



HÖGSKOLAN  
DALARNA

## **Examensarbete**

Magisterexamen

### **Förlossningsrädda kvinnors erfarenheter av Aurorasamtal ett till två år efter förlossning**

– En jämförande studie

---

**Experiences of Aurora counselling in women suffering from fear of childbirth 1-2 years after childbirth**

– A comparative study

Författare: Anna Lindberg

Malin Rundberg

Handledare: Margareta Persson

Granskare: Mats Eriksson

Examinator: Reneé Flacking

Ämne: Vårdvetenskap inriktning sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa

Poäng: 15 hp

Betygsdatum: Ht2012

Högskolan Dalarna

791 88 Falun

Sweden

Tel 023-77 80 00

## **Sammanfattning**

**Bakgrund:** Av alla gravida kvinnor räknas omkring 5 % lida av svår förlossningsrädsla.

Kvinnor med förlossningsrädsla löper högre risk för komplikationer under och efter graviditeten. I Sverige läggs idag mycket resurser på Auroraverksamhet för att hjälpa kvinnor med förlossningsrädsla. Det saknas omfattande utvärdering av Auroraverksamheten.

**Syfte:** Syftet med detta fördjupningsarbete var att undersöka upplevelse och effekt av Aurorasamtal inför förlossning samt upplevelse av den efterföljande förlossningen bland först- och omfödernkor.

**Metod:** Studien har en retrospektiv studiedesign där datainsamling skedde via en enkätundersökning. Datamaterialet sammanställdes därefter i SPSS.

**Resultat:** Majoriteten av kvinnorna upplevde att samtalen hjälpte dem till en mer positiv förlossningsupplevelse. Fler förstfödernkor än omfödernkor önskade planerat kejsarsnitt när de kom till Auroramottagningen. De flesta kvinnor som önskade vaginal förlossning blev vaginalt förlösta. Över hälften av kvinnorna som deltog i studien var mindre rädda för förlossning 1 – 2 år efter förlossningen än de upplevde att de var innan Aurorasamtalet och förlossningen.

**Konklusion:** Aurorasamtal förefaller ha störst betydelse för omfödernkor och för de kvinnor som önskar vaginal förlossning.

**Nyckelord:** Förlossningsrädsla, Auroraverksamhet, Förlossningsupplevelse, Förstfödernkor, Omfödernkor

## **Abstract:**

**Background:** About 5 % of all pregnant women suffer from severe fear of childbirth. Women with fear of childbirth are at higher risk for complications during and after pregnancy. In Sweden a lot of resources are being spent on Aurora counselling to help women with fear of childbirth. There is no comprehensive evaluation of Aurora counselling though.

**Aim:** The aim of this study was to examine the experience and impact of Aurora counselling for childbirth as well as the experience of the following birth among primipara and multipara women.

**Method:** The study had a retrospective study design in which data was collected through a survey. The data was compiled in SPSS.

**Results:** The majority of women felt that the Aurora counselling has helped them to experience a more positive birth experience. More primipara than multipara desired an elective caesarean section when they came to Aurora Clinic. Most of the women who desired to have a vaginal birth became vaginally delivered. More than half of the women who participated in the study were less afraid of childbirth 1 - 2 years after the birth than they estimated they were before the Aurora counselling and childbirth.

**Conclusion:** Aurora counselling seems to have the greatest impact on multipara women as well as on women who desire vaginal birth.

**Key word:** Fear of childbirth, Aurora, Childbirth experience, Primipara, Multipara

## Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Förlossningsrädsla - begrepp definitioner och prevalens	1
Tänkbara orsaker till förlossningsrädsla	2
Komplikationer till barnafödande som följd av förlossningsrädsla	3
Behandling av förlossningsrädsla	3
<i>Aurorasamtal</i>	4
Problemformulering	5
Syfte	5
Frågeställningar	5
Metod	6
Design	6
Urval	6
Enkät	6
Datainsamling	7
Bearbetning av data och analys	7
<i>Bearbetning av data</i>	7
<i>Bearbetning av fria kommentarer</i>	8
<i>Statistiska analyser</i>	8
Etiska överväganden	8
Resultat	10
Deltagarna	10
Erfarenheter av Aurorasamtalen inför förlossningen	10
Förlossningsplanering och att utforma en förlossningsplan	11
Förlossningsutfall efter Aurorasamtal	12
Tiden efter förlossningen	13
Diskussion	14
Resultatdiskussion	14
Metoddiskussion	17
Förslag till vidare forskning	18
Klinisk betydelse	18
Konklusion	18
Referenser	19

## Bakgrund

### **Förlossningsrädsla – begrepp, definitioner och prevalens**

Förlossningsrädsla som begrepp är relativt nytt men fruktan för att föda barn har funnits länge. Tre svenska läkare, Areskog, Kjessler och Uddenberg, myntade i början av 1980-talet uttrycket "fear of childbirth" eller på svenska; förlossningsrädsla. Tidigare var begreppet inte etablerat trots att kunskapen fanns om att kvinnor kunde lida av oro, ångest och rädsla under graviditeten inför kommande förlossning (Sjögren, 1998; Liljeroth, 2009).

Förlossningsrädsla kan uppstå både före, under och efter förlossning. Rädslan delas in efter hur skrämmande förlossningen upplevs och innefattar allt i från ingen rädsla alls till oerhört stark ångest (Svensk förening för obstetrik och gynekologi, 2004). Förlossningsrädsla av varierande grad definieras enligt följande:

*Lätt förlossningsrädsla:* Kvinnan kan hantera sin oro och förbereda sig mentalt för sin förlossning.

*Måttlig förlossningsrädsla:* Kvinnan har svårt att hantera sin oro och rädsla. Hon behöver hjälp och stöd för att hantera detta.

*Svår förlossningsrädsla:* Förlossningsrädslan påverkar kvinnan starkt psykiskt och därmed försvåras anknytning till fostret och det vardagliga livet.

*Förlossningsfobi:* Kvinnan undviker graviditet eller vaginal förlossning på grund av förlossningsrädsla (SFOG, 2004).

Med syfte att möjliggöra en bedömning av graden av förlossningsrädsla har Wijma, Wijma och Zar (1998) presenterat en självskattningsskala för att mäta förlossningsrädsla med hjälp av frågeformulär. Detta formulär, Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire, W-DEQ, finns i två versioner, version A som används före förlossning och version B som används efter förlossning. Dessa självskattningsskalor används numera i stor utsträckning runtom i världen för att skatta graden av förlossningsrädsla bland gravida (SFOG, 2004).

Av gravida kvinnor lider 20 procent av viss rädsla inför förlossningen (Sjögren, 1998). Studier visar att omkring 5 procent av andelen kvinnor i befolkningen lider av svår förlossningsrädsla (SFOG, 2004; Sjögren, 1998). Zar, Wijma och Wijma skriver i en studie från 2001 att kvinnor med tydliga drag av oro under graviditet upplever mer konstant känsla av rädsla under förlossning.

