



EXAMENSARBETE

Hösten 2015

Sektionen för Hälsa och Samhälle

# **Gravida kvinnors upplevelse av stöd vid förlossningsrädsla - En litteraturstudie**

Författare

Sigrid Byrfors

Stina Broman

Handledare

Lisbeth Blom

Examinator

Liselotte Jakobsson

# Gravida kvinnors upplevelse av stöd vid förlossningsrädsla

## En litteraturstudie om gravida kvinnors upplevelse av stöd vid förlossningsrädsla

Författare: Sigrid Byrfors och Stina Broman

Handledare: Lisbeth Blom

Litteraturstudie

Datum: 2015-11-17

### Sammanfattning

**Bakgrund:** Antalet kejsarsnitt på psykosocial indikation har ökat i Sverige. Vården erbjuder stöd, men få studier är beskrivna som följer upp vad stödet har haft för påverkan på förlossningsrädslan och förlossningen samt hur kvinnorna har upplevt hjälpen de fått. Den främsta bidragande orsaken till detta är förlossningsrädsla. **Syfte:** Syftet med litteraturstudien var att beskriva hur olika typer av stöd och behandling till gravida kvinnor med förlossningsrädsla upplevts av kvinnorna och hur det påverkat deras förlossning. **Metod:** Litteraturstudie med summerande innehållsanalys. **Resultat:** Stöd och behandling gavs som rådgivande stödsamtal med specialist-team, intensiv terapi med KBT samt gruppterapi/samtal. Majoriteten av kvinnorna i studierna var nöjda med vården och stödet de erhölet. Trots detta visar det sig att stödet och behandlingarna har tveksam effekt på kvinnornas förlossningsrädsla. Studier visade att majoriteten av kvinnorna som fick behandling genom gruppterapi och/eller KBT ändrade sin önskan om ett planerat kejsarsnitt till att en vaginal förlossning. **Slutsats:** Förbättrad och individualiserad rådgivning kan vara av betydelse för att finna och erbjuda rätt typ av stöd och behandling till kvinnor med förlossningsrädsla. Målet är att förhindra att rädslan uppkommer eller blir värre, samt att finna bästa möjliga metoder att hjälpa kvinnor med förlossningsrädsla till en bra graviditet och en positiv upplevelse av förlossningen.

Nyckelord: Förlossningsrädsla, stöd, behandling, upplevelser, Skandinavien

# Pregnant women's experience of support given for their fear of childbirth

## A literature review of pregnant women's experience of support given for their fear of childbirth

Author: Sigrid Byrfors och Stina Broman

Supervisor: Lisbeth Blom

Literature review

Date: 2015-11-17

### Abstract

**Background:** Cesareans on psychosocial indication has increased in Sweden. The prior factor related to this is fear of childbirth. Health care provide support but few studies are described to explore how the given support effects the woman's fear, the delivery and how the women experience the given support. **Aim:** To describe how different kinds of support and treatment given to pregnant women with fear of childbirth is experienced by the women and how it effects their childbirth. **Method:** Qualitative literature with summative content analysis. **Result:** Support was given as counseling with specialists, intensive therapy with psychoeducation and group therapy. Women in majority was satisfied with the given support but the treatment showed varied effect on woman's fear of childbirth. Studies proved that most women treated with group therapy or psychoeducation changed their wish of cesarean and chosed a vaginal birth. **Conclusion:** Improved and individualized counseling can be important to find and provide proper support and treatment to women with fear of childbirth. The purpose is to prevent fear or minimize it and also to find the best possible methods to help women experience a good pregnancy and for them to experience a positive birth.

Keywords: fear of childbirth, support, therapy, experience, Scandinavia

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND.....</b>	<b>5</b>
Förlossningsrädsla .....	5
Risker med kejsarsnitt.....	7
<b>SYFTE.....</b>	<b>8</b>
<b>METOD.....</b>	<b>8</b>
Design.....	8
Urval .....	9
Datainsamling.....	9
Dataanalys.....	9
Etiska överväganden .....	10
<b>RESULTAT.....</b>	<b>10</b>
Stöd och behandling.....	11
Individuella samtal med specialist-team .....	11
Gruppterapi .....	11
Kognitiv beteendeterapi.....	12
Kvinnornas perspektiv .....	13
Upplevelser av stöd.....	13
Stödets påverkan på förlossning och förlossningsupplevelse .....	14
<b>DISKUSSION.....</b>	<b>18</b>
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion .....	19
Konklusion.....	22
<b>REFERENSER.....</b>	<b>24</b>
Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning	
Bilaga 2 Artikelöversikt	
Bilaga 3 Kategori-tabell	

## **BAKGRUND**

Många kvinnor i Sverige känner en oro inför förlossningen i så hög grad att det benämns som förlossningsrädsla. Uppskattningsvis uppgår antalet till 23-25% (n=25000) av alla gravida kvinnor i Sverige som lider av förlossningsrädsla (Berg & Lundgren, 2004). Detta trots att Sverige har en välutvecklad och säker förlossningsvård jämfört med de flesta länder i världen. I många fall är rädslan så uttalad att dessa kvinnor önskar kejsarsnitt för att slippa genomgå en vaginal förlossning. Antalet kejsarsnitt på kvinnans önskan, utan annan medicinsk indikation, ökade med 80 % under 1990-2001. Kejsarsnitt, på psykosocial grund, utgör uppskattningsvis 8 % av alla förlossningar. Dock är det en svårberäknad grupp och siffrorna bedöms underskattade (Socialstyrelsen; Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan, 2011). Även antalet kvinnor som söker hjälp för sin förlossningsrädsla har ökat betydligt, men det är dock oklart om det rör sig om en reell ökning eller om kvinnor vågar uttrycka sina känslor, förväntningar och oro på ett öppnare sätt (Sjögren, 2003). En förlossning och upplevelsen av förlossningen är för många kvinnor en central upplevelse i livet och en stor livshändelse för kvinnan och hennes partner. I denna livshändelse har sjukvården en central roll och insatserna från sjukvården är både väsentliga och avgörande för hur förlossningen förlöper och hur den upplevs (Björklund, 2005).

### **Förlossningsrädsla**

Förlossningsrädsla kan bero på en tidigare svår förlossningserfarenhet, personlighetsdrag med ångest, oro, bristande socialt stöd, ångestsyndrom eller depression. I första hand delar man in förlossningsrädsla i primär och sekundär. Primär förlossningsrädsla innebär att kvinnan redan innan hon hunnit bli gravid eller under sin första graviditet har en rädsla för att föda. I vissa fall leder detta till att kvinnan undviker eller skjuter på att bli gravid. Sekundär förlossningsrädsla innebär att kvinnan har utvecklat en rädsla för att föda efter en tidigare förlossningsupplevelse. I svåra fall kan detta utvecklas till posttraumatiskt stressyndrom. Vid primär förlossningsrädsla hos förstfödarskor som önskar kejsarsnitt kan rädslan innefatta smärta, att en vaginal förlossning ska medföra bristningar, livmoderframfall, urin- och avföringsinkontinens eller att sexuallivet ska påverkas negativt. Rädsla för att barnet ska

skadas vid en vaginal förlossning är en annan anledning (Socialstyrelsen, 2011). Hos omfödorskor med stark förlossningsrädsla är orsaken i stor utsträckning svåra minnen eller traumatisk upplevelse vid tidigare förlossning. Det kan ha varit en komplicerad förlossning som slutade med kejsarsnitt eller sugklocka, stora blödningar eller svåra bristningar (Ryding & Sundell, 2004). De svåra minnena kan ha utlöst en rädsla att behöva återuppleva liknande eller att ett tidigare kejsarsnitt ska orsaka komplikationer vid en vaginal förlossning (Socialstyrelsen, 2011). Det kan också ha varit en helt normal vaginal förlossning som upplevts som ett psykiskt trauma för den födande kvinnan. Smärta och ångest är subjektiva upplevelser och förlossningsrädda kvinnor uppger att de är mycket smärtekänsliga (Ryding & Sundell, 2004). Den största gruppen som önskar genomgå kejsarsnitt är omfödorskor som tidigare genomgått kejsarsnitt eller annan komplicerad förlossning (Socialstyrelsen, 2011).

Hos förstfödorskor samt kvinnor som tidigare genomgått en komplikationsfri förlossning, med förlossningsrädsla, är förklaringarna till de negativa känslorna mer dolda. Orsaker kan vara tidigare negativa upplevelser med vården, historier om förlossningar i barndomen, undervisning i skolan som aldrig följts upp. Det kan också röra sig om svek, sexuellt utnyttjande och andra destruktiva förhållanden i barndomen (Sjögren, 2003; Onell & Thelin, 2005; Ryding & Sundell, 2004). Rädslan kan vara förknippad med bristande förtroende och tillit till sjukvården, rädsla för att inte få adekvat hjälp vid förlossningen, oro över att tappa kontrollen eller att personalen ska förlora greppet över situationen. Kvinnan kan också tvivla på sin förmåga att föda barn och därmed känna sig otillräcklig (Saisto & Halmesmäki, 2003; Ryding & Sundell, 2004).

Förlossningsrädsla kan hänga samman med kvinnans personliga förutsättningar samt den sociala situationen hon lever i. Förlossningsrädsla och önskan om ett planerat kejsarsnitt är vanligare hos kvinnor med psykiatriska diagnoser, som till exempel depression, än hos psykiskt friska kvinnor, och vanligare bland kvinnor med låg utbildning eller arbetslöshet än hos högutbildade kvinnor (Ryding & Sundell, 2004; Socialstyrelsen, 2011).

