädsla. Studien beskriver att kvinnor med svår förlossningsrädsla använder mer antidepressiva läkemedel och har mer sjukskrivningar än kvinnor med lätt förlossningsrädsla. Vidare visar studien att kvinnor med svår förlossningsrädsla har längre sjukhusvistelser samt besöker sjukvården i större utsträckning på grund av komplikationer postpartum än kvinnor med lätt förlossningsrädsla (Nieminen et al., 2017). Då kvinnor med svår förlossningsrädsla är i behov av mer stöd under graviditet än kvinnor med lätt förlossningsrädsla, är det viktigt att fånga upp förlossningsrädslan i ett tidigt skede för att främja kvinnornas hälsa. Det kan även anses viktigt från sjukvårdens sida att förhindra att förlossningsrädsla hos kvinnor blir värre, då tid kan sparas i sjukvården samt att det är kostnadseffektivt. Nieminen et al. (2017)

beskriver att sjukvården för kvinnor med svår förlossningsrädsla kostar 38 procent mer än för kvinnor med lätt förlossningsrädsla i Sverige.

Syntesens resultat visar att rädsla för smärta under förlossningen är en av de vanligaste orsakerna till förlossningsrädsla. En del gravida förlossningsrädda kvinnor är också rädda för att erhålla inadekvat smärtlindring. Detta kan bekräftas av Otley (2011) som beskriver att rädsla för smärta kan ligga till grund för förlossningsrädsla. Även Sheen och Slade (2017) beskriver att förlossningsrädda kvinnor är rädda för smärta under förlossningen, samt att kvinnorna är rädda för om de kommer kunna hantera smärtan.

### **6.2.3 Rädslor i samband med möten i vården**

I en studie beskrivs hur förlossningsrädda kvinnor är rädda för inkompetent personal och att kvinnorna inte ska få korrekt vård. Vidare belyser studien hur kvinnorna är rädda för att inte erhålla stöd och eller kunna skapa en stärkande relation med barnmorskan på förlossningsavdelningen. Kvinnorna är också rädda för att bli lämnade ensam under sin förlossning (Sheen & Slade, 2017). Resultatet från den beskrivna studien stämmer väl överens och därmed bekräftar syntesens resultat, om att kvinnorna har en rädsla över hur mötet med vården kommer att se ut. Det kan anses viktigt att barnmorskan kan agera stödjande och stärkande jämt mot förlossningsrädda kvinnor, då de kan behöva mer stöd för att kunna genomgå en förlossning. Det kan därför anses vara av största vikt att samtliga barnmorskor ska kunna skapa en stärkande och stödjande relation till alla kvinnor under graviditet och förlossning. Då en stödjande och stärkande relation anses viktigt i mötet mellan förlossningsrädda kvinnor och barnmorskor, är den teoretiska modellen av Berg och Lundgren (2010) passande. Detta då den beskriver vikten av att kunna stödja och stärka kvinnor under graviditet och förlossning. Enligt en studie av Lyberg och Severinsson (2010) är det viktigt för barnmorskan att skapa en tillitsfull relation med förlossningsrädda kvinnor för att få dem att känna sig trygga under graviditet och förlossning. Denna relation skapas genom att barnmorskan har kunskap om kvinnans individuella behov och önskemål. Kvinnorna beskrev i studien att det ingav trygghet av att barnmorskan hade kunskap om vad deras förlossningsrädsla handlade om. Vidare beskriver studien vikten av att barnmorskor stärker kvinnorna genom att vara närvarande och ge stöd. Detta får kvinnorna att känna trygghet och att de kan hantera sin förlossning på ett positivare sätt.