### **Tänkbara orsaker till förlossningsrädsla**

Kvinnor med tidigare erfarenheter av ångest, dålig självkänsla och ökat kontrollbehov har större benägenhet att uppleva förlossningsrädsla. Dessa erfarenheter försvårar möjligheterna att ta kontroll över rädslan inför förlossning. Depression under graviditet kan påverka både förstföderskor och omföderskor och medför att kvinnan kan ha mindre styrka att föda vaginalt med tanke på den anspänning förlossningsarbetet innebär (SFOG, 2004). Tidigare psykisk ohälsa och förlossningsrädsla uppvisar ett samband. De kvinnor som är förlossningsrädda använder eller har tidigare använt psykofarmaka i högre grad än kvinnor som inte upplever förlossningsrädsla (Nordeng, Hansen, Garthus-Niegel & Eberhard-Gran, 2012).

Melander (2002) beskriver vad kvinnor själva ser som orsak till sin förlossningsrädsla. Den vanligaste orsaken som deltagarna anger är osäkerhet och oro för barnets och den egna hälsan. En annan orsak till rädsla som beskrivs är för stor kunskap inom graviditets- och förlossningsområdet; kunskap som kvinnorna dels erhåller från mödrahälsovården, men också från media eller kunskap från kvinnans eget yrke. Kunskap kan även ha en positiv inverkan på rädslan då det, trots att det kan vara delvis skrämmande, ändå skapar en trygghet. En tredje orsak till rädsla inför förlossning som rapporteras är tidigare negativa graviditets- och förlossningserfarenheter, antingen självupplevda eller att någon anhörig har upplevt jobbiga förlossningar med dramatisk utgång. Andra orsaker kan vara kvinnornas egna vanföreställningar, som innebär att de har en vag känsla av att något negativt inträffar under förlossningen (Melander, 2002). En finsk studie visar att förlossningsrädsla är vanligast förekommande hos förstföderskor samt bland kvinnor med tidigare instrumentell förlossning eller kvinnor med tidigare kejsarsnitt (Rouhe et al, 2008). Omföderskor med förlossningsrädsla har oftast upplevt komplicerade förlossningar, det vill säga akut kejsarsnitt eller sugklocka, svåra bristningar, blödningar mer än 1000 ml och/eller placentaretention (SFOG, 2004). Här kan screening för förlossningsrädsla på mödrahälsovården vara avgörande för att hitta kvinnor med tidigare traumatisk förlossningsupplevelse och därmed minska risken

att rädslan upprepas i kommande graviditeter (Zar et al. 2001). Dock är det inte enbart komplicerade förlossningar som kan upplevas traumatiska, även en normal okomplicerad förlossning kan dock upplevas som ett svårt trauma i och med att smärta och ångest upplevs helt subjektivt (SFOG, 2004).

### **Komplikationer till barnafödande som följd av förlossningsrädsla**

Kvinnor med förlossningsrädsla löper högre risk att drabbas av fysiska och psykiska komplikationer i samband med graviditeten, förlossningen och postpartum som berör både mor och barn. De fysiska komplikationer som visar på samband med förlossningsrädsla är t.ex. att barnet kan utveckla tillväxthämning samt ökad förekomst av prematura förlossningar, överburenhet, långdragna förlossningar och akut kejsarsnitt. Psykiska besvär som kan uppstå vid förlossningsrädsla är exempelvis rädsla, ångest, oro, negativ förlossningsupplevelse och försvårad anknytning till barnet (Liljeroth, 2009). Kvinnor med förlossningsrädsla utvecklar i högre grad posttraumatiskt stressyndrom efter sin förlossning jämfört med kvinnor som har upplevt en positiv och trygg förlossning (Sjögren, 1998).

### **Behandling av förlossningsrädsla**

Barnmorskans roll vid inskrivningssamtalet är av stor betydelse för att identifiera kvinnor med förlossningsrädsla på ett tidigt stadium enligt Lyberg & Severinsson (2010). De beskriver hur kvinnans mentala förberedelse inför förlossning är avgörande. Några av kvinnorna som deltar i studien och har upplevt förlossningsrädsla uppger att det är av mycket stor vikt att känna barnmorskan och att ha upprättat en individuell födelseplan för graviditet och förlossning. Tillgängligheten till barnmorskan efter en upplevd traumatisk förlossning ger en känsla av att vara bekräftad (Lyberg & Severinsson, 2010). Forskningen visar också i en kvalitativ studie skriven av Melander (2002) hur kvinnor själva bearbetar sin förlossningsrädsla. Kvinnorna använder sig huvudsakligen av fyra metoder: att prata med andra i det egna sociala nätverket, att skriva ned sina tankar, att söka kunskap från böcker och media samt att resonera med sig själva om att det ska gå bra. Om kvinnorna söker hjälp är det i första hand från nära anhöriga som make, mor, syster, nära vänner, men också från kollegor. Andra söker hjälp från hälso- och sjukvården och vissa väljer att inte söka hjälp alls, utan vill hantera rädslan själv. Det åtgärder som kvinnor själva upplever fungerar för att lindra

förlossningsrädslan är att diskutera med andra, få ökad kunskap, få hjälp från sjukvården samt ta del av andras positiva upplevelser (Melander, 2002).

### *Aurorasamtal*

Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) har sammanställt en rapport år 2004 som behandlar aspekter av förlossningsrädsla. Där beskrivs hur Auroramottagningar startas upp under 1980-talet på några få kliniker i landet. Under 1990-talet utvecklades verksamheten i landet och snart finns den på de flesta kliniker. ”Aurora” är namnet på morgondagens gudinna och syftet med Auroraverksamheten är att kvinnan eller paret med förlossningsrädsla skall få möjlighet att se ljusare på förlossningsupplevelsen oavsett förlossningssätt. På Auroramottagningarna arbetar vanligtvis barnmorska, obstetriker, psykolog och kurator samt ibland en psykiater. Barnmorskan bör ha erfarenhet från förlossningsvård. De flesta som kommer till Auroramottagningen kommer på remiss från mödrahälsovården, men det är även möjligt att själv ta kontakt. Fördelen med att remitteras via mödrahälsovården är att barnmorskan där också kan finnas som stöd. Vid första besöket på Auroramottagningen görs en genomgång av kvinnans sociala liv, livshändelser som kan ha påverkat henne negativt samt kvinnans psykiska och fysiska sjukdomshistoria. Dessutom bedöms graden av förlossningsrädsla hos kvinnan. Barnmorskan går i samtalet även igenom vad som sker i kvinnans kropp under förlossningsarbetet och meningen är att kvinnan skall bli trygg och våga lita på att hennes kropp klarar av förlossningen (Sjögren, 1998).

Syftet med besöken på Auroramottagningen är att kvinnan tillsammans med barnmorskan skall försöka hitta orsaken till rädslan samt att kvinnan skall få en förståelse för varför hon är rädd. Framförallt vill personalen på Auroramottagningen få kvinnan att bli trygg i att föda och bygga upp hennes självförtroende inför förlossningen. Det görs även en förlossningsplanering och det är mycket viktigt att den skrivs ned i journalen så att barnmorskorna på förlossningsavdelningen, så långt det är möjligt, kan uppfylla de önskemål som är viktiga för kvinnan. I vissa fall kan kvinnan inte fokusera på samtalsbehandlingen förrän hon blir lovad ett planerat kejsarsnitt, alternativt induktion av förlossningen vid fullgången graviditet (SFOG, 2004). I besöken på Auroramottagningen ingår att kvinnan skall besöka förlossningsavdelningen innan förlossningen. Har kvinnan tidigare traumatiska erfarenheter från förlossning kan det också vara bra med ett besök för att se hur hon upplever att komma tillbaka till miljön innan nästa förlossning startar (Sjögren, 1998).