Förlossningsrädsla finns i ett spektrum från lättare oro till förlossningsfobi. Lätt förlossningsrädsla innebär en oro som kvinnan själv kan hantera. Vid måttlig förlossningsrädsla har kvinnan svårt att hantera rädslan utan stöd och hjälp. Svår förlossningsrädsla medför däremot ett så pass dåligt psykiskt välbefinnande att kvinnan har svårt att klara av vardagen och kan i vissa fall i slutändan påverka anknytningen till fostret (Ryding & Sundell, 2004). Vid förlossningsfobi kan rädslan utvecklas till en mer generaliserad svår ångest med katastroftankar. Då kan det vara tankar om att barnet ska bli skadat, att kvinnan själv ska tappa kontrollen, förlora förståndet eller i värsta fall dö i samband med förlossningen (Socialstyrelsen, 2011). Studier indikerar att allvarlig förlossningsrädsla förekommer hos cirka 6 % av gravida kvinnor i Sverige vilket gör förlossningsrädsla till ett vanligt problem i vården (Socialstyrelsen, 2011; Sjögren, 2003).

## **Risker med kejsarsnitt**

Eftersom en stor del av kvinnor med förlossningsrädsla önskar kejsarsnitt är det viktigt att informera dem om riskerna med kejsarsnitt respektive vaginal förlossning. Utan att lägga över ansvaret på kvinnorna ska man arbeta för den lösning som är bäst i både medicinskt och psykologiskt avseende (Onell & Thelin, 2005). Utgångspunkten inom förlossningsvården är att sträva efter en vaginal förlossning då man idag vet att det i de flesta fall är bättre för både kvinnan och barnet kortsiktigt och långsiktigt. Kejsarsnitt botar inte heller den gravida kvinnan från sin förlossningsrädsla (Hildingsson, 2012).

De främsta riskerna för modern med kejsarsnitt på kort sikt är infektion, djup ventrombos och hysterektomi. Långsiktigt finns ökad risk för uterusruptur och placentakomplikationer vid en nästa graviditet (Socialstyrelsen, 2011). Lobel och DeLuca (2007) tar även upp ökad risk för hjärt-och lungkomplikationer. För barnet är de främsta kortsiktiga riskerna med kejsarsnitt neonatal andningstörning, lågt blodsocker och sänkt kroppstemperatur (Socialstyrelsen, 2011). Studier visar att risken för andningsstörning och respiratorisk sjuklighet är två till tre gånger högre efter ett planerat kejsarsnitt jämfört med en vaginal förlossning (Hansen, 2007). Vidare finns det studier som pekar på att det på lång sikt kan finnas ökad risk för astma, gastroenterit, glutenintolerans, typ 1-diabetes och vissa tumörsjukdomar (Socialstyrelsen,

2011). Kejsarsnitt kan även medföra fördröjd amningsstart, kortare amningsperiod och ökad risk för svårigheter att knyta an och ta hand om det nyfödda barnet (Lobel & DeLuca, 2007). Även om mödradödligheten i samband med kejsarsnitt har minskat sedan 70-talet är den fortfarande 3 gånger så hög vid planerat kejsarsnitt jämfört med vaginal förlossning. Även barnadödligheten är 3 gånger högre vid kejsarsnitt. (Stjernholm, 2006).

Det finns ett ökat önskemål bland kvinnor om att få genomgå kejsarsnitt utan någon medicinsk orsak trots att detta innebär en större risk för ohälsa för både mamman och barnet. Den främsta orsaken till detta är förlossningsrädsla. Enligt Ellis (2004) kan en graviditet som kompliceras av förlossningsrädsla inte skötas på samma sätt som andra graviditeter och det är viktigt att genom frågor och öppenhet försöka upptäcka förlossningsrädsla så tidigt som möjligt i graviditeten för att möjliggöra tidig och rätt form av stöd och behandling. Här har bland annat sjuksköterskor en viktig roll för att tidigt känna igen och fånga upp den förlossningsrädda kvinnan på till exempel en gynekologisk mottagning, avdelning eller inom primärvården. För att kunna göra det behöver vi sjuksköterskor mer kunskap och bättre förståelse för den här problematiken. Flera studier (Björnstolpe & Engblom, 2010; Erixon & Holm, 2007) har gjorts för att undersöka vad förlossningsrädsla beror på och hur den kan behandlas men få studier följer upp vad stödet har för påverkan på förlossningsrädslan och förlossningen samt hur kvinnorna har upplevt hjälpen de fått.

## **SYFTE**

Syftet med litteraturstudien var att beskriva hur olika typer av stöd och behandling till gravida kvinnor med förlossningsrädsla upplevts av kvinnorna och hur det påverkat deras förlossning.

## **METOD**

### **Design**

Litteraturstudien har utarbetats på ett systematiskt sätt, vilket innebar en systematisk sökning, kritisk granskning och sammanställning av litteratur inom det utvalda ämnes- eller problemområdena (Forsberg & Wengström, 2008).

## **Urval**

Gravida kvinnor över 18år, i Skandinavien som upplevde rädsla inför förlossningen. Både kvinnors rädsla innan och under förlossningen inkluderades. Vad gäller stödet ville vi undersöka stöd som erbjöds både på sjukhus och i primärvården av både sjuksköterskor, barnmorskor och andra vårdgivare. Alla artiklar söktes på engelska. Endast vetenskapliga, empiriska artiklar godkändes. Artiklarna som inkluderats var skrivna mellan 1998-2015.

## **Datainsamling**

Sökord: fear of childbirth, support, experience, sweden, scandinavia, anenatal care, therapy användes för att söka empiriska artiklar i databaserna Pubmed och cinahal. Abstract som matchade syftet valdes ut och granskades av båda författarna. Därefter inkluderades 18 av artiklarna efter att de lästs och kvalitetsvärderats av båda författarna till denna studie, se sökschema (Bilaga 1). Artiklarna har granskats enligt Willman & Stoltz granskningsmallar, 2006. Granskningsmallarna innehåller 10 frågor för kvantitativa respektive 14 för kvalitativa artiklar. Varje positivt svar ger en poäng och sedan räknas antal poäng om till procent av den totala summan frågor. Artiklarna delades in i tre grupper med mycket väl godkänd (80-100%), väl godkänd (70-79%) och godkänd kvalitet (60-69%). Vid vidare granskning exkluderades 5 av artiklarna eftersom de inte svarade på syftet. För att få en bra, överskådlig bild av texterna gjordes en artikelöversikt (Bilaga 2).

## **Dataanalys**

I analysprocessen inspirerades vi av innehållsanalysen som innebär att systematiskt och stegvis klassificera data för att kunna hitta mönster, plocka ut teman och sedan beskriva dessa (Forsberg & Wengstro m, 2008). Enligt Hsieh, H-F & Shannon, S-E finns tre olika sätt att göra en innehållsanalys beroende på vad som ska studeras, samt syftet på studien. De tre kategorierna är konventionell (induktiv) innehållsanalys, riktad (deduktiv) innehållsanalys och summerande innehållsanalys (Hsieh, H-F. & Shannon, S.E. 2005). I konventionell innehållsanalys härstammar koder och kategorier direkt från texten. Med en riktad innehållsanalys utgår forskarna från en befintlig forskning eller teori när koder och kategorier bestäms. I summerande innehållsanalys fokuserar man på underliggande meningar av textens innehåll och ord. Författarna bildar kategorier och sedan räknas och jämförs ord eller meningar i en text och bildar teman.

Vi valde summerande innehållsanalys som fokuserar på att identifiera och kvantifiera förekomsten av specifika ord eller meningar i texter. Efter att man identifierat ord och meningar ser man till det latenta i texten. Summerande innehållsanalys ser inte till texten som helhet som de andra två inriktningarna utan fokuserar på enskilda ord och stycken. Mönster leder till tolkningar som ger sammanhang och mening av en text (Hsieh, H-F. & Shannon, S.E. 2005).

## **Etiska överväganden**

En viktig aspekt vid litteraturstudier är att datainsamlingen genomförs enligt utarbetad sökstrategi och att granskning av materialet samt resultatet presenteras metodologiskt och systematiskt. Litteraturen som inkluderas och granskas får endast vara vetenskaplig litteratur. Endast etiskt granskade och godkända artiklar inkluderades i litteraturstudien. Det är viktigt att inkludera all relevant litteratur samt att granska litteraturen kritiskt för att undvika att resultatet blir felaktigt. Alla människor bär på en förförståelse som grundas på tidigare kunskap och erfarenheter. Vid forskning är det viktigt att vara medveten om sin förförståelse för att inte påverka eller vinkla analysarbetet samt resultatet. Författarna till denna studie har en förförståelse att alla människor hanterar olika problem inklusive rädsla på olika sätt. Vidare har vi erfarenhet att en del patienter som upplever vissa problem inte verkar vilja bli hjälpta. Det kan ibland kännas som att en del patienter söker vård trots att de inte är mottagliga för att bli hjälpta. Vidare har vi även uppfattningen att det görs för få studier på patienters egna upplevelser och erfarenheter av olika behandlingar. Vi menar att det är patienterna som ska stå i fokus för all omvårdnad och att mer forskning bör fokusera på patienternas kunskap och erfarenheter. Därför har vi valt att utgå från patientens, i detta fall den gravida kvinnans, perspektiv och undersöka hur hon upplever stödet hon får.

## **RESULTAT**

Resultatet baseras på 13 vetenskapliga empiriska artiklar från Sverige, Norge och Finland. Artiklarna var både kvalitativa och kvantitativa.