Förlossningsrädda kvinnor kan vara rädda för att olika interventioner behöver tas till under en förlossning, visar studien av Sheen och Slade (2017). Detta bekräftar syntesens resultat. I syntesen framkommer det också hur förlossningsrädda kvinnors rädsla kan grunda sig i att förlossningen skall avslutas i kejsarsnitt. Medan det finns förlossningsrädda kvinnor som är rädda för kejsarsnitt, finns det också artiklar som beskriver hur förlossningsrädda kvinnor istället föredrar kejsarsnitt. Fenwick, Staff, Gamble, Creedy och Bayes (2010) menar att förlossningsrädda kvinnor föredrar kejsarsnitt framför vaginal förlossning. Detta beror på att kvinnorna anser att det känns som ett tryggare alternativt förlossningssätt, som utförs under kontrollerade omständigheter. Även studier av Tislevoll Eide, Morken och Bærøe (2019) samt Haines, Pallant, Karlström och Hildingsson (2011) beskriver hur förlossningsrädda kvinnor önskar erhålla ett planerat kejsarsnitt för att slippa gå igenom en vaginal förlossning. Dessa skillnader anses intressanta, att vissa förlossningsrädda kvinnor är rädda för kejsarsnitt medan andra förlossningsrädda kvinnor önskar ett kejsarsnitt. Det kan tänkas att kvinnor som är rädda för kejsarsnitt har misstro till sjukvården och att kvinnor som önskar kejsarsnitt istället har misstro till sig själva och sin egen kropp. En annan anledning till att önska kejsarsnitt kan också tänkas bero på rädslan att drabbas av en bristning och därmed minskad sexuell hälsa, samt på grund av rädslan för smärta. Barnmorskan kan anses ha en betydande roll vad gäller att ge kvinnorna tydlig information om fördelar och nackdelar med respektive förlossningsalternativ. Det kan vara av stor vikt att barnmorskor informerar alla gravida kvinnor om att akuta kejsarsnitt kan ske om komplikation under förlossning skulle uppstå. Detta för att kunna förbereda bland annat förlossningsrädda kvinnor som har en rädsla för att förlossningen ska avslutas i kejsarsnitt.

#### **6.2.4 Barnets hälsa**

En av de vanligaste rädslorna som förlossningsrädda kvinnor har är att det ofödda barnet ska vara sjukt eller skadas under en förlossning, visar syntesens resultat. I studien av Sheen och Slade (2017) bekräftas resultatet genom att det beskrivs att förlossningsrädda kvinnor är rädda för att barnet ska skadas eller dö under förlossningen. Studien beskriver att dessa rädslor kan finnas oavsett kvinnornas tidigare erfarenheter (Sheen & Slade, 2017). Dessa rädslor kan tänkas bero på att de gravida kvinnorna har fått en anknytning till det ofödda barnet vilket kan leda till en rädsla för barnets hälsa. Även fast Sheen och Slade (2017) menar att rädslan för barnets hälsa kan finnas oavsett tidigare erfarenheter, kan det ändå tänkas att kvinnor som

upplevt missfall, intrauterin fosterdöd och eller fött ett sjukt barn har större risk att drabbas av förlossningsrädsla som grundar sig i rädslan för barnets hälsa. Denna reflektion bekräftas av en studie av Meaney, Everard, Gallagher och O'Donoghue (2016) som beskriver hur kvinnor som har upplevt intrauterin fosterdöd har en stor rädsla för barnets hälsa, samt att det ska drabbas av intrauterin fosterdöd igen under en ny graviditet. Vidare i studien beskrivs att kvinnorna berättar att det är bra med tydlig information om vad som kan förväntas då de blir gravida på nytt och hur de då ska förhålla sig till sin graviditet (Meaney et al., 2016). Det kan anses vara av största vikt att barnmorskan och annan vårdpersonal fångar upp dessa kvinnor och erbjuder stöd i form av till exempel information och samtal, för att minska risken att svår förlossningsrädsla ska uppstå. Oavsett vad man som förlossningsrädd kvinna är rädd för när det kommer till risker gällande barnets hälsa, bör barnmorskan ge det stöd som kvinnan önskar och eller är i behov av.

### **6.3 Etikdiskussion**

Under ett examensarbete är det författarnas skyldighet att arbetet ska vara av hög kvalitet och vara etiskt försvarbart. Det är därför viktigt att författarna kontinuerligt under arbetets gång utför etiska reflektioner vid datainsamling (Mårtensson & Fridlund, 2017). I en utav de valda artiklarna (13) som ingår i metasyntesens resultat framgår det inte med tydlighet om studien har godkänts av en etisk kommitté. Det som däremot beskrivs i studien är att deltagarna ska vara över 16 år, samt att deltagarna blivit inbjudna att delta i studien av barnmorska och erhållit skriftlig information om studien. Vidare står det även beskrivet att studiens författare har erhållit samtycke från samtliga deltagare innan intervjuerna utfördes. Författarna av denna metasyntes har flertalet gånger läst igenom den aktuella studien för att få förståelse för om etiska överväganden tagits. Författarna uppfattar att studien ha vidtagit etiska överväganden i form av informerat samtycke. Enligt Kjellström (2017) innefattar informerat samtycke tre aspekter från deltagarna. Den första aspekten är att deltagarna ska erhålla tydlig information om studien de ska delta i. Den andra aspekten innefattar att deltagarna ska förstå informationen de mottagit och självständigt fatta beslut om sitt deltagande. Den tredje aspekten handlar om att deltagarna frivilligt ska ingå i studien utan tvång (Kjellström, 2017). Författarna för metasyntesen har uppfattat att den beskrivna studien utförts på detta sätt och anser därför att den har vidtagit etiska ställningstaganden. Då författarna uppfattar att studien

tagit etiska ställningstagande, är relevant för metasyntesens syfte samt är av hög kvalitet, ingår den därför i metasyntesens resultat.

