

Samtal kan hjälpa kvinnor med förlossningsrädsla

Besök på Auroramottagning i Stockholm värderade genom enkätstudie

MA MOHLANDER, vik underläkare, Storvretens vårdcentral; vid tiden för studien med kand
ELSA LENA RYDING, docent, överläkare; båda institutionen

för kvinnors och barns hälsa, Karolinska institutet, Stockholm
 elsa.ryding@ki.se

Den första mottagningen för förlossningsrädda gravida kvinnor startade på kvinnokliniken, Östra sjukhuset i Göteborg 1998. Mottagningen fick namnet Aurora. Verksamheten spreds snart under olika namn till i princip alla förlossningskliniker i Sverige [1, 2]. Syftet med verksamheten är att hjälpa förlossningsrädda kvinnor att minska sin förlossningsrädsla och att förlossningsupplevelsen ska bli så positiv som möjligt, oavsett förlossningssätt. Erfarna barnmorskor och obstetiker arbetar där, och tillgång till psykolog, psykoterapeut och/eller kurator och i vissa fall psykiater finns. Mottagningarna rapporterar ofta nöjda patienter. Det gäller även utvärderingar av Auroramottagningen vid Danderyds sjukhus [3] och motsvarande verksamhet i Helsingborg [4].

Förlossningsrädsla – definition, frekvens och risk

Förlossningsrädsla definieras som »rädsla inför, under eller efter förlossning, som medför att kvinnan inte vågar bli gravid, eller föda vaginalt, eller som medför ett psykiskt illabefinnande som väsentligen stör kvinnans vardag och/eller funktioner« [5]. Tidigare psykisk morbiditet och att dagligen vara utsatt för olika stressfaktorer leder till större risk för kvinnor att utveckla förlossningsrädsla. Den är associerad med personliga karakteristika, generell oro, låg självuppskattning, depression, otillfredsställelse med sitt förhållande och brist på stöd [6, 7].

Frekvensen av förlossningsrädsla varierar med tid, plats och mätmetod. En svensk studie från 2009 [8] uppskattade andelen förlossningsrädda kvinnor till 15,8 procent (minst 85 poäng på skalan Wijma Delivery Expectancy Questionnaire, W-DEQ) [9]. Andelen gravida kvinnor med intensiv förlossningsrädsla/förlossningsfobi var 5,4 procent (minst 100 poäng på W-DEQ).

Riskfaktorer för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) till följd av förlossning är bl.a depression i tidig graviditet, stark förlossningsrädsla och akut kejsarsnitt [10, 11]. Kvinnor som fött barn och fått PTSD återhämtar sig sällan spontant [14]. Prevalensen av PTSD till följd av förlossningen är knappt 2 procent i västvärlden [12]. Många kvinnor har symtom på PTSD utan att helt fylla kriterierna för syndromet.

Syftet med denna studie var att kvalitetssäkra samtalen på Auroramottagningen vid Karolinska universitetssjukhuset i Solna genom frågorna: Hur värderar kvinnorna i efterhand samtalen? Hur blev deras förlossningsupplevelse? Har de symtom på förlossningsrelaterad PTSD året efter förlossningen?

METOD

En pappersenkät skickades år 2010 till 219 kvinnor som besökt Auroramottagningen på Karolinska universitetssjukhuset i Solna under 2009. Kvinnor som haft tolk exkluderades.

Deltagande var frivilligt och anonymt. En påminnelse skickades ut till alla. Vi modifierade enkäten som hade använts vid Danderyds sjukhus 2006 [3] och lade till mätinstrumentet Impact of Event Scale (IES) [13]. Samtalen på Auroramottagningen och den aktuella förlossningen värderades med hjälp av en Likertskala med tio steg. Det fanns även frågor om förlossningssätt och möjligheter att skriva egna kommentarer. IES mäter återupplevande och undvikande orsakat av traumatiska händelser och har ofta använts i studier som undersökt risk för PTSD efter förlossning [10]. Poängen varierar mellan 0 och 75. Poäng mellan 0 och 19 innebär inga eller lindriga symtom, mellan 20 och 30 måttliga symtom och över 30 svåra symtom med behov av klinisk PTSD-diagnostik [14].

