



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET
Institutionen för kvinnor och barns hälsa
Enheten för reproduktiv hälsa
Kurs: VK 15

Förlossningsrädsla

En litteraturstudie om behandlingsmetoder för förlossningsrädda kvinnor

Fear of childbirth

A literature review about treatment for women with fear of childbirth

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2016

Författare:
Jeanette Pero
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestuderande

Marléne Söderström
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestuderande

Handledare:
Eva Nissen
Leg. Barnmorska
Professor

Examinator:
Helena Lindgren
Leg. Barnmorska
Docent

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Omkring 20 procent av alla kvinnor lider av förlossningsrädsla. Förlossningsrädsla avser oro och/eller rädsla inför, under och/eller efter förlossningen som påverkar kvinnans vardag negativt. Förlossningsrädda kvinnor önskar ofta kejsarsnitt för att undvika konfrontation med sin rädsla vid en vaginal förlossning och idag står kejsarsnitt på kvinnans begäran för åtta procent av alla kejsarsnitt. Det är av stor vikt att förlossningsrädda kvinnor fångas upp tidigt i graviditet och erbjuds en individualiserad vård.

Syfte: Att studera vilken påverkan de behandlingsmetoder har som erbjuds kvinnor med förlossningsrädsla under graviditeten.

Metod: Systematisk litteraturstudie baserad på 14 kvantitativa vetenskapliga artiklar.

Resultat: Förekomsten av kejsarsnitt och önskemål om kejsarsnitt minskade bland förlossningsrädda kvinnor som erhöll någon form av intervention för att minska rädslan. Förlossningsrädda kvinnor skattade även sin förlossningsupplevelse som mer positiv samt hade en lägre grad av förlossningsrädsla efter erhållen intervention.

Slutsats: Forskning visar att olika behandlingsmetoder såsom psykoedukativ gruppterapi med avslappningsövningar, extra stöd, kognitiv terapi, psykosomatiskt stöd, intensivterapi, grupp psykoedukation med avslappningsövningar, träningsprogram, mindfulness kurs och psykoedukativ telefonrådgivning för förlossningsrädsla har effekt, dock saknas forskning på vilken metod som är effektivast. För att jämföra eller mäta effekten av en behandlingsmetod föreslås vidare randomiserade kontrollerade studier.

Nyckelord: förlossningsrädsla, kejsarsnitt, förlossningsupplevelse, behandlingsmetoder, interventioner

ABSTRACT

Background: About 20 percent of all women suffer from fear of childbirth. Fear of childbirth refers to anxiety and/or fear before, during and/or after the birth, that affect a woman's everyday life negatively. Women with fear of childbirth often wish for caesarean section to avoid confrontation with their fears during a vaginal delivery. Caesarean section on the woman's request stands for 8 percent of today's cesarean sections. It is of great importance that women with fear of childbirth is captured early in pregnancy and offered an individualized care.

Aim: To study the impact of treatment given to women with fear of childbirth during pregnancy.

Method: Systematic literature review based on 14 quantitative scientific articles.

Results: Caesarean section outcome and requests for caesarean section decreased among women with fear of childbirth who received some form of intervention to reduce the fear. Women with fear of childbirth also valued their birth experience as more positive and had a lower degree of fear of childbirth after receiving the intervention.

Conclusion: Research shows that different treatment such as psychoeducative group therapy with relaxation, extra support, cognitive therapy, psychosomatic support, intensive therapy, group psychoeducation with relaxation, exercise program, mindfulness course and psycho educative phone support for fear of childbirth has effect, but there is no research on which method is most effective. To compare or measure the effect of a treatment further randomized controlled trials are suggested.

Keywords: fear of childbirth, caesarean section, birth experience, treatment, intervention

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Förlossningsrädsla	1
Definition.....	1
Mätinstrument.....	2
Orsak till förlossningsrädsla	2
Förekomst	2
Konsekvenser.....	3
Handläggning.....	3
Förlossningsupplevelse.....	4
Kejsarsnitt	4
Problemformulering	5
SYFTE	5
Frågeställningar	5
METOD	5
Design.....	5
Datainsamling.....	6
Inklusions- och exklusionskriterier	7
Bearbetning av artiklar	8
ETISKA ASPEKTER	8
RESULTAT	8
Beskrivning av intervention- och kontrollsituation.....	8
Förekomst av kejsarsnitt.....	11
Påverkan på förlossningsupplevelsen.....	12
Påverkan på förlossningsrädsla	13
Kritisk granskning	13
Design	14
Urval och bortfall.....	14
Mätinstrument.....	15
Intervention eller inte.....	15
Tidsmässiga aspekter på interventioner och uppföljning	16
Språk	16
DISKUSSION.....	17
Resultatdiskussion.....	17
Metoddiskussion.....	19
Vidare forskning.....	20
SLUTSATS.....	20
REFERENSLISTA	22
Bilaga 1: MATRIS	27

BAKGRUND

Förlossningsrädsla

Definition

Begreppet förlossningsrädsla saknar en enhetlig och tydlig definition. Det som förlossningsrädsla vanligen avser är oro och/eller rädsla inför, under och/eller efter förlossningen som i sin tur påverkar kvinnans vardag negativt och kan visa sig genom ångest, humörsvängningar, koncentrationsstörningar och sömnsvårigheter. Det kan också upplevas som en känsla av att vara annorlunda eller sämre än andra kvinnor (Berg & Lundgren, 2010; Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren, 2009). Var den kliniska gränsen för förlossningsrädsla går är svårt att avgöra, oftast är det kvinnan själv som bedömer om hennes rädsla är så allvarlig att hon behöver söka hjälp (Almström et al., 2004).

Förlossningsrädsla delas in i fyra grader av oro inför förlossningen *lätt*, *måttlig*, *svår* och *fobisk*. *Lätt* innebär en oro som kvinnan själv kan hantera. *Måttlig* är en starkare oro som kvinnan själv kan ha svårt att hantera men som inte innebär dagligt illabefinnande. Den *svåra* förlossningsrädslan är en stark oro och rädsla som i huvudsak stör kvinnans vardag. Detta kan innebära att kvinnan undviker graviditet trots barnlängtan eller att kvinnan önskar föda med kejsarsnitt. *Fobisk* innebär en extrem fobiliknande rädsla som leder till att kvinnan sällan blir eller fullföljer en graviditet (Almström et al., 2004; Berg & Lundgren, 2010).

Förlossningsrädsla kan vara primär vilket innebär att den uppkommit redan under kvinnans uppväxt det vill säga innan kvinnan upplevt en förlossning. Förlossningsrädsla kan också vara sekundär vilket innebär att den uppkommit efter en för kvinnan upplevd svår eller traumatisk förlossning (Berg & Lundgren, 2010; Nilsson, 2012). SFOG:s rapport tar upp att studier visar att fler förstföderskor än omföderskor är förlossningsrädda, medan omföderskor i större utsträckning lider av svår förlossningsrädsla (Almström et al., 2004). Pazzagli et al. (2015) styrker detta och hävdar att anledningen till att omföderskor oftare lider av svår förlossningsrädsla är på grund av tidigare svår/ traumatisk förlossningsupplevelse.

Mätinstrument

Forskning inom området idag definierar förlossningsrädsla på olika vis. Diskussioner pågår om behovet av enklare, mer praktiskt och mer kulturellt överförbart instrument för att identifiera och mäta förlossningsrädsla i det kliniska arbetet (Haines et al., 2015). "Fear of birth scale" (FOBS) har föreslagits bli ett validerat instrument som kan identifiera och bedöma förlossningsrädsla (Ternström, Hildingsson, Haines & Rubertsson, 2015b). Haines et al. (2015) har jämfört FOBS med det validerade mätinstrumentet Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ), där de fann att FOBS mäter förlossningsrädsla med stor noggrannhet och är ett enklare instrument att använda kliniskt då det består av enbart två frågor jämfört med W-DEQ's 33 frågor, dock behövs vidare forskning för att få FOBS validerat (a.a). Således är W-DEQ idag det enda validerade frågeformulär för att identifiera och bedöma graden av förlossningsrädsla. Det som utmärker W-DEQ från andra frågeformulär är att det även tar med tankar, föreställningar och känslor hos den gravida kvinnan inför förlossningen (Rouhe, 2015; Sjögren, 1998). W-DEQ finns som två formulär, W-DEQ A mäter förlossningsrädsan under graviditeten medan W-DEQ B mäter rädslan postpartum. Frågeformulären är som nämnts ovan uppbyggda med 33 frågor, varje fråga har en skala från ett-sex (1-6), ju högre poäng desto mer förlossningsrädsla har kvinnan (Wijma, Wijma & Zar, 1998).

Orsak till förlossningsrädsla

De vanligaste orsakerna till förlossningsrädsla är oro för smärta, oro för risk att brista eller andra komplikationer för kvinnan eller barnet. Bristande förtroende för personalen, att inte bemötas med respekt, otillräcklig tilltro till att klara av att föda samt att tappa kontrollen är också vanliga faktorer för förlossningsrädsla (Kaplan et al., 2009; Almström et al., 2004). Kvinnors personliga förutsättningar och sociala situation kan ha samband med förlossningsrädsla. Hos kvinnor med psykiatriska diagnoser är förlossningsrädsla mer förekommande än bland helt psykiskt friska kvinnor (Almström et al., 2004).

Förekomst

Det var först i början på 1980-talet som förlossningsrädsla började uppmärksammas inom forskning. För 30 år sedan existerade inte förlossningsrädsla som medicinskt begrepp i Norden (Liljeroth, 2009). Den första artikeln som handlade om förlossningsrädsla skrevs av Areskog, Uddenberg och Kjessler (1981). Efter att de intervjuat kvinnor i sen graviditet fann de att sex procent led av svår förlossningsrädsla (a.a). Andelen kvinnor med svår förlossningsrädsla har inte

förändrats över tid (Berg & Lundgren, 2010; Kaplan et al., 2009; Nieminen, Stephansson & Ryding, 2009). Kvinnor som söker hjälp för sin förlossningsrädsla har dock ökat betydligt, om det rör sig om en reell ökning av förlossningsrädsla eller om det är på grund av att kvinnor vågar uttrycka sina känslor, förväntningar och oro på ett mer öppet sätt idag är oklart (Sjögren, 2003). Andelen kvinnor med förlossningsrädsla är omkring 20 procent (Berg & Lundgren, 2010; Kaplan et al., 2009; Nilsson, 2012; Sjögren, 1998).

Konsekvenser

Att kvinnan lider av förlossningsrädsla kan innebära att graviditeten och/eller förlossningen kompliceras och därmed räknas som en riskgraviditet och/eller riskförlossning. Några komplikationer som kan tillstå är hämning av fostertillväxt, prematur förlossning, överburenhet, utdragen förlossning eller hög risk för akut kejsarsnitt. Förutom fysiska komplikationer finns det även risk för försvårad anknytning mellan mor och barn samt en ökad risk för negativ förlossningsupplevelse till följd av förlossningsrädsla (Liljeroth, 2009). Den ökade risken för negativ förlossningsupplevelse hos förlossningsrädda kvinnor kan orsaka posttraumatiska reaktioner, som kan leda till lidande och kräva behandling (Sjögren, 1998).