Det finns etiska förhållningssätt för barnmorskor beskrivet i kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). Det står bland annat att barnmorskan ska arbeta för alla människors lika värde. Barnmorskan ska även se till kvinnans emotionella, psykiska och fysiska behov, samt värna om kvinnans självbestämmande. Barnmorskan ska också stödja kvinnans självbild och integritet samt främja trygghet, jämlikhet och delaktighet i vården.

## 6.4 Metoddiskussion

Forskningsarbeten med god vetenskaplig kvalitet bör innefatta termerna trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. Trovärdighet handlar bland annat om att arbetets författare har skyldighet att se till att arbetet är tydligt för läsarna och resultatet korrekt beskrivet. Pålitlighet visas genom att förförståelsen hos författarna finns beskrivet samt hur författarnas egna erfarenheter påverkat analysen av insamlad data. Vad gäller bekräftelsebarhet, ska tillvägagångssättet beskrivas tydligt för hur analysen av de valda artiklarna utförts. Överförbarhet handlar om hur och om resultatet kan överföras till andra sammanhang än det som finns beskrivet i resultatet (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Under datainsamling av artiklar har författarna sökt var för sig i olika databaser, vilket resulterade i att olika sökord och kombinationer användes. Skillnader på sökord och kombinationer kan dels bero på att författarna satt var för sig vid datainsamlingen, samt dels att författarna tidigare skrivit en projektplan tillsammans som handlar om förlossningsrädsla. Detta har resulterat till att författarna hade en förförståelse för vilka sökord och kombinationer som gav flest träffar. Författarna valde att avsluta datainsamlingen när de ansåg sig ha tillräckligt många artiklar för att besvara metasyntesens syfte. Dock kan det tänkas att det hade genererat fler artiklar som passat syftet om författarna hade använt samtliga sökord och kombinationer i samtliga databaser, vilket hade kunnat öka metasyntesens evidens.

Vid kvalitetsgranskning av artiklarna användes mätinstrumentet *Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Approach checklist*, se bilaga 4. Samtliga artiklar kvalitetsgranskades med instrumentet två gånger för att författarna skulle lära sig instrumentet och få kunskap om hur granskningen går till. Om någon av författarna upplevde granskningen

som svår, diskuterades detta sinsemellan författarna. Begränsningen peer reviewed användes i de databaser som den avgränsningen fanns. I de databaser där den avgränsningen inte fanns, sökte författarna upp de tidskrifter artiklarna publicerats i för att säkerställa att artiklarna var peer reviewed. Detta utfördes för att säkerställa artiklarnas reliabilitet och validitet.

Båda författarna har träffat förlossningsrädda kvinnor genom tidigare arbete som sjuksköterska samt vid verksamhetsförlagd utbildning som barnmorskestudent. Detta har lett till att en del förförståelse om fenomenet förlossningsrädsla har funnits innan påbörjandet av metasyntesen. Förförståelse har diskuterats sinsemellan författarna under arbetets gång för att säkerställa att det inte präglar metasyntesen. Detta för att få en trovärdig bild av fenomenet förlossningsrädsla, fri från egna värderingar och förförståelse. Enligt Priebe och Landström (2017) betyder förförståelse att det finns en kunskap om det valda ämnet redan innan ett arbete påbörjas. Genom att författarna reflekterar över sin förförståelse samt redovisar sin förförståelse ökar det arbetets reliabilitet.

Genom att utföra en metasyntes kan en större mängd data presenteras och därmed ge bättre evidens än vad en enskild studie kan göra (Zimmer, 2004). Metasyntes beskrivs vara under utveckling och att det inte finns någon självklar metod att använda vid utförandet av metasyntes (Willman & Stoltz, 2017). Under analysen av valda artiklar identifierades den meningsbärande enheten *förlossningsrädsla* och säkerställde därmed att samtliga artiklar passade metasyntesens syfte. Vid kondensering och färgkodning av de valda artiklarnas resultat kunde texten ibland överkondenseras, med det menas att en del av artiklarnas resultat tappat sin innebörd under färgkodningen. Detta gjorde att författarna gick tillbaka till de valda artiklarnas resultat och läste igenom dem ytterligare, för att säkerställa att den inhämtade informationen stämde överens med författarnas kodning. Malterud (2001) beskriver att det är viktigt att författarna har en grundlig kunskap om det valda artiklarna för att förstå vad artiklarnas resultat presenterar och betyder. Detta för att författarna ska kunna plocka ut det material som är relevant för metasyntesens syfte.

