

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ  
I VÅRDVETENSKAP  
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
2009:91

Förlossningsrädsla hos förstföderskor  
Hur visar sig förlossningsrädsla och vilka är orsakerna?

Marie Andersson  
Margareta Fredman



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Författare:	Marie Andersson och Margareta Fredman
Ämne:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	Fristående
Handledare:	Britt- Marie Haldén
Examinator:	Margret Lepp

## **Sammanfattning**

I Sverige är risken att kvinnan eller barnet skadas eller dör i samband med graviditet och förlossning liten vilket inte är fallet i flera av världens länder. Trots säker mödra- och förlossningsvård är många kvinnor rädda för att föda barn. Att vänta sitt första barn och vara rädd för graviditet och förlossning medför stor oro och ängslan och utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv är det ett livslidande. Syftet med denna studie är att undersöka hur förlossningsrädsla visar sig och vilka orsaker som finns beskrivna till att förstföderskor är rädda för att föda barn. Denna studie bygger på en analys av 12 vetenskapliga artiklar som beskriver förlossningsrädsla hos förstföderskor där såväl kvalitativ som kvantitativ metod har använts. Vi fann 6 teman: vid denna analys Ambivalens till att bli förälder, Kontrollbehov, Bristande tilltro till sin egen förmåga att kunna föda, Rädsla för smärta, Att mor och barn skall skadas eller dö under förlossningen samt Bristfällig psykosocial situation.

Studiens resultat visar att förlossningsrädda kvinnor kan ha en ökad sårbarhet där kvinnans livshistoria speglar orsakerna till hennes rädsla. För att undvika onödigt vårdlidande kan den salutogena modellen användas för att planera vården så att förlossningsrädslan blir begriplig och hanterbar och som en del i ett sammanhang för den förlossningsrädda kvinnan. Detta innebär att barnmorskan bör förmedla kunskap så att kvinnan med förlossningsrädsla kan förstå vad som händer under förlossningen och få redskap för att hantera förlossningssituationen. För att undvika onödigt vårdlidande är det viktigt att beakta de behov av noggrann planering med extra stöd och trygghet som dessa kvinnor behöver.

Nyckelord: förlossningsrädsla, förstföderska, sårbarhet, ambivalens

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>44</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>44</b>
Förlossningsrädsla .....	44
Vårdvetenskapligt perspektiv på förlossningsrädsla .....	44
Salutogent perspektiv på förlossningsrädsla .....	66
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>66</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>77</b>
<b>METOD</b> .....	<b>77</b>
Analys .....	77
Avgränsning:.....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b> 7
<b>RESULTAT</b> .....	<b>88</b>
Ambivalens till att bli förälder .....	88
Kontrollbehov .....	99
Bristande tilltro till sin egen förmåga att kunna föda .....	10+0
Rädsla för smärta .....	10+0
Att mor och barn skall skadas eller dö under förlossningen. ....	11+1
Bristfälligt psyksocial situation:.....	12+2
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>12+2</b>
Ambivalens till att bli förälder .....	13+3
Kontrollbehov .....	13+3
Bristande tilltro till sin egen förmåga att föda .....	14+4
Rädsla för smärta .....	14+4
Att mor eller barnet skall dö eller skadas.....	15+5
Bristfälligt psyksocial situation.....	15+5
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>15+5</b>
<b>Konklusion</b> .....	<b>16+6</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>17+7</b>
<b>Bilaga 1</b> .....	
Översikt av analyserad litteratur(artiklar, rapporter m.m.)	

## **INLEDNING**

Genom arbete som barnmorskor på förlossningsavdelning har vi kommit i kontakt med kvinnor som upplever förlossningsrädsla under sin första graviditet. Vi har därför blivit intresserade av att undersöka hur kvinnan upplever rädsla för att föda barn. Dessa kvinnor har inte genomgått någon graviditet eller haft någon negativ erfarenhet av förlossning och barnsängstid men upplever ändå en stark oro och ängslan inför förlossningen.

## **BAKGRUND**

### **Förlossningsrädsla**

Graviditet och förlossning kan medföra en stor risk för kvinnan och barnet i många av världens länder. I Sverige är denna risk minimal då Sverige är ett av de länder i världen där det är säkrast att föda och födas för såväl mamma som barn. Trots detta är många kvinnor rädda för förlossning (SFOG, 2004). Rädsla för att föda barn kan utifrån ett kliniskt perspektiv delas in i olika grader av rädsla. Lätt förlossningsrädsla innebär att kvinnan upplever en oro inför förlossningen men kvinnan kan bemästra denna oro. Måttlig förlossningsrädsla medför att kvinnan behöver hjälp att hantera sin oro och rädsla men rädslan ger inte ett starkt psykiskt lidande under graviditeten. Svår förlossningsrädsla innebär rädsla inför, under och efter förlossning där kvinnan upplever starkt psykiskt illabefinnande som stör hennes dagliga liv och möjlighet till anknytning under graviditeten och inför förlossningen. Förlossningsfobi är en extrem rädsla där kvinnan starkt undviker graviditet och vaginal förlossning (SFOG, 2004).

I Areskogs studie som genomfördes 1981 uppskattades 6 % av alla gravida kvinnor ha en svår förlossningsrädsla (Areskog, 1981). Trots att det är en gammal studie så har denna siffra bekräftats i flera senare studier (Sjögren, 1997, Saisto & Halmesmälis, 2003; Melender, 2002).

Förlossningsrädsla kan vara primär eller sekundär där primär förlossningsrädsla är när kvinnan är rädd redan innan hon varit med om en förlossning och sekundär då denna rädsla uppkommer efter att kvinnan fött barn (SFOG, 2004). Denna studie kommer att uppmärksamma primär förlossningsrädsla. Rädsla inför förlossning har under de senaste årtionden rönt ett stort intresse men även historiskt uppmärksammades rädsla inför barnafödande där den engelske obstetrikern Grandly Dick Read var pionjär under 1940-50 talet med bl.a. boken, Föda utan rädsla. Han ansåg att smärta under förlossningen berodde på rädsla, okunskap och ängslan som kunde minskas genom att kvinnan förbereddes inför förlossningen med undervisning och kunskap kring barnafödande. Han utvecklade en metod med undervisning, stöd och fysisk träning (Faxelid, Hogg, Kaplan, Nissen, 2001).

