



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: HK 14

Trauma under barndomen

och dess betydelse för graviditet, förlossning och tidig postpartum period

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2015

Författare:

Ann-Sofie Wennström

Leg. Sjuksköterska.

Barnmorskestudent

Handledare:

Wibke Jonas

Barnmorska, med dr

Pamela Zander

Leg. Sjuksköterska.

Barnmorskestudent

Examinator:

Eva Nissen

Barnmorska, Professor



KAROLINSKA INSTITUTET
Department of Women's and Children's Health
Division of Reproductive and Perinatal Health

The role of exposure to childhood trauma for pregnancy, birth and early postpartum period

Master's thesis in Sexual, Reproductive and Perinatal Health, 15 credits
(Advanced Level), 2015

Authors:
Ann-Sofie Wennström
Reg. Nurse
Midwifery student

Pamela Zander
Reg. Nurse
Midwifery student

Supervisors:
Wibke Jonas
Midwife, Med dr

Examiner:
Eva Nissen
Midwife, Professor

Sammanfattning

Bakgrund: Många faktorer kan påverka kvinnors reproduktiva beteende. Erfarenheter från den egna barndomen har stor betydelse för graviditet, förlossning och tidig postpartum period.

Syfte: Syftet med denna studie var tvåfaldig; 1) Att undersöka om det fanns ett samband mellan poäng på Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) och några utfallsvariabler som var relaterade till graviditet, förlossning och tidig postpartum period.

2) Att undersöka om det fanns några skillnader mellan kvinnor som varit utsatta för trauma i barndomen och kvinnor som inte varit utsatta avseende graviditet, förlossning och tidig postpartum period.

Metod: Denna kvantitativa studie var baserad på data från en kanadensisk prospektiv longitudinell kohort studie ”Maternal Adversity, Vulnerability and Neurodevelopment Study” (MAVAN). 242 kvinnor inkluderades och svarade på CTQ, the Edinburgh Postnatal Depression Scale, State Trait Anxiety Inventory och på frågor av ”Health and Wellbeing of Mothers and their newborns questionnaire” under graviditeten och tre och sex månader efter förlossningen.

Resultat: Höga CTQ poäng korrelerade negativt med moderns socio-ekonomiska status, 5-minuters Apgar poäng och amningslängd samt korrelerade positivt med kvinnans grad av depression och ångest, hennes fysiska hälsoproblem, hennes självskattade hälsa under graviditeten samt förlossningslängden. Kvinnor med höga CTQ poäng praktiserade i mindre utsträckning rooming-in, använde enkelrum oftare samt erhöll mer soderande läkemedel postpartum när de jämfördes med kvinnor som hade lägre poäng på CTQ. De delammade i mindre utsträckning vid sex månader postpartum.

Slutsats: Trauma under barndomen påverkade kvinnor när de själva födde barn senare i livet. Som barnmorskor är det viktigt att vara medvetna om hur och på vilket sätt kvinnorna påverkas av tidiga barndomsupplevelser. Denna studie bidrar till det nuvarande kunskapsläget inom ämnet.

Nyckelord: Utsatthet, graviditet, förlossning, postpartum period

Abstract

Background: Many factors affect women's reproductive behavior. Early Childhood experiences are important for pregnancy, birth and early postpartum period outcomes.

Objective: The aim of this study was twofold: 1) To examine whether there was an association between scores on the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) and outcome variables that are related to pregnancy, birth and the early postpartum period.

2) To investigate whether there were any differences between women who have been exposed to trauma in childhood and women who have not been exposed in relation to pregnancy, birth and the early postpartum period outcomes.

Method: This quantitative longitudinal and prospective study is based on data from a Canadian cohort study entitled "Maternal Adversity, Vulnerability and Neuro development Study" (MAVAN). In all, 242 women were included and filled in the CTQ, the Edinburgh Postnatal Depression Scale, the State Trait Anxiety Inventory and the "Health and Wellbeing of Mothers and their Newborns Questionnaire during pregnancy and at three and six months postpartum.

Results: High scores on the CTQ were negatively related to maternal socioeconomic status, five minute Apgar score and length of breastfeeding and positively related to maternal depression and anxiety, mothers' physical health problems during pregnancy and mothers' self-reported health during pregnancy and labour duration. We also found that women who had high CTQ scores used rooming-in to a lesser extent and had more often private rooms at the postnatal ward. They also breastfed less at six months postpartum when compared to women who had lower scores on the CTQ.

Conclusion: Exposure to childhood trauma affects women when they give birth later in life. As midwives, it is important to be aware of vulnerability to support women in the best way. This study contributes to the current state of knowledge on the topic.

Keywords: Vulnerability, pregnancy, childbirth, the postpartum period

Innehållsförteckning

FÖRKORTNINGAR	1
BAKGRUND.....	2
TRAUMA TIDIGT I LIVET	2
ÖVERFÖRING AV FÖRÄLDRAKOMPETENS MELLAN GENERATIONER	3
UTSATTHET	4
PREVALENS	5
PROBLEMFORMULERING.....	6
SYFTE	6
METOD.....	7
MATERIAL	7
INKLUSIONSKRITERIER	8
EXKLUSIONSKRITERIER	8
INSTRUMENT/ FRÅGEFORMULÄR	8
ANALYS	11
ETIK.....	12
RESULTAT	13
BORTFALL	13
DESKRIPTIV STATISTIK	14
GRAVIDITET	15
FÖRLOSSNING.....	17
TIDIG POSTPARTUM PERIOD	17
RELATIONER MELLAN NIVÅER PÅ CTQ-SKALAN OCH UTFALLSVARIABLER RELATERADE TILL GRAVIDITET, FÖRLOSSNING OCH TIDIG POSTPARTUM PERIOD	20
DISKUSSION	21
RESULTATDISKUSSION	21
METODDISKUSSION	25
METODVAL	25
DATAINSAMLING OCH URVAL.....	27
ANALYSMETOD	27
ETIKDISKUSSION	28
EGNA REFLEKTIONER.....	28
FÖRSLAG PÅ FRAMTIDA FORSKNING	29
SLUTSATS	30
REFERENSER.....	31
ELEKTRONISKA REFERENSER.....	36

Förkortningar

BMI – Body Mass Index

BRIS - Barnen Rätt I Samhället

BRÅ – Brottsförebyggande rådet

CTQ – Childhood Trauma Questionnaire

EDA – EpiDural Anestesi

EPDS - the Edinburgh Postnatal Depression Scale

MAVAN - Maternal Adversity, Vulnerability and Neurodevelopment Study

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

STAI - State Trait Anxiety Inventory

SÖB – Sexuella Övergrepp under Barndomen

X^2 - Chi^2 square test

WHCC – Women's Health Concerns Clinic

Bakgrund

Många faktorer påverkar kvinnors reproduktiva beteende, till exempel om, när, och på vilket sätt kvinnor får barn. Andra faktorer som påverkar kvinnors reproduktiva beteende skulle även kunna vara ålder och hälsa, socioekonomisk status samt tidig erfarenhet från barn- och uppväxtår (Kendall-Tackett, 2007).

Trauma tidigt i livet

Att ha upplevt något trauma under barndomen har även visat sig påverka kvinnan senare i livet, särskilt när hon ska föda barn. Bland annat kunde anknytningen till barnet bli sämre samt att relationen till barnet senare i livet kunde försvåras. Andra faktorer som kunde påverka kvinnan i vuxen ålder var svårigheter i partnerrelationen, mindre stresstolerans i vardagen och levde mer isolerat (Kendall-Tackett, 2007).

Generellt påverkades kvinnor som varit med om trauma i barndomen under graviditet och förlossning. För vissa kvinnor kan minnen väckas från barndomen för första gången i samband med graviditet (Grimstad & Schei, 1999; Lukasse, Schei, Vangen & Øian, 2009).

Ett flertal studier visade att upplevt trauma under barndomen påverkar graviditet med ökade graviditetsbesvär som t.ex. ökad hyperemesis, graviditetsklåda, symfysiolys, sammandragningar, ödem, benkramper, förstoppning, urinvägsinfektion (Lukasse et al., 2009; Grimstad & Schei, 1999) och förlossningsrädsla (Lukasse et al., 2010a; Grimstad & Schei, 1999).

Kvinnor sökte även graviditetsrelaterad vård oftare (Grimstad & Schei, 1999; Lukasse, et al., 2009).

I en norsk studie som gjorts visades att av de kvinnor som önskade kejsarsnitt på grund av förlossningsrädsla hade 63 % någon form av upplevt trauma i barndomen (Lukasse, et al., 2010a)

Ytterligare en studie som inkluderade 61865 gravida kvinnor hade som syfte att undersöka prevalensen av emotionell, fysisk och sexuell trauma för att se om samband fanns med graviditetsbesvär. Kvinnorna fick svara på tre enkäter under sin graviditet och det visade sig

att 18 % av kvinnorna hade upplevt någon form av trauma i barndomen. Sju procent hade blivit sexuellt utsatta, sex procent fysiskt utsatta och 13,6 % var emotionellt utsatta under barndomen. Resultatet visade att det fanns samband mellan utsatthet i barndomen och ökade graviditetsbesvär (Lukasse et al., 2009).

Upplevt trauma i barndomen visade på en ökad användning av t.ex. nikotin (Grimstad & Schei, 1999; Kendall-Tackett, 2007; Leeners, Stiller, Block, Görres, & Rath, 2010; Lukasse, et al., 2009), alkohol (Grimstad & Schei, 1999; Kendall-Tackett, 2007; Leeners et al., 2010; Lukasse, et al., 2009) och andra ohälsosamma substanser under graviditet (Kendall-Tackett, 2007; Leeners et al., 2010; Lukasse, et al., 2009). Man har även sett att dessa kvinnor generellt hade ett högre Body Mass Index (BMI) (Grimstad & Schei, 1999).