Då kvinnorna som ingår i metasyntesens resultat kommer från olika delar av världen, kan det inte uteslutas att kulturella skillnader finns mellan dessa kvinnor, deras upplevelser och rädslor. Det kan tänkas ge en bredare bild av förlossningsrädsla just för att kvinnorna är från olika länder, vilket kan göra att resultatet visar ett mer globalt perspektiv och kan därför tänkas kunna appliceras i olika länder. Dock ingår inte studier som är utförda i

låginkomstländer i metasyntesens resultat, vilket gör att resultatet inte är överförbart i länder där sjukvård inte är lätt tillgänglig. Detta då det kan tänkas finnas andra rädslor hos dessa kvinnor än hos kvinnorna som ingår i metasyntesen.

## **6.5 Slutsats**

Resultatet visar att de vanligaste rädslorna som förlossningsrädda kvinnor har under graviditet och förlossning är rädsla för bristningar, rädsla för smärta samt rädsla för att deras barn ska skadas. Förlossningsrädda kvinnor kan uppleva förlossning som något skrämmande och de kan vara rädda för att förlora kontrollen över sig själva. De förlossningsrädda kvinnorna uppger även att de är rädda för att inte erhålla tillräckligt med stöd från barnmorskan under graviditet och förlossning. Det är av stor vikt att identifiera och hjälpa de förlossningsrädda kvinnorna i ett tidigt stadie för att kunna främja deras hälsa. Detta kan göras genom att man som barnmorska erhåller ökad kunskap om förlossningsrädsla samt att barnmorskor ges förutsättningar att kunna hjälpa dessa kvinnor på ett stödjande, stärkande och individanpassat sätt.

## **6.6 Klinisk tillämpbarhet**

Resultatet från metasyntesen kan användas som ett underlag för barnmorskor och annan vårdpersonal, för att erhålla en förståelse av upplevelser och rädslor hos förlossningsrädda kvinnor under graviditet och förlossning. Förslagsvis kan barnmorskan ha föräldrautbildning med kvinnor som känner oro och eller rädsla. Denna utbildning skulle kunna innehålla studiebesök på en förlossningsavdelning samt information om de vanligaste rädslorna och åtgärder som utförs om komplikationer skulle uppstå. Det är även viktigt att samtliga arbetsplatser som möter gravida kvinnor har ett dokument (PM) som beskriver hur förlossningsrädda kvinnor ska bemötas, samt vilka åtgärder som ska sättas in och när de ska sättas in. Detta för att göra vården för förlossningsrädda kvinnor mer personcentrerad.

## **6.7 Förslag till fortsatta studier**

För att erhålla en bredare bild av problemet förlossningsrädsla kan det vara av stor vikt att studier utförs i låginkomstländer för att få en global förståelse av problemet. Det anses även intressant att se om det finns skillnader vad gäller rädslor mellan kvinnor i låg- medel- och höginkomstländer. Det kan även tänkas vara nödvändigt att utföra studier som belyser vad barnmorskan kan göra för att förhindra och eller minska förlossningsrädsla hos kvinnor. Ett annat förslag till fortsatta studier skulle vara att se om förebyggande insatser mot förlossningsrädsla skulle minska frekvensen av planerade kejsarsnitt. Även studier om förlossningsrädsla hos gravida kvinnors partners och om dennes rädsla påverkar den gravida kvinnan, skulle kunna bidra till ytterligare kunskap om fenomenet förlossningsrädsla.

## Referenslista

Referenser markerade med \* ingår i metasyntesens resultat.

\*(3) Arfaie, K., Nahidi, F., Simbar, M., & Bakhtiari, M. (2017). The role of fear of childbirth in pregnancy related anxiety in Iranian women: A qualitative research. *Electronic Physician*, 9(2). 3733-3740. doi: 10.19082/3733

Berg, M. (2010). Vårdandets värdegrund vid barnafödande. I M. Berg, I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka vårdande vid barnafödande* (s. 29-43). Lund: Studentlitteratur.