Handläggning

Det är av stor vikt att de förlossningsrädda kvinnorna fångas upp tidigt i graviditeten för att kunna ges en individualiserad vård på rätt vårdnivå (Berg & Lundgren, 2010; Kaplan et al., 2009; Almström et al., 2004). Kvinnor med förlossningsrädsla uppmärksammas vanligtvis på mödravården och graden av förlossningsrädsla ställs med hjälp av barnmorska och/eller läkare. Kvinnor med lätt till måttlig förlossningsrädsla kan fortsätta vårdas på ordinarie mödravård medan kvinnor med måttlig till svår förlossningsrädsla remitteras till aurooramottagning eller motsvarande enhet (Almström et al., 2004; Vårdgivarguiden, 2015). I samband med att förlossningsrädsla hos kvinnor började uppmärksammas i slutet av 1980-talet, startades den första specialmottagningen för dessa kvinnor, som fick namnet Aurora. Under 1990-talet spreds verksamheten och etablerades under olika benämningar på de flesta kvinnokliniker runt om i Sverige (Almström et al., 2004). Idag behandlas vanligtvis förlossningsrädda kvinnor på dessa specialistmottagningar (Berg & Lundgren, 2010; Kaplan et al., 2009). Aurooramottagningarna eller likvärdiga enheter kan ha olika arbetssätt och kan bestå av olika yrkeskategorier så som, erfarna förlossningsverksamma barnmorskor, obstetriker, psykolog, kurator samt psykiater. De arbetar utifrån stödjande samtal, förlossningsförberedelse samt i vissa fall terapi. Syftet med behandlingen är att kvinnan skall få en

ökad trygghet, stärka hennes tro på sig själv och sin förmåga att kunna föda barn samt ge en ökad kunskap (Almström et al., 2004). Målsättningen med verksamheten är att minska förlossningsrädslan hos de förlossningsrädda kvinnorna och att de skall få en så positiv förlossningsupplevelse som möjligt oberoende av förlossningssätt (Berg & Lundgren, 2010; Kaplan et al., 2009; Mohlander & Ryding, 2013; Almström et al., 2004).

Förlossningsupplevelse

Flertalet studier har genom åren gjorts för att försöka beskriva kvinnors upplevelse av förlossning samt att identifiera påverkande faktorer (Waldenström, Borg, Olsson, Sköld & Wall, 1996), men förlossningsupplevelsen är mångdimensionell, komplex och en unik upplevelse för varje enskild kvinna och därför svår att definiera (Nilsson, 2012; Waldenström et al., 1996). Nilsson (2012) nämner fyra viktiga faktorer, känsla av kontroll, upplevelse av smärta, deltagande och relationen till personal, som är av betydelse för kvinnans förlossningsupplevelse. Waldenström et al. (1996) fann att den multidimensionella karaktären av förlossningsupplevelsen styrks av att både positiva och negativa känslor existerar samtidigt. Både fysiska och psykosociala faktorer styr hur kvinnan upplever sin förlossning och en förståelse av detta bland personal kan leda till en mer flexibel och individualiserad vård, vilket i sin tur ger kvinnan en mer positiv förlossningsupplevelse (a.a). Det är viktigt att ta i beaktande att förlossningsupplevelsen inte bara påverkar kvinnan under och direkt efter förlossningen utan även i framtiden (Nilsson, 2012; Waldenström et al., 1996). En negativ upplevelse kan leda till posttraumatisk stress, posttraumatiskt stressyndrom, depression samt undvikande av ny graviditet (Nilsson, 2012).

Kejsarsnitt

Kejsarsnittsfrekvensen har i Sverige ökat från fem procent i början på 1970-talet till 17,7 procent år 2014. Av dessa 17,7 procent är 53,6 procent planerade kejsarsnitt och 46,3 procent är akuta (Socialstyrelsen, 2015). Åtta procent av alla kejsarsnitt sker på moderns begäran (Socialstyrelsen, 2011; Wiklund, Andolf, Lilja & Hildingsson, 2012). Den största orsaken till att kvinnor önskar kejsarsnitt är på grund av förlossningsrädsla (Wax, Cartin, Pinette & Blackstone, 2004; Åmark & Ryding, 2006). Förlossningsrädda kvinnor önskar ofta kejsarsnitt för att undvika att konfronteras med sin rädsla vid en vaginalförlossning (Rouhe, 2015), trots att det för både kvinnan och barnet i de flesta fall är bättre med en vaginal förlossning (Socialstyrelsen, 2011). Riskerna med kejsarsnitt för kvinnan på kort sikt kan vara, ökad blödning, infektion i bland annat operationssåret och/eller livmodern, djup ventrombos och hysterektomi. På långsikt kan kvinnan drabbas av uterusruptur

och/ eller placenta komplikationer vid en ny graviditet. Hos kvinnor som genomgått kejsarsnitt är det färre som lider av urin- och/eller faecesinkontinens (Socialstyrelsen, 2011; Wiklund et al. 2012).

Risker för barnet på kort sikt kan vara neonatal andningsstörning, hypoglykemi och hypotermi.

Risker på lång sikt kan vara astma, gastroenterit, glutenintolerans, typ-1 diabetes och eventuellt vissa tumörsjukdomar. Dock ses en minskad risk för mekonium aspiration, allvarlig syrebrist samt plexusskador hos barnet vid kejsarsnitt (Socialstyrelsen, 2011; Wiklund et al. 2012).

Problemformulering

Att var femte kvinna lider av förlossningsrädsla är ett kliniskt problem. Forskning inom förlossningsrädsla är bristfällig. Det saknas enighet kring vem, var eller vilken behandling som skall ges för att nå bästa resultat. För att kunna erbjuda förlossningsrädda kvinnor en effektiv behandling är det nödvändigt att veta vad som visat sig verksamt för vem.

SYFTE

Att studera vilken påverkan de behandlingsmetoder har som erbjuds kvinnor med förlossningsrädsla under graviditeten.

Frågeställningar

Påverkar interventionerna som erbjuds förlossningsrädda kvinnor förekomsten av kejsarsnitt?

Påverkar interventionerna som erbjuds förlossningsrädda kvinnor deras förlossningsupplevelse?

Har de interventioner som erbjuds effekt för förlossningsrädsla?

METOD

Design

Vi valde att skriva en systematisk litteraturstudie. Litteraturstudien utarbetades på ett systematiskt sätt, vilket innebar en systematisk sökning, kritisk granskning och sammanställning av litteratur inom det valda ämnes- eller problemområdet (Forsberg & Wengström, 2013). Artikelgranskning gjordes med stöd från Forsberg & Wengström (2013) samt Statens beredning för

medicinskutvärderings mall (SBU, 2014) för kvalitetsgranskning av studier med kvantitativ forskningsmetodik.

Datainsamling

Till grund för vår litteraturstudie valde vi att använda oss av de olika databaserna PubMed, CINAHL, PsycINFO och Medline. Vi valde att rikta in oss på sökorden, “fear of childbirth”, “support” och “treatment” i varierande kombinationer. Artikelsökningen redovisas i tabell 1. Först läste vi titlarna på artiklarna, i de artiklar där titlarna bedömdes som relevanta lästes abstraktet. Om vi bedömde abstraktet som relevant till vårt syfte lästes artikeln i fulltext. De artiklar som sedan svarade på vårt syfte valdes ut för ytterligare granskning och analys. Vissa artiklar förekom vid mer än en sökning men har bara redovisats en gång. Totalt fann vi 14 artiklar som svarade på syftet och inkluderades i litteraturstudien.

Tabell 1 Artikelsökning

Sökning nr:	Databas	Sökord	Limits	Sök-träffar	Granskade Artiklar	Inkluderade Artiklar
1	PubMed	Fear of childbirth and support	Fulltext	270	5	3
2	PubMed	Fear of childbirth and treatment	Fulltext	160	9	9
3	PsycINFO	fear of childbirth and support	Fulltext	17	1	0
4	PsycINFO	fear of childbirth and treatment	Fulltext	2	0	0
5	CINAHL	fear of childbirth and support	Peer Reviewed; Abstract Available	105	0	0
6	CINAHL	fear of childbirth and treatment	Peer Reviewed; Abstract Available	18	0	0
7	Medline	fear of childbirth and support	Fulltext	55	2	2
8	Medline	fear of childbirth and treatment	Fulltext	5	0	0

Inklusions- och exklusionskriterier

Utifrån våra sökningar fann vi att forskning om förlossningsrädsla är begränsad till framförallt Skandinavien och Australien. Därför är de inkluderade artiklarna i denna litteraturstudie främst från dessa länder.

Vi valde att inkludera endast kvantitativa artiklar som fanns i fulltext och på engelska eller svenska och även artiklar som svarade på en eller flera av våra olika frågeställningar. I databasen CINAHL begränsade vi sökningen till endast artiklar som var "peer reviewed" och "abstract available"

eftersom det inte gick att begränsa till endast Fulltext. Beträffande årtal har vi valt att inte begränsa oss.

Bearbetning av artiklar

Båda författarna läste samtliga 17 artiklar var för sig. Av dessa 17 artiklar gjordes sedan ett urval där tre artiklar exkluderades, då dessa inte svarade på vårt syfte. Artiklarna granskades och deras styrkor och svagheter analyserades, diskuterades och sammanställdes i en kritisk granskning med stöd av SBU:s mall (2014) samt Forsberg & Wengström (2013). En sammanställning av de inkluderade artiklarna är beskriven utifrån design, syfte, urval, inklusions- och exklusionskriterier, datainsamlingsmetod och analysmetod, resultat samt slutsats i en matris som finns i bilaga 1.

ETISKA ASPEKTER

För litteraturstudier krävs inget etiskt godkännande, men etiska överväganden bör göras. Vi valde att presentera samtliga inkluderade artiklars resultat oberoende vad resultatet visade. Vi eftersträvade att redovisa resultatet utan att låta våra egna värderingar prägla analysen. Samtliga inkluderade artiklar har ett etiskt godkännande. Enligt Forsberg & Wengström (2013) indikerar etiskt godkännande att forskarna följt forskningsetiska riktlinjer.

RESULTAT

Vårt resultat presenteras utifrån att vi först introducerar de studerade interventions- och kontrollsituationerna, sedan besvaras våra frågeställningar, “Påverkar interventionerna som erbjuds förlossningsrädda kvinnor förekomsten av kejsarsnitt?”, “Påverkar interventionerna som erbjuds förlossningsrädda kvinnor deras förlossningsupplevelse?” och “Har de interventioner som erbjuds effekt för förlossningsrädsla?”. Till sist beskriver vi den kritiska granskningen av de inkluderade artiklarna.

Beskrivning av intervention- och kontrollsituation

De olika interventionerna som förekom i studierna var extra stöd i olika utformningar, psykosomatiskt stöd, psykoedukativ gruppterapi med avslappningsövningar, intensivterapi, grupp psykoedukation med avslappningsövningar, psykoedukativ telefonrådgivning, mindfulness-based

childbirth education (MBCE) och träningsprogram. Interventionerna hade olika varaktighet och i en modell innebar interventionen att deltagarna skulle lösa hemuppgifter. Kontrollsituationen i studierna såg olika ut.

