

Psykiske belastninger ved svangerskap og fødsel

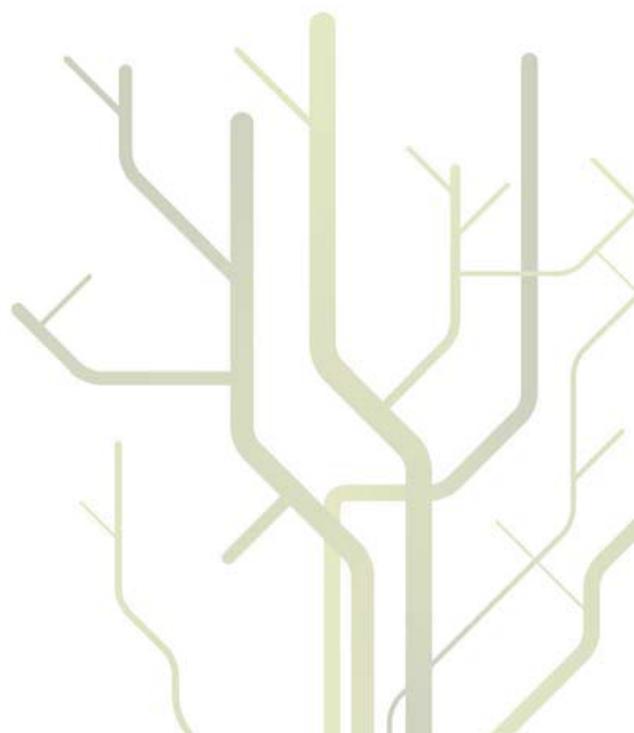
**med fokus på fødselsangst, ønske om keisersnitt og
tidligere seksuelle overgrep**



Lotta Halvorsen og Hilde Nerum

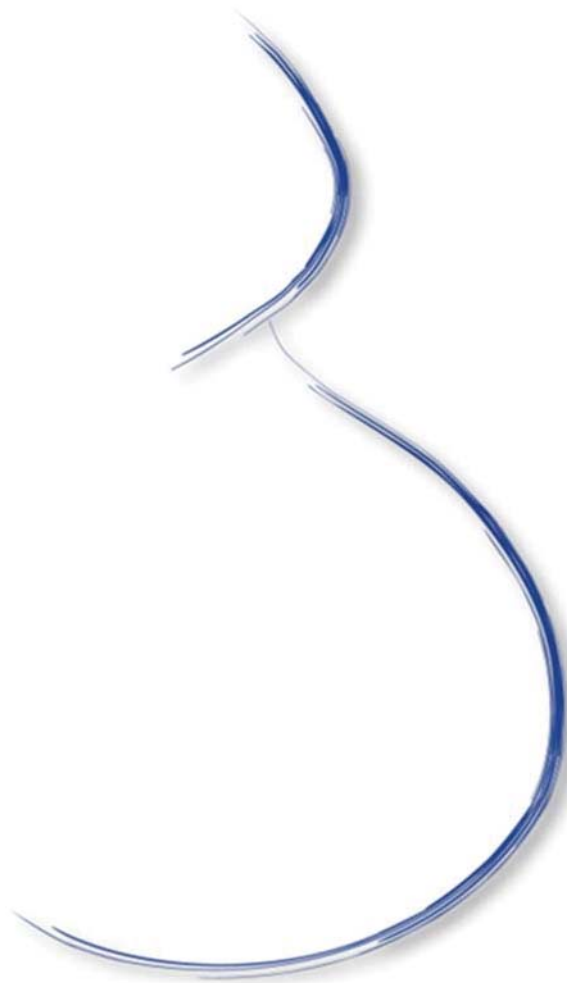
Avhandling levert for graden
Philosophiae Doctor

XX XX 2013



Psykiske belastninger ved svangerskap og fødsel

med fokus på fødselsangst, ønske om keisersnitt og tidligere seksuelle overgrep



Lotta Halvorsen og Hilde Nerum

Innholdsfortegnelse

Takk	V
Bakgrunn for felles avhandling	VII
Forkortelser og definisjoner	VIII
Artikler	IX
Sammendrag	X
English summary	XIV
1. Introduksjon	1
2. Formålet med avhandlingen	27
3. Materiale og metode	30
Studie I	41
Studie II	42
Studie III	44
Studie IV	47
Studie V	50
Studie VI	53
4. Resultater	58
Studie I	58
Studie II	60
Studie III	62
Studie IV	63
Studie V	65
Studie VI	68
5. Diskusjon	73
Fødselsangst og ønske om keisersnitt	73
Seksuelle overgrep og den første fødselen	80
Metodiske vurderinger	87

6. Etske aspekter ved forskningsprosessen	94
7. Kliniske implikasjoner	99
8. Forslag til fremtidig forskning	100
9. Referanser	101
Artikler I-VI	
Vedlegg 1-8	
Errata	

Takk

Den største takken går til våre veiledere, professor dr. med Tore Sørli og professor dr. med. Pål Øian, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og Universitet i Tromsø (UiT), som har støttet oss helt fra første idé og frem til denne felles avhandlingen. Takk for at dere trosset vår motstand og utfordret oss til å gå videre. Takk for at vi har fått ta del i deres store kunnskap innenfor hvert deres fagfelt. Takk for god og grundig veiledning. Tusen takk!

Takk til instituttleder Bjørn Straume, Institutt for samfunnsmedisin, UiT, for statistisk analyse og medforfatterskap i studie IV og V. Takk for at du med din dyktighet og tålmodighet veiledet oss fra første dag da vi optimistisk presenterte alle våre mer eller mindre anvendelige variabler.

Takk til helsefaglig forskningsleder Ellen Blix, Klinisk forskningsavdeling, UNN, for gode råd og veiledning i metode og som medforfatter i studie IV. Takk for ditt kritiske blikk og din slående gode humor. Du har vært en stor inspirasjonskilde for oss.

Takk til jordmor Rachel Myr for oversetting av artiklene til engelsk. Ikke minst den kultursensitive oversettelsen av den kvalitative studien der du har gjort sitatene levende med din faglige innsikt og situasjonsforståelse.

Takk til alle kvinnene som både i ord og skrift har delt sine erfaringer med oss og tatt seg tid til å svare på spørreundersøkelsen. Vi vil spesielt takke kvinnene som stilte til intervju.

Takk til jordmorkollega Sonja Gutteberg som har administrert og hatt hovedansvaret for driften av Psykisk Helseteam mens avhandlingen er blitt til. Takk for arbeidet som koordinator for RCT-studien. Takk for inspirerende faglige diskusjoner. Takk til sosionom Arnhild Søbstad i Psykisk Helseteam for kloke råd og støtte. Takk til dere begge for at dere har skapt et trygt, godt og trivelig fagmiljø.

Takk til universitetslektor Toril Hanson ved jordmorutdanningen, UiT, for støtte og korrekturlesing av manuskriptet og gode faglige kommentarer.

Takk til alle våre ledere ved Kvinneklinikken som har sett verdien av prosjektet og har støttet oss hele veien. Takk til alle våre gode kollegaer ved fødepoliklinikken og føde- og barselavdelingen for faglig fellesskap.

Takk til den flotte gjengen i Forskningsgruppe Psykiatri for inspirerende og givende seminarer i inn- og utland.

Takk for gode inspirerende forskerseminarer ved Det helsevitenskapelige fakultetet, Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning ved Universitetet i Tromsø og Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Takk til Helse Nord, både somatisk og psykiatrisk forskningsprogram, som har bidratt med finansiering til de ulike prosjektene.

Takk til konsulent Turid Skjelstad Bakkevoll, Kvinneklinikken, UNN, for bearbeiding av manuskript til trykking og gode råd underveis.

En stor takk til våre kjære familier. Sist, men ikke minst, en varm takk til våre ektemenn og hovedsponsorer Svein og Peder, som alltid har støttet og oppmuntret oss gjennom hele prosessen.

Tromsø, januar 2013

Lotta Halvorsen og Hilde Nerum

Bakgrunn for en felles avhandling

Denne avhandlingen er basert på et klinisk forskningsprosjekt som i sin helhet er utviklet og gjennomført ved Kvinneklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Avhandlingen er et fellesprodukt laget av to jordmorkolleger som har studert og arbeidet sammen siden 1988. Studiene bygger på klinisk virksomhet. Artikkene er utformet og skrevet i felleskap der vi er likeverdige førsteforfattere på alle artiklene.

Interessen for temaet psykisk helse ved svangerskap og fødsel startet da vi sto overfor ulike utfordringer i det kliniske arbeidet. Ofte fortalte de gravide om sine belastende livshendelser eller at de hadde fødselsangst først når de kom til avdelingen for å føde. I den situasjonen var det lite vi kunne gjøre. Dette førte til at vi tok videreutdanning i psykisk helse. I 2000 ble Psykisk Helseteam ved fødepoliklinikken, Kvinneklinikken UNN etablert, for å kunne gi et tilbud til kvinner med ulike psykiske belastninger.

Etter noen år ønsket vi å undersøke om det nye tilbudet var til nytte for kvinnene. Helse Nord bevilget forskningsmidler som blant annet ble benyttet til en etterundersøkelse rettet mot de som hadde mottatt tilbudet i årene 2000-2002. Forskningsprosjektet "Psykisk helse ved svangerskap og fødsel - med fokus på fødselsangst" startet opp i 2003. Resultatene fra de første studiene gjorde at vi fikk videreført prosjektet. Forskingen har hele veien foregått parallelt med den kliniske virksomheten i helseteamet og med studier. I 2009 tok vi mastergrad i helsevitenskap ved Universitetet i Tromsø (UiT), og i 2010 ble vi tatt opp som stipendiater ved det Helsevitenskapelige fakultetet, i en delt stilling. Veiledere for både prosjektet og PhD-avhandlingen har vært professor og psykiater Tore Sørli og professor og fødselslege Pål Øian. Det overordnede målet for prosjektet har vært å øke fagfeltets kunnskap om psykososiale problemer og psykisk helse hos gravide for å utvikle et bedre fødetilbud i fremtiden.

Bakgrunnen for en felles avhandling er at forskningen som avhandlingen bygger på er et prosjekt vi har utviklet i felleskap over flere år. Forskingen har i sin helhet vært en svært kreativ prosess som har ført til at denne avhandlingen er blitt til noe mer enn det vi ville ha fått til hver for oss.

Forkortelser og ordliste

Amniotomi	Ta hull på fosterhinnen
Asfyksi	Alvorlig surstoffmangel hos fosteret
Elektiv	Planlagt på forhånd (for eksempel keisersnitt)
Enkoprese	Langvarig forstoppelse hos barn uten funn av noe galt med tarmen
Føtal	Relatert til fosteret
ICD 10	Internasjonal klassifisering av sykdommer versjon 10, 1997
Induksjon	Kunstig igangsettelse av fødselen
KMI	Kroppsmasseindeks = vekt (kg) / høyde (m) ²
Maternell	Relatert til mor
Maternell død	En gravid kvinne som dør inntil 42 dager etter fødselen/aborten
MFR	Medisinsk fødselsregister
Neonatal	Relatert til barnet
Neonatal død	Et levende født barn som dør innen 28 dager etter fødselen
Paritet	Antall fødsler en kvinne har gjennomgått etter 23 fullgatte svangerskapsuker
Partogram	Grafisk fremstilling av fødselsforløpet
Perinatal død	Dødsfall av et foster/barn etter 28 fullgatte svangerskapsuker og innen første leveuke etter fødselen
Placenta	Morkake
Post partum	Etter fødselen
Prenatal	I tiden før fødselen
Truende asfyksi	Mistanke om alvorlig surstoffmangel hos fosteret
Uterus	Livmor
Vaginal operativ forløsning	Forløsning av barnet med tang eller vakuumsug

Artikler

Avhandlingen er basert på følgende publikasjoner:

- I. Halvorsen L, Nerum H, Øian P, Sørli T. Er det sammenheng mellom psykiske belastninger og ønske om keisersnitt? [Is there an association between psychological stress and request for caesarean section?]. Tidsskr Nor Legeforen 2008;128:1388-91.
- II. Nerum H, Halvorsen L, Sørli T, Øian P. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? Birth 2006;33:221-8.
- III. Halvorsen L, Nerum H, Sørli T, Øian P. Does counsellor's attitude influence change in a request for a caesarean in women with fear of birth? Midwifery 2010;26:45-52.
- IV. Nerum H, Halvorsen L, Øian P, Sørli T, Straume B, Blix E. Birth outcomes in primiparous women who were raped as adults: a matched controlled study. BJOG 2010;117:288-94.
- V. Nerum H, Halvorsen L, Straume B, Sørli T, Øian P. Different labour outcomes in primiparous women subjected to childhood sexual abuse or rape in adulthood: a case-control study in a clinical cohort. BJOG published online 12 November 2012.
- VI. Halvorsen L, Nerum H, Øian P, Sørli T. To give birth with rape in one's past: a qualitative study. Birth accepted 2012.

Sammendrag

Bakgrunn

Siden begynnelsen av 1970 årene har det vært en økning i keisersnittfrekvensen i Norge og hele den vestlige verden. Årsakene er mange og bare delvis kartlagt. Forløp og utfall av en fødsel har i liten grad vært satt i sammenheng med tidligere belastende livshendelser og psykiske problem. I avhandlingens delstudier har vi undersøkt noen aspekter ved fødselsangst og ønske om å bli forløst med keisersnitt, utfallet av den første fødselen til kvinner som har vært utsatt for voldtekt som voksen eller seksuelle overgrep som barn, samt analysert fødsels erfaringen til noen av de som har vært utsatt for voldtekt.

Hensikten med avhandlingen er å søke svar på og belyse følgende forsknings spørsmål:

- Er det sammenheng mellom psykiske belastninger og et ønske om keisersnitt?
- Er det forskjeller i demografiske forhold eller psykiske belastninger hos kvinner med fødselsangst med og uten et uttrykt ønske om planlagt keisersnitt?
- Kan et ønske om keisersnitt hos kvinner med fødselsangst endres gjennom en kriseorientert intervensjon?
- Vil en holdningsmessig endring i tilnærming fra "autonomi" til "mestring" hos behandleren føre til at flere kvinner som i utgangspunktet ønsker å bli forløst med keisersnitt, endrer sitt ønske om keisersnitt og at flere føder vaginalt?
- Er det forskjell i forløpet og utfallet ved den første fødselen til kvinner som har vært utsatt for voldtekt som voksen sammenlignet med kvinner som ikke har vært utsatt for voldtekt?
- Er det forskjell i forløp og utfall ved den første fødselen til kvinner utsatt for seksuelle overgrep som barn sammenlignet med kvinner utsatt for voldtekt som voksen og kvinner uten overgreperfaring?
- Hvordan erfarer kvinner som har vært utsatt for voldtekt som voksen sin første fødsel og hvilken fødselshjelp anser de som god for kvinner som har vært utsatt for et slikt overgrep?

Materiale og metode

Studiematerialet er hentet fra en kohort av 808 kvinner som var henvist til Psykisk Helseteam ved Kvinneklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge i tidsperioden 2000-2007. Det er benyttet både kvantitative og kvalitative metoder. Data ble innhentet fra henvisningsskriv, svangerskaps- og fødejournaler, fra en spørreundersøkelse to til fire år etter fødselen og fra kvalitative intervju. I dataanalysen til studiene I-V benyttes deskriptiv og analytisk statistikk. I studie VI benyttes kvalitativ innholdsanalyse.

Studie I beskriver demografiske forhold, psykiske belastninger og fødselsutfallet til 164 kvinner med fødselsangst, med og uten et uttrykt ønske om å bli forløst med keisersnitt.

Studie II beskriver en nyutviklet kriseorientert intervensjon gitt til 86 kvinner med fødselsangst og ønske om å bli forløst med keisersnitt. Kvinnenes psykososiale belastninger, endring i ønske om keisersnitt etter intervensjonen, fødselsutfallet og tilfredshet med samtaletilbudet og ønsket fødemåte ved en senere fødsel blir beskrevet.

Studie III analyserer hva som predikerer endring av ønske om keisersnitt hos 193 kvinner som mottok en kriseorientert intervensjon. Fører en holdningsmessig endring i tilnærming fra "autonomi" til "mestring" hos behandleren til en økt andel som endrer sitt ønske om keisersnitt og som føder vaginalt.

Studie IV sammenligner forløp og utfall av den første fødselen til 50 kvinner tidligere utsatt for voldtekt som voksen, med 150 kontroller uten kjente overgrep fra den samme fødepopulasjonen.

Studie V sammenligner forløp og utfall av den første fødselen til 185 kvinner utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, 47 kvinner utsatt for voldtekt som voksen og 141 kontroller uten kjente overgrep fra den samme fødepopulasjonen.

Studie VI er basert på kvalitative intervju med 10 kvinner som tidligere har vært utsatt for voldtekt. Studien utforsker og belyser deres første fødselserfaring og deres råd om hva de anser som god fødselshjelp til kvinner som har vært utsatt for voldtekt.

Resultat

Fødselsangst hos kvinnene i disse studiene var ledsaget av omfattende psykiske problemer, 80 % oppga at de tidligere hadde hatt angst og/eller depresjon, 32 % hadde hatt spiseforstyrrelser og 72 % hadde vært utsatt for overgrep. Halvparten av kvinnene med fødselsangst ønsket keisersnitt. Ønsket om keisersnitt var forbundet med alvorlig fødselsangst, tidligere angst og depresjon, traumatisk fødselserfaring og mistillit til helsepersonell. Blant disse var det færre som hadde vært behandlet for sine psykiske problemer sett i forhold til de som ikke ønsket keisersnitt (studie I). En kriseorientert intervensjon som vektlegger utvikling av en tillitsfull relasjon og allianse mellom behandleren og kvinnen, førte til at 86 % av kvinnene endret sitt opprinnelige ønske om keisersnitt. De fleste av kvinnene var fornøyd med å ha endret sitt ønske, og av de som fødte vaginalt svarte 93 % at de ville føde ved en eventuell senere fødsel (studie II). Der behandleren hadde en mestringsholdning i sin tilnærming endret flere (95 %) sitt opprinnelige ønske om keisersnitt og flere (80 %) fødte vaginalt (studie III).

Det var store forskjeller i forløp og utfall ved den første fødselen til kvinner utsatt for voldtekt som voksen og de som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som barn. De som hadde vært utsatt for voldtekt hadde en betydelig forlenget andre fase av fødselen (120 min versus 55 min), 15 ganger økt risiko for keisersnitt og 13 ganger økt risiko for operativ vaginal fødsel, sammenlignet med kontroller uten kjente overgrep (studie IV). De som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som barn hadde tilnærmet likt forløp og utfall som kontroller uten kjente overgrep (studie V). Informantene beskrev påtrengende minner om å ha vært tilbake i voldtekten under sin første fødsel. Dette var uavhengig av om de fødte vaginalt eller ble forløst med keisersnitt. Etter fødselen satt de igjen retraumatisert med følelsen av å være tingliggjort, tilskitnet og med en fremmedgjort kropp. Et godt samspill med fødselshjelperen anså de som avgjørende for et best mulig utfall av fødselen (studie VI).

Studiene bidrar med ny kunnskap om betydningen av å møte fødekvinnen på en tillitskapende måte med kunnskap om biologiske og psykososiale forhold som kan innvirke på fødselsangst og ønske om keisersnitt. Resultatene gir kunnskap om at belastende livshendelser kan få betydning for forløp og utfall av den første fødselen. Resultatene må likevel sees i lys av at studiepopulasjonen er sterkt selektert og består av kvinner som var henvist til et psykisk helseteam.

Konklusjon

Bak en fødselsangst og ønske om keisersnitt ligger mange belastende livshendelser og psykiske problemer. Å påbegynne en bearbeidelse av disse er av vesentlig betydning for å kunne gå fra ønsket om keisersnitt. En kriseorientert intervensjon, med fokus på mestring, fører til at de fleste som ønsker å bli forløst med keisersnitt, endrer sitt opprinnelige ønske og fører til at flere føder vaginalt. Førstegangsfødende som har vært utsatt for voldtekt som voksen har en betydelig forlenget utdrivingsfase i fødselen og en økt risiko for å bli operativt forløst. Voldtektstraumet ble hos disse kvinnene reaktivert, uavhengig av fødemåte. De beskrev at vanlige tiltak og prosedyrer som ble benyttet under fødselen eller keisersnittet var med på å reaktivere voldtektstraumet. Kvinnene opplevde symptomer på retraumatisering i lang tid etter fødselen og var i en tilstand av mental ubalanse som forstyrret de naturlige morsoppgavene. Førstegangsfødende utsatt for overgrep som barn har et fødselsforløp og utfall ikke vesentlig forskjellig fra kvinner uten overgrepserfaringer. Tidligere psykiske belastninger og seksuelle overgrep kan gi psykiske reaksjoner i svangerskapet og under fødselen som innvirker på fødselsutfallet. Dette er tema som bør vektlegges og undersøkes i svangerskapsomsorgen. Denne kunnskapen bør også få konsekvenser for hvordan fødselshjelperne møter kvinnen under fødselen.

English summary

Background

The caesarean section rate in Norway and in the western world has increased greatly from around 1970. The reasons are only partially known. The relation between labour progression and outcome to previous burdensome life events and mental health problems has been scarcely investigated. In the various sub studies of this dissertation, we have examined some aspects of fear of birth and the desire to be delivered by caesarean section, the outcome of the first labour in women who have been subject to rape in adulthood or to sexual abuse in childhood, as well as analysed the birth experiences of some of the women with a history of having been raped.

The aim of this dissertation is to seek answers to and illuminate the following research questions:

- Is there a relationship between mental health burdens and a request for caesarean section?
- Are there differences in demographic factors or in mental health burdens in women who fear birth, with and without an expressed desire for elective caesarean?
- Can a request for caesarean in women who fear birth, be changed through a crisis-oriented intervention?
- Will a change of attitude in the counsellor's approach, from 'autonomy' to 'coping', lead to a higher proportion of women who request caesarean section changing their wishes and giving birth vaginally?
- Are there differences in the progression and outcome of the first labour in women who have experienced rape in adulthood, compared to women who have not?
- Are there differences in the progression and outcome of the first labour in women subjected to childhood sexual abuse, compared with women who were raped in adulthood, and women with no history of sexual assault or abuse?
- How is the first childbirth experienced by women who have a history of being raped in adulthood? What kind of care in labour do they consider as helpful for other women with such a history?

Material and methods

The study material is taken from a cohort of 808 women who were referred to the Mental Health Team at the Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospital of North Norway, in the period 2000-2007. Both qualitative and quantitative methods are used. Data were collected from referral letters, antenatal and labour records, from a questionnaire survey sent to women two to four years after the birth in question, and from qualitative interviews. In the data analyses for studies I-IV, descriptive and analytic statistics are used. In study VI, qualitative content analysis is used.

Study I describes demographic features, mental health problems, and outcome of labour in 164 women with a fear of birth, with and without an expressed desire to be delivered by caesarean section.

Study II describes a newly developed crisis-oriented intervention given to 86 women with fear of birth and a request for caesarean section. The women's psychosocial burdens, changes in their wishes for caesarean after the intervention, outcome of labour, satisfaction with the treatment, and their wishes for mode of delivery in future childbirth, are described.

Study III analyses predictors for change in request for caesarean section and for vaginal birth in 193 women who received a crisis-oriented intervention, and whether an attitudinal change in the counsellor's approach, from 'autonomy' to 'coping' will increase the proportion of women who change their request for caesarean and go on to give birth vaginally.

Study IV compares the duration of labour and birth outcomes of the first labour in 50 women with a history of rape in adulthood, with 150 controls from the same population of parturient, who had no known history of sexual assault.

Study V compares the duration of labour and birth outcomes of the first labour in 185 women subject to childhood sexual abuse, 47 women with a history of rape in adulthood, with 141 controls from the same population of parturient, with no known rape or sexual abuse history.

Study VI is based on qualitative interviews with 10 women who had experienced rape. The study examines and illuminates their first childbirth experience and their advice for birth care they regard as good for women with a history of rape.

Results

Fear of birth in the women in these studies was accompanied by extensive mental health problems. Eighty per cent reported previous anxiety and/or depression, 32% had eating disturbances, and 72 % had been subject to abuse. Half of the women with fear of birth expressed a desire for caesarean section. Women requesting caesarean had more severe fear of birth, previous anxiety and depression, traumatic birth experience, and distrust of health personnel and fewer of them had received treatment for their mental health problems, than in the group without a request for caesarean (study I). A crisis-oriented intervention emphasising the development of a trusting relationship and alliance between the counsellor and the woman, led to 86 % of the women changing their request for caesarean. Most of the women were satisfied with having changed their request, and of those who had given birth vaginally, 93 % stated they would prefer vaginal birth in the future (study II). When the counselling midwife's attitude and approach emphasized coping more of the women (95 %) changed their request for caesarean, and more women (80 %) give birth vaginally (study III).

There were large differences in duration and outcome of the first labour in women who had experienced rape as adults, after the age of 16, and women who had been subject to childhood sexual abuse. Those who had been raped had a significantly prolonged second stage of labour (120 vs 55 minutes), 15 times the risk of caesarean section and 13 times the risk for instrumental vaginal delivery, compared to controls with no known history of sexual assault or abuse (study IV). Women who had been subject to childhood sexual abuse had approximately the same duration and outcome of labour as control women (study V). The informants described intrusive memories of being back in the rape trauma during labour, independent of mode of delivery. After the birth they were retraumatised, and had feelings of being objectified, dirtied, and alienated. They identified good interaction with the birth attendant as the determining factor in order to have the best possible outcome of labour (study VI).

The studies contribute new knowledge about the importance of meeting the labouring woman in a way that inspires trust, being open for both biological and psychosocial factors that can influence fear of birth and the desire for caesarean section. This knowledge about how burdensome life events can impinge on the course and outcome of first childbirth. The results must nonetheless be seen in light of the selection bias for our population, which consists of women referred to the Mental Health Team in pregnancy because their problems were so intrusive.

Conclusion

Behind fear of birth and request for caesarean section lie many unprocessed life events and mental health burdens. To start processing these events is essential in order to change the desire for caesarean. A crisis-oriented intervention, with focus on coping, leads to most women who requested caesarean changed their mind, and give birth vaginally. Primiparous women who have been raped in adulthood have significantly prolonged second stages of labour and increased risk of operative delivery, both caesarean and vaginal. The rape trauma is reactivated in these women, independent of mode of delivery. They described how routine care and procedures in labour contributed to such reactivation. The symptoms of retraumatisation persisted long after the birth, and they were in a state of mental imbalance that disturbed the natural tasks of motherhood. Women subjected to child sexual abuse have a course and outcome of first labour resembling that of women with no history of abuse or assault. Previous mental health burdens can give rise to reactions in pregnancy and during labour which can influence labour outcome. Mental health problems and burdensome life events such as sexual abuse or assault are themes which should be inquired about as part of routine antenatal care. This knowledge should have consequences for how birth attendants care for women in labour.

1. Introduksjon

Innledning

Graviditet betraktes som en sentral overgangsperiode i livet, som innebærer forandring i både rolle og identitet. En forandring som det for noen gravide kan være vanskelig å forholde seg til^{1, 2}. Den økte følsomheten som mange kvinner opplever og som kan sees på som en begynnende tilknytning mellom mor og barn, kan medføre at tidligere livserfaringer aktualiseres³. Selve fødselen er en hendelse som på mange måter representerer det mest intime og personlige for en kvinne⁴. Å føde er dermed ikke bare en medisinsk hendelse, men også en psykologisk, sosial og eksistensiell hendelse⁴. Det som er felles for de aller fleste fødsler er at kvinnen er avhengig av den hjelpen hun får, og kvaliteten på tjenesten kan ha betydning for utfallet. Både foreldre, fødselshjelpere og samfunnet har ønske om at svangerskap og fødsel skal forløpe uten problemer for mor og barn. Myndighetene har tatt ansvaret med å organisere svangerskapsomsorgen og fødselshjelpen.

I den vestlige verden foregår de fleste fødslene i dag i sykehus. Siden 1970-tallet har antallet kvinner som blir forløst med keisersnitt økt dramatisk⁵⁻⁷. Årsakene til økningen kan knyttes til mange komplekse medisinske og ikke-medisinske faktorer, og er bare delvis kartlagt^{8, 9}. På begynnelsen av 1980-tallet ble begrepet fødselsangst introdusert i det nordiske obstetriske forskningsfeltet¹⁰. Etter hvert har det vært publisert artikler fra Sveits¹¹, Tyrkia¹², England¹³, Kina¹⁴ og Australia^{15, 16}. Sammenhengen mellom fødselsangst og keisersnitt er beskrevet i flere studier¹⁷⁻²⁰. Da årsakene til økningen i antall keisersnitt i Norge ble undersøkt fremkom det at tidligere keisersnitt og "mors ønske" sto for den største økningen⁶. Fenomenet "mors ønske" er et sammensatt begrep som både fødselshjelpere og fødekvinne kan ha ulik forståelse av. Det gjør at både tilnærming og behandling kan bli ulik avhengig av lokale tradisjoner og hvem som er behandler.

En konsensuskonferanse om keisersnitt på mors ønske i USA i 2006 oppsummerte at mellom 4 % og 18 % av alle keisersnitt ble utført på indikasjon mors ønske²¹. Det stilles spørsmål ved validiteten av dette estimatet, og selve grunnlaget for antakelsen om at alle keisersnitt uten medisinsk indikasjon representerer mors ønske²². I Norge, Sverige, Danmark og Storbritannia viser studier at 7-10 % av alle keisersnitt utføres uten en medisinsk grunn^{6, 23-25}. Det har ført til en økt interesse for temaet, og ofte vil de gravides ønske være forskjellig fra hva fødselshjelperne mener, eventuelt også offentlige holdninger. Debatten foregår både

i fagmiljøet og i samfunnet generelt. I diskusjonen om den økende keisersnittsfrekvensen har kvinner som ønsker keisersnitt blitt tilskrevet en uforholdsmessig stor del av årsaken til økningen²⁶⁻²⁸. Selv om keisersnitt på psykososial indikasjon eller mors ønske har økt betydelig, utgjør disse bare en liten del av den totale økningen i antall keisersnitt^{29, 30}. Det er imidlertid mangelfull kunnskap om en rekke sentrale spørsmål. Hva er keisersnitt på mors ønske et uttrykk for? Har psykiske problemer og belastende livserfaringer, som for eksempel seksuelle overgrep, sammenheng med fødselsangst og ønske om keisersnitt? Kan slike belastninger innvirke på forløp og utfall av en fødsel? Hva slags fødselshjelp trenger kvinnene? Hvordan opplever kvinnene det å føde?

Utviklingen av fødselsomsorgen

Utviklingen i fødselshjelpen i Norge henger sammen med tilsvarende utvikling i andre europeiske land. Fødselshjelpen i Norge fra tidlig 1800-tall og frem til i dag kan deles inn i fem "fødesystemer". Det første fødesystemet var hjemmefødsler med *hjelpekone* eller nærkone. Fødekvinne ble i det systemet beskrevet som autonom, og systemet fungerte nærmest uavhengig av medisinsk vitenskap^{31, 32}. Det andre fødesystemet utgjorde hjemmefødsler med *jordmorhjelp*, en sjelden gang også med legehjelp. Begrensning av barseldødelighet var et prioritert område for myndighetene i denne perioden, og kunnskapen om antiseptikken førte til en reduksjon av barselfeber. Jordmor ble mer avhengig av legene for å tilegne seg fødselskunnskap. Den videre utviklingen av fødselshjelpen ledet gradvis over i *institusjonsfødsler*, som betegnes som det tredje fødesystemet. Det systemet hadde en sterk fokusering på tiltak som kunne forebygge komplikasjoner. Kunnskapen om fødsel endret seg til å bli mer teknisk medisinsk med større kontroll til legene³¹. Den *høyteknologiske fødselshjelpen* som vokste frem i 1970-årene, omtales som det fjerde fødesystemet³¹. Endringen forklares med ønsket om å øke sikkerheten for mor og barn dersom komplikasjoner skulle oppstå³³. Dagens fødesystem, det femte fødesystemet, kan sies å være en kombinasjon av det første og det fjerde fødesystemet, med vekt på både *omsorg og teknologi*. Kunnskapen fødselshjelpere støtter seg til er bredere og praksisen mer helhetlig³². Denne utviklingen har ført til at både den perinatale, neonatale og maternelle dødeligheten i Norge er blant de laveste i verden. Den perinatale dødeligheten i 2011 var 3,8 /1000 og neonatal dødelighet var 0,4 /1000. I 2005 var mødredødeligheten 5/100 000, noe som tilsvarer omtrent 3 tilfeller per år³⁴.

Ekspansjonen av moderne biomedisin har ført til en sterk økning i bruk av inngrep, teknologi og/eller helsepersonell i fødselsomsorgen. Et eksempel er økningen i antall keisersnitt. I 1985 mente en ekspertgruppe i Verdens helseorganisasjon (WHO) at 15 % burde være øvre grense for andelen keisersnitt i et land med lav perinatal dødelighet³⁵. USA hadde i 2010 en keisersnittfrekvens på 32.8 %³⁶. En keisersnittfrekvens over et visst nivå ser ikke ut til å gi bedre overlevelse eller mindre sykkelighet, kanskje heller det motsatte for mor og barn^{37, 38}. I mange land diskuteres ulike virkemidler for å redusere andelen keisersnitt.

Et annet spørsmål er om det gjøres for mange andre intervensjoner i forbindelse med fødsel og til kvinner som ikke trenger det^{6, 39, 40}. Et mulig dilemma mellom omsorgskvalitet i fødselsomsorgen og den teknologiske utviklingen kan knyttes til det effektivitetspress som moderne helsetjeneste er underlagt. Det kan gå på bekostning av nødvendig tid og kontinuitet og dermed for utvikling av tillit og samarbeid mellom hjelper og den fødende. Snevre tidsrammer vil lett medføre at mindre tidkrevende medisinske perspektiver og tiltak blir prioritert, med en tilsvarende nedprioritering av kontakt og samarbeidskrevende psykososiale tiltak. Dette kan medføre at man for eksempel induserer fødsler eller utfører keisersnitt som kortsiktig løsning, uten at det blir satt i sammenheng med hva som vil være det beste for kvinnen i et mer langsiktig perspektiv. Regjeringens mål formulert i Stortingsmelding nr 12, "En gledelig begivenhet", er at gravide, fødende og familien skal oppleve en mer helhetlig og sammenhengende tjeneste gjennom svangerskap, fødsel og barseltiden⁴¹.

Fødselsomsorgen i Norge er differensiert og inndelt i tre nivå, kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer. Kvinneklinikker har tilstedevakt av fødsels- og anestesilege og beredskapsvakt av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsstue bemanning samt barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte. Fødeavdelinger har vaktberedskap av fødsels- og anestesilege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemanning og barnelege tilknyttet fødeavdeling. Fødestuene har vaktberedskap av jordmødre og avklarte medisinske forhold. I 2011 foregikk 99,2 % av alle fødsler på kvinneklinikker, fødeavdeling eller fødestue. Det var 0,8 % som fødte utenfor institusjon eller under transport. Av disse var 0,2 % planlagte hjemmefødsler³⁴.

Utviklingen av svangerskapsomsorgen

Kontroller av gravide basert etter vitenskapelige prinsipper ble først tatt i bruk i England i 1901⁴¹. I Norge ble slike kontroller vanlig på 1930-tallet. Undersøkelser som viste at morens ernæringstilstand hadde betydning for barnet, gjorde at man startet med kostveiledning til gravide. Svangerskapsomsorgen har utviklet seg gradvis og er i dag et gratis tilbud om veiledning og helsekontroll for alle gravide. Hensikten er å oppdage sykdomstilstander som ennå ikke gir symptomer eller tilstander som kan komplisere fødselen og øke risikoen for mor og barn⁴². Helsedirektoratet har i sine retningslinjer for svangerskapsomsorgen definert formålet med svangerskapsomsorgen som⁴³:

”å sikre at svangerskap og fødsel forløper på en naturlig måte, slik at morens somatiske og psykiske helse, hennes sosiale velvære blir best mulig, sikre fosterets helse, slik at det kan fødes levedyktig og uten sykdom eller skade som kunne vært forhindret eller oppdaget og behandle sykdom og andre helsetruende forhold hos moren, slik at svangerskapet medfører minst mulig risiko for henne og barnet ”(s. 8)

Svangerskapsomsorgen har i den senere tid hatt mer fokus på betydningen av psykologiske faktorer for helsen til mor og barn. Helse- og omsorgsdepartementet har i Stortingsmelding nr 12, anbefalt at det legges mindre vekt på fysiske parametere og mer vekt på psykososiale behov⁴¹. Regjeringens mål for helsepolitikken er å prioritere de som trenger det mest. Det innebærer å prioritere tiltak for å sikre kontinuitet i tilbudet til gravide med påvist risiko eller spesielle behov. Gravide med fødselsangst og psykiske lidelser skal prioriteres⁴¹. De helsetjenester som ytes til fødende er gjennomgående gode i Norge, men det er utfordringer i forhold til blant annet psykiske faktorerens betydning for mor og barn i forbindelse med fødsel og tiden etter.

Keisersnitthistorikk

Keisersnitt er en operativ forløsning der barnet tas ut av livmoren via bukkirurgi. Ordet ”keiser” antas å komme fra det latinske verbet ”caedere” som betyr ”å skjære”. I Norge ble det første kjente keisersnittet utført i 1843 av legen Lars Thalian Backer⁴⁴. Første gang det resulterte i at et barn overlevde var i 1849, og første gang mor overlevde keisersnittet var i 1890^{44, 45}. Hensikten med å gjøre keisersnitt er å beskytte mødre og fostre med høy risiko for skade og død ved vaginal fødsel, og sikre at risikobarn får best mulig behandling til rett tid. Ofte blir keisersnitt utført på kombinert indikasjon⁴⁶. Keisersnitt er i dag en av de vanligste operasjoner som utføres på norske sykehus^{47, 48}.

Indikasjoner for keisersnitt

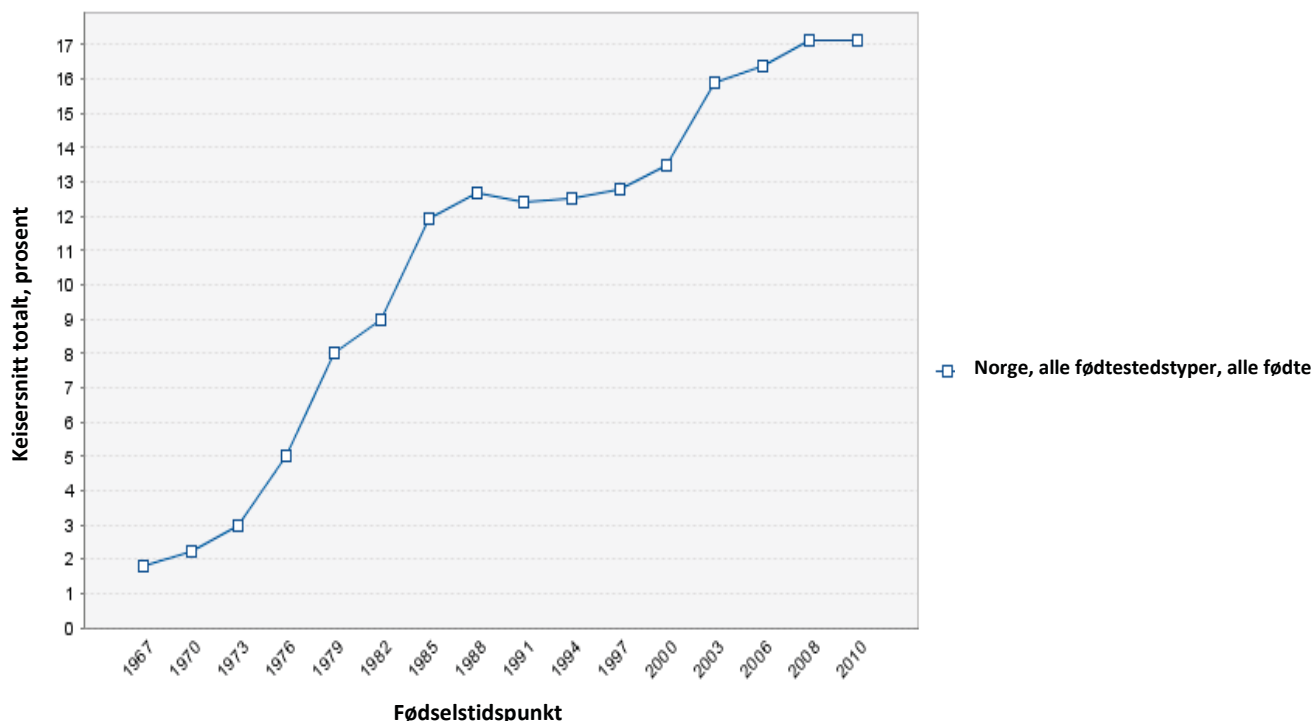
Keisersnitt kan deles inn i to hovedkategorier; planlagte og ikke planlagte⁴¹. Det er vanlig å dele inn årsakene i absolutte eller relative indikasjoner. De absolutte indikasjonene kan være forliggende morkake, morkakeløsning, navlestrengsfremfall og tverrleie. De utgjør cirka 7 % av alle utførte keisersnitt og regnes som livreddende, og i disse tilfellene er det ikke tvil om at nytten av inngrepet overstiger den eventuelle risikoen som er forbundet med inngrepet. De relative indikasjonene er tidligere keisersnitt, avvikende fosterleie som seteleie, manglende fremgang i fødselen, truende fosterasfyksi og forskjellige somatiske tilstander hos mor^{6, 49}. De relative indikasjonene utgjør den største andelen og varierer ganske mye mellom sykehus både i Norge og utlandet. Det finnes gråsoner i den kliniske hverdagen der usikkerheten råder om fordeler og ulemper ved ulike inngrep⁵⁰. "Keisersnitt på mors ønske" uten en klar medisinsk eller obstetrisk indikasjon, er i de senere år blitt tilført listen av relative indikasjoner. Det er også vanlig at flere indikasjoner forekommer som for eksempel seteleie sammen med "mors ønske".