Billhult, A. (2017). Mätinstrument och diagnostiska test. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Approach checklist. (2014). Hämtad 2018-09-18 från

\*(1) Eriksson, C., Jansson, L., & Hamberg, K. (2005). 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

\*(4) Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, DK., & Gamble, J. (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery*, 31(1). 239-246. doi: 10.1016/j.midw.2014.09.003

\*(7) Fenwick, J., Staff, L., Gamble, J., Creedy, DK. (2008). Why do women request a caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery*, 26(4). 394-400) doi: 10.1016/j.midw.2008.10.011

\*(12) 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

\*(14) 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.

Haines, H., Pallant, J., 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. doi: 10.1016/j.midw.2010.05.004

Hall, WA., Hauk, YL., Carty, EM., Hutton, EK., Fenwick, J., & Stoll, K. (2009). Childbirth Fear, Anxiety, Fatigue, and Sleep Deprivation in Pregnant Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 38(5). 567-576. doi: 10.1111/j.1552-6909.2009.01054.x

Hofberg, K., & Brockington, I. (2000). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. *The British Journal of Psychiatry*, 176(1). 83-85. doi: 10.1192/bjp.176.1.83

Karlsson, E K. (2017). Informationssökning. I K. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Karolinska Institutet. (u.å.). Svensk MeSH. Hämtad 2019-04-15 från <https://mesh.kib.ki.se/>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I K. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 57-77). Lund: Studentlitteratur.

Larsson, B. (2017). *Treatment for childbirth fear with a focus on midwife-led counselling A national overview, women's birth preferences and experiences of counselling*. Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 1341. 77 pp. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis. ISBN 978-91-513-0003-0.

\*(15) 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*, 32(1). 88-94. doi: 10.1016/j.wombi.2018.04.008

Laursen, M., Johansen, C., & Hedegaard, M. (2009). Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *116*(10). 1350-1355. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02250.x

Lukasse, M., Shei, B., & Ryding, EL. (2014). Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *5*(3). 99-106. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.007>

\*(11) Lyberg, A., & Severinsson, E. (2010). Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care- a follow up study. *Journal of Nursing Management*, *18*(4). 383-390. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01103.x

Lyberg, A., & Severinsson, E. (2010). Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth. *Journal of Nursing Management*, *18*(4). 391-399. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01083.x

Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, *358*(9280). 483-488. doi: 10.1016/S0140-6736(01)05627-6

Meaney, S., Everard, C. M., Gallagher, S., & O'Donoghue, K. (2016). Parents' concerns about future pregnancy after stillbirth: a qualitative study. *Health Expect*, *20*(4). 555-562. doi: 10.1111/hex.12480

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I K. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421-438). Lund: Studentlitteratur.

Nieminen, K., Wijma, A., Johansson, S., Kinberger, EL., Ryding, EL., 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. doi: 10.1111/aogs.13091

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

\*(5) Nilsson, C., & Lundgren, I. (2019). Women's lived experiences of fear of childbirth. *Midwifery*, 25(2), 1-9. doi: 10.1016/j.midw.2007.01.017

Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (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

Noblit, G. W., & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography: Synthesizing Qualitative Studies*. USA: Sage publications.

O'Connell, MA., Leahy-Warren, P., Khashan, AS., Kenny, LC., & O'Neill, SM. (2017) Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and metaanalysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(8), 907-920. doi: 10.1111/aogs.13138

Otley, H. (2011). Fear of childbirth: Understanding the causes, impact and treatment. *British Journal of Midwifery*, 19(4), 215-220.

Pazzagli, C., Laghezza, L., Capurso, M., Sommella, C., Lelli, F., & Mazzeschi, C. (2015). Antecedents and Consequences of Fear of Childbirth in Nulliparous and Parous Women. *Infant Mental Health Journal*, 36(1), 62-74. doi: 10.1002/imhj.21483

Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar- grundläggande vetenskapsteori. I K. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 25- 42). Lund: Studentlitteratur.

Polit, D. F. & Beck. C. T. (Red.). (2008). *Nursing research- Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer Health: Lippincott, Williams & Wilkins

\* (2) Rilby, L., Jansson, S., Lindblom, B., & Mårtensson, LB. (2012). A Qualitative Study of Women's Feelings About Future Childbirth: Dread and Delight. *Journal of Midwifery & women's Health*, 57(2). 120-125. doi: 10.1111/j.1542-2011.2011.00113.x

Ryding, E-L. (2008). Psykologiska aspekter på graviditet och förlossning. I H. Hagberg, K. Marsal, M. Westgren (Red.), *Obstetrik*. Lund: Studentlitteratur.