## Problemformulering

Kvinnor med förlossningsrädsla löper högre risk för komplikationer i samband med graviditet och förlossning samt önskar i högre grad planerat kejsarsnitt. Den hjälp som erbjuds idag mot förlossningsrädsla är i första hand Aurorasamtal; en resurskrävande verksamhet där utvärdering av verksamheten samt evidens för effekterna av Aurorasamtal är bristfällig. Det är betydelsefullt att sjukvård som bedrivs regelbundet utvärderas för att verksamheten skall utvecklas på ett optimalt sätt som stämmer överens med evidens samt patienternas behov och förväntningar. Studiens resultat kommer därför förhoppningsvis vara till nytta för både personal som möter kvinnor med förlossningsrädsla och bidra till förbättringar för de kvinnor som är i behov av samtalsstöd inför förlossningen.

## Syfte

Syftet med detta fördjupningsarbete är att undersöka upplevelse och effekt av Aurorasamtal inför förlossning samt upplevelse av den efterföljande förlossningen bland först- och omfödskor.

## Frågeställningar

- Vilket förlossningssätt önskade kvinnorna som sökte sig till Auroramottagningen innan samtalskontakten började?
- Hur upplevde kvinnorna Aurorasamtalen?
- Hur kom kvinnorna att förlösas och i vilken omfattning förändrades önskemål om förlossningssätt efter samtalen?
- Hur upplevde kvinnorna förlossningen efter Aurorasamtalen?
- Hur upplevs förlossningsrädslan idag?

## Metod

### Design

Studien har en retrospektiv kvantitativ studiedesign där datainsamling skedde via en enkätundersökning.

### Urval

Möjliga deltagare för denna studie var kvinnor som haft ett eller flera samtal på Auroramottagningen på en kvinnoklinik i Mellansverige åren 2010-2011. Totalt hade 343 kvinnor registrerats för besök på den aktuella kliniken under år 2010-2011.

Exklusionskriterierna var kvinnor som födde sitt barn före utgången av 37 fulla graviditetsveckor samt kvinnor som fått ett intrauterint dött barn. Dessutom exkluderades de kvinnor som ej fött sitt barn på den aktuella kliniken då det inte gick att fastställa graviditetslängden vid förlossningen för dessa kvinnor, kvinnor utan svenskt personnummer, de med skyddad identitet, kvinnor som inte hade något barn registrerat i folkbokföringen, kvinnor som inte hade besöket dokumenterat i journalen samt de som inte registrerats som Aurorabesök, totalt exkluderades 50 kvinnor.

### Enkät

Enkäten utformades i samarbete mellan ansvariga på högskolan Dalarna och en kvinnoklinik i Mellansverige och är indelad i tre delar. Den första delen, som består av 43 frågor, behandlar ålder, utbildning, antalet graviditeter, yrke, livsstils- och hälsofrågor, frågor om samtalen på Auroramottagningen samt frågor om förlossningsplanering och förlossningsupplevelse. Denna del av enkäten besvarades främst med fasta svarsalternativ. På några frågor fanns möjlighet att lämna egna kommentarer och några frågor som besvarades med hjälp av VAS-skala som graderades från ”Mycket missnöjd – Mycket nöjd”, ”Mycket dåligt – Mycket bra” samt ” Inte alls – I mycket hög grad”.

I del två av enkäten användes Wijma Delivery Experience Questionnaire (W-DEQ version B), som är ett validerat instrument med en självskattningsskala för att mäta förlossningsrädsla efter förlossningen. Instrumentet består av 33 frågor vars svarsalternativ är graderade från 0-5 (Wijma, Wijma och Zar, 1998). Den tredje delen i enkäten utgörs av ytterligare ett validerat

instrument, Impact of Event scale - revised (IES-R). Instrumentet används för att uppskatta förekomst av posttraumatisk stress. Frågeformuläret består av 22 påståenden där svarsalternativ ges mellan 0 (Inte alls) – 4 (våldigt mycket) (Weiss & Marmar, 1997). Tillstånd att använda de två sistnämnda instrumenten har givits av upphovsmännen.

## **Datainsamling**

Enkäten skickades i juli 2012 till samtliga kvinnor som uppfyllde inklusionskriterierna (n=293) och som hade genomgått minst ett Aurorasamtal på en kvinnoklinik i Mellansverige 2010-2011. Utskicket skedde ca 1-2 år efter genomgången samtal och förlossning och innehöll ett informationsbrev riktat till kvinnan, enkät och svarskuvert. Påminnelse med nytt informationsbrev, enkät och svarskuvert skickas ut under hösten 2012. Datainsamlingen pågår fortfarande varför det till denna studie redovisas ett delresultat baserat på de svar som inkommit fram till v. 33, 2012, vilket omfattade totalt 67 stycken.

## **Bearbetning av data och analys**

### *Bearbetning av data*

För detta fördjupningsarbete användes del ett av kvinnans enkät som främst behandlar Aurorasamtalen, förlossningsplaneringen och erfarenheterna efter förlossningen. Frågor såsom ”Hur var din känsla inför förlossningen när du kom till Aurora-mottagningen?”, ”Hur kom planeringen inför din förlossning att se ut?” och ”I vilken utsträckning tycker du att samtalen du fick under graviditeten hjälpte dig till en positiv förlossningsupplevelse?” Frågorna besvarades med fyra till fem svarsalternativ. Dessutom används en fråga ”Hur upplevde du din förlossning som helhet?” från skattningsformuläret W-DEQ, version B, där 0 innebar ”Oerhört fantastisk” och 5 ”Inte alls fantastisk”.

Inför bearbetningen har följande variabler dikotomiserats: paritet, hälsoupplevelse, känsla inför förlossning när kvinnan kom till Auroramottagningen, barnmorskans bemötande på Auroramottagningen, barnmorskans kompetens och kunskap på Auroramottagningen, om samtalen hjälpte till en mer positiv förlossningsupplevelse, hur förlossningsrådslan upplevs idag, om Aurorasamtal kan rekommenderas till andra samt samtalsstöd efter förlossning. Följande exempel visar hur dikotomisering genomförts, frågan ”Fick du den hjälp du behövde

med dina samtal?” med svarsalternativ som ”Ja, mycket bra hjälp”, ”Ja, ganska bra hjälp”, ”Nej, ganska dålig hjälp” samt ”Nej, ingen hjälp” har dikotomiserats till två variabler, ja och nej.

När det gäller förekomst av psykiatriska diagnoser var det främst diagnoser som t.ex. depression, ätstörning samt utmattningssyndrom som rapporterades. I den statistiska bearbetningen har förekomst av psykiatrisk diagnos dikotomiserats till två variabler; förekomst av psykiatrisk diagnos och ingen psykiatrisk diagnos.