I vår textanalys framträdde tre huvudkategorier. Stöd och behandling, upplevelser av stödet samt stödets påverkan på förlossningen. 11 artiklar belyste stöd och behandling till kvinnor med förlossningsrädsla. 7 av artiklarna svarade på hur kvinnorna upplevt det stöd de erhållit och 11 artiklar behandlade vilken påverkan stödet hade på valet av

förlossningsätt och förlossningsupplevelsen (Bilaga.3). I stöd och behandlingsavsnittet presenteras vad kvinnorna erhållit och upplevt för hjälp mot sin förlossningsrädsla. I nästa del presenterar vi hur kvinnorna upplevde stödet de fick och slutligen redogörs hur de olika behandlingarna påverkat kvinnornas förlossningar i form av förlossningsätt och förlossningsupplevelse.

### ***Stöd och behandling***

I innehållsanalysen beskrevs fyra underkategorier av stöd och behandling till kvinnor med förlossningsrädsla. Dessa var; individuella samtal med specialist-team, gruppterapi, kognitiv beteendeterapi samt kvinnornas perspektiv.

### **Individuella samtal med specialist-team**

Individuella samtal sker mellan kvinnorna med förlossningsrädsla och personal specialutbildad inom förlossningsrädsla. På sjukhus i Sverige finns specialist-team för förlossningsrädda kvinnor som erbjuder psykoterapi, rådgivning, samtal med barnmorska och obstetriker med flera (Ryding, Persson, Onell & Kvist, 2003). I tre av studierna erbjöds kvinnorna att träffa ett sådant specialist-team. Antalet behandlingstillfällen varierade i snitt från 1-4 gånger under graviditeten och en gång efter förlossningen (Ryding et al., 2003; Sjögren, 1998; Larsson, Karlström, Rubertsson & Hildingsson, 2015). I två av studierna erbjöds kvinnorna psykoterapi för sin förlossningsrädsla. En del kvinnor ansågs inte mottagliga för psykoterapi eftersom de var för rädda/ängsliga för doktorer och ”did not believe in talking” (Ryding et al., 2003; Sjögren, 1998).

### **Gruppterapi**

Saisto, Toivanen, Salmela-Aro, Halmesmäki (2006) och Rouhe, Salmela-Aro, Toivanen, Tokola, Halmesmäki, Saisto (2012) beskrev likvärdiga grupp-sessioner med diskussioner samt avslappningsövningar för kvinnorna i sina studier. I var grupp ingick sex kvinnor som alla led av förlossningsrädsla. Kvinnorna träffades 5-6 gånger innan förlossningen och en gång efter förlossningen. Varje träff bestod av diskussioner,

visualiseringsövningar samt avslappningsövningar. Grupperna leddes av en psykoterapeut som handledde gruppen med ett specifikt ämne (till exempel föräldraskap och olika stadier av förlossningen) vid varje träff. I slutet av varje gruppträff utfördes en avslappningsövning där kvinnorna ombads tänka positivt kring förlossningen.

## **Kognitiv beteendeterapi**

Halvorsens, Nerums, Sørliens, Øians (2010) samt Nerums, Halvorsens, Sørliens, Øians (2006) studier belyste ett individuellt skräddarsytt krisorienterat stöd. Behandlingen är patientorienterad utifrån kvinnans behov och kvinnans mentala hälsa där förlossningsrädsla står i fokus. I båda studierna försökte personalen hjälpa kvinnorna att välja en vaginal förlossning framför ett önskat kejsarsnitt utan medicinsk indikation. I en studie av Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, Könönen och Halmesmäki (2001a) jämfördes intensiv behandling med traditionellt stöd för förlossningsrädsla. I det traditionella stödet ingick standardinformation om förlossningen, information om smärtlindring och för- och nackdelar med kejsarsnitt kontra vaginal förlossning. I den intensiva behandlingen tillkom kognitiv beteende terapi (KBT) och försök till att hjälpa kvinnorna att se situationen ur en annan synvinkel. En studie gjord av Sydsjö, Bladh, Lilliecreutz, Persson, Vyöni och Josefsson (2014) beskrev liknande behandling med KBT och psyko-utbildning (direkt översatt från engelskans psycho education) där personal utbildade kvinnan i avslappning och hantering av panik och ångest.

I Nieminens, Malmquists, Wijmas, Rydings, Anderssons och Wijmas studie från 2015 fick kvinnor med förlossningsrädsla genomgå internetbaserad kognitiv beteendeterapi (ICBT). Detta stöd bestod av ett åtta veckor långt datorbaserat självhjälpsprogram via internet. Totalt deltog 15 kvinnor i denna behandling. Programmet bestod av psyko-utbildning, kognitiv omstrukturering, frågor om bland annat känslor och tankar inför förlossningen, självskattnings-skolor samt feedback under varje vecka i åtta veckor.

## **Kvinnornas perspektiv**

I en studie av Mårtensson, Mogren, Lindblom och Thorstensson (2014) fick fem kvinnor som träffat specialutbildade barnmorskor via Aurora-kliniker berätta vad de upplevt som stöd/ behandling mot deras förlossningsrädsla. Huvudsakligen uttryckte kvinnorna att stödet måste vara anpassat efter det individuella behovet. Kvinnorna tyckte att det var viktigt att erhålla uppmuntran, få ökad kunskap och förståelse kring förlossningen samt att få en kombination av olika sorters stöd. Kvinnorna menade att de behövde olika stöd vid olika tillfällen och var positiva till att all sorts stöd de fick.

### *Upplevelser av stöd*

Överlag var majoriteten av kvinnorna nöjda och tillfredsställda med stödet och behandlingen mot förlossningsrädsla även om det i Larssons et al. (2015) studie framkom att rådgivningen hade minimal effekt på förlossningsrädslan i sig.

Kvinnorna i Rydings et al. (2003), Sjögrens (1998), Larssons et al (2015) Mårtenssons et al. (2014) studier fick stöd i form av individuella samtal och majoriteten var nöjda med hjälpen de fick. Kvalitet/kvantitet av information nämndes inte bland kvinnorna. I tre av studierna kom kvinnorna med råd till personalen om hur de kunde utveckla stödet. Kvinnorna i studierna rådde personalen att ”ta de individuella rädslorna på allvar”, ”mer positiv inställning till smärtstillande och kejsarsnitt”. Vidare gav kvinnorna råd om att ”lyssna, vara ödmjuka och ge bekräftelse”. I Mårtenssons et al (2014) intervjustudie beskrev kvinnorna att ge ”stöd anpassat efter individuellt behov” som viktigast. Kvinnorna önskade ”erhålla uppmuntran, få ökad kunskap och förståelse samt erhålla en kombination av flera olika sorters stöd”. Det viktigaste kvinnorna upplevde var att se varje kvinnas individuella behov och möta henne där oavsett om det handlade om uppmuntran, kunskap och förståelse eller en kombination av stöd (Mårtensson et al., 2014).

I Nerums et al. (2006) studie fick kvinnor med förlossningsrädsla och som önskade kejsarsnitt hjälp av ett specialistteam och efter behandlingen ändrade 74 av 86 kvinnor

sig från önskat kejsarsnitt till vaginal förlossning. 98 % var nöjda med rådgivningen och hade förtroende för vårdpersonalens kompetens.

Kvinnorna som genomgick gruppterapi i Saistos et al. studie från 2006 var nöjda och upplevde diskussion med andra mammor i samma situation som det främsta stödet. I andra hand kom stödet från gruppen och i tredje hand att erhålla information. Att diskutera känslor och få feedback direkt i gruppen ansågs viktigt som stöd. Avslappningsövningar i grupp ansågs av de flesta som hjälpsamt.

### *Stödets påverkan på förlossning och förlossningsupplevelse*

I det här avsnittet presenterar vi hur de olika typer av stöden och behandlingarna som erbjudits har påverkat utgången av förlossningen samt förlossningsupplevelsen.

Studier visar att antal kejsarsnitt är högre bland kvinnor med förlossningsrädsla. Det innefattar både planerade och akuta kejsarsnitt samt av både obstetriska och psykosociala skäl. I Rydings et al. svenska studie från 2003 var frekvensen kejsarsnitt bland förlossningsrädda kvinnor 26 % (n= 53) medan bland övriga födande kvinnor 11 % (n=53). Av dessa kejsarsnitt utfördes nästan 50 % på grund av psykosociala skäl. Detta trots att de förlossningsrädda kvinnorna hade fått stöd och rådgivning av ett specialist-team för förlossningsrädsla. Även i Sydsjös et al. (2014) studie med förstföderskor som fått behandling på grund av förlossningsrädsla var antalet planerade kejsarsnitt procentuellt fler jämfört med referensgruppen utan förlossningsrädsla (19,4% (n=181) mot 3,2 % (n=431)). Alla planerade kejsarsnitt utfördes dock av obstetriska skäl som till exempel sätesbjudning. Antalet akuta kejsarsnitt samt instrumentella förlossningar var procentuellt lika många i båda grupperna. Ingen relation mellan antalet behandlingsträffar och förlossningssätt i studiegruppen kunde ses, inte heller någon skillnad i hur lång den vaginala förlossningen varade mellan studiegruppen och referensgruppen.