Den statistiska bearbetningen utfördes med Pearsons korrelation och χ^2 -analys i SPSS 18.

Etiskt tillstånd behövdes inte, enligt den lokala forsknings-etiska kommittén Nord vid Karolinska institutet.

RESULTAT

Av 219 kvinnor valde 145 (66 procent) att delta. De flesta (40 procent) var i åldersspannet 31–35 år. Drygt 60 procent hade utbildning från högskola/universitet. Knappt 40 procent var förstföderskor. Av omföderskorna hade 46 procent tidigare förlöst med kejsarsnitt. Ålder och paritet stämde väl med vad som bokförts för hela Auroramottagningens patienter 2009.

Samtalen

I genomsnitt kom kvinnorna på 3,1 besök. De allra flesta upplevde samtalen som positiva eller mycket positiva (Figur 1). Cirka 6 procent hade en negativ upplevelse, vilket innebar att de angav svarsalternativ 1–4 på en skala mellan 1 och 10. Medelvärdet var 8,3. Svaren på frågorna »Hur upplevde du samtalen?« och »Har samtalen haft någon betydelse för din förlossningsupplevelse?« korrelerade väl med varandra (korrelationskoefficient 0,8; $P = 0,000$).

Hälften av kvinnorna angav att de efter samtalen var mindre rädda inför en eventuell ny graviditet. Av de fria kommentarerna framgick att kvinnorna kände sig lugnare inför förlossningen, fick värdefull information, kunde bearbeta en tidigare traumatisk förlossning, fick ett bättre bemötande på förlossningen eller fick hjälp att få föda med kejsarsnitt.

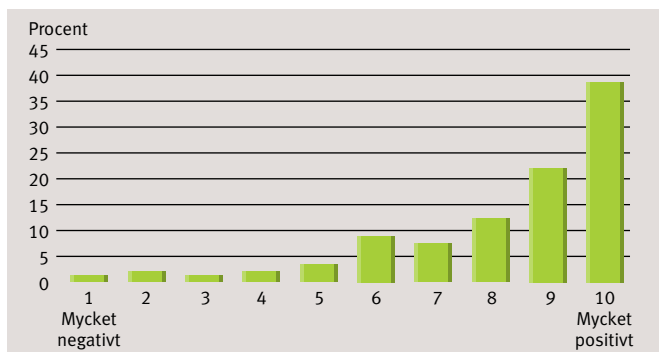
Förlossningsupplevelsen

Tre fjärdedelar av kvinnorna (89 procent) angav att de hade

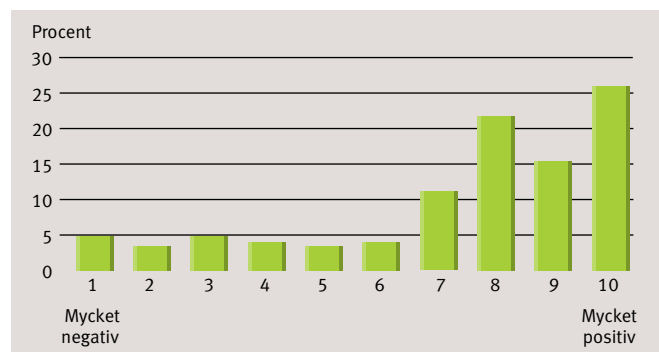
SAMMANFATTAT

Majoriteten av kvinnorna som sökt mottagningen för förlossningsrädda var nöjda med samtalen och med förlossningen. Hälften var mindre rädda inför en ny förlossning.
Kvinnor med en negativ förlossningsupplevelse rapporterade obstetriska komplikationer och/eller missnöje med vården.
Omkring hälften av de kvinnor

som klart önskade kejsarsnitt ändrade sig med stöd av Auroramottagningen. Kejsarsnittsfrekvensen var ändå hög, högre än genomsnittet för kliniken.
Måttliga till svåra symtom på förlossningsrelaterad posttraumatisk stress var associerade med negativ förlossningsupplevelse, akut kejsarsnitt, låg ålder och låg utbildning.



Figur 1. Värdering av samtalen.