### ***Bearbetning av fria kommentarer***

Några frågor i enkäten besvarades med deltagarnas fria kommentarer. Majoriteten av dessa kommentarer är korta och består av några meningar. Kommentarer lästes igenom upprepade gånger av båda författarna, först var för sig och därefter diskuterades och sammanställdes kommentarerna i två kategorier: positiva och respektive negativa aspekter på Aurorasamtalen. I resultatpresentationen har de fria kommentarerna använts som illustrationer av resultatet och redovisas ordagrant i form av citat.

### ***Statistiska analyser***

Insamlade data registrerades i IBM SPSS Statistics 20.0. Det bearbetade datamaterialet analyserades med statistiska analyser som presenteras dels som tabeller och dels i löpande text. I analysen har de icke-parametriska Pearsons' Chi<sup>2</sup>- test använts för att jämföra fördelning mellan grupperna och Mann-Whitney för att jämföra medianerna mellan grupperna används. Dessa ansågs som lämpliga då variablerna var snedfördelade. Vid normalfördelade variabler har Students T-test använts för att jämföra medelvärden mellan två grupper. Signifikansnivå  $\leq 0,05$  har använts för att visa statistiska skillnader mellan jämförda grupper. När det gäller bortfall på enkätsvar rör det sig om enstaka svar och eftersom de är så få har författarna valt att inte ange bortfallen i tabellerna.

### ***Etiska överväganden***

Deltagarna i studien blev tillfrågade skriftligt om de önskade medverka. I enlighet med Helsingforsdeklarationen (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2008) ska deltagaren ges tydlig information om studiens syfte och att deltagaren när som helst kan

avbryta sitt deltagande i studien utan att anledning behöver anges. Studiens syfte framkom i det bifogade informationsbrevet där även den grundläggande etiska principen att värna om deltagarens integritet och privatliv berördes.

Alla enkäter var märkta med en identifieringskod och så snart enkätsvaret inkommit togs kopplingen mellan individ och enkätsvar bort och enbart identifieringskoden användes för registrering av enkätsvar. Kodnyckeln förvaras inlåst och separat från enkätsvaren. All bearbetning har skett på oidentifierat material.

Gruppen förlossningsrädda kvinnor som studeras kan vara sårbar och enkäten kan väcka eller reaktivera starka känslor. För att säkerställa att deltagande inte skulle vålla individen skada genom att uppleva negativa känslor eller reaktiverad stress fanns resurser att tillgå i form av samtal med kurator eller personal på Auroramottagningen om behov därav skulle uppstå. Studien är granskad och godkänd av forskningsetiska nämnden , Högskolan Dalarna (DUC 2012/831/90) och dessutom har klinikens verksamhetschef godkänt att studien genomfördes.

## Resultat

### Deltagarna

Karakteristika för deltagarna redovisas dels för alla deltagare samt fördelade på först- och omfödernor i tabell 1. Av de kvinnorna som deltog i studien var 25 (37,3 %) förstfödernor och 42 (62,7 %) omfödernor och kvinnorna hade fött i medeltal 1,7 ( $\pm 0,6$ ) barn. Deltagarna var i åldrarna 19-41 år. Drygt hälften, (53,7 %), var högskole- eller universitetsutbildade. Majoriteten av kvinnorna var vid svarstillfället föräldralediga. Bland deltagarna uppgav 9 % att de rökte eller snusade.

De flesta kvinnor (85,1 %) skattade sin hälsa som god eller mycket god. Av det totala antalet deltagare hade 36,4 % psykiatrisk diagnos före graviditeten. En mindre andel av kvinnorna (19,7 %) rapporterade att de behandlats för psykiatrisk diagnos efter graviditeten. Ingen skillnad sågs mellan först- respektive omfödernor i någon av variablerna avseende bakgrundskaraktistika.

### Erfarenheter av Aurorasamtalen inför förlossningen

Övervägande delen kvinnor (86,6 %) som kom till Aurorasamtal hade remitterats via Mödrahälsovården (MHV). Övriga blev remitterade via läkare på specialistmödravården eller tog på eget initiativ kontakt med Auroramottagningen.

Mer än hälften av kvinnorna (53,0 %) hade en önskan om vaginal förlossning när de kom till Aurorasamtalen. Signifikant fler förstfödernor önskade planerat kejsarsnitt jämfört med omfödernor ( $p=0,023$ ) (se tabell 2).

De flesta av alla kvinnor i studien (94,0 %) ansåg att barnmorskan på Auroramottagningen var kunnig och kompetent. Majoriteten (92,5 %) upplevde att de fått ett bra bemötande, dock upplevde signifikant fler förstfödernor att de fått ett dåligt bemötande (se tabell 3).

Majoriteten (88,1 %) skulle rekommendera Aurorasamtal till andra kvinnor som var rädda och oroliga inför förlossningen. Omfödernorna (95,2 %) var mer benägna att rekommendera Aurorasamtal till andra förlossningsrädda kvinnor än förstfödernorna (76,0 %) ( $p=0,019$ ).

De positiva faktorer som frekvent återkom i de öppna kommentarerna som berörde

Aurorasamtalen var att kvinnorna uttryckte en lättnad av att bli bekräftad och sedd av samtalsbarnmorskan: *”Kvinnan jag träffade såg till min problematik och den fick vara viktig. Min rädsla och oro inför vad som komma skulle fick ta plats och hon lät mig inte heller fly ifrån det.”*

Andra positiva upplevelser av samtalen var att få kunskap om förlossningen och konkreta råd att ta med sig. En kvinna uttryckte: *”Jag fick hjälp att hantera min oro. Jag kunde identifiera vad min oro handlade om. Jag fick konkreta råd till hur jag skulle bemöta olika tänkbara scenarios vid förlossningen. Jag fick veta/bekräftat att mina tankar/känslor var normala och okej, men att jag inte skulle låta dem ta överhanden = skapa inre kontroll. Jag fick hjälp med att vara i nuet (här och nu) vid förlossningen. Hjälpt med att skriva en förlossningsplan. Boktips ”Hemmaövningar” ...”*

De som hade haft en tidigare negativ förlossningsupplevelse var nöjda med att ha fått hjälp med att bearbeta den. En kvinna skrev: *”Möjlighet att få bearbeta tidigare förlossning och få hjälp att lägga det bakom sig. Få förklaringar till varför saker blev som det blev. Möjlighet till att fokusera på förlossning nr 2.”*

### **Förlossningsplanering och att utforma en förlossningsplan**

Av samtliga kvinnor planerade 89,4 %, för en vaginal förlossning, se tabell 4. I den förlossningsplanering som gjordes beskrev vissa kvinnor att de fick löfte om extra stöd, planerad igångsättning eller ett ”kontrakt” där kvinnan kunde säga stopp om den vaginala förlossningen blev för övermäktig. Två av deltagarna, båda omfödorskör, uttryckte att de fick akut sectio efter de sagt stopp enligt upprättat kontrakt. En av kvinnorna i studien uttryckte att hon inte fick vara med att planera och bestämma över sin förlossning. *”Jag fick ingen planering för jag ville planera för kejsarsnitt, men de vill inte.”* Vidare beskrev samma kvinna: *”De lyssnade inte på patient. Det menar jag att det tror att de vet allt och vill bara prata om vanlig förlossning.”*

Att tillsammans utforma en förlossningsplan upplevdes som positiv av flera kvinnor. En kvinna skrev: *”Vi gjorde en förlossningsplan (sk. Aurorajournal) som barnmorskorna på förlossningen kunde bekanta sig med i förväg när jag ringde och meddelade att vi var på väg in. Tack vare min Aurorakontakt fick jag en jättefin hjälp av alla på vården. Utan min*

*Aurorakontakt hade jag bara varit en av ”många som kommer hit för att föda”.*” Flertalet nämnde också att det kändes bra och tryggt att få se och bekanta sig med en förlossningssal innan det var dags att föda.