### **Vårdvetenskapligt perspektiv på förlossningsrädsla**

En viktig utgångspunkt inom vårdvetenskapen är patientperspektivet vilket bl.a. innebär en respekt för att patienten är expert på sig själv och sin livssituation (Dahlberg, 2003). I mötet med kvinnor med förlossningsrädsla är det viktigt att tro på kvinnans berättelse och upplevelser kring barnafödande (Sjögren, 1997). Livsvärldsperspektivet i form av barnmorskans intresse för patientens egen berättelse och livshistoria är väsentlig i mötet med den gravida kvinnan (Lundgren, 2002). Kvinnans livsvärld innefattar hennes egen livserfarenhet och relationer till närstående (Dahlberg, 2003). Livsvärldsperspektivet i denna

studie fokuserar på hur den förlossningsrädda kvinnan upplever sin hälsa, sitt lidande, sitt välbefinnande och sin värld. Dessa aspekter är viktiga att beakta hos kvinnor som känner oro och ängslan inför graviditet och förlossning. Det egna ansvaret som kvinnan har, att kunna klara av sin smärta och våga lita på sig själv har stor betydelse vid förlossningen och i samarbetet med barnmorskan. Kvinnan växer under graviditeten in i rollen att vara gravid och vad det innebär. Rollen förändras under graviditetens framväxt. Kvinnan accepterar sin livssituation och känner ett lugn inför förlossningen (Lundgren, 2002). En studie av Nilsson (2003) visar att förlossningsrädda kvinnor kan behöva både samtal och hjälp under såväl graviditet som förlossning. Vidare beskrivs att barnmorskan bör möta kvinnan i hennes livsvärld och beakta vad hon tidigare har gått igenom, bekräfta hennes lidande och ge henne trygghet. Detta ger kvinnan möjligheter till att vara delaktig i vården av sig själv (Nilsson, 2003). Lidande är att vara sårbar och kan upplevas som att leva under ett existentiellt hot. Man kan inte längre lita på sin kropp, man tappar kontroll och man kastas mellan hopp och förtvivlan (Dahlberg, 2003).

Vårdlidande är att förneka de mänskliga behov som uppkommer exempelvis under en förlossning. Att känna sig förolämpad och förödmjukad som patient kan upplevas som av att inte bli sedd eller hörd, och att inte vara en person att räknas med. Utifrån ett lidandeperspektiv kan detta innebära att man känner sig maktlös när man blir utestängd från sin egen vård, utan att förstå vad som händer (Dahlberg, 2003). Välbefinnande förutsätter att kvinnan erkänner att lidande finns och vågar vara lidande. I en vårdande relation blir vårdaren delaktig i lidandet vilket kan innebära att vårdaren har modet att vara kvar hos den lidande människan som kan öka möjligheten för patienten att uppleva värdighet och välbefinnande (Dahlberg, 2003). Varje förändring i den födande kvinnans kropp medför en förändring av tillgången till hennes värld och till livet. Dahlberg skriver att förändringen blir tydlig när en människa drabbas av en svår skada eller annat lidande som exempelvis, ångest och rädsla (Dahlberg, 2003). En sådan förändring är också uppenbar när en kvinna och en man gemensamt väntar barn. Utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv är den subjektiva kroppen fylld av minnen, erfarenheter, upplevelser och visdom. Genom reflektion medvetandegörs det som har vänts inåt i kroppen, detta görs synligt så att hon kan bearbeta det. För att kunna möta patienten i hennes livsvärld med ett helhetsperspektiv, krävs det att vårdaren har reflekterat över hur den egna levda kroppen upplevs och vilka bilder vårdaren bär med sig kring oro och rädsla (Dahlberg, 2003).

Förlossningssituationen är för de flesta ett mycket privat revir där det är extra viktigt att respektera den födande kvinnan integritet och värdighet. Mötet och den vårdande relationen bygger på den respekt som barnmorskan visar kvinnan och hennes närstående där barnmorskan är den som skapar trygghet och stöder föräldraparet (Lundgren, 2002). Relationer till andra människor skapar en "mellankroppslighet". Det finns ett problem i detta eftersom det finns både nedärvda och kulturellt skapade behov och revir. Gemensamt för oss alla är att vi har dessa revir som ger en känsla av privat och fredat område. Skillnaden ligger i hur stora reviren är och hur privata vi upplever dem (Dahlberg, 2003). I en vårdande relation möts alltid två individer/subjekt. Den intersubjektivitet som skapas kan aldrig innebära en ensidig relation, där den ena partnern är aktiv och den andra är passiv mottagare. Båda är alltid aktiva i någon mening. Vårdaren kan aldrig kräva att få något tillbaka av patienten. En vårdande relation är alltid ett ömsesidigt utbyte mellan patienten och vårdaren (Dahlberg, 2003). Livsförståelsen är grunden för vad som sägs i ett samtal och gör att individen blir berörd av den andres lidande/sårbarhet och inom sig finner svar på vad hon kan göra för den andre (Arman & Rehnsfeldt, 2006). Forskning har visat att ju mer professionell vårdaren är, desto mer använder vårdaren sig själv och sina egna erfarenheter i mötet. Detta innebär att

man inte överför sina egna upplevelser på patienten utan använder dessa erfarenheter som en grund för sin egen förståelse och för den andres situation. Att som vårdare ha insikt i människans ömsesidiga beroende gör att vårdandet blir något naturligt och att patientens svaghet/beroende ses som självklarheter (Arman, Rehnsfeldt, 2006).

## Salutogent perspektiv på förlossningsrädsla

Den salutogena teorin utvecklad av (Antonovsky, 1991) och passar väl in i hur en kvinna med förlossningsrädsla kan hantera sin situation i samband med graviditet och förlossning. I den salutogena modellen definieras hälsa på en linje mellan ytterligheterna hälsa och ohälsa. Avgörande för var på denna linje man befinner sig är enligt Antonovsky, den grad av känsla av sammanhang man har i livet. KASAM är människans övergripande uppfattning av livet bestående av tre komponenter nämligen:

- Begriplighet, är att förstå det som händer människan i livet såsom graviditet och förlossning.
- Hanterbarhet, att man klarar och kan påverka de situationer som inträffar i livet.
- Meningsfullhet, att man ser en mening med vad som sker i livet.

KASAM visar människans förmåga att hantera påfrestande situationer i livet, vilket en graviditet och förlossning kan vara. En människas förmåga att hantera detta utvecklas fram till 30-års ålder och förblir därefter stabil och förändras endast tillfälligt om någon stor förändring sker i livet (Antonovsky, 1991).

Definitionen av KASAM lyder:

*Känsla av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit och att (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, (2) de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga och (3) dessa krav är utmaningar, värda investeringar och engagemang. (Antonovsky, 1991, s. 41).*

## PROBLEMFÖRMULERING

För kvinnan som väntar sitt första barn är förlossningen en omvälvande händelse som pendlar mellan förväntan och oro. För en del kvinnor är tanken på en kommande förlossning skrämmande och ibland så stor oro att de vill förlösas med kejsarsnitt. För några kvinnor är oron så stor att de avstår från att föda barn. När graviditeten har nått en viss gräns kan man inte komma undan eller undvika förlossning vilket medför en stark oro och rädsla som man kan behöva få hjälp med att hantera under graviditet och vid förlossningen.

För att förlossningen inte skall skapa onödigt vårdlidande finns det anledning till att fördjupa kunskapen om hur förlossningsrädslan kan visa sig och vad som orsakar förlossningsrädsla hos förstföderskor.

## **SYFTE**

Syftet med studien är att beskriva hur förlossningsrädsla visar sig hos förstföderskor samt vilka orsaker som finns beskrivna.