Figur 2. Förlossningsupplevelse.

en neutral/blandad till positiv upplevelse (5–10/10) av sin förlossning (Figur 2). Bland annat kände de stort förtroende för barnmorskan (medel 8,5/10), de upplevde att personalen var lyhörd för deras önskemål (8,3) och de kände att de fick stöd under förlossningen (8,3). Ålder korrelerade inte med förlossningsupplevelse, medan paritet gjorde det. Omfödernor hade en bättre upplevelse ($P = 0,0016$). En negativ förlossningsupplevelse korrelerade starkt med traumasymtom ($P = 0,000$). Antal samtal korrelerade inte med förlossningsupplevelsen.

Förlossningssätt

Före förlossningen var 52 procent av kvinnorna inställda på vaginal förlossning, 38 procent ville ha kejsarsnitt (varav 19 ändrade sig) och 10 procent angav »vet ej». Egenrapporterat förlossningssätt var i 56 procent av fallen vaginal förlossning utan instrumentell avslutning, i 10 procent vaginalt med sugklocka/tång, i 19 procent planerat kejsarsnitt och i 15 procent akut kejsarsnitt.

Bland förstfödernor var kejsarsnittsfrekvensen 39 procent (23 procent akut, 16 procent elektivt). Omfödernor förlöstes med kejsarsnitt i 31 procent av fallen (9 procent akut, 22 procent elektivt). Förlossningsupplevelsen var korrelerad med förlossningssättet ($P = 0,013$) (Figur 3). Antal samtal korrelerade inte med förlossningssättet.

Posttraumatisk stress

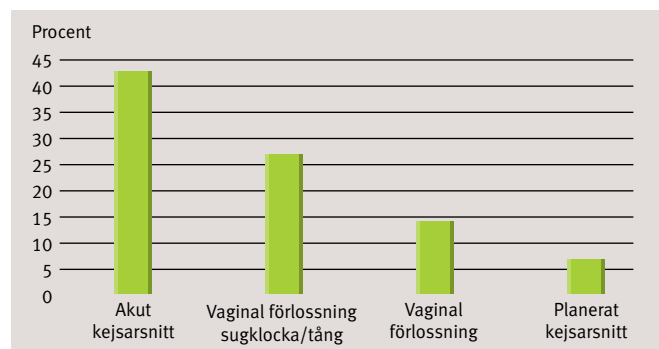
I denna studie ligger medelvärdet för IES på 11 och medianvärdet på 16. Närmare 80 procent av kvinnorna uppvisade inga eller lindriga symtom på återupplevande och undvikande orsakat av traumatiska upplevelser (Figur 4). Dock hade 9 procent svåra symtom (IES 30–75). Det fanns inga statistiskt signifikanta samband för den lilla gruppen med IES > 30. De som oftare rapporterade minst måttliga PTSD-symtom (IES > 19) var yngre ($P = 0,006$) och lägre utbildade ($P = 0,016$).

Kvinnor med negativ förlossningsupplevelse

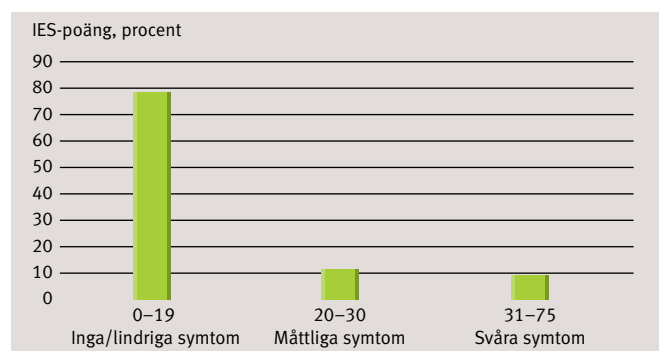
Av de 25 kvinnor som angav 1–4 poäng av 10 på frågan om upplevd förlossning upplevde två att de övertalades att föda vaginalt. En kvinna var sjuk och sängliggande hela graviditeten. Två hade komplikationer till vaginal förlossning, varav en skulderdystoci och en bristning med svåra sequelae. Fyra genomgick akut kejsarsnitt. Fyra uppfattade förlossningsbarnmorskan negativt. Tre fick inte tillräcklig smärtlindring. En kvinna genomgick ett planerat kejsarsnitt och upplevde att det var rörigt på operationssalen och att ingen i personalen talade med paret.