Økningen av keisersnitt

Det er store variasjoner i økningen av keisersnitt både i Norge og mellom ulike land. Keisersnittfrekvensen påvirkes av en rekke medisinske, obstetriske, psykologiske, sosiodemografiske, helsepolitiske og økonomiske forhold som kan forandres over tid^{5, 7, 9, 38, 51-53}. Den totale keisersnittfrekvensen i USA var i tidsperioden 2002-2008 på 30,5 %⁵⁴ og har økt til 32,8 % i 2010³⁶. I Vest-Europa har Italia høyest frekvens, 38 % (2008) og Nederland lavest, 15 % (2007)⁵⁵. I Norge viser tall fra Medisinsk fødselsregister at forekomsten av keisersnitt var forholdsvis konstant på 2 % frem til begynnelsen av 1970-tallet, for så å øke gradvis til 12-13 % på 1990-tallet³⁴. Fra 2001 kom det en markant økning til 15 %. I 2010 var keisersnittraten 17 %, hvorav 38 % var planlagte keisersnitt, 56 % akutte keisersnitt og 6 % var uspesifisert³⁴. Det er geografiske variasjoner i landet og variasjoner mellom helseforetakene. Helse Vest har en lavere frekvens av keisersnitt sammenlignet med den nasjonale frekvensen. Hordaland fylke ligger lavest i landet med 12 % keisersnitt. Helse Sør-Øst har den høyeste keisersnittfrekvensen. Telemark fylke ligger høyest med 20 %. En lignende økning har foregått i våre naboland, Sverige 17 % (2009), Finland 16.3 % (2007) med lignende regionale forskjeller som i Norge⁵⁶⁻⁵⁹. I Danmark har frekvensen vært noe

høyere, og var 21 % i 2010⁶⁰. En studie fra 2003 viste at 7-22 % av keisersnittene i Finland, Sverige og Storbritannia utføres grunnet fødselsangst⁶¹.

Figur 1. Keisersnitt i Norge 1967-2010



Basert på opplysninger fra Medisinsk fødselsregister i Norge (MFR)³⁴.

Årsaker til økningen av keisersnitt

Den økende keisersnittfrekvensen kan relateres til teknologisk utvikling, økonomi, sosiale forhold og kultur (herunder omgåelse av smertefulle livserfaringer og ytre vellykkethetskrav i de vestlige land med korresponderende medikaliseringstendenser). Det er vanlig å foreta et skille mellom "medisinske" og "ikke medisinske" grunner for økningen av keisersnitt. Blant medisinske grunner regnes endringer som høyere gjennomsnittsalder hos førstegangsfødende, økende kroppsmasseindeks (KMI) hos gravide, økt sykkelighet hos gravide der kvinner med alvorlige medisinske lidelser i større grad tillates å bli gravide, økt bruk av assistert befruktning (in vitro fertilisering) samt en større andel flerlingsvangerskap^{46, 47, 52, 62-64}. Også endringer i obstetrisk teknologi og praksis, som for eksempel elektronisk fosterovervåking og blodprøvetaking av fosteret under fødselen har betydning. En høyere andel foster i seteleie blir forløst med keisersnitt^{6, 47, 65}.

Det er færre kvinner som føder vaginalt etter tidligere keisersnitt^{6,66}. Blant "ikke medisinske" grunner for keisersnitt er det "mors ønske" og en mer liberal praksis som følge av obstetrikers frykt for erstatnings- eller rettsaker som blir angitt^{6, 52, 67}. I land hvor helsevesenet i stor grad er privatisert og hvor pasientforsikringer styrer behandlingsformene, er keisersnittfrekvensen høyere⁶⁸. Dette kan antyde at økonomi kan være en medvirkende årsak siden både akutte og planlagte keisersnitt er raskere å utføre enn å overvære en langvarig risikofødsel der kvinnen må overvåkes nøye. Flere studier konkluderer med at keisersnitt medfører høyere kostnader i form av ressursbruk^{69, 70}, mens andre studier konkluderer med at keisersnitt har en begrenset innvirking på de totale kostnadene i fødselsomsorgen^{24, 71}. Samtidig med en økende bruk av keisersnitt har også operative vaginale fødsler steget i Norge fra 7,7 % til 9 %³⁴.

Keisersnitt på mors ønske

Keisersnitt på indikasjon mors ønske er et obstetrisk begrep som er tatt i bruk i de senere år. Mors ønske brukes i situasjoner hvor den gravide ønsker keisersnitt, men hvor legen på bakgrunn av en samlet risikovurdering ikke finner noen grunn for å fraråde vaginal fødsel. Benevnelsen keisersnitt på mors ønske oppsto første gang i Italia og i de store byene i Latin Amerika før det spredte seg til resten av den industrialiserte verden⁷². Fra 1997 er fenomenet beskrevet i den medisinske litteraturen⁷³. I USA defineres keisersnitt på mors ønske som en planlagt forløsning med keisersnitt av ett barn til termin uten medisinsk eller obstetrisk indikasjon²¹. I store deler av verden er fortsatt keisersnitt på mors ønske noe som verken fødekvinne eller hjelpere forholder seg til eller har i sin bevissthet, ofte grunnet i manglende ressurser og hjelpemidler. I mange deler av verden er det ikke mulig å utføre keisersnitt eller andre former for inngrep under kompliserte fødsler, som medfører en høy dødelighet både for mor og barn. I andre deler av verden er keisersnitt så utbredt at det blir regnet som en normal måte å få barn på. Over en tredjedel av alle fødslene i Brasil foregår ved private sykehus hvor keisersnittfrekvensen er over 75 % og keisersnitt anses som normal praksis dersom ikke kvinnen eksplisitt ber om å få føde vaginalt⁷².

I den internasjonale litteraturen og forskningen omtales keisersnitt på mors ønske som "Maternal request" (MR) eller "Cesarean Delivery on Maternal Request" (CDMR). I Sverige omtales det som keisersnitt "uten medisinsk grunn", "etter eget ønske",

”humanitær” eller ”psykososial indikasjon”^{25, 52, 74}. I Norge og Danmark omtales det som keisersnitt ”etter eget ønske”, ”selvbestemt” eller på ”mors ønske”^{24, 47, 75}.

Beslutningsprosessen som leder frem til keisersnitt på mors ønske varierer i ulike land. I Storbritannia forekommer uttrykket ”informed choice” som i den medisinske litteraturen også omfatter keisersnitt på mors ønske⁷⁶. Dette innebærer at kvinnen tar beslutningen om keisersnitt etter å ha fått all tilgjengelig informasjon. I Italia har kvinner en lovfestet rett til å velge forløsningsmetode⁷⁶. I Sverige brukes begrepet ”informerat samtykke”, og med dette menes en prosess der pasienten får informasjon. Med støtte av denne informasjonen beslutter pasienten å samtykke eller ikke. Dette kan gjelde ulike former for behandlinger eller inngrep relatert til en sykdom eller en tilstand der ulike alternativ presenteres av legen. En pasient har alltid rett til å nekte den foreslåtte behandlingsformen⁷⁷. Pasienten har derimot ikke krav på å få en behandling som legen anser som u hensiktsmessig ut fra et medisinsk ståsted. Muligheten for å få utført et keisersnitt uten medisinsk indikasjon er dermed avhengig av legens aksept. I Stortingsmelding nr 12, beskrives kvinners adgang til å be om keisersnitt slik⁴¹:

”Kvinnen skal ha anledning til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder, jf. Pasientrettighetsloven §3-1. I tilfeller hvor spørsmålet om keisersnitt aktualiseres skal derfor helsepersonellet gi informasjon om hva keisersnitt innebærer, risiko og andre forhold som kan ha betydning for den faglige forsvarlighetsvurderingen. Pasientens ønsker skal derfor tillegges vekt ved helsepersonellens vurdering, men likevel slik at hensynet til faglig forsvarlighet er avgjørende. Helsepersonellet er ansvarlig for at helsehjelpen er forsvarlig og skal derfor ta den endelige beslutningen om å utføre keisersnitt eller ikke. Normal fødsel benyttes som første valg ved ukompliserte svangerskap, og det skal gode faglige grunner til for å velge keisersnitt. Kvinnen kan derfor som utgangspunkt ikke kreve keisersnitt som forløsningsmetode”(s.19).

I Norge er det derfor ikke noe som heter selvbestemt keisersnitt. Mors ønske som indikasjon for å gjøre keisersnitt er omdiskutert i de medisinske fagmiljøene, og det foreligger ingen entydig definisjon på hva som egentlig hører inn under begrepet ”keisersnitt på mors ønske”. I det medisinske klassifiseringssystemet ICD-10 finnes ikke en diagnosekode for selvbestemt keisersnitt⁷⁸. Det blir ofte løst gjennom begrunnelser som tar utgangspunkt i ulike medisinske, juridiske og sosialpsykologiske forståelser. Den medisinske forståelsen begrunnes ut fra en relativ risiko og en avveining mellom fordeler og ulemper⁷⁹. Det blir opp til den enkelte obstetriker å vurdere og tar beslutningen på bakgrunn av egne erfaringer og holdninger til keisersnitt på mors ønske^{74, 80, 81}. Et eksempel kan være at kvinnen tidligere har født et dødfødt eller funksjonshemmet barn eller har hatt en komplisert ruptur ved en

tidligere fødsel, og at keisersnitt og vaginal fødsel vurderes likt ut fra et risikoperspektiv. Den juridiske forståelsen tar utgangspunkt i lovene som regulerer pasientrettigheter og helsepersonellens plikter, som for eksempel retten til informert valg og samtykke til behandling, og plikten til å gi evidensbasert informasjon som grunnlag for å kunne foreta valg⁷⁹. Loven er imidlertid klar på at pasienten ikke kan kreve en spesiell form for behandling som ikke er medisinsk indisert, og legen har heller ikke plikt til å utføre medisinsk unødvendige inngrep^{24, 82}. Den sosialpsykologiske forståelsen preges av den generelle samfunnsdebatten, både innenfor fagfeltet og blant blivende foreldre. Det normale fremstår som risikofylt, mens teknologiassisterte ekspertløsninger fremstår som sikrere. Dette gjelder alle former for medisinske og kirurgiske løsninger i ulike helserelaterte utfordringer, ikke bare når det gjelder fødsler^{53, 81, 83-85}.

Fødselshjelperens holdninger til keisersnitt på mors ønske

Fødselshjelperens holdninger til å utføre keisersnitt uten medisinsk indikasjon har endret seg, og må sees i sammenheng med den totale økningen i antall keisersnitt. En europeisk studie viste at det var store forskjeller i obstetrikernes innstilling til å utføre keisersnitt på kvinnens ønske⁸⁶. Mest positive var obstetrikere i Storbritannia og Tyskland der 79 versus 75 % var villige til å gjøre keisersnitt på mors ønske. De som var minst villige var obstetrikere i Spania (15 %) og Frankrike (19 %). Kulturelle faktorer, erstatningsansvar og variabler knyttet til praksis og organisering av fødselshjelpen i de ulike landene var faktorer som spilte inn. En studie fra England viste at 17 % av obstetrikere ville valgt keisersnitt for seg selv eller sin partner ved et ukomplisert svangerskap, og at dette økte til 39 % hvis beregnet fødselsvekt var 4-4,5 kg⁸⁷. Blant amerikanske fødselsleger var tallene henholdsvis 46 % og 70 %⁸⁸. Blant danske fødselsleger var det 1 % som ønsket keisersnitt ved en ellers ukomplisert graviditet der barnet var beregnet til 3 kg, og 23 % dersom barnet var 4,5 kg⁸⁹. I en kanadisk studie anså 79 % av obstetrikere at kvinner har rett til å kreve keisersnitt uten medisinsk indikasjon, mens jordmødrene hadde motsatt oppfatning⁹⁰. I en norsk studie ble fødselslegers holdninger til ønske om keisersnitt, når det foreligger relative eller ingen medisinske indikasjoner, undersøkt ved bruk av spørreskjema og kasuistikker. Basert på kasuistikkene viste studien at andelen leger som samtykket til ønsket om keisersnitt varierte fra 8 % til 60 % og at det var stor spredning innen den enkelte kasuistikk⁶⁷. En faktor som var assosiert med beslutningen om keisersnitt var legens frykt for klager og søksmål. En svensk studie som

beskriver legers og jordmødres holdninger til keisersnitt på mors ønske, viste at de anså at håndteringen av keisersnitt uten medisinsk indikasjon som vanskelig. Krav om keisersnitt opplevdes noen gang som provoserende, og var forbundet med en balansegang mellom respekt for kvinners erfaringer og en motstand mot å medvirke til at keisersnitt utføres uten medisinsk indikasjon⁹¹.

Kvinnens holdninger til ønske om keisersnitt

I en studie der 17 studier ble gjennomgått, varierte andelen kvinner som ønsket keisersnitt mellom 0,3 % og 14 %⁵³. De vanligste grunnene til at de ønsket keisersnitt var at de anså det tryggere, bekymring for at fødselshjelpen ikke var god nok og fødselsangst. En kvalitativ studie ved et offentlig sykehus i Brasil som undersøkte kvinners ønskede fødemåte viste at de fleste foretrakk vaginal fødsel fremfor keisersnitt⁹². En chilensk studie viste at 78 % av kvinnene foretrakk vaginal fødsel, uavhengig av om de fødte på offentlig sykehus med keisersnittfrekvens på 22 % eller på privat sykehus med keisersnittfrekvens på 60 %⁹³. To svenske studier viser at mellom 7 % og 8,6 % ønsket keisersnitt når de ble spurt om foretrukket fødemåte på ulike tidspunkt i graviditeten^{18, 94}. Ønske om keisersnitt var forbundet med å være enslig, røyke, depressive symptomer og bekymringer¹⁸. Andre faktorer som var assosiert med ønske om keisersnitt var sikkerhetsaspekter, at mor var født i et annet land enn Sverige og tidligere negative fødselsopplevelser⁹⁴. I begge studiene var ønske om keisersnitt forbundet med fødselsangst og tidligere keisersnitt. I en studie med data fra den norske Mor og barnundersøkelsen (MoBa) der gravide ble spurt i svangerskapsuke 30, var det 6 % som hadde ønske om keisersnitt. Blant førstegangsfødende hadde 2,4 % et sterkt ønske om keisersnitt, 5,1 % blant flergangsfødende⁹⁵. Hvis faktorer som tidligere gjennomgått keisersnitt, tidligere negative fødselserfaringer eller fødselsangst var til stede, økte andelen som ønsket keisersnitt fra 4 % til 14 %⁹⁵. Fødselsangst er en av de vanligste grunnene til at gravide kvinner ønsker og blir forløst med planlagt keisersnitt^{8, 14, 17, 20, 96-102}. Noen studier indikerer at utilfredsstillende omsorg under en tidligere fødsel er en medvirkende faktor til ønske om keisersnitt¹⁰³⁻¹⁰⁵.

Fødselsangst

Å være gravid vil alltid innebære en viss grad av usikkerhet og uforutsigbarhet. Man kan anta at kvinner til alle tider har følt en viss uro eller redsel for det å føde. Årsakene til uro og

engstelse varierer og har med stor sannsynlighet endret seg opp gjennom tidene. Angst for å føde ble i 1858 beskrevet av den franske legen Marce som følgende:

”hvis de er førstegangsfødende, opptar forventningen om den ukjente smerten dem hinsides alt, og de kastes inn i en tilstand av usigelig angst. Hvis de allerede er mødre, er de livredde for minnet om det som skjedde sist og frykter for sine fremtidsutsikter”¹⁰⁶

Begrepet fødselsangst er ikke entydig formulert, og ethvert forsøk på en enkel definisjon er vanskelig siden det er avhengig av både det teoretiske ståstedet og de avgrensinger som forskerne gjør. En annen benevnelse som brukes er tokofobi, som allerede i 1928 ble beskrevet i en tysk lærebok i psykiatri^{106, 107}. I de første studiene ble begrepet fødselsangst introdusert og definert som en distinkt følelse av angst for fødselen hos en gravid kvinne¹⁰⁸. I senere studier er det beskrevet som en negativ kognitiv vurdering av den forestående fødselen¹⁰⁹ eller som veldig negative følelser for fødselen⁹⁹. Redsel for fødsel er en vanlig følelse og inneholder alt fra en ubetydelig redsel til en ekstrem fobisk angst¹¹⁰. En fobisk angst innebærer et sterkt og tvingende ønske om å unngå den situasjonen som man frykter¹⁰⁷. Fødselsangst kan være primær, som vil si fra ungdomsårene med aktiv unngåelse av å bli gravid, eller sekundær, som vil si at den oppstår for eksempel etter en traumatisk fødsel, eller som symptom på en prenatal depresjon^{106, 107}. Det har vært reist tvil om fødselsangst er en egen type angst eller om den kan knyttes til en veldefinert angstlidelse¹¹¹. Det kan virke mindre stigmatiserende å bruke begrepet fødselsangst fremfor de psykiatriske diagnosene angst, depresjon og fobi, som krever en annen behandling⁵⁹. Fødselsangst diskuteres av gravide i ulike fora på internett, begrepet blir omtalt i massemedia og brukes ukritisk av journalister, noe som gjør at alminnelig uro og redsel for å være gravid, føde og å bli forelder blir sidestilt med en alvorlig angst.

I de nordiske landene er det rapportert forekomst av fødselsangst på 20 %, hvorav 5-10 % alvorlig^{10, 103, 109, 110, 112-114}. I Australia er det rapportert at 26 % av gravide er svært engstelige for å føde mens en studie fra Sveits har rapportert en forekomst på 5,3 %^{11, 15}. En studie som sammenlignet fødselsangst hos svenske og danske førstegangsfødende viste en forekomst på mellom 7.4 % til 10 %¹¹³. Forskjellene kan bero på at det ikke er noen enhetlig definisjon av begrepet^{61, 115}, de ulike målemetodene som benyttes¹⁶, kulturelle ulikheter, eller at svangerskaps- og fødselsomsorgen er ulikt organisert^{13, 15}. Fødselsangst forekommer også hos menn, 13 % av menn i en svensk studie beskriver en intensiv redsel for den forestående fødselen¹⁰³.

Det er utviklet ulike instrumenter for å måle og gradere fødselsangst der hensikten er å identifisere kvinnene for å tilby behandling. Fear of vaginal Delivery Questionnaire (FDQ) måler redsel for vaginal fødsel og består av ti fødselsrelaterte spørsmål^{108, 116}. Et instrument som er validert og ofte benyttet er Wijma Expectancy/ Experience Delivery Questionnaire (W-DEQ A og W-DEQ B), som gjennom 33 elementer måler angst i forhold til tanker og følelser som kvinnen har i for- og etterkant av fødselen¹¹⁷. Videre finnes Delivery Fear Scale (DFS) som er en skala som måler angsten under selve fødselen¹¹⁸. En annen måte er å benytte visuelle analoge skalaer (VAS skala) der kvinnen vurderer sin redsel for fødselen på en skala fra 0 til 10⁹⁸. Et annet instrument er Fear of Birth Scale (FOBS) der fødselsangsten blir målt gjennom å benytte VAS skala for å besvare spørsmålet "hvordan føler du det akkurat nå om den forestående fødselen"¹⁶. To svar gis der ytterpunktene er a) ro og redd/bekymret og b) ingen angst og sterk angst.

Studier som har undersøkt sosiodemografiske og personkarakteristika hos kvinner med fødselsangst har vist en sammenheng med lav selvrapportert helse, en høyere andel sykmeldte^{99, 114, 119} dårligere sosialt nettverk^{114, 116}, røyking^{19, 114}, lav selvtillit, føle seg utsatt, neurotisk personlighet^{103, 116, 120}, arbeidsledighet^{19, 114, 121} og utilfredsstillende relasjon til partneren¹¹⁶. Det er også vist sammenheng med uro, depresjon, generell angst, fobier^{109, 110, 122, 123} og det å ha vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep^{106, 111, 112, 124, 125}. Flere studier beskriver fødselsangsten som en redsel knyttet til smerte, barnets liv og helse, for selv å dø eller bli skadet under fødselen, tap av kontroll, ikke få delta i viktige beslutninger, bli forlatt, ikke få nødvendig hjelp, ikke være fysisk eller psykisk i stand til å føde^{11, 61, 120, 123, 126-129}. Angsten kan gi seg utslag i daglig stress og søvnvansker^{121, 130}. Konsekvensen av fødselsangsten er at den forstyrrer familie- og arbeidsliv og kvinnens forberedelser til fødsel og barseltid og kan forsinke mor-barn-tilknytningen^{1, 106}. Det er påvist sammenhenger mellom fødselsangst og det å være førstegangsfødende¹⁰⁴, langtkommet graviditet, tidligere operative fødsler^{104, 131} eller opplevd traumatisk fødsel^{15, 16, 19, 96-98, 103, 104, 121, 127, 128, 131-134}. En studie som har undersøkt hvordan jordmødre opplever å arbeide med kvinner med fødselsangst beskriver at omsorgen til kvinnene under graviditeten, under fødsel og etter fødselen tar mye tid og er følelsemessig krevende¹³⁵. En studie viser at jordmødres kunnskap om fødselsangst må økes for å kunne forbedre omsorgen til disse kvinnene¹³⁶.

Intervensjoner ved fødselsangst og ønske om keisersnitt

Det finnes ingen faglig enighet om hvilken behandling av fødselsangst og/eller ønske om keisersnitt som er mest effektiv^{61, 126}. I Norge, Finland og Sverige er det opprettet ulike tilbud til kvinner med fødselsangst, med eller uten et ledsagende ønske om keisersnitt. Behandlingsmodeller som er utprøvd er ulike former for støttesamtaler fra jordmødre og/eller obstetrikere^{115, 137-139}, psykosomatisk støtte^{140, 141}, kognitiv terapi¹¹⁶, psykoterapeutisk gruppeterapi^{142, 143} og psykososial støtte¹⁴⁴. De fleste intervensjonene vektlegger at kvinnen skal få en positiv fødsels erfaring uavhengig av fødemåte, samtidig som man respekterer kvinnens endelige valg om forløsningsmetode etter informasjon om fordeler og ulemper ved keisersnitt^{81, 145, 146}. Studiene er vanskelig å sammenligne da de har ulike mål og inklusjonskriterier, noen inkluderer kvinner uten ønske om keisersnitt. I tillegg benyttes ulike metoder for å gradere fødselsangsten. Intervensjonsstudiene ved fødselsangst er oppsummert i tabell 1 a, og intervensjonsstudier ved fødselsangst og ønske om keisersnitt i tabell 1 b.

Tabell 1 a. Oversikt intervensjonsstudier ved fødselsangst

Studiepopulasjon	Metode	Hensikt	Resultater
Ryding (2003) ¹³⁷ 53 gravide med fødselsangst og 53 kontroller Sverige	Kasus-kontrollstudie Konsultasjon hos spesialtrente jordmødre for gruppen med fødselsangst Samtlige fylte ut W-DEQ og IES	Klinisk evaluering av fødsels erfaringen, posttraumatiske symptomer og tilfredshet med omsorgen	Kvinnene behandlet for fødselsangst rapporterte mer skremmende fødselsopplevelse, oftere symptom på posttraumatisk stress relatert til fødselen, enn kontrollgruppen. Intervensjonsgruppen uttrykte stor tilfredshet med tilbudet
Ryding (2004) ¹⁴⁷ 162 svensktalende kvinner forløst med akutt keisersnitt Sverige	RCT intervensjonsstudie Intervensjon i gruppe eller kontroll. Spørreskjema 2 og 6 måneder etter fødsel	Teste effekten av en gruppeintervensjonsmodell for kvinner forløst med akutt keisersnitt	Ingen forskjell mellom gruppene i grad av fødselsangst, posttraumatisk stresssymptomer eller depresjon etter fødselen. Gruppeintervensjonen ble høyt verdsatt
Saisto (2006) ¹⁴² 187 førstegangsfødende med alvorlig fødselsangst Finland	Intervensjonsstudie	Sammenligne eksperimentell og konvensjonell behandling av fødselsangst	Eksperimentgruppen: 70 % vaginal fødsel og 30 % keisersnitt. Konvensjonell gruppen: 51 % vaginal fødsel og 48 % keisersnitt. Eksperimentgruppen anså å dele sine følelser var til størst hjelp for angst
Helk (2008) ¹⁴⁴ 80 norsktalende gravide med fødselsangst Norge	Retrospektiv studie Spørreskjema basert på mål for Gaia virksomheten	Evaluere tilbudet om intervensjon utført av jordmødrene i Gaia-gruppen	Høy tilfredshet med tilbudet. Det var 30 % keisersnitt, 12.5 % operative vaginale forløsninger og 57.5 % vaginale uten operativ intervensjon
Sydsjö (2011) ¹⁴⁸ 353 med alvorlig fødselsangst og 579 uten fødselsangst Sverige	Retrospektiv kasus-kontrollstudie Data fra helsekort og fødejournaler	Sammenligne fødselsutfall hos gravide som fikk en intervensjon, med kontroller	I intervensjonsgruppen ble 42 % forløst med keisersnitt versus 15 % blant kontrollene
Salmela-Aro (2012) ¹⁴⁹ 355 P0 med alvorlig fødselsangst, 131 til intervensjon og 224 kontroller Finland	RCT intervensjonsstudie. Intervensjon: psykoedukasjon Kontroller: konsultasjoner og noen i spesialisert fødselsforberedelses gruppe	Fødselsforberedelse med hensikt å fremme positivt foreldreskap hos kvinner med fødselsangst	Intervensjonen økte mødrenes forberedthet til fødselen som predikerte økt tilfredshet med morsrollen

Studiene viser at ulike intervensjoner blir vurdert å være betydningsfullt for kvinner med fødselsangst.

Tabell 1 b. Oversikt intervensjonsstudier ved fødselsangst og ønske om keisersnitt

Studiepopulasjon	Metode	Hensikt	Resultater
Sjögren (1997) ¹²⁸ 100 med alvorlig fødselsangst hvorav 68 ønsket keisersnitt og 100 kontroller Sverige	Matchet kasus-kontrollstudie	Evaluering av behandlingsmodell basert på individualisert psykosomatisk og obstetrisk støtte	Etter intervensjonen var det 38 (56 %) kvinner som aksepterte å føde vaginalt. 43 ble forløst med KS, 30 på psykososial indikasjon og 13 av obstetriske eller andre grunner. De 57 som fødte vaginalt hadde kortere fødselsforløp. Utfallet var ellers lik kontrollgruppen
Sjögren (1998) ¹⁴⁰ 72 gravide med alvorlig fødselsangst og 72 matchede kontroller Sverige	Retrospektiv matchet kohortstudie Spørreskjembasert	Beskrivelse og effekt av intervensjonen etter å ha mottatt en individualisert psykologisk/obstetrisk støtte	Fødselserfaringen var lik kontrollene, for noen mer positiv. De som ønsket keisersnitt og fødte vaginalt var like fornøyde som de som ikke hadde ønsket keisersnitt og skilte seg ellers ikke fra kontrollgruppen
Saisto (2001) ¹¹⁶ 176 lav risikogravide med fødselsangst, hvorav 117 ønsket keisersnitt Finland	RCT intervensjonsstudie	Sammenligning av intensiv og konvensjonell terapi for alvorlig fødselsangst	Etter intervensjon endret 62 % i begge grupper sitt ønske om keisersnitt. I gruppen som fikk intensiv terapi ble 36 % forløst med keisersnitt på psykososial indikasjon versus 41 % i konvensjonell terapigruppen. Kortere fødselsvarighet i intensiv gruppen

To av studiene i tabell 1 b beskriver effekten av intervensjonen målt i en endring i ønske om keisersnitt. De viser at 56 % og 62 % endret sitt ønske etter intervensjonen.

Belastende livshendelser

Den betydning belastende livshendelser kan ha for utvikling av sykdom og helse blir i dag vektlagt i større grad enn tidligere. En rekke studier viser sammenheng mellom traumer i barndommen og sykdom i voksen alder som hjertesykdommer, inflammatoriske og autoimmune sykdommer, diabetes, fedme, artritt, kreft, depresjon og rusmiddelmisbruk¹⁵⁰⁻¹⁵⁵. Det er vist at stress har en negativ innflytelse på reproduksjon, særlig under graviditet, og det er vist sammenheng mellom stress og spontan abort, lav fødselsvekt og for tidlig fødsel^{156, 157}. De ulike belastningene og traumene kan ikke direkte kobles til bestemte sykdommer, men til komplekse mønstre av såkalt komorbiditet¹⁵¹. Kirkengen beskriver at mønstrene utviser skillet mellom psyke og soma og dermed grensen mellom psykiatriske og somatiske klassifikasjonssystemer. Hun hevder videre at når komplekse sykdomsmønstre fortolkes i et livserfarings (biografisk) perspektiv blir det mulig å forstå hvordan negative livserfaringer former den levde kroppen¹⁵⁸.

Menneskeorganismen inkorporerer livshistorisk informasjon som omfatter opplevde erfaringer og relasjoner. Senere års traumeforskning viser at vonde opplevelser i barndommen kan føre til toksisk stress som forstyrrer utviklingen av hjernestrukturer¹⁵⁹. Slike endringer er i nevreradiologiske studier blitt knyttet til blant annet erfaringer av verbal mishandling, fysisk avstraffelse og seksuelt misbruk¹⁶⁰. Det er ikke uvanlig at minner og ubearbeidede traumer som overgrep først blir tilgjengelige i svangerskapet, under fødselen eller i barseltiden. I svangerskapet kan psykososialt stress via blant annet morens hypothalamus-hypofyse-adrenerge akse (HPA-akse) og epigenetiske effekter, prege det kommende barnets biologiske konstitusjon. En gravid kvinnes traumatiske erfaringer i egen barndom kan avspeiles både i hennes liv som voksen og i det kommende barnets HPA-regulering¹⁶¹. Hulter forklarer hvordan HPA systemet aktiveres av tap av kontroll og leder til en passiv atferd der individet begrenser bevegelsene til et minimum og markerer med en kroppsholdning som tydelig viser oppgitthet¹⁶². Når HPA systemet blir aktivert skjer en total underkastelsesreaksjon der personen legger seg ned og blir helt stille. En slik reaksjon er vanlig ved seksuelle overgrep. En måte å flykte fra uutholdelige hendelser er å konsentrere sin tankevirksomhet om noe som ikke har med selve hendelsen å gjøre. Dissosiasjon, som er det motsatte av assosiasjon, beskytter mot erfaringer som ikke kan integreres med tidligere erfaringer. En slik reaksjon hjelper den utsatte å glemme eller holde det smertefulle unna. I ekstreme tilfeller kan kroppen ses på utenfra, som om det var en annen som ble utsatt for overgrepet, mens personen selv står ved siden av og ser på.

Psykkiske helseproblemer er i dag blant våre største folkehelseproblemer. Forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen i ulike vestlige land ser ut til å være relativ lik. Omtrent halvparten av befolkningen vil rammes av minst én psykisk lidelse i løpet av livet. De fleste lidelsene debutterer i ung alder, og det er vanlig å rammes av flere i løpet av livet¹⁶³⁻¹⁶⁹. I dag etterspør helsevesenet i større grad enn tidligere pasientens livserfaringer og betydningen det kan ha for fremming av helse eller utvikling av sykdom. Sykdommer som kan settes i sammenheng med livsstil og levemåte krever en mer helhetlig tilnærming for at behandlingen skal kunne bidra til bedre helse^{154, 158}.

Psykisk sykdom under svangerskap og barseltiden representerer lidelser av varierende alvorlighetsgrad og betyr mye for utviklingen av familiens helse. Norske helseundersøkelser viser at 10-15 % av kvinner i fertil alder har symptomer på angst og

depresjon^{170, 171}. Psykiske lidelser forekommer minst like hyppig blant barselkvinner som i befolkningen generelt¹⁷²⁻¹⁷⁴. Forekomsten av depresjon i barselperioden varierer mellom 5-20 % i ulike studier¹⁷⁵. Variasjonene kan forklares med at det brukes ulike definisjoner, ulike måleinstrumenter og målingene har vært foretatt ved ulike tidspunkt i forhold til fødselen. Rundt en tredel av alle depresjoner i barseltiden starter allerede under graviditeten^{176, 177} og depresjonssymptomer er like vanlige i slutten av svangerskapet som etter fødselen¹⁷⁸. Det er påvist en sterk samvariasjon mellom depresjon og angst og omtrent halvparten av kvinnene som hadde en klinisk depresjon under svangerskapet og i barselperioden hadde også en betydelig grad av angst¹⁷⁹.

Psykiske plager og ressurser forårsakes av en rekke samvirkende biologiske, sosiale, kulturelle og samfunnsstrukturelle risiko- og beskyttelsesfaktorer. Risikofaktorenes betydning kan forsterkes dersom de opptrer i fravær av beskyttende faktorer, i samspill med andre risikofaktorer eller om det er kroniske belastninger. Genetisk sårbarhet, belastende oppvekstvilkår og livshendelser, sosiale og økonomiske forhold, somatisk sykdom og kroniske smerter blir sett på som viktige risikofaktorer. Sentrale beskyttelsesfaktorer omfatter betingelser som styrker individets motstandsdyktighet og som dermed medvirker til å modifisere, forbedre og forandre individets respons på belastende livshendelser eller vanskelige livsbetingelser. Slike beskyttelsesfaktorer er ofte identiske med aspekter ved positiv psykisk helse som selvfølelse, følelsemessig motstandsdyktighet, sosiale ferdigheter og mestring¹⁶³. De konsekvenser som psykiske lidelser har for det enkelte mennesket og for familien har lenge blitt undervurdert. Dette kan kanskje forklare underbehandlingen av psykiske lidelser^{171, 180}.

Seksuell helse

Seksualiteten hører til den intime og private sfæren og er en kjernedimensjon av det å være et menneske. Den inkluderer seksuelle handlinger, kjønnsroller, kjønnsidentitet, seksuell orientering, erotikk, intimitet, nærhet, bekreftelse, kjærlighet og reproduksjon¹⁸¹. Verdens helseorganisasjon definerer seksuell helse slik¹⁸²:

”Seksuell helse er en tilstand av fysisk, følelsemessig, psykiske og sosialt velbefinnende i forhold til seksualitet, ikke kun som fravær av sykdom, funksjonssvikt eller manglende helse. Seksuell helse forutsetter en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner, så vel som muligheten til å ha nytelsesfulle og trygge seksuelle erfaringer, fri fra tvang, diskriminering eller vold. For å oppnå og opprettholde seksuell helse må alle menneskers seksuelle rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles”¹⁸² (Oversettelse ved Dagfinn Sørensen¹⁸¹).

Innenfor fødselsomsorgen har det tidligere ikke vært vanlig å se på en fødsel som en del av seksualiteten. Imidlertid har man de senere år i større grad ansett fødselen som et privat anliggende for det fødende paret, noe som har ført til at jordmødre har begynt å artikulere et syn på fødselen som en seksuell prosess³². Å se på fødselen som en seksuell prosess gjør at tidligere seksuelle erfaringer mer selvfølgelig kommer inn som livsopplevelser som kan påvirke fødselsprosessen.

Seksuelle overgrep

Seksuelle overgrep og vold er et globalt problem som berører mange mennesker og som fører til omfattende helseskader, reduksjon i livskvalitet og muligheter videre i livet^{152, 155, 183-187}. Definisjoner av seksuelle overgrep er ulik blant ulike lands myndigheter og mellom forskere, men det er konsensus om at det er et betydelig sosialt problem som angår mennesker av begge kjønn^{152, 188}. Vi har valgt å utdype begrepene da vi foretar noen avgrensninger i forhold til hvem vi har inkludert i våre studier.

Definisjoner

Seksualiteten kan være svært destruktiv og kan anvendes som et våpen mot et annet menneske og seg selv¹⁶². Når noen utsettes for eller trekkes inn i seksuelle handlinger mot sin vilje, benevnes dette som seksuelle overgrep. Det innbefatter seksuell utnyttelse av barn, voldtekt og mishandling. Seksuelle overgrep brukes for å kontrollere og ydmyke den andre. Overgrepet kan skje fysisk, men seksuell krenkning kan skje også i andre former, som for eksempel blotting, kikking, verbal eller elektronisk trakassering eller som trusler om vold. Definisjonen påvirkes av de roller offer og overgriper har hatt til hverandre tidligere og som påvirker relasjonen og nærheten mellom offer og overgriper i overgrepssituasjonen, offerets alder og overgriperens kjønn. I den foreliggende litteraturen skilles det ofte mellom sosialpsykologiske og juridiske definisjoner.

Sosialpsykologiske definisjoner

Sosialpsykologiske definisjoner av seksuelle overgrep bygger på den utsattes opplevelse. De sier ikke noe konkret om hva de seksuelle handlingene består i. Fokus er rettet mot hvordan overgrepet psykisk og fysisk skader og undertrykker den utsatte. Det vektlegges ofte en maktubalanse mellom overgriper og utsatt. I det kliniske arbeidet betyr det, spesielt der overgrepet er utført mot barn, at behandlingen er rettet mot langt flere forhold enn den

faktiske handlingen barnet har vært utsatt for¹⁸⁹. Overfor barn har det vært lagt vekt på om det er en seksuell handling som barnet ikke kan forstå, ikke er modent for og ikke kan gi et informert samtykke til, om handlingen krenker barnets integritet, om den voksne personen utnytter barnets avhengighet eller egen maktposisjon, om det baserer seg på den voksnes behov og om aktiviteten bryter med sosiale tabuer innenfor familien eller den aktuelle kulturen eller er ulovlig. Det har også vært lagt vekt på om det i overgrepssituasjonen har vært brukt vold, tvang eller trusler, eller barnet er blitt lurt¹⁹⁰.

Juridiske definisjoner

De juridiske definisjonene tar utgangspunkt i lovene som omhandler seksuelle overgrep. Det skiller mellom de ulike handlingene som overgrepet består av, men sier ikke noe om opplevelsen eller konsekvensene av overgrepet. I straffeloven fra 1902 benyttes fire grunnbegreper for å skille mellom ulike alvorlighetsgrader av seksualforbrytelser: samleie, seksuell omgang, seksuell handling og seksuell adferd, i den forstand at de er seksuelt motivert¹⁹¹. Begrepene blir definert slik:

*”Med **samleie** menes vaginalt og analt samleie. Med samleie likestilles innføring av penis i munn og innføring av gjenstand i skjede eller endetarmsåpning (7.4.1.). Handlinger som likestilles med samleie er innføring av penis mellom de store og de små kjønnslepper (7.4.3.).*

***Seksuell omgang** betegnes som de mest intime handlingene. Som seksuell omgang regnes samleie, men også samleielignede forhold som for eksempel suging og slikking av kjønnsorganer, masturbasjon og innføring av fingre i skjede eller endetarmsåpning (7.4.1.).*

*Seksuell **omgang** avgrenses nedad mot seksuell **handling**. Beføling av bryster eller kjønnsorganer, innenfor eller utenpå klærne. Grensene mellom seksuell handling og seksuell omgang trekkes skjønnsmessig etter berøringens intensitet (7.4.1.).*

***Seksuell atferd** kjennetegnes ved at gjerningspersonen ikke er direkte i fysisk kontakt med fornærmede: Eksempler er blotting og slibligheter kommunisert gjennom SMS, internett eller i dialog (7.4.1.)”.*

Den juridiske definisjonen av seksuelle overgrep mot barn fremgår av straffelovens kapittel 19 om seksualforbrytelser. Det er en rekke egne bestemmelser for overgrep mot barn. Loven forbyr seksuelt krenkende eller annen uanstendig adferd, seksuell handling eller omgang med barn. Den seksuelle lavalder er 16 år. Det er straffeskjerpene dersom barnet er under 14 år og spesielt dersom barnet er under 10 år. Loven skiller også mellom overgrep begått av noen som er i slekt med barnet, om barnet er under overgriperens myndighetsområde, eller om overgriperen er en fremmed.