Studier som gjorts visar att trauma under barndomen var associerat med depressiva och fysiska symtom hos modern postpartum och även flera år senare (Kendall-Tackett, 2007; Lukasse et al., 2010a; Grimstad & Schei, 1999; Lukasse, et al., 2009). Kvinnor hade mer fysisk smärta som t.ex. huvudvärk, ryggvärk, kronisk bäckensmärta och dysmenorré (Grimstad & Schei, 1999; Lukasse et al., 2009). De hade mer menopausala symptom efter sin reproduktiva period än kvinnor som inte blivit utsatta för trauma i barndomen (Lukasse, et al., 2009).

Kvinnor som upplevt trauma i barndomen hade ett ökat sexuellt riskbeteende genom att de t.ex. har oskyddat sex och flera sexuella partners. Traumatiska upplevelser i barndomen är associerat med oönskade tonårsgraviditeter (Grimstad & Schei, 1999; Lukasse, et al., 2009)

Överföring av föräldrakompetens mellan generationer

Forskning har visat att erfarenheter från den egna barndomen har stor betydelse för hur en kvinna beter sig när hon blir förälder senare i livet (De Wolff & Ljzendoorn, 1997). Barn till mödrar som varit med om trauma under barndomen får oftare beteendeproblem och psykiska svårigheter när de är vuxna. Så småningom när de blir föräldrar kan de få svårare att utveckla ett lyhört förhållningssätt och känslighet gentemot sitt barn (Belsky, Sligo, Silva, Jaffe & Woodward, 2005).

Ett fungerande samspel mellan mor och barn samt moderns förmåga att läsa av barnets signaler medförde en positiv utveckling av anknytning och relation (De Wolff & Ljzendoorn, 1997). En studie som gjorts hade som syfte att bl.a. se hur amning överfördes mellan

generationer samt amningens kontinuitet och varaktighet. Resultatet visade att en mor upprepar det beteende hon själv utsatts för när hon var barn verkar ha betydelse från allra första början. Det har visat sig att kvinnor som blivit ammade som barn mer sannolikt ammar sitt eget barn (Di Manno, Macdonald & Knight, 2015).

Utsatthet

Utsatthet är en form av trauma. Barn kan vara utsatta från flera håll, till exempel hemifrån och från skolan (mobbing, lärare som ser utsatthet utan att agera m.m.) på olika sätt. Utsatthet förekommer i fem former; fysisk, sexuell, psykisk, social och materiell utsatthet (Socialstyrelsen, 2015). Utsatthet, oavsett form, visar på bristande respekt och kärlekslöshet mot barnet och kränker individens värde, autonomi, integritet och säkerhet (Lawick, 2013).

Försummelse är en annan form av utsatthet. Att man som barn blivit försummat menas att den som ansvarar för barnets behov, även om ekonomiska resurser finns, har en oförmåga eller ovilja att kunna ge skydd, tillsyn, kärlek och omsorg till barnet. Exempel på detta kan vara att barnet inte får vård, mat och kläder när de behöver (Wolock & Horowitz, 1984).

Fysisk utsatthet kan yttra sig genom knuffar och slag. Sexuell utsatthet är en påtvingad sexuell handling, våldtäkt eller när offret inte vågar säga ”nej” till den sexuella handlingen (BRIS, 2015; Cederberg, 2012; Socialstyrelsen, 2015), eller se på en sexuell handling mot sin vilja (Cederberg, 2012). Barn under 15 år, får inte utsättas för en sexuell handling oavsett samtycke (BRIS, 2015).

Psykisk utsatthet är direkta och indirekta hot eller förlöjligande av individen. Att vara socialt utsatt innebär isolering t.ex. från släkt eller vänner. Materiell utsatthet innebär att man med vilja förstör en persons saker (Socialstyrelsen, 2015).

I denna uppsats kommer vi att genomgående använda oss av begreppet trauma. Med trauma menar vi att kvinnan blivit utsatt antingen fysiskt, psykiskt eller sexuellt eller fysisk och psykisk försummelse. I specifika fall kommer vi definiera vilken typ av trauma vi syftar på.

Prevalens

En artikel som gjorts beskriver prevalensen i Kanada under 2008. Försummelse var den primära utsattheten och drabbade hela 18,1% av barnen i artikeln. Fysisk utsatthet drabbade 15 % av barnen medan sexuellt utsatthet barn endast stod för en procent (Blumenthal, 2015).

Det är vanligt förekommande att kvinnor blivit utsatta för trauma på något sätt under barn- och uppväxtåren. Prevalensen skiljer sig åt beroende på hur studien är gjord, det vill säga vilken metod som använts, hur utsatthet har definierats och vilken typ av utsatthet som var (Lukasse, et al., 2009). Statistiken nedan beskriver hur det sett ut i Sverige när det gäller barnmisshandel, sexualbrott och försummelse. Det har varit svårt att hitta prevalens för psykisk, social och materiell utsatthet och inga uppgifter om detta finns i arbetet.

Barnmisshandel: Brottsförebyggande rådet visar att under 2014 så anmäldes 3800 fall av barnmisshandel på barn mellan 0-6 år och från 7-14 års ålder var det 9870 anmälda fall i Sverige. Dessa siffror motsvarar 23 % av alla anmälda misshandelsbrott. Brottsförebyggande rådet misstänker att det är ett stort mörkertal då all barnmisshandel inte anmäls (Brottsförebyggande rådet 1).

Våldtäkt och sexualbrott: Under 2014 var det 3170 fall av våldtäkt och sexualbrott som anmäldes på barn mellan 0-17 år, varav 92 % var flickor (Brottsförebyggande rådet 2). Enligt en studie som gjorts var förekomsten av sexuella övergrepp under barndomen (SÖB) inte associerat med utbildning, etnicitet eller socioekonomisk bakgrund (Leeners, Richter-Appelt, Imthurn, & Rath, 2006b).

BRÅ beskriver att förövaren till barn i yngre tonåren ofta är äldre än barnet och vanligen en nära familjemedlem, släkt eller bekant. Endast 3 % känner inte förövaren. I tonåren är förövaren i de flesta fall i samma ålder och oftast i förtroendeställning t.ex. en skolkamrat, yttlig kontakt, lärare, tränare eller granne (Brottsförebyggande rådet 3).

I en översiktsstudie som gjorts var syftet att undersöka hur SÖB påverkar graviditet, förlossning och tidig föräldraskap. Studien hade för avsikt att se över hela den engelska, tyska och franska forskning som gjorts inom detta ämne. Resultatet visar att prevalensen för SÖB ligger runt 20 % men man tror att mörkertalet är större (Leeners et al., 2006b). Prevalensen är beroende av studiens definition, i denna studie är definitionen för SÖB: Sexuell kontakt har

skett mellan ett barn i mitten av tonåren och yngre och förövaren är minst fem år äldre så var prevalensen 20 % (Leeners et al., 2006b).

Försummelse: En studie som gjorts i Sverige visade att prevalensen för försummelse av barn mellan 0-12 år är ca nio procent för flickor och 13,1 % för pojkar men visade ingen signifikant skillnad för 13-18 åringar (Cater, Andershed & Andershed, 2014).

Problemformulering

Sammanfattningsvis visade studierna att kvinnor som varit utsatta för trauma i form av fysiska, psykiska eller sexuella övergrepp samt fysisk och psykisk försummelse i barndomen påverkas även senare i livet av dessa upplevelser när de själva är i reproduktiv ålder och ska föda barn. Det behövs mer forskning på vilka konsekvenser sådana upplevelser får och hur dessa konsekvenser påverkar kvinnors hälsa under graviditet, förlossning och tidig postpartum period. Med denna studie vill vi bidra till det nuvarande kunskapsläget inom ämnet.

Syfte

Vårt övergripande syfte med arbetet är att studera om trauma under barndomen påverkar perioden graviditet, förlossning, tidig postpartum period och amning.

Vårt specifika syfte är:

1) Att undersöka om det finns samband mellan poängen på Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) och utfallsvariabler som är relaterade till graviditet, förlossning och tidig postpartum period.

Fokus kommer att ligga på följande variabler:

- Sociodemografisk data
- Känsломässiga aspekter under graviditet
- Hälsoproblem under graviditet
- Interventioner under förlossning och förlossningsutfall (Läkemedelsanvändning under förlossning, antibiotika användning, användning av epidural anestesi (EDA) och oxytocindropp, sugklocka, tång och episiotomi.)

- Amning

2) Att studera om det finns några skillnader mellan kvinnor som har varit utsatta för trauma i barndomen och kvinnor som inte varit utsatta avseende variabler som är relaterade till graviditet, förlossning och tidig postpartum period.

Fokus kommer att ligga på följande variabler:

- Paritet
- Förlossningssätt (Kejsarsnitt ja/nej)
- Tidig kontakt mellan mor och barn och amning (rooming-in, amning och tillmatning med bröstmjölk ersättning postpartum och användning av sederande läkemedel till modern postpartum).

Metod

Material

Detta arbete är en kvantitativ deskriptiv studie som är baserad på befintlig data från en kanadensisk prospektiv longitudinell kohort studie som heter ”Maternal Adversity, Vulnerability and Neurodevelopment Study” (MAVAN) som gjorts vid University of Toronto. MAVANs huvudsyfte är att förstå den eventuella pre- och postnatale påverkan på moderns hälsa samt barnets sociala, emotionella och kognitiva utveckling. I projektet studeras också på vilket sätt miljön i vilken modern och barnet befinner sig och hur den kan påverka modern och barnet.

Deltagarna rekryterades genom husläkar- gynekologmottagning och genom mödravårdscentralen vid ”Women’s Health Concerns Clinic (WHCC), St. Joseph’s Healthcare, Hamilton, Ontario. Kvinnorna själva anmälde sitt intresse för studien. WHCC är en klinik som är specialiserad på psykisk ohälsa, vilket skulle kunna tyda på att urvalet i vår studie inte är ett representativt urval för den kanadensiska kvinnliga befolkningen i samma åldersgrupp. W. Jonas återberättade under ett samtal att Hamilton är en industriell stad med ca. 500 000 invånare och med mindre gynnsamma ekonomiska förhållande (personlig kommunikation, 19 november 2015). Trots det hade vår studiepopulation en högre inkomst och högre utbildning.