Ryding, Persson, Onell och Kvist (2003) beskrev *extra stöd* som att kvinnorna utöver sin ordinarie mödravård fått träffa ett team som var specialiserat på att möta kvinnor med förlossningsrädsla. Teamet bestod av åtta barnmorskor som arbetade på förlossningsavdelningen och fått utbildning inom rådgivning samt en specialist inom obstetrik och gynekologi som även fått specialträning inom psykoterapi. Kvinnorna träffade barnmorskorna 1-14 gånger, i genomsnitt fyra gånger under graviditeten samt en gång postpartum, i enstaka fall två-tre gånger postpartum. Kontrollsituationen utgjordes av ordinarie mödrahälsovård och kontrollgruppen matchades för att efterlikna interventionsgruppen i bakgrundsvariabler och förlossningssätt, någon närmare precisering finns inte beskriven (a.a). Sydsjö, Sydsjö, Gunnervik, Bladh och Josefsson (2012) avsåg i detta sammanhang att *extra stöd* innebar samtal på den psykosociala, obstetriska- och gynekologiska enheten utifrån en kognitiv beteende terapeutisk ansats samt psykoedukation. På enheten träffade 47,3 procent av kvinnorna en specialutbildad barnmorska, 67,7 procent konsulterade en obstetriker och 32,4 procent konsulterade en psykoterapeut/psykolog. Kvinnorna hade i de flesta fall en-två konsultationstillfällen på enheten. Författarna valde också här att matcha sin kontrollgrupp med en icke förlossningsrädd kvinna som födde på samma sjukhus, samma dag, därav erhöll denna grupp enbart ordinarie mödravård (a.a). Larsson, Karlström, Rubertsson och Hildingsson (2015) beskrev att *extra stöd* innebar stöd från olika yrkeskategorier så som specialutbildad barnmorska, ordinarie mödravårdsbarnmorska, obstetriker, socialarbetare eller psykolog. Nerum, Halvorsen, Sørli och Øian (2006) definierade *extra stöd* med att kvinnorna fick träffa ett konsultationsteam bestående av två erfarna barnmorskor med extra utbildning inom mental hälsa, en erfaren obstetriker och en socialarbetare. Alla fick först en två timmars session därefter gjordes individuella planer upp för fortsatt stöd (a.a). Hildingsson, Nilsson, Karlström och Lundgren (2011) beskrev att *extra stöd* innebar möte med specialutbildad barnmorska. Waldenström, Hildingsson och Ryding (2006) beskrev *extra stöd* som aurora-samtal. I de deskriptiva studierna av Larsson et al. (2015); Nerum et al. (2006); Hildingsson et al. (2011) och Waldenström et al. (2006) fanns ingen kontrollgrupp.

Sjögren & Thomassen (1997) beskrev *psykosomatiskt stöd* som konsultation med en gynekolog specialiserad inom psykosomatik och psykoterapi. I samtalen diskuterades både psykologiska och obstetriska aspekter av att föda barn. Kvinnorna som erhöll psykosomatiskt stöd fick i genomsnitt 3,4 sessioner. 25 kvinnor erhöll även psykoterapi som innefattade i snitt 7,4 sessioner.

Kontrollgruppen matchades utifrån ålder, paritet, graviditetstidslängd, förlossningssätt samt förlossningsdatum och erhöll ingen intervention (a.a).

Psykoedukativ gruppterapi med avslappningsövningar beskrevs av Saisto, Toivanen, Salmela-Aro och Halmesmäki (2006) som fem veckors terapi bestående av träffar en gång per vecka samt ett tillfälle tre månader postpartum. Tillfällena var 120 minuter långa och leddes av en psykoterapeut som var utbildad inom dynamisk psykoterapi. Varje gruppsession bestod av diskussioner, visualiseringsövningar samt 45 minuters guidad avslappningsövning. Kontrollgruppen träffade obstetriker vid två tillfällen (a.a). Rouhe et al. (2013) avsåg med *psykoedukativ gruppterapi med avslappningsövningar* sex gruppssessioner under graviditet samt en session sex-åtta veckor postpartum med psykolog som hade speciell kunskap inom gruppterapi för graviditetsrelaterade problem. Varje session hade ett fokusämne som diskuterades samt 30 minuters guidad avslappningsövning. Kontrollgruppen erhöll standardvård, vilket inte beskrivs närmare i studien. Av de 240 kvinnorna som ingick i kontrollgruppen var det 106 som erhöll specialiserad behandling för förlossningsrädsla såsom träffa obstetriker och/eller barnmorska samt gick en förlossningsförberedande kurs ledd av specialistbarnmorska (a.a). *Grupppsykoedukation med avslappningsövningar* beskrev Rouhe et al. (2015) innefattade sex gruppssessioner á två timmar under graviditeten samt en session sex-åtta veckor postpartum. Gruppssessionerna leddes av psykolog med specialkunskaper inom gruppterapi och graviditetsrelaterade problem. Varje session hade ett fokusämne samt 30 minuters avslappningsövning med mindfulness. Kontrollgruppen erhöll ordinarie mödravård som inte var vidare specificerad. Av kvinnorna i kontrollgruppen var det dock 76/240 som träffade obstetriker och/eller barnmorska samt 30/240 som gick en avancerad förlossningsförberedandekurs (a.a).

Intensivterapi beskrev Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, Könönen och Halmesmäki (2001) som kognitiv terapi ledd av en obstetriker med terapeututbildning. Sessionerna bestod av kognitiv terapi, samt att kvinnorna träffade en barnmorska och gjorde ett besök på förlossningsavdelningen. Sessionerna ägde rum i samband med rutinkontroller av graviditeten. Kvinnorna hade möjlighet att ringa obstetrikern eller sin barnmorska mellan sessionerna. Kontrollgruppen erhöll standardterapi som bestod av rutinmässiga kontroller samt skriftlig information om för- och nackdelar med vaginal förlossning jämfört med kejsarsnitt (a.a).

Toohill et al. (2014) erbjöd kvinnorna *psykoedukativ telefonrådgivning* av barnmorskor. Den gavs vid två tillfällen under graviditeten och varade i genomsnitt 58 minuter respektive 45 minuter.

Kvinnorna erhöll även en skriftlig information i form av en broschyr “ Having a baby in Queensland”. Kontrollgruppen erhöll ordinarie mödravård (a.a).

Byrne, Hauck, Fisher, Bayes och Schutze (2014) genomförde en studie med *MBCE* som innefattade mindfulness- och meditationsövningar samt aktivt lärande genom övningar med gruppdiskussioner, rollspel och problemlösningsaktiviteter. Både kvinnan och partnern deltog under åtta veckor, varje session varade i 2,5 timmar, mellan sessionerna hade paret hemläxor. Sessionerna leddes av en kvalificerad förlossningspedagog, specialiserad antenatal yogainstruktör och mindfulnesslärare. Studien hade ingen kontrollgrupp (a.a).

I Guskowska's (2014) studie genomgick studiegruppen ett *träningsprogram* som varade i 50 minuter, två gånger per vecka i åtta veckor. Klasserna innehöll övningar med pilates, yoga, “body ball”, styrketräning, stretchningsövningar, smidighetsövningar samt avslappnings- och andningsövningar. Klasserna leddes av en kvalificerad fitnessinstruktör. Kontrollgruppen gick förlossningsförberedande klasser i 45-60 minuter per klass, två gånger per vecka i sex veckor. Klasserna leddes av barnmorska som samarbetade med gynekolog, barnläkare och psykolog (a.a).

Förekomst av kejsarsnitt

Saisto et al. (2006) fann att kejsarsnitt bland förlossningsrädda kvinnor som fått psykoedukativ gruppterapi med avslappningsövningar minskade i jämförelse med en grupp förlossningsrädda kvinnor som fått extra stöd i form av två besök hos obstetriker. Bland förlossningsrädda kvinnor som fått extra stöd, kognitiv terapi eller psykosomatiskt stöd minskade andelen önskade kejsarsnitt markant efter avslutad intervention (Nerum et al., 2006; Saisto et al., 2001; Sjögren & Thomassen, 1997). Saisto et al. (2001) fann att 62 procent av de kvinnor som innan kognitiv terapi önskat kejsarsnitt istället valde vaginal förlossning efter avslutad terapi. Nerum et al. (2006) visade att 86 procent förlossningsrädda kvinnor som önskat kejsarsnitt istället valde vaginal förlossning efter att de erhållit extra stöd. Kvinnorna var på långsikt nöjda med sitt val av förlossningssätt och 93 procent uttryckte att de skulle föredra att föda vaginalt vid en framtida förlossning (a.a). Även i Sjögrens & Thomassens (1997) studie valde ungefär hälften av de förlossningsrädda kvinnor som från början önskat kejsarsnitt att föda vaginalt istället, efter att de erhållit psykosomatiskt stöd. Rouhe et al. (2013) undersökte om förlossningsrädda kvinnor som erhållit psykoedukativ gruppterapi med avslappningsövningar i lägre utsträckning önskade kejsarsnitt jämfört med förlossningsrädda kvinnor utan intervention men fann att ingen skillnad förelåg. Dock visade

resultatet på en signifikant skillnad av den totala kejsarsnittsfrekvensen mellan grupperna, där förlossningsrädda kvinnor som erhållit psykoedukativ gruppterapi med avslappningsövningar hade en lägre frekvens i jämförelse med förlossningsrädda kvinnor utan intervention (a.a).

Den deskriptiva studien av Larsson et al. (2015) fann att bland kvinnor som fått extra stöd under graviditeten var det tio gånger vanligare med önskemål om kejsarsnitt på kvinnans begäran jämfört med en grupp kvinnor utan extra stöd. Författarna fann även att i den grupp som fått extra stöd var majoriteten av kvinnorna förlossningsrädda, medan gruppen utan extra stöd främst bestod av icke förlossningsrädda kvinnor. Kvinnorna som fått extra stöd föredrog också att i större grad föda med kejsarsnitt vid en eventuell efterföljande graviditet samt hade tre gånger högre sannolikhet att inte vilja ha fler barn (a.a). Även Waldenström et al. (2006) fann i sin deskriptiva studie att kvinnor som erhållit extra stöd i form av aurora-samtal hade en ökad frekvens av önskemål om kejsarsnitt än icke förlossningsrädda kvinnor utan extra stöd. Sydsjö et al. (2012) fann också i sin deskriptiva studie att förlossningsrädda kvinnor hade högre frekvens av kejsarsnitt efter extra stöd jämfört med kvinnor utan förlossningsrädsla. Ryding et al. (2003) fann att förlossningsrädda kvinnor som fått extra stöd visade sig ha en högre frekvens kejsarsnitt än normal populationen.

Påverkan på förlossningsupplevelsen

Förlossningsrädda kvinnor som fått psykoedukativ gruppterapi med avslappningsövningar skattade sin förlossningsupplevelse mer positivt i jämförelse med förlossningsrädda kvinnor som inte fått någon intervention (Rouhe et al., 2013). I studien Saisto et al. (2001) jämfördes förlossningsrädda kvinnor som fått intensivterapi med förlossningsrädda kvinnor som fått standardterapi och fann att oavsett terapimetod skattade dessa kvinnor sin förlossningsupplevelse som positiv. Trots att kvinnorna som fått intensivterapi hade en minskad rädsla för förlossningssmärta samt en minskad rädsla för obstetrikerns ovänliga bemötande upplevde dessa kvinnor en lägre grad av trygghet under förlossningen (a.a).

Hildingsson et al. (2011) fann bland en grupp förlossningsrädda kvinnor som fått likartat extra stöd att en del blev botade från sin förlossningsrädsla ett år postpartum medan resterande inte blev botade. De kvinnor som blev botade skattade sin förlossningsupplevelse mer positivt, främst genom att de upplevde ökad känsla av kontroll över kroppen samt att de fått bättre kontinuerlig information under förlossningsförloppet, jämfört med de kvinnor som inte blev botade (a.a).

Larsson et al. (2015) fann att kvinnor som fått extra stöd i högre utsträckning hade en mer negativ förlossningsupplevelse än de kvinnor som inte fått extra stöd trots att kvinnorna var nöjda med det extra stöd de erhållit. Dock var det majoritet av förlossningsrädda kvinnor bland de som fick extra stöd jämfört med de kvinnor som inte erhållit extra stöd (a.a).

Ryding et al. (2003) fann att förlossningsrädda kvinnor som fått extra stöd skattade sin förlossning som mer skrämmande i jämförelse med kontrollgruppen som bestod av icke förlossningsrädda kvinnor utan extra stöd. Bland de förlossningsrädda kvinnorna där det oftast fanns en förlossningsplan påtalade kvinnorna att det var av stor vikt att förlösande barnmorska höll sig till den upprättade förlossningsplanen (a.a).