Det juridiske voldtektsbegrepet

Voldtekt er det mest alvorlige og voldelige av seksuelle overgrep. I straffeloven fra 1902, § 192, er gjerningsbeskrivelsen beskrevet som¹⁹¹

”..den som skaffer seg seksuelle omgang ved vold eller truende atferd, eller har seksuell omgang med noen som er bevisstløs eller av andre grunner ute av stand til å motsette seg handlingen, eller den som ved vold eller truende adferd får noen til å ha seksuell omgang med en annen, eller til å utføre tilsvarende handlinger med seg selv” (7.5.1).

Ved voldtekt er det vanlig å oppleve at liv, helse og personlig integritet er alvorlig truet¹⁸⁴. Sosiologisk og kriminologisk forskning inndeler voldtekt i tre hovedkategorier overfalls-, bekjentskaps- og parforholdsvoldtekt¹⁸⁹. Overfallsvoldtekt er der den utsatte ikke kjenner til overgriperen, og beskrives som et overfall av en fremmed. Den minste andelen av voldtektene foregår på den måten. I bekjentskapsvoldtekt har den utsatte og overgriper en overfladisk kjennskap til hverandre. I parforholdsvoldtekten har den utsatte og overgriperen et dypt følelsemessig forhold til hverandre. De aller fleste voldtektene faller inn under denne kategorien. Fra 2010 har det i Norge blitt identifisert fire typiske kontekster som er rammen for de voldtektene som anmeldes til politiet. Det har ført til en inndeling i festrelaterte voldtekter, relasjons-, sårbarhets- og overfallsvoldtekter. Men inndelingen sier ikke noe om graden av vold eller hvilke typer av vold som overgriperen anvender overfor den utsatte *før* eller *under* voldtekten¹⁹².

Fortsatt er kunnskapen om seksuelle overgrep liten og teamet er tabubelagt og myteomspunnet i vårt samfunn^{189, 193-198}. I den obstetriske litteraturen er det lite beskrevet, noe som har medvirket til mangelfull kompetanse om dette temaet^{112, 194}.

Forekomst av seksuelle overgrep og seksualisert vold

Seksuelt misbruk av barn og voksne er et alvorlig, globalt problem som sjelden blir tilstrekkelig belyst eller anerkjent i helsevesenet¹⁹⁷. Sammenligning av forekomst av vold og overgrep i ulike studier er vanskelig grunnet kulturelle forskjeller, kompleksiteten i overgrepene karakter og ulike definisjonene og instrumentene som benyttes¹⁹⁰. Det er vanskelig å tallfeste en sikker forekomst av seksuelle overgrep, både i Norge og i resten av verden.

Estimerte tall fra ulike deler av verden viser at 3-36 % av kvinner har vært utsatt for tvungen seksuell aktivitet eller seksuell vold^{183, 184, 186, 187, 197, 199-204}. I WHO-rapporten “Multi-country Study on Women’s Health and Domestic Violence against women” vises det til en

oversikt over studier fra 35 land der 10-33 % av kvinnene hadde vært utsatt for seksuell vold av menn i nær relasjon^{183, 185}. En meta-analyse av forekomsten av seksuelle overgrep mot barn som inkluderte 22 land viste at 20 % av kvinnene hadde vært utsatt for seksuelle overgrep før 18 års alder¹⁸⁷. Det er foretatt en helseundersøkelse i Norge (HUBRO) som inkluderer spørsmål om seksuelle overgrep/seksualisert vold. Undersøkelsen omfattet alle bosatt i Oslo i årene 2000-2001 og en del av utvalget fikk spørsmål om vold. Det var 5 % av kvinnene som oppga å ha blitt presset til seksuell omgang som barn, og 5,3 % som voksen hadde vært utsatt for voldtekt eller voldtektsforsøk²⁰⁵.

I studier av gravide er det rapportert at 7-11 % har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn eller voksen^{112, 206-211}. Studier fra USA viser til høyere forekomster (34-37 %)^{212, 213}. I MoBa undersøkelsen som omfattet 26 923 gravide, ble det stilt spørsmål om fysiske, psykiske og seksuelle overgrep (Norvold Abuse Questionnaire). Den viste at 6,9 % hadde vært utsatt for seksuelle overgrep²¹⁰. En dansk multisenter kohortstudie viste at av 2638 lavrisiko førstegangsfødende var det 35 % som hadde vært utsatt for fysisk og seksuell vold en eller flere ganger i livet, hvorav 9,9 % hadde vært utsatt for alvorlig fysisk vold og 9,2 % for seksuelle overgrep¹²⁵.

Forekomsttall fra USA viser at 13-18 % av kvinner i løpet av livet har vært utsatt for voldtekt²¹⁴. Estimerte tall viser at 8000-16000 personer (2008) utsettes for voldtekt eller voldtektsforsøk hvert år i Norge²¹⁵. I en rapport fra Nasjonalt kunnskapscenter oppga 16 % av kvinnene at de hadde vært utsatt for seksuell vold en eller annen gang etter fylte 16 år. Undersøkelsen besto av et tilfeldig utvalg av kvinner og menn i alderen 24-55 år fra Oslo²¹⁶. En populasjonsbasert studie viste en forekomst på 3 % av seksuell vold blant kvinner i alderen 18-40 år²⁰². Alle de nevnte studiene er basert på ulike populasjoner og ulike definisjoner av seksuelle overgrep, noe som gjør at forekomsten varierer. I tillegg viser studier at over en tredjedel av de som har vært utsatt for seksuelle overgrep ikke fortalte det til noen mens overgrepet/ene skjedde^{217, 218}. Undersøkelser rapporterer at gjennomsnittstiden før det rapporteres om seksuelle overgrep varierer mellom 3 og 18 år¹⁹⁰. Halvparten av de som har vært utsatt for overgrep hadde vært utsatt for mer enn en type overgrep i løpet av livet, ofte benevnt som polyviktisering^{219, 220}. To norske studier viser en sammenheng mellom seksuelle overgrep i barndommen og seksuell viktisering i voksen alder^{216, 221}. Hvor grensen for alder til de som inngår i studiene settes, har betydning for forekomstraten. Flere studier indikerer at risikoen for å bli utsatt for seksuelle overgrep er

høyest i de sene ungdomsårene^{195, 215, 216}. Det kan derfor være markante forskjeller mellom studier avhengig av om grensen for voksen alder er satt ved for eksempel 16 eller 18 år.

Fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser etter seksuelle overgrep

Seksuelle overgrep kan få alvorlige følger for helsen senere i livet, både fysisk, psykisk og sosialt^{183, 195, 199, 222-228}. Seksuelle overgrep er ikke en diagnose, men viser til en enkel eller en serie hendelser i et menneskes liv, og kan beskrives som komplekse traumer. Det kan være vanskelig å skille negative korttids- og langtidskonsekvenser av seksuelle overgrep fra konsekvenser av andre stressfylte og traumatiske hendelser som den enkelte kan ha vært utsatt for. Både den enkeltes mestringsressurser (resiliens), sosiale støtte og individuelle motstandsdyktighet har innvirkning på symptomer og utvikling av sykdom etter overgrep. De som har vært utsatt for flere typer overgrep rapporterer i større grad om dårligere helse enn de som bare har vært utsatt for en type, enten polyviktimiseringen har vært som barn, som voksen, eller begge deler²⁰⁵.

Barn er spesielt sårbare når de utsettes for seksuelle overgrep, fordi tidlige opplevelser danner grunnlag for hvordan barnet senere oppfatter seg selv, forholder seg til andre mennesker og forstår omverdenen. Barn viser ulik evne til å tåle motgang, og negative erfaringer fører ikke nødvendigvis til senere problemer¹⁹⁰. Forhold som påvirker følgene av seksuelle overgrep kan være slektsforhold, alder, alvorlighetsgrad, varighet av vold, grad av ydmykelse, omgivelsenes reaksjoner og ulike kulturelle forhold. I studier er det påvist at barn som utsettes for flere ulike overgrep, utvikler mer alvorlige posttraumatiske reaksjoner enn de som bare utsettes for en type²¹⁹. Selv om langtidskonsekvenser av seksuelle overgrep i barndommen oftest kartlegges på grunnlag av studier av voksne som har vært utsatt for overgrep som barn, er det svært sannsynlig at det er en årsakssammenheng med senere helseproblemer^{200, 229, 230}. Ulike helseplager som er beskrevet etter seksuelle overgrep er angst, depresjon, spiseforstyrrelser, posttraumatisk stressforstyrrelse, søvnforstyrrelser, utmattelsessyndrom og seksuelle dysfunksjoner i tillegg til kroniske smerter som hodepine, fibromyalgi, mage- og underlivssmerter^{183, 195, 197, 202, 227, 231-235}. Det er påvist sammenhenger mellom overgrep og astma, hjertekarsykdommer, høyt blodtrykk og diabetes^{151, 155}. Det er også påvist at risikoferd og selvdestruktiv adferd i form av rusmiddelmisbruk, røyking og selvmordsforsøk er sterkt knyttet til seksuelle overgrep som barn^{224, 225, 227, 236}. Kvinner med

en overgrepshistorie tar ofte kontakt med helsetjenesten for ulike somatiske symptomer uten at disse blir satt i sammenheng med overgrepet^{197, 200, 202, 204, 224}.

Seksuelle overgrep og svangerskapsrelatert helse

Flere av de helseplagene som er nevnt ovenfor er beskrevet hos gravide^{208, 210, 213, 237-239}.

Svangerskap og fødsel blir beskrevet som en sårbar periode, og spesielt for kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep tidligere i livet. Det skjer kroppslige forandringer, hun kan oppleve å bli mer avhengig av andre og blir påminnet om sin egen barndom. Gravide som har vært utsatt for seksuelle overgrep bruker i større grad helsetjenester, og det gjøres flere ultralydundersøkelser under svangerskapet sammenlignet med gravide uten overgrepserfaringer^{203, 236, 238}. En studie av Lukasse og medarbeidere viser at kvinner som har vært utsatt for fysiske, psykiske og/eller seksuelle overgrep i barndommen i høyere grad rapporterer vanlige plager i svangerskapet som halsbrann, kvalme/oppkast, leggekramper, tretthet, bekkenløsning, kynnere, ryggsmertor, frykt for fødselen, ødem, obstipasjon, urin inkontinens, urinveisinfeksjoner, hodepine, soppinfeksjon, svangerskapskløe sammenlignet med kvinner som ikke rapporterer overgrep²¹⁰.

Skader etter voldtekt

Skader og helseplager etter voldtekt er både akutte og kroniske og kan føre til store endringer i livskvalitet og muligheter senere i livet^{184, 195, 215, 240}. Skadeomfanget kan strekke seg fra ingen eller få fysiske skader til alvorlige skader og sykdommer som; hodeskader, analsfinkterruptur, kjønnsykdommer, infeksjoner, vaginalblødninger, nyre- og urinveisinfeksjoner, HIV-smitte og ufrivillig graviditet. De fleste fysiske skadene er små som blåmerker, bloduttredelser og sår, og krever ingen behandling^{184,240}. Genitoanale skader er skader som krever behandling. Dersom voldtekten også er kvinnens seksuelle debut, er skadene større^{189, 204, 231, 241}. Fravær av synlige skader betyr ikke at det har vært fravær av vold. Studier viser at omtrent halvparten av kvinnene ikke har synlige fysiske skader etter voldtekt^{204, 240}.

Det er de psykiske skadene etter voldtekt som dominerer, og fremfor alt en form for posttraumatisk stress som benevnes som "The Rape Trauma Syndrome"²⁴². En studie som omhandler kvinner som har vært utsatt for voldtekt som voksen, viste at de hadde signifikant flere symptomer på posttraumatisk stress, seksuelle forstyrrelser, alvorlig

depresjon og spiseforstyrrelser enn gruppen som hadde vært utsatt for andre livstruende hendelser²⁴³.

Det er vist at kvinner som har vært utsatt for voldtekt har en økt risiko for å gripe til en selvdestruktiv atferd i form av selvmordsforsøk eller misbruk av alkohol, narkotika og/eller medikamenter^{162,195}. Kvinners reaksjon etter voldtekt og hvor langvarige følgene blir, varierer og beror blant annet på graden av fysisk og psykisk vold, omgivelsens reaksjoner og kvinnenes livssituasjon når overgrepet foregikk. Det som skiller voldtektskrisen fra andre traumatiske kriser er at den treffer en kjerne i kvinnen som påvirker hennes grunnleggende verdi som kvinne, og som kan komme til å påvirke hennes forhold til andre mennesker i fremtiden²⁴⁰.

En voldtekt medfører en risiko for å utvikle så vel tidlige som sene seksuelle dysfunksjoner. Den tidlige dysfunksjonen kommer i dagene eller de første ukene etter voldtekten, og innebærer alt fra angst for berøring, flashbacks fra voldtekten, ubehag ved egen kropp og en endret respons på seksuelle stimuli. Sene dysfunksjoner kan forekomme opp til flere år etter en voldtekt og omfatter nedsatt seksuell lyst, angst for intimitet og manglende evne til seksuell opphisselse²³¹. Kvinner utsatt for voldtekt hadde nedsatt seksuell aktivitet eller var totalt avholdne. Karakteren av voldtekten og den utsattes relasjon til overgriperen beskrives som mulige prediktorer for utviklingen av sene dysfunksjoner²³¹.

Seksuelle overgrep og fødselsutfall

Studier som har undersøkt fødselsutfall hos kvinner utsatt for seksuelle overgrep presenteres i tabell 2.

Tabell 2. Studier over seksuelle overgrep og fødselsutfall

Studiepopulasjon	Metode	Hensikt	Resultater
Schroll (2011) ¹²⁵ 2638 førstgangsfødende Danmark	Multisenter kohortstudie Spørreskjema samt data fra fødselen	Forekomst av selvrapportert vold i et livsperspektiv. Fødselsangst før, under, etter fødsel etter fysisk eller seksuell vold	9.2 % rapporterte at de hadde vært utsatt for seksuell vold. Ingen signifikante forskjeller i fødselsutfall mellom gruppene.
Lukasse (2010) ¹²⁴ 26 547 førstgangsfødende Norge	Populasjonsbasert tverrsnittsstudie	Sammenheng mellom seksuelle overgrep som barn og keisersnitt	6.4 % hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. Seksuelle overgrep var ikke assosiert med økt risiko for keisersnitt før eller under fødselen
Tiwari (2008) ²⁰⁸ 3245 første og flergangsfødende Kina	Kartleggingsstudie	Innvirkningen av vold i nær relasjon, depresjon etter fødsel og helserelatert livskvalitet i en gravid populasjon	9.1 % hadde vært utsatt for vold det siste året. Like mange (65.6 %) fødte vaginalt i gruppene som hadde vs. ikke hadde vært utsatt for vold i nær relasjon
Möhler (2008) ²⁰⁹ Av 748 barselkvinner, hvorav 58 utsatt for overgrep og 60 kontroller Tyskland	Kasus-kontrollstudie Spørreskjemabasert	Pre-, peri- og postnatale komplikasjoner for mor og barn	9.6 % hadde vært utsatt for alvorlige eller seksuelle overgrep. Kvinnene med overgrep hadde ikke flere perinatale komplikasjoner enn kontrollene
Leeners (2006) ²⁴⁴ 3 studier som opplyser om fødselsutfallet Sveits	Systematisk oversiktsstudie	Påvirkning av overgrep som barn på fødsel	Ingen forskjell mellom kvinner med og uten overgrepserfaringer i forhold til å bli forløst med tang/vakuum eller keisersnitt
Heimstad (2006) ¹¹² 1452 første- og flergangsfødende Norge	Kohortstudie Spørreskjemabasert	Forekomsten av fødselsangst i et definert geografisk område, grad av fødselsangst og overgrep samt fødselsutfallet	9,9 % rapporterte fysiske og 8,2 % seksuelle overgrep som barn. Av de som rapporterte overgrep hadde 54 % ukomplisert vaginal fødsel versus 75 % av de uten overgrep
Van der Hulst (2006) ²¹¹ 625 første og flergangsfødende Nederland	Stratifisert randomisert Spørreskjemabasert	Langtidseffekter av seksuelle overgrep i barndommen samt påvirkning på fødselsforløpet	11.2 % hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. Ingen forskjeller i fødselsutfall mellom gruppene
Stenson (2003) ²⁰⁷ 1038 uselekterte gravide Sverige	Kohortstudie	Forekomsten av seksuelle overgrep i en gitt tidsperiode, alder ved overgrepet, hvem som var overgriper, samt fødselsutfallet	8.1 % rapporterte å ha vært tvunget til å delta i seksuell aktivitet mot sin vilje. Ingen forskjeller i fødselsutfall mellom gruppene
Benedict (1999) ²¹³ 357 førstgangsfødende USA	Kohortstudie Intervju eller spørreskjema	Sammenheng mellom seksuelle overgrep før 18 år og depressive symptomer i svangerskapet samt fødselsutfallet	37 % rapporterte en eller flere episoder av seksuelle overgrep før 18 år. Tidligere seksuelle overgrep var ikke assosiert med fødselsutfall
Tallman (1998) ²¹² 400 første og flergangsfødende USA	Retrospektiv studie. Rutinespørsmål i svangerskapet	Mulige sammenheng mellom overgrep som barn og fødselsutfallet	34 % utsatt for seksuelle overgrep som barn. Signifikant flere utsatt for overgrep overflyttet før og under fødselen og flere forløst med keisersnitt

Oppsummering av studiene i tabell 2

Studiene inkluderer ulike former for overgrep både som barn og voksen som gjør at resultatene ikke uten videre kan sammenlignes. De fleste av de refererte studiene viser at det å ha vært utsatt for vold og seksuelle overgrep i liten grad påvirker selve fødselsutfallet. To studier viser forskjell i fødselsutfall til kvinner utsatt for seksuelle overgrep som barn. En norsk studie viser signifikante forskjeller mellom kvinner med og uten en historie med overgrep i barndommen for variabelen "ukomplisert vaginal fødsel"¹¹². En amerikansk studie som omfattet kvinner som hadde planlagt å føde hjemme eller på en fødestue utenfor sykehus, viser at flere av som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som barn ble forløst med akutt keisersnitt¹³⁹. Det foreligger i tillegg en del anekdotisk litteratur og kvalitative studier som indikerer at det å ha vært utsatt for seksuelle overgrep kan innvirke på forløpet og utfallet av en fødsel^{2, 245-250}.

2. Formålet med avhandlingen

Grunnleggende forutsetninger og mål for forskningen

Bakgrunn for avhandlingen

Denne avhandlingen bygger på studien "Psyisk helse ved svangerskap og fødsel" som omfatter kvinner som har vært henvist til Fødepoliklinikken, Kvinneklinikken, UNN Tromsø. Avhandlingen består av seks delstudier som er utformet og nært knyttet opp til det kliniske feltet. I den kliniske praksisen ble det utviklet en kriseorientert intervensjon som ble tilbudt kvinner med fødselsangst og ønske om keisersnitt. Det ble også utviklet et redskap i form av et skåringsskjema bestående av fem kriterier for å gradere alvorlighetsgraden av angst for selve fødselen. Intervensjonens effekt på kvinnenes opprinnelige ønske om keisersnitt ble undersøkt i en klinisk praksis. Deretter ble to behandleres ulike holdningsmessige tilnærminger til intervensjonen formulert og testet empirisk.

For å styrke evidensen for effektiviteten av den nye kriseorienterte intervensjonen ved jordmor, ble det designet og påbegynt en randomisert kontrollert studie hvor "treatment as usual" var konvensjonell behandling hos lege ved fødepoliklinikken. RCT-studien ble avsluttet når halvparten av de planlagte antall deltaker var inkludert. Grunnen var at selv om deltakerne hadde samtykket til å delta på de oppgitte studiepremisser, så var det flere som etterlyste mer enn det konvensjonelle tilbudet de var randomisert til. For å få det andre tilbudet trakk de seg fra studien. Den nyutviklede intervensjonen hadde raskt blitt integrert som den "ønskede praksisen" både hos de som henviste, fødselshjelperne og hos de gravide. Vi kom i et etisk dilemma i forhold til inklusjonen til studien og i samråd med ledelsen på klinikken ble studien avsluttet.

Resultatene fra de første studiene viste at en uventet høy andel av kvinnene som var henvist til teamet grunnet fødselsangst, ønske om keisersnitt eller en traumatisk fødsels erfaring hadde vært utsatt for fysiske, psykiske eller seksuelle overgrep tidligere i livet. Dette er tema som tidligere er lite utforsket. Den høye forekomsten av overgrep førte til at vi ønsket å undersøke mulige sammenhenger mellom tidligere seksuelle overgrep og fødselsutfallet ved den første fødselen. Gjennom kvinnenes fødselsfortellinger og refleksjoner i ettertid oppsto spørsmålet om ulike typer seksuelle overgrep førte til ulike utfordringer i fødesituasjonen. Kvinnene beskrev hvordan de på ulikt vis hadde erfart sine fødsler som nye overgrep. Ved en gjennomgang av partogrammet ved den første fødselen

ble vi oppmerksom på noen fellestrekk hos kvinnene som hadde vært utsatt for voldtekt. I partogrammet fremsto et karakteristisk mønster der det etter en normal åpningsfase tilkom en svært forlenget utdrivningsfase etterfulgt av en rekke intervensjoner. Dette førte til at vi ønsket å undersøke fødselsforløpet og utfallet til de kvinnene som hadde vært utsatt for voldtekt. Resultatene fra studie IV viste at 80 % av kvinnene ble operativt forløst. For å forstå mer av hva som hadde ført til dette utfallet ønsket vi utforske hvordan en tidligere voldtekt kan innvirke på en kvinnes fødsel og hvordan hun erfarer fødselen (studie VI). Da resultatene fra de to studiene forelå, fikk vi spørsmål om dette skilte seg fra forløpet og utfallet til kvinner som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som barn. Det medførte at vi utformet studien som undersøker forløpet og utfall til begge overgrepsgruppene (studie V).

Avhandlingens sammendrag er skrevet på norsk. Årsaken er at vi ønsker at forskningen skal være tilgjengelig for fagmiljø på ulike nivå. De seks studiene i avhandlingen strekker seg over en lengre tidsperiode med en økende interesse i fagfeltet og der flere viktige publikasjoner som omhandler temaene er tilkommet etter oppstarten av våre studier. Vi har derfor inkludert noe av den nyere forskningen i innledningen.

I avhandlingen bruker vi fellesbetegnelsen "fødselshjelpere" i stedet for fødselslege, jordmor eller barnepleier.

Formålet med avhandlingen

Det overordnede målet med avhandlingen er å undersøke noen aspekter relatert til kvinner med fødselsangst og ønske om keisersnitt samt å undersøke forløpet og utfallet av den første fødselen til kvinner som har vært utsatt for ulike seksuelle overgrep. I tillegg er målet å utforske og belyse hvordan den første fødselen erfares av kvinner som tidligere har vært utsatt for voldtekt og deres råd til fødselshjelperne. Hensikten er at forskningen skal bidra med ny kunnskap og dermed skape en større forståelse for at tidligere belastende livserfaringer kan ha betydning for forløp og utfall av en fødsel.

Avhandlingen består av seks studier med følgende mål:

- Studie I** Å kartlegge om det er forskjeller i demografiske forhold, psykiske belastninger og fødselsutfall, hos kvinner med fødselsangst med og uten et uttrykt ønske om å bli forløst med keisersnitt.
- Studie II** Å beskrive en utviklet intervensjon gitt til kvinner med fødselsangst og ønske om keisersnitt, deres psykososiale problemer, endring i ønsket fødemåte samt fødselsutfallet, tilfredsheten med samtaletilbudet og ønsket fødemåte ved en senere fødsel.
- Studie III** Å beskrive to behandleres holdning i tilnærming til kvinner med fødselsangst som ønsker keisersnitt, "mestring" og "autonomi". Beskrive fødselsutfallet før og etter en holdningsendring fra autonomi til mestring.
- Studie IV** Å sammenligne forløp og utfall av den første fødselen til kvinner utsatt for voldtekt som voksen med kvinner uten overgrep.
- Studie V** Å sammenligne forløp og utfall av den første fødselen til kvinner enten utsatt for voldtekt som voksen eller seksuelle overgrep som barn med kvinner uten overgrep.
- Studie VI** Å beskrive hvordan den første fødselen erfares av kvinner som tidligere har vært utsatt for voldtekt og hvilken fødselshjelp de anser som god.

3. Materiale og metode

Oversikt over enkeltstudiene

Tabell 3 viser en oversikt over design, formål, studiepopulasjoner, datainnsamling og analysemetoder i de seks studiene som inngår i avhandlingen. Studiene har overlappende populasjoner i det alle er et utvalg av kohorten 808 gravide kvinner henvist til Psykisk Helseteam ved Fødepolikliniken, Kvinnekliniken, UNN Tromsø i tidsrommet 01.01. 2000 - 31.12. 2007. I årene 2000-2002 ble 260 kvinner henvist, 2003-2007 ble 548 henvist. I hele perioden var det registrert 11 302 fødsler i fødeprotokollen og de henviste kvinnene utgjorde 7,1 %. Inklusjon og eksklusjon til studiene vises i flytskjema (figurene 3-6).

Tabell 3. Oversikt over design og formål, studiepopulasjon, datainnsamling og analysemetode for studiene I-VI

Studie	Design og formål	Studiepopulasjon	Datainnsamling	Analysemetode
I	Kohortstudie: Kartlegge forskjeller i demografiske forhold, psykiske belastninger og fødselsutfall til kvinner med fødselsangst, med og uten et uttrykt ønske om planlagt keisersnitt	164 kvinner med fødselsangst fortløpende henvist til Psykisk Helseteam, UNN Tromsø 2000-2002. 86 med ønske om keisersnitt og 78 uten	Data fra pasientjournaler	Deskriptiv analyse. Kjikvadrat test, Enveis ANOVA, Multivariat logistisk regresjon, Odds Ratio
II	Intervensjonsstudie: Beskriver en utviklet intervensjon ved fødselsangst og ønske om keisersnitt, kvinnes psykososiale problemer, endring i ønske om keisersnitt, fødselsutfallet, tilfredshet med tilbudet og ønsket fødemåte ved en eventuelt senere fødsel	86 kvinner med fødselsangst og ønske om keisersnitt fortløpende henvist til Psykisk Helseteam, UNN Tromsø 2000-2002	Data fra pasientjournaler og en spørreundersøkelse 2-4 år etter fødselen	Deskriptiv analyse. Kjikvadrat test
III	Intervensjonsstudie: Prediktorer for endring av ønske om keisersnitt og vaginal fødsel. Vil en holdningsendring i tilnærming hos behandleren fra "autonomi" til "mestring" øke andelen som endrer sitt ønske og som føder vaginalt?	193 kvinner med fødselsangst og ønske om keisersnitt henvist til Psykisk Helseteam, UNN Tromsø og tilfeldig fordelt til jordmor A og jordmor B, i to treårsperioder. Utvalg 1: 86 kvinner fra 2000-2002 Utvalg 2: 107 kvinner fra 2004-2006	Data fra pasientjournaler samt hvem som har vært behandler	Deskriptiv analyse. Kjikvadrat test, Tosidig t-test, Multivariat logistisk regresjon, Odds Ratio
IV	Matchet kasus-kontrollstudie: Undersøke og sammenligne fødselsforløp og utfall ved den første fødselen hos kvinner utsatt for voldtekt som voksen med en kontrollgruppe uten kjente overgrep	50 kvinner henvist til Psykisk Helseteam UNN Tromsø 2000-2007 som hadde vært utsatt for voldtekt som voksen (≥ 16 år) og før sin første fødsel og 150 matchede kontroller uten overgrep fra den samme fødepopulasjon	Data fra pasientjournaler	Deskriptiv analyse. Kjikvadrat test, Tosidig t-test, Multinomial logistisk regresjon, Odds Ratio
V	Kasus-kontrollstudie: Undersøke og sammenligne fødselsforløp og utfall ved den første fødselen hos kvinner enten utsatt for seksuelle overgrep som barn eller voldtekt som voksen, med kontroller uten kjente overgrep	232 kvinner henvist til Psykisk Helseteam, UNN Tromsø 2000-2007 hvorav 185 hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som barn og 47 for voldtekt som voksen, 141 kontroller uten overgrep fra den samme fødepopulasjonen.	Data fra pasientjournaler	Deskriptiv analyse. Kjikvadrat test, Tosidig t-test, Multinomial logistisk regresjon, Odds Ratio
VI	Kvalitativ studie: Undersøke den første fødsels erfaringen til kvinner som har vært utsatt for voldtekt som voksen og deres råd om hvilken fødselshjelp de anser som god for kvinner som har vært utsatt for voldtekt	10 kvinner henvist til Psykisk Helseteam, UNN Tromsø 2000-2007 og som hadde vært utsatt for voldtekt før sin første fødsel	Kvalitativt intervju	Kvalitativ innholdsanalyse

Ramme for studiene

Alle avhandlingens studier ble gjennomført ved Kvinneklinikken, UNN Tromsø. UNN har følgende fem fødesteder: Kvinneklinikken UNN Tromsø, fødeavdelingene ved UNN Harstad og UNN Narvik samt fødestuene i Midt-Troms (Finnsnes) og Nord-Troms (Nordreisa). Kvinneklinikken i Tromsø ivaretar gravide med behov for spesiell oppfølging i svangerskapet, risikofødende og normalfødende. Dette gjør at Kvinneklinikken i Tromsø har en større andel risikofødende enn i en normal fødepopulasjon. Føde/barselavdelingen ved Kvinneklinikken i UNN Tromsø består av en fødeenhet med fire fødestuer og observasjonsplasser, en barselenhet for mor og barn som trenger ekstra oppfølging eller behandling etter fødselen, et barselhotell for friske mødre og barn, samt en barselpoliklinikk for oppfølging etter fødselen. Fødepoliklinikken er et spesialisthelsetilbud for gravide med risiko for komplikasjoner, rutineultral lyd rundt 18. svangerskapsuke, prenatal diagnostikk, fostermedisin og team for psykisk helse.

Psykisk Helseteam består av jordmødre med spesialkompetanse innen psykisk helse, samt sosionom og overlege som ivaretar kvinner med behov for oppfølging. Vanlige henvisningsgrunner er generell angst og depresjon, spiseforstyrrelse, tidligere traumatisk fødsel, fødselsangst, ønske om å bli forløst med keisersnitt, sorg etter å ha mistet barn eller annen i nær familie, eller andre traumer. Jordmødrene i teamet har utviklet et individuelt tilbud som gis til kvinner med ulike psykiske eller sosiale belastninger knyttet til svangerskap, fødsel og barselstid. Teamet har et utstrakt tverrfaglig og tverretatlig samarbeid med helsepersonell innenfor hele helseregionen.

Behandlingstilbudet i Psykisk Helseteam

Behandlingen består av et individuelt tilpasset tilbud i hovedsak med polikliniske konsultasjoner, i noen tilfeller per telefon, tverrfaglig samarbeid med primær- og spesialisthelsetjenesten eller hjemmebesøk der det er påkrevd. Behandlingen ved fødselsangst innebærer blant annet eksponering og trening i mestring av angstladede situasjoner der målet er å styrke kvinnen til å møte fødeavdelingen slik den fremstår med det tilbudet som vanligvis gis. Helt unntaksvis blir spesialavtaler inngått som eksempel at kvinnen føder med en jordmor som hun er kjent med.

Graderingen av angst for selve fødselen

For å skille ut den alvorligste fødselsangsten, ble det utviklet et redskap for å gradere alvorlighetsgraden av angst for selve fødselen. Fødselsangsten blir gradert i moderat og alvorlig etter følgende fem kriterier:

- 1) Søvnproblemer (bekymringer og mareritt) og konsentrasjonsvansker som påvirker dagliglivet
- 2) Fysiologiske manifestasjoner av angst som skjelving, svette, økt puls og respirasjon eller diffuse kroppslige smerter som reduserer livskvaliteten
- 3) Liten eller manglende innsikt i hva fødselsangsten representerer, for eksempel ubearbeidede traumatiske livserfaringer
- 4) Stor opplevd svikt i kontroll over og forutsigbarhet ved den forestående fødselen
- 5) Angst for selv å dø i svangerskapet eller under fødselen

Der fire eller fem kriterier er til stede blir angsten for selve fødselen definert som alvorlig og ved tre som moderat. Fødselsangsten blir forstått som uttrykk for en krisereaksjon med bakgrunn i tidligere ubearbeidede livshendelser og problemer som blir aktualisert av den forestående fødselen. For kvinnene som ber om å bli forløst med keisersnitt er det utviklet en kriseorientert intervensjon som beskrives nedenfor.

Kriseorientert intervensjon – teoretisk ramme

Et ønske om keisersnitt kan forstås som en måte å unngå nærmere kontakt med det underliggende traumet. Dette perspektiv er i overensstemmelse med teorien om psykiske kriser utviklet av Caplan²⁵¹ og senere videreutviklet blant annet av Cullberg²⁵². Her skiller man mellom rene kriser hvor individets reaksjon oppfattes som adekvat i forhold til den aktuelle hendelse og overdeterminerte kriser hvor reaksjonen er mye sterkere enn det som situasjonen skulle tilsi.

Fødselsangsten og ønsket om keisersnitt blir i denne behandlingsformen oppfattet som en overdeterminert krisereaksjon. Den forestående fødselen blir den utløsende hendelsen mens de aktualiserte ubearbeidede tidligere livshendelsene og problemene blir å oppfatte som krisereaksjonens intrapsykeiske determinant (psykiske forhold ved en person som skjer inne i personen, vanligvis refereres det til konflikten mellom to motstridende tendenser i seg selv). Den irrasjonelle fødselsangsten knytter seg til den intrapsykeiske determinant og ønsket om keisersnitt blir motivert ut fra et ønske om å holde avstand til

denne. Tema som har direkte relevans til fødselsangsten blir fokusert og kvinnen får hjelp til å formulere kildene til angsten, slik at en bearbeidelse kan påbegynne. Informasjon som kan bidra til å korrigere generelle feiloppfatninger om svangerskap og fødsel blir gitt.

Målet med intervensjonen er at kvinnen skal komme til en selverkjennelse, forstå sin egen tenkning og bli i stand til å skape et nytt handlingsrom. Ønsket om keisersnitt kan i dynamisk kriseteori oppfattes som et avverge mot erkjennelsen av angstladete psykososiale problemer som den forestående fødselen har bidratt til å aktivere på et ubevisst plan. Når kartleggingen foregår i trygge rammer skapes en tillitsfull relasjon som kan bidra til en bevisstgjøring av slike underliggende forhold. Det vil som oftest være tilstrekkelig til at kvinnen blir i stand til å skille den forestående fødselen fra disse forholdene og gjør henne i stand til å kunne se for seg vaginal fødsel som hun innerst inne vet vil være det beste for henne selv og barnet. Hun får dermed hjelp til å bevisstgjøre seg sine psykiske vansker slik at de ikke lenger hindrer henne i å velge å føde vaginalt.

Tilnærmingen får en psykoterapeutisk effekt ved at underliggende problemer blir bevisstgjort og kvinnen blir i stand til å skille dem fra den forestående fødselen. De bevisstgjorte problemer kan realitetstestes og orienteres, den ubevisste fare er alltid mer skremmende enn det den er i bevisstgjort tilstand. Kvinnen kan få avlastning og støtte gjennom å uttrykke negative opplevelser og følelser, og til en viss grad få drøftet hvordan hun skal gå videre med de aktuelle problemer.

Tilnærming

Tilnærmingen i samtalen er pasientorientert²⁵³ og har i dialogen fokus på følgende forhold:

- a) Å skape god kontakt og allianse
- b) Kartlegge kvinnens fødselsrelaterte følelser og bekymringer
- c) Kartlegge livssituasjonen og nåværende og tidligere psykiske, somatiske og seksuelle helse
- d) Identifisere tidligere kompliserte og traumatiske fødselserfaringer, overgrep og andre belastende forhold som er aktivert av den forestående fødselen
- e) Formulere og påbegynne en bearbeidelse av vanskelige livshendelser som er blitt særlig aktualisert i forbindelse med svangerskapet
- f) Hjelp kvinnen til å kunne skille mellom fødselen som utløsende faktor og vanskelige livstema som årsaker til fødselsangsten

Den første samtalen blir vektlagt og danner grunnlaget for all videre behandling. Den har en tidsramme på to timer og starter presis til avtalt tid på et uforstyrret rom på sykehuset. En likeverdig plassering i rommet tilstrebes. Samtalen innledes med en orientering om teamets funksjon og tilbudet som gis og der taushetsplikten blir understreket. Rammene er satt for å skape et "reflekterende tankerom" der kvinnen får mulighet i ro og konsentrasjon til å fortelle om hvordan hun har det og hva som opptar henne. Hun oppfordres til å beskrive sin livssituasjon, sine tanker, følelser og hva hun selv mener ligger til grunn for angsten og hva hun begrunner sitt ønske om planlagt keisersnitt med.

Rollen til behandleren er å lytte oppmerksomt, ta imot det kvinnen uttrykker uten å korrigere, forklare, gi råd eller fortolke hennes historie. For at kvinnen skal kunne endre sin tenkning må hun først og fremst selv forstå hvorfor hun tenker som hun gjør. De fysiske og tidsmessige rammene som er beskrevet er lagt for at samtalen skal gjenspeile den respekten og likeverdet som ligger til grunn for dialogen.

Kartlegging av seksuelle overgrep

Alle opplysninger om overgrep er kommet frem i en tillitsfull behandlingsrelasjon, der målet er å bearbeide en tidligere fødselsopplevelse eller forberede til en forestående fødsel.

Denne tilliten har medført at de har åpnet opp for sine traumer og etter hvert har beskrevet sine overgrepserfaringer i detalj, i forhold til type overgrep, alder ved overgrepet, hvem som hadde vært overgriper samt hvor og hvordan overgrepet har foregått.

Variabler benyttet i studie I-V

Tabell 4 a og 4 b viser variablene som er benyttet i studiene. Variablene er delt inn i demografiske og psykososiale variabler (4 a) og behandlingsrelaterte variabler (4 b).

Tabell 4 a. Demografiske og psykososiale variabler i studie I-V.

Variabler	Studie I	Studie II	Studie III	Studie IV	Studie V
Demografiske variabler					
Paritet (P0/P1+)	X	X	X	X	X
Alder (år)	X	X	X	X	X
År for første fødsel				X	X
Enslig (ja/nei)	X	X	X	X	X
Etnisk norsk (ja/annet, hvilket?)	X	X	X		
Samisk / kvensk etnisitet (ja/nei)	X	X	X		
Utdanningsnivåer (4 nivåer)	X	X			
Høyere utdanning (ja/nei)			X	X	X
I lønnet arbeid (ja/nei)	X	X	X	X	X
Røyking i svangerskapet (ja/nei)	X	X	X	X	X
Høyde (i centimeter)	X	X	X	X	X
Pregravid vekt (i kilogram)	X	X	X	X	X
Pregravid kroppsmasse indeks KMI	X	X	X	X	X
Psykososiale variabler					
Tidligere angst/depresjon (ja/nei)	X	X	X		
Andre psykiske lidelser (nei/ja, hvilke)	X	X	X		
Psykiske problemer (ja/nei)	X	X	X		
Spiseforstyrrelse (ja/nei)	X	X	X		
Behandlet for psykiske lidelser (ja/nei)	X	X	X		
Overgrep (ja/nei)	X	X	X		
Fysiske overgrep (ja/nei)	X				
Psykiske overgrep (ja/nei)	X				
Seksuelle overgrep (ja/nei)	X				
Seksuelle overgrep som barn (ja/nei)				X	X
Voldtekt som voksen (ja/nei)				X	X
Sum overgrep	X	X	X		
Tidligere traumatisk fødsel (ja/nei)	X	X	X		
Mistillit helsepersonell (ja/nei)	X	X	X		
Mistillit reproduktiv helse (ja/nei)	X				
Mistillit samlet (ja/nei)	X	X	X		
Grad av fødselsangst (moderat/alvorlig)	X	X	X		
Ønske om keisersnitt (ja/nei)	X	X	X		
Endring av et ønske om keisersnitt (ja/nei)	X	X	X		

Tabell 4 b. Behandlingsrelaterte og obstetriske variabler i studie I-V.