242 kvinnor rekryterades till studien och följdes upp från graviditet upp till 10 år postpartum. Studien påbörjades åren 2002-2003. Data som rör graviditet, förlossning och tidig postpartum period är hämtade från kvinnornas journaler som finns vid förlossningskliniken "Sankt Joseph Women's Health Concerns Clinic" i Hamilton, Ontario, Kanada där alla data till föreliggande studie är insamlade (O'Donnell et al., 2014).

Inklusionskriterier

För att inkluderas i studien skulle kvinnorna vara 18 år eller äldre, i graviditetsvecka 12-18, skulle kunna ge skriftligt samtycke och kunna kommunicera på engelska.

Exklusionskriterier

- Pågående eller anamnes på bipolärsjukdom eller psykos
- Självmordsbenägenhet eller risk för barnmord
- Pågående eller allvarlig medicinskt tillstånd som kräver behandling
- Kvinnor som födde barn före graviditetsvecka 37+0

Instrument/ frågeformulär

Sociodemografisk data har samlats in från kvinnornas journaler vid WHCC i Hamilton, Ontario, Kanada. I kvinnornas journaler fanns information kring hälsa under graviditeten, interventioner, förlossningssätt samt smärtlindring under förlossningen.

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

CTQ syftade till att mäta övergrepp i barndomen och tonåren. Det fanns 28 påståenden som bedömde tidiga negativa upplevelser. Dessa var indelade i fem delskalor; fysisk, emotionell och sexuella övergrepp och emotionell/ fysisk försummelse. Varje påstående hade 5 svarsalternativ och respondenten fick ta ställning till hur vanligt förekommande det som beskrivits var under uppväxten. Poäng 1-5 sätts, där 1 var aldrig, 2 mild- måttlig, 3 måttlig, 4 måttlig- allvarlig och 5 stod för allvarlig. Poängen definierade svårighetsgraden av tidigt upplevt trauma, ju högre poäng desto mer upplevd trauma under barndomen (Bernstein et al., 1994). Det maximala antal poäng för varje delskala är 5 och för hela CTQ är det totala antalet poäng 15. I denna studie har det maximala antalet poäng dividerats med 5 för att utjämna eventuella skillnader mellan de olika delskalorna.

Formuläret fylldes i tidigt under graviditeten (graviditetsvecka 12-24) och vid 24 månader postpartum och jämfördes sedan. Formuläret som fylldes i under graviditeten och formuläret som fylldes i vid 24 månaders ålder hade en hög korrelation ($r = 0.7$), vilket tyder på att kvinnorna hade uppgivit liknande svar vid båda tillfällena (Jonas, et al., 2013). CTQ har använts flitigt i annan forskning och har en hög validitet och reliabilitet (Bernstein, et al., 1994). I den föreliggande studien har endast CTQ data använts som samlades in under graviditeten.

The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Detta är en enkät som är utformad för att screena postpartum depressioner (Cox, Holden & Sagovsky, 1987). Instrumentet är väletablerad (Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Opjordsmoen & Samuelsen, 2001) och har validerats för att användas under graviditet (Cox, Chapman, Murray & Jones, 1996). Högre poäng indikerade högre risk för utveckling av förlossningsdepressioner (Cox et al., 1987). Kvinnorna fyllde i EPDS under graviditetsveckorna 12-24.

State Trait Anxiety Inventory (STAI)

STAI är ett mätinstrument för att mäta graden av ångestnivåer. Skalan har en god tillförlitlighet och känslighet för förändringar. Detta var väldokumenterat. Högre poäng indikerade större ångest (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983). Kvinnorna har fyllt i STAI under graviditetsveckorna 12-24.

Graviditetsspecifik ångest

På en 4-gradig skala ställdes frågan "Hur orolig var du specifikt för denna graviditet?" Där 0 - inte orolig, 1- lite orolig, 2- måttlig orolig, 3- mycket orolig och 4- extremt orolig.

The Health and Wellbeing of Mothers and their Newborns Questionnaire

The Health and Wellbeing of Mothers and their Newborns Questionnaire syftade till att undersöka barnets och moderns hälsotillstånd och välbefinnande. The Health and Wellbeing of Mothers and their Newborns Questionnaire är ett omfattande frågeformulär med 150 frågor. Frågor i studien som var relaterade till amning härstammade från denna enkät. Frågorna som ställdes var: Vilken ålder hade barnet när du upphörde med amningen? Hur gammalt var ditt barn när du för första gången matade barnet med annat än bröstmjölke? (Jonas et al., 2013). Svaren till dessa frågor genererade data om barnet ammade delvis eller exklusivt vid tre och sex månaders ålder samt hur många veckor barnet ammade.

En enskild fråga om närkontakten mellan mor och barn ställdes ”Fanns det tillfällen då du önskade ha barnet hos dig men inte kunde?” Svarsalternativen på denna fråga var 0 = nej, där kvinnan hade sitt barn hos sig hur hon ville och 1 = ja, kvinnan skulle vilja ha sitt barn men kunde inte.

Dessa frågeformulär generade våra studievariabler som delades in i tre områden; graviditet, förlossning och tidig postpartum period. Områdena innehåller följande variabler:

Graviditet:

- *Psykisk hälsa* under graviditeten baserades på kvinnornas svar från EPDS, STAI och den graviditetsspecifika ångesten
- *Fysisk hälsa* under graviditeten innebar; hyperemesis, vaginala blödningar under graviditetsvecka 4-6, vaginala blödningar innan graviditetsvecka 20, vaginala och cervix infektioner, hypertension, diabetes, astma, förstoppning, diarré, blod i avföring, anemi och urinvägsinfektioner. För varje hälsoproblem under graviditeten som kvinnan hade rapporterat gavs 1 poäng. Sedan ackumulerades poängen och gav ett poäng. Maximala poäng var 12 (dvs. många hälsoproblem under graviditeten) och minsta poäng var 0 (inga hälsoproblem under graviditeten)
- *Självskattad hälsa* under graviditeten graderades i en 5 gradig skala (1= utmärkt hälsa, 2 = bra hälsa, 3 =måttlig bra hälsa 4= dålig hälsa, 5= mycket dålig hälsa)

Förlossning:

- *Förlossningssätt* dvs. kejsarsnitt ja/nej
- *Interventioner under förlossningen*, summerades för att få en variabel. Variabler som ingick var läkemedelsanvändning under förlossning, antibiotika användning, användning av epidural anestesi (EDA), oxytocindropp, sugklocka, tång och episiotomi. För varje intervention fick kvinnan 1 poäng, max antal poäng var 7 poäng.
- *Förlossningslängd* i minuter (var god och observera att vi exkluderade kvinnor som genomgått kejsarsnitt pga. förlossningen avslutats tidigare med en intervention)
- *Apgar poäng* vid 1 och 5 minuter
- *Barnets utfall* ackumulerades till en variabel s.k. peri/postnatala komplikationer för barnet. Variablerna som ingår är mekonium i fostervatten, mekonium aspiration, takykardi, hypoglykemi, cyanos, ikterus, slöhet samt hudutslag. För varje

komplikation gavs 1 poäng. Sedan ackumulerades poängen och gav ett poäng. Maximala poäng var 8 (dvs. många komplikationer) och minsta poäng var 0 (inga komplikationer).

Tidig postpartum period:

Dessa data hämtades från kvinnornas journaler samt enkäten "*The Health and Wellbeing of Mothers and their Newborns Questionnaire*".

- *Rooming-in* som innebär att kvinnan har barnet hos sig i samma rum under hela vistelsen på sjukhuset (ja/ nej)
- *Enkelrum* (ja/nej)
- *Amning* – tidigt postpartum (ja/ nej) vid sex månaders ålder samt hel- eller delamning. Amningsduration (veckor)
- Tillmatning med *bröstmjölk ersättning* tidigt postpartum (ja/ nej) på förlossningskliniken.
- Användning av *sederande läkemedel* av modern postpartum (ja/ nej)
- *Första mötet med barnet*. Denna variabel innefattade när första mötet mellan mor och barn ägde rum: Före och efter avnavling (1), efter barnskötning (2), i återhämningsrummet efter förlossningen (3) eller i sjukhusrummet någon gång efter förlossningen (4).
- *Önskan om att få ha barnet hos sig* men av någon anledning inte kunde ha barnet hos sig (ja/ nej)

Analys

Data bearbetades med hjälp av dataprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 23.0.

I första delen av arbetet presenterades sociodemografisk bakgrundsdata och data relaterade till graviditet, förlossning och tidig postpartum period. Kontinuerlig data presenterades som medelvärde och standardvariationer. Nominaldata redovisades som frekvenser och proportioner.

I arbetets andra del beräknade vi samband mellan CTQ poäng och kontinuerliga utfallsvariabler. Pearson korrelationskoefficient användes. I ett nästa steg delade vi in

kvinnorna i två grupper: kvinnor som har låga och kvinnor som har höga poäng på CTQ skalan.

För att dela in kvinnorna i kategorierna ”höga” och ”låga” poäng på CTQ beräknade vi CTQ medianen som var 1,32. Vi genomförde en så kallad ”median split” och baserat på den delade vi in kvinnorna i två grupper, kvinnor med höga CTQ poäng ($\geq 1,32$) och kvinnor med låga CTQ poäng ($\leq 1,31$). Vi valde att göra en median split för att kunna jämföra kvinnor som varit utsatta för ingen eller mild trauma under barndomen gentemot kvinnor som varit utsatta för måttlig – allvarlig trauma under barndomen. Vi var medvetna om att det var en grov indelning men vi önskade ha en så lika fördelning av grupperna som möjligt. För att beräkna om det fanns skillnader mellan dessa två grupper avseende utfallsvariablerna med nominalfördelning användes Chi Square testet (χ^2), som är ett test som lämpar sig för att testa proportionsskillnader mellan två grupper (Edling & Hedström, 2003; Ejlertsson, 2012).