Även negativa kommentarer om samtalen framkom i de öppna frågorna. Flera kvinnor uttryckte besvikelse över att den uppgjorda förlossningsplanen inte hölls, det kvinnorna upplevde att de blivit lovade och man kommit överens om på Aurorasamtalen togs inte hänsyn till vid förlossningen: *”När värkarna kom ignorerade man vår överenskommelse, om den ens fanns i journalen...”* Samma kvinna beskrev sin upplevelse vidare: *”Mitt kejsarsnitt föregicks av 7 månaders skräckpropaganda om hur farligt /dåligt det är med snitt. Skräckpropagandan gjorde att jag var väldigt orolig och rädd inför snittet, men att föda vaginalt var så skrämmande att det var otänkbart.”* Det fanns inte rum för att diskutera kejsarsnitt och synen på kejsarsnitt hos Aurorapersonalen verkade vara så negativ. Flera av kvinnorna kände att samtalen kom för sent i graviditeten och hade gärna inlett kontakten tidigare dessutom beskrevs känslor av att man inte fick plats eller möjlighet att uttrycka sin oro. En kvinna beskriver hur hon och hennes partner upplevde samtalen: *”Vi/jag kände oss inte ”sedda” av vår första Aurorabarnmorska. Det kändes som hon var upptagen av att rabbla fakta och faktiskt lite av sig själv och hennes bild av hur vi skulle vara”.*

### **Förlossningsutfall efter Aurorasamtal**

Av studiens deltagare kom majoriteten (71,6 %) att förlösas vaginalt. Omföderns födde vaginalt i större utsträckning än förstföderns (p=0,000). Av de förstföderns i studien som förlöstes vaginalt, förlöstes 16,0 % med hjälp av sugklocka. Ingen av omföderns i studien förlöstes instrumentellt. Fler förstföderns förlöstes genom planerat eller akut kejsarsnitt (se tabell 5).

Av de kvinnor som kom till Aurora samtalet och önskade vaginal förlossning förlöstes de flesta (91,4 %) vaginalt. De resterande förlöstes med sugklocka eller akut kejsarsnitt (p=0,001). Ingen av kvinnorna som önskade vaginal förlossning när de kom till Aurorasamtalen kom att förlösas med planerat kejsarsnitt. Tjugo kvinnor önskade innan samtalen påbörjades planerat kejsarsnitt, 15 av dessa påverkades under samtalen till att välja vaginal förlossning. Av dessa (n=15) förlöstes 10 kvinnor (67 %) ändå med kejsarsnitt, varav sju (47 %) av dessa 15 kvinnor förlöstes med akut kejsarsnitt (av okänd anledning) (p=0,001).



Fördelningen mellan önskat förlossningssätt innan Aurorakontakt, planerat förlossningssätt efter samtal och hur förlossningssättet kom att bli presenteras närmare i tabell 6.

Helhetsupplevelsen av förlossningen skattades hos förstföderskor  $\mu=2,9 (\pm 1,3)$  där 0 indikerade en mycket positiv upplevelse och 5 en mycket negativ upplevelse och hos omföderskor  $\mu=2,7(\pm 1,57)$  ( $p=0,544$ ). Inga skillnader sågs i förlossningsupplevelse mellan de som fött vaginalt och de som förlöstes instrumentellt eller via kejsarsnitt.

Majoriteten av kvinnorna (78,5 %) som genomgått Aurorasamtal ansåg att samtalen hjälpte dem till en bättre förlossningsupplevelse. Signifikant fler omföderskor (85,7 %) jämfört med förstföderskor (65,2 %) ansåg att samtalen var till stor hjälp ( $p 0,055$ ).

### **Tiden efter förlossningen**

De flesta av kvinnorna (74,6 %) upplevde att de hade fått de samtal på Aurorakliniken som de önskade. En fjärdedel (25,4 %) av kvinnorna hade behövt/önskat samtal efter förlossningen, men fick för få samtal eller inga samtal alls. Inga skillnader sågs mellan först- och omföderskor.

Över hälften (55,4 %) av kvinnorna upplever att deras förlossningsrädsla är lindrigare efter förlossningen än innan Aurorasamtalen och den faktiska förlossningen. Inte heller här sågs skillnader mellan först- och omföderskor. Kvinnornas upplevelse och samtalsbehov efter förlossningen samt hur de upplever sin förlossningsrädsla ett till två år efter förlossningen presenteras närmare i tabell 7.

## Diskussion

### Resultatdiskussion

Resultatet visade att övervägande delen kvinnor som kom till Aurorasamtal hade en önskan om vaginal förlossning vilket de sannolikt också kom att få. Signifikant fler förstföderskor än omföderskor kom till samtalen med en önskan om ett planerat kejsarsnitt. Av kvinnor som önskade planerat kejsarsnitt påverkades tre fjärdedelar genom samtalen till att planera för vaginal förlossning. Av dessa förlöstes ändå slutligen majoriteten med kejsarsnitt varav de flesta med akut kejsarsnitt.

Föreliggande resultat liknade ett resultat som presenterades av Sydsjö, Sydsjö, Gunnervik, Bladh & Josefsson (2011). Syftet med den studien var att jämföra förlossningsutfallet mellan två grupper: kvinnor diagnostiserade med svår förlossningsrädsla och kvinnor utan förlossningsrädsla. Resultatet visade att planerade kejsarsnitt var mer vanligt förekommande i gruppen för förlossningsrädda, likaså induktioner. Dessutom visade studien att förlossningsrädda som planerade för en vaginal förlossning i större utsträckning förlöstes med akut kejsarsnitt än de som inte hade diagnos på förlossningsrädsla. Föreliggande fördjupningsarbets resultat överensstämde med Ryding, Wijma, Wijma & Rydhströms (1998) studie som visade att det fanns ett samband mellan svår förlossningsrädsla och akut kejsarsnitt. Instrumentella förlossningar förekom i vår studie endast bland förstföderskor vilket överensstämde med Sydsjö et al (2011) där förstföderskor med förlossningsrädsla i högre omfattning förlöstes med hjälp av sugklocka än omföderskor med förlossningsrädsla. Författarna till denna studie frågar sig om de akuta kejsarsnitten skedde på grund av hänsyn till modern i de fall där det inte funnits ”kontrakt” eller om det var barnets tillstånd som var orsaken för det akuta kejsarsnittet. I Rydings et al. (1998) studie förlöstes övervägande delen kvinnor med svår förlossningsrädsla med akut kejsarsnitt på grund av hotande fosterasfyxi.