Variabler	Studie I	Studie II	Studie III	Studie IV	Studie V
Behandlingsrelaterte variabler					
Spontane/provoserte aborter (nei/ ja, antall)				X	X
Svangerskapskontroller (antall)	X	X	X	X	X
Svangerskapsuke første konsultasjon i teamet	X	X	X		
Konsultasjoner i teamet (antall)	X	X	X		
Timer behandlet (antall)	X	X	X		
Tilfredshet med behandlingen		X			
Working Alliance Inventory (WAI score)		X			
Ønsket fødemåte senere fødsel		X	X		
Hvem som var behandler (Jordmor A/B)			X		
Obstetriske variabler					
Obstetrisk risiko (høy/lav)	X	X	X		
Høy obstetrisk risiko (ja/nei)				X	X
Spontan fødselsstart (ja/nei)				X	X
Indusert (ja/nei)				X	X
Stimulert med oksytocin (ja/nei)				X	X
Epidural analgesi (ja/nei)				X	X
Vaginal fødsel uten operativ intervensjon (ja/nei)	X	X	X	X	X
Keisersnitt (ja/nei)	X	X	X	X	X
Keisersnitt (akutt/planlagt)	X	X	X	X	X
Indikasjon for keisersnitt (hvilken?)	X	X	X	X	X
Keisersnitt "mors ønske" (ja/nei)	X	X	X	X	X
Vakuumbaljon/tang (ja/nei)	X	X	X	X	X
Indikasjon for vakuumbaljon/tang (hvilken?)				X	X
Foreliggende dels plassering i bekkenet (5 nivå)				X	X
Varighet av fødselens åpningsfase (i min)				X	X
Varighet av fødselens latente utdrivingsfase (i min)				X	X
Varighet av fødselens aktive utdrivingsfase (i min)				X	X
Sum utdrivning (i min)				X	X
Fødselsvarighet (i min)				X	X
Apgar skåre <7/5 min (ja/nei)	X	X	X	X	X
Blødning >500 ml (ja/nei)	X	X	X	X	X
Barnets fødselsvekt (i kilogram eller hektogram)	X	X	X	X	X
Overflytting nyfødt intensiv (ja/nei)	X	X	X	X	X

Presisering av variabler

Demografiske variabler: Paritet: inndelt i første- (P0) og flergangsfødende (P1+). Etnisk norsk: født i Norge og minst en av foreldrene er norsk. Samisk/kvensk/annet: egenrapportert etnisk tilhørighet. Utdanning 4 nivå: fullført grunnskole (9 år), videregående (12 år), høgskole/ universitet (≤ 4 år) eller (>4 år). Høyere utdanning: høgskole/universitet (≥ 3 år). I lønnet arbeid: arbeid eller fulltidsstudier.

Psykososiale variabler: Tidligere/nåværende angst/depresjon: fremkom i henvisningen, sykehusjournalen eller ble selvrapportert. Andre psykiske lidelser: fremgikk av henvisningsskriv/journal og inkluderte diagnosene posttraumatisk stressforstyrrelse, personlighetsforstyrrelse, psykose og schizofreni. Spiseforstyrrelse: overopptatthet av mat og kropp, forstyrret kroppsoppfatning eller diagnostisert anoreksi, bulimi, overspisingslidelse. Seksuelle overgrep som barn: seksuelle handlinger eller omgang før fylte 16 år. Voldtekt som voksen: ufrivillig vaginal penetrering etter fylte 16 år. Sum overgrep: fysiske, psykiske og seksuelle overgrep.

Behandlingsrelaterte variabler: Behandlet for psykisk lidelse; samtalebehandling i spesialisthelsetjenesten, medikamentell behandling, institusjonsbehandling eller en kombinasjon. Tidligere traumatisk fødsel: kvinnen beskriver fødselen som traumatisk. Mistillit oppstått i forbindelse med reproduktiv helse: hendelser knyttet til underlivsundersøkelser/behandling av gynekologiske sykdommer, aborter, svangerskap og fødsler. Mistillit oppstått i andre møter med helsepersonell: hendelser der de selv eller deres pårørende er blitt utsatt for uheldige hendelser i forbindelse med undersøkelser og behandling. Ønske om keisersnitt: fremgikk i henvisningen eller ble spontant fremsatt i samtalen. Endring av ønsket om keisersnitt: kvinnen innstilt på å føde vaginalt. Ønsket fødemåte ved en eventuell senere fødsel: vaginal/ keisersnitt/usikker.

Obstetriske variabler: For operative forløsninger med kombinerte indikasjoner ble hovedindikasjonen registret. Akutt keisersnitt med indikasjon "langsom fremgang" inkluderte mekaniske misforhold, risvekkelse, feilinnstilling/avvikende fosterleie eller mislykket tang/vakuumsforsøk. Indikasjonen truende fosterasfyksi inkluderte avvikende fosterhertelyd ved auskultasjon alene eller sammen med patologiske funn ved elektronisk fosterovervåking med kardiokografi (CTG) eller analyse av fosterets elektrokardiogram

(EKG med ST analyse) i tillegg til kardiokografi (STAN). Obstetrisk risiko (høy) innebar: kronisk somatisk sykdom med betydning for svangerskapet eller komplikasjoner som insulinkrevende svangerskapsdiabetes, preeklampsi, poly- og oligohydramnion, intrauterin veksthemning, svangerskapsvarighet >14 dager over ultralydtermin, fostervannavgang uten rier mer enn 24 timer, misfarget fostervann. Obstetrisk risiko flergangsfødende: tidligere operative fødsler eller vaginale fødsler komplisert med perinealruptur grad 3 og 4, blødning over 1500 ml eller skulderdystosi. Foreliggende fosterdels plassering i bekkenet inndelt i 5 nivå; i bekkeninngangen, over spina, ved spina, under spina og på bekkenbunnen. Varigheten i fødselens faser oppgitt i minutter: aktiv åpningsfase: fra mormunnsåpning 4 cm til full åpning. Latents utdrivningsfase: full mormunnsåpning til start aktiv trykking. Aktiv utdrivningsfase: fra påbegynt aktiv trykking til barnet er født. Sum utdrivning: latent og aktiv utdrivningsfase i minutter. Fødselsvarighet: summen av åpnings- og utdrivningsfasen.

Analyse av data

Deskriptiv statistikk ble benyttet for å beskrive studiepopulasjonens karakteristika (mean, median og standard avvik). Pearson's r ble brukt til å beregne korrelasjonskoeffisientene mellom de ulike variablene. Enveis-ANOVA ble brukt til å sammenligne gruppegjennomsnitt. Kjikvadrattest symbolisert som χ^2 og Fisher's exact test, som brukes når utvalget er lite eller observasjoner mangler, ble brukt for å teste signifikante forskjeller mellom de kategoriske variablene. Det ble brukt tosidig t-test for de kontinuerlige variablene og Mann-Witney U test for ikke normalfordelte kontinuerlige variabler. Kruskal-Wallis test ble brukt for å vurdere forskjeller i median mellom grupper når der var tre uavhengige grupper som skulle sammenlignes og det var få observasjoner.

P-verdi <0.05 ble valgt som signifikansnivå. Multivariat eller multinominal logistisk regresjonsanalyse ble benyttet i studie I, III, IV og V. Regresjonsanalysen ser på sammenhengen mellom en avhengig variabel (responsvariabel) og en eller flere uavhengige variabler (prediktorer). Risiko ble rapportert som Odds Ratio (OR) med 95 % konfidensintervall (KI). Odds er definert som forholdet mellom sannsynligheten for at noe skal skje, og sannsynligheten for at det ikke skal skje²⁵⁴. Konfidensintervallet angir det intervallet som med spesifisert sannsynlighet inneholder den sanne (men vanligvis ukjente) verdien av variabelen som er målt. Data ble lagt inn og analysert i statistikkprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, versjonene 14.0/16.0/19.0

(SPSS Inc Chicago, IL, USA) og Data Analyses and Statistical Software (STATA), versjon 10/12 (STATA Corp LP, College Station, TX, USA). I den kvalitative studien ble data analysert gjennom kvalitativ innholdsanalyse beskrevet av Graneheim og Lundman^{255, 256}. Analysen blir beskrevet under materiale og metode i studie VI.

Kvalitetssikring av data

Data som er benyttet har vært fortløpende registeret i pasientjournalen i forbindelse med fødselen eller ved utført behandling. I tillegg er det benyttet data fra en etterundersøkelse. Spørreskjemaet som etterundersøkelsen bygger på ble på forhånd testet ut av fire kvinner. Det ble foretatt noen justeringer før det ble tatt i bruk. Data ble uten fortolkning overført manuelt til spesiallagde registreringsskjemaer tilpasset den enkelte studie.

Interraterreliabiliteten i registreringen ble testet ved at begge forskerne (LH og HN) uavhengig av hverandre, fylte ut skjema for et tilfeldig utvalg på 12 kvinner (studie I) og på 10 kvinner (studie IV) og sammenlignet disse. Det var ingen uenighet mellom dem. Dersom opplysninger manglet ble det registrert som "missing". Data ble deretter lagt inn i en elektronisk database for forskning ved sykehuset. Databasen er underlagt personvernombudet og tilgangen til dette området er begrenset til forskerne og prosjektleder. Prosessen med å overføre data fra pasientjournalen og utfylte spørreskjema til registreringsskjemaet og videre til datafil foregikk ved at hver enkelt variabel ble kontrollert av begge forskerne for å sikre data og rette opp feil. Datamaterialet ble videre kontrollert flere ganger for å sikre at opplysningene var korrekt registrert. Innhenting av komplette datasett ble prioritert.

Studie I

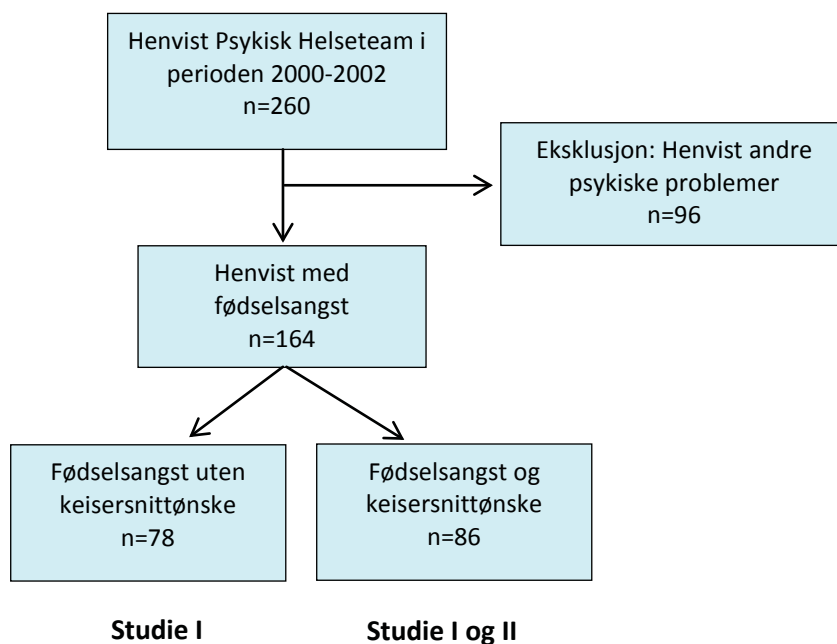
Design

En kohortstudie som beskriver forskjeller i demografiske forhold, psykososiale problemer og fødselsutfallet hos kvinner med fødselsangst, med og uten ønske om planlagt keisersnitt samt prediktorer for et ønske om keisersnitt.

Studiepopulasjon

I studieperioden 2000-2002 var det 4218 fødsler ved UNN hvorav 19 % var ved keisersnitt. I denne tidsperioden ble 260 gravide henvist til Psykisk Helseteam ved fødepoliklinikken, UNN for ulike psykiske belastninger. Alle kvinnene med fødselsangst og keisersnittønske (n=164) ble inkludert hvorav 86 ønsket og 78 ikke ønsket keisersnitt (figur 3).

Figur 3. Flytskjema for inklusjon i studiene I og II



Datainnsamling

Alle data som benyttes var fortløpende nedtegnet i kvinnes journal før, under eller rett etter fødselen. Data ble innhentet fra henvisningsskriv, helsekort, svangerskaps- og fødejournal og fra journalførte samtaler og ført inn i et registreringsskjema utviklet for studien (vedlegg 1). Variablene er angitt i tabell 4 a og 4 b.

Dataanalyse

Deskriptiv statistisk analyse ble utført. Materialet ble inndelt i to grupper, de som ønsket keisersnitt og de som ikke ønsket keisersnitt. Når fødselsutfallet ble analysert ble gruppene i tillegg inndelt i lav og høy obstetrisk risiko. Kjikvadrattest ble brukt for å teste signifikante forskjeller mellom de kategoriske variablene og stratifisert analyse av fødselsutfallet. Enveis-ANOVA ble brukt til å sammenligne gruppegjennomsnitt. Logistisk regresjon ble brukt for å analysere hvordan de sosiodemografiske, psykososiale og medisinske variablene påvirket et ønske om å bli forløst med keisersnitt. Prediktorer som var signifikante i de univariate analysene ble analysert multivariat. Følgende variabler som var med i univariate analyser falt ut før man gikk videre til multivariate analyser: alder, sivilstand, utdanning, røykevaner, andre psykiske lidelser og spiseforstyrrelser.

Etisk godkjenning

Studien ble anbefalt av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (nr 9716) og godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Nord-Norge (P REK Nord 04/2003).

Studie II

Design

En intervensjonsstudie som beskriver, tester ut og evaluerer en utviklet intervensjon ved fødselsangst og ønske om keisersnitt. Studien beskriver kvinnenes psykososiale problemer, endring i ønske om keisersnitt, fødselsutfallet etter intervensjonen, tilfredshet med samtaletilbudet og ønsket fødemåte ved en eventuell senere fødsel.

Studiepopulasjon

Alle kvinnene som var henvist med fødselsangst og et uttrykt ønske om planlagt keisersnitt (n=86) fra studie I, ble inkludert (figur 3).

Datainnsamling

Sosiodemografiske, medisinske og obstetriske data var innsamlet i forbindelse med studie I. I tillegg ble data fra en spørreundersøkelse utført 2-4 år etter den aktuelle fødselen inkludert. Variablene er angitt i tabell 4 a og 4 b.

Informanter til spørreundersøkelsen

En skriftlig spørreundersøkelse sammen med samtykkeerklæring ble sendt til 78 av kvinnene som inngår i studien (vedlegg 2). Det var åtte som ble ekskludert fra undersøkelsen, syv grunnet en svært belastende livssituasjon og en som ikke behersket skriftlig norsk. Det ble foretatt en puring etter tre uker. Svarprosenten var 76 (n=59). Tre svarte at de ikke ønsket å delta i undersøkelsen mens 16 ikke svarte på forespørselen.

Spørreundersøkelsen

Spørreundersøkelsen benyttet spørsmål som var utformet for studien sammen med validerte psykometriske instrument. Det var i tillegg anledning å gi utfyllende kommentarer. Spørsmålene berørte ulike deler av kvinnens bakgrunn og evaluerte tilbudet de hadde mottatt (vedlegg 3). Undersøkelsen ble innledet med spørsmål om fødselsangst, tidligere fødsler og/eller ønske om keisersnitt. Svarene i skjemaet ble dels gitt som dikotome alternativ (ja/nei) eller på en 5-punkts Likertskala fra "ikke i det hele tatt, litt, en del, ganske mye og veldig mye". Intensiteten i fødselsangst, eventuell traumatisk fødsel eller ønsket om keisersnitt ble gradert i en Visuell Analog Skala (VAS) gradert fra ubetydelig=0 til betydelig=5. Måling av tilfredshet med samtaletilbudet benyttet 7 elementer hentet fra Global Satisfaction with Treatment (GS)²⁵⁷. Tillit til behandlerens faglige kompetanse benyttet 4 elementer fra The Quality of Contact with Nursing and Medical Staff (QCN/QCM)²⁵⁷. Måling av "hvordan har du opplevd kontakten mellom deg og jordmor ved fødepoliklinikken" benyttet 11 elementer fra The Working Alliance Inventory (WAI)²⁵⁸. Bakgrunnsopplysninger inneholdt spørsmål om etnisitet, behandling for psykiske problemer (ja/nei) samt hvilken type behandling og hvem de var behandlet av. Videre ble det stilt spørsmål om fysiske, psykiske, seksuelle overgrep (ja/nei/usikker). Til slutt ble det spurt om ønsket fødemåte ved en eventuell senere fødsel.

Dataanalyse

Deskriptiv statistisk analyse ble utført og materialet ble inndelt i moderat og alvorlig fødselsangst. I spørreundersøkelsen som målte tilfredshet med samtaletilbudet og tillit til behandlerens faglige kompetanse var alle svar fordelt mellom "ganske mye", "veldig mye" og "ikke i det hele tatt". Svarene ble dikotomert der "ganske mye" og "veldig mye" ble slått sammen til ja. "Ikke i det hele tatt" ble nei. Disse ble benyttet for variablene "tilfredshet med samtaletilbudet" og "tillit til behandlerens faglige kompetanse". Der svar ble angitt som

usikker ble dette kodet som nei. Kjikvadrattest og Fisher's exact test ble brukt for å teste signifikante forskjeller mellom de kategoriske variablene. Når fødselsutfallet ble beskrevet ble det inndelt etter endring i ønsket fødemåte etter intervensjon og selve utfallet ble inndelt i vaginal fødsel, keisersnitt på obstetrisk indikasjon eller keisersnitt på mors ønske.

Studie III

Bakgrunn for studien

En analyse av resultatene fra studie II førte til at studie III ble utformet. Det var tolv kvinner med alvorlig fødselsangst og ønske om keisersnitt som etter intervensjonen ikke endret sitt opprinnelige ønske. Analysen av de sosiodemografiske, psykiske og obstetriske data fra kvinnene viste ingen åpenbare forskjeller mellom de som endret respektive ikke endret sitt ønske om keisersnitt. Dette utfordret oss til spesifikt å undersøke dataene til hver enkelt av de som ikke hadde endret sitt ønske. Det ble samtidig laget en variabel over hvem som hadde vært behandler. Det som viste seg at av de tolv som ikke endret sitt ønske hadde ti vært behandlet av jordmor B og to av jordmor A. Var dette et tilfeldig funn?

Svarene fra spørreundersøkelsen der tilfredsheten med tilbudet ble evaluert viste at 98 % av kvinnene anga at de var "veldig" eller "ganske" fornøyd med tilbudet om jordmorsamtaler og hadde tillit til jordmorens faglige kompetanse. Det var like mange av kvinnene som hadde vært behandlet av jordmor A som av jordmor B som svarte på spørreundersøkelsen. Alle som hadde endret sitt ønske om keisersnitt var veldig fornøyd. Det var flere som hadde vært i behandling hos jordmor A som var "veldig fornøyd" med tilbudet om samtaler og færre som var "ganske fornøyd" mens forholdet var omvendt for behandling hos jordmor B. Intervensjonens innhold og praktiske tilnærming ble analysert.

Gjennom en kritisk refleksjon fremkom at holdningen til den behandlingsmessige og praktiske tilnærmingen særlig i den første samtalen var ulik mellom behandlerne i forhold til å møte en kvinne med fødselsangst og ønske om keisersnitt, selv om de hadde samme mål. Det ble i felleskap identifisert to holdninger til ønske om keisersnitt som ble artikulert og benevnt som "autonomiholdning" og "mestringsholdning" ved hjelp av vår hovedveileder psykiater Tore Sørli. Innsikten om holdningens betydning og konsekvenser av "autonomiholdningen" for kvinnes endringsprosess og for utfallet av fødselen, medførte at jordmor B endret sin holdning og sin behandlingsmessige tilnærming. Denne

endringsprosessen foregikk over et år (2003), i nært samarbeid og i dialog med jordmor A. Deretter ble effekten av intervensjonen til jordmor A og B sammenlignet i en ny kohort (2004-2006).

Holdningene til ønsket om keisersnitt hos kvinner med fødselsangst

Målet med intervensjonen er at kvinnen skal få en mulighet til å gjennomgå en prosess for å redusere fødselsangsten slik at en vaginal fødsel fremstår som et reelt alternativ til planlagt keisersnitt. I den første samtalen blir det i begge holdningene autonomi og mestring på ulike måter kommunisert at vaginal fødsel er ønskelig og det beste for mor og barn dersom det ikke er medisinske forhold som tilsier at et keisersnitt bør utføres. Fokus i mestringsholdningen er å styrke kvinnens generelle selvtillit og tillit til egen fødeevne gjennom å utfordre angsten for selve fødselen slik at endringsprosessen påbegynnes. Oppmerksomheten i den første samtalen rettes mot kvinnens belastende erfaringer som kan ligge bak ønsket om keisersnitt. Det etterstrevs en inngang i samtalen som unngår en forhandling om forløsningsmetode. Fokus i autonomiholdningen er å forberede til fødsel med mål om en så god fødselsopplevelse som mulig – uavhengig av fødemåte. Samtidig blir det understreket at kvinnens endelige "valg" om fødemåte blir respektert dersom hun på slutten av svangerskapet, etter å ha vært til samtaler, fremdeles ikke ser seg i stand til å gjennomføre en vaginal fødsel.

Design

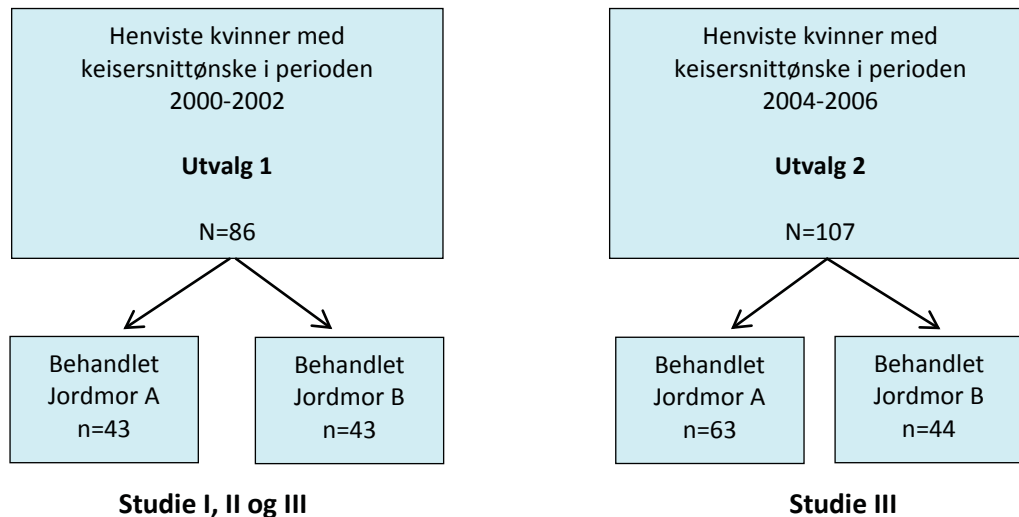
Studien er en intervensjonsstudie hvor endring av ønske om keisersnitt hos kvinner med fødselsangst blir sammenlignet i to ulike utvalg. I det første utvalget praktiserte jordmor A en mestringsholdning i sin tilnærming til ønsket om keisersnitt mens jordmor B praktiserte ut fra en autonomiholdning. I det andre utvalget praktiserte begge jordmødrene en mestringsholdning i tilnærmingen. Fødselsutfallet i begge utvalgene blir beskrevet.

Studiepopulasjon

Alle kvinnene som fortløpende ble henvist til Psykisk Helseteam ved fødepoliklinikken, UNN med fødselsangst og ønske om keisersnitt (n=193) ble inkludert. Studiepopulasjonen ble inndelt i to treårsperioder 2000-2002 (n=86) og 2004-2006 (n=107) (figur 4). Utvalgene i begge studieperiodene utgjorde 2 % av fødepopulasjonen ved sykehuset. Kvinnene ble fortløpende fordelt til jordmor A eller B etter behandlingsskapitet. Jordmødrene hadde like

lang klinisk erfaring og samme spesialutdanning i psykisk helse. De mottok regelmessig veiledning på det kliniske arbeidet fra kvalifisert helsepersonell innenfor psykiatri.

Figur 4. Flytskjema for inklusjon i studie III



Datainnsamling

Data til utvalg I (n=86) var innhentet i forbindelse med studie I og II. Data til utvalg 2 (n=107) ble innhentet og registrert på samme måte som utvalg I. I tillegg ble det fra 2006 innhentet data fra det elektroniske journalsystemet Partus (Clinsoft®, Oslo, Norge). Variablene er angitt i tabell 4 a og 4 b.

Dataanalyse

Data ble analysert ved hjelp av deskriptiv og analytisk statistikk. Kjikvadrattest ble brukt for å teste fordeling av kategoriske variabler og t-tester for kontinuerlige variabler. For å vurdere prediktorer for endring i et ønske om keisersnitt ble det utført logistisk regresjonsanalyse. Avhengig variabel var hvem som hadde vært behandler. Prediktorer som var signifikante i den univariate analysen ble stegvis tatt inn i den multivariate analysen. Obstetrisk risiko ble introdusert som en kovariat i alle analysene siden det kan tenkes å ha en negativ påvirkning både for endringen av ønsket om keisersnitt og for utfallet.

Etisk godkjenning

Studien ble godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Nord-Norge etter protokolltillegg (P REK Nord 04/2003).

Studie IV

Design

En matchet kasus-kontrollstudie som undersøker og sammenligner forløp og utfall ved den første fødselen til kvinner som hadde vært utsatt for voldtekt som voksen med en kontrollgruppe uten kjente overgrep.

Studiepopulasjon

I tidsperioden 2000-2007 ble 808 kvinner henvist til Psykisk Helseteam ved UNN for ulike psykiske belastninger. Av disse anga 566 at de hadde vært utsatt for fysiske, psykiske eller seksuelle overgrep. Det var 59 kvinner som oppga at de hadde vært utsatt for voldtekt etter fylte 16 år (seksuell lavalder i Norge) og før sin første fødsel.

Inklusjon

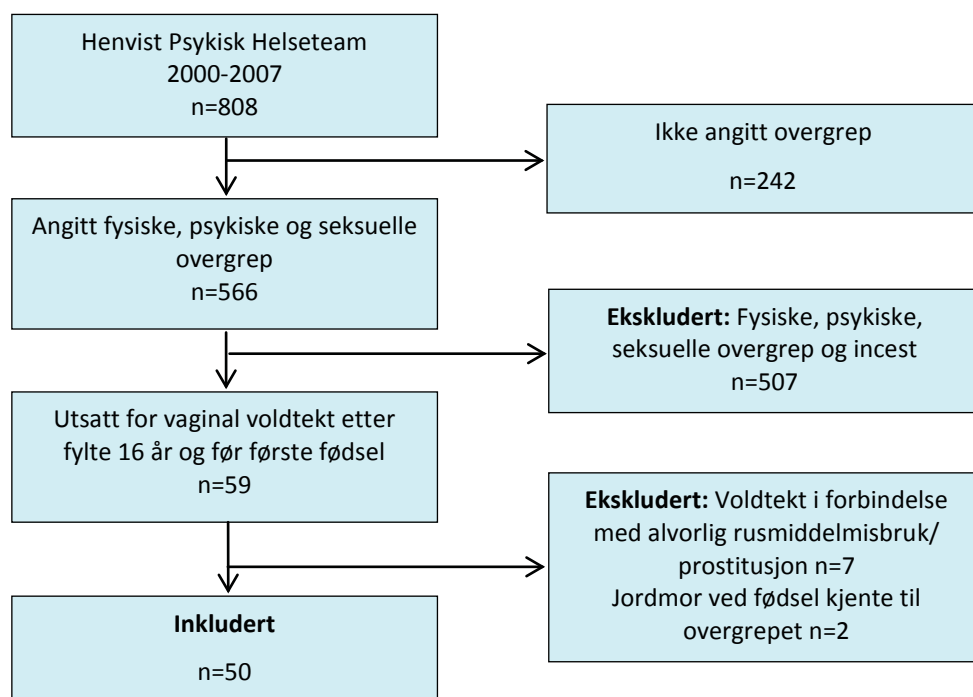
Inklusjonskriterier var at voldtekten hadde skjedd etter fylte 16 år, før kvinnene hadde født sitt første barn og at fødselen hadde foregått ved UNN Tromsø. Voldtekten var ukjent for jordmor og fødselslege ved fødselen.

Eksklusjon

Eksklusjonskriterier var at voldtekten hadde skjedd i forbindelse med alvorlig rusmiddelmisbruk eller prostitusjon eller at voldtekten var kjent for fødselshjelperne.

Inklusjon og eksklusjon vises i flytskjema (figur 5).

Figur 5. Flytskjema for inklusjon i studie IV



Utvelgelse av kontroller

Kontrollgruppen ble trukket fra fødepopulasjon ved sykehuset og matchet for alder, paritet, år for fødselen og fosterleie. Matchkriteriene ble valgt ut fra hva som kan tenkes å påvirke fødselsutfallet. Alder har betydning da det er en høyere andel yngre kvinner som føder sitt første barn vaginalt og med færre intervensjoner enn eldre. Paritet har betydning for varigheten og utfallet av fødselen. Året for når fødselen fant sted ble matchet da kasusenes første fødsel foregikk i tidsperioden 1989-2007 der fødselshjelpen under tiden har endret seg med en økende grad av overvåking og intervensjoner som kan påvirke utfallet. Fosterleie har betydning for håndteringen, intervensjoner og utfall av fødselen.

Det ble trukket tre kontroller for hvert kasus siden det i en normalpopulasjon kan antas at å være en viss andel som har vært utsatt for voldtekt. Kasusene ble identifisert i fødeprotokollen. De to nærmeste foran og den nærmest etterfølgende, som oppfylte match kriteriene ble trukket ut som kontroll. Dersom den aktuelle kontrollens fødsel var en senabort (< 24 svangerskapsuker) ble neste som oppfylte matchkriteriene inkludert.

Datainnsamling

Data ble innhentet fra kvinnenes papirjournal og elektroniske journalsystem Partus og ført inn i et spesialdesignet skjema for studien (vedlegg 4). Data ble hentet ut, registrert og anonymisert av LH og HN og de første analysene ble utført før de ble presentert for veilederne/medforfatterne (REK Nord 03.06.08). Variablene er angitt i tabell 4 a og 4 b. Fullstendige datasett foreligger.

Dataanalyse

Data ble analysert ved hjelp av deskriptiv og analytisk statistikk. Gruppen kvinner som hadde vært utsatt for voldtekt og kontrollene ble sammenlignet. Når variablene var kategoriske, ble forskjellene mellom gruppene testet med kji-kvadrattester. Når variablene var kontinuerlige, ble forskjellene testet med Mann-Witney *U*-test. For å vurdere forskjell i risiko for keisersnitt eller operativ vaginal fødsel ble det utført multinominal logistisk regresjonsanalyse, justert for variabler som var signifikant assosiert med fødemåte i de univariate analysene (alder, sivilstand, lønnet arbeid, KMI, tidligere aborter, obstetrisk risiko, oksytocinstimulering, epidural analgesi og barnets fødselsvekt).

Etisk godkjenning

Det ble søkt REK Nord om å få fravike kravet om samtykke for enkelte av kasusene og for kontrollgruppen. Studien ble etter presiseringer og merknader anbefalt av Personvernombudet og godkjent av REK Nord (vedlegg 5 og 6). Komiteen hadde følgende merknader til prosjektet:

”Komiteen finner å kunne godkjenne at samtykke ikke innhentes. I sin vurdering legger komiteen vekt på at forskningen vil komme til nytte for den gruppen som det forskes på. Komiteen legger også stor vekt på at det ville være umulig eller svært vanskelig, å innhente samtykke fra de voldtektsutsatte kvinnene. Komiteen anser at nytten ved prosjektet overstiger mulig ulempe for den enkelte. Når det gjelder begge grupper legger komiteen til grunn at det er de to prosjektmedarbeiderne Hilde Nerum og Lotta Halvorsen, som begge er ansatt på avdelingen, som skal hente ut dataene og at disse anonymiseres før eventuelle utenforstående prosjektmedarbeidere får tilgang til dataene. Denne prosedyren gjør at komiteen også godkjenner at det ikke innhentes samtykke fra kontrollgruppa”. (REK svar 03.06.08)

Studie V

Design

En kasus-kontrollstudie i en klinisk kohort som sammenligner forløp og utfall ved den første fødselen hos kvinner enten utsatt for seksuelle overgrep som barn, voldtekt som voksen med kontroller uten kjente overgrep.

Studiepopulasjon

Studien omfatter 373 førstegangsfødende, 185 som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som barn, 47 som hadde vært utsatt for voldtekt som voksen samt 141 kontroller uten kjente overgrep fra den samme fødepopulasjonen. Kvinnene ble rekruttert fra kohorten av 808 kvinner henvist til Psykisk Helseteam i 2000-2007. De som hadde vært utsatt for voldtekt som voksen samt kontrollene inngikk i studie IV. Ingen av de som inngår i studien fødte sitt første barn som resultat av et overgrep.

Inklusjon

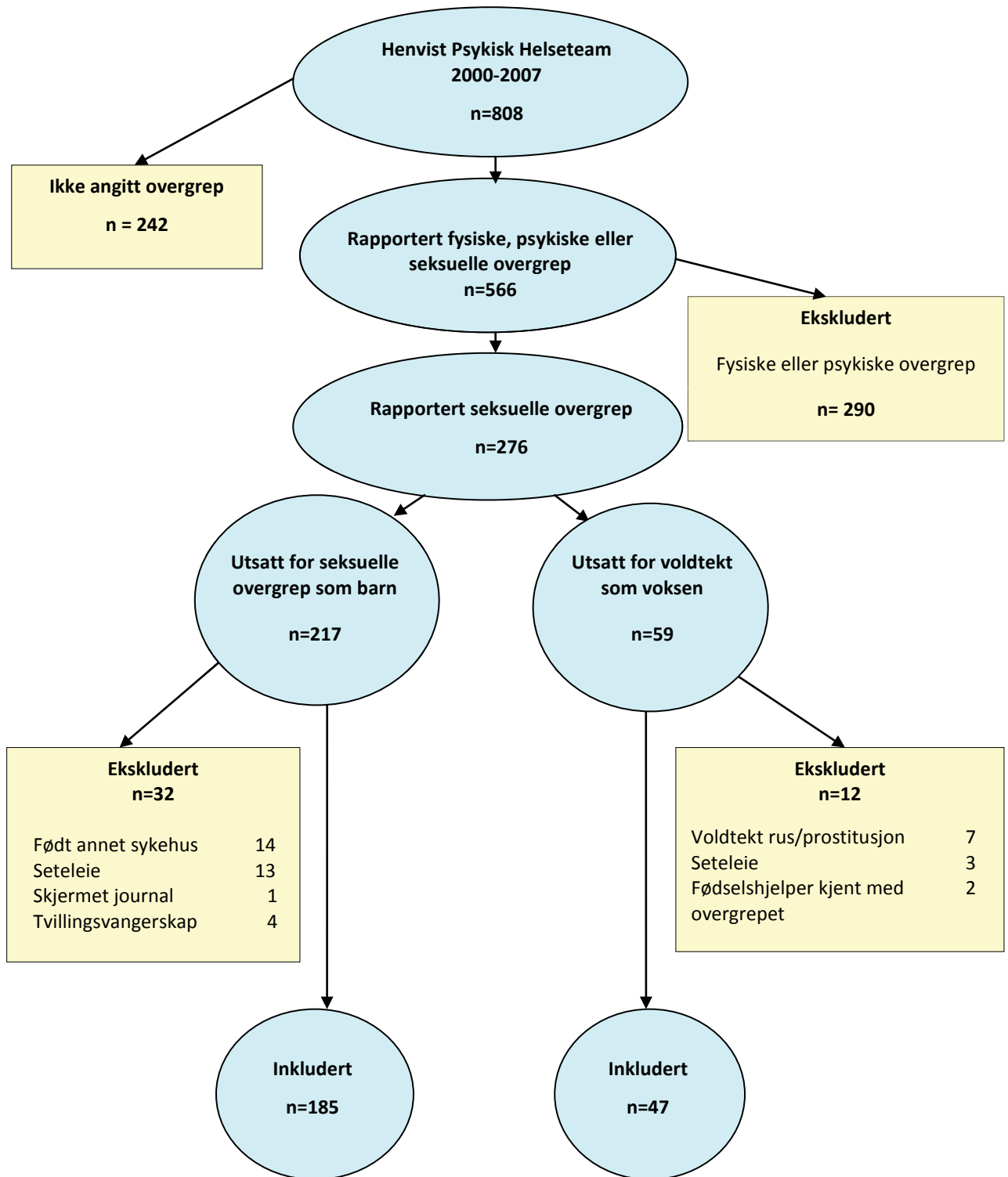
Inklusjonskriterier var å ha født ved UNN Tromsø og enten ha vært utsatt for seksuelle overgrep som barn eller for voldtekt som voksen og uten kjente seksuelle overgrep som barn. De som inngikk i gruppen seksuelle overgrep som barn hadde vært utsatt for seksuelle handlinger eller omgang før fylte 16 år. Overgrepene omfattet berøring av kjønnsorganer, masturbasjon, oralsex, forsøk på inntrengning i vagina eller fullført samleie. Flere av overgrepene hadde vært ledsaget av fysisk vold og/eller psykiske trusler. Overgrepene hadde vært utført av foreldre, steforeldre, besteforeldre, søsken, onkler, tanter, søskenbarn, andre omsorgspersoner, naboer, lærere eller ledere innen frivillige organisasjoner og religiøse menigheter. Gruppen utsatt for voldtekt som voksen hadde vært utsatt for vaginal voldtekt etter fylte 16 år og hadde ikke vært utsatt for overgrep som barn.

Eksklusjon

Eksklusjonskriterier for gruppen utsatt for overgrep som barn var at fødselen hadde foregått ved et annet sykehus, skjermet medisinsk journal, tvillingsvangerskap eller seteleie.

Eksklusjonskriterier for gruppen utsatt for voldtekt som voksen var der voldtekten hadde skjedd i forbindelse med alvorlig rusmiddelmisbruk eller prostitusjon, seteleie eller fødselshjelper var kjent med overgrepet. Flytskjema for inklusjon og eksklusjon i studien presenteres i figur 6.

Figur 6. Flytskjema for inklusjon i studie V



Kontrollgruppen

Kontrollene ble rekruttert fra den samme fødepopulasjonen ved sykehuset som var matchet for alder, paritet, hodeleie og år for fødsel, med gruppen utsatt for voldtekt som voksen i forbindelse med studie IV. Kvinnene i gruppen seksuelle overgrep som barn var yngre ved sin første fødsel, noe som også er karakteristisk for denne gruppen. Selv om det var ønskelig å rekruttere matchede kontroller til de yngste mellom 16-17 år i gruppen seksuelle overgrep som barn, var det ikke mulig å finne kontroller som vi med sikkerhet kunne utelukke ikke hadde vært utsatt for seksuelle overgrep.

Datainnsamling

Det ble benyttet samme registrerings skjema som for studie IV for innhenting av data til gruppen utsatt for seksuelle overgrep som barn. Variablene er angitt i tabell 4 a og 4 b. Registreringen er utført på samme måte og datamaterialet er komplett.

Statistisk analyse

For å teste signifikante forskjeller mellom gruppene ble det brukt Kjikvadrattest og Kruskal-Wallis test. Fødselsvarigheten ved vaginale fødsler og fødselsutfallet i de to overgrepsgruppene ble sammenlignet med kontrollgruppen. Ved beregning av Odds Ratio (OR) ble de to overgrepsgruppene kodet som "dummy" variabler slik at $OR < 1$ indikerte ønsket utkomme sett i forhold til kontrollgruppen. For å vurdere risikoen for keisersnitt eller operativ vaginal fødsel, ble en multinominal logistisk regresjonsanalyse utført i følgende tre trinn. Først i en modell med fødselsutfallet som avhengig variabel og seksuelle overgrep som barn og voldtekt som voksen som uavhengige dummyvariabler der alle antatte konfunderende faktorer ble lagt til hver for seg (modell 1). Variablene som var signifikant assosiert med det ene eller det andre utkommet ble inkludert i en multivariabel modell (modell 2). Til slutt en endelig modell (modell 3) der alle variabler fra den forrige modellen som beholdt en signifikant relasjon til enten operativ vaginal fødsel eller keisersnitt ble inkludert (tabell 8). Signifikansnivå for alle steg i analysen var $P < 0.05$. Risiko ble rapportert som Odds Ratio (OR) med 95 % konfidensintervall (KI).

Etisk godkjenning

REK Nord stilte de samme betingelsene for uthenting og registrering av data i denne studien som for studie IV og studien ble godkjent (2010/2839-2).