Saisto, T., Ylikorkala, O., & Halmesmäki, E. (1999). Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstetrics & Gynecology*, 94(5). 679-682. doi: 10.1016/S0029-7844(99)00413-5

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

\* (8) Serçekuş, P., & Okumuş, H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparus women in Turkey. *Midwifery*, 25(2). 155-162. doi: 10.1016/j.midw.2007.02.005

Sheen, K., & Slade, P. (2017). 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

\* (9) 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). 1-12. doi: 10.1186/s12884-019-2241-7

Socialstyrelsen. (2015). *Öppna jämförelser jämlik vård 2015, Kvinnors hälso- och sjukvård*.

Hämtas 2019-04-25 från

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19989/2015-12-10.pdf?fbclid=IwAR353UTeU0BXPjVtsomVjYMvttSU-jbGz5FDh0XK7L9e2khRLmKKkCt8Le8>

Svenska Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Svenska Barnmorskeförbundet.

Svensk förening för obstetrik och gynekologi, SFOG. (2017). *Förlossningsrädsla*. Stockholm: SFOG.

\* (10) 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. doi: 10.1111/nhs.12571

\*(6) Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., & Rubertsson, C. (2015). Pregnant women's thoughts when assessing fear of birth on the Fear of Birth Scale. *Women and Birth* 29(3). 44-49. doi: 10.1016/j.wombi.2015.11.009

\*(13) Tislevoll, K., Morken, N-H., & Bærøe K. (2019). Maternal reasons for requesting planned caesarean section in Norway: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1). doi: 10.1186/s12884-019-2250-6.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Willman, A., & Stoltz, P. (2017). Metasyntes. I K. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 399- 410). Lund: Studentlitteratur.

World Health Association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 2019-04-23 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Zimmer, L. (2004). Qualitative meta-synthesis: a questions of dialoguing with texts. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), 311-318. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03721.x

# Bilagor

## Bilaga 1.

### Översikt litteratursökning

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal kvalitetsgranskade artiklar	Antal artiklar i metasynthesen
<b>Cinahl</b>	Fear of childbirth AND pregnancy OR pregnant AND feelings	10 years, peer reviewed, english	52	7	1	1
	Midwife AND childbirth	Peer reviewed, english	180	12	2	1
	Midwife AND fear AND childbirth AND womens experiences	Peer reviewed, english, 10 years	121	11	1	1
	Tokophobia OR fear, womens experiences	Peer reviewed, english, 10 years	170	8	1	1
<b>PubMed</b>	Midwife AND fear AND childbirth AND pregnancy	Fulltext, english, 10 years	188	36	4	4
	Midwives experiences AND fear AND childbirth	Fulltext, english, 10 years	65	20	1	1
	Tokophobia OR fear of childbirth AND women AND feelings OR experience AND pregnancy	Free fulltext	124	5	2	2

<b>PsycInfo</b>	Midwifery AND support AND fear	10 years, qualitative study	40	8	1	0
<b>Web of Science</b>	Midwife AND fear AND childbirth	Peer reviewed, english 10 years	121	20	3	2

## Bilaga 2.

### *Sammanställning av exkluderade artiklar efter kvalitetsgranskning*

<b>Författare, (år), land</b>	<b>Titel</b>	<b>Design, metod</b>	<b>Kvalitets grad</b>	<b>Orsak till exklusion</b>
Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010). Sverige.	Previous Birth Experience in Women With Intense Fear of Childbirth	Fenomenologisk, intervjuer	Hög	Passar ej syftet
Lyberg, A., & Severinsson, E. (2010). Norge.	Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth	Kvalitativ, kvalitativ innehållsanalys	Hög	Passar ej syftet
Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A., & Haines, H. (2018). Sverige.	Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option	Kvantitativ, genomförbarhetsstudie	Medel	Kvalitetsgraden och kvantitativ

## Bilaga 3.

### Sammanställning av artiklar som ligger till grund för resultatet

(Artiklarnas nummer i parentes är hur de betecknas i referenslistan)