I Waldenströms, Hildingssons och Rydings kohortstudie från 2006 var önskan om kejsarsnitt 50 % bland kvinnorna med förlossningsrädsla (n=97) jämfört med 6 %

(n=2372) hos referensgruppen som bestod av gravida kvinnor utan förlossningsrädsla. Även här såg man ett ökat antal planerade kejsarsnitt bland kvinnorna med förlossningsrädsla trots att de fått stöd och behandling under graviditeten. Däremot var antalet akuta kejsarsnitt desamma som referensgruppen. I denna studie såg man inget samband mellan förlossningsrädsla och en mer negativ förlossningsupplevelse hos de kvinnor som erhållit stöd och behandling. Den grupp med mest negativa förlossningsupplevelser var de förlossningsrädda kvinnorna som inte erhållit något stöd eller behandling, men det fanns däremot inget samband med ökat antal kejsarsnitt i den gruppen.

Även om kejsarsnittsfrekvensen och önskan om kejsarsnitt generellt är högre bland förlossningsrädda kvinnor (Sydsjö, 2014; Ryding et al., 2003; Waldenström et al., 2006) visar flertal studier på att olika typer av stöd och behandling kan påverka önskan om kejsarsnitt. I Larssons et al. svenska studie (2015) önskade majoriteten av de förlossningsrädda kvinnorna efter genomgången behandling i första hand en vaginal förlossning (68,7 % n=70). Resterande 31,3% önskade förlösas med planerat kejsarsnitt. I referensgruppen med kvinnor som inte sökt hjälp för förlossningsrädsla föredrog 4,4 % (n=936) förlösas med kejsarsnitt medan 95,6% önskade en vaginal förlossning. Utgången av förlossningarna blev att 58,6 % av kvinnorna med förlossningsrädsla genomgick en normal vaginal förlossning jämfört med 73,8 % i referensgruppen. Den största skillnaden låg i de planerade snitten där 21,4 % av kvinnorna i studiegruppen förlöstes med planerat kejsarsnitt jämfört med endast 5,8 % i referensgruppen. Antalet akuta kejsarsnitt var i stort sett desamma i båda grupperna. Förlossningsupplevelsen var mindre positiv bland de förlossningsrädda kvinnorna, jämfört med referensgruppen, även efter behandlingen. Hälften av kvinnorna i studiegruppen upplevde förlossningen som väldigt positiv el positiv mot 65,5% i referensgruppen. Resterande hade blandade känslor, eller en mer negativ upplevelse. Även i Rydings et al. studie (2003) skiljde sig förlossningsupplevelsen markant mellan de med förlossningsrädsla och de utan rädsla. Kvinnorna i studiegruppen som fått behandling för förlossningsrädsla uppgav fortfarande i hög grad förlossningen som en skrämmande upplevelse. Förstföderskorna upplevde förlossningen som ännu mindre positiv än omföderskorna. Av kvinnorna i studiegruppen uppvisade 19 % (n=10) symptom på posttraumatisk stress efter

förlossningen. Bland dessa förlöstes två med akut kejsarsnitt, en med planerat kejsarsnitt, två genom instrumentella vaginala förlossningar och 5 genom normala vaginala förlossningar.

I Saistos et al. (2001a) studie jämfördes intensiv terapi (KBT) och traditionellt stöd för förlossningsrädsla (n=176). Båda terapierna minskade antalet kejsarsnitt, framförallt hos förstföderskor och kvinnor som var väl motiverade. Graviditets och förlossningsrelaterad oro minskade framförallt i gruppen som fick intensiv terapi medan det ökade i slutet av graviditeten hos kvinnorna i gruppen som fick traditionellt stöd. Vårarbetet var också kortare hos kvinnorna i intensiv terapi gruppen. I slutändan valde 62 % (n=117) av de som från början önskat förlösas med kejsarsnitt att föda vaginalt. Samma antal i båda grupperna. Kejsarsnitt var vanligare hos de kvinnor som valde att inte vara med i eller slutföra studien. Det var ingen skillnad mellan grupperna i fråga om förlossningsupplevelse, den var överlag positiv för kvinnorna i båda grupperna.

I Saistos et al. finska studie från 2006 jämfördes gruppterapi och traditionellt stöd för förlossningsrädda förstföderskor. Kvinnorna i studiegruppen bedömde behandlingen med gruppterapi och avslappningsövningar som mycket hjälpsam. Hela 82,4 % (n=102) valde att föda vaginalt istället för med kejsarsnitt jämfört med 67,1 % (n=85) i kontrollgruppen. 12,7 % förlöstes med kejsarsnitt jämfört med 22,4 % i den andra gruppen. 5 % respektive 10 % förlöstes med kejsarsnitt på grund av obstetriska skäl. Även i Rouhes et al. finska studie från 2012 jämfördes en grupp förlossningsrädda förstföderskor (n=131) som deltagit i gruppterapi (KBT) med en annan grupp förlossningsrädda förstföderskor som fått traditionellt stöd (n=240). Kvinnorna i studiegruppen visade sig i större grad förlösas med spontana vaginala förlossningar (63,4 % mot 47,5 % i kontrollgruppen) och färre kejsarsnitt än kontrollgruppen (22,9 % mot 32,5 %). Akuta kejsarsnitt var också färre än i kontrollgruppen (12,2 % vs 19,6 %). Kvinnorna i studiegruppen rapporterade också i större grad en mycket positiv förlossningsupplevelse. Av de 131 som blev erbjudna att delta i gruppterapi deltog 90 stycken. 21 stycken avstod på grund av att de inte ville delta i gruppterapi, resterande avstod av andra skäl.

I Nerums et al. norska studie (2006) med förlossningsrädda kvinnor som fick hjälp av ett specialist-team ändrade de allra flesta sin önskan om kejsarsnitt till en vaginal förlossning. De 86 gravida kvinnorna hade alla en önskan att föda med kejsarsnitt. Efter genomgången behandling ändrade 86 % av kvinnorna sin ursprungliga önskan om kejsarsnitt. Uppföljande enkäter visade att dessa kvinnor fortfarande var glada över sitt beslut flera år senare. Av dessa förlöstes 69 % vaginalt och 31 % via kejsarsnitt på grund av obstetriska orsaker. Som kan läsas i tidigare avsnitt var 98 % nöjda med stödet de fått och kände förtroende för personalens kompetens. Alla kvinnorna som hade ändrat sin önskan om förlossningssätt var i den nöjda gruppen och 93 % föredrog en vaginal förlossning i framtiden. Av de som födde med kejsarsnitt önskade 46 % en vaginal förlossning i framtiden. De 12 kvinnor som inte blev hjälpta av behandlingen och höll fast vid sin önskan om kejsarsnitt hade alla obehandlade psykiatriska problem i form av ångest, depression och symptom på posttraumatisk stress. Åtta av dem hade tidigare erfarit en traumatisk förlossning med obstetriska komplikationer under värdarbetet, som t.ex. sugklocka i kombination med uterus press eller akut kejsarsnitt på grund av stress hos barnet. Ytterligare två av kvinnorna hade nyligen drabbats av allvarliga skador med multipla frakturer och lång konvalescens. Alla 12 kvinnor förlöstes med planerat kejsarsnitt indikerat på moderns önskan på grund av förlossningsrädsla. I uppföljande enkäter svarade 3 av de 12 kvinnorna att de föredrog en vaginal förlossning i framtiden.

I en norsk studie från 2010 jämfördes två olika sätt att stödja förlossningsrädda kvinnor som önskade förlösas med kejsarsnitt. Sättet som hjälpte kvinnan genom coping visade sig ge bättre resultat än det sätt som främjade kvinnans autonomi. Fler kvinnor som fått stöd genom coping ändrade sin önskan om kejsarsnitt till att vilja föda vaginalt 95 % (n=86) mot 77 % i den andra gruppen. Även i utgången av förlossningarna var skillnaden signifikant, 90 % mot 42 % förlöstes vaginalt (Halvorsen et al. 2010).

Vad som också visat sig spela in på förlossningsrädsla och önskan om kejsarsnitt är tidigare förlossningsupplevelser. I Larssons et al. studie (2015) hade över 50 % av omfödernorna som sökte hjälp för förlossningsrädsla antingen förlöstes med akut kejsarsnitt eller instrumentell vaginal förlossning vid förra graviditeten jämfört med

referensgruppen där 7,5 % förlöstes med akut kejsarsnitt och 15,7 % genom instrumentell vaginal förlossning (55,6 % vs 81,3 % hade tidigare fött genom en normal vaginal förlossning). Detta styrks även av en norsk studie med omfödernor som gjordes för att undersöka sambandet mellan tidigare negativ förlossningsupplevelse och förlossningsrädsla. Nästan 80 % av omfödernorna som hade erfårit förlossningskomplikationer upplevde förlossningen antingen som generellt negativ eller utvecklade en förlossningsrädsla. De främsta komplikationerna som låg till grund för detta var akut kejsarsnitt eller instrumentell vaginal förlossning. Dock behöver inte förlossningskomplikationer alltid leda till förlossningsrädsla. Majoriteten (77,5%) av kvinnorna med förlossningskomplikationer upplevde inte förlossningen som generellt negativ eller utvecklade förlossningsrädsla under nästkommande graviditet. Däremot hos de kvinnor som haft en negativ förlossningsupplevelse (oavsett förlossningskomplikationer eller inte) såg man ett starkt samband med utvecklade förlossningsrädsla (Størksen, Garthus-Niegel, Vangen & Eberhard-Gran, 2012).

I Sjögrens (1998) studie med 72st förlossningsrädda kvinnor som alla sökt och fått någon typ av behandling under graviditeten var förlossningsupplevelsen däremot densamma jämfört med referensgruppen med kvinnor som inte sökt hjälp för förlossningsrädsla. I vissa avseenden var den till och med mer positiv än för referensgruppen, t.ex. vad gällde det praktiska stödet de fått under förlossningen. De kvinnor som från början hade önskat förlösas med kejsarsnitt men som sedan förlöstes vaginalt var lika nöjda med förlossningen som de som inte hade önskat kejsarsnitt.