Påverkan på förlossningsrädsla

Två studier visade att förlossningsrädsan minskade efter genomgången psykoedukativ gruppterapi med avslappningsövningar respektive grupp psykoedukation med avslappningsövningar, jämfört med förlossningsrädda kvinnor utan erhållen intervention (Rouhe et al., 2013; Rouhe et al., 2015). Guskowska (2014) fann att förlossningsrädsan minskade hos kvinnor efter genomgången träningsprogram, jämfört med innan påbörjat träningsprogram. Byrne et al. (2014) fann en minskning av förlossningsrädsla hos kvinnor som genomgått mindfulness kurs jämfört med innan påbörjad kurs. De upplevde en bättre tilltro till sin egen förmåga att hantera en situation (s.k. "self-efficacy") samt hade mer positiva förväntningar på sin kommande förlossning (a.a). I resultatet från studien Toohill et al. (2014) framkom att förlossningsrädda kvinnor som erhållit psykoedukativ telefonrådgivning samt skriftlig information om förlossningsmetoder hade ett förbättrat självförtroende samt minskad förlossningsrädsla jämfört med förlossningsrädda kvinnor utan intervention. Saisto et al. (2001) fann att kvinnor med förlossningsrädsla som fick intensivterapi hade minskad ångest i sen graviditet jämfört med förlossningsrädda kvinnor som fick standardterapi där ångesten istället ökade i sen graviditet.

Kritisk granskning

Vi har valt att kritiskt granska de inkluderade artiklarna utifrån design, urval och bortfall, mätinstrument, interventioner, tidsmässiga aspekter samt språk.

Design

Enligt Forsberg & Wengström (2013) har randomiserade kontrollerade studier (RCT) ett högt bevisvärde. RCT är den mest tillförlitliga design när effekt studeras under förutsättning att det är en lämplig urvalsstorlek, valida mätinstrument och rimligt bortfall. Av våra 14 inkluderade artiklar var det enbart fyra (Rouhe et al., 2015; Rouhe et al., 2013; Saisto et al., 2001; Toohill et al., 2014) som var RCT. Sex (Hildingsson et al., 2001; Larsson et al., 2015; Nerum et al., 2006; Sjögren & Thomassen, 1997; Sydsjö et al., 2012; Waldenström et al., 2006) av de 14 inkluderade artiklarna var deskriptiva. Att författarna valde en deskriptiv design i de studier där effekt mättes är en svaghet för studierna då deskriptiva studier inte har samma styrka som RCT att visa effekter. Fördelen är att i de fall studiepopulationen var större hade studierna en ökad förutsättning att ha ett representativt urval som var fallet i Waldenström et al. (2006).

Urval och bortfall

En av våra inkluderade artiklar (Waldenström et al., 2006) har ett nationellt representativt urval. Urvalets storlek har betydelse, i de inkluderade artiklarna varierade urvalet mellan 12 – 2662 kvinnor och det visade sig att studierna hade stora bortfall. Enligt SBU:s mall (2014) räknas ett bortfall på 20 procent eller mer som stort. Bland våra inkluderade artiklar var det Byrne et al. (2014); Guskowska (2014); Hildingsson et al. (2011); Larsson et al. (2015); Rouhe et al. (2013); Rouhe et al. (2015); Ryding et al. (2003); Saisto et al. (2001); Saisto et al. (2006) och Toohill et al. (2014) som hade ett stort bortfall. I Hildingsson et al. (2011); Rouhe et al. (2013) och Larsson et al. (2015) tar författarna upp det stora bortfallet som en svaghet för studien. Saisto et al. (2006) redovisade att orsaken till bortfallet i studiegruppen var att de förlossningsrädda kvinnorna inte ansåg att förlossningsrädsla kunde klassificeras utifrån enkätfrågorna. Waldenström et al. (2006) rapporterade att bortfallet var cirka 19 procent samt att bortfallet mellan första och andra enkäten var störst bland förlossningsrädda kvinnor. Dessa två orsaker till stort bortfall är något som vi tänker kan vara fallet i flera studier. Till följd av dessa bortfall kan resultat bli missvisande. Byrne et al. (2014) och Saisto et al. (2006) har litet urval vilket leder till att resultatet inte är så representativt. Samtliga artiklar (Rouhe et al., 2013; Rouhe et al., 2015; Saisto et al., 2001) som har en poweranalys har misslyckats med att inkludera tillräckligt många för att få konklusiva resultat på grund av stort bortfall.

I Byrne's et al. (2014) studie har förlossningsrädda kvinnor själva fått anmäla intresse för att delta i studien och få behandling för sin förlossningsrädsla. I Saisto et al. (2006) valde de

förlossningsrädda kvinnorna om de ville ha den intervention som erbjöds eller inte. Att kvinnorna är självselekterade kan innebära att de är mer öppna, mer mottagliga samt mer positivt inställda till den planerade interventionen, vilket kan vara en fördel för kvinnan men säkerställer inte resultatet.

I Sjögren & Thomassen (1997) och Sydsjö et al. (2012) har datainsamling skett via journaler vilket är bra med tanke på litet bortfall men kan påverka utfallet negativt om nödvändiga uppgifter i journalerna är bristfälligt dokumenterade. Ett annat problem är att definitionen för förlossningsrädsla kan variera utifrån hur definitionen är gjord. Detsamma gäller Nerum et al. (2006); Rouhe et al. (2013) och Saisto et al. (2006) som delvis har använt journaler som datainsamlingsmetod.

Mätinstrument

Samtliga författare har definierat förlossningsrädsla vilket medför en enhetlighet för studierna. Dock har olika författare använt sig av olika mätinstrument för att definiera och bedöma graden av förlossningsrädsla. W-DEQ är idag det enda validerade frågeformuläret för att identifiera och bedöma graden av förlossningsrädsla (Rouhe, 2015; Sjögren, 1998). Byrne et al. (2014); Rouhe et al. (2015); Rouhe et al. (2013); Ryding et al. (2003) och Toohill et al. (2014) är de fem studierna som använde W-DEQ. Hildingsson et al. (2011); Larsson et al. (2015); Saisto et al. (2001); Saisto et al. (2006) och Waldenström et al. (2006) har definierat förlossningsrädsla utifrån egna frågeformulär. Utfall och resultat är dels beroende av vilka kvinnor som deltar i studien samt vilka/vilket mätinstrument som används för att mäta utfallet, alltså blir resultatet olika beroende på vilka instrument som används i studien och vi anser att detta är ett problem då olika resultat i olika studier jämförs. Ett annat problem kan vara att de studier som använt sig av W-DEQ inte konsekvent har haft samma "cut-off", vilket också kan påverka vilka kvinnor som inkluderas samt studiernas resultat.

Intervention eller inte

Vi ville undersöka studier som jämförde effekter av behandlingsmetoder för förlossningsrädsla. Att göra studier om behandlingsmetoder för förlossningsrädsla medför en del etiska dilemman, som rör framförallt kontrollgruppen. Om man identifierat en grupp med förlossningsrädsla som kontroll, bör denna grupp erbjudas någon hjälp av etiska skäl. Eftersom det inte är etiskt försvarbart att frånta kvinnor extra stöd/rådgivning om de är i behov av det.

Kontroll av följsamheten med interventionerna är av vikt för utfallet, resultatet styrks. Studier där författarna har undersökt detta har en högre kvalitet och ger också en fingervisning om hur det går om man försöker genomföra interventionen i större skala. Likaså, erhåller inte kontrollgruppen någon hjälp är det troligt att kvinnorna på egen hand söker någon hjälp och resultatet blir då osäkert. I studier där randomisering skett (Rouhe et al. 2013; Saisto et al. 2001) har författarna påtalat svårigheter med att kvinnorna inte fullföljer interventionen de blivit tilldelade då de föredrog annan form av behandling. Guskowska (2014) skriver att kravet för att inkluderas i analysen av resultatet var att kvinnan hade minst 75 procent närvaro i kursen, vilket visar att författaren varit observant på problemet. Rouhe et al. (2013) och Rouhe et al. (2015) har enbart inkluderat de kvinnor som avslutade interventionen, författarna har dock inte kontrollerat följsamheten under pågående intervention. I Byrne et al. (2014); Saisto et al. (2001) och Saisto et al. (2006) tar författarna överhuvudtaget inte upp något om deltagande eller närvaro i interventionerna. Detta är en svaghet eftersom närvaron under interventionen är av avgörande betydelse om interventionen har effekt.

Saisto et al. (2006) tog upp problem med gruppssessioner då en del förlossningsrädda kvinnor kände att de hade svårt att dela med sig av sina känslor och hellre föredrog individuella samtal.

Interventionen av Byrne et al. (2014) innefattade även praktiska hemläxor. Ett sådant upplägg kräver att följsamheten följs upp, vilket författarna inte beskriver att de gjort. Toohill et al. (2014) beskrev att kvinnorna som fick psykoedukativ telefonrådgivning gjorde annat i samband med att de erhöll rådgivning vilket i sin tur kan påverka kvinnans mottaglighet som sedan kan påverka resultatet för interventionen.

Tidsmässiga aspekter på interventioner och uppföljning

Nerum et al. (2006) har ett intervall på två-fyra år postpartum för datainsamling och en annan artikel (Ryding et al., 2003) har ett intervall på 1-14 månader, det framkommer inte om kvinnorna i kontrollgruppen och kvinnorna i studiegruppen har svarat vid samma tidpunkt. Vi anser att datainsamling har skett med långa intervall, vilket kan påverka resultat och utfall eftersom kvinnans svar kan variera beroende på hur lång tid som har passerat sedan förlossningen.

Språk

Hälften av våra studier (Byrne et al., 2014; Hildingsson et al., 2011; Larsson et al., 2015; Nerum et al., 2006; Ryding et al., 2003; Toohill et al., 2014; Waldenström et al., 2006) exkluderade kvinnor som inte behärskade studielandets modersmål. I studien gjord av Ternström, Hildingsson, Haines, och Rubertsson (2015a) framkom att förlossningsrädsla var nästan tre gånger vanligare bland

utlandsfödda i Sverige jämfört med svenskfödda kvinnor. Detta kan snedvrider resultatet och göra det mindre representativt.

DISKUSSION

Diskussionen är uppdelad i två delar, en resultatdiskussion och en metoddiskussion. I resultatdiskussionen knyter vi ihop vårt resultat med bakgrunden och i metoddiskussionen diskuterar vi metodval, artikelsökningen samt svårigheter och fördelar för litteraturstudien.

Resultatdiskussion

Vi har studerat vilken effekt olika behandlingsmetoder har för de förlossningsrädda kvinnorna gällande förekomst av kejsarsnitt, förlossningsupplevelse samt förlossningsrädsel.

Våra viktigaste fynd var att frekvensen kejsarsnitt och önskemål om kejsarsnitt minskade bland förlossningsrädda kvinnor som erhöll någon form av intervention jämfört med kontrollgrupperna som omfattade kvinnor med förlossningsrädsel. Förlossningsrädda kvinnor skattade även sin förlossningsupplevelse som mer positiv samt hade en lägre grad av förlossningsrädsel efter erhållen intervention.