Nr	Författare, (år), land	Titel	Syfte	Design, metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
1 (10)	Takegata, M., Haruna, M., Morikawa, M., Yonezawa, K., Komada, M., & Severinsson, E. (2018). Japan.	Qualitative exploration of fear of childbirth and preferences for mode of birth among Japanese primiparas	Utforska förlossningsrädsla, uppfattningar om kejsarsnitt och uppfattning om smärtlindring.	Kvalitativ beskrivande studie, fokusgrupps intervjuer.	11	Sju kategorier framkom: Risker för mor och barn, smärta, förlust av kontroll, osäkerhet, långvarigt förlossningsarbete, dåligt stöd av familj och ensamhet före sjukhusvistelsen. Samtliga deltagare förnekade att de önskade kejsarsnitt pga. sin förlossningsrädsla. En del kvinnor ansåg att smärtlindring fungerar väl vid smärta.	Hög
2 (11)	Lyberg, A., & Severinsson, E. (2010). Norge.	Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care- a follow up study	Belysa mödrars rädsla för förlossning och deras erfarenheter av möten med barmorska under graviditet, förlossning och postpartum.	Hermeneutisk, interventionsstudie.	13	Resultatet visar ett huvudtema som handlar om kvinnans rätt till att äga sin graviditet, förlossning och postpartum vård.	Hög
3 (7)	Fenwick, J., Staff, L., Gamble, J., Creedy, DK., & Bayers, S. (2008) Australien.	Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy?	Beskriva australienska kvinnors begäran om kejsarsnitt i avsaknad av medicinsk indikation vid första graviditeten.	Kvalitativ, tematisk analys.	14	Förlossningsrädsla, risk att förlora kontroll samt trygghet var några faktorer som gjorde att kvinnor önskade kejsarsnitt.	Hög
4 (1)	Eriksson, C., Jansson, L., & Hamberg, K. (2005). Sverige.	Women's experiences of intensive fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study.	Undersöka och beskriva hur intensiv förlossningsrädsla kan påverka kvinnorna själva.	A grounded theory	20	I resultatet identifierades mönster så som tid och rädsla för att bli dömd av andra. Sätt att hantera rädslan på kunde vara att exempelvis söka hjälp, utvärdera sin rädsla samt försöka hantera den på egen hand. En del kvinnor blev hjälpta av att samtala om sin rädsla medan andra inte blev det.	Hög
5 (6)	Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., & Rubertsson, C. (2015). Sverige.	Pregnant women's thoughts when assessing fear of birth on the Fear of Birthscale.	Att rapportera vilka kvinnor som i mitten av graviditeten bedömer sin förlossningsrädsla utifrån ett mätinstrument, Rädsla för förlossnings skala.	Kvalitativ, semistrukturerade intervjuer, innehållsanalys.	32	Oro och rädsla beskrevs som negativa tankar och känslor. Förlossningsrädsla beskrevs även som en stark känsla kopplad till graviditet och förlossning. Kvinnorna beskriver vad som gör dem rädda och strategier som hjälper dem att hantera rädslan.	Hög
6 (5)	Nilsson, C., & Lundgren, I. (2009). Sverige.	Women's lived experience of fear of childbirth.	Att beskrivs kvinnors erfarenhet av förlossningsrädsla.	Fenomenologisk med ett livsvärldsperspektiv.	8	Fyra kategorier identifierades: Fara som hotar, känna sig fångad, känna att man kommer bli en sämre mamma pga av rädslan och att vara ensam.	Hög
7 (3)	Arfaie, K., Nahidi, F.,	The role of fear of	Att utforska komponenter och	Kvalitativ, innehållsanalys.	28	Förlossningsrädsla indelades i fyra kategorier:	Hög