## **DISKUSSION**

### *Metoddiskussion*

I vår studie intresserade vi oss för upplevelser, vilket fick oss att välja en kvalitativ ansats. Metoden som valdes till denna litteraturstudie var summerande innehållsanalys. Vi valde två stora databaser inom omvårdnad för vår litteratursökning och kunde eventuellt ha sökt i ytterligare databaser för att få fram mer material. Vi tycker att våra sökord är relevanta för vår studie och eftersom vi endast behårskar svenska och engelska språket har vi endast sökt artiklar på dessa språk. Vi hade lite svårt att tolka

statistiken i några artiklar, men eftersom författarna även förklarat tabellerna i ord menar vi att vi med stor sannolikhet presenterat ett korrekt resultat.

Vårt syfte var att beskriva upplevelser utifrån andra, utan någon bakomliggande teori och utan problemformulering. Därför valde vi bort riktad samt konventionell innehållsanalys till förmån för den summerande innehållsanalysen. I den summerande innehållsanalysen ligger fokus på att identifiera och kvantifiera nyckelord eller innehåll i datamaterialet, för att sedan försöka tolka och förstå den underliggande kontexten av dessa ord eller innehåll. Risken med en sådan analys är att sammanhanget i meningsenheterna försvinner. Eftersom vi läst artiklarna ett flertal gånger och hoppat fram och tillbaka i analysprocessen anser vi att vi inte missat några relevanta enheter och fått med allt material som svarar på syftet. En annan svårighet är att välja ut meningsbärande enheter och bilda kategorier. I vårt analysarbete hade vi från början fyra huvudkategorier utifrån syftet som sedan minskades ner till tre för att få en bättre struktur och en ökad tydlighet.

Vi har förhållit oss så neutrala som möjligt i analysarbetet och har inte lagt in egna tolkningar och värderingar i resultatet. Vi har läst artiklarna upprepade gånger med ett öppet sinne för att hitta de meningsbärande enheterna i texterna. Vår tillförlitlighet stärks av att vi varit två personer som läst och tolkat texterna var för sig sedan tillsammans samt diskuterat resultatet med vår handledare. Artiklarna som analyserats är skrivna i Norden och det är endast kvinnor över 18 år som behärskat något av de nordiska språken som inkluderats. Eftersom vi inte vet hur förlossningsvården ser ut utanför Norden samt att kvinnor kanske inte har samma rätt att uttrycka sina känslor och upplevelser överallt i världen, tror vi inte att vårt resultat är överförbart till övriga världen.

### *Resultatdiskussion*

Syftet med vår litteraturstudie var att undersöka hur förlossningsrädda kvinnor upplever det stöd de fått under graviditeten i samband med förlossningsrädsla och hur stödet i sin tur påverkat deras förlossning.

Resultatet visar att det erbjöds flera olika typer av stöd och behandling till förlossningsrädda kvinnor som till exempel rådgivande stödsamtal med specialist-team, intensiv terapi med KBT samt gruppterapi/samtal. Majoriteten av kvinnorna var nöjda med den vård och det stöd de erhölet. De upplevde det betydelsefullt att bli lyssnade till och tagna på allvar, få uppmuntran och bekräftelse, få möjlighet att diskutera sina känslor i grupp samt erhålla ökad kunskap och förståelse kring förlossningen. Detta styrks av Eriksson, Jansson och Hambergs svenska kvalitativa studie från 2006 om hur förlossningsrädda kvinnor upplever, hanterar och kommunicerar sin rädsla.

Det framkom av resultatet att stödet och behandlingarna har varierande inverkan på kvinnornas förlossningsrädsla. Resultatet visar att i några studier var majoriteten av kvinnorna fortfarande rädda i slutet av graviditeten. Detta beskrivs även i Haines, Pallant, Karlström och Hildingssons jämförande studie (2011) med svenska och australienska förlossningsrädda kvinnor. Ytterligare en longitudinell jämförande svensk studie av Frigell (2013) visade att 78,9 % (n=15) av de förlossningsrädda kvinnor, som fick särskilda stödsamtal med specialutbildad personal under graviditeten, fortfarande rapporterade hög grad av förlossningsrädsla i slutet av graviditeten. Dessa resultat tolkar författarna som att det finns en skillnad mellan att känna tillfredsställelse med vården man fått och behandlingens effektivitet. En rimlig förklaring anser författarna kan vara att vårdpersonal lägger ner betydligt mer tid och engagemang på de förlossningsrädda kvinnorna jämfört med andra gravida, vilket kan förklara varför resultatet pekar på att kvinnorna är nöjda med stödet/vården de fått. I en kvalitativ studie om barnmorskors upplevelser av att vårda kvinnor med förlossningsrädsla beskrivs hur känslomässigt påfrestande och tidskrävande det är, vilket kan stödja författarnas tolkning. Barnmorskorna i denna studie beskrev att individualiserad vård var nödvändig då orsaken till kvinnans rädsla varierade från en kvinna till en annan. För att kunna stötta dessa kvinnor behövdes det mer utrymme i form av tid och mötestillfällen, enligt barnmorskorna. Utrymmet var nödvändigt för att ge kvinnorna den tryggheten de behövde för att få möjlighet att uttrycka sina känslor och rädslor, vilket flera kvinnor påpekade som viktigt för dem. Barnmorskan behövde lyssna och visa att hon brydde sig för att kunna hjälpa kvinnan att bemöta sin rädsla. Barnmorskan behövde vara tillgänglig för extra möten och telefonsamtal (Salomonsson, Wijma & Alehagen, 2010).

”By putting their fear into words, they can understand what they fear. To meet it and go through it, that is not something that is inconvincible..”.

Omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee tar starkt avstånd från generaliserad vård då hon ser varje individ som unik. Hon hävdar att det är viktigt att sjuksköterskan inriktar sig på individens upplevelse av sjukdom och lidande, mer än sin egen eller annan vårdpersonals bedömning (Kirkevold, 2000). Önskan om individualiserad vård med utökad tillgänglighet, som kräver både tid och kompetens anser dock författarna kan stå i konflikt med att hälso- och sjukvården de senaste två decennierna har präglats av en övergripande politisk önskan om att vården ska effektiviseras och vara ekonomiskt lönsam. Detta kan komma att skapa ännu större utsatthet för en redan svag grupp. Författarna tänker att en resursminskning till denna grupp paradoxalt nog kan öka kostnaderna för vården i form av fler kejsarsnitt med efterföljande vård och komplikationer förknippade med kejsarsnittet som resultat.

Vidare visade resultatet att majoriteten av kvinnorna som fick behandling genom gruppterapi och/eller KBT ändrade sin önskan om ett planerat kejsarsnitt till att föredra en vaginal förlossning. Dessa kvinnor var också i efterhand glada över sitt beslut i motsats till de som höll fast vid sin önskan om kejsarsnitt och önskade även i framtiden en vaginal förlossning. En vaginal förlossning kan fungera som läkande och skydda kvinnan från förlossningsrädsla i framtiden. Det vill säga att även om själva behandlingen inte har någon effekt på rädslan så påverkar det kvinnorna att välja en vaginal förlossning, som i sig kan minska rädslan. Ett kejsarsnitt å andra sidan kan enligt resultatet ha motsatt effekt, det vill säga att ett kejsarsnitt kan förstärka kvinnans rädslor. Författarna anser att det är högst väsentligt att fortsätta erbjuda extra stöd och behandling till förlossningsrädda kvinnor. Även studierna med omfödreskor visade att ett tidigare kejsarsnitt eller en instrumentell förlossning kan vara av stor betydelse för utvecklingen av förlossningsrädsla, varför det är av vikt att försöka undvika dessa vid första förlossningen. Detta styrks av Nilsson och Lundgren (2009) som lyfter fram tidigare traumatiska förlossningserfarenheter som en stark bakomliggande faktor för förlossningsrädsla

Studiens resultat visade också att det finns en grupp kvinnor som avstår från att söka hjälp för förlossningsrädsla eller som avsäger sig erbjudandet om stöd och behandling. Även dessa kvinnor anser författarna är av vikt att upptäcka. Eftersom

förlossningsrädsla är starkt relaterad till psykisk ohälsa och psykosociala problem kan det vara av vikt att barnmorskan frågar om detta eller på annat sätt fångar upp tecken på depression, ångest, tidigare övergrepp eller tidigare psykiatrisk vård. Detta helst redan tidigt i graviditeten vid inskrivningstillfället på mödravården. I resultatet återfinns studier som beskriver att stora andelar av de förlossningsrädda kvinnorna upplevt långvarig ångest och/eller depressioner. Även ätstörningar och andra psykiatriska diagnoser som t.ex. PTSD är vanligt förekommande. En betydande del har också varit utsatta för övergrepp och misshandel.

Författarna menar att resultatet i denna studie stödjer vikten av att upptäcka den förlossningsrädda kvinnan eller tecken på riskfaktorer tidigt i graviditeten. Alternativt redan i samband med en eventuellt föregående förlossning som till exempel vid den sedvanliga efterkontrollen i mödravården, 6 till 8 veckor efter förlossningen. Detta för att kunna erbjuda lämpligt stöd och behandling redan då och i framtiden. Dock kan det vara en utmaning i att både upptäcka förlossningsrädsla bland kvinnor, men också i att hantera kvinnan och hennes rädsla. Eriksson et al. (2006) poängterar att det är av stor vikt att barnmorskan/vårdpersonal ges utbildning och träning i hur man möter och stöttar kvinnor med förlossningsrädsla just på grund av denna utmaning. Studier som undersökt hur olika personligheter och personlighetsdrag korreleras till förlossningsrädsla har visat att förlossningsrädda kvinnor skiljer sig från andra gravida i flera avseende. De har i signifikant större utsträckning; en tendens att vara oroliga eller till och med ångestfyllda, ett snabbt växlande humör och ett lägre tålamod, samt svårare att hantera eller behålla meningsfulla relationer (Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, Halmesmäki, 2001b; Ryding, Wirfelt, Wängborg, Sjögren, Edman, 2007).