Saisto et al. (2006) fann att bland förlossningsrädda kvinnor som fått psykoedukativ gruppterapi med avslappningsövningar minskade kejsarsnittsfrekvensen i jämförelse med förlossningsrädda kvinnor som istället fått extra stöd hos obstetriker vid två tillfällen. Även Rouhe et al. (2013) fann att kejsarsnittsfrekvensen minskade bland de förlossningsrädda kvinnorna som fått psykoedukativ gruppterapi med avslappningsövningar i jämförelse med förlossningsrädda kvinnor utan intervention. Saisto et al. (2001) och Sjögren & Thomassen (1997) fann att interventionerna kognitiv terapi eller psykosomatiskt stöd minskade önskemål om kejsarsnitt markant. Nerum et al. (2006) fann också att kvinnor i lägre utsträckning önskar kejsarsnitt om de erhållit extra stöd. Saisto & Halmesmäki (2003) skriver i en översikt att önskemål om kejsarsnitt minskade med 50-62 procent bland förlossningsrädda kvinnor efter att de genomgått behandling för förlossningsrädsel. Extra stöd eller annan intervention har viss effekt för att minska önskemål om kejsarsnitt bland förlossningsrädda. Saisto et al. (2006) fann att interventioner som innefattade mer än enbart stöd hade en bättre effekt för att minska önskemål om kejsarsnitt. Rouhe et al. (2013) fann, i motsats till ovanstående studier, att ingen skillnad förelåg gällande önskemål om kejsarsnitt mellan

förlossningsrädda kvinnor som erhållit psykoedukativ gruppterapi med avslappningsövningar i jämförelse med förlossningsrädda kvinnor utan intervention. Författarna nämner att antalet förlossningsrädda kvinnor som önskade kejsarsnitt var lägre jämfört med tidigare studier vilket kan leda till svårighet att få signifikanta värden. En annan påverkande faktor för resultatet kan vara att nästan hälften av kvinnorna i kontrollgruppen också erhöll behandling för sin förlossningsrädsla, vilket kan förklara att Rouhe et al. (2013) inte fick några statistiskt signifikanta resultat vad gäller önskemål om kejsarsnitt.

Två deskriptiva studier fann att trots givna interventioner vilket i detta fall var extra stöd från olika yrkeskategorier samt aurora-samtal, var önskemål om kejsarsnitt på kvinnans begäran vanligare i jämförelse med en blandad grupp av både förlossningsrädda kvinnor och kvinnor utan uttalad förlossningsrädsla som inte fått någon form av intervention eller stöd (Larsson et al., 2015; Waldenström et al., 2006). Det som är viktigt att ha med i bedömningen av dessa resultat är att Larsson et al. (2015) och Waldenström et al. (2006) är deskriptiva studier där författarna har delat in de inkluderade kvinnorna i grupper efter vilka som fått stöd eller inte. Författarna har därför blandade grupper med både förlossningsrädda kvinnor och kvinnor utan uttalad förlossningsrädsla. Detta försvårar tolkningen av resultatet då det är svårt att avgöra om det är utebliven effekt av det extra stöd som kvinnorna erhållit eller om det är att kvinnorna i högre grad är förlossningsrädda som gör att kejsarsnitts önskemål är vanligare trots extra stöd. Sydsjö et al. (2012) fann att förlossningsrädda kvinnor som erhållit extra stöd hade en högre kejsarsnittsfrekvens än icke förlossningsrädda kvinnor. Även i detta fall är det viktigt att tänka på att författarna jämför förlossningsrädda kvinnor med icke förlossningsrädda. Att jämföra förlossningsrädda kvinnor med icke förlossningsrädda som i fallen ovan blir missvisande för resultatet då förlossningsrädda kvinnor har en ökad kejsarsnittsfrekvens i jämförelse med normal populationen vilket Ryding's et al. (2003) studies resultat styrker.

Förlossningsrädsla leder till önskemål om kejsarsnitt trots en medvetenhet om riskerna med kejsarsnitt (Saisto & Halmesmäki, 2003). Därför är det av stor vikt att behandla förlossningsrädsla med en effektiv behandlingsmetod och få ner andelen kejsarsnitt på kvinnans begäran.

Socialstyrelsen (2011) hävdar att kejsarsnitt utan medicinska skäl oftast innebär en högre risk än vaginal förlossning, både för mor och barn på lång och kort sikt. Även ur samhällsekonomisk synvinkel är det av stor vikt att förekomsten av kejsarsnitt på kvinnans begäran minskar då Sjögren & Thomassen (1997) kom fram till att kostnaden för psykosomatiskt stöd var lägre än den kostnad det skulle inneburit om kvinnorna genomgick kejsarsnitt (ej rapporterat i resultatet).

Två studier har resultat som tyder på att olika interventioner har positiv effekt på förlossningsrädda kvinnors förlossningsupplevelse (Rouhe et al., 2013; Saisto et al., 2001). Resultaten i de deskriptiva studierna av Hildingsson et al. (2011); Larsson et al. (2015) och Ryding et al. (2003) tyder på att förlossningsrädda kvinnor löper en ökad risk för negativ förlossningsupplevelse trots erhållen intervention jämfört med en blandad grupp kvinnor med och utan förlossningsrädsla. Eftersom flertalet faktorer har betydelse för hur en kvinna skattar sin förlossningsupplevelse är det svårt att mäta effekten av interventioner enbart genom att kvinnor skattar sin förlossningsupplevelse.

Samtliga studier som mätte förlossningsrädsla före och efter intervention med signifikanta resultat visar att förlossningsrädseln minskade efter avslutad intervention (Byrne et al., 2014; Guskowska, 2014; Rouhe et al., 2013; Rouhe et al., 2015; Toohill et al., 2014). Saisto et al. (2001) fann att förlossningsrädda kvinnor efter kognitiv terapi hade minskad ångest. Toohill et al. (2014) fann att en bidragande faktor till minskad förlossningsrädsla var förbättrat självförtroende. Även Nieminen et al. (2015) fann i sin kvalitativa studie att förlossningsrädda kvinnor som genomgått internetbaserad kognitiv beteendeterapi hade minskad förlossningsrädsla efter avslutad intervention. Kvinnorna beskrev att ökat självförtroende var en påverkande faktor (a.a). Detta tyder på att intervention i någon form har en positiv effekt på förlossningsrädsla.

Metoddiskussion

Vi valde att göra en litteraturstudie då vi var intresserade av att se hur mycket samt vilken befintlig forskning det redan fanns inom det valda ämnesområdet. Litteraturstudie är en lämplig design vid kartläggning av aktuell forskning inom ett valt studieämne. En svaghet med litteraturstudien var att datasökningen endast gjordes från fyra databaser, men i de fyra databaserna gjordes sökningen systematiskt.

Vi valde att inte begränsa studien geografiskt, vilket i sig kan medföra nackdelar för studien då mödra- och förlossningsvård skiljer sig mellan länder. Trots att vi inte hade så många begränsningar i vår artikelsökning fann vi inte så många artiklar som svarade på vårt syfte, vilket tyder på att detta ämne fortfarande är relativt outforskat. Därför valde vi att inkludera artiklar med svagheter, exempelvis litet urval eller mycket stort bortfall. Att inte begränsa vår sökning i tid, gjorde att sökningen blev mer komplett. Att alla inkluderade artiklar hade etiskt godkännande var en styrka för studien.

Tillförlitligheten stärktes av att vi var två som läste och tolkade artiklarna, att vi läste artiklarna upprepade gånger och gick tillbaks till dem under arbetets gång. En styrka var även att vid granskning av de inkluderade artiklarna användes både Forsberg & Wengström (2013) samt SBU's (2014) mall. Vi har inte lagt in egna tolkningar och värderingar utan förhållit oss neutrala i analysarbetet. En svaghet kan vara att samtliga inkluderade artiklar inte är skrivna på vårt modersmål, vilket kan leda till misstolkning.

Majoriteten av de inkluderade artiklarna var inte RCT, vilket är en svaghet för denna studie, då Forsberg & Wengström (2013) menar att RCT studier är den mest tillförlitliga designen när effekt studeras. Att som i de inkluderade deskriptiva studierna jämföra förlossningsrädda kvinnor med icke förlossningsrädda kan ge missvisande resultat. För att kunna jämföra eller mäta effekten av en viss behandlingsmetod för förlossningsrädsla är det viktigt att ha två homogena, tillräckligt stora grupper som får olika interventioner i en randomiserad kontrollerad studie

Vidare forskning

Vår studie visar dels att det inte finns så mycket forskning inom området och att den forskning som finns är bristfällig. Det behövs ytterligare forskning där flera interventioner utvärderas och jämförs med varandra i form av randomiserade kontrollerade studier. Då det i vår studie har framkommit att flera olika interventioner har positiv effekt för förlossningsrädda kvinnor, skulle det eventuellt vara av intresse att göra en hälsoekonomisk analys för att se vilken metod som är mest kostnadseffektiv.

SLUTSATS

Resultatet visade att olika behandlingsmetoder såsom psykoedukativ gruppterapi med avslappningsövningar, extra stöd, kognitiv terapi, psykosomatiskt stöd, intensivterapi, grupp psykoedukation med avslappningsövningar, träningsprogram, mindfulness kurs och psykoedukativ telefonrådgivning hade effekt för förlossningsrädsla. Effekten påvisades dels genom att förekomsten av kejsarsnitt minskade, förekomsten av kejsarsnitt på kvinnans begäran minskade, förlossningsupplevelsen blev mer positiv eller att förlossningsrädslan minskade. Även om resultatet visade att flera behandlingsmetoder har effekt, saknas forskning om vilken metod som är effektivast för förlossningsrädda kvinnor. Utifrån ovanstående anser författarna till litteraturstudien att det är av stor vikt som tidigare nämnts att förlossningsrädda kvinnor upptäcks tidigt i graviditeten och erbjuds individualiserad vård, då resultatet i litteraturstudien visar på att de former av behandling

som studerats har positiv effekt av förlossningsrädsla. Resultatet i litteraturstudien indikerade på att mer omfattande behandlingsmetoder som innefattade exempelvis terapi, mindfulness och avslappningsövningar kunde ha en mer positiv påverkan för förlossningsrädda kvinnor jämfört med behandling med enbart stödsamtal. Dock behövs vidare forskning för att styrka detta.