Etik

Projektet MAVAN har etisk godkännande av etiska kommittén vid University of Toronto. Alla studiedeltagare har fått adekvat information om studien och att de fick dra sig ur studien utan att behöva ange ett skäl. Beredskap för psykologiska samtal för kvinnorna och eventuellt för deras barn hade beretts på WHCC om negativa reaktioner skulle uppstå under studien. Forskarna hade ett ödmjukt bemötande och förståelse mot kvinnorna.

I denna kvantitativa studie har inga personliga kontakter mellan studiedeltagarna och författarna av detta magisterarbete ingått. Därför fanns ingen risk att författarna kunde identifiera studiedeltagarna.

I denna studie har alla relevanta studier som vi funnit tagits med och därmed inte medvetet uteslutit några data så att resultatet blivit vinklat.

Även om studien hade etiskt godkännande så finns det alltid etiska problem att ta ställning till. För att ge några exempel, så frågade man kvinnorna i MAVAN studien om sin barndom och om eventuell utsatthet som de kanske inte ville bli påmind om, eller som de inte var beredda på. Kvinnorna skulle således kunna ha blivit illa berörda.

Frågor som ställdes kunde ha upplevts som ett intrång i privatsfären. Det kunde ha varit känsligt att ställa frågor om kvinnors barndom om de varit utsatta på något sätt? Det kan ha varit svårt för kvinnorna att prata om, genant eller jobbigt, speciellt om kvinnorna hade gått vidare och bearbetade känslor väcks upp igen?

Resultat

Vårt resultat presenterades utifrån fyra huvudområden; bakgrundsdata, graviditet, förlossning och tidig postpartum period inklusive amning.

Bortfall

242 kvinnor hade fyllt i CTQ och hade således lämnat uppgifter om vår huvudvariabel. Dessa 242 kvinnor har dock inte lämnat fullständig information om alla andra studievariabler. Svarsfrekvensen varierade mellan 179 och 236 kvinnor, vilket innebär att frekvensen av bortfall varierade mellan 1,7 % - 28,9%. En variabel (peri/ postnatala komplikationer för barnet, tabell 3) hade 32,3 % bortfall men vi valde att inkludera denna variabel i vår studie för att verkligen utforska hela datauppsättningen.

Bortfall av data är en verklighet i longitudinell forskning, särskilt i studier av utsatta befolkningsgrupper såsom MAVAN studien är. Mot bakgrund av detta valde vi att vara helt transparanta när det gäller mängden av variabler som saknas sedan vi var i dataanalysens explorativa stadie valde vi att inkludera alla potentiellt intressanta variabler i vår analys.

Deskriptiv statistik

Deskriptiv data som till exempel ålder, inkomst, paritet, utbildning och civilstånd presenteras i tabell 1. För detaljerade uppgifter om bortfall se tabell 1.

Tabell 1.

Deskriptiv statistik				
	N	Bortfall %	Medelvärde	±SD
Moderns ålder (år)	210	14.5	30	±5
Familjeinkomst*	196	20.2	13.6 (\$40-50000)	3.7
Moderns utbildning**	210	14.5	15.9 (högskoleexamen)	2.8
Födelsevikt (gram)	198	19.8	3430	±527
	N (%)			
Civil status				
Ensamboende	12 (5)			
Sammanboende	167 (69)			
Bortfall	63 (26)			
Paritet				
Nullipara	89 (36.8)			
Multipara	117 (48.3)			
Bortfall	36 (14.9)			
Kön på barnet				
Pojke	137 (56.6)			
Flicka	99 (41)			
Bortfall	6 (2.5)			
Läkemedelsanvändning postpartum***				
Sömntabletter	8 (3.3)			
Antidepressiva	46 (19)			
Sedativa	51 (21.1)			
Bortfall	137 (56.6)			

* Familjeinkomst: 12= \$40000, 13= \$40000 - 50000, 14= \$50000 – 60000

** Moderns utbildning: 14 = Avslutat gymnasiet med fullständiga betyg, 15 = Avslutat gymnasiet med fullständiga betyg + 1 år högskoleutbildning, 16 = Avslutat gymnasiet med fullständiga betyg + högskoleexamen.

*** Ängest och oro dämpande läkemedel som kvinnorna fått postpartum.

Medelålder på kvinnorna var 30 år. 196 kvinnor tjänade mellan 50000 – 60000 \$ och 210 kvinnor hade avslutat gymnasiet med fullständiga betyg samt att de hade en högskoleexamen. Medelvikten på barnen låg på 3430 gram.

69 % av kvinnorna bodde med en partner och fem procent bodde själva. 37 % av kvinnorna hade inga barn sen tidigare och 48 % hade barn sedan tidigare. Uppgifter om barnets kön fanns på 236 barn. Totalt föddes det 56,6% pojkar och 41 % flickor. Av 105 kvinnor så fick 19 % kvinnor antidepressiva läkemedel, tre procent kvinnor fick sömntabletter och 21 % fick sederande läkemedel mot ångest och oro.

Graviditet

Data som var relaterade till kvinnornas psykiska och fysiska välbefinnande under graviditeten presenterades i Tabell 2. Antal studiedeltagare, medelvärde och standardavvikelser är presenterade. För detaljerade uppgifter om bortfall se tabell 2.

Tabell 2.

Psykisk och fysisk välbefinnande under graviditeten				
	N	Bortfall %	Medelvärde	±SD
CTQ poäng (första trimestern)	242	0	1.5	0.6
CTQ median 0 (Låga CTQ poäng ≤1,31)	126	0		
1 (Höga CTQ poäng ≥1,32)	116	0		
EPDS poäng (första trimestern)*	240	0.8	8.6	43
STAI poäng (första trimestern)**	241	0.4	37.1	13.7
Graviditetsspecifik ångest (12-24 veckor)	210	1.7	1.2	1
Fysiska hälsoproblem under graviditeten***	190	22.2	4.7	2.5
Självskattad hälsa under graviditeten****	206	15.3	2.5	1.1

* Symtom på depressioner under graviditetsvecka 12-24.

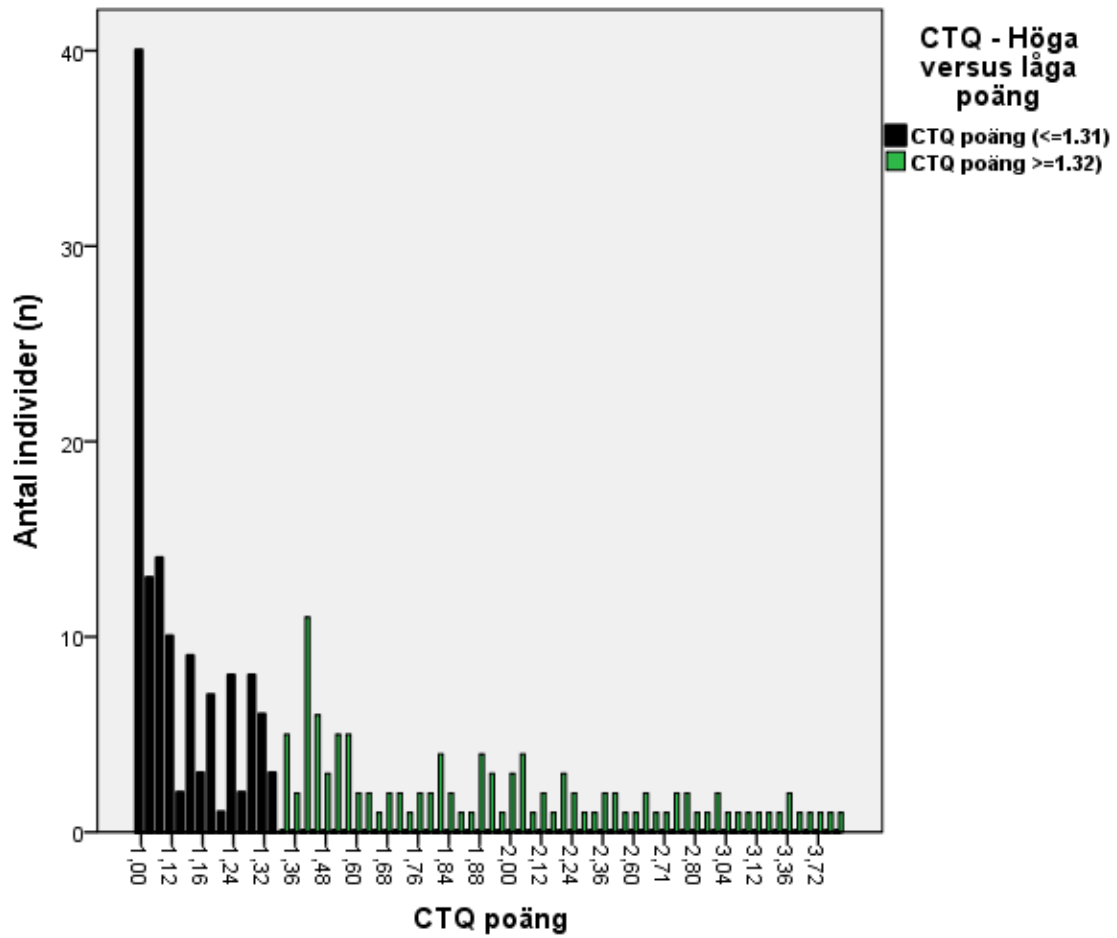
**Symtom på ångest under graviditetsvecka 12-24.

***Hyperemesis, vaginala blödningar under graviditetsvecka 4-6, vaginala blödningar innan graviditetsvecka 20, vaginala och cervix infektioner, hypertension, diabetes, astma, förstoppning, diarré, blod i avföring, anemi och urinvägsinfektioner.

**** 1- utmärkt hälsa, 2- bra hälsa, 3- måttlig hälsa, 4-dålig hälsa och 5- mycket dålig hälsa

CTQ medianen redovisades i tabell 2 där 0 = låga CTQ poäng och 1 = höga CTQ poäng. 240 kvinnor svarade på EPDS enkäten, de hade 8,6 poäng i medelvärde, 241 kvinnor har svarat på STAI enkäten, de hade 37, poäng i medelsnitt och 210 kvinnor hade svarat på enkäten om graviditetsspecifik ångest. 190 kvinnor har svarat på fysiska hälsoproblem under graviditeten. 206 kvinnor självskattade sin hälsa under graviditeten.