Studie VI

Bakgrunn for studien

En stor andel av kvinnene med fødselsangst som inngår i studie I og II hadde tidligere i livet vært utsatt for overgrep og erfarte sin første fødsel som traumatisk. Resultatene fra studie IV viste at hele 80 % av kvinnene som hadde vært utsatt for voldtekt ble operativt forløst ved sin første fødsel, og de som fødte vaginalt hadde en dobbelt så lang utdrivingsfase som kontroller uten overgrep. Disse resultatene sammen med kvinnens erfaringer gitt i samtalene, og lite oppmerksomhet og kunnskap i den aktuelle forskningslitteraturen, er bakgrunnen for at vi ønsket å utforske fødselserfaringen til kvinner som tidligere har vært utsatt for voldtekt.

Design

Kvalitative intervju ble brukt for å utforske og belyse hvordan den første fødselen erfares av kvinner som tidligere har vært utsatt for voldtekt som voksen samt deres råd om hvilken fødselshjelp de anser som god for kvinner som har vært utsatt for voldtekt.

Metode

Kvalitative metoder er forskningsstrategier som egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres²⁵⁹. For å få tilgang til kvinnes fødselserfaring ble kvalitativt forskningsintervju benyttet. Denne tilnærmingen er egnet for utforskning av sensitive tema som krever ettertanke og trygghet og gir tilgang til menneskelige erfaringer, tanker og opplevelser²⁶⁰. Kvalitativt forskningsintervju ble valgt fordi det får frem hvordan en kvinne beskriver erfaringen fra sin første fødsel. Kvale definerer det kvalitative forskningsintervju som:

"et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene"(s.39)²⁵⁹.

Han beskriver det som en konversasjon som har en viss struktur og hensikt. Materialet består av tekst, som kan representere samtaler eller en observasjon. Intervjuene ble gjennomført i samsvar med Kvaless prinsipper. Dette innebærer blant annet at forskeren er lydhør for informantens versjon av fødselshistorien og sensitiv for overraskelser eller endringer underveis som kan utfordre forskerens egen forståelse²⁵⁹.

Informanter

Utvalget består av ti kvinner utsatt for voldtekt i voksen alder etter fylte 16 år, og før de fødte sitt første barn. Informantene ble rekruttert fra kohorten av kvinner henvist til Psykisk Helseteam i tidsperioden 2000-2007. Det ble foretatt et strategisk utvalg av informanter etter følgende utvelgelseskriterier: kvinnen skulle være norsktalende, ikke gravid eller alvorlig psykisk syk på intervjutidspunktet. Deres fødsler skulle representere fødsler med og uten operative inngrep. Det var 12 kvinner som oppfylte kriteriene til studien. Alle ble vurdert til å kunne bidra med betydningsrike data. En kvinne var det ikke mulig å komme i kontakt med. En skriftlig forespørsel til 11 kvinner med informasjon om hensikten med studien og hva deltakelsen innebar ble sendt ut fra leder ved fødepoliklinikken (vedlegg 7). De som ønsket å delta sendte sitt samtykke direkte til forskerne. I brevet ble det understreket muligheten for et profesjonelt tilbud om hjelp dersom intervjuet i ettertid skulle medføre reaksjoner. Ti kvinner samtykket til å delta og utgjør informantene i studien.

Beskrivelse av utvalget

Informantene var ved den første fødselen i alderen 21-38 år (gjennomsnitt 26,2 år). Ved intervjutidspunktet var syv gifte/samboere og tre var enslige. Samtlige hadde fullført videregående skole hvorav fire hadde høyere universitetsutdanning mer enn fire år. Ni var yrkesaktive på fulltid og en var midlertidig ufør grunnet en alvorlig somatisk sykdom. Åtte hadde født to barn og to hadde et barn. De hadde vært utsatt for voldtekten når de var i alderen 16-26 år. De fødte sitt første barn 6-16 år etter at voldtekten hadde skjedd. For ni var det en overfallsvoldtekt hvorav to var blitt utsatt for flere overgrep og for en var det en parforholdsvoldtekt. For fire var voldtekten deres seksuelle debut. En av voldtektene var anmeldt til politiet.

Datainnsamling

Intervjuene ble utført i to tidsperioder, fire i 2009 og seks i 2010. De ble utført i felleskap av førsteforfatterne. Åtte av intervjuene foregikk på et uforstyrret kontor på UNN og to i informantenes hjem. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og varte gjennomsnittlig i to timer (90–150 min). Opptak av intervjuene var nødvendig for at alt som ble sagt, skulle bli tatt vare på. Dette omtales som et sentralt argument for å ta opp intervju på bånd²⁶¹. Det ble brukt to lydopptakere for å sikre opptaket mot tekniske uhell og fordi det var praktisk siden vi var to intervjuere. Det var utarbeidet en intervjuguide med fokus på følgende tema; den første

fødselserfaringen (følelser, minner, sanseintrykk og smerte), samspillet med fødselshjelperne (tilstedeværelse, tillit/mistillit), hvordan hun ser på fødselen i ettertid (kroppslige erindringer, samspillet med partneren, møtet med barnet, seksualiteten etter fødselen), hva informantene anser som god fødselshjelp til kvinner utsatt for voldtekt samt at de beskrev sin fysiske, psykiske og seksuelle helse i dag og eventuelle helsekonsekvenser etter voldtekten (selvbilde, fysisk, psykisk og seksuell helse) (vedlegg 8).

Inngangsspørsmålet var ”Fortell om din første fødsel - så detaljert som du husker den”. Rekkefølgen på tema og spørsmål som ble stilt, varierte ut fra det informantene fortalte og tok frem. Informantene ble oppfordret til fritt å fortelle om sine erfaringer og opplevelse relatert til de ulike temaene. Det inngikk ingen direkte spørsmål om selve voldtekten. Ved behov ble det stilt klargjørende spørsmål. Før intervjuet ble avsluttet, ble intervjuguiden gjennomgått for å påse at alle temaer var berørt. Informantene delte sine erfaringer på en fortrolig måte og samtalene var preget av åpenhet og en imøtekommende atmosfære. I intervjuene ble det lagt vekt på at informantene skulle kunne tre frem med de følelsene som måtte komme. Intervjuene var preget av både gråt og latter. Etter at opptakeren var slått av ble det åpnet opp for at informantene kunne formidle hvordan de erfarte det å bli intervjuet.

Etter hvert intervju ble det gjort individuelle notater som oppsummerte de umiddelbare refleksjonene over innholdet i intervjuet. Seks intervjuer ble fortløpende transkribert av LH og fire av en ekstern person. Intervjuene ble transkribert på dialekt så nært opp til talespråk som mulig og der latter, gråt, stillhet eller andre former for kommunikasjon ble notert.

Dataanalysen

Data ble analysert gjennom kvalitativ innholdsanalyse beskrevet av Graneheim og Lundman^{255, 256}, en metode for systematisk identifisering av variasjon i teksten med henblikk på likheter og ulikheter. Intervjuene bestående av 131 261 ord ble analysert av de to første forfatterne (LH, HN). Ettersom studien fokuserer på opplevelsen av den første fødselen ble kun de deler av teksten som omhandler fødselen identifisert (98 467 ord) og utgjør selve analyseenheten i denne studien. Informantenes råd til fødselshjelperne ble ikke analysert, men er oppsummert og gjengitt i figur 10 b. For å få et helhetsbilde ble intervjuene lyttet til og teksten lest igjennom flere ganger. Deretter ble det i fellesskap reflektert over tekstens

hovedinnhold. Teksten ble så inndelt i meningsenheter som ble kondensert, kodet og tematisert. Hele analysen ble gjort manuelt uten bruk av elektronisk analyseverktøy. Temaets fremvekst var en prosess som pågikk under hele analysearbeidet. Den videre analysen ble diskutert med de to medforfatterne (TS, PØ), slik at det ble oppnådd en felles forståelse av det abstraherte innholdet i teksten. Et eksempel på analyseprosessen er illustrert i tabell 5 og 6.

Tabell 5. Eksempel på en analyseprosess

Meningsenheter	Kondensert meningsenhet	Kode	Under-kategori	Kategori	Tema
<p>Æ opplevde at æ på en måte gikk ut av kroppen æ veit ikkje kor æ var - over mæ sjøl eller så ned eller hva - men det følte veldig likt ut – akkurat den utdrivningsfasen, som når æ ble voldtatt</p> <p>At jordmora ikkje snakka med mæ, ikkje henvendte seg til mæ - og at æ ikkje fikk være med. Æ va bare en slags "robotmaskin-kropp" som sku fø en onge – der ingen så "mæ". De e noe veldig nedverdigenes i å bli behandlet som en fødemaskin som bare e noe som skal restitueres. Man e jo'kkje en maskin som skal fø en onge, man e jo der som menneske og. Man e jo'kkje bare en kropp som de skal komme en annen kropp ut av. Da e det på en måte "en kropp" som fødte - men de va'kkje mæ</p>	<p>Gikk ut av kroppen, var over meg sjøl eller så ned - som når æ ble voldtatt</p> <p>At æ ikkje fikk være med, va bare en robotmaskinkropp, en fødemaskin som skal restitueres</p> <p>E der som menneske også, ikke bare en kropp det skal komme annen kropp ut av</p>	<p>Dissosiering</p> <p>Behandlet uverdigg og redusert til en ting</p>	<p>Flykte</p> <p>Tingliggjort</p>	<p>Voldtekten reaktivert</p> <p>Retraumatisert</p>	<p>Å være tilbake i voldtekten</p>

Tabell 6. Underkategorier, kategorier og tema

Underkategori	Kategori	Tema
Kamp Gi seg over Flykte Tingliggjort Tilskitnet Fremmedgjort kropp	Reaktivering av voldtekten under fødselen Retraumatisert etter fødselen	Å være tilbake i voldtekten

Etisk godkjenning

Studien ble godkjent av REK Nord (2009/1146-2). Informantene ble lovet konfidensialitet og at alle utsagn og personidentifiserbare opplysninger skulle anonymiseres når funnene ble publisert. De ble også opplyst at lydbåndene skulle slettes etter at de var transkribert og at utskrifter fra intervjuene skulle oppbevares innelåst.

4. Resultater

Studie I

"Er det sammenheng mellom psykiske belastninger og et ønske om keisersnitt?"

I hele studiepopulasjonen var det 80 % som oppga at de tidligere hadde hatt angst/depresjon, 32 % hadde hatt spiseforstyrrelse og 72 % hadde vært utsatt for en eller annen form for overgrep (tabell 7). I gruppen som ønsket keisersnitt, var det signifikant flere som anga psykiske problemer i form av alvorlig fødselsangst, tidligere angst og depresjon, flere med mistillit og færre som oppga at de hadde fått behandling for sine psykiske problemer, enn i gruppen uten ønske om keisersnitt. I gruppen som ikke ønsket keisersnitt var det signifikant flere som hadde vært utsatt for psykiske overgrep, enn i gruppen med ønske om keisersnitt. Blant flergangsfødende som ønsket keisersnitt var det 95 % som tidligere hadde opplevd en eller flere fødsler som traumatisk versus 52 % i gruppen uten ønske ($p < 0.001$) (artikkel 1, e-tabell 1).

Det var ikke forskjeller i sosiodemografiske forhold mellom gruppene (artikkel 1, e tabell 3). Multippel logistisk regresjonsanalyse viste at tidligere traumatisk fødsels erfaring (OR 8,7; 95 % KI 1,7-45,0), tidligere angst og depresjon (OR 19,4; 95 % KI 1,2-191,1) og alvorlig fødselsangst (OR 8,5; 95 % KI 2,2-32,5) var positivt forbundet med et ønske om keisersnitt, mens overgrep samlet (OR 0,2; 95 % KI 0,002-0,225) var negativt assosiert med dette (artikkel I, tabell 4).

Tabell 7. Psykiske problemer og tidligere behandling, overgrep, grad av fødselsangst samt mistillit til helsepersonell hos 164 kvinner med fødselsangst, vurdert etter ønske om keisersnitt

	Ønsker keisersnitt n=86 (%)	Ønsker ikke keisersnitt n =78 (%)	Total n= 164 (%)	χ^2	P
Psykiske problemer					
Tidligere angst/depresjon	77 (89,5)	54 (69,2)	131 (79,9)	10,491	,001
Posttraumatisk stress forstyrrelse, personlighetsforstyrrelse, psykose	18 (20,9)	14 (17,9)	32 (19,5)	,232	,630
Spiseforstyrrelse ¹	26 (31,3)	23 (32,9)	49 (32,0)	,041	,840
Andel med psykiske problemer	78 (90,7)	58 (74,4)	136 (82,9)	7,712	,005
Andel behandlet for psykiske problemer²				13,663	,000
Ja	20 (25,6)	33 (56,9)	53 (39,0)		
Nei	58 (74,4)	25 (43,1)	83 (61,0)		
Overgrep					
Fysiske overgrep ³	31 (47,7)	31 (63,3)	62 (54,4)	2,731	,098
Psykiske overgrep ⁴	32 (49,2)	39 (76,5)	71 (61,2)	8,931	,003
Seksuelle overgrep ⁵	31 (48,4)	24 (57,1)	55 (51,9)	,770	,380
Overgrep samlet ⁶	41 (63,1)	43 (84,3)	84 (72,4)	6,452	,011
Grad av fødselsangst				52,9	,000
Moderat	28 (33)	69 (88,5)	97 (59,1)		
Alvorlig	58 (67)	9 (11,5)	67 (40,9)		
Mistillit til helsepersonell				23,9	,000
	71 (83)	36 (46)	107 (65)		

Data fra 1) 153 kvinner, 2) av 136 kvinner med psykiske lidelser, 3) 114 kvinner, 4) 116 kvinner, 5) 106 kvinner, 6) 116 kvinner

Fødselsutfallet

I hele materialet var keisersnittfrekvensen 32 %. I gruppen som ønsket keisersnitt og hadde lav obstetrisk risiko ble 11 % forløst med keisersnitt versus 8 % i gruppen uten ønske. Ved høy obstetrisk risiko ble 55 % forløst med keisersnitt i gruppen som ønsket keisersnitt, versus 36 % i gruppen uten ønske.

Studie II

”Ønske om keisersnitt grunnet fødselsangst, kan det endres ved hjelp av en kriseorientert intervensjon?”

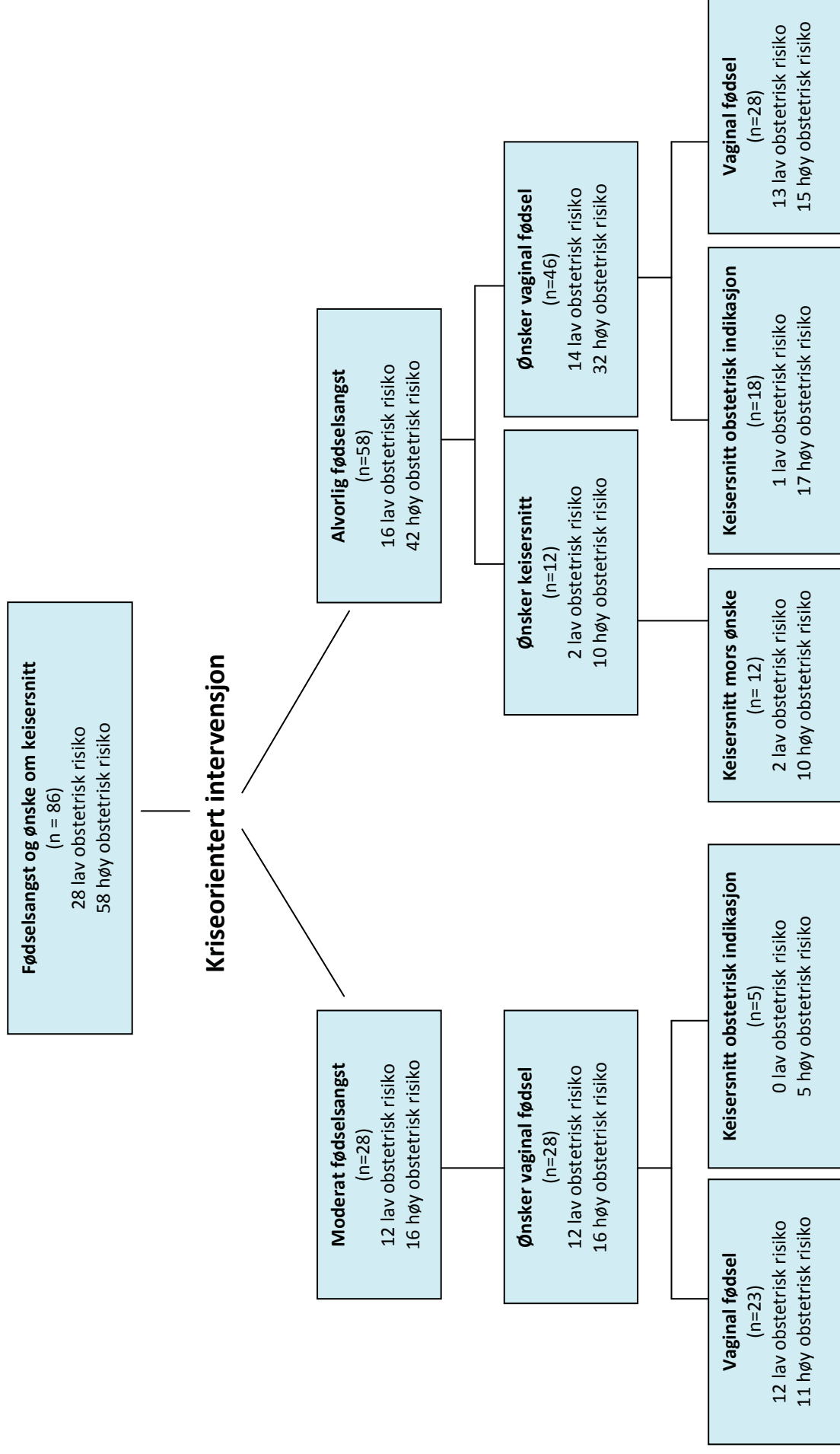
Etter en kriseorientert intervensjon var det 74 (86 %) av kvinnene, som endret sitt ønske om keisersnitt og innstilte seg på å føde vaginalt. Samtlige av de med moderat fødselsangst og 79 % av de med alvorlig fødselsangst endret sitt opprinnelige ønske (artikkel II, tabell 2). Det var ingen signifikante forskjeller i antallet konsultasjoner i gruppen som endret sitt ønske versus de som ikke endret sitt ønske. Gjennomsnittsvarigheten av intervensjonen var fem timer (variasjonsbredde 1-15 timer). Første samtale var gjennomsnittlig i svangerskapsuke 27 (variasjonsbredde 6-40). I etterundersøkelsen svarte 98 % at de var tilfreds med samtaletilbudet og hadde tillit til behandlerens faglighet. Alle som endret sitt opprinnelige ønske om keisersnitt var tilfreds med tilbudet. Av de som fødte vaginalt var det 93 % som ville foretrekke å føde vaginalt ved en eventuell senere fødsel. Av de som ble forløst med keisersnitt, svarte 46 % at de ønsket å føde vaginalt ved en eventuell senere fødsel.

Fødselsutfallet

Av de 86 kvinnene med fødselsangst og ønske om keisersnitt, var det 51 (59 %) som fødte vaginalt og 35 (41 %) ble forløst med keisersnitt hvorav 12 på indikasjon mors ønske og 23 på obstetrisk indikasjon (figur 7). Blant de med lav obstetrisk risiko som endret sitt ønske var det 96 % som fødte vaginalt. Blant de med høy obstetrisk risiko som endret sitt ønske fødte 54 % vaginalt og 46 % ble forløst med keisersnitt grunnet indikasjonene: alvorlig preeklampsi, prematur vannavgang, truende fosterasfyksi, mislykket induksjon eller langsom fremgang.

Det var 12 kvinner, alle med alvorlig fødselsangst som opprettholdt sitt ønske om keisersnitt. Samtlige hadde belastende livserfaringer og ubehandlede psykiske lidelser i form av angst, depresjon og symptomer forenlige med posttraumatisk stress forstyrrelse. To var førstegangsfødende. For åtte av de ti flergangsfødende hadde en eller flere tidligere fødsler vært opplevd traumatisk. Fødslene hadde vært obstetrisk kompliserte med vakuumsforsøk i kombinasjon med fundustrykk og påfølgende keisersnitt, blødninger mellom 1000-3000 ml eller det var utført akutt keisersnitt grunnet truende fosterasfyksi. De to førstegangsfødende hadde vært utsatt for alvorlige ulykker med multiple frakturer og lang rekonvalesenstid.

Figur 7. Endelig fødselsutfall etter en kriseorientert intervensjon til kvinner henvist med fødselsangst og ønske om keisersnitt vurdert etter grad av fødselsangst og obstetrisk risiko (studie II)



Av de 86 kvinnene med moderat og alvorlig fødselsangst og ønske om keisersnitt var det 51 som fødte vaginalt (59 %) og 35 med keisersnitt (41 %), hvorav 12 på mors ønske og 23 på obstetrisk indikasjon.

Studie III

”Kan behandlerens holdning påvirke en endring av et ønske om keisersnitt hos kvinner med fødselsangst?”

I utvalg 1 der holdningen i tilnærmingen til jordmor A var ”mestring” og til jordmor B var ”autonomi” var det signifikant flere av kvinnene som var behandlet av jordmor A som endret sitt ønske om keisersnitt (A 95 % og B 77 % $p=0,026$) og som fødte vaginalt (A 90 % og B 42 % $p=0,001$) (artikkel III, tabell 1).

I utvalg 2 der begge behandlerne hadde en mestringsholdning i sin tilnærming var det ingen signifikante forskjeller mellom A og B i andelen kvinner som endret sitt ønske om keisersnitt (A 97 % og B 93 % $p=0,40$) eller som fødte vaginalt (A 80 % og B 81 % $p=0,82$) (artikkel III, tabell 1).

Prediktorer for endring av et ønske om keisersnitt

Det første utvalget viste at en endring i et ønske om keisersnitt var negativt assosiert med fødselsangst og positivt assosiert med behandlet av jordmor A. Hverken paritet eller obstetrisk risiko var assosiert med endring av et ønske om keisersnitt. I det andre utvalget ble det ikke identifisert noen prediktorer.

Prediktorer for vaginal fødsel

I utvalg 1 var vaginal fødsel positivt forbundet med behandlet av jordmor A ($OR=12,44$; $p<0,001$) og negativt forbundet med obstetrisk risiko ($OR=0,139$; $p<0,009$) og alvorlig fødselsangst ($OR=0,169$; $p<0,010$) (artikkel III, tabell 3). I utvalg 2 var vaginal fødsel negativt assosiert med obstetrisk risiko ($OR=0,046$; $p=0,004$) alvorlig fødselsangst ($OR=0,121$; $p=0,004$) og psykiske problemer ($OR=0,053$; $p=0,018$). Behandlende jordmor fremsto ikke som en prediktor (artikkel III, tabell 4).

Hovedfunn

En endring i behandlerens holdning fra ”autonomi” til ”mestring” i tilnærmingen til ønske om keisersnitt var assosiert med en signifikant økning i andelen som endret sitt ønske om keisersnitt fra 77 % til 93 % og som fødte vaginalt fra 42 % til 81 %.

Studie IV

”Fødselsutfallet til førstegangsfødende utsatt for voldtekt som voksen: en matchet kasus-kontrollstudie”

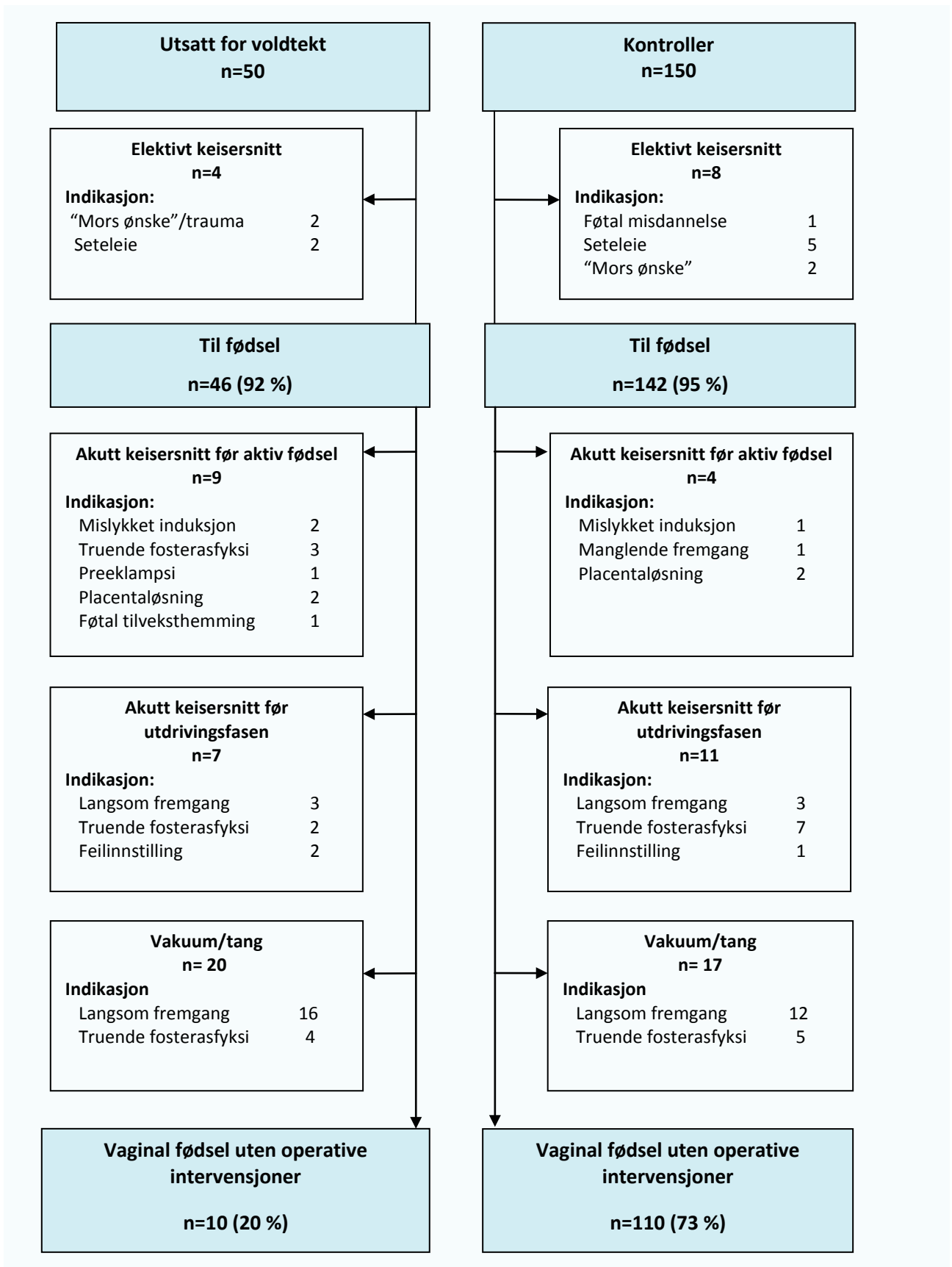
I gruppen utsatt for voldtekt var det signifikant flere som var enslige, uten lønnet arbeid, som røykte i svangerskapet, som tidligere hadde hatt spontane eller provoserte aborter, enn i kontrollgruppen. Det var signifikant flere i gruppen utsatt for voldtekt som ble indusert og/eller stimulert med oksytocin og flere brukte epidural som smertelindring, enn i kontrollgruppen (artikkel IV, tabell 1). Voldtekten hadde skjedd når de var gjennomsnittlig 18,5 år (16-30 år). For 54 % var voldtekten deres seksuelle debut og for halvparten var det et overfall av en fremmed. Ingen fødte sitt første barn som resultat av voldtekten.

Forløp og utfall av den første fødselen

Gruppen kvinner utsatt for voldtekt hadde en lengre utdrivingsfase enn kontrollene (120 versus 55 minutter $p < 0,01$), men det var ikke signifikante forskjeller i åpningsfasen (290 versus 250 minutter $p = 0,87$) (artikkel IV, tabell 2). I gruppen utsatt for voldtekt ble 40 % forløst med keisersnitt, 40 % med vakuump eller tang og 20 % fødte vaginalt uten operative inngrep. I kontrollgruppen ble 15 % forløst med keisersnitt, 11 % forløst med vakuump eller tang og 73 % fødte vaginalt uten operative inngrep. Fødselsutfallet og indikasjoner for operative forløsninger er illustrert i figur 8.

Multinomial logistisk regresjonsanalyse viste at de som hadde vært utsatt for voldtekt hadde mer enn 15 ganger økt risiko for å bli forløst med keisersnitt (justert OR 15,7; 95 % KI 5,0-49,1) og 13 ganger økt risiko for en operativ vaginal forløsning (justert OR 13,1; 95 % KI 4,9-34,5) sammenlignet med kontrollene (artikkel IV, tabell 3). Ingen av de justerte variablene i modellen var signifikante for operativ vaginal fødsel. Mors alder og KMI bidro litt til å øke sannsynligheten for keisersnitt, mens obstetrisk risiko økte risikoen for keisersnitt betraktelig. Stimulering med oksytocin reduserte sannsynligheten for keisersnitt.

Figur 8. Flytskjema for fødselsutfallet, indikasjoner for operative forløsninger, 50 førstegangsfødende utsatt for voldtekt som voksen og 150 kontroller matchet for alder, paritet, år for første fødsel og fosterleie



Studie V

”Forskjeller i fødselsutfall hos førstegangsfødende utsatt for seksuelle overgrep som barn eller voldtekt som voksen: en kasus-kontrollstudie i en klinisk kohort”

I gruppen utsatt for seksuelle overgrep som barn var gjennomsnittlig alder ved første fødsel 24,3 år (variasjonsbredde 14-37 år) versus 27,4 (19-39 år) i gruppen utsatt for voldtekt og kontrollgruppen ($p < 0,01$). Det var signifikante forskjeller mellom gruppene i sosiodemografiske karakteristika som enslig, høyere utdanning, uten lønnet arbeid, røyking, høyde, pregravid KMI og spontane og provoserte aborter. Det var signifikante forskjeller mellom gruppene i obstetrisk risiko, indusert/stimulert med oksytocin, epidural analgesi og overflyttinger til nyfødt intensiv avdeling (artikkel V, tabell 2).

Tabell 8. Risiko for operativ vaginal forløsning og keisersnitt hos 185 førstegangsfødende utsatt for seksuelle overgrep som barn, 47 utsatt for voldtekt som voksen sammenlignet med 141 kontroller

	Operativ vaginal forløsning OR (95% CI)	P	Keisersnitt OR (95% CI)	P
Ujustert				
Overgrep som barn	0,80 (0,39-1,64)	0,54	1,65 (0,86-3,16)	0,13
Voldtekt som voksen	12,71 (5,09-31,73)	<0,01	11,57 (4,48-29,41)	<0,01
Endelig modell				
Overgrep som barn	0,84 (0,37-1,91)	0,60	1,41 (0,63-3,12)	0,40
Voldtekt som voksen	12,17 (4,40-33,72)	<0,01	9,92 (3,36-29,35)	<0,01
Alder (ung ≤ 19 år)	0,38 (0,08-1,83)	0,23	0,34 (0,07-1,66)	0,18
Alder (eldre ≥ 31 år)	2,55 (1,12-5,85)	0,03	1,65 (0,73-3,73)	0,23
Høyere utdanning	0,65 (0,30-1,43)	0,29	2,12 (1,01-4,44)	0,05
Pregravid KMI (kg/m ²)	0,96 (0,87-1,05)	0,36	1,09 (1,02-1,17)	0,02
Epidural (ja/nei)	2,43 (1,06-5,58)	0,08	0,43 (0,21-0,90)	0,01
Oksytocinstimulering	1,83 (0,92-3,64)	0,04	2,89 (1,48-5,65)	0,02
Høy obstetrisk risiko (høy/lav)	1,34 (0,64-2,82)	0,44	3,07 (1,53-6,14)	<0,01
Fødselsvekt (hektogram)	1,07 (0,99-0,15)	0,08	1,09 (1,03-1,16)	0,01
Overflyttet nyfødtintensiv	1,29 (0,37-4,45)	0,69	2,85 (1,09-7,52)	0,03

Multinomial logistisk regresjonsanalyse justert for alder, sivilstand, utdanning, røyking, aborter, antall svangerskapskontroller, høyde, pregravid KMI, epidural, indusert fødsel, oksytocinstimulering, obstetrisk risiko, blødning > 500 ml, Apgar skåre <7/5 min, fødselsvekt, overflyttet nyfødt intensivavdeling.

Tabell 8 viser risikoen for operativ vaginal forløsning og keisersnitt for gruppen utsatt for seksuelle overgrep som barn, gruppen utsatt for voldtekt som voksen sammenlignet med kontrollene. Effekten av mulige konfunderende faktorer i forhold til hvilket overgrep og fødselsutfallet var marginal, og få av de justerte effektene fikk betydning. En noe økt risiko for operativ vaginal forløsning hos de eldste kvinnene var marginalt signifikant, og stimulering med oksytocin var signifikant for forløsning med keisersnitt.

Fødselsutfallet

I gruppen som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som barn ble 18 % forløst med keisersnitt, 9 % med vakuum/tang og 73 % fødte uten operative inngrep. I gruppen utsatt for voldtekt som voksen ble 36 % forløst med keisersnitt, 43 % med vakuum/tang og 21 % fødte uten operative inngrep. I kontrollgruppen ble 11 % forløst med keisersnitt, 12 % med vakuum/tang og 77 % fødte uten operative inngrep ($p < 0,01$).

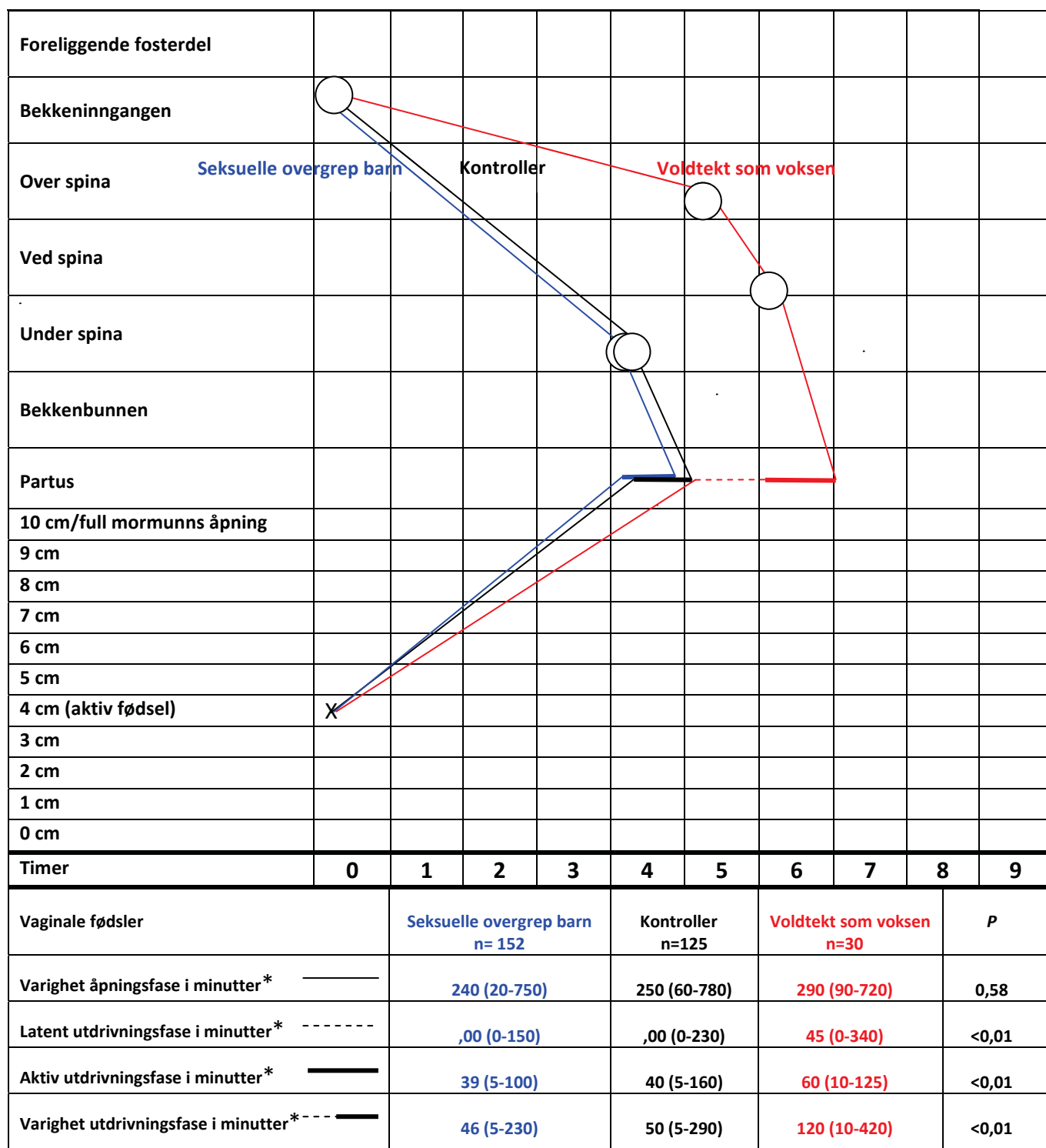
Vaginale fødsler

I tabell 9 vises obstetrisk risiko, intervensjoner og utfall av vaginale fødsler. I gruppen utsatt for seksuelle overgrep som barn ble 11 % forløst med vakuum/tang, 67 % i gruppen utsatt for voldtekt og 14 % i kontrollgruppen.

Tabell 9. Obstetrisk risiko, intervensjoner og utfall av vaginale fødsler 307 førstegangsfødende hvorav 152 hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som barn, 30 for voldtekt som voksen og 125 kontroller uten overgrep

Vaginale fødsler	Seksuelle overgrep barn n= 152 (%)	Kontroller n=125 (%)	Voldtekt voksen n=30 (%)	χ^2	P
Obstetrisk risiko	66 (43)	25 (20)	7 (23)	18,442	<0,01
Indusert fødsel	34 (22)	13 (10)	5 (17)	6,985	0,03
Oksytocinstimulering	76 (50)	68 (54)	24 (80)	9,110	0,01
Epidural analgesi	60 (40)	37 (30)	17 (57)	8,299	0,02
Episiotomi	57 (35)	41 (33)	15 (50)	3,263	0,20
Vakuum/tang	17 (11)	17 (14)	20 (67)	55,522	<0,01

Figur 9. Skjematisk partogram over forløp og aktiv fødsel ved vaginale fødsler, 307 førstegangsfødende hvorav 152 hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som barn, 30 for voldtekt som voksen og 125 kontroller



* Median (variasjonsbredde) Kruskall-Wallis test

○ Foreliggende fosterdel nedtrengning i bekkenet

X Mormunnsåpning i centimeter

I figur 9 vises et skjematisk partogram over fødselsforløpet i de tre gruppene, illustrert med median verdier i minutter. Varigheten av fødselens utdrivningsfase var 46 minutter i gruppen utsatt for overgrep som barn, 120 minutter i gruppen utsatt for voldtekt som voksen og 50 minutter i kontrollgruppen ($p < 0.01$).

Hovedfunn

Det var store forskjeller i fødselsvarighet og fødselsutfall i de to overgrepssgruppene (artikkel V, tabell 2 og figur 2). Selv om en større andel av kvinnene utsatt for seksuelle overgrep som barn hadde obstetrisk risiko ved fødselsstart, hadde de kortere fødselsvarighet og mindre risiko for keisersnitt og operativ vaginal fødsel, enn de som hadde vært utsatt for voldtekt som voksen (artikkel V, tabell 1).

Studie VI

”Å føde etter en tidligere voldtekt: en kvalitativ studie”

I analysen ble et hovedtema og to kategorier med seks underkategorier identifisert. Hovedtemaet var ”å være tilbake i voldtekten”. Kategorien ”reakivering av voldtekten under fødselen” med underkategoriene ”kamp”, ”gi seg over” og ”flukt”. Kategorien ”retraumatisering etter fødselen” med underkategoriene ”tingliggjort”, ”tilskitnet” og ”fremmedgjort kropp”. Kategoriene og underkategoriene utgjorde innholdsområder som var relatert til hovedtemaet og fremsto i sammenheng med hverandre, men skilte seg i forhold til tid. Kategorien reaktivering av voldtekten under fødselen foregår i nåtid mens kategorien retraumatisering etter fødselen er det kvinnen sitter igjen med i ettertid.

Reaktivering av voldtekten

Samtlige informanter beskrev påtrengende minner om å ha vært tilbake i voldtekten under sin første fødsel. Dette var uavhengig av om de fødte vaginalt eller ble forløst med keisersnitt. De beskrev det som en vekselvirkning mellom skremmende minner fra voldtekten og forhold under fødselen som minnet om voldtekten. I figur 10 a fremstilles en modell for hvordan reaktiveringen av voldtekten og retraumatiseringen tenkes utløst.