REFERENSLISTA

- Almström, E., Björklund, U., Ellis, J., Ryding, E. L., Sundell, G., & Werner, A. (2004). *Förlossningsrädsla* (Rapport nr 51). Hämtad 2016-01-20: från Svensk förening för obstetrik och gynekologis webbplats: https://www.sfog.se/natupplaga/nr51_med_omslag3892c621-81ca-4830-97a1-b8c146bd3bb2.pdf
- Areskog, B., Uddenberg, N., & Kjessler, B. (1981). Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 12(5), 262-266.
- Berg, M., & Lundgren, I. (2010). *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande* (2.uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Byrne, J., Hauck, Y., Fisher, C., Bayes, S., & Schutze, R. (2014). Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education Pilot Study on Maternal Self-Efficacy and Fear of Childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(2), 192-197. doi:10.1111/jmwh.12075
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (2.uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Guszkowska, M. (2014). The effect of exercise and childbirth classes on fear of childbirth and locus of labor pain control. *Anxiety, Stress & Coping*, 27(2), 176-189. doi: 10.1080/10615806.2013.830107
- Haines, H. M., Pallant, J. F., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Toohill, J., & Hildingsson, I. (2015). Identifying women who are afraid of giving birth: A comparison of the fear of birth scale with the WDEQ-A in a large Australian cohort. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(4), 204-210. doi:10.1016/j.srhc.2015.05.002
- Hildingsson, I., Nilsson, C., Karlström, A., & Lundgren, I. (2011). A Longitudinal Survey of Childbirth-Related Fear and Associated Factors. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 40(5), 532-543. doi: 10.1111/j.1552-6909.2011.01274.x
- Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I., & Lundgren, I. (Red.). (2009). *Lärobok för barnmorskor* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

- Larsson, B., Karlström, A., Rubertsson, C., & Hildingsson, I. (2015). The effects of counseling on fear of childbirth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 94(6), 629-636. doi: 10.1111/aogs.12634
- Liljeroth, P. (2009). *Rädsla inför förlossningen: ett uppenbart kliniskt problem?: konstruktionen av förlossningsrädsla som medicinsk kategori*. (Doktorsavhandling, Åbo Akademi, Åbo).
- Mohlander, M. A., & Ryding, E.L. (2013). Samtal kan hjälpa kvinnor med förlossningsrädsla. *Läkartidningen*, 110(12), 618-620.
- 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.
- Nieminen, K., Malmquist, A., Wijma, B., Ryding, E. L., Andersson, G., & Wijma, K. (2015). Nulliparous pregnant women's narratives of imminent childbirth before and after internet-based cognitive behavioural therapy for severe fear of childbirth: a qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(9), 1259-1265. doi: 10.1111/1471-0528.13358
- Nieminen, K., Stephansson, O., & Ryding, E. L. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section—a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 88(7), 807-813. doi: 10.1080/00016340902998436
- Nilsson, C. (2012). *Förlossningsrädsla: med fokus på kvinnors upplevelser av att föda barn*. (Akademisk avhandling, Linnéuniversitetet, Växjö).
- Pazzagli, C., Laghezza, L., Capurso, M., Sommella, C., Lelli, F., & Mazzeschi, C. (2015). Antecedents and consequences of fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Infant mental health journal*, 36(1), 62-74. doi: 10.1002/imhj.21483
- Rouhe, H. (2015). *Fear of childbirth*. (Akademisk avhandling, Helsingforsuniversitet, Helsingfors). Hämtad 2016-01-19 från: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/154673/fearofch.pdf?sequence=1>

- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., Ryding, E. L., & Saisto, T. (2015). Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience—a randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 36(1), 1-9. doi: 10.3109/0167482X.2014.980722
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., & Saisto, T. (2013). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women—randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(1), 75-84. doi: 10.1111/1471-0528.12011
- Ryding, E. L., Persson, A., Onell, C., & Kvist, L. (2003). An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(1), 10-17.
- Saisto, T., & Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201-208.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., Könönen, T., & Halmesmäki, E. (2001). A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstetrics & Gynecology*, 98(5, Part 1), 820-826.
- Saisto, T., Toivanen, R., Salmela-Aro, K., & Halmesmäki, E. (2006). Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 85(11), 1315-1319. doi: 10.1080/00016340600756920
- SBU (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. 2 uppl. Stockholm: Statens beredning för medicinskutvärdering (SBU).
- Sjögren, B. (1998). *Förlossningsrädsla*. Lund: Studentlitteratur.
- Sjögren, B. (2003). Förlossningsrädsla utmanar vården. Kejsarsnitt är inte enda lösningen, professionellt stöd under graviditeten och planerad förlossning kan vara en hjälp för många. *Läkartidningen*, (38), 2932-2935.
- Sjögren, B., & Thomassen, P. (1997). Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 76(10), 948-952.

Socialstyrelsen (2011). *Nationella Medicinska indikationer: Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan*. Rapport 2011:09. Hämtad 2016-02-22 från:

<https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nationella-indikationer-kejsarsnitt-moderns-onskan.pdf>

Socialstyrelsen (2015). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn*. (Artikelnummer 2015-12-27). Hämtad 2016-03-08 från:

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20009/2015-12-27.pdf>

Sydsjö, G., Sydsjö, A., Gunnervik, C., Bladh, M., & Josefsson, A. (2012). Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 91(1), 44-49. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01242.x

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

Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., & Rubertsson, C. (2015b). Pregnant women's thoughts when assessing fear of birth on the Fear of Birth Scale. *Women and Birth*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.11.009>

Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., & Ryding, E. L. (2014). A Randomized Controlled Trial of a Psycho-Education Intervention by Midwives in Reducing Childbirth Fear in Pregnant Women. *Birth*, 41(4), 384-394. doi: 10.1111/birt.12136

Vårdgivarguiden. (2015). Förlossningsrädsla. Hämtad: 2016-03-28 från <http://www.vardgivarguiden.se/behandlingsstod/barnmorskemottagning/riktlinjer/dokument/forlossningsradsla/>

Waldenström, U., Borg, I. M., Olsson, B., Sköld, M., & Wall, S. (1996). The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth*, 23(3), 144-153. doi: 10.1111/j.1523-536X.1996.tb00475.x

Waldenström, U., Hildingsson, I., & Ryding, E. L. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(6), 638-646. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.00950.x

Wax, J. R., Cartin, A., Pinette, M. G., & Blackstone, J. (2004). Patient choice cesarean: an evidence-based review. *Obstetrical & gynecological survey*, 59(8), 601-616.

Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 19(2), 84-97.

Wiklund, I., Andolf, E., Lilja, H., & Hildingsson, I. (2012). Indications for cesarean section on maternal request—guidelines for counseling and treatment. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(3), 99-106. doi: 10.1016/j.srhc.2012.06.003

Åmark, H., & Ryding, E. L. (2006). Kvinnor som önskar kejsarsnitt. *Läkartidningen*, 12(103), 950-953.

Bilaga 1: MATRIS

Författare, År, Land & Titel	Design	Syfte	Urval, Inklusions- och exklusionskriterier	Datainsamlingsmetod och Analysmetod	Resultat	Slutsats
Byrne, J., Hauck, Y., Fisher, C., Bayes, S., & Schutze, R. 2014 Australien Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education Pilot Study on Maternal Self-Efficacy and Fear of Childbirth	Kvasi-experimentell pilotstudie med för- och efterkontroll	Att bedöma Mindfulness-Based Childbirth Education (MBCE) acceptans och genomförbarhet. MBCE syftar till att minska förlossningsrädsla, ångest och stress, samt att förbättra den födande kvinnans "Self-efficacy".	Intresserade kvinnor fick själva anmäla sig till studien. Information delades ut i olika forum i ett samhälle i västra Australien. 18 engelsktalande friska, förstföderskor med enkelbörd som var över 18 år inkluderades. Kvinnor som exkluderades var kvinnor med medicinering mot mental ohälsa, komplicerade eller högrisk graviditeter samt droganvändare. Alla 18 kvinnorna fullföljde interventionen som innebar en 8 veckor lång kurs. Totalt var det 12 kvinnor som besvarade enkäten efter genomgången intervention. Poweranalys genomfördes.	Enkäter Enkäterna bestod av validerade frågeformulär som Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ), Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21), Edinburgh Post Natal Depression Scale (EPDS) och Childbirth Self-Efficacy Inventory. Enkäter skickades ut före påbörjad behandling, efter avslutad behandling samt 3-12 veckor postpartum. PASW Statistics 18.0, Shapiro-Wilk test, <i>t</i> -test, Cohen's <i>d</i> samt Morris and DeShon's equation 8.	Efter genomgången mindfulness kurs hade kvinnorna signifikant högre "Self-efficacy", mer positiva förväntningar på sin kommande förlossning samt en känsla av styrka och självförtroende, vilket visade sig genom förbättring i kvinnornas förlossningsrädsla.	MBCE visade sig vara både tillfredsställande och genomförbar. Resultat i denna pilotstudie styrker att vidare forskning på MBCE bör göras i form av en randomiserad kontrollerad studie.

Författare, År, Land & Titel	Design	Syfte	Urval, Inklusions- och exklusionskriterier	Datainsamlingsmetod och Analysmetod	Resultat	Slutsats
Guszkowska, M. 2014 Polen (Warsawa) The effect of exercise and childbirth classes on fear of childbirth and locus of labor pain control.	Longitudinell, prospektiv	Identifiera förändringar i intensiteten av förlossningsrädsla och förmågan för att hantera förlossningssmärta hos kvinnor som medverkar i ett träningsprogram för gravida kvinnor eller traditionella förlossningsklasser samt att identifiera faktorerna till dessa förändringar.	Av de 198 gravida kvinnor som tillfrågades för studien var det totalt 109 friska förstföderskor som inkluderades och fullföljde studien. Författarna valde att selektera in kvinnorna i två grupper utefter kvinnans egna önskemål. 62 kvinnor deltog i ett träningsprogram (studiegrupp) för gravida kvinnor och 47 kvinnor deltog i traditionella förlossningsförebereidande kurser (kontrollgrupp). Inklusionskriterierna var singel/normalgraviditet, inga tidigare missfall eller aborter och inga kontraindikationer för fysisk aktivitet.	Enkäter Enkäterna bestod av egenhändigt utarbetade frågeformulär samt omarbetade formulär där författaren styrkt dess reliabilitet med Cronbach's α. Enkäterna delades ut vid två tillfällen av kursen, första veckan samt två månader senare, i slutet av kursen. <i>För att identifiera förlossningsrädsla har författaren använt "The fear of childbirth scale" ett egenhändigt utarbetat formulär med 14 frågor.</i> Chronbach's α	Studien fann ingen skillnad på förlossningsrädslan mellan grupperna. Dock minskade förlossningsrädslan signifikant efter interventionen i studiegruppen.	Fysisk träning för gravida kvinnor minskade förlossningsrädslan mer effektivt jämfört med traditionella förlossningsförberedande kurser.

Författare, År, Land & Titel	Design	Syfte	Urval, Inklusions- och exklusionskriterier	Datainsamlingsmetod och Analysmetod	Resultat	Slutsats
Hildingsson, I., Nilsson, C., Karlstrom, A. & Lundgren, I. 2011 Sverige (Norra Sverige) A Longitudinal Survey of Childbirth-Related Fear and Associated Factors	Deskriptiv longitudinell explorativ populations-baserad studie	Att undersöka förekomsten av förlossningsrädsla från mitten av graviditeten till och med ett år postpartum och att identifiera faktorer förknippade med att vara botad från förlossningsrädsla	Urvalet gjordes på tre ultraljudsmottagningar i norra Sverige under 2007, totalt 2512 kvinnor. Av dem var det 2347 som uppfyllde inklusionskriterierna. 1506 kvinnor valde att delta. Utav dessa skedde ett kontinuerligt bortfall, då de som inte valde att svara på enkäterna exkluderades, slutligen var det 697 kvinnor som svarade på alla fyra enkäter, som förstod svenska och hade ett normalt ultraljud, som inkluderades i studien.	Enkäter. Enkäterna är utformade utifrån tidigare använda formulär samt etablerade instrument och speciellt framtagna frågor för denna studie. Totalt fyra enkäter samlades in i mitten av graviditeten, sen graviditet, två månader respektive ett år postpartum. <i>För att identifiera förlossningsrädsla använde de sig av en fråga med fyra svarsalternativ, där de två första alternativen indikerar ingen rädsla och de två sista indikerar rädsla.</i> Parametriska metoder, Friedman's test, t-test och bivariate odds ratio.	Det var en signifikant ökning av förlossningsrädsla ett år postpartum jämfört med i mitten av graviditeten. I studien delade författarna in kvinnorna i tre resultatgrupper. A: förlossningsrädda under graviditet men inte ett år postpartum (botade), B: förlossningsrädda under graviditet samt ett år postpartum (icke botade), C: ingen förlossningsrädsla under graviditet eller ett år postpartum. Grupp A skattade sin förlossningsupplevelse mer positiv, vilket uttryckte sig genom två faktorer, en ökad känsla av kontroll över kroppen samt ökad tillfredsställelse med den information de fick under förlossningsförloppet jämfört med grupp B. Studien har inte kommit fram till varför vissa kvinnor blev botade från sin förlossningsrädsla eftersom extra stöd var givet i samma utsträckning till alla som bedömdes ha förlossningsrädsla.	Kvinnor med förlossningsrädsla kan bli botade om de får en positiv förlossningsupplevelse. Om kvinnan har en känsla av kontroll över sin kropp och är väl informerad om förlossningsförloppet är chansen att bli botad större. Att genomgå extra stöd under graviditeten eller att få ett kejsarsnitt verkar inte vara en lösning för förlossningsrädsla.