Figur 1.



Figur 1. Denna figur visar fördelningen av antal individer med höga och låga CTQ poäng.

Förlossning

I Tabell 3 presenterades förlossningsvariabler på mor och barn. Antal studiedeltagare, medelvärde och standardavvikelser är presenterade. För detaljerade uppgifter om bortfall se Tabell 3.

Tabell 3.

Utfallsvariabler relaterade till förlossningen				
	N (%)	Bortfall %	Medelvärde	±SD
Förlossningslängd exkl. kejsarsnitt (min)	154	21	675.6	48.4
Antal interventioner under förlossning*	186	23.1	2.3	1.3
APGAR poäng: 1 minut	231	5.2	8.2	1.4
APGAR poäng: 5 minuter	231	5.2	8.8	1.0
Peri/ postnatala komplikationer för barnet**	166	32.3	1.8	1.7
Kejsarsnitt				
Inget kejsarsnitt	173 (71.5)			
Kejsarsnitt	59 (24.4)			
Bortfall	10 (4.1)			

* Läkemedelsanvändning under förlossning, antibiotika användning, användning av epidural anestesi (EDA), oxytocindropp, sugklocka, tång, och episiotomi

** Mekonium i fostervatten, mekonium aspiration, takykardi, hypoglykemi, cyanos, ikterus, slöhet samt hudutslag.

Tabell 3 visade att i medel så var en förlossning 676 min lång. Cirka två interventioner gjordes i snitt under en förlossning. Av 242 kvinnor var det 24 % som förlöstes med kejsarsnitt. Totalt var det ca 71,5 % av kvinnorna som förlöstes utan kejsarsnitt.

Tidig postpartum period

Under Tabell 4 redovisades variabler som relaterar till tidig postpartum period. Antal studiedeltagare och procent är presenterade. För detaljerade uppgifter om bortfall se Tabell 4.

Tabell 4.

Postpartum variabler		Frekvens	%
Amning direkt postpartum	Inte ammat	15	6.2
	Ammat	199	82.2
	Bortfall	28	11.6
Bröstmjölk ersättning postpartum	Ingen ersättning	115	47.5
	Ersättning	94	38.8
	Bortfall	33	13.6
Rooming-in	Barnet inte hos mamman	75	31
	Barnet hos mamman	117	48.3
	Bortfall	50	20.7
Första kontakten med barnet postpartum	Innan avnavling	46	19
	Efter avnavling	62	25.6
	Efter barnskötningen	46	19
	I återhämningsrummet efter förlossningen	21	8.7
	I mitt sjukhusrum någon gång efter förlossningen	8	3.3
	Bortfall	59	24.4
Enkelrum	Inte enkelrum	60	24.8
	Enkelrum	119	49.2
	Bortfall	63	26
Sederande med Lorazepam	Inget sederande	150	62
	Sederande	22	9.1
	Bortfall	70	28.9
Kvinnor som önskade ha barnet hos sig men av någon anledning inte kunde			
	Nej*	137	56.6
	Ja**	49	20.2
	Bortfall	56	23.1

* Nej = Hade sitt barn hos sig hur de ville

** Ja = Ville ha sitt barn men kunde inte

82 % av kvinnorna ammade direkt efter förlossningen, cirka sex procent ammade inte sitt barn. 39 % av barnen tillmatades med bröstmjölk ersättning.

31 % av kvinnorna utövade inte rooming-in och ca 48 % utövade rooming-in.

Första mötet med barnet postpartum skedde i 19 % av fallen innan avnavling och 26 % skedde efter avnavling. 19 % av kvinnorna mötte sitt barn för första gången efter barnskötningen. 25 % av kvinnorna hade inte enkelrum efter förlossningen och 49,2 % hade enkelrum. Runt nio procent av kvinnorna fick Lorazepam som sederande läkemedel postpartum mot ångest och oro. 57 % av kvinnorna hade sitt barn hos sig hur de ville medan cirka 20 % tyckte det fanns tillfällen då de önskade ha barnet hos sig men inte kunde av någon anledning.

I Tabell 5 redovisades variabler som var relaterade till amning. Antal studiedeltagare, bortfall, medelvärde och standardavvikelse presenteras. För detaljerade uppgifter om bortfall se Tabell 5.

Tabell. 5

Utfallsvariabel relaterat till amning				
	N	Bortfall %	Medelvärde	±SD
Amningslängd (veckor)	180	25.60	26.5	18.9
	Frekvens	%		
Helamning (6 mån)				
Nej	157	64.9		
Ja	25	10.3		
Bortfall	60	24.8		
Delamning (6 mån)				
Nej	73	30.2		
ja	108	44.6		
Bortfall	61	25.2		

180 kvinnor ammade i snitt ca 27 veckor. 10,3 % procent hel ammade i sex månader och 44,6 % delammade vid sex månaders ålder.

Relationer mellan nivåer på CTQ-skalan och utfallsvariabler relaterade till graviditet, förlossning och tidig postpartum period

Tabell 6 visade samband mellan; bakgrundsdata, graviditet, förlossning och tidig postpartum period och CTQ poäng. Korrelationskoefficient, P-värde och antal studiedeltagare presenteras.

Tabell 6.

Korrelationer mellan CTQ poäng och utfallsvariabler relaterad till:			
		CTQ total	
	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N
Födelsevikt (gram)	-0.028	0.691	198
Moderns ålder	-0.022	0.749	210
Familjeinkomst	-0.209**	0.003	196
Moderns utbildning	-0.190**	0.006	210
EPDS (första trimestern)***	0.285	0.001	239
STAI (första trimestern)****	0.333	0.001	241
Graviditetsspecifik ångest (12-24 grav. veckor)	0.169*	0.014	210
Fysiska hälsoproblem under graviditet*****	0.243**	0.002	190
Självskattad hälsa under graviditet	0.167*	0.016	206
Förlossningslängd exkl. kejsarsnitt (min).	0.182*	0.033	137
Interventioner under förlossning*****	0.047	0.524	184
Peri/ postnatala komplikationer för barnet*****	0.087	0.268	166
APGAR poäng: 1 minut	-0.076	0.251	231
APGAR poäng: 5 minuter	-0.144*	0.029	231
Amningslängd (veckor)	-0.258**	≤0.001	180

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

***Depressioner under graviditetsvecka 12-24

****Ångest under graviditetsvecka 12-24

***** Hyperemesis, vaginala blödningar under graviditetsvecka 4-6, vaginala blödningar innan graviditetsvecka 20, vaginala och cervix infektioner, hypertension, diabetes, astma, förstoppning, diarré, blod i avföring, anemi och urinvägsinfektioner.

***** Läkemedelsanvändning under förlossning, antibiotika användning, användning av EDA, oxytocindropp, sugklocka, tång och episiotomi.

*****Mekonium i fostervatten, mekonium aspiration, takykardi, hypoglykemi, cyanos, slöhet samt hudutslag.

Höga poäng på CTQ var negativt relaterade till familjeinkomst ($r = -0,209$, $p = 0,003$), utbildning ($r = -0,190$, $p = 0,006$), Apgar poäng efter fem minuter ($r = -0,144$, $p = 0,029$) och amningslängd i veckor ($r = -0,258$, $p \leq 0,001$).

Höga poäng på CTQ var positivt relaterad till EPDS under första trimestern ($r = 0,285$, $p = 0,001$), STAI under första trimestern ($r = 0,333$, $p = 0,001$), graviditetsspecifik ångest ($r = 0,169$, $p = 0,014$), fysiska hälsoproblem under graviditet ($r = 0,243$, $p = 0,002$), självskattad hälsa under graviditet ($r = 0,167$, $p = 0,016$) och förlossningslängd exklusive kejsarsnitt ($r = 0,182$, $p = 0,033$).

I nästa steg undersöktes om det fanns ett samband mellan höga och låga poäng på CTQ och utfallsvariabler som var dikotomiserade (ja/nej variabler). Våra fynd visade att mödrar med låga CTQ poäng ammade delvis i större utsträckning efter sex månader postpartum ($\chi^2 = 4,006$, $DF = 1$, $p = 0,049$).

Kvinnor som hade låga CTQ poäng hade i större utsträckning barnet hos sig ($\chi^2 = 4,346$, $DF = 1$, $p = 0,039$). Kvinnor som hade höga CTQ poäng hade i större utsträckning enkel rum ($\chi^2 = 11,105$, $DF = 1$, $p = 0,001$). Kvinnor med höga CTQ poäng fick i större utsträckning mer sederande läkemedel Lorazepam postpartum. ($\chi^2 = 5,593$, $DF = 1$, $p = 0,022$).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet med vår studie var att undersöka om det fanns samband mellan höga CTQ poäng och olika variabler som är relaterade till graviditet, förlossning och tidig postpartum period. Vi ville även undersöka om det fanns skillnader mellan kvinnor som varit utsatta för trauma under barndomen och kvinnor som inte varit utsatta avseende följande variabler; paritet, förlossningssätt och den tidiga kontakten mellan mor och barn och amningen.

Vårt resultat visade att höga poäng på CTQ är negativt korrelerat till familjeinkomst och kvinnans utbildning, Apgar poäng efter fem minuter samt amningslängd i veckor. Med andra ord, ju mer barndoms trauma upplevdes desto lägre utbildningsnivå och inkomst samt att barnet hade sämre Apgar poäng efter fem minuter och att kvinnorna ammade kortare tid i veckor.

Däremot var graviditetsspecifik ångest, fysiska hälsoproblem under graviditeten, självskattad hälsa under graviditeten, och förlossningslängden positivt korrelerade med CTQ. Med andra ord, höga nivåer på CTQ är relaterade till ökad graviditetsspecifik ångest, ökade graviditetsbesvär samt att kvinnorna hade ett sämre mående under graviditeten, längre förlossningslängd och sämre Apgar poäng på barnet efter fem minuter.