Kamp

De beskrev at de førte en intens indre kamp der voldtektsmannen og fødselshjelperen vekselvis var hovedaktører, og der de kom i konflikt med seg selv og sine behov og fødeavdelings prosedyrer og rutiner. Denne kampen opplevdes etter hvert som nytteløs der de til slutt bare gav seg over.

Gi seg over

De opplevde at deres fysiske og psykiske reaksjoner enten ble oversett eller overstyrt av fødselshjelperne. De beskrev det utilsiktet uheldige samspillet med fødselshjelperne der de først kjempet og prøvde å yte motstand til ingen nytte, deretter lot seg overstyre for til slutt å gi seg over. Når de ga seg over ble det av fødselshjelperen tolket som manglende evne til å føde og at en aktiv inngripen i fødselen var nødvendig. Dette oppfattet kvinnene som om de ikke mestret sin oppgave og at kroppen hadde sviktet dem. Når de hadde gitt seg over så de ingen annen mulighet enn å flykte mentalt ut av kroppen.

Flukt

Både fødselen og voldtekten opplevdes av informantene som uunngåelige og ukontrollerbare situasjoner. Informantene beskrev hvordan de opplevde å bli behandlet som et passivt objekt i stedet for en egen handlende aktør. Intensjonen var å få til et samarbeid med fødselshjelperne, noe som etter hvert opplevdes som en umulig oppgave. De beskrev stressede fødselshjelpere som de oppfattet ikke hadde tid eller inviterte til samarbeid. De opplevde sine egne reaksjoner som avvikende og upassende og oppfattet signalene fra fødselshjelperne som om det bare var barnets fødsel som sto i fokus, og at de selv sto i veien for dette.

Retraumatisert etter fødselen

Informantene uttrykte at de samme reaksjonsmønstrene og forsvarsstrategiene som ble utløst under voldtekten også var blitt aktualisert under fødselen. De hadde prøvd å forholde seg til voldtekten som en "ikke hendelse" i livet. Skammen over å ha blitt voldtatt hadde vært så overveldende at traumet var forblitt taust og dermed ubearbeidet.

Tingliggjort

Det de underveis prøvde å uttrykke til fødselshjelperne, ble ikke mottatt, kroppsspråket ble oversett og ikke tatt hensyn til – som om de ikke en gang var tilstede. De opplevde seg redusert til en fødemaskin og skammet seg over at de ikke hadde vært i stand til å forhindre at det skjedde.

De gjenkjente den samme uverdige følelsen av å være betydningsløs, som en hvilken som helst ting og tok nok en gang på seg skylden for det som skjedde.

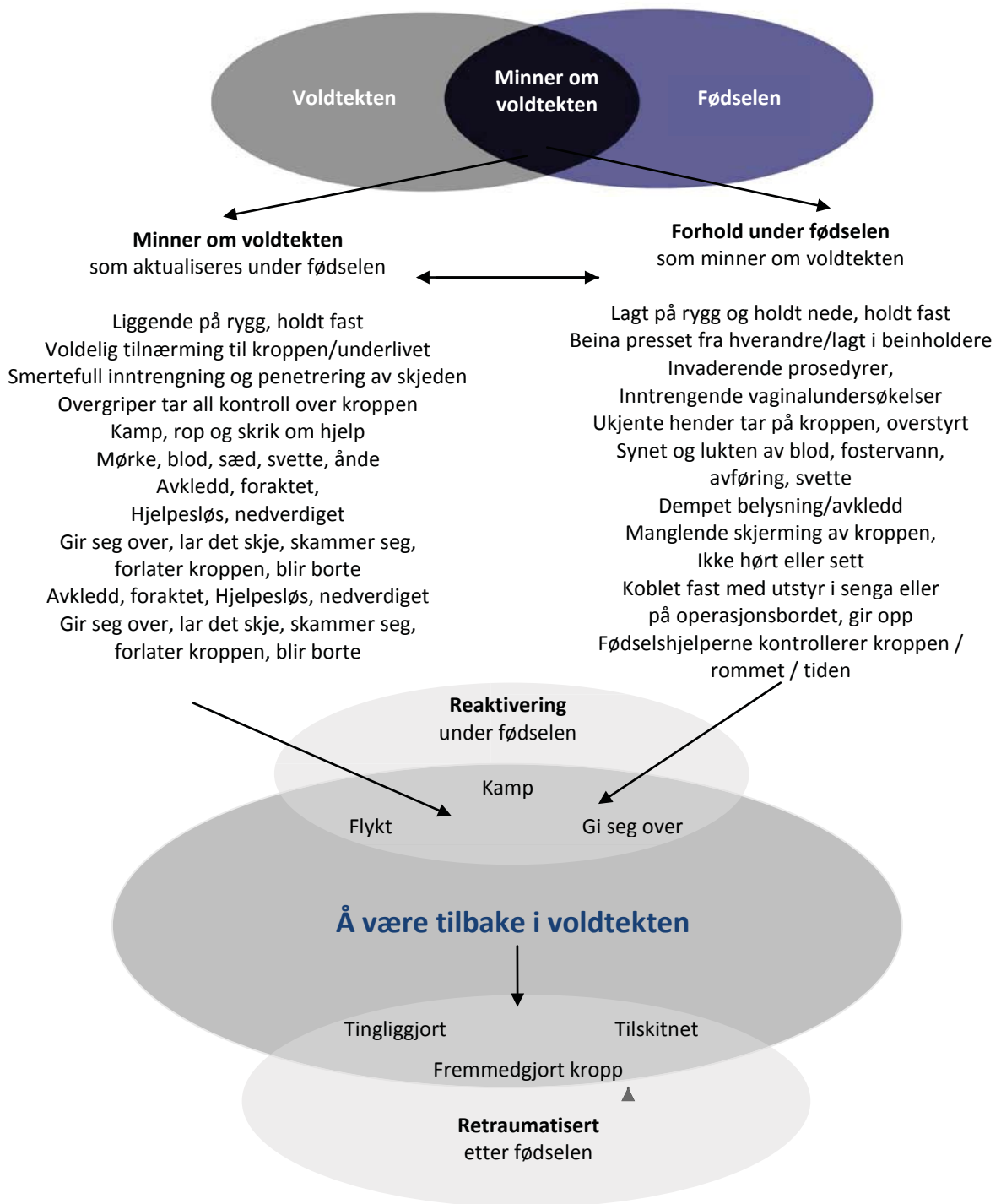
Tilskitnet

De beskrev at all form for berøring av fremmede hender invaderte og tilskitnet kroppen – skitnet til i den forstand at følelsen kom som en følge av noe som ble påført utenfra og som hadde festet seg til kroppen. Umiddelbart etter fødselen eller keisersnittet oppsto et akutt behov for å få vasket seg og gjort seg ren. Følelsen av å være tilskitnet vedvarte langt ut i barseltiden. De satt igjen med en kropp de ikke kjente igjen og som gjorde det vanskelig å ta fatt på de naturlige morsoppgavene.

Fremmedgjort kropp

Fødselen var blitt et nytt overgrep der de opplevde å bli krenket på lignende måte som under voldtekten. De gjenkjente nedverdigelsen av å være tingliggjort og redusert til en kroppslig gjenstand som andre hadde benyttet seg av. Følelsen var ikke direkte knyttet til hvordan barnet kom ut, men til hvordan samspillet mellom kvinnen og fødselshjelperne utviklet seg underveis. I stedet for å føle seg som en stolt nybakt mor hadde voldtektstraumet invadert hele fødselsopplevelsen og de satt igjen retraumatisert.

Figur 10 a. Skjematisk modell over reaktivering av voldtekten under fødselen som fører til retraumatisering etter fødselen



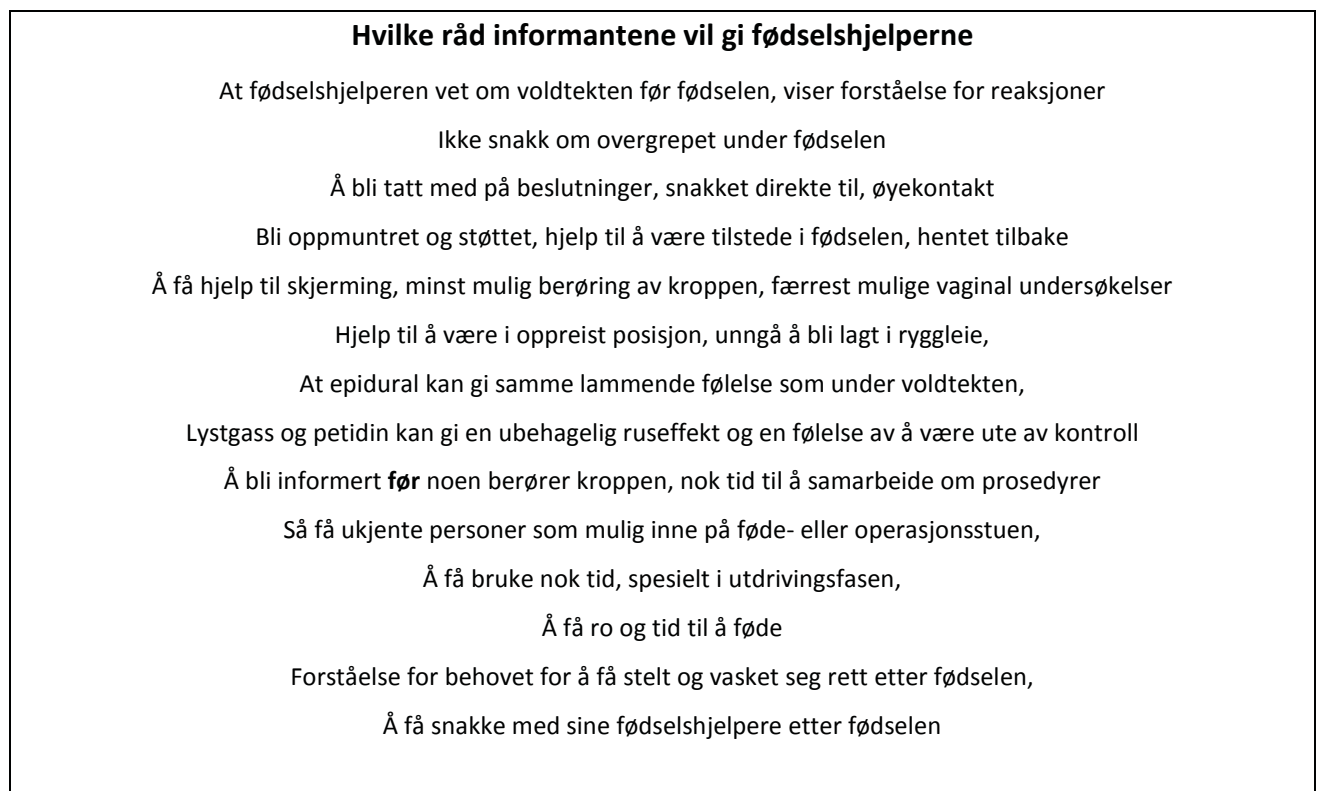
Informantenes refleksjoner

Alle informantene reflekterte over at det å føde vaginalt uten operative inngrep vil kunne gi en følelse av å mestre og bidra til å komme videre i bearbeidelsen av overgrepet. Informantene som hadde født flere barn beskrev at minnet om voldtekten var mest fremtredende og at de gjorde seg "ferdig" med voldtektsmannen ved den første fødselen. De beskrev at de hadde en bedre opplevelse av sin andre fødsel.

Råd til fødselshjelperne

I figur 10 b gjengis hvilken fødselshjelp informantene kunne ønsket seg under fødselen og deres råd til fødselshjelperne om hvilken omsorg de anser som god for kvinner som har vært utsatt for voldtekt. Det fremkom ingen tydelige forskjeller mellom de to som hadde hatt jordmor og de åtte der også lege hadde vært hjelper under fødselen. De anså at den viktigste forutsetningen for et best mulig utfall av fødselen er et godt samspill mellom fødekvinne og hennes hjelper. Det er viktig at hjelperne forstår at vanlige tiltak og prosedyrer som benyttes under en fødsel eller et keisersnitt kan være med på å aktivisere voldtektstraumet. At kvinnen får nok tid og ro til å få føde sitt barn med så få intervensjoner som mulig som minner om voldtekten.

Figur 10 b. Skjematisk modell over hva informantene anser som god fødselshjelp til kvinner utsatt for voldtekt



5. Diskusjon

Fødselsangst og ønske om keisersnitt

Psykiske belastninger hos kvinnene med fødselsangst

Avhandlingens tre første studier viser at fødselsangst hos de fleste kvinner var ledsaget av omfattende psykiske belastninger, mest uttalt blant de som ønsket å bli forløst med planlagt keisersnitt. Majoriteten av de som hadde fødselsangst oppga at de tidligere hadde hatt angst eller depresjon. Dette er i samsvar med studier publisert både før og etter at vi startet våre studier^{19, 96, 110, 122, 123}. Studiene I-III viser at en stor andel av kvinnene med fødselsangst og ønske om keisersnitt hadde vært utsatt for belastende livshendelser som fysiske, psykiske eller seksuelle overgrep. Sammenhengen mellom fødselsangst og overgrep er bekreftet i flere studier^{111, 112, 124, 125, 133}. De fleste med en overgrepserfaring ble henvist med fødselsangst i et senere svangerskap på bakgrunn av en traumatisk fødselsopplevelse. Svært sjelden var fødselsangsten satt i sammenheng med overgrepet som ikke var identifisert i den vanlige svangerskapsomsorgen i det første svangerskapet. Informantene i vår kvalitative studie beskrev at de hadde tenkt at overgrepet kunne ha betydning for fødselen, men uten å fortelle om overgrepet til de som ivaretok dem i svangerskapet. Våre funn er i samsvarer med en ny dansk studie som viser at kvinner som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep i større grad enn kvinner uten overgrep, hadde fødselsangst *etter* fødselen, men ikke *før* eller *under* selve fødselen¹²⁵. De forklarer det med at kvinnene undertrykker en mulig relasjon mellom overgrepserfaringen og fødesituasjonen, så vel i svangerskapet som under fødselen.

Fødselsangst som krisereaksjon på tidligere livshendelser

Fødselsangst kan ses på som en krisereaksjon der den forestående fødselen aktiverer tidligere ubearbeidede livshendelser og problemer. Avhengig av hvordan kvinnen møter denne situasjonen, ved hjelp av egne eller andre ressurser, kan resultatet bli en unngåelsesstrategi som kommer til uttrykk gjennom å be om planlagt keisersnitt. Alternativt kan hun påbegynne en bearbeidelse av de belastende livshendelsene, og dermed bli bevisst hva som ligger til grunn for fødselsangsten. Våre studier viser at ved å gi kvinnen tid og anledning til å ta frem tidligere livserfaringer og der hennes opplevelser blir hørt og tatt på alvor, fører det til en bevisstgjøring om de bakenforliggende psykiske belastningene. Dette gir samtidig en mulighet til å styrke hennes tro på egen evne til å føde, noe som kan bidra til at vaginal fødsel fremstår som mulig for henne.

Endring av ønske om keisersnitt

Flere studier viser at intervensjoner i svangerskapet hos kvinner med fødselsangst blir vurdert som betydningsfullt og bidrar til økt tilfredshet med fødselen og morsrollen^{19, 137, 142, 144, 147-149}. Dette er i samsvar med vår studie II som viser at 98 % av kvinnene var tilfredse med tilbudet. Resultatene fra våre studier viser at 86 % (studie II) og 95 % (studie III) av kvinnene med fødselsangst endret sitt ønske om keisersnitt etter en kriseorientert intervensjon. Det som bidro til den høyere endringsprosenten i studie III, var en endring i *behandlerens* holdning i tilnærming til ønsket om keisersnitt. Dette fikk betydning for fødselsutfallet. Det foreligger to tidligere studier som har undersøkt intervensjonens effekt målt i endring av et ønske om keisersnitt. I en svensk studie endret 56 % ønske om keisersnitt etter en individualisert psykosomatisk og obstetrisk støtte¹⁴¹. I en finsk RCT studie endret 62 % av kvinner med lav obstetrisk risiko sitt ønske om keisersnitt etter intensiv terapi eller konvensjonell gruppeterapi¹¹⁶. I studie III hadde 63 % (utvalg 2) og 67 % (utvalg 1) av kvinnene som ønsket keisersnitt obstetrisk risiko ved fødselsstart, noe som gjør at studiene ikke uten videre er sammenlignbare. En holdningsendring hos den behandlende jordmor i tilnærming til ønsket om keisersnitt fra "autonomi" til "mestring" viste at signifikant flere kvinner endret sitt ønske, fra 77 % til 93 % og andelen som fødte vaginalt endret seg fra 42 % til 81 % (studie III). En svensk studie viser at det var flere av kvinnene med fødselsangst som hadde vært til samtaler som ble forløst med planlagt keisersnitt enn de som ikke hadde vært til samtaler¹⁹. Studien antyder at en mulig effekt av samtalene var at det ble enklere å be om keisersnitt heller enn at det førte til en reduksjon i antall keisersnitt. Siden behandlerens holdninger i våre studier fremkom som en faktor med stor betydning både for endringen av ønsket og for fødselsutfallet, velger vi å utdype noen forskjeller i holdningene. Begge holdningene bygger på en gjensidig respekt og ønske om å hjelpe kvinnen til å se andre muligheter enn å skulle bli forløst med planlagt keisersnitt.

Betydningen av behandlerens holdning for endring av ønske om keisersnitt

I mestringsholdningen ses det å endre ønske om keisersnitt som en egen selvstendig prosess. Det er viktig at kvinnen får påbegynt denne prosessen i svangerskapet for at hun skal kunne gå fra sitt ønske. Målet er at hun skal stole på sin egen evne til å føde vaginalt og dermed ikke lengre *ønsker* å bli forløst med keisersnitt. En norsk studie viser at kvinnene som ønsket keisersnitt i sitt møte med hjelperne opplevde seg mer eller mindre tvunget eller overtalt til å føde vaginalt²⁶². De beskrev at møtet med hjelperen opplevdes som krenkende og var preget av mangel på gjensidig

respekt. Føler kvinnen seg tvunget eller overtalt til å føde vaginalt, så har hun etter vår mening ikke fått hjelp til å påbegynne den avgjørende endringsprosessen. Det er viktig å møte henne med tillit til at hun evner å endre sin tankemåte rundt det å føde. Behandleren må anerkjenne at kvinnen er ambivalent, der en del av henne ønsker å unngå den følelsesmessige smerten som ligger til grunn for fødselsangsten, mens en annen del av henne erkjenner vaginal fødsel som det naturligste og beste både for henne selv og for barnet. Å tåle den usikkerhet og den frykten som kvinnene uttrykker om vaginal fødsel og samtidig tålmodig undersøke hva de bakenforliggende årsakene til fødselsangsten består av er utfordrende, men nødvendig for at kvinnen skal kunne åpne opp for andre muligheter enn planlagt keisersnitt. Dette fordrer at behandleren er i stand til å opprettholde sin faglighet i samspillet med kvinnen og ikke lar seg lede inn i en allianse med kvinnens følelsesladede motstand. Ved en holdning som vektlegger kvinnens autonomi kan det være lett å underkjenne den angstdrevne begrunnelsen for ønsket om keisersnitt. Behandleren og kvinnen kommer ofte i en tidlig fase i en forhandlingssituasjon med fokus på når og av hvem beslutningen om keisersnitt skal tas, i stedet for å holde fokus på den mentale endringsprosessen og kvinnens iboende mestringsevne.

Forskjellen i holdning var tydeligst i møtet med flergangsfødende som hadde en traumatisk fødsels erfaring, oftest med obstetrisk kompliserte fødsler. Det kunne for eksempel være at kvinnen hadde blitt forløst med akutt keisersnitt etter mislykket vakuumsøk (ett eller flere), og der hun i ettertid var sterkt kritisk til behandlingen hun hadde vært utsatt for. I slike situasjoner kan det være ekstra krevende for behandleren å utfordre kvinnen til å gå inn i de svært følelsesladede tema som ligger til grunn for fødselsangsten. En overidentifisering med kvinnens traumatiske erfaringer og utfordrende følelser kan føre til at behandleren allierer seg med hennes motstand mot å anerkjenne disse følelsene, med det resultatet at hjelperen heller ikke ser vaginal fødsel som et realistisk alternativ. Dersom behandleren er opptatt av og vektlegger praktisk tilrettelegging og utarbeidelse av fødselsplaner *før* den nødvendige mentale prosessen er påbegynt, står en i fare for at kvinnens opprinnelige ønske om keisersnitt blir opprettholdt. Eksempler på tiltak for å berolige kvinnen kan være å antyde muligheten for ulike intervensjoner som å indusere fødselen, eller at keisersnitt kan utføres underveis i fødselen, dersom angsten skulle oppleves uutholdelig. En holdning der behandleren støtter kvinnens mulighet for å kunne velge keisersnitt gir ikke den samme graden av støtte til hennes egen evne til å møte de utfordringene som en vaginal fødsel innebærer. Vår erfaring er at den spontane

normale fødselen som regel ikke fremstår som et realistisk alternativ hos kvinnene som ønsker keisersnitt. De er oftere preget av katastrofetenkning, mistillit og liten tro på at de vil få hjelp i den aktuelle fødesituasjonen. I studie III hadde 83 % (utvalg 1) og 79 % (utvalg 2) av kvinnene med ønske om keisersnitt mistillit til å få hjelp av helsepersonell. Mistilliten hadde oppstått i tidligere møter med helsepersonell og var i de fleste tilfeller knyttet til reproduktiv helse som ved tidligere aborter, gynekologiske undersøkelser eller tidligere fødsler. Dette kan tolkes som at deres mistillit blir overført til de som skal hjelpe dem i den forestående fødselen, også beskrevet i andre studier^{115, 121, 128, 263}. Studier viser at kvinner med alvorlig fødselsangst og ønske om keisersnitt har en økt sårbarhet og lavere selvtillit^{61, 264, 265}. Den lave selvtilliten kan bidra til at kvinnene ikke har tro på at de kan føde vaginalt eller få nødvendig hjelp²⁶⁵. I de to første studiene var det lagt fødselsplaner for noen av kvinnene. Av ulike grunner ble ikke alle planer fulgt opp. Dette bidro til at deres mistillit ble forsterket. I mestringsstilnærmingen brukes tid på å forberede og styrke kvinnen til å møte fødeavdelingen med de utfordringer som ligger i et fødesystem, i stedet for å legge detaljerte fødselsplaner. Det innebærer blant annet å hjelpe kvinnen til å se hva som kan bli hennes utfordringer i møte med fødselshjelperne under fødselen. Det vil styrke hennes tillit til å mestre det hun skal inn i, uavhengig av hvordan fødselen forløper og det endelige utfallet. I løpet av studieperioden har fødselshjelperne ved vår klinikk blitt mer oppmerksom på kvinner som har psykiske belastninger, og kan derfor lettere imøtekomme den enkeltes behov.

Forebygging av psykiske problemer etter fødselen

Det er spesielt viktig å identifisere psykiske problemer og lidelser i svangerskapet og tiden etter fødselen, da konsekvensene av ubehandlede tilstander kan være betydelig for kvinnen, barnet og den øvrige familien^{174, 266-268}. Svangerskapet fremstår som en gunstig livsfase fordi motivasjonen da er stor for å gjøre endringer som gjør at mange tar kontakt og ber om hjelp^{1, 178, 269}.

I våre studier var den gjennomsnittlige varigheten av intervensjonen fem timer før fødselen (variasjon 1-15 timer). Dette kan fremstå som ressurskrevende dersom det kun blir sett på som en forberedelse til fødsel. Ses denne ressursen som et forebyggende tiltak for å styrke mors psykiske helse i svangerskapet og i tiden etter fødselen, får ressursbruken en annen betydning. Intervensjonen gir en mulighet for at kvinnen kan få en større forståelse for at tidligere ubearbejdede livshendelser kan få betydning i hennes nye livssituasjon. Risikofaktorer og symptomer på psykiske problemer som blir identifisert på et tidlig stadium kan forebygge utvikling av mer alvorlige plager og lidelser hos barnet og mor^{1, 3}. Forskning viser at angstlidelser

ser ut til å være en sterkere risikofaktor for utvikling av angst og depresjon etter fødselen enn tidligere depressive lidelser alene²⁷⁰. Negative livshendelser er risikofaktorer for å utvikle depresjon etter fødselen^{1,3}. For de mest sårbare kvinnene med økt risiko for depresjon etter fødselen innledes samarbeid med fastlege, helsesøster eller oppfølging med kvalifisert personell innen psykisk helse allerede i svangerskapet.

Tilfredsheten med å ha endret sitt ønske om keisersnitt

Tidsressursen må også sees i sammenheng med at mange endret sitt ønske om keisersnitt og at de fleste fødte vaginalt. Samtlige av de som hadde endret sitt ønske om keisersnitt var fornøyd med å ha gjennomgått en endringsprosess to til fire år etter den aktuelle fødselen (studie II). Dette kan tyde på at tenkningen er stabil også over tid. Av de som fødte vaginalt var det 93 % som svarte at de ville foretrekke å føde vaginalt ved en eventuell senere fødsel. Studieutvalgene er små, men resultatene kan tolkes som et uttrykk for at en gjennomlevd endringsprosess gir høy tilfredshet og at de ikke lengre har angst for å føde. En populasjonsbasert studie utført ved tre sykehus i Sverige viser at det å føde vaginalt er det som best "kurerer" en fødselsrelatert angst¹³⁸. Studien har målt fødselsrelatert angst i svangerskapet og etter fødselen. De som var kurert rapporterte en bedre fødselsopplevelse både to måneder og ett år etter fødselen, og det var nesten tre ganger mer sannsynlig at de ville foretrekke en vaginal fødsel ved en senere graviditet. Vaginal fødsel var assosiert med en bedre opplevelse av kontroll, kommunikasjon med jordmor og tilfredshet med informasjon om fremgangen i fødselen. Flere ønsket å føde vaginalt igjen og de hadde ikke fødselsangst ett år etter fødselen. Kvinnene som ble forløst med keisersnitt hadde derimot ikke mindre fødselsangst ett år etter fødselen¹³⁸. Det å ha vært til samtaler for fødselsangst i svangerskapet eller å ha blitt forløst med planlagt keisersnitt så ikke ut til å redusere fødselsangsten. Vår erfaring er at samtaler basert på autonomiholdningen gir mindre tilfredshet enn å bli møtt med en mestringsholdning.

Hva er ønsket om keisersnitt et uttrykk for?

Resultatene i studiene I-III viser at et ønske om keisersnitt var forbundet med tidligere angst og depresjon, alvorlig fødselsangst og tidligere traumatiske fødsels erfaringer, noe som er bekreftet i flere studier^{8, 14, 17, 96-100}. Fødselsangst fremstår som den faktoren som er sterkest assosiert med et ønske om keisersnitt^{18, 95}. I studie I var det 95 % av de flergangsfødende som rapporterte at de hadde opplevd en eller flere fødsler som traumatisk og der de fleste var vaginale fødsler. I partogrammet fremsto flere av fødslene som helt normale. Noen av dem var i tillegg svært raske

og uten intervensjoner. En hendelse oppleves som traumatisk når den innebærer en grad av smerte og krenkelse som overskrider det den enkelte har kapasitet til å bearbeide når det skjer. Det fører til en frykt for at det skal gjenta seg. Opplevelsen av fødselen som traumatisk kan være knyttet til tidligere hendelser som verken kvinnen eller fødselshjelperen er klar over. Fødselstraumet kan knyttes til samspeillet og kommunikasjonen mellom fødselshjelperen og kvinnen¹¹⁵. Selv om jordmor var til stede under fødselen bidro hun ikke med nødvendig støtte. Denne erfaringen gav kvinnen en følelse av angst, ensomhet og manglende tro på egen evne til å kunne føde. Dette førte til at tilliten til hele fødselsomsorgen ble borte. Det kan være utfordrende for fødselshjelpere å få til et godt samspill med noen som i utgangspunktet ikke har tillit til deres evne til å gi hjelp og der fødselshjelperen kanskje ikke er kjent med tidligere negative livshendelser. Et keisersnitt kan for kvinnen fremstå som mer forutsigbart og en måte å få kontroll over situasjonen på når hun ikke har tillit til at noen kan hjelpe henne under fødselen.

I studie I var det en overraskende liten andel (26 %) av de som ønsket keisersnitt og som hadde psykiske problemer som var behandlet. Det ser ut til at mange kvinner har psykiske problemer og senskader fra vanskelige livshendelser uten å kommunisere dette til helsetjenesten. En grunn kan være at helsepersonell mangler rutiner for hvordan de skal gå frem for å identifisere kvinner som har det vanskelig. Kvinnen på sin side vil kanskje unngå å avsløre sine følelsemessige problemer. Psykisk lidelse er fremdeles forbundet med skam^{163, 193}. Ønske om keisersnitt kan være et uttrykk for en unngåelsesstrategi som er vanlig ved angstlidelser. I studie I var det 90 % som tidligere hadde hatt angst og/eller depresjon, 31 % hadde eller hadde hatt en spiseforstyrrelse. Tidligere psykiske problemer gir en sårbarhet som kan aktualiseres i svangerskapet. Fokus i svangerskapsomsorgen bør derfor rettes mot å øke kunnskapen om psykiske belastningers betydning i denne livsfasen og sikre at helsepersonell får opplæring i håndtering av angstuttrykk. De få kvinnene i vår studie som hadde vært i behandling for sine psykiske problemer, fikk tidligere en forståelse for hvorfor de hadde fødselsangst. De var også mer åpne for andre løsninger enn keisersnitt.

Flere studier viser at det er få kvinner som ønsker keisersnitt uten at de har opplevd komplikasjoner i svangerskapet eller under fødselen^{18, 83, 94, 271, 272}. Hva er det da som gjør at andelen keisersnitt på mors ønske øker når få kvinner ønsker det? I den moderne fødselsomsorgen er kirurgiske tiltak blitt en mer allment akseptert måte å løse mange ulike utfordringer på, så vel obstetriske som psykologiske. Synet på fødselen har endret seg der en

vaginal fødsel fremstår som mer uforutsigbar og knyttet til ulike former for risiko. Det normale oppleves som risikofylt, og teknikken representerer sikkerhet og trygghet. I en australsk studie om fordeler og risiko ved keisersnitt var 90 % av kvinnene kjent med fordelene for mor, og 95 % med fordelene for barnet. Kun 40 % kjente til risiko for seg selv og kun 5 % var kjent med risiko for barnet. Det blir tolket som at risiko ofte undervurderes mens fordelene overvurderes og fremheves⁸³. De kortsiktige fordelene og ulempene med vaginal fødsel og keisersnitt er relativt godt klarlagt. Det er nødvendig med mer forskning som ser på langtidskonsekvenser av keisersnitt for mor og barn der det ikke foreligger en klar obstetrisk indikasjon²⁷³.

Et ønske om keisersnitt utfordrer både legens og pasientens autonomi. I dagens helsevesen har pasienten fått en sterkere stemme til å definere hva som er normalt eller unormalt, friskt eller sykt, og medbestemmelse for egen helse i form av informert, frivillig samtykke²⁷⁴. Bak et informert samtykke ligger komplekse vurderinger som skal gjøres av to parter som skal kommunisere så godt at en felles forståelse oppstår. Ofte er kvinnens viljetrying også kompleks, eller den representerer en indre viljekonflikt – hun både vil og ikke vil, det ene på kort sikt og det andre på lang sikt²⁷⁵. Hva er det kvinnen uttrykker når hun sier at hun "ikke vil" føde? Wijma problematiserer informert samtykke når det som ligger bak "jeg vil" kan oversettes med "jeg ser ingen annen utvei".

I en svensk studie beskrives jordmødres og legers håndtering av kvinnens ønske om keisersnitt som en balanse mellom motstand og respekt⁹¹. Kvinnens ønske om keisersnitt opplevdes som vanskelig, og kravet om keisersnitt som provoserende. Respekten for kvinnenes erfaringer preget deres holdninger samtidig som de hadde en motstand mot å medvirke til et kirurgisk inngrep når indikasjonen manglet. Et planlagt keisersnitt var heller ikke noen garanti for en positiv fødsels erfaring. Studien viser at de kvinnene som ønsket og ble forløst med keisersnitt i større grad var misfornøyd med omsorgen, og hadde følelser av redsel og manglende delaktighet sammenlignet med de som fødte vaginalt i samsvar med eget ønske. Flere studier viser at kvinner som ønsker keisersnitt i større grad også blir forløst med keisersnitt, både planlagt og akutt^{19, 102, 271}. En norsk studie viser at gynekologer er tilbakeholdne med å akseptere keisersnitt på mors ønske²⁷⁶. Frykten for klager og rettssaker synes å påvirke deres vurderinger, men det ble ikke funnet noen assosiasjon mellom legens risikoholdning og beslutning om forløsningsmetode⁶⁷. En endring i praksis skyldes oftest flere forhold, og det er vanskelig å isolere og måle effekten av en angst for saksøking²⁷⁷. Det er også blitt mer vanlig i våre dager å praktisere defensiv medisin der

man tar medisinske beslutninger som vektlegger hva som er tryggest for fødselshjelperen selv, mer enn hva man mener er riktig medisinsk sett, for å unngå klager og saksøking av pasienter. Manglende kunnskap og ferdigheter i operative forløsninger hos gynekologer kan også være av betydning for økt bruk av keisersnitt. En oversiktsstudie om obstetrikeres holdninger til keisersnitt uten medisinsk indikasjon viser at en forholdsvis stor andel (7-30 %) ville foretrekke keisersnitt for seg selv eller sin partner grunnet angst for perinealrifter, skader i urinveier, endetarm eller seksuell fungering etter vaginal fødsel²⁰. I en annen studie der obstetrikeres kunnskap, oppfatning og praksis vedrørende keisersnitt på mors ønske ble undersøkt, viste at halvparten av legene trodde at kvinnene kunne be om å få utført keisersnitt etter eget ønske²⁷⁸.

I forskningen som foreligger har det hovedsakelig vært fokus på kvinnen og hennes problemer, men det er etter vår mening vel så viktig å undersøke om det er noe i selve omsorgen for gravide eller i dagens fødselshjelp som bidrar til fødselsangst og ønske om keisersnitt. Andre forskere har også stilt spørsmål om det kan finnes praksis innenfor fødselshjelpen som bidrar til kvinnens uro^{59, 115}. Våre studier viser at når årsakene til fødselsangsten og ønske om keisersnitt blir undersøkt, og disse blir satt i sammenheng med angsten for fødselen, så er det få kvinner som egentlig ønsker keisersnitt. Dette kan tolkes som at det ikke er et keisersnitt hun ber om, men hun ser selv ikke noen annen løsning. Men det er ikke alle kvinner som ønsker å gå inn i en mental prosess, noe som også må respekteres. Våre resultater viser imidlertid at de aller fleste er motivert og når de har endret sitt ønske, er de fornøyde i ettertid. utfordringen for hjelperen er å få til et godt første møte med den enkelte kvinne.

Seksuelle overgrep og den første fødselen

Fødselsutfallet

Resultatene fra studiene IV og V viser at det var store forskjeller i forløp og utfall av den første fødselen til kvinner som hadde vært utsatt for voldtekt som voksen i forhold til de som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som barn. Fødselshjelperne manglet opplysninger om overgrepene før fødselen. De som hadde vært utsatt for voldtekt hadde 15 ganger økt risiko for keisersnitt og 13 ganger økt risiko for operativ vaginal fødsel sammenlignet med kontroller uten kjente overgrep (studie IV). Det var ingen signifikante forskjeller i keisersnitt og operative vaginale forløsninger for de som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som barn og kontrollgruppen (studie V). De store forskjellene i fødselsutfallet mellom overgrepsgruppene i våre studier tror vi blant annet har å gjøre med den nøyaktige datainnsamlingen om tidspunkt for når i kvinnens liv

overgrepene skjedde og type overgrep. Dette har gjort det mulig å foreta denne inndelingen av materialet. I studiene er det kun inkludert overgrep der kjønnsorganer og/eller munnen har vært involvert. Denne inndeling har vi gjort ut fra hva som kan tenkes å ha innvirkning på forløp og utfall av en fødsel. Så langt vi har kjennskap til er våre studier de første som har gjort rede for et så tydelig skille mellom ulike seksuelle overgrep. Våre funn for de som har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn er i samsvar med de fleste studiene som viser liten eller ingen innvirkning på komplikasjoner under fødselen eller på fødselsutfallet^{125, 207-209, 211, 213, 244}. Det er imidlertid to studier som viser at ved seksuelle overgrep som barn er det økt hyppighet av operative forløsninger^{112, 212}. En annen norsk studie viser at førstegangsfødende som hadde vært utsatt for "noen" form for fysiske, psykiske eller seksuelle overgrep som barn hadde en liten økt risiko for å bli forløst med keisersnitt²⁷⁹. Vi har ikke funnet noen tilsvarende sammenlignbare studier for de som har vært utsatt for voldtekt som voksen.

Fødselsforløpet

De som hadde vært utsatt for voldtekt som voksen hadde en betydelig forlenget andre fase av fødselen sammenlignet med de som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som barn (120 versus 46 min). I kontrollgruppen var den andre fasen av fødselen 50 min (figur 9). Det var ikke signifikante forskjeller mellom gruppene i fødselens åpningsfase. Det som spesielt skilte gruppene var den latente utdrivningsfasen. Når partogrammet til de som hadde vært utsatt for voldtekt ble studert så vi at det var utført flere fødselsfremmende tiltak som amniotomi og/eller stimulering med oksytocin uten at det førte til fremgang i fødselen. I forbindelse med den manglende fremgangen ble det ofte også utført hyppige vaginalundersøkelser av flere personer. Ser en disse resultatene i sammenheng med informantenes beskrivelse av sin fødselsopplevelse gir det en større forståelse. Årsaken til den lange andre fase av fødselen hos kvinner utsatt for voldtekt som voksne, må utforskes videre.

Å føde etter en tidligere voldtekt

Informantene i studie VI beskrev minner av å ha vært tilbake i voldtekten under fødselen og de ble svært forstyrret av alle tiltakene som ble gjort. De smertelindrende tiltakene de fikk hjalp ikke mot det som de opplevde som smertefullt. I stedet forsterket det følelsen av ikke å ha kontroll. Flere hadde fått epidural da de var redd for de fysiske smertene men den lindret ikke den overraskende psykiske smerten. Dette støttes av en studie som viser at epidural analgesi til kvinner som har vært utsatt for seksuell vold ikke er tilstrekkelig smertelindring under fødselen

for å unngå en senere alvorlig fødselsangst¹²⁵. Berøringen på intime deler av kroppen opplevdes som invaderende. Dette ble ytterligere forsterket når fødselshjelperen uten forvarsel ”tok seg til rette” uten at kvinnen forsto hva som skjedde eller hvorfor det ble gjort. Informantene beskrev at de kjempet for å beholde kontrollen over sin kropp gjennom å beskytte seg med klær eller sengetøy. De beskrev følelsen av på nytt å være fanget eller holdt fast i en stilling de sterkt ga uttrykk for at de ikke ønsket å være i. Vaginalundersøkelsene ble sammenblandet med den voldelige inntrengning i skjeden under voldtekten. Informantene opplevde at deres fysiske og psykiske reaksjoner enten ble oversett eller overstyrt av fødselshjelperne som ikke hadde kjennskap til overgrepene. Vi vet ikke om resultatene i studie IV og V hadde vært annerledes dersom fødselshjelperne hadde hatt opplysninger om overgrepene.

Rhodes & Hutchinson beskriver fire ulike distinkte fødestiler hos overgrepsutsatte kvinner: kamp, ta kontroll, gi seg over – og å trekke seg inn i seg selv²⁸⁰. Stilene reflekterer ulike aspekter av posttraumatiske stressreaksjoner. Kampen kjennetegnes av irritasjon, sinne og utagering/overreagering og intens stress. Å ta kontroll vises gjennom hyperårvåkenhet for å unngå triggerer. Å gi seg over kjennetegnes av fornektelse, følelsemessig avstumpethet eller nummenhet. Å trekke seg inn i seg selv er å fjerne seg følelsemessig fra situasjonen på samme måte som under overgrepet²⁴⁸. Funnene i den kvalitative studien belyser hvordan kvinnene under sin første fødsel ble innhentet av sine kroppslige erfaringer og minner fra voldtekten. Dette førte til en kaotisk sammenblanding av voldtekten i fortid og fødselen i nåtid. Den var uavhengig av om kvinnen fødte spontant eller ble operativt forløst med vakuumpompe eller keisersnitt. I litteraturen blir dette beskrevet som at personen opptrer som om den traumatiske situasjonen fortsatt truer og vil besvare trusselen med å beskytte seg slik det ikke var mulig i den opprinnelige situasjonen. Det er dokumentert at traumatiske livshendelser har dyptgående innvirkning på minnet. Helt uventet kan minner fra fortiden trenge seg inn i nåtiden slik at hendelsen gjenoppleves som om det skjer på nytt²⁸¹. Burgess beskriver at de umiddelbare reaksjonene som automatisk trer inn under voldtekten, gir en uvirkelighetsfølelse der kroppen ikke reagerer på eller utfører ordrene hjernen gir og kvinnen blir fysisk ute av stand til å ta seg ut av situasjonen²⁴². Det kan se ut som om kvinnen i fødesituasjonen mer eller mindre ubevisst holder igjen, og prøver å unngå barnets nedtrengning i bekkenet og ut gjennom den traumatiserte skjeden.