Författare, År, Land & Titel	Design	Syfte	Urval, Inklusions- och exklusionskriterier	Datainsamlingsmetod och Analysmetod	Resultat	Slutsats
Larsson, B., Karlström, A., Rubertsson, C., & Hildingsson, I. 2015 Sverige (Norra Sverige) The effects of counseling on fear of childbirth.	Deskriptiv Longitudinell, prospektiv studie	Att undersöka kvinnors erfarenheter av extra stöd för förlossningsrädsla och effekten av detta stöd på långsikt.	2512 kvinnor gjorde rutinultraljud på tre sjukhus i norra Sverige under 2007, av dem var det 2347 som var kvalificerade att ingå i studien, då de talade svenska och hade normalt ultraljud. 1506 av dessa valde att delta, 1212 besvarade första enkäten, 1042 besvarade andra enkäten, två månader postpartum var det 936 kvinnor som besvarade enkäterna och 763 kvinnor svarade även på den sista enkäten ett år postpartum.	Enkäter Egenhändigt utformade frågeformulär som validerats i en pilotstudie. <i>För att definiera förlossningsrädsla använde man en egenhändigt utformad fråga.</i> Enkäterna delades ut vid tillfälle för rekrytering, gestationsvecka 32-34,2 månader postpartum samt 1 år postpartum. Odds ratio, Friedman's test och SPSS.	De kvinnor som uppgett att de fått stöd var markant mer förlossningsrädda jämfört med kvinnor som inte fått något stöd. Bland de kvinnor som fått stöd var det tio gånger vanligare med planerat kejsarsnitt på kvinnans begäran. Kvinnorna som uppgett att de fått stöd hade signifikant en fortsatt högre förlossningsrädsla ett år postpartum, sämre förlossningsupplevelse och föredrog i större utsträckning kejsarsnitt inför en kommande förlossning och det var även tre gånger vanligare att de inte ville ha flera barn jämfört med kvinnorna som inte fått något stöd. Trots allt uppgav 80 procent att de var nöjda med det extra stöd de fått under graviditeten.	Trots att kvinnorna var nöjda med sitt stöd, visar denna studie att extra stöd hade en mindre effekt på förlossningsräds la, förlossningsuppl evelse och kejsarsnittsfrekv ensen. För att hjälpa kvinnor med deras förlossningsräds la behövs mer effektiva behandlingsmet oder.

Författare, År, Land & Titel	Design	Syfte	Urval, Inklusions- och exklusionskriterier	Datainsamlingsmetod och Analysmetod	Resultat	Slutsats
Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T., & Øian, P 2006 Norge (Tromsø) Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling?	Deskriptiv, retrospektiv studie	Studien syftar till att beskriva interventionen, extra stöd, kvinnornas psykosociala problem i relation till grad av förlossningsrädsla, förändringar i deras önskemål om förlossningssätt och förlossningsutfall, kvinnornas tillfredsställelse med interventionen och deras önskan om framtida förlossningssätt.	Kvinnor som remitterades till psykosociala enheten på det studerade sjukhuset mellan 2000-2002 rekryterades till studien. Åtta kvinnor exkluderades relaterat till svår livssituation samt språkförbistring. 86 gravida förlossningsrädda kvinnor med önskemål om kejsarsnitt inkluderades.	Datainsamling gjordes via remisser, journaler samt från en uppföljningsstudie som gjordes 2-4 år efter den aktuella förlossningen. SPSS, chi-square och Fisher's exact test.	Studien fann att 86 % av kvinnorna ändrade sig och förberedde sig för vaginal förlossning efter att de fått extra stöd. Uppföljningsstudien visade att kvinnorna på långsikt var nöjda med sitt val av förlossningssätt. Fortsatt visade uppföljningsstudien att 98 procent var nöjda med det extra stöd de fått samt hade förtroende för vårdpersonalens professionella kompetens. 93 procent av kvinnorna uttryckte att de skulle föredra att föda vaginalt i framtiden.	Genom att kvinnor med förlossningsrädsla blir remitterade och får extra stöd blir kvinnorna mer medvetna om sin rädsla och vad rädslan grundar sig i, vilket medför att kvinnorna vågar välja en vaginal förlossning och förblir nöjda med sitt beslut.

Författare, År, Land & Titel	Design	Syfte	Urval, Inklusions- och exklusionskriterier	Datainsamlingsmetod och Analysmetod	Resultat	Slutsats
Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., Ryding, E. L., & Saisto, T. 2015 Finland Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience – a randomised controlled trial	Randomiserad kontrollerad studie	Att undersöka effekten av gruppsykoterapi jämfört med standard antenatal vård under graviditet, omställning att bli mamma, erfarenhet av förlossning, depressiva symtom och posttraumatiskt stressymtom hos kvinnor med förlossningsrädsla.	4575 förstföderskor som genomgick rutinultraljuds undersökning mellan oktober 2007 och augusti 2009 screenades med W-DEQ för att identifiera förlossningsrädsla. 371 förstföderskor med förlossningsrädsla (W-DEQ-A ≥ 100) inkluderades. De delades in i en interventions grupp och en kontrollgrupp genom slumpmässigt urval. Bortfallet varierade mellan de olika enkäterna. På första enkäten svarade totalt 284 kvinnor, på andra enkäten var det 203 kvinnor som svarade och på den tredje enkäten var det totalt 200 kvinnor som svarade. Poweranalys genomfördes.	Enkäter Enkäterna bestod av frågeformulär den postnatale versionen av The maternal adjustment and maternal attitudes (MAMA), W-DEQ, EPDS, The traumatic event scale (TES), samt sju tilläggsfrågor. Enkäterna delades ut i mitten av graviditeten, en månad före beräknad förlossning samt tre månader postpartum. PASW 18.0, <i>t</i>-test, Mann-Whitney U-test samt ANOVA.	Förlossningsrädslan var signifikant lägre i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen.	Förlossningsrådet för förstföderskor som fick grupppsykoedukation med avslappningsövningar upplevde sin förlossning som mindre skrämmande. Dessa kvinnor bör bli upptäckta och erbjudna grupppsykoedukation med avslappning eller jämförbar behandling, för att lindra rädslan och möjliggöra en mer positiv fölossningsupplevelse samt bättre anpassning till moderskapet.

Författare, År, Land & Titel	Design	Syfte	Urval, Inklusions- och exklusionskriterier	Datainsamlingsmetod och Analysmetod	Resultat	Slutsats
Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., & Saisto, T. 2013 Finland (Helsingfors) Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women—randomised trial.	Randomiserad kontrollerad studie	Att jämföra effekten av gruppsykoterapi med standard vård för förlossningssätt och förlossningsupplevelse bland kvinnor med förlossningsrädsla.	Förstföderskor som mellan oktober 2007 - augusti 2009 gjorde sitt rutinultraljud på det studerade sjukhuset screenades för förlossningsrädsla med W-DEQ. Kvinnor med förlossningsrädsla ($W-DEQ \geq 100$) delades slumpmässigt in i interventionsgrupp (psykoterapi) och kontrollgrupp (standard vård). Kvinnor med psykos samt djup depression exkluderades. Totalt var det 371 förlossningsrädda kvinnor som deltog i studien och 196 kvinnor besvarade enkäterna. Poweranalys genomfördes.	Enkäter Enkäterna bestod av egenhändigt utformade frågor samt frågeformulär W-DEQ och Delivery Satisfaction Scale (DSS). Data hämtades även från patientjournaler. Enkäterna delades ut vid tre tillfällen, mitten av graviditeten, slutet av tredje trimestern samt tre månader postpartum. SPSS, chi-square och t-test.	Kvinnorna i interventionsgruppen hade högre andel spontana vaginala förlossningar, en mer positiv förlossningsupplevelse samt lägre poäng på W-DEQ postpartum jämfört med kontrollgruppen.	För att minska antalet kejsarsnitt är det viktigt med rätt behandling för förlossningsrädsla. Denna studie visar positiv effekt av psykoedukativ gruppterapi med avslappningsövningar genom ökning av spontana vaginala förlossningar samt mer positiv förlossningsupplevelse.

Författare, År, Land & Titel	Design	Syfte	Urval, Inklusions- och exklusionskriterier	Datainsamlingsmetod och Analysmetod	Resultat	Slutsats
Ryding, E. L., Persson, A., Onell, C., & Kvist, L. 2003 Sverige (Helsingborg) An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth	Kvasi-experimentell design	Att studera förlossningsupplevelse, posttraumatiskt stressyndrom och tillfredsställelse med vården hos nyblivna mammor som konsulterat specialiserade barnmorskor på grund av förlossningsrädsla under graviditet.	Av de kvinnor som under 1999 födde barn på Helsingborgs lasarett var det 66 svensktalande kvinnor som träffade en barnmorska som tillhörde ett specialistteam för förlossningsrädda. Kvinnor som ingick i en annan studie exkluderades och även kvinnor med psykiatrisk sjukdom samt en kvinna som hade en pågående vårdnadstvist. Slutligen var det 53 kvinnor som besvarade enkäten. Genom systematiskt kvoturval valde författarna snarast efter förlossning ut en kontrollgrupp med 53 kvinnor som matchade studiegruppen utifrån likhet och förlossningssätt.	Enkäter Enkäterna bestod av W-DEQ och Impact of Event Scale (IES) samt 4 egenhändigt skrivna öppna frågor. Enkäterna fylldes i av kvinnan 1-14 månader postpartum. Odds ratio, t-test, Mann-Whitney U-test och Fisher's exact test.	Kejsarsnittsfrekvensen var signifikant högre bland de förlossningsrädda kvinnorna i jämförelse med normalpopulationen på det studerade sjukhuset. De förlossningsrädda kvinnorna rapporterade förlossningen som signifikant mer skrämmande än kontrollgruppen. Bland de förlossningsrädda kvinnorna där det oftast fanns en förlossningsplan var det av stor vikt att förlösande barnmorska höll sig till den upprättade förlossningsplanen. Trots allt var de flesta av de förlossningsrädda kvinnorna och kvinnorna i kontrollgruppen nöjda med den vård de erhöll under graviditet, förlossning och postpartum.	Det finns inget bevis för bästa behandling. Trots extra stöd och rådgivning under graviditeten upplevde inte de förlossningsrädda kvinnorna förlossningen som lika positiv som normalpopulationen på det studerade sjukhuset. Mer effektiv behandling kan därför vara nödvändig. Dock var de flesta förlossningsrädda kvinnorna nöjda med vården, så författarna antog att den vård kvinnorna erhöll ändå hade förbättrat deras situation till viss del.