## **METOD**

Arbetet har genomförts som en litteraturstudie. Då denna metod är beskriven som ett lämpligt sätt att gå tillväga för att få en översikt av det kunskapsläge som finns inom ett vårdområde samt att ta vara på befintlig kunskap (Friberg, 2006).

I syftet att beskriva och analysera hur förstföderskans förlossningsrädsla visar sig och vilka orsaker som finns påbörjade vi en litteratursökning som utgår från artiklar inom området förlossningsrädsla. Studiens material har inte tidsbegränsats.

Vi har sökt via Internet i databaserna Blackwell Synergy, Chinal, Medline och Pub Med. samt via sökmotorn Google. Sökord som vi använt är: childbirth, anoxia, delivery and fear, pregnancy and fear, nulliparous.

Vid denna sökning fann vi ca 20 artiklar som berör orsaker till förlossningsrädsla samt hur förlossningsrädsla visar sig. Av dessa var 8 artiklar inriktade enbart på omföderskor och togs därför bort från undersökningen. Kvar var 12 artiklar som vi läste ett flertal gånger. Vid genomläsning fann vi att 4 av dessa hade en kvalitativ ansats och 8 en kvantitativ (Bilaga 1).

Studien avgränsas till artiklar som undersöker hur förlossningsrädsla visar sig hos förstföderskor samt vilka orsaker som finns beskrivna. I arbetet ingår såväl studier med kvantitativ som kvalitativ forskningsansats.

Den kvalitativa forskningsansatsen används för att beskriva och tolka individens upplevelse av sin omvärld samt skapa förståelse för de fenomen som finns i dennes livsvärld (Friberg, 2006). Vi såg denna forskningsansats som lämplig men fick inkludera även kvantitativ forskning för att få tillräckligt material att analysera.

## **Analys**

Vid analysen har vi läst igenom de utvalda artiklarna flera gånger för att finna återkommande områden som svarade på vår frågeställning. Vi fann i sex återkommande områden/teman som indikerade hur förlossningsrädslan visar sig hos förstföderskor och vilka orsakerna kunde vara. För att säkerställa att inte något område hade förbisetts läste vi återigen artiklarna med fokus på att identifiera områden, teman som vi tidigare inte identifierat. Eftersom inga nya områden/teman upptäcktes koncentrerade vi oss på de ursprungliga och därefter att analysera vilka bakomliggande orsaker som finns i förhållande till identifierade teman. Vårt angreppssätt har varit att först skaffa oss en bild av hur förlossningsrädsla hos förstföderskor visar sig för att därefter analysera bakomliggande orsaker inom de områden som vi kunde identifiera. Vi gick således från helhet till delar för att därefter återgå till helheten genom att se till kvinnans möjlighet att hantera sin förlossningsrädsla.

## RESULTAT

Förlossningsrädsla påverkar kvinnans dagliga liv med oro, ångest, gråt, mardrömmar, hjärtklappning, rastlöshet och sömnsvårigheter som förvärras när hon närmar sig förlossningen. Kvinnan vågar inte bli gravid eller har tänkt göra abort. Man har hoppats på att undvika en graviditet och förlossning eller har man en önskan om att få ett kejsarsnitt (Saisto & Halmesmälis, 2003; Melender, 2002; Laursen, et al, 2008; Sjögren, 1998).

Under analysen av artiklarna har sex områden identifierats som beskriver hur förlossningsrädsla visar sig hos förstföderskor samt vilka orsaker som finns beskrivna.

- Ambivalens till att bli förälder
- Kontrollbehov
- Bristande tilltro till sin egen förmåga att kunna föda
- Rädsla för smärta
- Att mor och barn skall skadas eller dö under förlossningen
- Britfällig psykosocial situation

### Ambivalens till att bli förälder

Förlossningsrädsla kan visa sig som ambivalens till föräldraskap där kvinnan är tveksam till att bli gravid och föda barn. Bakomliggande orsaker kan vara den förändrade kvinnorollen. Kvinnan kan sakna förebild för sitt föräldraskap, hon kan ha varit utsatt för traumatiska händelser under uppväxten eller sakna stöd hos sin partner inför barnafödandet (Saisto & Halmesmälis, 2003).

Föräldrarollen har förändrats i det västerländska samhället där förväntningen på moderskap har trängts undan för arbete och karriär vilket har medfört att det saknas aktuella modeller för hur kvinnan skall vara som mamma och med en tveksamhet hos kvinnan till den egna förmågan till att ta hand om ett nyfött barn (Saisto & Halmesmälis, 2003). Att bli föräldrar är ett av de viktigaste bevisen på att tillhöra vuxenvärlden. Oron över att bli förälder och därmed vuxen kan vara en orsak till rädsla inför förlossningen (Saisto & Halmesmälis, 2003). Medelåldern för barnafödande hos förstföderskor har stigit och ligger i Sverige på 29 år (SCB, 2007). De äldre förstföderskorna har också en högre frekvens av att tidigare ha gjort abort, vilket kan tyda på en ambivalens att skaffa barn. Födandet innebär ju så mycket mer än en förlust av kontroll över sin egen tid, det är att förlora kontrollen över sin tillvaro för gott och att anpassa sig till en annan människa (Melender, 2002). Dagens livsstil för kvinnan med ett socialt och ekonomiskt oberoende kan skapa en konflikt till att föda barn och behöva ändra livsstil (Sjögren, 1997).

Den unga kvinnan kan inte förena de motsägelsefulla minnen hon har om sin mor från sin barndom. Mamman kan ha varit omväxlande tillfredsställande och belönande och omväxlande bestraffande och likgiltig genom att inte se till barnets behov av omtanke. Detta innebär att när dottern riktar kritik eller besvikelse mot sin egen mor får hon skuld känslor. Hon kan då uppleva tveksamhet till graviditet och rädsla för att föda (Sjögren, 1997). En brytning med äldre kvinnogenerationer som haft ett annat livsmönster än dagens kvinnor har medfört en förändringsprocess där dottern inte kan identifiera sig med tidigare kvinnogeneration. Denna dotter är och har varit barnaföderska under 80- och 90talet (Sjögren, 1997). Om modern inte



har fått utveckla och förverkliga sina drömmar, kan hon överföra denna besvikelse på dottern. Dottern kan då också reagera med protest och dra slutsatsen att hon aldrig vill bli som sin mamma (Ryding, 2008; Sjögren, 1997). I vissa fall minns kvinnan förhållanden och händelser i sin barndom och kan själv förstå att dessa upplevelser har betydelse för den oro och ångsla hon har inför förlossningen. Andra kvinnor kan inte minnas och beskriva tidigare upplevelser utan dessa finns i det omedvetna (Ryding, 2008; Sjögren, 1997).