Vi såg även att höga CTQ poäng var relaterade till mindre partiell amning sex månader postpartum, rooming-in, användning av enkelrum postpartum samt mer medicinering av modern postpartum med sederande läkemedel.

Sociodemografiska data i föreliggande studie visade att kvinnor som på något sätt varit utsatta i barndomen har lägre utbildning och lägre inkomst. Samma resultat styrktes även av flera studier som gjorts (Lukasse et al., 2009; Lukasse, Vangen, Øian & Schei, 2010b; Möhler et al., 2008; Strathearn, Mamun, Najman & O'Callaghan, 2009). Vi har inte funnit några studier som motsäger dessa uppgifter.

En norsk studie undersökte kvinnor som varit utsatta i barndomen sågs några gemensamma nämnare som t.ex. att kvinnorna var yngre, ensamstående och arbetslösa till skillnad mot icke-utsatta kvinnor (Lukasse et al., 2009).

Föreliggande studie visade ett tydligt samband mellan kvinnor som utsatts under barndomen och upplevelsen av ångest, fysiska problem samt hälsa under graviditet. Med fysiska hälsoproblem avsågs sjukdomar som hyperemesis, vaginala blödningar under graviditetsvecka 4-6, vaginala blödningar innan graviditetsvecka 20, vaginala och cervix infektioner, hypertension, diabetes, astma, förstoppning, diarré, blod i avföring, anemi och urinvägsinfektioner.

Flera studier bekräftar ovanstående resultat (Lukasse et al., 2009; Lukasse et al., 2010b; Kendal-Tackett, 2007; Möhler et al., 2008). Vi har även sett i andra studier att kvinnor som upplevt trauma i barndomen visade sig lida av ökad stress och ångest under graviditet (Leeners et al., 2006b; Benedict, Paine L. L., Paine L. A., Brandt & Stallings, 1999; Nerum, Halvorsen, Straume, Sørli & Øian, 2012). Det var vanligt med depressioner, självmordstankar bland kvinnor som upplevt trauma under barndomen (Leeners, Rath, Block, Görres & Tschudin, 2014; Nerum et al., 2012; Lukasse et al., 2009). Om kvinnan blivit utsatt

under barndomen på något sätt kan det uttrycka sig genom t.ex. fibromyalgi och kronisk trötthet i framtiden (Lukasse et al. 2009).

Vissa andra studier som gjorts visar även det motsatta. Författarna till dessa studier menar att det inte finns några samband alls mellan SÖB och vaginala blödningar (Leeners et al., 2010) och hypertension (Leeners, Richter-Appelt, Imthurn & Rath, 2006a; Leeners et al., 2010).

När det gäller förlossningslängd och höga CTQ poäng hittade vi ett samband i vår studie. Med andra ord, om kvinnan blivit utsatt i barndomen så hade hon längre förlossning. Inga samband sågs avseende interventioner under förlossning för kvinnor som varit utsatta under barndomen. Förlossningslängden kan påverkas av barndomstrauma men kan också bero på att dessa kvinnor upplever smärtan som svårare och jobbigare än andra kvinnor. Vissa kvinnor har en snabbare förlossning beroende på att de kan blockera smärta (Leeners et al., 2006b). Utsatta kvinnor kan ha antingen låg eller hög smärtröskel dvs. att de hanterar smärta sämre eller bättre. Studien kunde därför inte generalisera angående förlossningslängden (Leeners et al., 2006b). Andra studier motsäger detta helt och menar att skillnaden är marginell (Benedict et al., 1999; Nerum et al., 2012).

Vi såg inga samband mellan höga CTQ poäng och peri/ postnatala komplikationer för barnet som var; mekonium i fostervatten, mekonium aspiration, takykardi, hypoglykemi, cyanos, ikterus, slöhet samt hudutslag. Det enda sambandet som resultatet visade avseende barnvariablerna var höga CTQ poäng och Apgar poäng efter fem minuter. Det vill säga att barnet hade sämre Apgar poäng efter fem minuter om modern blivit utsatt för trauma i barndomen.

En studie bekräftade detta fynd och visade också att barnet hade sämre Apgar poäng efter fem minuter dock bekräftade den inte övriga resultat i barnvariablerna i föreliggande arbete. Studien visade t.ex. att barnet påverkades och var ikterisk under längre tid, NEO-vård krävdes, mekonium i fostervatten samt att Apgar poängen påverkades även efter en minut (Möhler et al., 2008). Andra studier motsäger att Apgar poängen skulle ha ett samband om kvinnan utsatts under barndomen. De menar att Apgar poängen inte har ett samband med utsatthet (Benedict et al., 2011; Schroll, Tabor & Kjaergaard, 2011).

Vi fann inga studier som styrkte vårt resultat som visade att det inte föreligger någon skillnad avseende variabler relaterade till barnen, bortsett från Apgar poängen som var den enda variabel där vi kunde se samband mellan barn till utsatta kvinnor och icke utsatta kvinnor i barndomen.

Resultatet i vår studie visade ett samband mellan kvinnor som blivit utsatta för trauma under barndomen och att kvinnorna delammade mindre vid 6 månaders ålder.

En studie bekräftar att kvinnor som varit utsatta i barndomen ammar i mindre utsträckning efter 3 och 6 månader postpartum (Coles, Andersson, Loxstone, 2015; Jonas et al., 2013). Hur kvinnan mår under sin graviditet och hur hon förmår ta hand om sitt barn avspeglas genom dessa barndomsupplevelser dvs. att om mamman blivit utsatt på något sätt i barndomen så kommer detta att påverka henne när hon senare blir gravid och på sättet hon tar hand om sitt barn (Jonas et al., 2013).

En anledning till att kvinnor delammade kan vara att amningen väcker starka minnen till liv. Amning är ett intimt möte mellan mor och barn. Bröstvårtan rör vid barnets mun och kan orsaka att minnen som modern varit med om under barndomen väcks till liv (Coles, 2009; Leeners et al., 2006b). Flashbacks till utsattheten kan komma och känslor av rädsla kan väckas (Leeners et al., 2006a).

Vissa kvinnor kände att deras kroppar var smutsiga och upplevde skam samtidigt som de hade svårt att tro att deras bröst kunde tillverka något bra för barnet (Coles, 2009). Trots att minnen kan väckas till liv genom amning och hud mot hud så vill flertalet av de utsatta kvinnorna amma (Leeners et al., 2006b). Samband mellan amning och utsatthet har setts i studier. För barn som ammade en längre tid minskade risken att bli utsatta av sina mödrar under barndomen. På detta vis skulle amning kunna ge skydd för barnet mot viss utsatthet (Strathearn et al., 2009). Amning stärkte även mor och barn relationen (Jonas et al., 2015; Strathearn et al., 2009). Inga studier som vi har hittat motsäger att kvinnor som varit utsatta i barndomen ammar mer postpartum.

Vår studie visar även samband mellan utsatthet under barndomen och att kvinnorna i mindre utsträckning hade rooming-in. En studie påpekar starkt hur viktigt det är med rooming-in postpartum. Vid rooming-in postpartum så stärks anknytningen mellan mor och barn,

moderns känslighet mot barnet ökar samt att barnen blir mindre irriterbara (Bystrova et al., 2009). Vi har inte funnit studier som styrker att utsatta utövade mindre rooming-in.

Vårt resultat visar att utsatta kvinnor oftare har enkelrum. Vi har inte funnit studier som undersökt enkelrum postpartum och utsatta kvinnor. Dock visar en studie att kvinnor som har enkelrum är i större utsträckning nöjda med vården på olika sätt. Exempelvis får de rätt information och stöd av personalen, amningsstöd och respekt för privatsfären (Janssen, Klein, Harris, Soolsma & Ceymour, 2000).

Vårt resultat visade att kvinnor fick sederande läkemedel postpartum mot ångest och oro. Vi har hittat ett flertal studier om ångest och postpartum depressioner men ingenting om sederande läkemedel som gavs till kvinnor efter förlossning. Att ge kvinnor sederande läkemedel postpartum kanske var en rutin vid sjukhuset WHCC där studien gjordes.

Det vi inte vet är vilka mekanismer det är som ligger bakom relationen mellan trauma under barndomen och den psykiska och fysiska hälsan senare i livet. Hur uppstår effekter av trauma under barndomen för kvinnans hälsa under graviditet, förlossning och tidig postpartum period? Den aktuella forskningen undersöker överföringen av föräldraskompetens mellan generationer där t.ex. vissa fysiologiska mekanismer undersöks med djur. Forskning visar t.ex. att kvinnliga råttors omhändertagande av deras råttungar har en långvarig påverkan på oxytocin och stresssystem till och med när råttungarna själva får ungar (Champagne, Francis, Mar & Meaney, 2003).

Metoddiskussion

Metodval

Vi har valt att göra en kvantitativ studie som baseras på befintlig data från en Kanadensisk prospektiv longitudinell studie, MAVAN som vi analyserat och på detta sätt har vi fått fram om samband finns mellan höga CTQ poäng och variablerna. Kvantitativa metoder är lämpliga att använda när man vill analysera data som kommer från enkäter (Eliasson, 2006). Vi har använt CTQ formuläret som 242 kvinnor har svarat på. Ett visst bortfall finns i arbetet. Bortfall beskrivs i litteratur som "non-response": person som vägrat eller inte haft möjlighet att svara eller "missing-data" som beror på tekniska missöden, t.ex. att vissa svar, enkäter eller anteckningar kommer bort (Ejlertsson, 2012).

Bortfall av data är en verklighet i longitudinell forskning, särskilt i studier av utsatta befolkningsgrupper såsom MAVAN studien är. Detta anses normalt och i föreliggande studie ligger bortfallet på mellan 1,7 – 28,9 (%) och finns beskrivet i vårt resultat.

I framtida studier skulle vi vilja använda oss av mer avancerad statistik som t.ex. multipel imputering som innebär att man ersätter bortfall genom olika statistiska metoder. Upp till 25 % bortfall kan imputeras (Allison, 2001). I den föreliggande studien har vi endast genomfört enkel statistik där vi korrelerade data med varandra. I ett nästa steg bör till exempel regressionsanalyser genomföras där man kan kontrollera för flera variabler och stödfaktorer.