### *Konklusion*

Författarnas slutsats är att det idag inte finns några säkra bevis på vad som är den bästa behandlingen men att ett specialist-team med specialtränade barnmorskor är en betydelsefull insats för förlossningsrädda kvinnor. I stort sett alla förlossningsrädda kvinnorna är nöjda och tacksamma över de stöd de fått även om rädslan inte är borta. Förlossningen kan fortfarande vara skrämmande men kanske ändå bättre än förväntad,

efter de att kvinnorna har fått stöd och hjälp att hantera sin rädsla. Dessutom visar denna studie att bland annat KBT och grupperapi får de förlossningsrädda kvinnorna att till stor grad ändra sitt val av förlossningssätt från kejsarsnitt till en vaginal förlossning. Ytterligare kvalitativ forskning kring ämnet är önskvärd för att ta reda på hur kvinnor upplevt stödet de fått och upplevelsen av förlossningen, i samband med förlossningsrädsla. Detta för att få en djupare förståelse för vad som hjälper den förlossningsrädda kvinnan och på vilket sätt. Slutligen anser författarna, liksom tidigare studier, att det är av stor vikt att upptäcka den förlossningsrädda kvinnan tidigt i graviditeten för att kunna erbjuda individualiserad vård och rätt behandlingsnivå till rätt patient samt remittera vidare om så behövs. Eftersom kvinnor med ångest, depression och kvinnor som vårdats inom psykiatri tidigare verkar ha större risk att uppleva förlossningsrädsla anser författarna att det även är av vikt att barnmorskan frågar om dessa riskfaktorer vid inskrivningstillfället på mödravården. Målet är att gynna kvinnan som individ men också hennes hälsa. Förbättrad samt individualiserad rådgivning kan vara av stor betydelse för att förhindra att rädslan uppkommer eller blir värre. Kanske är det inte möjligt i alla situationer att behandla bort eller skydda kvinnan från sin rädsla. Men däremot är det viktigt att ge varje gravid kvinna möjlighet att försöka möta och konfrontera sin egen rädsla och erbjuda henne den hjälp hon behöver för att hantera situationen.

## REFERENSER

Berg, M. & Lundgren, I.(red.) (2004). *Att stödja och stärka vårdande vid barnafödandet*. Lund: Studentlitteratur

Björklund, U. (2005). Förlossningsupplevelsen. I Sjöberg, N-O. (red.) (2004). *Svensk förenings för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupper för Psykosocial obstetrik och gynekologi samt sexologi, perinatologi samt MÖL-gruppen. Förlossningsrädsla*. Rapport nr 51

Björn stolpe, P. & Engblom, K. (2010) *Förlossningsrädsla - en litteratutstudie*. Uppsats i vårdvetenskap. Uppsala universitet.

Ellis, J. (2004). Mödrahälsovårdens roll. I Sjöberg, N-O. (red.) (2004). *Svensk förenings för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupper för Psykosocial obstetrik och gynekologi samt sexologi, perinatologi samt MÖL-gruppen. Förlossningsrädsla*. Rapport nr 51

Eriksson, C., Jansson, L. & Hamberg, K. (2006) Woman´s experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery*. 22, 240-248

Erixon, C. & Holm, S. (2007) *Förlossningsrädsla – Stöd till kvinnor med förlossningsrädsla*. Uppsats i vårdvetenskap. Mittuniversitetet, Sundsvall.

Forsberg, C. & Wengström, Y (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur

Frigell, S. (2013) *Förlossningsrädsla under graviditet*. Magisteruppsats. Uppsala universitet

Haines, H., Pallant, J.F., Karlström, A. & Hildingsson, I. (2011) Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*. 27, 560-567

Halvorsen, L., Nerum, H., Sørli, T. & Ørian, P. (2010) Does counsellor's attitude influence change in a request for a caesarean in women with fear of birth? *Midwifery*. 26, 45-52

Hansen, A., Wisborg, K., Uldbjerg, N. & Henriksen, T. (2007). Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. *Acta Obstet Gynecol*, 86:389-394

Hildingsson, I. (2012). Rädsla för förlossning kan "botas".  
(<http://news.cision.com/se/mituniversitetet/r/radsla-for-forlossning-kan-botas,c9287683>) 2012-08-14

Hsieh, H-F. & Shannon, S.E. (2005) Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 15:1277

Kirkevold, M. (2000) *Omvårdnandsteorier*. Lund: Studentlitteratur

Larsson, B., Karlström, A., Rubertsson, C. & Hildingsson, I. (2015) The effects of counseling on fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. DOI:10.1111/aogs.12634

Lobel, M. & DeLuca, R.S. (2007). Psychosocial sequelae of cesarean delivery. Review and analysis of their causes and implications. *Soc Scien Med*. 64:2272-2284

Mårtensson, L., Mogren, L., Lindblom, E. & Thorstensson, S. (2014) What helps? A description of experiences of support among primiparous women with fear of childbirth: An interview study. *Int J Nurs Midwifery*. 6, 67-73

Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T. & Øian, P. (2006) Maternal request for cesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth*. 33(3):221-228

Nilsson, C. & Lundgren, I. (2009) Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*. 25(2): 1-9

- Nieminen, K., Malmquist, A., Wijma, B., Ryding, E.L., Andersson, G. & Wijma, K. (2015) Nulliparous pregnant women's narratives of imminent childbirth before and after internet-based cognitive behavioural therapy for severe fear of childbirth: a qualitative study. *Bjog* 2015;DOI:10.1111/1471-0528.13358.
- Onell, C. & Thelin, K. (2005). Barnmorskans arbete med förlossningsrädda mammor. I Sjögren, B. (red.) *Psykosocial obstetrik. Kropp och själ och barnafödande*. Lund: Studentlitteratur.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E. & Saisto, T. (2012) Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women – randomised trial. *Bjog*. 2013;120:75-84
- Ryding, E.L. & Sundell, G. (2004). Definitioner och diagnostik. I Sjöberg, N-O. (red.) (2004). *Svensk förenings för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupper för Psykosocial obstetrik och gynekologi samt sexologi, perinatologi samt MÖL-gruppen. Förlossningsrädsla*. Rapport nr 51
- Ryding, E.L., Persson, A., Onell, C. & Kvist, L. (2003) An evaluation of midwives counseling of pregnant women in fear of childbirth . *Acta Obstet Gynecol Scand*. 82:10-17
- Ryding, E.L., Wirfelt, E., Wängborg, I.B., Sjögren, B. & Edman, G. (2007) Personality and fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 77 (5): 542-547
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J-E., Könönen, T. & Halmesmäki, E. (2001a) A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet. Gynecol*. 98:820-826
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.E. & Halmesmäki, E. (2001b) Psychosocial characteristics of woman and their partners fearing vaginal childbirth. *Bjog*. 108(5):492-498
- Saisto, T. & Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 82(3): 201-208

Saisto, T., Toivanen, R., Salmela-Aro, K. & Halmesmäki, E. (2006) Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 85: 1315-1319

Salomonsson, B., Wijma, K. & Alehagen, S. (2010) Swedish midwives' perception of fear of childbirth. *Midwifery.* 26, 327-337

Sjögren, B. (2003). Förlossningsrädsla utmanar vården. *Läkartidningen*, 100: 2932-2935

Sjögren, B. (1998) Fear of childbirth and psychosomatic support- A follow up of 72 women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 77:819-825

Socialstyrelsen (2011). Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan. *Nationella medicinska indikationer*. Rapport 2011:09. (<http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollection/Documents/nationella-indikationer-kejsarsnitt-moderns-onskan.pdf>).

Stjernholm, Y. (2006). Förebyggande mödrahälsovård istället för allt fler kejsarsnitt. *Läkartidningen*. Nr 12

Størksen, H.T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S. & Eberhard-Gran, M. (2012) The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 92 (2013) 318-324

Sydsjö, G., Bladh, M., Lilliecreutz, C., Persson, A-M., Vyöni, H. & Josefsson, A. (2014) Obstetric outcomes for nulliparous women who received routine individualized treatment for severe fear of childbirth – a retrospective case control study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 14:126

Waldenström, U., Hildingsson, I. & Ryding, E.L. (2006) Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG* 113(6):638-646

## Bilaga 1

### Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, ab-stract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
22-02-15	pubmed	Fear of childbirth, support, experience, sweden			33	Svarade inte på syftet	2
22-02-15	pubmed	Fear of childbirth, support, experience, scandinavia			23	Svarade inte på syftet	1
22-02-15	pubmed	"fear of childbirth" "support" "experience"		mesh-term	35	Artiklar som fokuserar på smärta, pappans upplevelse samt frekvens av kejsarsnitt	4
22-02-15	pubmed	Antenatal care, fear of childbirth, sweden			27	Svarade inte på syftet	2
22-02-15	pubmed	Therapy, "fear of childbirth"		mesh-term	48	Studier gjorda utanför skandinavien	2
22-02-15	cinahl	Fear of childbirth, support			20		2

Sökord: fear of childbirth, support, experience, sweden, scandinavia, anenatal care, therapy