Tidigare separationer som kvinnan varit med om, kan göra att hon känner oro för att nytt förlora någon och är därigenom tveksam till att föda då förlossningen är en separation från barnet hon bär (Sjögren, 1998). Ett komplicerat förhållande till sexualiteten kan göra att hon känner att graviditeten blir hotfull. Detta i synnerhet som hon i samband med födandet ger andra människor tillträde till sitt sköte (Sjögren, 1998). Heimstad (2006) såg i sin studie att det var vanligt att de gravida kvinnor som hade en svår förlossningsrädsla hade blivit fysiskt och sexuellt utnyttjade och misshandlade som barn. Han fann även ett samband mellan förlossningsrädsla och de som reagerat med ångest och panik när de fick beskedet att de var gravida (Heimstad, Dahloe, Laache, Skogvoll, Schei, 2006). Kvinnor som blivit sexuellt utnyttjade kan förneka sin graviditet och först när de har kommit långt fram i graviditeten förstå att graviditeten är ett faktum (Ryding, 1993). Sjögren visade i sin studie att flera förstföderskor hade gjort abort p.g.a. sin rädsla att föda och där upplevelser av övergrepp sannolikt fanns som orsak (Sjögren, 1998).

Många män är också oroliga för kvinnans smärta och oroar sig för skador på både kvinnan och barnet i samband med förlossningen. De upplever därigenom en tveksamhet till föräldraskap särskilt när de varit med om en tidigare traumatisk förlossning. Deras oro påverkar kvinnan negativt och kan medföra att kvinnan oroar sig för att dö under förlossningen (Sjögren, 1998). Mannens stödjande roll är viktig under graviditet och förlossning. Han har ofta under kvinnans graviditet påminns om minnen och funderingar från sin egen mamma. Dessa minnen påverkar hur han accepterar och upplever kvinnans moderskap, kvinnlighet och sexualitet samt huruvida han känner en ambivalens till graviditet och förlossning. Samtidigt kan erfarenheter, från sin pappa antingen hjälpa eller komplicera hans framtida föräldraroll (Saisto & Halmesmälis, 2003).

## **Kontrollbehov**

Gravida kvinnor kan ge uttryck för en djup skräck för kontrollförlust. Det är inte bara frågan om att "göra bort sig" utan om att helt tappa kontrollen över sin egen kropp och situation (Lagercrantz, 1979). Tillitsbrist med ett ökat kontrollbehov är vanligt hos förstföderskor som är rädda inför förlossningen. Kvinnan kan sakna tilltro till sin egen förmåga att kunna föda eller sakna tilltro till att personalen/barnmorskan kommer att hjälpa henne under förlossningen (Sjögren, 1997, Saisto & Halmesmälis, 2003; Melender, 2002; Lowe, 2000).

Om man tidigare inte fått tillräckligt stöd och trygghet utvecklas en brist på tilltro och förtroende som kan följa individen upp i vuxen ålder. Vid barnafödande och förlossning ökar kvinnans behov och hjälp av stöd från omgivningen. Kvinnan kan ha funnit sätt att klara av följderna av en känslomässig och fysiskt otillräcklig omvårdnad genom att försöka ha kontroll över situationer i tillvaron. Vid barnafödande räcker inte de skyddande metoder och förhållningssätt hon tidigare använt. För kvinnan som tidigare löst sin livssituation genom att utveckla ett starkt oberoende med ett stort kontrollbehov kan graviditeten bli en extra stor påfrestning då hon under graviditet och förlossning blir beroende av andra personer (Ryding, 2008; Sjögren, 1997; Saisto & Halmesmälis, 2003). Förstföderskor som är välutbildade som

är vana att bestämma över sina liv, kan ha önskemål om maximal kontroll över förlossningen och uppfattar ett planerat kejsarsnitt som den perfekt kontrollerade situationen. En del av dessa kvinnor har behov av att visa sig duktiga gentemot maken och personalen och tror inte de klarar av situationen utan känner sig misslyckade (Saisto & Halmesmälis, 2003). En del kvinnor klarar inte av att möta det okända utan får ett ökat behov av att ha kontroll över förändringar av sin kropp under såväl graviditet som förlossning. Detta kan komplicera förlossningsarbetet då det är viktigt att kunna släppa kontrollen där relationer till framförallt partnern har stor betydelse hur kvinnan reagerar (Lundgren, 2002). De blivande föräldrarna litar inte på att personalen har tillräckliga kunskaper eller god vilja utan tror att de själva måste ta hela ansvaret för förlossningen och ha kontroll vilket för dem känns övermäktigt (Ryding, 1997; Sjögren, 1997).

### **Bristande tilltro till sin egen förmåga att kunna föda**

Vissa kvinnor blir rädda för graviditet och förlossning redan i barndomen då de har vuxit upp med mödrar som hade berättat för dem om sina egna negativa förlossningsupplevelser eller dramatiska händelser kring barnafödandet och därigenom försämrat dotterns tilltro till sig själv och sin förmåga att föda barn (Ryding 1993; Sjögren, 1997).

En amerikansk studie visar att det bland förstföderskor med god utbildning är relativt vanligt, med en låg tilltro till sin egen förmåga att kunna föda. Det sociokulturella klimatet har fostrat amerikanska kvinnor till att se förlossningen som en medicinsk händelse där hög teknologi, medicinsk intervention och kejsarsnitt är det normala. Dessa kvinnor får ständiga budskap som underminerar tron på deras kroppsliga förmåga att föda och förmåga till att kunna klara av förlossningsförloppet (Lowe, 2000). Kvinnor med låg tilltro till sin egen förmåga till att föda barn begränsar sig i att skapa motivation och strategier inför förlossningen utan förtränger hela tanken på graviditet och barnafödande. Om kvinnan är gravid så medför hennes tankar att förlossningen känns som ogenomförbar vilket skapar ytterligare oro och rädsla (Lowe, 2000).

En orsak till förlossningsrädsla kan enligt Saisto och Halmesmälis, förutom bristande tilltro till sin förmåga att kunna föda, vara ett lågt förtroende för förlossningspersonalen. En rädsla för att göra på ett felaktigt sätt och därigenom skada barnet har nära samband med känslan av otillräcklighet att kunna föda och en oro för att ”tappa kontrollen”. Känslan av hjälplöshet och hopplöshet kan härröra från tidigare erfarenheter när kvinnan blivit nekad hjälp i en utsatt situation eller från traumatiska händelser i barndomen vilket kvinnan kan ha glömt (Saisto & Halmesmälis, 2003). Sjögren (1997) fann i sin studie att förlossningsrädda kvinnor är oroliga för att inte vara delaktig i att fatta beslut, få tillräcklig med hjälp, att vara oförmögen till att föda, att inte klara av ett långt lidande eller att kroppen är otillräcklig. Rädslan att föda är relaterad till grundläggande mänskliga känslor som, rädsla för att inte duga och rädsla för att dö (Sjögren, 1997) Att inte klara av förlossningen eller att försvinna och inte kunna medverka till en för barnet säker förlossning eller att bli så förstörd att hon inte kan fungera som mor är en vanlig oro vid förlossningsrädsla (Ryding, 1998).