I öppna kommentarerna uttryckte kvinnorna i denna studie att de blev bemötta med skepsis och nekande när de ville diskutera ett planerat kejsarsnitt. I en kvalitativ studie av Karlström, Engström-Olofsson, Nystedt, Thomas & Hildingsson (2009) beskrev barnmorskor och obstetriker sina attityder till kvinnor som önskade ett planerat kejsarsnitt. Resultatet visade att vårdpersonalen hade lättare att bevilja planerade kejsarsnitt när modern hade en förlossningsrädsla på grund av tidigare traumatisk förlossningsupplevelse. Planerade

kejsarsnitt utan medicinsk indikation möttes av motstånd från vårdpersonalen. Övergripande resultatet i studien av Karlström et al. var att planerade kejsarsnitt blev en balansgång mellan motstånd och respekt. Sahlin, Carlander-Klint, Hildingsson & Wiklund (in press) beskrev förstföderskors upplevelse av att hantera egna och andras åsikter om planerade kejsarsnitt. Deltagarna ansåg att det är varje kvinnas rättighet att planera för sin förlossning, men i andras ögon blev man okvinnlig om man tog ”den enkla vägen”, det vill säga kejsarsnitt. Förlossningsrädsla hos kvinnor som väntade sitt första barn var djupt rotade känslor som kvinnan ofta själv inte fann orsak till. Tankar hade hos flera av kvinnorna kommit redan i barndomen eller tidiga ungdomsåren innan de ens vetat om de överhuvudtaget ville ha barn. Efter att de blivit vuxna hade de övervägt att inte skaffa barn alternativt velat adoptera men givit efter för partners önskan om ett biologiskt barn. Det fanns ett behov av kontroll. Dessutom upplevde kvinnorna att det kändes säkrare och mer kontrollerat med ett planerat kejsarsnitt, framförallt för barnet men även för henne själv (Sahlin et.al, in press). I föreliggande studie var övervägande antal kvinnor nöjda med sin förlossning. I de öppna kommentarerna gick dock att utläsa ett missnöje hos några kvinnor som önskade planerat kejsarsnitt, men inte fick det beviljat. Om det önskade, planerade kejsarsnittet uteblev men ändå i slutändan resulterade i ett akut snitt är frågan vad modern och sjukvården vann på detta? Författarna anser att kejsarsnitt bör undvikas med alla komplikationer som bevisligen kan uppstå. Däremot om resurser finns att tillgå borde det vara möjligt att ge ett löfte i förlossningsplanen om en ständigt närvarande barnmorska under hela förlossningsförloppet vilket förhoppningsvis kan resultera i att fler akuta kejsarsnitt undviks.

Resultatet i denna studie visade hur kvinnorna uttryckte att förtroendet inför och behovet av att göra en förlossningsplan var stort. Samtalet med Aurorabarnmorskan utmynnade i de flesta fall i att det skrevs en Aurorajournal och förlossningsplanering som förlossningspersonal tog del av vid ankomst till sjukhus. Många kvinnor var upprörda över att förlossningen inte alls gick som förväntat och orsaken till det var, enligt kvinnorna, att den uppgjorda förlossningsplanen inte följdes och ett flertal upplevde att förlossningsplanen inte ens blivit läst av personalen. I de fall där kvinnorna upplevde att förlossningsplanen efterföljdes blev upplevelsen mer positiv, kvinnorna kände sig sedda och unika. Förlossningsplan i relation till smärtlindring studerades av Pennel, Salo-Coombs, Herring, Spielman & Fecho, (2011). Mödrarna i studien uttryckte att förlossningsplanen påverkade känslan av kontroll samt en tydlig förbättring av hela förlossningsupplevelsen. Ytterligare positiva omdömen uttrycktes såsom att kommunikationen med vårdpersonal blev bättre, samt att tankar och behov under

förlossningen blev tydliga i en förlossningsplan (Pennel et al, 2011). En svensk studie utförd av Salomonsson, Alehagen & Wijma, (2011) visade att barnmorskor som arbetade i mödravård eller förlossningsvård ansåg att en förlossningsplan var av stor betydelse. De barnmorskor som arbetade med förlossningsvård beskrev hur de intuitivt kunde se att en kvinna led av svår förlossningsrädsla. Barnmorskorna som intervjuades ansåg att kvinnor med svår förlossningsrädsla hade ökat i antal de senaste åren och att kvinnor var mer benägna att våga uttrycka sin rädsla.

Författarna till denna studie kunde i de öppna kommentarerna i enkäten se att förlossningsplanen upplevdes som ett skrivet löfte om hur allt skulle bli. Risker kan då vara stor att den gjorda förlossningsplanen tolkas som ett löfte som bryts istället för att vara en vägledning och önskan om hur situationen på förlossningen ska hanteras. Barnmorskan på mödravården och barnmorskan/läkaren på Auroramottagningen kan inte vara tydliga nog med att betona att förlossningsplanen varken är ett löfte eller en garanti utan bara en vägledning för all personal som finns kring kvinnan i hennes förlossningsarbete. Flera av deltagarna i studien beskriver i sina öppna kommentarer vikten av att få sin rädsla bekräftad. Berg (2005) beskrev i sin avhandling grundstenarna i barnmorskans omhändertagande av en gravid kvinna som; ömsesidighet, förtroende, dialog, delat ansvar och bestående närvaro.

Förlossningsrädsla beskrevs av Nilsson (2012) som *"att förlora sig själv som kvinna i en ensamhet"* (Nilsson, 2012, s. 41). Detta gällde oavsett om kvinnan var först- eller omfödelska. Enligt Nilsson (2012) hade förlossningsupplevelsen större inverkan på efterföljande förlossningsrädsla mer än förlossningssättet. Vår studie visade att över hälften av kvinnorna som deltog var mindre rädda för förlossningen 1-2 år efter förlossningen än de upplevde att de var innan Aurorasamtalet och förlossningen. Vidare uttryckte majoriteten att Aurorasamtalet varit till stor hjälp för att få en bättre förlossningsupplevelse. Aurorasamtalet hade således hjälpt övervägande delen av kvinnor i vår studie genom bearbetning, förlossningsplan och besök på förlossningsavdelningen. Studien av Salomonsson et al (2011) visade att nästan två tredjedelar av barnmorskorna värderade Aurorateam högt då kvinnor upplevde mindre förlossningsrädsla tack vare Aurorasamtal.

## Metoddiskussion

Författarna till studien fick ta del av en färdigt utformad enkät som var godkänd och granskad av ansvariga på Högskolan Dalarna och av ansvariga för den mellansvenska kvinnoklinik där deltagarna rekryterades. Variablerna i SPSS utformades och bearbetades av författarna. Enkäten skickades ut till lämpliga deltagare efter att exklusionskriterierna följts, samlades sedan in, kodades och matades in i SPSS; detta gjordes av ansvarig på Högskolan Dalarna. Deltagarna i enkätstudien rekryterades via en kvinnoklinik, och enkäten skickades ut till 293 deltagare. Till föreliggande studie användes de först 67 inkomna svaren. Författarna anar ett eventuellt mönster där kvinnorna som är starkt positiva eller starkt negativa har svarat snabbt. Kommer svaren komma senare eller inte alls från kvinnor som befinner sig mitt emellan en starkt positiv och en starkt negativ upplevelse? Studiens resultat kan vara möjliga att generalisera till en större population med tanke på att kvinnor med förlossningsrädsla har möjlighet att söka Auroraverksamhet i hela Sverige.