Den dominerende følelsen som informantene på ulikt vis formidlet og satt igjen med etter fødselen var en dyp skam. De skammet seg over at kroppen enda en gang var blitt invadert, og at

de ikke hadde klart å forhindre et nytt overgrep. De skammet seg over at de ikke fikk til å kommunisere og samarbeide med fødselshjelperne. Skammen over ikke å duge – verken som fødekvinne eller som mor – tok de taust med seg videre. Den dype skammens fremste uttrykk er taushet og opplevelsen av egen uverdighet²⁴². Å bli voldtatt er mer enn en ufrivillig vaginal penetrering, det er selvet som skades og verdigheten som krenkes, der den utsatte ofte tar på seg skylden for at det skjedde. Informantene i denne studien hadde alle vært utsatt for en voldelig vaginal penetrering, og for ni var voldtekten et overfall der de hadde følt seg truet på livet. Studier viser at når overgrepet forblir taust, så blir de psykiske plagene sterkere i ettertid^{230, 242}.

Fødselsforløpet til de som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som barn

Overraskende nok var alle fødselsfasene kortere i gruppen utsatt for overgrep som barn enn de som hadde vært utsatt for voldtekt og noe kortere enn kontrollene (studie V). Noe av forklaringen kan ha sammenheng med at de var yngre når de fødte sitt første barn. Studier viser at ung alder er assosiert med kortere utdrivningsfase²⁸². Det var færre som ble forløst med vakuumpompe/tang enn i kontrollgruppen (9 % versus 12 %), og en høyere andel som hadde obstetrisk risiko ved fødselsstart (46 % versus 22 %). At så mange hadde obstetriske risikofaktorer uten at det fikk betydning for utfallet har vi ingen god forklaring på. Det at flere hadde obstetrisk risiko kan ses i sammenheng med en generelt dårligere helse. Det er veldokumentert at overgrep fører til en rekke fysiske og psykiske helseplager^{199, 200, 220, 223, 224, 227, 234, 235, 243, 283}. Upubliserte data fra vårt materiale viser at de som hadde vært utsatt for overgrep som barn, hadde vært i kontakt med sykehus for en rekke problemer helt fra overgrepene startet. I journalen var det registrert allergi, utslett, astma, uforklarlige lammelser, syns- og hørselsforstyrrelser, forsinket språkutvikling, enkoprese, urinveisinfeksjon, nyrebekken-betennelse, ernæringsproblemer som spisevegring, svelgproblemer, kvalme og oppkast og uforklarlige smertetilstander ofte i mage eller hode. Vi fant ikke tilsvarende beskrivelser fra barndommen til de som var utsatt for voldtekt som voksen. Det kan tyde på at de senere helseplagene har en årsakssammenheng med overgrepene i barndommen.

En annen forklaring til de kortere fødselsfasene kan være at når overgrepene har foregått i barndommen utvikles mestringsstrategier egnet for beskyttelse og overlevelse²⁴⁴. Et barn som blir utsatt for overgrep kan ikke beskytte seg fysisk mot en voksen overgriper, en person de ofte er avhengig av. De kan ofte verken yte motstand eller flykte, og en måte å håndtere det smertefulle som skjer på, er å flykte mentalt (dissosiere) gjennom å stenge av tanker og følelser. Dissosiering

som beskyttelsesmekanisme kan vedvare lenge etter traumet, og blir automatisert i stressituasjoner som ligner på det opprinnelige traumet²²⁸. Fødselshjelpernes tilnærming til kvinnen under fødselen kan være med på å trigge tidligere traume. Beskrevne "triggere" er smerter, lukter, lyder eller ord som blir brukt^{244, 284}. Den automatiserte beskyttelsesmekanismen kan kanskje forklare noe av de store forskjellene i forløp og utfall av fødslene. Vår erfaring er at fødekvinnen som har vært utsatt for overgrep som barn oftere inntar en mer passiv underordnet fødestil. Lignende adferd er beskrevet i litteraturen^{2, 248, 280, 284, 285}. Fødestilene å gi seg over eller "trekke seg følelsemessig og mentalt inn i seg selv" (uten motstand) er gjenkjennbare hos de fleste med overgrep som barn og kan muligens forklare noe av den kortere fødselsvarigheten.

Selv om nåværende forskning viser at de som har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn ikke har mer kompliserte fødsler enn de som ikke har vært utsatt for overgrep, kan det være viktige forskjeller i hvordan den enkelte opplever sin fødsel²⁴⁴⁻²⁴⁶. I våre studier ble flergangsfødende som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som barn henvist med en traumatisk fødsels erfaring, selv om fødselen i mange tilfeller fremsto som ukomplisert i journalen. Studier viser at fødsel hos kvinner utsatt for overgrep som barn kan vekke fortrengete minner om overgrepet. Smerteopplevelsen under fødselen kan være forskjellig i forhold til de som ikke har vært utsatt for overgrep og beskriver at de ikke har en god opplevelse av det å føde²⁴⁴⁻²⁴⁶. Dette er også beskrevet i anekdotisk litteratur^{2, 245, 247, 248}.

Å tyde tegnene

Det kan se ut som om de ulike overgrepene gir ulike utfordringer under den første fødselen for både fødekvinnene og fødselshjelperne. Studier viser at en høy andel (7-37 %) av gravide rapporterer å ha vært utsatt for ulike seksuelle overgrep^{206, 210, 213, 244}, som gjør at alle fødselshjelpere kommer i kontakt med overgrepsutsatte kvinner. Vår erfaring er at gravide ofte uttrykker sine tidligere overgrepserfaringer som bekymringer for barnet eller sin egen helse. Det er ofte forbundet med kroppslige plager som diffuse smerter i bekkenet, kvalme, svimmelhet og pustevansker som kan settes i sammenheng med symptomer på fødselsangst. Denne måten å uttrykke tidligere overgrepserfaringer på er også vist hos gynekologiske pasienter^{234, 286, 287}. Kvinner som har vært utsatt for overgrep som barn angir flere fysiske og psykiske helseplager i svangerskapet som stress, angst, depresjon og selvmordstanker enn gravide uten overgrepserfaringer^{203, 210, 244}.

En utfordring vi som helsepersonell har, er i det hele tatt å klare å forestille seg at et overgrep faktisk har foregått. Ubevisst kan hjelperen stå i fare for å beskytte seg selv mot kvinnens traumatiske opplevelse ved ikke å forholde seg til at det har skjedd. En forklaring kan være at tema overgrep, og voldtekt i særdeleshet, er skambelagte og tause tema som det er vanskelig både for kvinnen og helsepersonellet å tilnærme seg. Skammen over å ha vært voldtatt, eller å ha vært utsatt for seksuelle overgrep som barn, kan være vanskelig å identifisere og er sterkt knyttet til taushet¹⁹³. Kvinnene kan ha fortrenget overgrepene, eller tenkt at det ikke har betydning under graviditeten, fødselen og barseltiden. De som ivaretar gravide i svangerskapsomsorgen føler seg ofte ikke tilstrekkelig kompetente eller forberedte til å ta imot overgrepshistorier^{194, 235}. Dette kan medføre at temaet ikke blir undersøkt. Når overgrep ikke blir tematisert kan det signalisere at overgrep ikke har betydning. En annen grunn kan være en ensidig fokusering på kvinnens somatiske helse. I de nye nasjonale retningslinjene for svangerskapsomsorgen tas gravide med fødselsangst og psykiske lidelser frem som grupper som skal prioriteres⁴³. En studie som undersøkte vold i nære relasjoner i svangerskapet, viste at rutinespørsmål var akseptert av de gravide dersom spørsmålene ble stilt i en trygg og tillitsfull sammenheng av en skolert helsearbeider som var empatisk og ikke-dømmende. Spørsmålene måtte gjentas ved flere anledninger²⁸⁸. Vår erfaring er at det er først når en god kontakt er etablert at overgrephistorier kommer frem.

Informantenes råd til fødselshjelperne

Informantene mener at den viktigste forutsetningen for et best mulig utfall av fødselen er at det blir et godt samspill mellom fødekvinnen og hennes hjelper. Det forutsetter at fødselshjelperen kjenner til voldtekten, og kan vise forståelse for eventuelle reaksjoner uten at selve overgrepet blir tematisert under fødselen. Kvinnen vil trenge hjelp til skjerming av kroppen som unødig inngripen og blikk fra utenforstående. Hun trenger å bli informert om undersøkelser som skal skje *før* noen berører kroppen, og få nok tid til å kunne samarbeide om nødvendige prosedyrer. De anser at det er viktig med trygge fødselshjelpere som kan "hente" henne tilbake når hun fjerner seg mentalt (dissosierer) seg fra fødesituasjonen. De anser det som viktig å få bruke tid, spesielt i utdrivningsfasen og få ro til å føde med så få forstyrrelser som mulig.

I hvor stor grad voldtekten blir reaktivert tror vi er avhengig av hvordan kvinnen blir møtt og ivaretatt under fødselen. En god ivaretagelse forutsetter at fødselshjelperen er kjent med overgrepet og har kunnskaper om reaktivering av overgrep. Dette innebærer også å være bevisst

på hvilke forhold under fødselen som kan minne om et overgrep. Det handler i større grad om å få til et godt samarbeid med kvinnen som fokuserer *hvordan* ting blir utført – og mindre grad *hva* som gjøres. Tar vi som fødselshjelpere inn over oss at fødselen er en seksuell prosess med konsekvenser for senere seksuell helse, bør vi tilnærme oss kvinnen på en ydmyk og så lite forstyrrende måte som mulig. Fødselshjelperen kan utilsiktet oppfattes som overgriper når overgrepserfaringen blir reaktivert. Slik vi ser det, er rådene fra våre informanter allmenngyldige, de omhandler en fødselshjelp som alle trenger.

Reaktivering av voldtekten under et keisersnitt

Det kan være naturlig å tenke at et planlagt keisersnitt kan forhindre reaktivering av voldtektstraumet og retraumatisering i ettertid. Informantene i vår studie som ble forløst med keisersnitt, beskrev lignende reaksjoner som de som fødte vaginalt. De beskrev at det å bli berørt av fremmede hender, lagt på rygg, bedøvd og fastspent på et operasjonsbord på lignende måte, trigget voldtektstraumet. De følte seg like tingliggjort og tilskitnet og fremmed for sin egen kropp etter keisersnittet som de som fødte vaginalt. Informantene reflekterte over at et planlagt keisersnitt ikke kunne forhindre en reaktivering. Et planlagt keisersnitt vil også medføre berøring av kroppen i form av innleggelse av vene- og urinkateter, vasking av operasjonsfeltet og kobling til nødvendig utstyr.

Å komme videre etter voldtekten

Reaktivering av et traume innebærer også en mulighet til å komme i kontakt med hendelsen for å påbegynne en bearbeidelse²⁸⁹. En fødsel har i seg potensialet for å komme i dialog med kroppen. Det å få en ny, positiv erfaring kan gi en opplevelse av mestring som er viktig for å kunne beskytte seg selv i fremtiden. Informantene som hadde født flere barn beskrev at minnet om voldtekten var mest fremtredende ved den første fødselen. De ga uttrykk for at det var viktig å føde for å komme videre i livet. De som fødte vaginalt uten operative inngrep første gang, beskrev at de "gjorde seg ferdig" med voldtektsmannen ved den første fødselen, og hadde en mer positiv opplevelse når de fødte sitt andre barn. Dette kan tolkes som at traumet ikke ble reaktivert i samme grad under den andre fødselen.

Metodiske vurderinger

Resultater og konklusjon i denne avhandlingen må ses i lys av studienes begrensninger (studiene I-VI). Avhandlingen kan beskrives som en forskningsprosess der resultatene fra de første studiene utgjorde et vesentlig grunnlag for de etterfølgende. Avhandlingens delstudier illustrerer hvordan bruk av ulike metoder er nødvendig for å få belyst komplekse problemstillinger. Når disse blir belyst fra flere vinkler, kan det oppnås en mer helhetlig forståelse av det som studeres. Dersom data som samles inn gjennom ulike metoder peker i samme retning, vil dette styrke studienes troverdighet²⁹⁰. De første studiene viste at overraskende mange kvinner med fødselsangst hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. Når fødselsutfallet ved den første fødselen ble analysert, fremkom det at mange som hadde vært utsatt for voldtekt ble operativt forløst. Den kvalitative studien har gjort det mulig å øke forståelsen for hvordan en ubearbeidet voldtekt kan innvirke i fødesituasjonen. Det har fremkommet ny kunnskap som til sammen gir en større forståelse for hvilke utfordringer som kvinner utsatt for voldtekt står overfor når de skal føde for første gang.

Et viktig prinsipp innenfor all forskning er at andre forskere skal kunne vurdere studiens kvalitet. Uansett valg av forskningsmetode, kjennetegnes god forskning av systematisk fremgangsmåte og en grundig redegjørelse for de ulike trinnene i forskningsprosessen. Et hovedspørsmål er om resultatene kan anses å være gyldige (valide) og troverdige (reliable). Validitet refererer til at de anvendte målemetodene måler det de er tenkt å måle, i hvilken grad resultatene i en studiepopulasjon er sann for den populasjonen som utvalget er hentet fra (indre validitet) og i hvilken grad resultatene er gyldige også i andre settinger for eksempel i et annet sykehus eller et annet land (ekstern validitet). Den interne validiteten trues av utvalgsskjevhet, informasjonsskjevhet og statistisk validitet²⁹¹. Resultatenes troverdighet er avhengig av at målemetodene er anvendt likt overfor de ulike informanter.

Data som studiene er basert på har vært fortløpende registrert i journalen i forbindelse med oppholdet i sykehuset. Opplysningene om belastende livshendelser og detaljer omkring kvinnenens psykisk helse som ligger til grunn for datamaterialet, ble innhentet i en klinisk kontekst hvor behandlingen var det primære formål. Innhenting av opplysningene har foregått i en tillitsfull relasjon hvor målet har vært knyttet til den forestående fødselen, eller utfordringer i barseltiden med hensikt om å hjelpe. Vi har derfor ingen grunn til å tvile på at de opplysningene som kvinnene har gitt ikke er troverdige. Den kriseorienterte intervensjonen er individuelt

tilpasset, der det gis mulighet for å gå i dybden og berøre alle de tema som vi mener er spesielt relevante.

Studiedesignet i studiene II og III tar utgangspunkt i en klinisk virksomhet og omfatter en kohort av henviste kvinner, noe som gjør at det kan stilles spørsmål ved generaliserbarheten av funnene. Kohortstudier sammenligner ofte en gruppe med lignende karakteristika med en gruppe fra den generelle populasjonen²⁹¹. Kohorten kan også som i våre studier deles inn i undergrupper som sammenlignes med hverandre. For å etterprøve noen av hovedfunnene i disse studiene ønsket vi å gjøre en randomisert kontrollert studie. Som studiedesign blir dette sett på som spesielt egnet for å prøve ut effekten av helserelaterte intervensjoner, og rangeres som det beste for å oppnå gyldige resultater om årsaksvirkningsforhold. Dette er spesielt viktig når det foreligger mange mulige samvirkende faktorer. Vi ønsket å teste effekten av den kriseorienterte intervensjonen som ble tilbudt kvinner som ønsket keisersnitt i en RCT-studie fordi vi ikke kunne si hvor mange som ville ha endret sitt ønske uten intervensjonen. Som tidligere beskrevet ble vår studie avsluttet grunnet vansker med rekrutteringen. Flere trakk seg fra studien fordi de var misfornøyde med det konvensjonelle tilbudet de var randomisert til. Når flere deltakere trekker seg fra en studie kan det stilles spørsmål med hvor representativt utvalget blir for gruppen som ønskes undersøkt. Et spørsmål er om studien hadde vært mulig å gjennomføre dersom den hadde vært påbegynt tidligere, før tilbudet var blitt så godt kjent. Studien kunne ha vært utformet slik at randomiseringen foregikk mellom ulike sykehus, og ikke innad i avdelingen. Men det ville trolig ha ført til andre utfordringer, for eksempel vedrørende rekruttering og noen av de samme etiske problemene som vi tidligere har beskrevet.

Studiene I-III

Avhandlingens utvalg består av kvinner som er henvist til spesialisthelsetjenesten med ulike psykososiale problemer i svangerskapet, og utgjør 7,1 % av de som fødte ved i sykehuset i tidsperioden. Det var 3,9 % henviste med fødselsangst, som er lavere enn i de nordiske landene der 20 % oppgis. Av disse regnes 5-10 % som alvorlig^{10, 19, 61, 112, 128, 292}. I våre studier ble alle som var henvist med fødselsangst inkludert, men vi kan ikke være sikker på at alle med fødselsangst i denne perioden ble henvist. En grunn kan være at det psykiske helseteamet var nytt, og at tilbudet ikke var så kjent blant fastleger og jordmødre i svangerskapsomsorgen de første årene. Det er mulig at de som ble henvist representerer de med den mest alvorlige fødselsangsten.

Andelen kvinner med fødselsangst som i tillegg ønsket keisersnitt, utgjorde omtrent 2 % av de som fødte i sykehuset, noe som er i samsvar med forekomsten av fobisk redsel for vaginal fødsel¹²³. De som inngår i våre studier har tydelig uttrykt at de ikke kunne tenke seg å føde vaginalt, og deres ønske om keisersnitt var fremsatt til lege eller jordmor. I en spørreundersøkelse til gravide i svangerskapsuke 17-18 (MoBa) svarte 6 % keisersnitt som foretrukket fødemåte, hvorav 3.7 % hadde et sterkt ønske⁹⁵. Det å svare på en spørreundersøkelse om foretrukket fødemåte vil kunne representere et annet utvalg enn å bli henvist med fødselsangst og ønske om keisersnitt.

I en forskningshensikt kan det være en svakhet at det ikke ble benyttet noen validerte instrumenter i forhold til gradering av fødselsangst. De som inngår i studiene var alle henvist til fødepoliklinikken med fødselsangst. Vår primære hensikt med gradering av fødselsangst var å kartlegge angst for *selve fødselen* i behandlingsøyemed. Disse kriteriene er imidlertid ikke validert i relasjon til standardiserte instrumenter. Liljeroth reiser i sin doktoravhandling spørsmål om konstruksjonen av fødselsangst som medisinsk kategori og bruken av kartleggingsinstrumenter⁵⁹. Det diskuteres om det å stille spørsmålene kan tenkes å øke forekomsten av et aktuelt fenomen. Ved å formulere direkte påstander som skal bekreftes eller avkreftes, uten mulighet for selv å formulere sine redsler eller ønsker, oppstår en risiko for at svarene styres i en bestemt retning. Ofte er spørsmålene i tillegg negativt formulert og ladet, noe som kan påvirke kvinnens tenkning rundt fødselen. Når kartleggingen av de følelsesmessige reaksjonene ikke skjer som en integrert del av samtalen om svangerskapet og fødselen, kan de ulike følelsene kvinnene angir være relatert til andre forhold enn selve fødselen. Behandleren kan komme til å tolke svarene i spørreskjemaet som et uttrykk for fødselsangst, eller ønske om keisersnitt, selv om kvinnen selv ikke har tenkt disse tankene.

Et problem ved spørreundersøkelser er at de er sårbare for det som kan kalles personens utfyllingsstil. En del personer foretrekker ytterpunktene på en skala, mens andre vil foretrekke midtverdiene. Noen har en tendens til å bagatellisere sine symptomer, mens andre vil dramatisere dem. Faren for dårlig validitet er spesielt stor ved bruk av utenlandske skjema fordi transkulturelle forskjeller i begrepsapparat og trygghetsnivå kan skape tolkningsproblemer²⁹¹.

Det kan være vanskelig for gravide å skille mellom fødselsrelatert angst, det å revne, uutholdelige smerter, ikke mestre en vaginal fødsel, redsel for at en selv eller barnet skal dø og en mer generell uro knyttet til forventningene rundt det å bli mor. En fordel med undersøkelser som

benytter standardiserte påstander eller direkte spørsmål, kan hjelpe noen til å sette ord på følelser de ellers ikke ville klart å uttrykke.

En svakhet ved våre studier kan være at det var relativt få utenlandsfødte kvinner som ble henvist. Mulige grunner kan være at det er få slike kvinner i vår region eller at de har språklige vansker med å uttrykke sin angst. En annen grunn kan være kulturelle forhold som gjør at angst for fødsel ikke blir artikulert. Det kan stilles spørsmål om fødende med annen etnisk bakgrunn enn skandinavisk har de samme problemer, og om fødselsangsten uttrykkes annerledes? En studie viser at svensktalende, som ikke hadde svensk som morsmål, hadde dårligere psykisk helse i svangerskapet og i mindre grad søkte hjelp for sine psykiske problemer enn de som hadde svensk som morsmål²⁹³. Et stort problem innenfor forskningsfeltet er at grupper som ikke behersker språket som undersøkelsen utføres på, ofte ekskluderes i studier.

Å være selvkritisk til egne funn kan bidra til å høyne kvaliteten på et tilbud. Vi hadde utviklet en intervensjon som vi praktiserte med et definert mål. Holdningen som lå bak tilnærmingen til ønsket om keisersnitt hadde vi i mindre grad analysert. De ulike resultatene som kom frem mellom behandlerne kan tenkes å ha sin bakgrunn i ulike personlighetstrekk. Siden de samme behandlerne, i to tidsperioder, før og etter at jordmor B endret sin tilnærming fra "autonomi" til "mestring", tyder det på at det var holdningen snarere enn personligheten som har gitt forskjellige resultater.

Studiene IV-V

Kvinnene som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep utgjorde 2,4 % av de som fødte i sykehuset i studieperioden, hvorav 1,9 % hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som barn og 0,5 % for voldtekt som voksen. De var selektert fra henviste med psykiske belastninger, og utgjør derfor en belastet gruppe blant alle gravide som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Forekomsttall av gravide utsatt for seksuelle overgrep som barn varierer fra 7-37 %, og er avhengig av hvilken definisjon som legges til grunn^{125, 206, 210, 213}. Overgrep defineres forskjellig, og de utsatte har ulik forståelse for definisjonene. De kan tolke det de har vært utsatt for på forskjellige måter. Seksuelle overgrep er komplekse fenomener som vanskelig lar seg isolere i bestemte kategorier, der risikoen for konfunderende faktorer er stor.

Det kan sees på som en svakhet at det ikke ble benyttet validerte instrumenter for å innhente opplysninger om overgrep. Opplysningene som ligger til grunn for våre studier har

kommet frem i en tillitsfull behandlingsrelasjon, der den primære hensikten var å behandle fødselsangsten, eller bearbeide en traumatisk fødselsopplevelse. Psykiske belastninger er ofte forbundet med skam og skyldfølelse, som gjør at historiene først fremkommer når en tillitsfull relasjon er etablert. I studier der gravide har svart anonymt på spørsmål om vold og overgrep har svarprosenten vært høy²⁰⁶. Det er ikke sikkert at det gir samme opplysninger som i våre studier. Noen spørreundersøkelser utføres uten videre kontakt med kvinnen. Noen gir opplysninger om overgrep i et spørreskjema i forkant av en klinisk konsultasjon, for så å bli konfrontert med svarene. Dette kan være vanskelig for mange som la være å oppgi at de har vært utsatt for overgrep.

De avgrensningene av seksuelle overgrep som vi har foretatt er gjort ut fra hva som kan tenkes å innvirke på selve fødselen. Hensikten har vært å minimalisere effekten av konfunderende faktorer. Kun de kvinnene som hadde vært utsatt for en vaginal voldtekt ble inkludert. Vi valgte å ekskludere alle som hadde vært utsatt for voldtekt i forbindelse med alvorlig rusmisbruk/prostitusjon da vi ikke kunne utelukke at de også hadde vært utsatt for andre seksuelle overgrep. Studier viser at det å ha vært utsatt for flere typer overgrep er vanligere blant kvinner i prostitusjon i kombinasjon med rusmiddelmisbruk²⁴⁴. For kvinnene som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som barn, inkluderte vi kun de som beskrev seksuelle overgrep av fysisk karakter der underlivet eller munnen var berørt. Vi kan heller ikke utelukke at noen som har vært utsatt for overgrep er blitt ekskludert fordi overgrepet er fortregnt. Med disse utvelgelsene representerer kvinnene i våre studier kun disse formene for overgrep, og er dermed ikke representative for andre former for overgrep. En svakhet er at vi fra tidsperioden 2000-2002 mangler opplysninger om overgrep for 48 kvinner fordi vi i starten ikke hadde god nok kunnskap i å ta opp temaet.

En styrke i materialet er at det foreligger detaljerte opplysninger om forholdene rundt overgrepene. De ble systematisert med vekt på hendelsesforløp, av hvem, hvor og når de hadde foregått. Det foreligger fullstendige datasett som gjør at alle inkluderes i regresjonsanalysen.

Studie VI

Informantene i studie VI var ti kvinner som alle hadde vært utsatt for voldtekt som voksen og var henvist til Psykisk Helseteam. Det er mulig at kvinner som har vært utsatt for voldtekt, men ikke er henvist for psykiske belastninger, har en annen opplevelse av sine fødsler. I forbindelse med intervjuene ble hendelser som har skjedd tidligere i livet beskrevet. Distanse i tid vil naturligvis

kunne påvirke deres erindringer og refleksjoner, og ha betydning for deres beskrivelse. Voldtekt er en traumatisk hendelse som ofte fører til posttraumatisk stress, og det er veldokumentert at sterke traumer huskes og beskrives i detalj over tid^{248, 294}. Det ble i intervjuene ikke stilt noen direkte spørsmål om selve voldtekten, men samtlige informanter ga spontant en utdypet beskrivelse av overgrepet.

Kvalitativ innholdsanalyse blir kritisert for å være reduksjonistisk. Dersom kategoriene blir for snevert konstruert, kan kompleksiteten i materialet bli vanskelig å få frem. Utsagn som passer inn i de konstruerte kategoriene kan vektlegges mens andre utelates. I vår studie beskriver informantene mange kroppslige erindringer. En kroppsfenomenologisk tilnærming kunne gitt en dypere meningsforståelse av innvirkningen voldtekten har hatt i fødesituasjonen. Flere forskere påpeker at den rikeste kunnskapen fremkommer hvis informantene gis muligheten til å dele sine egne erfaringer i form av en konkret hendelse, som leder til en opplevd historie som har en spesiell betydning angående en bestemt sak²⁹⁵. Flere av informantene uttrykte at forskningsintervjuet var første gang de hadde delt sine erfaringer om fødselen og voldtekten samtidig, og fått muligheten til å reflektere over dem i sammenheng. De så på det å delta i studien som en mulighet å komme lengre i sin bearbeidelse av hendelsene. Dette blir bekreftet i andre studier som viser at å få beskrive en traumatisk fødselsopplevelse i seg selv kan være en helende og styrkende erfaring²⁹⁶.

Forskerens perspektiv er alltid begrenset og bestemmer hva som kan sees²⁶⁰. Våre intervjuer ble utført 1-12 år etter deres første fødsel. For de som hadde født to ganger kan vi ikke utelukke at en viss sammenblanding kan ha foregått, selv om de tydelig skilte sine fødsels erfaringer². På den andre siden forsøkte vi å få innblikk i hvordan kvinnene så på sine erfaringer i dag, ikke om de ga et sant bilde av hva som virkelig skjedde der og da. Erfaringer er bilder eller minner som den enkelte har. Refleksjon er det som kan endre dette synet og forandre bildet, og som fører til en bearbeidelse av traumet. Utsagnene som kvinnene har gitt er imidlertid gjenkjennelige fra litteraturen^{2, 248, 250, 280, 297} og anekdotiske fødselsfortellinger av kvinner utsatt for seksuelle overgrep^{245, 246, 249}.

Noe av kritikken som kan rettes mot kvalitativt intervju som forskningsmetode er at den har en form som kan variere like mye som måten å lese en tekst på. Det er derfor viktig at en nøye redegjør for hvordan man har gått frem i hele forskningsprosessen og de avveiningene som blir foretatt underveis. Data i denne studien ble til gjennom intervjuene med kvinnene og oss to

forskere. Forskeren bestemmer intervjutema og fortolker det informantene har fortalt. Det finnes mange ulike versjoner av virkeligheten som samtidig kan være gyldig²⁹⁵. For å analysere de transkriberte intervjuene ble kvalitativ innholdsanalyse brukt²⁵⁵. Gjennom hele forskningsprosessen har vi sett det som viktig å være bevisst på vår egen rolle, både for å beholde nærheten til feltet og samtidig holde en distanse. Betydningen av forskerens evne til å balansere mellom nærhet og distanse kan belyses slik;

”En forsker som ikke kommer nær nok, vil ikke forstå de utforskedes verden. En forsker som ikke kommer fjernt nok fra den, vil ikke kunne klare å oppdage og sette ord på det selvfølgelige, heller ikke å løfte analysen over det trivielle” (Album²⁹⁸ s.240-241)”.

Refleksjon over det man ser og hører er en forutsetning for å komme til ny kunnskap. Innen den kvalitative forskningen er det viktig å gjøre rede for sin forståelseshorisont – som er summen av våre holdninger, kunnskaper, erfaringer og tanker – alt som styrer vårt blikk i møte med andre mennesker. Det er dette blikket som er med og påvirker veivalgene under hele forskningsprosessen. Malterud omtaler dette som en ryggsekk som forskeren bærer med seg inn i forskningsarbeidet²⁹⁵.

Vårt faglige ståsted er preget av to diskurser – den jordmorfaglige og den fødselsvitenskapelige²⁹⁹. Hvilken oppfatning eller diskurs som råder vil være bestemmende for hvordan fødselshjelpen organiseres og hvilke observasjoner, tiltak og behandlinger som anbefales for den fødende. I vår kliniske praksis som fødselshjelpere i et sykehus beveger vi oss innenfor begge disse diskursene, men med ulikt ansvar. Som jordmødre er vi utdannet til å ha ansvar for den normale fødselen, mens det er leger som har ansvar for det som avviker fra det normale.

Vår egen påvirkning på forskningsprosessen er et aspekt ved denne studien som kan tenkes å bidra til å redusere studiens pålitelighet. På den annen side kan vår kjennskap og for forståelse for fagfeltet ha vært betydningsfullt for studiens resultater. I utforskingen av et så sensitivt og skambelagt tema som voldtekt opplevde vi det som en styrke å være både kvinner og jordmødre og at vi var to når intervjuene ble utført.

6. Etske aspekter ved forskningsprosessen

Etske overveielser

Avhandlingens studier omhandler en sårbar gruppe kvinner der vi har innhentet og forsket på sensitive opplysninger. Kravene til all forskning er forankret i de forskningsetiske retningslinjene for vurdering av klinisk forskning som igjen har sin forankring i Helsinkideklarasjonen³⁰⁰. Det er først og fremst praktiseringen av de etske prinsippene som omhandler autonomi, anonymitet, konfidensialitet, ikke skade og et frivillig informert samtykke som har vært relevant å vurdere^{301, 302}. Siden avhandlingen består av flere delstudier har det vært nødvendig å søke REK om godkjenning for hver enkelt studie. Godkjenningsprosessen har gjort at det har vært nødvendig å reflektere over flere etske problemstillinger der innspillene fra REK har vært svært nyttig. Vi har stått overfor flere etske utfordringer for eksempel innhenting av skriftlig informert samtykke. Hovedregelen ved all deltakelse i medisinsk og helsefaglig forskning er ”informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart samtykke”¹¹⁹. I forbindelse med etterundersøkelsen i Studie II ble det innhentet skriftlig samtykke. Til Studiene IV og V som omhandlet seksuelle overgrep var det aktuelt å inkludere flere i studiepopulasjonen. Vi anså at det for noen kunne medføre en stor belastning å be om samtykke til å delta i en studie som omhandlet sensitive opplysninger lang tid etter avsluttet behandling. Opplysningene det var ønskelig å benytte var allerede registret i kvinnens fødejournal, og er de samme som registreres ved alle fødsler. Vi søkte derfor REK om å fravike kravet om informert samtykke for noen av kvinnene og for kontrollgruppen. Begrunnelsen var sammensatt og vedrørte kompliserte psykososiale forhold som alvorlig psykisk sykdom, selvmord, dødfødsel og noen levde fremdeles med vold og trusler der en forespørsel om deltakelse kunne medføre økt risiko for ytterligere vold. Innen medisinsk forskning som omfatter mennesker blir det understreket at den bare må utføres dersom formålet er ansett som viktigere enn de risikoer og belastninger som forskningen innebærer for forsøkspersonen²⁹⁵. Fokus i dag er ikke lenger bare beskyttelse av enkeltpersoner. Hovedspørsmålet er som oftest hvordan man skal finne den rette balansen mellom hensynet til mange og den enkelte.

Det er dokumentert at såkalte sårbare grupper som barn, minoritetsgrupper eller gravide blir utsatt for en større risiko i behandlingssammenheng fordi de har vært beskyttet mot deltakelse i forskning. En slik strenghet med gode intensjoner om særlig beskyttelse kan få utilsiktede negative virkninger, som utvilsomt har ført til at det er blitt gjort for lite forskning som inkluderer slike grupper³⁰¹. Dette strenge kravet har ført til at det har blitt konstruert mange

former for samtykke og betegnelser for å oppfylle Helsinkideklarasjonen. Eksempler på samtykkekonstruksjoner er; stedfortredende-, stilltiende-, presumert-, tilsynelatende-, antydnet-, utsatt-, retrospektivt- og hypotetisk samtykke^{301, 303}. De norske etiske komiteer har vært skeptiske til disse konstruksjonene, og mener at det er bedre at forskning uten samtykke kan tillates på et annet grunnlag. Vilkår som nevnes er for eksempel at forskningen ikke kan utføres, at informasjonen ikke kan frembringes på annen måte, eller at forskningen har stor vitenskapelig betydning.

I "Helseforskningsloven" finnes det flere unntak fra samtykkekravet, men det forutsetter alltid en streng vurdering for å kunne sette samtykkekravet til side. Loven sier at fravik fra kravet om informert samtykke *"bare kan skje dersom slik forskning er av vesentlig interesse for samfunnet og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt"* (§15, 28 eller 35)^{304, 305}. Med dette åpnes for en interesseavveining der hensynet til deltakerne avveies mot viktige samfunnsmessige hensyn. Jo mer sensitive opplysninger og inngrep i personvernet som berøres, desto større samfunnsinteresser må dokumenteres. I den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) er det presisert viktigheten av å utvikle ny kunnskap basert på erfaringer hos marginaliserte grupper. De skriver videre at denne type forskning ikke må hindres av standardiserte krav om skriftlig informasjon, men understreker at avviket fra kravet om skriftlig informasjon må begrunnes godt og at den alternative tilnærmingen ivaretar informantenes interesser³⁰³. På den andre siden vil det å hindre forskning som kan gi viktige helseeffekter også kunne hevdes å være uetisk, noe som gjør at det noen ganger må aksepteres et visst inngrep i personvernet. Jo mer sensitive opplysninger og inngrep i personvernet som berøres desto større samfunnsinteresser må dokumenteres. Vi følte oss faglig og etisk forpliktet til å gå videre med forskningen på temaet seksuelle overgrep og mulige sammenheng med fødselsutfallet. Grunnen var at i de tre første studiene var det en høy andel av kvinnene med fødselsangst som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. Dette er tema som det foreligger lite forskning på.

Den kvalitative studien

Informantene til den kvalitative studien ble rekruttert fra studiepopulasjonen til Studie IV. Valget av informanter ble vurdert ut fra flere forhold. Selve overgrepet skulle være noe bearbeidet slik at risikoen for å bli retraumatisert av å delta i et intervju, var så liten som mulig. Det ble også vurdert som uetisk å sende forespørsel til noen som ikke lengre hadde omsorgen for sine barn, eller som

kunne tenkes å leve i voldelige forhold der en skriftlig forespørsel skulle kunne føre til nye voldsepisoder.

Et viktig etisk prinsipp innenfor Helseforskningsloven er at samtykket skal være frivillig eller fritt. Det betyr at den det forskes på ikke skal komme frem til sin posisjon ved en prosess preget av tvang eller press³⁰⁴. Dette medfører at en alltid må stille spørsmål ved om hvor fritt og frivillig et samtykke er. Å be om samtykke til et intervju om traumatiske livserfaringer vil nødvendigvis innebære en følelsesmessig belastning som gir en påminnelse om både fødselen og voldtekten. Bare det helt uforberedt å motta et brev i posten om hensikten med studien kan vekke motstridene følelser hos den som blir invitert som potensiell deltaker. Ble våre aktuelle deltakere utsatt for et utilbørlig press om å delta i studien? I posisjonen som forsker har man i mange sammenhenger en autoritet, og med autoritet følger en makt som kan spille med i avgjørelsen om å delta, selv om forskeren ikke utsetter personen for direkte press³⁰⁶. Et samtykke til å delta i et forskningsprosjekt fremstår uansett i mange sammenhenger som en tillitserklæring. Tillit er en avgjørende forutsetning for at deltakerne samtykker til deltakelse i forskning og for at samfunnet tilgodeser forskning. Ruyter beskriver at det foreligger mye forskning som viser at det informerte samtykke er en skjør konstruksjon – og er en nokså svak forsvarslinje når det kommer til stykke. Det hviler ofte mer på tillit enn på forståelse³⁰¹. I denne studien hadde vi i ni av ti intervjuer en posisjon til informantene der en av oss tidligere hadde stått i et behandlerforhold. Det er viktig å understreke at vi ikke var bekjente eller hadde vært jordmødre ved selve fødselen til noen av informantene. Vi valgte å se det som en tillitserklæring at de ønsket å delta. Men selv i et tillitsforhold må man stille spørsmålet ved om noen følte seg forpliktet til "å stille opp" av ulike grunner, som for eksempel av hensyn til å bevare en god relasjon for fremtiden. De ti som ble våre informanter, beskrev uoppfordret at de hadde brukt tid på avgjørelsen om å delta, og alle hadde gruet seg til selve intervjuet. De begrunnet sin deltakelse med at de ville bidra til en kunnskapsutvikling som kunne komme andre kvinner til gode, samtidig som det å delta kunne være med på å gi dem en større forståelse for deres egen fødselsopplevelse.

Et intervju kan også ha en terapeutisk effekt ved at den som intervjues får anledning til å snakke igjennom situasjonen²⁹⁵. Alle våre informanter uttrykte spontant fordelene med å delta. De oppga at intervjuet hadde gitt dem en unik mulighet til igjen å ta frem vanskelige livserfaringer. Det hadde bidratt til å sette både fødselen og voldtektserfaringen i en mer helhetlig sammenheng. Før intervjuet var det en informant som uttrykte bekymring for om det å delta ville

bli belastende, og om det kunne få en negativ innvirkning på hennes psykiske helse. For henne ble det viktig at intervjuet foregikk under trygge rammer, og hun ønsket at det skulle foregå i hennes eget hjem. I etterkant av intervjuet har hun uttrykt at hun følte seg godt ivaretatt. Gjennom informasjonsskrivet hadde alle fått tilbud om profesjonell hjelp dersom intervjuet skulle medføre psykiske belastninger i ettertid. Dette ble gjentatt i innledningen til intervjuet. Ingen av informantene har benyttet seg av dette tilbudet. Konfidensialitet er et absolutt krav i all forskning. For å ivareta dette har vi begrenset bakgrunnsinformasjonen om informantene og endret noe på dialekten i utsagnene. I artikkelen er utsagnene omformulert til amerikansk dialekt.