### **Rädsla för smärta**

Föräldrar som är rädda för kroppslig smärta och sjukdom kan påverka dottern så att även hon utvecklar ett komplicerat förhållande till smärta och vård. Detta blir ett inlärt beteende som gör att kvinnan försöker undvika situationer som kan medföra smärta och reagerar starkt på

smärtsignaler (Sjögren, 1997; Saisto & Halmesmäki, 2003). Rädslan påverkar hur kvinnan tar emot information, hur hon upplever smärta och sjukhusmiljön. Oron inför förlossningsmärtan medför en önskan om sectio (Saisto & Halmesmälis, 2003; Lowe, 2000). Förlossningsrädsla som kvarstår i tredje trimestern av graviditeten ökar risken för akut kejsarsnitt. Denna situation är störst bland förstföderskor (Melender, 2002; Areskog, 1982).

En del kvinnor som väntar sitt första barn har svårt att tro att det finns tillräckligt bra smärtlindring men oroar sig även för smärtsamma injektioner vid smärtlindring. Rädslan för smärtan behöver inte vara den dominerande faktorn därför hjälper det inte enbart med en bra smärtlindring. Det är i mindre utsträckning värksmärtan som sådan som skrämmer utan mera det som smärtan gör med den födande kvinnan. Rädslan för att brista när barnet passerar genom förlossningskanalen är vanlig (Ryding, 1998; Sjögren, 1997; Areskog, 1982).

Rädsla för smärta kan också orsakas av negativa historier från andra kvinnor som fött barn eller av skrämmande information kring graviditet och förlossning från massmedia och sjukvården eller som kvinnan hört från sin egen mamma. (Ryding, 1998; Areskog, 1982; Sjögren, 1998). Lowe (2000) såg i sin studie att för förstföderskor med svår förlossningsrädsla var det viktigt med smärtfri förlossning. Dessa kvinnor hade en mer inlärd hjälplöshet, var mer rädda för att tappa kontrollen och ett dåligt självförtroende. Rädslan var störst för framfödandet och smärtan vid sammandragningarna (Lowe, 2000). En allmän rädsla för stick, sprutor och blod förekommer hos förlossningsrädda kvinnor. Den kan vara så svår att den ger svimningsanfall som utlöses när patienten ser blod eller genomgår provtagning. Denna rädsla har en starkare ärftlig komponent än vid andra fobier (Ryding, 1998; Sjögren, 1997; Areskog, 1982).

### **Att mor och barn skall skadas eller dö under förlossningen**

En del upplever smärtan så outhärdlig att de tror de skall dö eller önskar att få dö för att komma ifrån smärtan. Några tror att de skulle dö av att de tappar kontrollen i slutet på förlossningen. De är också rädda för att de inte skall klara av att krysta eller att brista. Förstföderskorna var mest rädda för att brista i samband med förlossningen (Ryding, 1998; Areskog 1982; Sjögren, 1998). Sjögren fann att mer än hälften av kvinnorna beskrev en rädsla för att dö eller att barnet dog. Rädslan för att dö var vanligare bland dem som känt en oro redan första graviditeten. Rädslan var också vanligare bland de som hade en partner som var orolig för förlossningen och vanligare bland de kvinnor vars män som tidigare varit med om en traumatisk förlossning (Sjögren, 1997). En kvinnas rädsla för att dö under förlossningen kan ses som ett uttryck för en allvarlig kris, där graviditeten aktualiserar konflikter från barndomen (Lagercrantz, 1979).

Bland kvinnor med svår förlossningsrädsla finns också oro över det ofödda barnets hälsa och välbefinnande såsom missbildningar och skador på barnet (Areskog, 1982; Melender, 2002; Lowe, 2000). De kvinnor som önskar kejsarsnitt p.g.a. förlossningsrädsla hade förutom rädslan för smärta också en rädsla för att barnet skall bli skadat eller att det skall dö.

Kvinnor som är extremt rädda för att förlossningen ska skada barnet, kan ibland ha skuld känslor för att de inte vet om de vill behålla sitt barn, för en tidigare abort eller för att de inte har tagit hand om sig ordentligt under graviditeten. De har inte kunnat glädjas åt sin graviditet (Ryding, 1998).

## **Bristfälligt psyksocial situation**

Orsaker till förlossningsrädsla kan vara att kvinnan har en personlighet med en allmän nedstämdhet som har biologiska orsaker (Saisto & Halmesmälis, 2003; Melender, 2002; Sjögren, 1997). Dessa kvinnor är allmänt oroliga, de kan ha psykisk problematik och vara deprimerade och de undviker situationer som utsätter dem för osäkerhet (Areskog, 1982; Wirfelt, Wängborg, Sjögren, Edman, 2008; Laursen, Hedegaard, Johansen, 2008). Kvinnor med svår förlossningsrädsla känner en mer allmän oro och är mindre stresståliga (Ryding, 1993).

De kvinnor som hade en psykisk oro under graviditet hade även en ökad oro när de inte var gravida. Det kan vara den psykiska ohälsan som egentligen är orsaken och inte rädsla för förlossningen då det inte är accepterat att gravida kvinnor mår dåligt rent generellt utan lägger all oro på förlossningsmomentet (Ryding, 1993; Sjögren, 1997; Lagerkrans, 1979).

Problem som depressioner, ångslan, oro och sömnbesvär har ökat framför allt hos yngre kvinnor. Detta medför att gravida kvinnor också har en stor frekvens av psykiska besvär (Sjögren, 1997; Melender, 2002; Saisto & Halmesmäki, 2003). Depression under graviditet kan vara en av de faktorer som kvinnan inte själv är medveten om som en orsak till förlossningsrädslan (Saisto & Halmesmälis, 2003). Men en kvinna med svår ångest under graviditeten behöver inte alltid besväras av förlossningsrädsla. Hennes ångest kan ha helt andra orsaker än rädsla inför graviditet och förlossning (Sjögren 1997; Ryding, 2008; Lowe, 2000).

Tidigare traumatiska händelser och sociala faktorer såsom ekonomiska problem, tidigare psykisk sjukdom, bristande support från partnern och ett svagt socialt nätverk gör att kvinnan inte vågar bli förälder och föda barn (Saisto & Halmesmälis, 2003; Melender, 2002; Sjögren, 1997). Dessa kvinnor har också låg social kompetens, lågt självförtroende och är beroende av andra människor (Ryding, 1993).

Ryding (1993) fann att hälften av omföderna varit rädda även inför den första förlossningen, en del ända sedan barndomen. Flera kvinnor med förlossningsrädsla har en mental ohälsa sen tidigare, flera var socialt utsatta och några var sexuellt utnyttjade (Ryding, 1993). I en dansk studie med förlossningsrädda förstfödernas personlighet såg man att rädslan var störst hos de med låg utbildning, svagt socialt nätverk, unga, arbetslösa, rökare, de med dåligt självförtroende (Laursen et al, 2008).

Kvinnor med problem i sin parrelation upplever större rädsla för förlossningen och ju mera missnöjda de är i sin relation ju större oro. Ofta är det en brist på förmågan att ge stöd till varandra i dessa familjer. Mannen är missnöjd med tillvaron och sin partner, vilket förstärker kvinnans rädsla inför förlossningen. Om kvinnan är ensamstående eller om partnern har barn i en tidigare relation är det vanligare att kvinnan känner oro inför förlossningen än bland de kvinnor som inte är förlossningsrädda (Saisto & Halmesmälis, 2003). Rädslan påverkades av situationen runtomkring kvinnan såsom hälsotillstånd, familjesituation och anställningsförhållande (Melender, 2002).