DISKUSSION

Av studien framgår att majoriteten av de förlossningsrädda kvinnorna var nöjda med det stöd de fick av personalen på Auroramottagningen. De flesta var också nöjda med sin förlossning. Obstetriska komplikationer och/eller klagomål på handläggningen rapporterades av en minoritet av kvinnorna med



Figur 3. Förlossningssätt för de kvinnor som angett en negativ förlossningsupplevelse.



Figur 4. Symtom på posttraumatisk stress relaterat till senaste förlossning. IES = Impact of Event Scale.

en negativ förlossningsupplevelse. Kejsarsnittsfrekvensen var hög, och 9 procent angav oroväckande mycket symtom på förlossningsrelaterad posttraumatisk stress.

Kejsarsnittsfrekvensen

Hälften av de kvinnor som klart önskade kejsarsnitt ändrade sig med stöd av Auroramottagningen. Kejsarsnittsfrekvensen bland deltagarna var ändå 34 procent inklusive operationer på obstetrisk indikation, jämfört med 23 procent på hela kliniken samma år. Eftersom det finns risker med kejsarsnitt på kort och lång sikt för både mor och barn [15] ser man gärna att kvinnan vågar föda vaginalt.

Två kvinnor som angett en negativ förlossningsupplevelse kommenterade att de känt sig övertalade till vaginal förlossning.

»En kvinna genomgick ett planerat kejsarsnitt och upplevde att det var rörigt på operationssalen och att ingen i personalen talade med paret.»

ning. Då förlossningsupplevelsen korrelerar starkt med symptom på posttraumatisk stress kanske man inte ska försöka driva kvinnor till vaginal förlossning om de bedöms vara sköra och är osäkra. Å andra sidan kan andra kvinnor ha fått en positiv förlossningsupplevelse efter att ha övertalats till vaginal förlossning. Att samråda med patienten är ibland komplicerat, och processen kan bedömas olika i efterhand när en bra nog eller i värsta fall traumatisk förlossning är ett faktum. I en rapport från Sveriges Kommuner och landsting rekommenderas ett ambitiöst omhändertagande av kvinnor som önskar ett obstetriskt sett omotiverat kejsarsnitt [15]. Ett enstaka läkarbesök med information om risker är i de flesta fall inte tillräckligt.

Det är värt att fundera över den höga frekvensen akut kejsarsnitt hos förstföderskorna efter samtal. Vi vet inte hur mycket som beror på obstetriska komplikationer eller på att kvinnan inte psykiskt förmår att fullfölja en vaginal förlossning. Vad vi vet är att akut kejsarsnitt oftare blir en sämre upplevelse. Att omföderskorna oftare förlöses med planerat kejsarsnitt kan ha att göra med att cirka hälften av dem har ett tidigare akut kejsarsnitt i anamnesen och absolut inte vill vara med om samma sak igen.

Kvinnornas sårbarhet

Att kvinnor som får stöd/behandling för förlossningsrädsla verkar vara mer sårbara visades också nyligen av Sydsjö [16], som jämförde dessa kvinnor med en grupp kvinnor i mödrhälsovården som inte uttryckt förlossningsrädsla. Sämre förlossningsupplevelse och högre frekvens av posttraumatisk stress angavs hos en grupp förlossningsrädda som förlöstes med stöd från specialutbildade barnmorskor (19 procent IES > 30), jämfört med en MVC-grupp utan större rädsla (2 procent IES > 30) [4]. Vi vet inte hur det hade gått för de rädda kvinnorna om de inte hade fått någon insats på grund av sin förlossningsrädsla. I en större studie angav 7 procent av svenska barnaföderskor en negativ förlossningsupplevelse (1–2 på en 7-gradig skala) [17].

Kvinnor med förlossningsrädsla har oftare depression och/eller allmän ångest [7]. Rouhe [18] visade att psykisk sjukdom är dubbelt så vanlig bland kvinnor med förlossningsrädsla som i en matchande kontrollgrupp. Psykoterapeutisk och/eller psykiatrisk kompetens kan behövas vid dylika problem.