Enkäten var inte testad i pilotstudie vilket minskar validiteten om frågornas omfattning och utformning. Exklusionskriterierna såsom prematur förlossning och intrauterin fosterdöd resulterade i ett minskat antal utskick. Detta ökar validiteten i denna studie, på grund av att helhetsupplevelsen i nämnda fall kan påverka förlossningen negativt.

Objektiviteten stärks genom att enkätstudien skickats hem och kvinnan, utan påverkan av författarnas närvaro och förförståelse, får fylla i enkäten på egen hand. Alla deltagare har också besvarat samma frågor.

Deltagarna har i föreliggande studie i stor utsträckning svarat på alla frågor vilket gör att validiteten styrks. De enstaka frågor som inte besvarades av deltagarna var av olika karaktär, vilket tyder på att det inte hade med frågans utformning att göra eller kan bero på ett systematiskt fel.

I en enkätstudie kan deltagarna svara mer eller mindre sanningsenligt. Detta kan bero på att deltagarna missförstår eller inte minns korrekt hur situationen upplevdes. Ett antal svar har dikotomiserats för att underlätta och göra tolkningen mer överskådlig. Nackdelarna med att göra denna indelning är att viktig information kan falla bort (Dahmström, 1991).

Författarna anser att de frågor som besvarades med öppna svarsalternativ, fördjupar och ökar förståelsen för kvinnans totala upplevelse och bidrar till att öka föreliggande studies trovärdighet och styrka. Citaten är skrivna ordagrant från deltagarna i studien.

### **Förslag till vidare forskning**

Det finns sparsam tidigare forskning om effekterna av Aurorasamtal trots att mycket resurser används för dessa mottagningar runt om i landet. Det vore intressant att göra en nationell jämförande studie och studera vilka de viktigaste redskapen i Aurorabarnmorskans arbete är för att lindra förlossningsrädsla hos kvinnan. Andra forskningsfrågor av intresse är vid vilken tidpunkt efter förlossningen man behöver fånga upp kvinnor som haft en traumatisk förlossningsupplevelse för att förhindra posttraumatisk stressyndrom, och vilka skillnader det finns vad gäller rädslor hos först- respektive omfödelskor?

### **Klinisk betydelse**

Vad gäller den kliniska betydelsen anser författarna att Auroraverksamheten har stor betydelse för de kvinnor som behöver bearbeta en tidigare förlossningsupplevelse. Är det däremot relevant för en förstfödelska med förlossningsrädsla att prata med förlossningspersonal, eller kan hon vara mer hjälpt av samtal hos en psykolog, kurator eller psykiater? Utöver Aurorasamtalen betonar författarna vikten av barnmorskans närvaro på förlossningssal, beaktande av att kvinnan har haft en önskan om planerat kejsarsnitt samt en bekräftelse på att förlossningspersonalen tagit del av kvinnans förlossningsplan.

### **Konklusion**

Studien visade att majoriteten av kvinnorna upplevde att Aurorasamtalen hjälpte dem till en bättre förlossningsupplevelse. Fler förstfödelskor än omfödelskor önskade planerat kejsarsnitt när de kom till Aurorasamtalen. De flesta deltagare hade en önskan om att föda vaginalt och i de fallen blev utfallet oftast som kvinnan hade önskat. Av de kvinnor som efter samtalen ändrade sitt önskemål om förlossningssätt från planerat snitt till vaginal förlossning kom ändå att till stor del förlösas med kejsarsnitt. En signifikant skillnad sågs mellan omfödelskor och förstfödelskor där förstfödelskor i större utsträckning önskade planerat kejsarsnitt.

## Referenslista

Berg, M. (2002). Genuine caring in caring for the genuine: Childbearing and high risk as experienced by women and midwives. Doctoral dissertation, Uppsala University, Department for the Faculty of Medicine in Obstetrics and Gynaecology.

Berg, M. (2005). A midwifery model of care for childbearing women at high risk: Genuine caring in caring for the genuine. *Journal of Perinatal Education*, 14(1), 9–21.

Dahmström, K. (1991). *Från datainsamling till rapport- att göra en statistisk undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Karlström, A., Engström-Olofsson, R., Nystedt A., Thomas, J. & Hildingsson, I. (2009). Swedish caregivers' attitudes towards caesarean section on maternal request. *Woman Birth*, 22(2), 57-63.

Karlström, A., Nyström, A., Hildingsson, I. (2011). A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. *Sexual and Reproductive Healthcare* 2(3), 93-99.

Liljeroth, P. (2009). *Rädsla inför förlossningen - ett uppenbart kliniskt problem?* Åbo: Åbo akademis förlag.

Lyberg, A. & Severinsson, E. (2010). Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care – a follow-up study. *Journal of Nursing Management* 18(4), 383-390.

Melander, H-L. (2002). Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal of Midwifery & Women's Health* 47(4), 256-263.

Nordeng, H., Hansen, C., Garthus-Niegel, S. & Eberhard-Gran, M. (2012) Fear of childbirth, mental health, and medication use during pregnancy. *Archives of Woman's Mental Health* 15(3), 203-209.

Pennel, A., Salo-Coombs, V., Herring, V., Spielman, F., & Fecho, K. (2011). Anesthesia and analgesia-related preferences and outcomes of women who have birth plans. *Journal of Midwifery & Women's Health* 56(4), 376-381.

Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmäki, E. & Saisto, T. (2008). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *International Journal of Obstetrics and Gynecology* 116(1), 67-73.

Ryding, E.-L., Wijma, B., Wijma, K., Rydström, H. (1998). Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 77(5), 542–547.

Sahlin M., Carlander-Klint, A-K., Hildingsson, I., Wiklund, I. (in press). First-time mothers' wish for a planned caesarean section—Deeply rooted emotions. *Midwifery*.

Salomonsson, B., Alehagen, S., Wijma, K.(2011). Swedish midwives' views on severe fear of childbirth. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2(4), 153-159.

Sjögren B. (1998). *Förlossningsrädsla*. Lund: Studentlitteratur.

Svensk förening för obstetrik och gynekologi, Arbets & Referensgrupper (ARG) (2004). *Förlossningsrädsla*. Rapport nummer 51. Stockholm. ISSN 1100-438X.

Sydsjö, G, Sydsjö, A., Gunnervik, C., Bladh, M. & Josefsson, A. (2011). Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 91(1), 44-49

Weiss, D., Marmar, C. (1997). The impact of event scale – revised. In J.P. Wilsson & T.M. Keane (Eds.). *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp.399-411). New York, NY: Guilford.



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 Obstetricia Gynaecology*, 19(2), 84-97.

World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki; Ethical principles for medical research involving human subjects. Seoul: World Medical Association; 2008. Hämtad från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>,. 2012-05-20

Zar, M., Wijma, K., Wijma, B. (2001). Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy* 30(2), 75-84.

Tabell 1. Karakteristika för deltagarna fördelade på först- respektive omföderskor.