## **DISKUSSION**

Att vara rädd för förlossningen som förstföderna är påfrestande för kvinnan såväl som för mannen. Förlossningsrädsla medför sannolikt att ett flertal kvinnor avstår från att föda barn, varav några väljer att göra abort när kvinnan får veta att hon är gravid.

Förlossningsrädsla visade sig vara mer frekvent hos förstföderskor än hos omföderskor. Ålder och utbildning var inte relaterad till förlossningsrädslan (Areskog, 1981).

I vår studie fann vi sex områden som ger en bild av utsatta och sårbara kvinnor som kan bära på:

- Ambivalens till att bli förälder
- Kontrollbehov
- Bristande tilltro till sin egen förmåga att föda
- Rädsla för smärta
- Att mor eller barnet skall dö eller skadas
- Bristfälligt psykosocial situation

Sammantaget ger dessa teman en bild av en grupp kvinnor vars livsvärld präglas av ängslan och oro. För vissa kvinnor innebär det ett stort lidande så att de avstår från graviditet. Att vilja föda barn och bilda familj men inte våga lita till sin egen förmåga att kunna föda och uppleva en så stor rädsla att man avstår från graviditet utgör ett livslidande som präglar den förlossningsrädda kvinnans hela livsvärld.

Utifrån vår egen erfarenhet från möten med dessa kvinnor är ofta det första allmänna intrycket en är väl fungerande person i samhället med ett bra socialt liv och en bra relation till sin närstående. Vid ett längre samtal framkommer oftast något av ovanstående resultat som förklaring till deras förlossningsrädsla och att de ofta använder en strategier för att hantera sitt liv.

### **Ambivalens till att bli förälder**

Idag har de flesta kvinnor ett stort behov av att först planera sitt liv med att utbilda sig och att skaffa en stabil ekonomi innan de vågar eller vill skaffa barn. Detta skapar en frihet som sen kan vara svårt att släppa viket kan leda till att man har svårt att acceptera den förändring det blir med att få barn vilket i sin tur ökar ambivalensen att bli förälder (Saisto & Halmesmälis, 2003). Denna ambivalens bekräftas i den relativt höga medelålder som idag återfinns hos förstföderskor framför allt i storstadsområden men för de flesta kvinnor medför inte denna önskan om en egen karriär och ett eget liv någon förlossningsrädsla. Men för de kvinnor som saknar bra förebilder för sin föräldraroll med en mamma som svikit i utsatta situationer eller som inte bekräftat och gjort sin dotter synlig kan denna ambivalens till mammaroller vara fullt möjlig

### **Kontrollbehov**

Förlossningsrädda kvinnor kan ha ett så stort behov av att ha kontroll att de tror att de går under om de förlorar kontrollen. Men en förlossning kan man inte ha kontroll över utan man måste våga släppa kontrollen och bara följa med i de starka krafter som finns. Detta förutsätter att den födande kvinnan känner tillit till barnmorskan och kan känna förtroende och därmed indirekt ha kontroll över situationen. Denna onaturliga kontroll över livet som flera förlossningsrädda kvinnor kan ha har sin orsak då de under sin barndom inte haft den tillit och blivit sedda av sina föräldrar som de behövt. De har inte blivit bekräftade utan de har fått bevisa att de duger för att få uppmärksamhet. De kan ha växt upp i ett hem med droger, alkohol, misshandel eller incest. För att klara av tillvaron runtomkring sig försöker de ta kontroll över sitt liv och visa att de är duktiga och klarar sig själva. De vågar inte gå utanför

de ramar som de satt upp runt omkring sig. Detta medför att de inte vågar ge efter utan strävar efter total kontroll under förlossningen (Sjögren, 1997; Saisto & Halmesmälis, 2003; Melender, 2002; Lowe, 2000).

### **Bristande tilltro till sin egen förmåga att föda**

Det finns flera av de förlossningsrädda kvinnorna som upplever en känsla av övergivenhet vilket också kan ha sin grund från tidiga barndomsupplevelser. Många förlossningsrädda kvinnor tror att de inte blir informerade och delaktiga i beslut under förlossningen. De tror heller inte att de kommer att bli sedda och bekräftade av barnmorskan. Denna misstro till att få stöd under förlossningen kan orsakas av att dessa kvinnor känner sig särskilt utsatta under graviditet och förlossning och behöver extra omsorg för att känna sig trygg (Sjögren, 2008). Utifrån ovanstående är det viktigt att barnmorskan är tillgänglig och gör föräldraparet delaktiga i förlossningens framskridande samt bekräftar kvinnan genom stöd och uppmuntran.

Kvinnor som sedan tidigare är oroliga och får höra berättelser om traumatiska och andra obehagliga händelser i samband med graviditet och barnafödande i media och från sin omgivning blir än mer rädda för att ge sig in i graviditet och förlossning (Ryding, Wirfelt, Wängborg, Sjögren, Edman, 2008). Information via media och Internet kan vara onyanserad och ibland felaktig men dessa kvinnor har inte förmågan att sortera bort information som inte är adekvat utan de tar till sig informationen som bekräftar att de har alla anledning till rädsla inför förlossningen.

I vårt informationssamhälle kan det vara svårt att värja sig och det har uppkommit en idealbild hur kvinnan skall vara i samband med förlossning. Denna bild kan vara svår att leva upp till vilket underminerar deras tilltro till sin kropp och sin egen förmåga att föda barn och kvinnan tror sig inte ha förmåga till att föda. Allmänhet och massmedia tar inte den hänsynen att låta bli att dramatisera en situation utan det verkar snarare som det finns ett behov att ta till lite extra om det finns någon gravid som lyssnar. Kanske är det så att kvinnan skall veta vad de ger sig in i eller att behovet att hävda sig är alltför stort. Men troligtvis är dessa personer inte medvetna om att kvinnan kan vara så orolig då den allmänna synen är att förlossning är något som alla kvinnor skall klara av.

### **Rädsla för smärta**

Inställningen till smärta och smärthantering kan vara ett inlärt beteende som överförs från mor till dotter. Har en kvinna alltid mött ångslan i samband med smärtupplevelser medför det att hon undviker att utsättas för förlossningssmärta. En alltigenom smärtfri förlossning är nästintill omöjlig. Tror sig kvinnan inte klara av smärtan får hon en bristande tilltro till sin egen förmåga, då detta undvikande beteende upprepats under hela hennes uppväxt.