I framtida studier skulle vi också vilja studera vilka faktorer det är som medierar effekterna av trauma under barndomen och kvinnans hälsa under graviditet, förlossning och tidig postpartum period. Vi kan t.ex. tänka oss att kvinnors stresssystem är känsligare och det vore intressant om nivåer av stresshormoner skulle kunna påverka utfallsvariablerna. Statistiska tillvägagångssätt vi skulle använda oss av då är t.ex. stiganalyser, mediations- och moderationsanalyser (Preacher & Hayes, 2004).

Flertalet artiklar som vi har funnit har studerat till stor del mest kvinnor som varit sexuellt utsatta under barndomen och hur deras erfarenheter under uppväxten påverkat de under graviditet, förlossning och tidig postpartum period. Endast ett fåtal artiklar har studerat sambandet mellan generell utsatthet och graviditet, förlossning och tidig postpartum period.

I föreliggande studie valde vi att dela in kvinnorna i ”höga” respektive ”låga” CTQ poäng genom att göra en ”median split”. Det finns problem med median splittringar varav det första är helt logiskt. När ett kontinuum är kategoriserat så anses att varje värde över medianen är lika. Frågan man kan ställa sig som forskare är om det verkligen är rimligt att ett värde strax över medianen anses vara den samma som värdet betydligt högre upp och samtidigt annorlunda än värden strax under medianen?

Så en lösning är att dela upp urvalet i tre grupper, inte två, sedan göra sig av med mellangruppen. Detta skapar åtminstone viss separation mellan de två grupperna. Det uppenbara problemet här är dock att du förlorar en tredjedel av urvalet.

Det andra problemet med att kategorisera en kontinuerlig prediktor, oavsett hur det görs, är effektförlusten (Aiken & West, 1991). Det är helt enkelt svårare att hitta effekter som verkligen är där.

Datainsamling och urval

Resultaten från denna studie är baserade på prospektiva uppgifter inhämtade från kvinnor i vuxen ålder, dvs. långt efter de händelser i barndomen som kan ha påverkat deras graviditet, förlossning och tidig postpartum period. Många andra faktorer som vi inte känner till kan därför ha påverkat resultatet då minnen dels förändras över tid samt att kvinnornas vuxenliv kan innehålla andra faktorer som kan ha betydelse för hur de upplever graviditeten, förlossningen och den tidiga postpartum perioden.

Författarna är medvetna om detta och kan därför inte med säkerhet utesluta att resultatet av den anledningen kan vara färgat av dessa andra faktorer när kvinnorna svarat på CTQ enkäten. Exempel på andra faktorer kan vara; nuvarande partnerrelation/ livssituation, eventuell arbetslöshet, familjesituation, närståendes död, boende m.m. Något som stärker pålitligheten i vår studie är att det finns starka samband mellan data som iakttogs under graviditeten och två år senare. CTQ är ett stabilt instrument att använda (Bernstein, et al., 1994).

Forskning visar att kvinnor som blivit utsatta under barndomen påverkas senare i livet när de väljer att bilda familj. Studier som vi hittat kommer främst från USA och Norden. Resultaten från studierna styrker vissa av våra resultat. I de flesta studier som vi har valt att använda i diskussionen har kvinnorna varit sexuellt utsatta. Detta var inte vår intention från början utan vi hade för avsikt att undersöka de fem områdena av utsatthet (psykisk, fysisk, sexuell, social och materiell) och se om variablerna vi valt att undersöka påverkades i någon form av dessa fem sorters utsatthet.

Vi är medvetna om att åtta stycken av studierna vi valt ut är publicerade innan år 2000 men vi ansåg ändå att det var adekvata studier för vårt arbete.

Ytterligare en svaghet i denna studie har varit att vi inte hittat så många studier som undersöker om fysiskt, psykiskt eller sexuellt utsatthet samt fysisk och psykisk försummelse har ett samband med graviditet, förlossning och tidig postpartum period. Då detta är något som kanske påverkar variablerna så behövs fler studier inom området då vi tror att kvinnor som varit med om något traumatisk under barndomen påverkas av hennes erfarenheter.

Analysmetod

Vid analys av befintliga data som denna studie består av har de variabler som varit intressanta för författarna valts ut. Det fanns variabler i MAVAN som författarna medvetet valt att inte ta

med då vi bedömde att dessa data inte var relevanta för det vi ville undersöka. Vi kan därför inte med säkerhet utesluta att resultatet kunnat se annorlunda ut om samtliga variabler vägts in i studien.

Etikdiskussion

Vi har funnit en hel del studier som vi anser har varit relevanta för vårt examensarbete. Urvalet av studierna har skett individuellt och vi har sedan jämfört urvalet. Vi fann i stor utsträckning samma studier. Vi har sedan suttit tillsammans och diskuterat vilka studier som vi skulle använda. Vi har även tittat igenom studiernas egna referenslistor för att på så sätt inte utesluta viktiga studier som skulle kunna påverka vårt resultat. Då vi valt studier som motsäger våra resultat ökar det trovärdigheten av arbetet att vi inte enbart valt studier som påvisar samma resultat. Detta gör att trovärdigheten för vårt arbete ökar.

Då vi inte haft personlig kontakt med deltagarna så har deras anonymitet bevarats i detta arbete. MAVAN har ett etiskgodkännande och en beredskap i form av psykologiska samtal om negativa reaktioner skulle uppstå för både kvinnorna och deras barn. Därmed så har man tagit hänsyn till autonomiprincipen och godhetsprincipen (Statens Medicinsk- Etiska Råd, 2008).

En risk med studien är att man berör oönskade ämnen som kvinnor kanske har glömt bort eller bearbetat dock så fanns beredskap och möjligheten till psykologisk uppföljning om kvinnorna eller deras barn behövde det.

Egna reflektioner

Mot bakgrund av det vi sett i vår studie om höga CTQ-poäng kopplat till svårigheter som kvinnorna hade när de blev gravida och födde barn, tror vi att det kan finnas en rädsla/ oro hos kvinnan att inte ha förmåga att skydda sitt barn från liknande upplevelser som hon själv varit med om.

De flesta föräldrar vill sitt barns bästa och därför är vår uppfattning att kvinnor som blivit utsatta under barndomen känner en ökad oro och stressnivå under graviditet och inför kommande föräldraskap. Vi förvånades dock över att kvinnor hade mer fysiologiska problem under graviditeten som t.ex. hyperemesis, vaginala blödningar mm. Vi trodde inte det var relaterat till händelser så långt tillbaka i tiden. Att det fanns känslomässiga och själsliga ärr

och minnen som eventuellt kunde aktiveras under denna tid kändes mer logiskt. Om orsaken till detta är utsatthet under barndomen eller andra faktorer är oklart.

Något som förvånade författarna, var att vi inte trodde att barnets Apgar poäng kunde påverkas av att modern blivit utsatt som barn. Vi har svårt att förstå att inget samband sågs på Apgar poäng efter en minut när man ser skillnad efter fem minuter. Kan detta bero på att mödrarna varit stressade under graviditeten? Trauma under barndomen kan ge en livsstress och detta skulle kunna vara en bakomliggande variabel som påverkar upplevelsen under graviditet, förlossning och tidig postpartum period.

Vi är inte förvånade över att kvinnorna delammade mindre vid sex månaders ålder då det är generellt vanligt att börja ge smakportioner av annat än bröstmjölk vid tre till fyra månaders ålder trots att rekommendationerna är att exklusivt amma i sex månader och att delamma upp till ett år eller längre.

Angående rooming-in blev vi förvånade att barnsalar under åren 2002 och 2003 fortfarande existerar i Kanada. Vår uppfattning är att det är en självklarhet att kvinnor får ha sina barn hos sig tillsammans med sin eventuella partner. Vi tror att kvinnor som inte får ha sitt barn eller partner hos sig kanske skapar en känsla av ensamhet och leder till större isolering. Eller har utsatta kvinnor mer behov av privatsfär?

Förslag på framtida forskning

Som vi skrivit tidigare så finns det mycket utforskat när det gäller utsatthet generellt under barndomen och hur kvinnan påverkas samt om samband finns under kvinnas reproduktiva period. Förslag på framtida forskning skulle kunna vara:

- Vilken hjälp och stöd vill kvinnor som varit utsatta i barndomen ha under graviditeten och förlossningen av sin barnmorska?
- Hur upptäcker man kvinnor som blivit utsatta för att kunna ge de adekvat hjälp och stöd?
- Väljer kvinnor som varit utsatta under barndomen abort i större utsträckning är icke utsatta kvinnor?

- Är det så att kvinnor önskar avstå från vissa medicinska undersökningar som t.ex. vaginala undersökningar pga. tidigare minnen av utsatthet? Kan förlösande barnmorska handlägga förlossningen patientsäkert hos utsatta kvinnor lika bra?
- Spelar barnets kön någon roll för mor- barn relationen? (Leeners et al., 2006b).
- Då denna forskning skett i Kanada så täcker detta inte alla kulturella och religiösa aspekter som samexisterar i vår omvärld. Hur ska man bemöta religiöst tidigt accepterad äktenskap där kvinnan drivs in i en normaliserad tillvaro och där det enligt denna norm är tillåtet att göra en ung flicka, t.ex. under 15 år gravid? Dessa flickor är per definition inte utsatta, men samtidigt någonting som de upplever som naturligt främmande pga. omogenhet. Denna stora grupp av kvinnor/ flickor är representerade bland alla kommande invandrare, flyktingar från mindre utvecklade religioner och kulturer och samtidigt får vård i mödravården både i Europa, USA och Sverige.

Slutsats

Kvinnors upplevelser i barndomen, särskilt om de varit traumatiska, påverkar dem senare i livet på många olika sätt. Barnmorskor bör därför vara uppmärksamma när kvinnor söker vård t.ex. på mödravården, ungdomsmottagning och gynekologisk mottagning, det är där man eventuellt har möjlighet upptäcka detta och på det viset kunna hjälpa och stötta kvinnan på det sätt hon önskar.