	Simbar, M., & Bakhtiari. (2017). Iran.	childbirth in pregnancy related anxiety in Iran women: a qualitative research.	dimensioner av graviditetsångest.			Rädsla för det som händer under förlossningsarbetet, rädsla för tiden för förlossningen, rädsla för förlossningskomplikationer samt rädsla för inkompetent sjukvårdspersonal.	
8 (9)	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.	Identifiera de viktigaste elementen som utgör förlossningsrädsla, samt identifiera kvinnors och barmorskors perspektiv på optimal tidpunkt att fråga om förlossningsrädsla under graviditeten.	Kvalitativ, semistrukturerade intervjuer.	10	Sju teman identifierades av de tillfrågade kvinnorna: Rädsla för att inte kunna planera och för det okända, rädsla för barnets hälsa, rädsla för oförmåga att klara av smärtan, rädsla för sin egen hälsa, rädsla för att ge sig själv till sjukvården, rädsla för att inte få vara delaktig i beslutsfattande samt rädsla för att bli ensam under förlossning. Kvinnorna beskrev även rädsla för sin kropps förmåga att kunna föda ett barn.	Hög
9 (13)	Tislevoll, K., Morken, N-H., & Børøe K. (2019). Norge.	Maternal reasons for requesting planned caesarean section in Norway: a qualitative study.	Undersöka begäran om kejsarsnitt i Norge vid avsaknad av obstetrisk indikation.	Kvalitativ, tematisk cross case analys.	17	Förlossningsrädsla kunde grunda sig i tidigare traumatisk förlossning, vilket gjorde att kvinnor i en ny graviditet föredrog kejsarsnitt. Vissa kvinnor ansåg sig ha hög risk att drabbas av ett akut kejsarsnitt och ville då hellre ha ett planerat. För andra kvinnor var det förlossningsrädslan som gjorde att de föredrog kejsarsnitt.	Hög
10 (2)	Rilby, L., Jansson, S., Lindblom, B., & Mårtensson, L.B. (2012). Sverige.	A Qualitative Study of Women's Feelings About Future childbirth: Dread and Delight.	Beskriva kvinnors känslor av framtida förlossning.	Kvalitativ, frågeformulär med öppna frågor, innehållsanalys.	908	En del kvinnor uppgav att de var mycket rädda inför en framtida förlossning. En del kvinnor uppgav att de önskade fler barn trots sin rädsla.	Hög
11 (15)	Larsson, B., Hildingsson, I., Ternström, E., & Rubertsson, C. (2018). Sverige.	Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: a qualitative study.	Att utforska kvinnors erfarenheter av barmorskeledd rådgivning vid förlossningsrädsla.	Kvalitativ intervjustudie, tematisk analys.	27	Barmorskeledd rådgivning gjorde att kvinnorna lättare kunde hantera sin rädsla och gav positiva känslor inför förlossning. Fyra teman uppkom som beskriver: Barmorskans betydelse, god kommunikation, strategier för att hantera förlossningsrädslan och stöd gjorde att kvinnor kunde få en positiv förlossningsupplevelse och bli förberedd för en framtida förlossning.	Hög
12 (4)	Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D.K., Smith, J., & Gamble J. (2015). Australien.	Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation.	Att beskriva rädslans ursprung och yttrande av rädslan i en grupp kvinnor med svår förlossningsrädsla.	Kvalitativ jämförelseanalys, telefonintervjuer.	43	Kvinnors rädsla kategoriserades och beskrevs som rädsla för det okända, lågt självförtroende, andra kvinnors förlossningshistorier, rädsla för bristningar och smärta.	Hög

13 (14)	Greer, J., Lazenbatt, A., & Dunne, L. (2014). Irland.	Fear of childbirth and ways of coping for pregnant women and their partners during the birthing process: a salutogenic analysis.	Att utforska "rädsla för förlossning" och dess inverkan på val av förlossningssätt bland kvinnor och deras partners.	Kvalitativ, intervjuer, tematisk innehållsanalys.	19	Tre begrepp som ligger till grund för förlossningsrädsla identifierades: Risker, sätt att hantera rädslan och vara en bra förälder. Alla kvinnor uppgav rädsla för smärta och mer än hälften av kvinnorna fruktade att de inte skulle kunna föda vaginalt eller att barnet skulle kunna bli skadat under förlossningen.	Hög
14 (12)	Fisher, C., Hauck, Y., & Fenwick, J. (2006). Australien.	How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example.	Beskriva förväntningar av förlossningen i en grupp västerländska australienska kvinnor.	Kvalitativ beskrivande design, grounded theory.	22	Studien identifierade att rädslan kunde vara både socialt och personligt betingat. I det sociala identifierades rädsla för det okända, traumatiska förlossningshistorier och allmän rädsla för barnets välbefinnande. I det personliga identifierades rädsla för smärta, att förlora kontroll och hur varje förlossning är unik. Två faktorer som kan hjälpa kvinnor med sin förlossningsrädsla är en god relation med bammorska och stöd från sin omgivning.	Hög
15 (8)	Serçekuş, P., & Okumuş, H. (2009). Turkiet.	Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey.	Att beskriva rädsla i samband med förlossning.	Kvalitativ, semistrukturerade intervjuer. Innehålls analys.	19	Kvinnors rädsla var relaterad till smärta, komplikationer och interventioner, attityder hos vårdpersonal och sexualitet. Anledning till förlossningsrädsla kunde vara kvalitén på den information de erhållit, personliga egenskaper och erfarenheter, miljön på sjukhuset och förtroendet för sjukvårdspersonal.	Hög

## Bilaga 4.

### JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research

Reviewer ..... Date .....

Author ..... Year ..... Record Number .....

	Yes	No	Unclear	Not Applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:  Include  Exclude  Seek further info.

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---