Medicinsk smärtlindring förstärker känslan av hjälplöshet och ökar beroendet av mer smärtlindring av detta slag för att klara av en förlossning (Melender, 2002). En stor hjälp är då barnmorskan får en bra relation till kvinnan så att hon kan stötta henne att finna sig själv och klara av att föda barnet. Det är viktigt att kvinnan själv får bestämma vilket stöd hon vill ha och i vilken utsträckning barnmorskan skall vara med. (Lundgren, 2002). Barnmorskan måste se hela kvinnans livssituation både hennes egen och relationen till mannen och övrig familj. Förlossningen kan i sin tur ge kvinnan ett ökat självförtroende och större förmåga att gå in i föräldrarollen så att förlossningen blir en positiv erfarenhet. Vården i samband med förlossningen kan vara en ömsesidighet mellan barnmorskan och den födande kvinnan där denna relation kan stärka kvinnan

## **Att mor eller barnet skall dö eller skadas**

Hos kvinnan som är rädd för att dö under förlossningen kan orsaken vara en kris under hennes barndom som aktualiseras under förlossningen (Lagercrantz, 1979). De kan vara rädda för att barnet skadas eller kvinnan dö i samband med barnets födelse och tror då att kejsarsnitt är ett bättre alternativ (Areskog, 1982; Melender, 2002; Lowe, 2000). De kan ha skuldkänslor för att de gjort abort eller att de inte velat ha barnet eller att de inte tagit hand om sig själva under graviditeten och att de kan straffas för detta (Ryding, 1998).

## **Bristfälligt psyksocial situation**

Vi fann i ett flertal studier att kvinnan kan ha varit utsatt för övergrepp under sin barndom vilket överensstämmer med vår erfarenhet utifrån våra möten med förlossningsrädda kvinnor. Övergreppen kan ha varit såväl sexuella som fysiska. Det är inte alltid som kvinnan är medveten om sambandet mellan förlossningsrädslan och övergreppen som kan ha skett under tidig barndom. Traumatiska händelser eller psykiska problem kan ha medfört att kvinnan har en personlighet med en ökad sårbarhet med inslag av stark oro och ångslan. Dessa kvinnor kan dessutom ha ett dåligt socialt nätverk vilket medför att de blir extra utsatta under en graviditet (Saisto & Halmesmälis, 2003; Heimstad, Dahloe, Laache, Skogvoll, Schei, 2006; Laursen et al 2008.). Kvinnans sexualitet kan vara komplicerad och medför att hon är känslig och ömtålig i samband med en förlossning där hon blir tvungen att vara avklädd och blotta sig på ett sätt som hon annars skyddat sig emot (Saisto & Halmesmälis, 2003, Heimstad et al, 2006, Laursen et al, 2008). Detta måste man beakta och vara lyhörd för då förlossningssituationen kan vara mycket intim såsom avkläddhet, närkontakt med massage eller att visa sig naken inför andra. Utsätter man dessa kvinnor för denna ytterligare påfrestning kan en mycket ångestskapande situation uppstå för kvinnan och istället för att kvinnan stärks av graviditet och förlossning kan ett svårt vårdlidande med ångslan och ångest skapas. Kvinnan får bekräftat alla de rädslor som hon annars kan skydda sig emot men som hon blir tvungen att utsätta sig för då hon föder barn.

Problem som depressioner, oro och sömnbesvär har ökat framför allt hos yngre kvinnor. Den gravida kvinnan med psykisk problematik kan uppfatta att det är graviditeten som orsakar hennes illabefinnande men behöver helt andra stödresurser inför barnafödande än vad barnmorskan kan ge inom ordinarie verksamhet (Sjögren, 1997; Melender, 2002; Saisto & Halmesmäki, 2003).

Med en sjukvårdsorganisation med knappa resurserna kan det vara svårt att ge extra stöd i form av en "egen barnmorska" under förlossningen men vad beslutsfattare bör ha med i beräkningen är den kostnad som ett kejsarsnitt medför och som blir betydligt dyrare än en vaginal förlossning även med en egen barnmorska.

## **Metoddiskussion**

Utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv är patientens upplevelse av ett fenomen en central del där kvalitativa forskningsmetoder syftar till att beskriva, förstå och förklara fenomen, erfarenheter eller upplevelser (Forsberg; 2003). Vilket för oss innebar att vår ambition var att finna kvalitativa artiklar som beskriver hur förlossningsrädsla visar sig hos förstfödorskor samt vilka orsaker som finns till deras rädsla. Vi fann dock att flertalet av de artiklar som beskrev förstfödorskors förlossningsrädsla var kvantitativa. Vi ser dock att vi utifrån den kvalitativa forskningens syfte kunde vi fått en mera djupgående beskrivning och förståelse av förstfödorskors förlossningsrädsla.

Vi har gjort upprepade litteratursökningar tills vi såg att vi hade tillräckligt material för vår studie. Vi kan ha fått ytterligare studier om vi utökade våra sökord men såg ändå att vi uppnått vårt syfte med nuvarande material.

Då vi båda har lång klinisk erfarenhet som barnmorskor och har arbetet med förlossningsrädda kvinnor har vi givetvis en stor förförståelse för fenomenet förlossningsrädsla. Vi har vid analys återkommande försökt att analysera materialet fritt från vår förståelse. Trots detta är vi medvetna om att resultatet påverkats av vår kunskap inom området.

För att ytterligare belysa fenomenet förlossningsrädda förstföderskor skulle en empirisk studie tydligare visa på orsaker samt hur förlossningsrädslan visar sig vilket vore lämpligt som en magisteruppsats.

Vår ambition var från början att undersöka kvalitativa studier. Vi upptäckte att merparten av artiklarna, som vi fann intressanta, har en kvantitativ ansats. Olika former av värderingsinstrument har använts så vi valde att göra en litteraturstudie av såväl artiklar med kvalitativa som kvantitativ forskningsansats eftersom en litteraturstudie kan innefatta både kvantitativ såväl som kvalitativ forskning (Friberg, 2006).

## **Konklusion**

Studiens resultat visar att förlossningsrädda kvinnor kan ha en ökad sårbarhet där kvinnans livshistoria speglar orsakerna till hennes rädsla. För att undvika onödigt vårdlidande kan den salutogena modellen användas för att planera vården så att förlossningsrädslan blir begriplig och hanterbar och som en del i ett sammanhang för den förlossningsrädda kvinnan.

## **Praktisk implikation:**

- Detta innebär att barnmorskan bör förmedla kunskap så att kvinnan med förlossningsrädsla kan förstå vad som händer under förlossningen och får redskap för att hantera förlossningssituationen.
- Det är viktigt att få kvinnan att känna trygghet och tilltro till att våga föda och våga lita på att barnmorskan finns för att hjälpa om situationen blir övermäktig för henne.
- Den relation som byggs upp mellan kvinnan och barnmorskan är viktig för att bryta det mönster som den förlossningsrädda kvinnan tidigare använt sig av.
- Barnmorskan kan genom att förmedla trygghet och tillit få dessa kvinnor att tro på sin egen förmåga, lita på sin omgivning och våga släppa på det kontrollbehov som de skaffat sig.
- Graviditet och förlossning kan om kvinnan får extra stöd med samtal, noggrann planering av förlossningen och en bra relation mellan barnmorskan och kvinnan bli den hjälp där kvinnan och hennes närståendes hela livsvärld förändras mot ett bra liv med välbefinnande istället för ett lidande.
- De salutogena effekter som uppstår kan ge kvinnan och mannen en möjlighet till ett mera hälsoinriktat liv där tilltro till sin egen förmåga, en tryggare tillvaro med mindre behov av kontroll och ett rikare liv som följd.