Referenser

Aiken, L. S. & West, S. G. (1991). Multiple regression: Testing and interpreting interactions. Newbury Park: Sage.

Allison, P. D. (2001). Missing data: Quantitative applications in the social sciences. Doktorsavhandling, University of Pennsylvania, 07-136;11.

Belsky, J., Sligo, J., Silva, P. A., Jaffe, S. R. & Woodward, L. (2005). Intergenerational transmission of warm-sensitive, stimulating parenting: A prospective study of mothers and fathers of 3 years olds. *Child Development*, 76(2), 384-396. Doi: 10.1111/j.1467-8624.2005.00852.x

Benedict, M. I., Paine, L.L., Paine, L. A., Brandt, D. & Stallings, R. (1999). The association of childhood sexual abuse with depressive symptoms during pregnancy, and selected pregnancy outcomes. *Child Abuse & Neglect*. 23(7), 659-670. Doi:10.1016/S0145-2134(99)00040-X

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Wenzel, K., Sapareto, E. & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136.

Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Mattiehiesen, A-S., Ransjö-Arvidson, A-B., Mukhamedrakhimov, R., ... Widtsröm, A-M. (2009). Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*. 36(2), 97-109. Doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x

Blumenthal, A. (2015). Child neglect I: Scope, consequences, and risk and protective factors. *Canadian Child Welfare Research Portal*. CWRP information Sheet #141E. Montreal, QC: Centre for Research on Children and Families.

Cater, Å. K., Andershed, A-K. & Andershed, H. (2014). Youth victimization in Sweden: Prevalence, characteristics and relation to mental health and behavioral in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1290-1302. Doi: 10.1016/j.chiabu.2014.03.002

Champagne, F. A., Francis, D. D., Mar, A. & Meaney, M. J. (2003). Variations in maternal care in the rat as a mediating influence for the effects of environment on development. *Physiology & Behavior*. 79(3), 359-371. Doi:10.1016/S0031-9384(03)00149-5

Coles, J., Anderson, A. & Loxstone, D. (2015). Breastfeeding duration after childhood sexual abuse: An Australian cohort study. *Journal of Human Lactation*. 15(1), 1-8. Doi:10.1177/0890334415590782

Coles, J. (2009). Qualitative study of breastfeeding after childhood sexual assault. *Journal of Human Lactation*. 25(3), 1-8. Doi:10.1177/0890334409334926

Cox, J. L., Chapman, G., Murray, D. & Jones, P. (1996). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in non postnatal women. *Journal of Affective Disorders*. 39(3), 185-189. Doi:10.1016/0165-0327(96)00008-0

Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression-Development of the 10 item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry*. 150. 782-786.

De Wolff, M. S. & Van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and Attachment: A Meta-Analysis on Parental Antecedents of Infant Attachment. *Child Development*. 68(4), 571-591. Doi:10.1111/j.1467-8624.1997.tb04218.x

Di Manno, L., Macdonald, J. A. & Knight, T. (2015). The intergenerational continuity of breastfeeding intention, initiation, and duration. A systematic review. *Birth*. 42(1), 5-15. Doi:10.1111/birt.12148

Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Opjordsmoen, S. & Samuelsen, SO. (2001). Review of validation studies of the Edinburgh postnatal depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 104(4), 243-249. Doi: 10.1111/j.1600-0447.2001.00187.x

Edling, C. & Hedström, P. (2003). *Kvantitativa metoder – Grundläggande analysmetoder för samhälls- och beteendevetare: Bivariat analys*. Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna- Studiedesign*. 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur

Eliasson, A. (2006). *Kvantitativ metod från början: Kvantitativa och kvalitativa metoder* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur

Grimstad, H. & Schei, B. (1999). Pregnancy and delivery for women with a history of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. 23(1), 81-90. Doi:10.1016/S0145-2134(98)00113-6

Janssen, P. A., Klein, M. C., Harris, S. J., Soolsma, J. & Ceymour, L. C. (2000). Single room maternity care and client satisfaction. *Birth*. 27(4), 235-243.
Doi:10.1046/j.1523-536x.2000.00235.x

Jonas, W., Atkinson, L., Steiner, M., Meaney, M. J., Wazana, A. & Fleming, A. S. (2015). Breastfeeding and maternal sensitivity predict early infant temperament. *Acta Paediatrica*. 104(7), 678-686. Doi:10.1111/apa.12987

Jonas, W., Seitz-Mileva, V. Girard, W., Biscaglia, R., Kennedy, J. L., Sokolowski, M. & Steiner, M. (2013). Genetic variation in oxytocin rs2740210 and early adversity associated with postpartum depression and breastfeeding duration. *Genes, Brain and Behavior*, 12(7), 681-694. Doi: 10.1111/gbb.12069

Kendall-Tackett, K. A. (2007). Violence against women and the perinatal period: The impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum and breastfeeding. *Trauma, Violence & Abuse*, 8(3), 344-353. Doi: 10.1177/1524838007304406

Lawick, J. (2013). *Våld i nära relationer: Definitioner och förekomst*. Lund: Studentlitteratur.

Leeners, B., Rath, W., Block, E., Görres, G. & Tschudin, S. (2014). Risk factors for unfavorable pregnancy outcomes in women with adverse childhood experiences. *Journal of Perinatal Medicine*. 42(2), 71-78

Leeners, B., Richter-Appelt, H., Imthurn, B. & Rath, W. (2006). Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery and the early postpartum period in adult women. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(2), 139-151. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.11.006 b

Leeners, B., Neumaier-Wagner, P., Quarg, A. F. & Rath, W. (2006). Childhood sexual abuse (CSA) experiences: an underestimated factor in perinatal care. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 85(8), 971-976.
Doi:10.1080/00016340600626917 (a)

Leeners, B., Stiller, R., Block, E., Görres, G. & Rath, W. (2010). Pregnancy complications in women with childhood sexual abuse experiences. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(5), 503-510. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.04.017

Lukasse, M., Schei, B., Vangen, S. & Øian, P. (2009). Childhood abuse and common complaints in pregnancy. *Birth*, 36(3), 190-199. Doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00323.x

Lukasse, M., Vangen, S., Øian, P., Kumle, M., Ryding, E. L. & Schei, B. (2010). Childhood abuse and fear of childbirth- A population based study. *Birth*, 37(4), 267-274. Doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00420.x (a)

Lukasse, M., Vangen, S., Øian, P. & Schei, B. (2010). Childhood abuse and caesarean section among primiparous women in the Norwegian mother and child cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 117(9). 1153-1157.
Doi:10.1111/j.1471-0528.2010.02627 (b)

Möhler, E., Matheis, V., Marysko, M., Finke, P., Kaufann, C., Cierpka, C. & Resch, F. (2008). Complications during pregnancy, peri- and postnatal period in a sample of women with a history of child abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 29(3), 193-198. Doi:10.1080/01674820801934252

- Nerum, H., Halvorsen, L., Straume, B. Sørli, T. & Øian, P. (2012). Different labour outcomes in primiparous women that have been subjected to childhood sexual abuse or rape in adulthood: a case-control study in clinical cohort. *An International Journal of obstetrics and Gynaecology*. 120(4), 487-495. Doi: 10.1111/1471-0528.12053
- O'Donnell, K. A., Gaudreau, H., Colalillo, S., Steiner, M., Atkinson, L., Moss, E. & Meaney, M. J. (2014). The maternal adversity, vulnerability and neurodevelopment project: theory and methodology. *The Canadian journal of Psychiatry*, 59(9), 497-508
- Preacher, K. & Hayes, A. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*. 36(4), 717-731. Doi:10.3758/BF03206553
- Schroll, A-M., Tabor, A. & Kjaergaard, H. (2011). Physical and sexual lifetime violence: prevalence and influence on fear of childbirth before, during and after delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 32(1), 19-26.
Doi:10.3109/0167482X.2010.547965
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.
Palo Alto, CA.
- Strathearn, L., Mamun, A. A., Najman, J. M. & O'callaghan, M. J. (2009). Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15 year cohort study. *Pediatrics*. 123(2), 483-495. Doi:10.1542/peds.2007-3546
- Wolock, I. & Horowitz, B. (1984). Child maltreatment as a social problem: The neglect of neglect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54(4), 530-543. Doi: 10.1111/j.1939-0025.1984.tb01524.x

Elektroniska referenser

BRIS. *Sexuella övergrepp*. Hämtad 150825 kl. 17:16 från

<https://www.bris.se/default.asp?pageID=580>

Brottsförebyggande rådet 1. *Barnmisshandel*. Hämtad 150831 kl. 1508 från

<http://www.bra.se/bra/brott-och-statistik/barnmisshandel.html>

Brottsförebyggande rådet 2. *Våldtäkt och sexualbrott*. Hämtad 150831 kl. 15:20 från

<http://www.bra.se/bra/brott-och-statistik/valdtakt-och-sexualbrott.html>

Brottsförebyggande rådet 3. Brottsutvecklingen i Sverige 2008-2011. *Sexualbrott*. Hämtad 150825 kl. 17:38 från

<http://www.bra.se/download/18.22a7170813a0d141d21800052648/1371914741613/05+Sexualbrott.pdf>

Cederberg, D. (2012). *Vad är våld?* Hämtad 150825 kl. 16:17 från

<http://www.valdinararelationer.se/sv/Vald-i-nara-relationer1/Toppmeny/Halso--och-sjukvard/Vuxna/Vad-ar-vald/>

Statens Medicinsk- Etiska Råd. (2008). Hämtad 151030 kl. 22:21 från

<http://www.smer.se/wp-content/uploads/2012/05/Etik-en-introduktion1.pdf>

Socialstyrelsen (2015). *Definition av våld och utsatthet i nära relationer*. Hämtad 150824 kl.

17:32 från <http://www.socialstyrelsen.se/valds->

[ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/valdsutovare/definition](http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/valdsutovare/definition)