	Alla kvinnor n=67	Förstföderskor n=25	Omföderskor n=42	P-värde
<b>Ålder</b>				
Medelvärde (±SD)	32,9 (SD ±4,8)	32,5 (SD ±5,8)	33,2 (SD ±4,1)	p= 0,599
<b>Civilstatus</b>				
Gift/Sambo	63 (94,0 %)	23 (92 %)	42 (95,2 %)	p=0,595
Ensamstående	4 (6,0 %)	2 (8 %)	2 (4,8 %)	
<b>Utbildning</b>				
Högskola/Universitet	36 (53,7 %)	12 (48,0 %)	24 (57,1 %)	p=0,576
Gymnasium	28 (41,8 %)	12 (48,0 %)	16 (38,1 %)	
Grundskola	3 (4,5 %)	1 (4,0 %)	2 (4,8 %)	
<b>Upplevd hälsa</b>				
Utmärkt	13 (19,4 %)	3 (12,0 %)	10 (23,8 %)	p=0,502
Mycket god	23 (34,3 %)	8 (32,0 %)	15 (35,7 %)	
God	21 (31,3 %)	9 (36,0 %)	12 (28,6 %)	
Någorlunda	9 (13,4 %)	5 (20,0 %)	4 (9,5 %)	
Dålig	1 (1,5 %)	0 (0,0 %)	1 (1,5 %)	
<b>Behandling för psykiatrisk diagnos före graviditeten:</b>				
Nej	42 (63,6 %)	16 (66,7 %)	26 (61,9 %)	p=0,699
Ja	24 (36,4 %)	8 (33,3 %)	16 (38,1 %)	
<b>Behandling för psykiatrisk diagnos efter förlossningen:</b>				
Nej	53 (79,1 %)	20 (83,3 %)	33 (78,6 %)	p=0,640
Ja	13 (19,7 %)	4 (16,7 %)	9 (21,4 %)	
<b>Rökning</b>				
Nej	63 (94,0 %)	25 (100 %)	38 (92,7 %)	p=0,171
Ja	3 (4,5 %)	0	3 (7,3 %)	
<b>Snusning</b>				
Nej	62 (92,5 %)	24 (96,0 %)	38 (95,0 %)	p=0,855
Ja	3 (4,5 %)	1 (4,2 %)	2 (5,0 %)	
<b>Alkoholvanor</b>				
Aldrig	17 (25,4 %)	6 (24,0 %)	11 (26,2 %)	p=0,621
1 gång/månad eller mer sällan	30 (44,8 %)	13 (52,0 %)	17 (40,5 %)	
2-4 gånger/månad	20 (29,9 %)	6 (24,0 %)	14 (33,3 %)	
<b>Hur många glas/tillfälle</b>				
1-2 glas	33 (68,8 %)	9 (52,9 %)	24 (77,4 %)	p=0,215
3-4 glas	13 (27,0 %)	7 (41,2 %)	6 (19,4 %)	
5-6 glas	2 (4,2 %)	1 (5,9 %)	1 (3,2 %)	

Tabell 2. Önskan om förlossningssätt innan första kontakt med Auroramottagningen, en jämförelse mellan först- respektive omfödernkor.

	Alla kvinnor n=67	Förstfödernkor n=25	Omfödernkor n=42	p-värde
<b>Önskan om förlossningssätt innan första kontakt med Aurora</b>				
Vaginal förlossning	35 (53,0 %)	8 (33,3 %)	27 (64,7 %)	p=0,023
Planerat sectio	20 (30,3 %)	12 (50,0 %)	8 (19,0 %)	
Ingen uppfattning	11 (16,7 %)	4 (16,7 %)	7 (16,7 %)	

Tabell 3. Först- och omfödernkors upplevelse av Aurorapersonalens kompetens och bemötande.

	Alla n=67	Förstfödernkor n=25	Omfödernkor n=42	p-värde
Kunnig och kompetent personal	63 (94,0 %)	22 (88,0 %)	41 (97,6 %)	p=0,108
Okunnig och inkompetent personal	4 (6,0 %)	3 (12,0 %)	1 (2,4 %)	
Bra bemötande från Aurorapersonal	62 (92,5 %)	21 (84,0 %)	41 (97,6 %)	p=0,040
Dåligt bemötande från Aurorapersonal	5 (7,5 %)	4 (16,0 %)	1 (2,4 %)	

Tabell 4. Förlossningssätt som planerats för under Aurorasamtal, en jämförelse mellan först- respektive omfödernkor.

	Alla kvinnor n=67	Förstfödernkor n=25	Omfödernkor n=42	p-värde
<b>Planerat förlossningssätt</b>				
Vaginal förlossning	60 (89,4 %)	20 (83,3 %)	40 (95,2 %)	p=0,106
Planerat sectio	6 (9,1 %)	4 (16,7 %)	2 (4,8 %)	

Tabell 5. Förlossningens utfall, en jämförelse mellan hur förlossningen kom att avslutas för först- respektive omfödernkor.

	Alla kvinnor n=67	Förstfödernkor n=25	Omfödernkor n=42	p-värde
<b>Förlossningens utfall</b>				
Vaginal förlossning	44 (65,7 %)	9 (36,0 %)	35 (83,3 %)	p=0,000
Sugklocka	4 (6,0 %)	4 (16,0 %)	0 (0,0 %)	
Planerat sectio	9 (13,4 %)	7 (28,0 %)	2 (4,8 %)	
Akut sectio	10 (14,9 %)	5 (20,0 %)	5 (11,9 %)	

Tabell 6. Önskan om förlossningsätt innan samtalen och planerat förlossningsätt i relation till hur förlossningen kom att avslutas.

Önskan om förlossningsätt/planerat förlossningsätt	Faktiskt förlossningsätt				p-värde
	Vaginal förlossning (n=44)	VE (n=4)	Planerat sectio (n=9)	Akut sectio (n=10)	
Vaginal/ Vaginal (n=35)	32 (91,4 %)	1 (2,9 %)	0	2 (5,7 %)	0,001
Plan. Sectio/Plan. Sectio (n=5)	0	0	5 (100 %)	0	
Plan. Sectio/ Vaginal (n=15)	5 (33,3 %)	0	3 (20,0 %)	7 (46,7 %)	
Vet inte/ Vaginal (n=10)	7 (70,0 %)	2 (20,0 %)	0	1 (10,0 %)	
Vet inte/ Plan. sectio (n=1)	0	0	1 (100 %)	0	

Tabell 7. Kvinnornas upplevelse av samtalsbehov efter förlossningen samt hur de upplever sin förlossningsrådsla ett till två år efter förlossningen hos först- respektive omföderskor.

	<b>Alla (n=67)</b>	<b>Förstföderskor (n=25)</b>	<b>Omföderskor (n=42)</b>	<b>p-värde</b>
Jag har fått alla samtal jag behövt.	18 (26,9 %)	5 (20,0 %)	13 (31,0 %)	p=0,703
Jag har fått samtal men önskade fler samtal	6 (9,0 %)	2 (8,0 %)	4 (9,5 %)	
Jag har inte fått samtal, men önskade/behövde samtal	11 (16,4 %)	5 (20,0 %)	6 (14,3 %)	
Jag har inte fått samtal, men önskade/behövde inte heller samtal	32 (47,8 %)	13 (52,0 %)	19 (45,2 %)	
Mindre rädd	36 (55,4 %)	9 (37,5 %)	27 (65,9 %)	p=0,084
Ingen skillnad mot tidigare	17 (26,2 %)	9 (37,5 %)	8 (19,5 %)	
Mer rädd	12 (18,5 %)	6 (25,9 %)	6 (14,6 %)	