Författare, År, Land & Titel	Design	Syfte	Urval, Inklusions- och exklusionskriterier	Datainsamlingsmetod och Analysmetod	Resultat	Slutsats
Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., Könönen, T., & Halmesmäki.E. 2001 Finland (Helsingfors) A Randomized Controlled Trial of Intervention in Fear of Childbirth	Randomiserad kontrollerad longitudinell studie.	Att jämföra intensiv- och standardterapi för svår förlossningsrädsla. Studiens mål var att utvärdera möjligheten att minska önskemål om kejsarsnitt utan att tvinga kvinnan till vaginal förlossning samt förändringar i ångest och oro under graviditet och förlossning, puerperaldepresion samt tillfredsställelsen med förlossningsupplevelsen.	176 lågrisk och fysiskt friska kvinnor som remitterades till special klinik för förlossningsrädsla i Helsingfors under augusti 1996 - juli 1999 inkluderades. Kvinnor med kontraindikation för vaginal förlossning exkluderades. Kvinnorna slumpades till intensiv- eller standardterapi. Totalt var det 112 kvinnor som besvarade alla tre enkäterna. Poweranalys genomfördes.	Enkäter Enkäterna var utformade utifrån tidigare använda formulär och speciellt framtagna frågor för denna studie. Enkäterna delades ut vid tre tillfällen, innan randomisering, 4 veckor innan beräknad födelse samt 3 månader postpartum. <i>För att diagnostisera förlossningsrädsla använde författarna sig av en egenhändig enkät.</i> <i>t</i>-test, X²-test, adjusted odds ratio och variansanalys (ANOVA).	Oberoende av terapimetod minskade önskemål om kejsarsnitt signifikant. Gällande förlossningsupplevelsen och puerperaldepresion var det ingen skillnad mellan grupperna. De kvinnor med intensivterapi hade signifikant mindre ångest, mindre rädsla för förlossningssmärta och obstetrikernas ovänliga bemötande. Dock upplevde kvinnorna med intensivterapi signifikant lägre grad av trygghet under förlossningen jämfört med de som fick standardterapi.	Båda terapimetoderna minskade förfrågan av kejsarsnitt. De kvinnor som fick intensivterapi hade mindre oro och ångest under graviditet och förlossning.

Författare, År, Land & Titel	Design	Syfte	Urval, Inklusions- och exklusionskriterier	Datainsamlingsmetod och Analysmetod	Resultat	Slutsats
Saisto, T., Toivanen, R., Salmela-Aro, K., & Halmesmäki, E. 2006 Finland Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth.	Kontrollerad experimentell studie, med eget val av grupp.	Inget tydligt syfte fanns uttalat, men vi tolkade att studien ville ta reda på om psykoedukativ gruppterapi med avslappningsövningar för förlossningsrädda kvinnor kunde minska kejsarsnittsfrekvensen och om detta var en bra behandlingsmetod för förlossningsrädda.	141 förstföderskor som mellan november 1998 - oktober 2002 remitterades för konsultation på grund av önskemål om kejsarsnitt relaterat till rädsla för vaginal förlossning tillfrågades att delta i studien. Kvinnor med manifest psykos samt djup depression exkluderades. Totalt 102 kvinnor valde att ingå i studiegruppen. En kontrollgrupp om 85 kvinnor som fick träffa en obstetriker vid två tillfällen, bildades av de kvinnor som blev remitterade strax innan november 1998 samt de som inte ville delta i studiegruppen.	Enkäter Datainsamling skedde med egenhändigt utformade enkäter samt data från patientjournaler. Enkäterna delades ut inför påbörjad behandling samt vid sista tillfället för behandling innan förlossningen. X²-test och Fisher's exact test.	Kejsarsnitt på grund av förlossningsrädda utfördes på signifikant färre antal kvinnor i studiegruppen jämfört med kontrollgruppen. Studiegruppen skattade behandlingsmetoden som mycket användbar där faktorerna att diskutera med andra kvinnor, stöd från gruppen samt att få information var viktigast. Totalt var det 83 procent av kvinnorna i studiegruppen som valde vaginal förlossning framför kejsarsnitt.	Psykoedukativ gruppterapi med avslappning för förlossningsrädda kvinnor visade sig vara väl mottaget och till stor hjälp. Det är en lovande behandlingsmetod men för att bevisa detta krävs att randomiserade studier görs på ämnet.

Författare, År, Land & Titel	Design	Syfte	Urval, Inklusions- och exklusionskriterier	Datainsamlingsmetod och Analysmetod	Resultat	Slutsats
Sjögren, B., & Thomassen, P. 1997 Sverige (Stockholm) Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth.	Retrospektiv fall-kontrollstudie	Att utvärdera en behandlingsmodell baserad på individuellt psykologiskt och obstetriskt stöd. Studien tittade även på förlossningsutfall hos kvinnor med förlossningsrädsla.	100 gravida kvinnor som remitterades till psykosociala enheten på grund av allvarlig oro inför förlossningen mellan september 1989 - februari 1992 inkluderades i studiegruppen. En referensgrupp på 100 kvinnor matchades utifrån ålder, paritet, graviditetslängd, förlossningssätt och förlossningsdatum.	Data samlades in från patientjournaler. <i>t</i>-test, chi-square och Fisher's exact.	Efter att de förlossningsrädda kvinnorna fått psykologiskt och obstetriskt stöd valde cirka hälften av de kvinnor som först begärt kejsarsnitt att genomgå en vaginalförlossning. Studiegruppen hade en högre frekvens induktioner jämfört med referensgruppen. Hälften av induktionerna i studiegruppen var på grund av psykologisk orsak. Kostnaden för psykosomatiskt stöd till kvinnorna i studiegruppen var lägre än den summa det skulle ha kostat att utföra de kejsarsnitt som den förlossningsrädda kvinnan önskade få på grund av psykologisk indikation.	Psykologiskt och obstetriskt stöd minskar önskemål om kejsarsnitt bland förlossningsrädda kvinnor. Färre kejsarsnitt är lönsamt för samhället.

Författare, År, Land & Titel	Design	Syfte	Urval, Inklusions- och exklusionskriterier	Datainsamlingsmetod och Analysmetod	Resultat	Slutsats
Sydsjö, G., Sydsjö, A., Gunnervik, C., Bladh, M., & Josefsson, A. 2012 Sverige (Linköping) Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy.	Deskriptiv, retrospektiv fall-kontrollstudie	Att jämföra förlossningsutfall bland förlossningsrädda kvinnor som fått extra stöd med kvinnor utan förlossningsrädsla.	Av alla kvinnor som under perioden 2001-2007 gick till mödrahälsovården och planerade föda på det studerade sjukhuset var det 516 kvinnor som remitterades för extra stöd på grund av förlossningsrädsla enligt DSM-IV. Kvinnor som bytte sjukhus, flyttade eller fick missfall exkluderades. Totalt var det 353 kvinnor kvar som inkluderades i indexgruppen. En referensgrupp på 579 kvinnor valdes ut genom att kvinnan födde på det studerade sjukhuset samma dag som kvinnan i indexgruppen. Kvinnor som behandlats för eller uppgav psykosociala problem exkluderades.	Data samlades in via patientjournaler från mödrahälsovård, psykosociala enheten och förlossningen. SPSS och chi-square.	Kvinnorna i indexgruppen hade högre andel planerade kejsarsnitt samt fler induktioner än kvinnorna i referensgruppen.	Förlossningsrädsla påverkar förlossningsutfallet och ökar frekvensen av både akuta och planerade kejsarsnitt även efter extra stöd. Maximal insats är nödvändigt för att undvika traumatiserande förlossningar och negativ upplevelse, speciellt för förstföderskor.

Författare, År, Land & Titel	Design	Syfte	Urval, Inklusions- och exklusionskriterier	Datainsamlingsmetod och Analysmetod	Resultat	Slutsats
Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., & Ryding, E. L. 2014 Australia (Sydöstra Queensland) A Randomized Controlled Trial of a Psycho-Education Intervention by Midwives in Reducing Childbirth Fear in Pregnant Women	Randomiserad kontrollerad studie	Att testa antenatala psykoedukativa samtal som intervention ledd av barnmorskor för att minska kvinnors förlossningsrädsla.	1410 kvinnor som i andra trimestern besökte något av tre sjukhus i sydöstra Queensland mellan maj 2012 - juni 2013 rekryterades. Kvinnorna screenades med W-DEQ för att identifiera förlossningsrädsla. 339 kvinnor med förlossningsrädsla W-DEQ-A ≥ 66) inkluderades. Kvinnor som inte hade tillräckliga engelska kunskaper, var under 16 år, hade gått längre än graviditetsvecka 24 samt där misstanke om kommande missfall fanns, haft missfall eller döfött barn exkluderades. Kvinnorna delades slumpmässigt in i interventions- respektive kontrollgrupp. Totalt var det 198 kvinnor som besvarade enkäterna i studien.	Enkäter Enkäterna bestod av 4 validerade frågeformulär W-DEQ, Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI), EPDS samt Decisional Conflict Scale (DCS). Enkäterna samlades in vid rekrytering samt i graviditetsvecka 36 efter avslutad intervention. R-Project version 2.14.2, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), <i>t</i>-test, Cohen's <i>d</i>, chi square och Bonferroni.	Kvinnorna i interventionsgruppen hade en signifikant minskad förlossningsrädsla samt förbättrat självförtroende jämfört med kontrollgruppen. Författarna fann en minskning i besluts ambivalens det var dock ingen signifikant skillnad mellan grupperna.	Psykoedukativ telefonrådgivning av tränade barnmorskor visade sig vara effektivt för att minska förlossningsrädsla och öka kvinnornas självförtroende inför förlossning.

Författare, År, Land & Titel	Design	Syfte	Urval, Inklusions- och exklusionskriterier	Datainsamlingsmetod och Analysmetod	Resultat	Slutsats
Waldenström, U., Hildingsson, I., & Ryding, E. L. 2006 Sverige Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth	Prospektiv deskriptiv kohort studie	Att undersöka prevalens av förlossningsrädsla i Sverige, dess samband med frekvens av kejsarsnitt, förlossningsupplevelsen i sin helhet samt de förlossningsrädda kvinnornas karaktärsdrag.	Alla kvinnor (ca 5500) som besökte en av de 608 mödrahälsovårdsmottagningarna i Sverige under tre förbestämda veckor mellan perioden maj 1999 och januari 2000 bjöds in till studien. Kvinnor som fick missfall, inte talade svenska och som var bokade till en icke medverkande klinik exkluderades. Slutligen var det 3293 kvinnor som inkluderades i studien, varav 2662 svarade på båda enkäterna och ingick i analysen.	Enkäter Enkäterna bestod av egenhändigt utformade frågor samt frågeformulären the Cambridge Worry Scale och EPDS. Enkäterna samlades in omkring graviditetsvecka 16 och 2 månader postpartum. <i>Författarna definierade förlossningsrädsla genom en fråga med fem svarsalternativ, där ett av svarsalternativen indikerade på förlossningsrädsla och/eller att kvinnan hade fått extra stöd av barnmorska, exempelvis Aurora grupp.</i> Chi-square, odds ratio.	Studien fann att 11 procent av kvinnorna i Sverige led av förlossningsrädsla. Kvinnorna i studien delades in i fyra grupper: Grupp A: Kvinnor med förlossningsrädsla som fått extra stöd. Grupp B: Kvinnor med förlossningsrädsla som inte fått extra stöd. Grupp C: Kvinnor som inte uttryckt förlossningsrädsla men som fått extra stöd och därmed definieras som förlossningsrädda av författarna. Grupp D: Referensgrupp, inte förlossningsrädda och inget extra stöd. Grupp A och C hade signifikant högre grad av önskemål om kejsarsnitt jämfört med Grupp D. Grupp A hade högst förfrågan med 30 procent. Grupp B hade en mer negativ förlossningsupplevelse jämfört med grupp A, C och D. Dock var det resultatet inte signifikant.	Kvinnorna som fått extra stöd har trots det extra stöd de fått en ökad frekvens av önskemål om kejsarsnitt. Förlossningsrädda kvinnor som inte fått extra stöd har en ökad risk att få en mer negativ förlossningsupplevelse oavsett förlossningssätt. Detta resultat indikerar på att extra stöd är en effektiv metod att hjälpa kvinnan till en förlossningsupplevelse hon tycker är acceptabel. För att bekräfta detta krävs att en randomiserad kontrollerad studie utförs.