Nivåerna av symptom på posttraumatisk stress var inte högre än förväntat för denna speciella grupp [4]. Symtomen var associerade med förlossningssätt, förlossningsupplevelse, låg ålder och låg utbildning, vilket också kan förväntas. Uppföljningen av förlossningsrädda kvinnor bör vara särskilt ambitiös vid riskfaktorer för PTSD [19].

Studiens brister

Denna studie har brister. Frågeformuläret har visserligen använts tidigare men är inte validerat. Enkäten var helt anonym, vilket kan underlätta för deltagarna att vara helt ärliga i sina svar till behandlande enhet; samtidigt går det inte att kontrollera egenrapporterade uppgifter i journaler. Bortfallet var också relativt stort. Ålder, paritet och kejsarsnittsfrekvens (34 procent för deltagarna vs 37 procent för alla som erhölet Aurorasamtal) skilde sig inte. Antalet samtal var något högre för studiedeltagarna (3,1 besök) än i hela gruppen (2,2 besök). Eftersom antalet samtal inte var korrelerat med förlossningssätt eller andra parametrar kan studiegruppen anses rimligt representativ.

»Det är värt att fundera över den höga frekvensen akut kejsarsnitt hos förstföderskorna efter samtal.«

»Kvinnor med förlossningsrädsla har oftare depression och/eller allmän ångest.«

Kvinnans partner deltar ofta i samtalen. Deras upplevelse behöver också utvärderas. Någon randomiserad, kontrollerad studie av Auroraverksamheten gjordes inte i starten och ter sig omöjlig att genomföra nu. Ur etisk synvinkel kan man inte förmena en kontrollgrupp av starkt förlossningsrädda kvinnor att delta i en redan existerande och uppskattad verksamhet.

KONKLUSION

Behandlingen av förlossningsrädsla kan kanske förbättras. Psykoterapi, enskilt eller i grupp [20], och även internetbehandling skulle kunna prövas i framtida studier som tillägg till besök hos barnmorska/obstetiker. Uppföljning av kvinnor och par som besökt en Auroramottagning kan också behöva förbättras.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Stein Gustafsson L. Aurorahjälp för förlossningsrädda kvinnor. *Läkartidningen*. 1993;41:3557-8.
- Werner A. Auroraverksamheten. I: Förlossningsrädsla. Svensk förening för obstetrik och gynekologi, arbets- och referensgrupper (ARG). Rapportserie. 2004;51:7-14.
- Vanek M. Det förlösande samtalet – en pilotstudie från en Auroramottagning i Stockholm [dissertation]. Stockholm: Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet; 2006.
- Ryding EL, Persson Å, Onell C, et al. An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82:10-7.
- Ryding EL, Sundell G. Definitioner och diagnostik. I: Förlossningsrädsla. Svensk förening för obstetrik och gynekologi, arbets- och referensgrupper (ARG). Rapportserie. 2004;51:7-14.
- Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003; 82:201-8.
- Storksén HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, et al. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91:237-42.
- Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88:807-13.
- Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1998;19:84-97.
- Olde E, van der Hart O, Kleber R, et al. Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clinical Psychology Rev*. 2006;26:1-16.
- Söderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2002;23:31-9.
- Söderquist J, Wijma B, Wijma K. The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2006;27:113-9.
- Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale. A measure of subjective stress. *Psychosom Med*. 1979;41:209-18.
- Lundin T. Psykologiska aspekter på trauma. *Läkartidningen*. 1996; 93:4281-94.
- Andolf E, Lilja H, Hildingsson I, et al. Indikationer för kejsarsnitt på moderns begäran. Rapport 2011: 09. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationella-medicinska-indikationer>
- Sydsjö G, Sydsjö A, Gunnervik C, et al. Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011;91:44-9.
- Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, et al. A negative birth experience; prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*. 2004;31:17-27.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, et al. Mental health problems common in women with fear of childbirth. 2011;118:1104-11.
- Andersen LB, Melvaer LB, Videbech P, et al. Risk factors for developing PTSD following childbirth: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91 (11):1261-72.
- Salmela-Aro K, Read S, Rouhe H, et al. Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. *J Health Psychol*. 2012;17:520-34.