## Bilaga 2

### Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Artikel 1. Ryding et al., Sweden, 2003	An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth,	Att studera förlossningsupplevelser, posttraumatisk stress (ptss) samt tillfredsställelse av vården hos nyblivna mödrar som träffat specialutbildade barnmorskor på förlossningsrädsla .	År 1999 kontaktade 66 gravida, svensktalande kvinnor specialistteam för sin förlossnings-rädsla. 4 uteblev pga andra studier eller sjukdom.  Enkäter med 2 självrankningsskalor + 4 öppna frågor skickades ut till dessa kvinnor. (53 av dessa kvinnor besvarade utskickade enkäter.)	1-14v. efter förlossningen skickades enkäter ut till studiegruppen + en kontrollgrupp utan förlossningsrädsla.  Skalorna W-DEQ samt IES (impact of event) användes för mätning av upplevelse och ptss och statistisk analys med konfidens intervaller användes i analysen.	Kvinnorna som behandlats för förlossningsrädsla rapporterade i högre grad förlossningsupplevelsen som mer skrämmande och mer frekvent ptss i samband med förlossningen än kontrollgruppen. Kvinnorna i studiegruppen var nöjda med vården de fått.	Mycket väl godkänd
Artikel 3. Sjögren B., Sweden, 1998	Fear of childbirth and psychosomatic support – A follow up of 72 women	Att följa upp kvinnor som erhållit individuellt psykologiskt/obstetriskt stöd på grund av förlossningsrädsla samt beskriva stödet.	100 kvinnor (i åldern 22-42) med förlossnings-rädsla och som hänvisats till en specialklinik (mellan 1989-1992).  Frågeformulär som var en modifierad version av ett formulär som använts i en tidigare retrospektiv studie om komplicerad graviditet.	1-3år efter förlossningen skickades formulär med 32 frågor (med 4-7svarsalternativ) ut till studiegruppen samt en lika stor kontrollgrupp ut. 72 kvinnor svarade.  The signs test, a nonparametric metod. Chi square test samt Fisher's exact test. Konfidensintervall	Några (25%) accepterade psykoterapi och andra fick modifierat stöd. Studiegruppen mindes graviditeten som mindre positiv upplevelse, mindre psykiskt välmående, ökad oro för hälsa, mer behov för uppmuntran och mindre känslomässigt förberedda för förlossningen. Förlossningsupplevelsen var liknande och i viss mån mer positiv än kontrollgruppens.	Mycket väl godkänd

Sökord: fear of childbirth, support, experience, sweden, scandinavia, anenatal care, therapy

<p>Artikel 5. Waldenström et al., Sweden., 2006</p>	<p>Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth</p>	<p>Undersöka förekomsten av förlossningsrädsla och sambandet med påföljande kejsarsnitt nationellt samt upplevelser av förlossningar.</p>	<p>Alla svensktalande kvinnor som gjorde sitt första besök på en prenatal klinik i Sverige mellan sep 1999 och Jan 2000. (totalt 2662 kvinnor)  En prospektiv cohort- studie.</p>	<p>2 frågeformulär skickades ut till kvinnorna i graviditetsvecka 16 samt 2 mån efter förlossning. Demografisk data samlades in. Kvinnor som angav en väldigt negativ känsla och rädsla inför förlossningen jämfördes med kvinnor utan dessa känslor.  Chi-square test och logisk regressions analys.</p>	<p>3 olika grupper med kvinnor grupp A; kvinnor med väldigt negativa känslor i början av graviditeten som genomgick rådgivning, grupp B; kvinnor med väldigt negativa känslor, men som inte genomgick rådgivning. grupp C; kvinnor som inte uttryckte negativa känslor men genomgick rådgivning jämfördes med en referensgrupp (kvinnor som inte uttryckte negativa känslor och ej genomgick rådgivning)</p>	<p>Mycket väl godkänd</p>
<p>Artikel 7. Sydsjö et al., Sweden, 2014</p>	<p>Obstetric outcomes for nulliparous woman who received routine individualized treatment for severe fear of childbirth – a retrospective case control study</p>	<p>Studera graviditet och förlossningssätt hos förstagångsgravida med svår förlossningsrädsla (FOC) vilka givits rutin behandling för deras FOC och jämföra med en referensgrupp med ”friska” förstagångsgravida. Studera förhållandet mellan antalet behandlingstillfällen och förlossningssätt.</p>	<p>Alla förstagångsgravida som fått diagnosen FOC och som genomgick rutin behandling (n=181) och en referensgrupp bestående av förstagångsgravida utan FOC (n=431) som alla förlöstes på 2 olika sjukhus i södra Sverige under 2001-2007.</p>	<p>Data från mödravårds och förlossningsjournaler studerades och analyserades.  Statistisk data analyserades m h a IBM SPSS version 19. Statistisk analys innefattar Pearson’s chi-square för att testa skillnader Student t-test användes för att jämföra medelvärden</p>	<p>Man kunde inte finna något samband mellan antalet behandlingsträffar relaterat till FOC och förlossningssätt.</p>	<p>väl godkänd</p>

Sökord: fear of childbirth, support, experience, sweden, scandinavia, anenatal care, therapy

<p>Artikel 8. Larsson et al., Sweden., 2015</p>	<p>The effects of counseling on fear of childbirth</p>	<p>Undersöka kvinnors erfarenhet av att delta i stöd program relaterat till förlossningsrädsla och vilken effekt det stödet fått över tid.</p>	<p>1506 gravida kvinnor valdes ut och tillfrågades i samband med rutin ultraljud på 3 svenska sjukhus under 2007. 936 st slutförde den andra enkäten 2 mån efter förlossning och 763 av de 1506 kvinnor slutförde även den tredje och sista enkäten 1 år efter förlossningen.</p> <p>Studiegruppen utgjordes av de 70 st (av de 936) som hade deltagit i någon form av stödsamtal pga. förlossningsrädsla. Och jämfördes med kontrollgruppen vilken innehöll kvinnor som inte sökt hjälp för förlossningsrädsla</p> <p>En longitudinal studie</p>	<p>Datansamling genom enkäter i graviditets vecka 32-34 och sedan 2 månader efter förlossningen samt 1 år efter förlossningen. Bakgrundsdata samlades in under graviditeten</p> <p>Deskriptiv statistik användes för att beskriva urvalet. För att jämföra och beräkna förhållandet mellan de två grupperna användes odds ratio (OR) där 95% CI var beräknat. Friedmans test användes för att utröna skillnaden i grad av förlossningsrädsla över tid.</p> <p>SPSS, version 20,0</p>	<p>Kvinnor med förlossningsrädsla som genomgått rådgivning under graviditeten rapporterade fortfarande högre grad av förlossningsrädsla 1 år efter förlossningen än kvinnorna i kontrollgruppen. De hade större grad av negativ förlossningsupplevelse och den negativa förlossningsupplevelsen förändrades inte över tid. Men ändå var 80% nöjda eller väldigt nöjda med det givna stödet under graviditeten.</p>	<p>väl godkänd</p>
<p>Artikel 9. Strøksen et al., Norway, 2012</p>	<p>The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth</p>	<p>Utvärdera sambandet mellan förlossningsrädsla och tidigare förlossningsupplevelse</p>	<p>En grupp omfödelskor som planerade att föda på ett universitets- sjukhus i Norge under 2009-2011 (n=1357).</p> <p>En prospektiv studie av gravida kvinnor</p>	<p>2 enkäter besvarades under graviditets vecka 17 och 32 i samband med rutin ultraljud.</p> <p>Förlossningsrädsla bedömdes/diagnostiserades genom Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (W-DEQ) Tidigare förlossningsupplevelse genom Numeric rating scale (NRS)</p>	<p>Sambandet mellan tidigare negativ förlossningsupplevelse och förlossningsrädsla är stor men behöver däremot inte ha att göra med om det var en medicinskt svår eller komplicerad förlossning. Risken att utveckla en förlossningsrädsla är 7 gånger större om man har haft en tidigare negativ förlossningsupplevelse.</p>	<p>Mycket väl godkänd</p>

Sökord: fear of childbirth, support, experience, sweden, scandinavia, anenatal care, therapy

				Data analyserades. Chi-squared test användes för att bedöma skillnader. OR och CI genom logistisk regressionsanalys för att bedöma skillnader och samband. SPSS version 15 användes för statistisk analys		
Artikel 12. Halvorsen et al., Norway, 2010	Does counsellor's attitude influence change in a request for a caesarean in woman with fear of birth?	Att belysa vilka faktorer som har betydelse i den förlossningsrädda kvinnans önskan om kejsarsnitt. Och att belysa om en ändring i typen av samtalsstöd från "autonomi" till "coping" minskar antalet förlossningsrädda kvinnors önskan om kejsarsnitt.	Alla kvinnor med förlossningsrädsla och samtidig önskan om planerat kejsarsnitt vid ett universitetssjukhus i Norge mellan år 2000 och 2002 (n1=86) och sen mellan 2004 och 2006 (n2=107).  Demografisk och obstetrisk datainsamling genom remisser och patient journaler. Gradering av rädsla Psykisk sjukdom	Kvinnorna fördelades mellan barnmorska A och barnmorska B särskilt utbildade för att stötta förlossningsrädda kvinnor, beroende på möjligheten för tillfället men som använde sig av 2 olika typer av attityder.  Jämförelse gjordes sedan genom att barnmorska B utbildades och ändrade sin attityd från en 'autonomi' attityd till en 'coping' attityd. Därefter gjordes en analys av patienterna i grupp 2A (n=107) och 2B (63).  SPSS Kategoriska variabler analyserades med Chi 2 test Ordinala mätningar analyserades via t-test Logisk regressions analys. Styrkan visades genom odds ratio (OR) med 95% CI	Med en 'coping' attityd hos barnmorskan är det färre kvinnor som önskar kejsarsnitt (OR: 12,4), och fler som ändrar sin önskan från kejsarsnitt till vaginal förlossning (OR: 6,4). Inga andra obstetriska eller demografiska faktorer påverkade den förlossningsrädda kvinnan i att ändra sin önskan om kejsarsnitt.	väl godkänd