## REFERENSER

- Alehagen, S., Wijma, B., Wijma, K., (2006). Fear of Childbirth before, during, and after Childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2006; 56-62.
- Antonovski, A., (1991). *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och kultur.
- Areskog, B., Kjessler, B., Uddenberg, N., (1981). Fear of childbirth in late pregnancy *Gynekol. Obstet. Invest* 12:262-266.
- Areskog, B., Kjessler, B., Uddenberg, N., (1982). Identification of women with significant fear of childbirth during late pregnancy. *Gynekol. Obstet. Invest*. 13:98-107.
- Arman, M., Rehnsfeldt, A., (2006). *Vårdande som lindrar lidande. Etik i vårdandet*. Lieber AB.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Faxelid, E., Hogg, B., Kaplan, An, Nissen, E., (2001). *Lärobok för barnmorskor*. Lund. Studentlitteratur.
- Forsberg, C., Wengström, Y., (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockolm. Natur och Kultur
- Friberg, F. (red). (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Borås: Studentlitteratur.
- Heimstad, R., Dahloe, R., Laache, I., Skogvoll, E., Schei, B., (2006). Fear of Childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2006; 85:435-440.
- Klang Söderkvist, B., (2001). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundgren, I., (2002). *Releasing and relieving encounters - experiences of pregnancy and childbirth*. Uppsala: Akademitryck.
- Laursen, M., Hedegaard, M., Johansen, C. (2008). Fear of childbirth: predictor and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *An international Journal of Obstetrics and Gynecology*. 21, 219-224.
- Lowe, N. K., (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant woman. *Journal of Psycosomatic Obstetrics & Genecology*. 21:219-224.
- Melender, H-L, RM, MNsc, (2002). *Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth*. Uppsala: Akademitryck

- Nilsson, C., (2003). *Kvinnors upplevelse av Förlossningsrädsla*.  
Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad fördjupningsnivå 2.  
Högskolan i Borås.
- Ryding, E-L. (1993) Investigation of 33 women who demanded a caesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1993:280-285
- Ryding, E-L., Wijma, B., Wijma, K., Rydhström, H. (1998) Fear in childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency caesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1998; 77:542-547.
- Ryding, E-L., Wirfelt, E., Wängborg, I-B., Sjögren, B., Edman, G. (2008) Personality and fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scand*. 86;7,814-820.
- Saisto, T., Halmesmälis, E., (2003) Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003:82 201-208.
- Sjögren, B., (1997) Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Psychosom. Obstet Gynecol*. 18 266-272.
- Sjögren, B., (1998). *Förlossningsrädsla*. Lund: Studentlitteratur.
- SFOG (2004). Svensk förening för obstetrik och gynekologi arbete - och referensgrupp. *Förlossningsrädsla*. Rapport nr.51

Bilaga 1.

Författare/år	Tidskrift	Titel	Studiens syfte	Studiens resultat
Alehagen et al., 2006	Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica	Fear of Childbirth before, during, and after Childbirth.	Undersöka sambandet mellan förlossningsrädsla hos kvinnor som fått EDA och kvinnor som inte fått EDA under förlossning	Studien visar att EDA under förlossningen inte påverkar förlossningsrädsla
Areskog et al., 1981	Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica	Fear of childbirth in late pregnancy.	Undersöka orsaker till förlossningsrädsla i sen graviditet	Smärtan var inte dominerande utan mer rädsla för att dö eller barnet skall skadas Tappa kontroller eller förlora integriteten
Areskog et al., 1982	Gynecologica Obstetrica Investigate	Identification of Women with Significant Fear of Childbirth during Late Pregnancy	Undersöka metoder för att upptäcka förlossningsrädda kvinnor samt orsakerna till kvinnornas rädsla	Förlossningsrädsla hos gravida kvinnor upptäcks såväl vid intervju som via frågeformulär.
Heimstad et al., 2006	Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica	Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery.	Undersöka samband mellan förlossningsrädsla och sociala faktorer	Vanligare med förlossningsrädsla hos kvinnor som utsatts för fysisk och psykisk misshandel/sexuella övergrepp som barn
Laursen et al., 2008	The Authors Journal complication	Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort.	Undersöka karaktäristiska egenskaper och förhållanden hos förlossningsrädda förstföderskor samt eventuella förändringar i förekomst mellan 1997 och 2003.	Undersökningen visade att allmän oro och nedstämdhet samt låg själkänsla och låg skattning av upplevd hälsa var vanligare bland förlossningsrädda kvinnor.

Lowe, 2000	Journal Psychosom. Obstetrics Gynecology	Self- efficacy for labour and childbirth fears in nulliparous pregnant women	Undersöka förlossningsrädda förstföderskor självtillit till förlossning	Förlossningsrädda kvinnor har en större inlär hjälplöshet med lägre självkänsla och lägre tilltro till sin egen förmåga
Melender, 2002	BIRTH	Experiences of Fear Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women	Studien beskriva faktorer som orsakar förlossningsrädsla	Nedstämdhet Skrämmande historier och information king förlossningsjukdomar hos kvinnan eller barn
Ryding, 1993.	Acta Obstetrica Gynecologia Scandinavica	Investigation of 33 women who demanded a caesarean section for personal reasons	Undersöka orsaker till att kvinnor önskar humanitärt kejsarsnitt	Vanligt med mental ohälsa, svår social situation, sexuellt utnyttjade och negativa berättelser.
Ryding et al., 2008	Acta Obstetrica et Gynecologica	Personality and fear of childbirth	Undersöka personliga/sociala egenskaper hos förlossningsrädda kvinnor	Förlossningsrädda kvinnor har en större psykisk och fysisk oro, större sårbarhet och är mera ömtåliga än kvinnor som inte är rädda inför förlossningen
Saisto et al., 2001	Birth Journal of Obstetrics and Gynacology	Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth	Undersöka personlighetsdrag och socioekonomisk bakgrund hos förlossningsrädda kvinnor och deras partner	Kvinnor som är rädda för förlossning är mera oroliga och ängsliga, har mera depressioner och upplever ett större missnöje med sin partner samt saknar eller har bristfälligt socialt stöd än kvinnor som inte upplever rädsla.

Saisto et al., 2003	Acta Obstetricia Gynecologia Scandinavica	Fear of childbirth: a neglected dilemma	Litteraturstudie av orsaker till förlossningsrädsla hos kvinnor	Tidigare psykiska problem och en socialt stressande tillvaro, oro, ängslan, låg självkänsla och bristande stöd
Sjögren, 1997	Journal Psychosom. Obstetrics Gynecology	Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women	Undersöka orsaker till ängslan och oro för att föda	Bristande tilltro till personalens kompetens. Att inte tro sig kunna föda samt Rädsla för egen eller barnets död