Sökord: fear of childbirth, support, experience, sweden, scandinavia, anenatal care, therapy

<p>Artikel 13. Saisto et al., Finland, 2001a</p>	<p>A Randomized Controlled Trial of Intervention in Fear of Childbirth</p>	<p>Jämföra intensive och sedvanlig behandling för förlossningsrädsla</p>	<p>176 kvinnor med förlossningsrädsla i graviditetsvecka 26 fick delta i antingen intensiv el sedvanlig terapi/behandling med uppföljning 3 mån postpartum.</p> <p>Enkäter med öppna frågor.</p> <p>Fakta kring förlossningen hämtades från patientjournalen</p>	<p>Förlossningsrädslan diagnostiserades m h a speciella enkäter. Kvinnorna intervjuades innan de delades in i de två grupperna. De tilldelades 3 st enkäter att fylla i: den första innan terapistart, den andra 4 veckor före beräknad förlossning samt den sista 3 månader efter förlossningen.</p> <p>SPSS, analys genom t test och Chi 2 test. Log-linear analys för att jämföra och analysera samband mellan olika variabler. Samt ANOVA för att utvärdera effekten av terapin/behandlngen. Regressions analys med odds ratio (OR) och (CI) för att kategorisera orsakerna till postpartum depression.</p>	<p>I båda grupperna minskade antalet kejsarsnitt på moderns önskan, 62 % (n=117) av kvinnorna som först önskat kejsarsnitt valde att förlösas vaginalt.</p> <p>Graviditets- och förlossningsrelaterad oro minskade i intensiv terapi gruppen men ökade i den andra gruppen. Förlossningen tog också kortare tid i intensiv terapi gruppen.</p>	<p>Godkänd</p>
<p>Artikel 14. Nerum et al., Norway, 2006</p>	<p>Maternal Request for Cesarean Section due to Fear of Birth: Can It Be Changed Through Crisis-Oriented Counseling?</p>	<p>Beskriver kvinnans psykosociala problem i relation till grad av förlossningsrädsla , förändringar i hennes önskan om förlossningssätt och hur hon upplevde behandlingen</p>	<p>86 gravida kvinnor med förlossningsrädsla som önska kejsarsnitt och som genomgick rådgivning av ett special team under 2000-2002.</p> <p>Data samlades in från remisser, mödravårds-och förlossnings-patientjournaler samt uppföljande enkäter 2-4 år efter förlossningen.</p>	<p>Ett kris-orienterat rådgivnings team inrättades för att försöka hjälpa det ökade antalet gravida med förlossningsrädsla som önskade kejsarsnitt, på en mödravårds klinik i Norge.</p> <p>Av 4218 förlossningar remiterades 164 st till denna inrättning pga. förlossningsrädsla och 86 av dom hade önskan om kejsarsnitt. = studie gruppen. All data registrerades på ett speciellt sätt.</p>	<p>Efter genomgången behandling ändrade 86% av kvinnorna sin ursprungliga önskan om kejsarsnitt och förberedde sig på en vaginal förlossning. Uppföljande enkäterna visade på att kvinnorna var fortfarande glada att de ändrat sin mening om förlossningssätt flera år efter. Kvinnorna fick genom detta specialteam möjlighet att bli medvetna om orsakerna till sin rädsla och till viss del arbeta bort rädslan.</p>	<p>Väl godkänd</p>

Sökord: fear of childbirth, support, experience, sweden, scandinavia, anenatal care, therapy

		samt hennes önskan kring framtida förlossningar.		Deskriptiv analys har använts. SPSS Chi-square och Fisher's exact test användes för att testa signifikansen och skillnaden mellan variabler.		
Artikel 15. Saisto et al., Finland, 2006	Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth	Undersöka om det ökade antalet kvinnor med förlossningsrädsla och önskan om kejsarsnitt kan minska med nya behandlingsmetoder inom mödravården.	102 st finska förstagsgravida med förlossningsrädsla (experimentgrupp) fick delta i 5 st gruppterapi tillfällen. Den sista hölls 3 månader efter förlossningen. Jämfördes med 85 st gravida kvinnor med förlossningsrädsla som istället deltog i sedvanlig behandling som innebär 2 st möten med en obstetriker (kontrollgrupp).	Data samlades in via enkäter samt via förlossningsjournalen.	Kvinnorna i experimentgruppen bedömde behandlingen med gruppterapisamtal och avslappningsövningar som mycket hjälpsam och 82,4% valde att föda vaginalt istället för med kejsarsnitt. 67,1% i kontrollgruppen valde också att föda vaginalt. Det kvinnorna i experimentgruppen tyckte var till störst hjälp för att lindra rädslan var "sharing their feelings" med andra i liknande situation, "support from the group" och "receiving information"	Godkänd
Artikel 16. Nieminen et al., Sweden, 2015	Nulliparous pregnant woman's narratives of imminent childbirth before and after internet-based cognitive behavioral therapy for severe fear of childbirth: a	Beskriva förväntningarna på den kommande förlossningen före och efter en 8 veckors internet-baserad kognitiv beteendeterapi (KBT) bland förstföderskor med svår förlossningsrädsla.	15 st förstföderskor med svår förlossningsrädsla som deltog i ett KBT självhjälpsprogram.  Kvalitativ studie med semi-strukturella öppna frågor.  W-DEQ användes för att diagnostisera förlossningsrädsla.	Förstföderskor mellan graviditetsvecka 18-30 bjöds in att delta i studien via internet med självregistrering. Mellan jan 2012-dec 2013. Frågorna besvarades över internet före och efter 8 veckors KBT-behandling. 15 st fullföljde behandlingen och studien.  Berättelserna som samlades in före och efter terapin analyserades separat. Thematic analysis beskriven av Braun and Clark	Efter terapin beskrev deltagarna en mer realistisk attityd inför den kommande förlossningen. Attityden ändrades från negativ till mer positiv. De beskrev ett större självförtroende och mer aktiva coping strategier. De uppfatta sina partners och annan vårdpersonal som mer stöttande. Och de blev mer medvetna om mötet med sitt kommande barn under förlossningen.	Väl godkänd

Sökord: fear of childbirth, support, experience, sweden, scandinavia, anenatal care, therapy

	qualitative study			användes för att identifiera analysera och rapportera mönster (teman) i texterna.  Allt analyserades manuellt av författarna. Ingen mjukvara användes.		
Artikel 17. Rouhe et al., Finland, 2012	Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous woman – a randomized trial	Jämföra antalet vaginala förlossningar och förlossningsupplevelsen bland förstföderskor med förlossningsrädsla, som deltagit i antingen psykoterapi eller sedvanliga kontroller under graviditeten.	131 gravida förstföderskor med förlossningsrädsla deltog i 6 st gruppterapi träffar. (studiegrupp) och resterande 240 gravida förstföderskor med förlossningsrädsla deltog sedvanliga träffar med barnmorska (kontrollgrupp)  Randomiserad kontrollerad studie	Förlossningsdata samlades in via patientjournaler och data om förlossningsupplevelsen samlades in via enkäter.	Kvinnorna i studiegruppen genomgick i större utsträckning spontana vaginala förlossningar och färre kejsarsnitt än kontrollgruppen. Dessa kvinnor rapporterade också i större grad en mycket positiv förlossningsupplevelse.	Mycket väl godkänd
Artikel 18. Mårtensson et al., Sweden, 2014	What helps? A description of experiences of support among primiparous women with fear of childbirth: An interview study.	Att beskriva vad först-föderskor upplever som stöd för att hantera förlossningsrädsla.	5 friska förstföderskor (26-32år) i slutet av sin graviditet eller som nyligen fött barn som även upplevt förlossningsrädsla och erhållit speciellt stöd för detta. Ändamålsenligt snöbollsurval.  Djupintervjuer	Intervjuer med inledningsfrågorna: "how do you handle your fear of childbirth" and "what helped you most coping with your fear of childbirth". Intervjuerna varade mellan 25-40min.  Kvalitativ innehållsanalys enl. Graneheim och Lundman (2004).	Anpassa stödet efter varje enskild kvinnas behov och via 3 kategorier: viktigt att erhålla uppmuntran, få ökad kunskap och förståelse samt kombinera all sorts stöd.	Mycket väl godkänd

Sökord: fear of childbirth, support, experience, sweden, scandinavia, anenatal care, therapy

## Bilaga 3

### Kategori-tabell

Artikel	Stöd/behandling	Upplevelse av stöd	Påverkan på förlossning-sätt och förlossningsupplevelse
1 Ryding et al.	x	x	x
3 Sjögren	x	x	x
5 Waldenström et al.			x
7 Sydsjö et al.	x		x
8 Larsson et al.	x	x	x
9 Störkson et al.			x
12 Halvorsen et al.	x		x
13 Saisto et al.	x		x
14 Nerum et al.	x	x	x
15 Saisto et al.	x	x	x
16 Neiminen et al.	x	x	
17 Rouhe et al.	x		x
18 Mårtensson et al.	x	x	

Sökord: fear of childbirth, support, experience, sweden, scandinavia, anenatal care, therapy