Fra behandler til forsker

Den kvalitative forskningen reiser i tillegg noen etiske utfordringer som krav til spesiell kompetanse hos forskeren og et bevisst og kritisk forhold til selve forskerrollen. For oss var nærheten både til feltet og informantene en forutsetning for å kunne berøre de følelseladete temaene så direkte. Vi hadde lang erfaring med å samtale om sensitive tema, og var trygg på egne reaksjoner. Vi anså oss kompetente i intervjusituasjonen, og vurderte at vi var i stand til å utføre intervjuene med et bevisst forhold uten å blande behandler- og forskerrollen. Vi tok med oss erfaringen fra de individuelle samtalene, hvor vi som behandlere har en bevisst tilbaketrasket rolle der kvinnen gis anledning å ta frem sin historie med god tid til refleksjon. Disse rammene mener vi har vært en forutsetning for at kvinnene har tatt frem sine overgrepshistorier. Dialogen i intervjuene hadde både likheter og forskjeller. Malterud presiserer at det er klare motsetninger mellom forskningssamtalen og den terapeutiske samtalen når det gjelder mål og midler²⁹⁵. En viktig forskjell er at vi i de terapeutiske samtalene har som mål å berøre vanskelige følelser for at disse skal kunne erkjennes og bearbeides, mens det i intervjusituasjonen var sentralt å balansere dialogen slik at tema kunne bli berørt uten at følelsene tok overhånd. Forskere og profesjonelle fagpersoner kan få uventede eller uønskede reaksjoner i møte med traumatiserte mennesker, og benevnes som vikarierende traumatisering³⁰⁷. Individuell sårbarhet finnes hos alle mennesker og forsvinner ikke med en profesjonell rolle.

Et forskningsintervju er aldri en interaksjon mellom to likeverdige²⁵⁹. Det oppstår et asymmetrisk maktforhold fordi det er den som intervjuer som legger føringer og styrer intervjuet. Det å være to forskere i intervjusituasjonen kan føre til enda større ubalanse. Denne utfordringen drøftet vi nøye i forberedelsesfasen. Det var viktig å kunne balansere intervjuene på en måte som ivaretok informantens behov for både avstand og nærhet. Utgangspunktet for våre intervju var

et innledende spørsmål om fødselen der informanten selv fikk legge føringer for hva hun ønsket å fortelle. Vi stilte ingen spørsmål om selve overgrepet, men alle kvinnene brakte selv inn voldtekten som tema et stykke ut i intervjuet. Som forsker må en være bevisst på balansegangen mellom det å få tilgang til opplysninger og samtidig ikke utsette informanten for nye grensekrenkelser. Vi vet at mennesker som har vært utsatt for krenkelser igjen står i fare for å bli utsatt for nye krenkelser, noe forskning bekrefter¹⁵⁰. Vi har følt et stort ansvar for ikke å misbruke den tilliten informantene har vist oss ved å delta i studien. Vi har vurdert at de fordelene fagfeltet får med økt kunnskap om temaet – som igjen vil kunne gi et bedre fødetilbud i fremtiden, vil kunne være større enn mulige ulemper for den enkelte.

7. Kliniske implikasjoner

Studiene viser at det er viktig å identifisere underliggende psykiske belastninger hos kvinner med fødselsangst og et ønske om keisersnitt. Svangerskaps- og fødselsomsorgen bør tilrettelegges slik at belastende livserfaringer og psykiske lidelser blir kartlagt på lik linje med de somatiske og sosiale forholdene da det kan få betydning for forløpet og utfallet av fødselen. Erfaringer fra tidligere fødsler og møter med helsepersonell som kan ha ført til mistillit, bør i større grad kartlegges og vektlegges. Tidlig identifisering og en påbegynt bearbeidelse av disse er avgjørende for at fødekvinne og fødselshjelperne får forberedt seg til den forestående fødselen. Kvinnenes erfaringer gir signaler om at det er viktig at fødselshjelperne reflekterer over omsorgen og hjelpen som tilbys under fødselen.

Seksuelle overgrep og fødselserfaringer har langtidsvirkninger som kan få betydning for hele familiens fysiske, psykiske og seksuelle helse i et livsperspektiv. Denne innsikten gjør det nødvendig å rette fokus på seksuelle overgrep innenfor det obstetriske fagfeltet. Siden dette omfatter mange unge kvinner kreves en bred kunnskapsutvikling. Ved å vie seksualiteten oppmerksomhet i svangerskapsomsorgen som en naturlig del av å forberede til fødsel, gis kvinnen en mulighet til å ta frem sensitive tema som vold og seksuelle overgrep. Fødselshjelperne bør være oppmerksom på at en tidligere voldtekt kan resultere i spesifikke konsekvenser for fødselsutfallet, og forstå at vanlige tiltak og prosedyrer som benyttes under en fødsel kan være med på å aktivere voldtektstraumet. Eksisterende praksis når det gjelder utdrivningsfasens varighet bør diskuteres for disse kvinnene. Det bør satses på effektive intervensjoner som kan redusere alle former for unødige inngrep, særlig hos førstegangsfødende, da den første fødselen danner grunnlaget for fremtidige fødsler.

8. Forslag til fremtidig forskning

Fremtidig forskning bør fokusere på hvordan man best kan ivareta fødselen til kvinner med fødselsangst, ønske om keisersnitt og til de som har vært utsatt for voldtekt eller andre overgrep. Resultatene fra avhandlingens studier bør etterprøves.

Videre forskning kan undersøke:

- hvilke kartleggingsmetoder er egnet for å få frem overgrepshistorier slik at de som trenger hjelp under graviditeten får det
- hvilke intervensjonsmetoder er best for gravide med en overgrepshistorie i forhold til best mulig fødselsutfall
- hva slags smertelindring under fødselen er best egnet for kvinner som har vært utsatt for overgrep
- endringsprosessen som kvinnen gjennomgår når hun går fra et ønske om keisersnitt til å innstille seg på vaginal fødsel
- hvilken fødselshjelp som fremmer vaginale fødsler hos førstegangsfødende
- betydningen av relasjonen mellom fødekvinne og fødselshjelperen under aktiv fødsel for utfallet av fødselen
- hvorfor stopper fødselens andre fase opp hos kvinner utsatt for voldtekt
- hvordan fødselen og spesielt utdrivingsfasen kan håndteres på best mulig måte, for kvinner som tidligere har vært utsatt for voldtekt
- forholdet mellom fødselshjelperen og fødekvinne, sett fra begge sider for å øke forståelsen for traumedimensjonen i interaksjonen
- betydningen av vaginal fødsel for fremtidig fysisk, psykisk og seksuell helse
- erfaringen av den andre fødselen til kvinner utsatt for voldtekt
- utforske den første fødselserfaringen til kvinner utsatt for seksuelle overgrep som barn
- konsekvenser på kort og lang sikt av keisersnitt uten medisinsk grunn for mor og barn
- hvordan skal kvinner med overgrepshistorie og deres barn følges opp etter fødselen
- hva undervisning og opplæring av jordmødre og leger innen dette feltet skal inneholde, og hvordan den kan organiseres

9. Referanser

- 1 Brodén M. Graviditetens möjligheter. Stockholm, Sverige: Natur & Kultur; 2004.
- 2 Simkin P, Klaus P. When survivors give birth. Seattle, USA: Classic Day Publishing; 2004.
- 3 Eberhard-Gran M, Slinning K. Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Oslo, Norge: Nasjonalt Folkehelseinstitutt; 2007.
- 4 Blåka G. Grunnlagstenkning i et kvinnefag. Teori, empiri og metode. Bergen, Norge: Fagbokforlaget; 2002.
- 5 Betran AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007;21:98-113.
- 6 Kolås T, Hofoss D, Daltveit AK, Nilsen ST, Henriksen T, Häger R, et al. Indications for cesarean deliveries in Norway. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:864-70.
- 7 Coleman VH, Lawrence H, Schulkin J. Rising cesarean delivery rates: the impact of cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol Surv* 2009;64:115-119.
- 8 Weaver JJ, Statham H, Richards M. Are there "unnecessary" cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. *Birth* 2007;34:32-41.
- 9 Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001;15:179-194.
- 10 Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 1981;12:262-266.
- 11 Geissbuehler V, Eberhard J. Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002;23:229-235.
- 12 Sercekus P, Okumus H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery* 2009;25:155-162.
- 13 Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *BJOG* 2002;109:1213-1221.
- 14 Wah Pang M, Leung TN, Lau TK, Hang Chung TK. Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. *Birth* 2008;35:121-128.
- 15 Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S, Hauck Y. Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *J Clin Nurs* 2009;18:667-677.

- 16** Haines H, Pallant JF, Karlström A, Hildingsson I. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery* 2011;27:560-567.
- 17** Ryding EL. Psychosocial indications for cesarean section. A retrospective study of 43 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991;70:47-49.
- 18** Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C, Waldenström U. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG* 2002;109:618-623.
- 19** Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG* 2006;113:638-646.
- 20** Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J. Patient choice cesarean: an evidence-based review. *Obstet Gynecol Surv* 2004;59:601-616.
- 21** National Institutes of Health (US). NIH State-of-the-science Conference Statement on Cesarean Delivery on Maternal Request. <http://consensus.nhi.gov>
- 22** Young D. "Cesarean Delivery on Maternal Request": was the NIH conference based on a faulty premise? *Birth* 2006;33:171-174.
- 23** Gass CW. It is the right of every anaesthetist to refuse to participate in a maternal-request caesarean section. *Int J Obstet Anesth* 2006;15:33-35.
- 24** Sundhetsstyrelsen. Kejsersnitt på moders ønske - en medisinsk teknologivurdering. København, Danmark. Sundhetsstyrelsen; 2005:7(4).
- 25** Åmark H, Ryding EL. Kvinnor som önskar kejsarsnitt *Läkartidningen* 2006;103:950-953.
- 26** Dobson R. Caesarean section rate in England and Wales hits 21. *BMJ* 2001;323:951.
- 27** Marx H, Wiener J, Davies N. A survey of the influence of patients' choice on the increase in the cesarean section rate. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2001;21:124-127.
- 28** Langer A, Villar J. Promoting evidence based practice in maternal care: Would keep the knife away. *BMJ* 2002;324:928.
- 29** Karlström A, Rådestad I, Eriksson C, Rubertsson C, Nystedt A, Hildingsson I. Cesarean section without medical reason, 1997 to 2006: a Swedish register study. *Birth* 2010;37:11-20.
- 30** Källén K, Rydström H, Olausson PO. Kejsarsnitt i Sverige 1990-2001. Epidemiologiskt Centrum Socialstyrelsen, Stockholm; 2005.
- 31** Blom I. "Den haarde Dyst". Universitetsbiblioteket i Berg, Norge. JW Cappelens Forlag AS; 1988.
- 32** Fjell TI. Fødselens gjenfødelse. Kristiansand, Norge. Høyskoleforlaget AS; 1998.
- 33** NOU. Perinatal omsorg i Norge. Oslo, Norge. Grøndahl & Søn Trykkeri; 1984.
- 34** Medisinsk fødselsregister. Folkehelseinstituttet. www.fhi.no/mfr

- 35** WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;436-437.
- 36** National Vital Statistics Reports, Births: Preliminary Data for 2010. U.S. Department of Health and Human Services, 2011. <http://www.cdc.gov/nchs/data>
- 37** Wagner M. Choosing caesarean section. *Lancet* 2000;356:1677-1680.
- 38** Althabe F, Sosa C, Belizan JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth* 2006;33:270-277.
- 39** Moen MS, Holmen M, Tollefsrud S, Rolland R. Lavrisikofødende ved en kvinneklinikk-hvordan føder de? *Tidsskr Nor Legeforen* 2005;19:2635-2637.
- 40** Albers LL. Overtreatment of Normal Childbirth in U.S. Hospitals. *Birth* 2005;32:67-68.
- 41** St.meld. nr. 12. En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg; 2009. www.regjeringen.no
- 42** NOU. Kvinners helse i Norge. Sosial- og helsedepartementet; 1999:13.
- 43** Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Sosial- og helsedirektoratet. Oslo, Norge; 2005. www.shdir.no
- 44** Hem E, Børdahl PE. Det første keisersnittet i Norge. *Tidsskr Nor Legeforen* 1998;118:4648-53.
- 45** Husom N. Selvbestemt keisersnitt - valg og viten i konflikt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2003;123:1552-1555.
- 46** Bergsjø P. Keisersnitt gjennom 40 år. Overvåking ved hjelp av medisinsk fødselsregister. *Norsk epidemiologi* 2007;17:185-190.
- 47** Bakke B, Heggstad T, Lie T. Har keisersnittsepidemien nådd Norge? *Tidsskr Nor Legeforen* 2003;123:1522-1524.
- 48** Tollanes MC. Økt forekomst av keisersnitt - årsaker og konsekvenser. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009;129:1329-1331.
- 49** Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Devon: Oxford University Press; 2000.
- 50** Naylor CD. Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. *Lancet* 1995;345:840-842.
- 51** Hewer N, Boschma G, Hall WA. Elective caesarean section as a transformative technological process: players, power and context. *J Adv Nurs* 2009;65:1762-1771.
- 52** Florica M, Stephansson O, Nordstrom L. Indications associated with increased cesarean section rates in a Swedish hospital. *Int J Gynaecol Obstet* 2006;92:181-185.

- 53** McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. *Birth* 2007;34:65-79.
- 54** Zhang J, Troendle J, Reddy UM, Laughon SK, Branch DW, Burkman R, et al. Contemporary cesarean delivery practice in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:326 e1-326 e10.
- 55** Fuglenes D. Cesarean Delivery: Women's Preferences and Doctor's Decisions. Faculty of Medicine, Doctoral Thesis. University of Oslo; 2011.
- 56** Stjernholm YV, Petersson K, Eneroth E. Changed indications for cesarean sections. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89:49-53.
- 57** Sahlin M, Carlander-Klint AK, Hildingsson I, Wiklund I. First-time mothers' wish for a planned caesarean section-Deeply rooted emotions. *Midwifery* in press 2012.
- 58** Socialstyrelsen. Sveriges officiella statistik. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn, Medicinska födelseregisteret 1973-2010; 2012. www.socialstyrelsen.se
- 59** Liljeroth P. Rädsla inför förlossningen - ett uppenbart klinisk problem? Konstruktionen av förlossningsrädsla som medicinsk kategori. PhD avhandling, Åbo Universitet. Åbo Akademis Förlag; 2009. www.abo.fi/stiftelsen/forlag
- 60** Sundhetsstyrelsen. Fødselsregisteret, Danmark. www.sundhetsstyrelsen.dk
- 61** Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:201-208.
- 62** Tandberg A, Bjørge T, Bør Dahl PE, Skjaerven R. Increasing twinning rates in Norway, 1967-2004: the influence of maternal age and assisted reproductive technology (ART). *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:833-839.
- 63** Yeh J, Shelton JA. Increasing prepregnancy body mass index: analysis of trends and contributing variables. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1994-1998.
- 64** Montan S. Increased risk in the elderly parturient. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007;19:110-112.
- 65** Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet* 2000;356:1375-83.
- 66** Daltveit AK, Tollanes MC, Pihlstrom H, Irgens LM. Cesarean delivery and subsequent pregnancies. *Obstet Gynecol* 2008;111:1327-1334.
- 67** Fuglenes D, Øian P, Kristiansen IS. Obstetricians' choice of cesarean delivery in ambiguous cases: is it influenced by risk attitude or fear of complaints and litigation? *Am J Obstet Gynecol* 2009;200:48 e1-8.
- 68** Johnston TC, Coory MD. Increase in caesarean section rates among low-risk women in Queensland, 1990-2004. *Med J Aust* 2006;185:404-405.

- 69** Allen VM, O'Connell CM, Farrell SA, Baskett TF. Economic implications of method of delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:192-197.
- 70** Henderson J, McCandlish R, Kumiega L, Petrou S. Systematic review of economic aspects of alternative modes of delivery. *BJOG* 2001;108:149-157.
- 71** Bost BW. Cesarean delivery on demand: what will it cost? *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1418-21; discussion 1421-1423.
- 72** Odent M. The Caesarean. London, England: Free Association Books; 2004.
- 73** Tranquilli AL, Garzetti GG. A new ethical and clinical dilemma in obstetric practice: cesarean section "on maternal request". *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:245-246.
- 74** Stjernholm YV. Flera kejsarsnitt utan medicinsk grund - trots riskerna. *Läkartidningen* 2007;104:942-945.
- 75** Häger R, Kolås T, Sviggum O, Novakovic Z. Keisersnitt. I: Veileder i fødselshjelp. Den Norske Legeforening; 2006.
- 76** Paterson-Brown S. Should doctors perform an elective caesarean section on request? Yes, as long as the woman is fully informed. *BMJ* 1998;317:462-463.
- 77** Hälso- och sjukvårdslag. Sverige; (1982:763). http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- 78** Øian P, Børdahl PE. Flere keisersnitt - forbedring eller problem? *Tidsskr Nor Legeforen* 2003;123:1498.
- 79** Nilstun T, Habiba M, Lingman G, Saracci R, Da Fre M, Cuttini M. Cesarean delivery on maternal request: can the ethical problem be solved by the principlist approach? *BMC Med Ethics* 2008;9:11.
- 80** Hildingsson I, Schytt E, Gottwall K, Waldenström U. Obstetriker och barnmorskor: Kejsarsnittsfrekvensen är för hög. *Läkartidningen* 2006;103:946-949.
- 81** Ryding EL. Kejsarsnitt - kvinnans val eller läkarens ansvar? *Läkartidningen* 1999;96:4549-4550.
- 82** Befring AK, Ohnstad B. Jus for jordmødre og sykepleiere. Kristiansand: Høyskoleforlaget A S. Norwegian Academic Press; 2004.
- 83** Gamble JA, Creedy DK. Women's preference for a cesarean section: incidence and associated factors. *Birth* 2001;28:101-110.
- 84** Yamamoto SL. Recognizing cesarean delivery on maternal request as a social problem: utilizing the public arenas model. *Policy Polit Nurs Pract* 2011;12:168-174.
- 85** Mancuso A, De Vivo A, Fanara G, Settineri S, Triolo O, Giacobbe A. Women's preference on mode of delivery in Southern Italy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:694-699.

- 86** Habiba M, Kaminski M, Da Fre M, Marsal K, Bleker O, Librero J, et al. Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *BJOG* 2006;113:647-656.
- 87** Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. Survey of obstetricians' personal preference and discretionary practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;73:1-4.
- 88** Gabbe SG, Holzman GB. Obstetricians' choice of delivery. *Lancet* 2001;357:722.
- 89** Bergholt T, Østberg B, Legarth J, Weber T. Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: a nation-wide postal survey. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:262-266.
- 90** Reime B, Klein MC, Kelly A, Duxbury N, Saxell L, Liston R, et al. Do maternity care provider groups have different attitudes towards birth? *BJOG* 2004;111:1388-1393.
- 91** Karlström A, Engström-Olofsson R, Nystedt A, Thomas J, Hildingsson I. Swedish caregivers' attitudes towards caesarean section on maternal request. *Women Birth* 2009;22:57-63.
- 92** Kasai KE, Nomura RM, Benute GR, de Lucia MC, Zugaib M. Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital. *Midwifery* 2010;26:319-326.
- 93** Angeja AC, Washington AE, Vargas JE, Gomez R, Rojas I, Caughey AB. Chilean women's preferences regarding mode of delivery: which do they prefer and why? *BJOG* 2006;113:1253-1258.
- 94** Karlström A, Nystedt A, Johansson M, Hildingsson I. Behind the myth-few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery* 2011;27:620-627.
- 95** Fuglenes D, Aas E, Botten G, Øian P, Kristiansen IS. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205:45 e1-9.
- 96** Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:280-285.
- 97** 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;88:807-813.
- 98** Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG* 2009;116:67-73.
- 99** Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG* 2006;113:638-646.
- 100** Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery* 2010;26:394-400.

- 101** Kringeland T, Daltveit AK, Møller A. What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section? *Scand J Public Health* 2009;37:364-371.
- 102** Hildingsson I. How much influence do women in Sweden have on caesarean section? A follow-up study of women's preferences in early pregnancy. *Midwifery* 2008;24:46-54.
- 103** Eriksson C, Westman G, Hamberg K. Experiential factors associated with childbirth-related fear in Swedish women and men: a population based study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005;26:63-72.
- 104** Nilsson C, Lundgren I, Karlström A, Hildingsson I. Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women Birth* 2012;25:114-121.
- 105** Sjögren B. Förlossningsrädsla utmanar vården. Kejsarsnitt är inte enda lösningen, professionellt stöd under graviditeten och planerad förlossning kan vare till hjälp för många. *Läkartidningen* 2003;100:2932-2935.
- 106** Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *Br J Psychiatry* 2000;176:83-85.
- 107** Brudal L F. Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid. Norge. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS; 2000.
- 108** Areskog B, Kjessler B, Uddenberg N. Identification of women with significant fear of childbirth during late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 1982;13:98-107.
- 109** Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhström H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:542-547.
- 110** Zar M, Wijma K, B W. Pre- and Postpartum Fear of Childbirth in Nulliparous and Parous Women. *Scand J Behav Ther* 2001;30:75-84.
- 111** Eberhard-Gran M, Slinning K, Eskild A. Fear during labor: the impact of sexual abuse in adult life. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008;29:258-261.
- 112** Heimstad R, Dahloe R, Laache I, Skogvoll E, Schei B. Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:435-440.
- 113** Kjaergaard H, Olsen J, Ottesen B, Nyberg P, Dykes AK. Obstetric risk indicators for labour dystocia in nulliparous women: a multi-centre cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008;8:45.
- 114** Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG* 2008;115:354-360.
- 115** Nilsson C, Bondas T, Lundgren I. Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2010;39:298-309.

- 116** Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Kononen T, Halmesmäki E. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet Gynecol* 2001;98:820-826.
- 117** 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.
- 118** Wijma K, Alehagen S, Wijma B. Development of the Delivery Fear Scale. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002;23:97-107.
- 119** Schytt E, Hildingsson I. Physical and emotional self-rated health among Swedish women and men during pregnancy and the first year of parenthood. *Sex Reprod Healthc* 2011;2:57-64.
- 120** Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000;21:219-224.
- 121** Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth* 2002;29:101-111.
- 122** Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmäki E, Saisto T. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG* 2011;118:1104-1111.
- 123** Zar M, Wijma K, Wijma B. Relations between Anxiety Disorders and Fear of Childbirth during Late Pregnancy. *Clin Psycho Psychoter.* 2002;9:122-130.
- 124** Lukasse M, Vangen S, Øian P, Kumle M, Ryding EL, Schei B. Childhood abuse and fear of childbirth-a population-based study. *Birth* 2010;37:267-274.
- 125** Schroll AM, Tabor A, Kjaergaard H. Physical and sexual lifetime violence: prevalence and influence on fear of childbirth before, during and after delivery. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2011;32:19-26.
- 126** Wijma K. Why focus on 'fear of childbirth'? *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003;24:141-143.
- 127** Melender HL, Lauri S. Fears associated with pregnancy and childbirth-experiences of women who have recently given birth. *Midwifery* 1999;15:177-182.
- 128** Sjögren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1997;18:266-272.
- 129** Szeverenyi P, Poka R, Hetey M, Torok Z. Contents of childbirth-related fear among couples wishing the partner's presence at delivery. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998;19:38-43.
- 130** Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, Stoll K. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009;38:567-576.
- 131** Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmäki E. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstet Gynecol* 1999;94:679-682.

- 132** Alehagen S, Wijma B, Wijma K. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:56-62.
- 133** Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J* 2003;79:505-510, quiz 508-510.
- 134** Lukasse M, Vangen S, Øian P, Schei B. Fear of childbirth, women's preference for cesarean section and childhood abuse: a longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90:33-40.
- 135** Salomonsson B, Wijma K, Alehagen S. Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery* 2010;26:327-337.
- 136** Salomonsson B, Alehagen S, Wijma K. Swedish midwives' views on severe fear of childbirth. *Sex Reprod Healthc* 2011;2:153-159.
- 137** Ryding EL, Persson A, Onell C, Kvist L. An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:10-17.
- 138** Hildingsson I, Nilsson C, Karlström A, Lundgren I. A longitudinal survey of childbirth-related fear and associated factors. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2011;40:532-543.
- 139** Persson EK, Dykes AK. Important variables for parents' postnatal sense of security: evaluating a new Swedish instrument (the PPSS instrument). *Midwifery* 2009;25:449-460.
- 140** Sjögren B. Fear of childbirth and psychosomatic support. A follow up of 72 women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:819-825.
- 141** Sjögren B, Thomassen P. Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76:948-952.
- 142** Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmäki E. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:1315-1319.
- 143** Salmela-Aro K, Nurmi JE, Saisto T, Halmesmäki E. Goal reconstruction and depressive symptoms during the transition to motherhood: evidence from two cross-lagged longitudinal studies. *J Pers Soc Psychol* 2001;81:1144-1159.
- 144** Helk A, Spilling H, Smeby N. Psychosocial Support by Midwives of Women with a Fear of Childbirth. *Vård i Norden* 2008;28:47-49.
- 145** Gustafson LS. Aurora. Hjälp för förlossningsrädda kvinnor. *Läkartidningen* 1993;90:3557-3578.
- 146** Högberg U, Lynoe N, Wulff M. Cesarean by choice? Empirical study of public attitudes. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87:1301-1308.
- 147** Ryding EL, Wiren E, Johansson G, Ceder B, Dahlström AM. Group counseling for mothers after emergency cesarean section: a randomized controlled trial of intervention. *Birth* 2004;31:247-253.

- 148** Sydsjo G, Sydsjo A, Gunnervik C, Bladh M, Josefsson A. Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91:44-49.
- 149** Salmela-Aro K, Read S, Rouhe H, Halmesmäki E, Toivanen RM, Tokola MI, et al. Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. *J Health Psychol* 2012;17:520-534.
- 150** Kirkengen AL. Hvordan krenkede barn blir syke voksne. Oslo, Norge: Universitetsforlaget; 2005.
- 151** Kirkengen AL, Getz L, Hetlevik I. En annen kardiovaskulær epidemiologi. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008;128:2 181-184.
- 152** Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Giles WH, Anda RF. The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Prev Med* 2003;37:268-277.
- 153** Batten SV, Aslan M, Maciejewski PK, Mazure CM. Childhood maltreatment as a risk factor for adult cardiovascular disease and depression. *J Clin Psychiatry* 2004;65:249-254.
- 154** Wilson DR. Health consequences of childhood sexual abuse. *Perspect Psychiatr Care* 2010;46:56-64.
- 155** Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998;14:245-258.
- 156** Parker VJ, Douglas AJ. Stress in early pregnancy: maternal neuro-endocrine-immune responses and effects. *J Reprod Immunol* 2010;85:86-92.
- 157** Collins JW, Jr., David RJ, Symons R, Handler A, Wall SN, Dwyer L. Low-income African-American mothers' perception of exposure to racial discrimination and infant birth weight. *Epidemiology* 2000;11:337-339.
- 158** Kirkengen AL, Ulvestad E. Overlast og kompleks sykdom - et integrert perspektiv. *Tidsskr Nor Legeforen* 2007;127:3228-3231.
- 159** Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA* 2009;301:2252-2259.
- 160** Anderson I. What is the typical rape? Effects of victim and participant gender in female and male rape perception. *Br J Soc Psychol* 2007;46:225-245.
- 161** Getz L, Kirkengen AL, Petursson H, Sigurdsson JA. The royal road to healing: a bit of a saga. *BMJ* 2011;343:d7826.
- 162** Hulter B. Sexualitet och hälsa - begränsningar och möjligheter. Lund, Sweden: Studentlitteratur; 2004.

- 163** Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv: Rapport: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009:8. www.fhi.no
- 164** Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. Mental illness in a rural area. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:713-719.
- 165** Alonso J, Lepine JP. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *J Clin Psychiatry* 2007;68 Suppl 2:3-9.
- 166** Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 2005;15:357-376.
- 167** Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12 month *DSM-IV* Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:617-627.
- 168** Vasiliadis HM, Lesage A, Adair C, Wang PS, Kessler RC. Do Canada and the United States Differ in Prevalence of Depression and Utilization of Services? *Psychiatric Services* 2007;58:63-71.
- 169** Paykel ES, Brugha T, Fryers T. Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology* 2005;15:411-423.
- 170** Levekårsundersøkelsen 2005. Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009:6. www.fhi.no.
- 171** Mykletun A, Øverland S. Dør man av vanlige psykiske lidelser? *Tidsskr Nor Psykolog* 2010;47:756-759.
- 172** O'Hara M, Stuart S, Gorman L, Wenzel A. Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:1039-1045.
- 173** Cox JL, Murray D, Chapman G. A Controlled Study of the Onset, Duration and Prevalence of Postnatal Depression. *Brit J Psychiat* 1993;163:27-31.
- 174** Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* 2004;363:303-310.
- 175** Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Samuelsen SO. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104:243-249.
- 176** Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001;323:257-260.
- 177** Nielsen FD, Videbech P, Hedegaard M, Salvig JD, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG* 2000;107:1210-1217.
- 178** Eberhard-Gran M, Tambs K, Opjordsmoen S, Skrondal A, Eskild A. Depression during pregnancy and after delivery: A repeated measurement study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004;25:15-21.

- 179** Ross IE, Gilbert Evans SE, Sellers EM, al. E. Measurement issues in postpartum depression part 1: Anxiety as a feature of postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2003;6:51-57.
- 180** Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007;370:851-858.
- 181** Helsedirektoratet. Rapport. Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo; 2012:2.
www.kunnskapssenteret.no
- 182** World Health Organization. Redefining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. Geneva, Switzerland. WHO; 2002. www.who.int
- 183** Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet* 2008;371:1165-1172.
- 184** Campbell R, Wasco SM. Understanding Rape and Sexual Assault: 20 Years of Progress and Future Directions. *J Interpers Violence* 2005;20:127-131.
- 185** World Health Organization. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, Switzerland. WHO; 2005. www.who.int
- 186** Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreat* 2011;16:79-101.
- 187** Pereda N, Guilera G, Forns M, Gomez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2009;29:328-338.
- 188** Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, et al. Long-Term Consequences of Childhood Sexual Abuse by Gender of Victim. *Am J Prev Med* 2005;28:430-438.
- 189** Bang L, Hydle I. Mishandling og seksuelle overgrep. Legens faglige oppgaver i helse- og rettsvesenet. Otta, Norge. TANO A.S.; 1992.
- 190** Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge - kunnskapsstatus. Revidert 2011. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Oslo; 2011. www.nkvts.no
- 191** Justis- og beredskapsdepartementet. Ot.prp. nr. 22 (2008-2009) Om lov om endringer i straffeloven 20 mai 2005 nr. 28. Oslo; 2008. www.regjeringen.no
- 192** Justis- og beredskapsdepartementet. Handlingsplan mot voldtekt 2012-2014. Oslo; 2012. www.regjeringen.no

- 193** Skårderud F. Skammens stemmer - om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2001;121:1613-1617.
- 194** Jackson KB, Fraser D. A study exploring UK midwives' knowledge and attitudes towards caring for women who have been sexually abused. *Midwifery* 2009;25:253-263.
- 195** Dahl S. Rape - A Hazard to Health. Oslo, Norway: Scandinavian University Press; 1993.
- 196** Conoscenti LM, McNally RJ. Health complaints in acknowledged and unacknowledged rape victims. *J Anxiety Disord* 2006;20:372-379.
- 197** Wijma B, Schei B, Swahnberg K, Hilden M, Offerdal K, Pikarinen U, et al. Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study. *Lancet* 2003;361:2107-2113.
- 198** Leeners B, Stiller R, Block E, Gorres G, Imthurn B, Rath W. Effect of childhood sexual abuse on gynecologic care as an adult. *Psychosomatics* 2007;48:385-93.
- 199** Johnson CF. Child sexual abuse. *Lancet* 2004;364:462-470.
- 200** Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. The Long-term Health Outcomes of Childhood Abuse. An Overview and a Call to Action. *JGIM* 2003;18:864-870.
- 201** Zinzow HM, Resnick HS, McCauley JL, Amstadter AB, Ruggiero KJ, Kilpatrick DG. Prevalence and risk of psychiatric disorders as a function of variant rape histories: results from a national survey of women. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:893-902.
- 202** Eberhard-Gran M, Schei B, Eskild A. Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence. *JGIM* 2007;22:1668-1673.
- 203** Leeners B, Stiller R, Block E, Gorres G, Rath W. Pregnancy complications in women with childhood sexual abuse experiences. *J Psychosom Res* 2010;69:503-510.
- 204** Hilden M, Schei B, Swahnberg K, Halmesmäki E, Langhoff-Roos J, Offerdal K, et al. A history of sexual abuse and health: a Nordic multicentre study. *BJOG* 2004;111:1121-1127.
- 205** Vold, negative livshendelser og helse: Rapport. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Norge; 2012:1. www.nkvts.no
- 206** Johnson JK, Haider F, Ellis K, Hay DM, Lindow SW. The prevalence of domestic violence in pregnant women. *BJOG* 2003;110:272-275.
- 207** Stenson K, Heimer G, Lundh C, Nordström ML, Saarinen H, Wenker A. Lifetime prevalence of sexual abuse in a Swedish pregnant population. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:529-536.
- 208** Tiwari A, Chan KL, Fong D, Leung WC, Brownridge DA, Lam H, et al. The impact of psychological abuse by an intimate partner on the mental health of pregnant women. *BJOG* 2008;115:377-384.

- 209** Möhler E, Matheis V, Marysko M, Finke P, Kaufmann C, Cierpka M, et al. Complications during pregnancy, peri- and postnatal period in a sample of women with a history of child abuse. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008;29:193-198.
- 210** Lukasse M, Schei B, Vangen S, Øian P. Childhood abuse and common complaints in pregnancy. *Birth* 2009;36:190-199.
- 211** Van der Hulst LAM, Bonsel GJ, Eskes M, Birnie E, Van Teijlingen E, Bleker OP. Bad experience, good birthing: Dutch low-risk pregnant women with a history of sexual abuse. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2006;27:59-66.
- 212** Tallman N, Hering C. Child Abuse and Its Effect on Birth. New Research. *Midwifery Today* 1998;45:19-21.
- 213** Benedict MI, Paine LL, Paine LA, Brandt D, Stallings R. The association of childhood sexual abuse with depressive symptoms during pregnancy, and selected pregnancy outcomes. *Child Abuse Negl* 1999;23:659-670.
- 214** Zinzow HM, Amstadter AB, McCauley JL, Ruggiero KJ, Resnick HS, Kilpatrick DG. Self-rated health in relation to rape and mental health disorders in a national sample of college women. *J Am Coll Health* 2011;59:588-594.
- 215** NOU:2008:4. Fra ord til handling. Bekjempelse av voldtekt krever handling. Justis- og Politidepartementet. Oslo; 2008. www.regjeringen.no
- 216** Pape H, Stefansen K. Den skjulte volden? En undersøkelse av Oslobefolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2004. www.nkvts.no
- 217** Tambs K. Noen resultater fra Folkehelse's undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn. Norsk folkehelseinstitutt. Oslo; 1994. www.fhi.no
- 218** London K, Bruck M, Cesi SJ, Shuman DW. Disclosure of child sexual abuse: What does the research tell us about the ways that children tell? *Psychology, Public Policy, and Law* 2005;11:194-226.
- 219** Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse Negl* 2007;31:7-26.
- 220** Felitti VJ. The relationship of adverse childhood experiences to adult health: Turning gold into lead. *J Psychosom Med Psychother* 2002;48:359-369.
- 221** Schei B. Prevalence of sexual abuse history in a random sample of Norwegian women. *Scand J Soc Med* 1990;18:63-68.
- 222** World Health Organization. Violence against women: A priority health issue New York: United Nations, 1997. www.who.int

- 223** Paras ML, Murad MH, Chen LP, Göranson EN, Sattler AL, Colbenson KM, et al. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Somatic Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 2009;302:550-561.
- 224** Hulme PA. Symptomatology and health care utilization of women primary care patients who experienced childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2000;24:1471-1484.
- 225** Hulme PA. Theoretical perspectives on the health problems of adults who experienced childhood sexual abuse. *Issues Ment Health Nurs* 2004;25:339-361.
- 226** Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev* 2009;29:647-657.
- 227** Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Göranson EN, et al. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clin Proc* 2010;85:618-629.
- 228** Johansen VA, Wahl AK, Eilertsen DE, Hanestad BR, Weisaeth L. Acute psychological reactions in assault victims of non-domestic violence: Peritraumatic dissociation, post-traumatic stress disorder, anxiety and depression. *Nord J Psychiatry* 2006;60:452-462.
- 229** Wegman HL, Stetler C. A Meta-Analytic Review of the Effects of Childhood Abuse on Medical Outcomes in Adulthood. *Psychosom Med* 2009;71:805-812.
- 230** Svedin CG, Banck L. Sexuella övergrepp mot flickor och pojkar. Lund, Sverige: Studentlitteratur; 2002.
- 231** Hilden M, Sidenius K. [Sexual dysfunction after rape]. *Ugeskr Laeger* 2002;164:4801-4803.
- 232** Balousek S, Plane MB, Fleming M. Prevalence of Interpersonal Abuse in Primary Care Patients Prescribed Opioids for Chronic Pain. *Society of General Internal Medicine* 2007;22:1268-1273.
- 233** Nerøien AI, Schei B. Partner violence and health: results from the first national study on violence against women in Norway. *Scand J Public Health* 2008;36:161-168.
- 234** Pikarinen U, Saisto T, Schei B, Swahnberg K, Halmesmäki E. Experiences of physical and sexual abuse and their implications for current health. *Obstet Gynecol* 2007;109:1116-1122.
- 235** Kovac SH, Klapow JC, Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. Differing symptoms of abused versus nonabused women in obstetric-gynecology settings. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:707-713.
- 236** Leeners B, Neumaier-Wagner P, Quarg AF, Rath W. Childhood sexual abuse (CSA) experiences: an underestimated factor in perinatal care. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:971-976.
- 237** Morland L, Goebert D, Onoye J, Frattarelli L, Derauf C, Herbst M, et al. Posttraumatic Stress Disorder and Pregnancy Health: Preliminary Update and Implications. *Psychosomatics* 2007;48:304-308.

- 238** Grimstad H, Schei B. Pregnancy and delivery for women with a history of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1999;23:81-90.
- 239** Faravelli C, Giugni A, Salvatori S, Ricca V. Psychopathology after rape. *Am J Psychiatry* 2004;161:1483-1485.
- 240** Seng JS, Sperlich M, Low LK. Mental health, demographic, and risk behavior profiles of pregnant survivors of childhood and adult abuse. *J Midwifery & Womens Health* 2008;53:511-521.
- 241** Heimer G, Posse B. Våldutsatte kvinnor - samhällets ansvar. Lund, Sweden: Studentlitteratur; 2003.
- 242** Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet* 2002;359:1331-1336.
- 243** Burgess AW. Rape Trauma Syndrome. *Behavioral Sciences & The Law* 1983;1:97-113.
- 244** Leeners B, Richter-Appelt H, Imthurn B, Rath W. Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *J Psychosom Res* 2006;61:139-151.
- 245** Rose A. Effects of childhood sexual abuse on childbirth: one woman's story. *Birth* 1992;19:214-218.
- 246** Parratt J. The experience of childbirth for survivors of incest. *Midwifery* 1994;10:26-39.
- 247** Simkin P. Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth* 1992;19:64-81.
- 248** Sperlich M, Seng JS. *Survivor moms. Women's stories of birthing, mothering and healing after sexual abuse.* Eugene, OR, USA: Motherbaby Press; 2008.
- 249** Garatt L. *Survivors of childhood sexual abuse and midwifery practice. CSA, Birth and Powerlessness.* United Kingdom: Radcliff Publishing Ltd; 2011.
- 250** Waymire V. A triggering time. Childbirth may recall sexual abuse memories. *Lifelines* 1997;1:47-50.
- 251** Caplan G. *Principles of Preventive Psychiatry.* New York: Basic Books; 1964.
- 252** Cullberg J. *Mennesker i krise og utvikling.* Gjøvik, Norge: Universitetsforlaget; 1999.
- 253** Platt FW, Gaspar DL, Coulehan JL, Fox L, Adler AJ, Weston WW, et al. "Tell Me About Yourself": The Patient-Centered Interview. *Ann Intern Med* 2001;134:1079-1085.
- 254** Martinussen M. *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns- og helsefag.* Bergen, Norge: Fagbokforlaget; 2010.

- 255** Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004;24:105-112.
- 256** Granskär M, Höglund-Nielsen B. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård. Lund, Sverige: Studentlitteratur; 2008.
- 257** Sørli T, Sexton HC, Busund R, Sørli D. Predictors of satisfaction with surgical treatment. *Int J Qual Health Care* 2000;12:31-40.
- 258** Horvath AO, Luborsky L. The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:561-573.
- 259** Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A S; 2007.
- 260** Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001;358:483-488.
- 261** Thaagard T. Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitativ metode. Bergen, Norge: Fagbokforlaget; 2004.
- 262** Ramvi E, Tangerud M. Experiences of women who have a vaginal birth after requesting a Cesarean section due to a fear of birth: A biographical, narrative, interpretative study. *Nursing & Health Sciences* 2011;13:269-274.
- 263** Eriksson C, Westman G, Hamberg K. Content of Childbirth-Related Fear in Swedish Women and Men - Analysis of an open-ended question. *J Midwifery Womens Health* 2006;51:112-118.
- 264** Ryding EL, Wirfelt E, Wangborg IB, Sjögren B, Edman G. Personality and fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:814-820.
- 265** Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* 2009;25:e1-e9.
- 266** Berle JO, Spigset O. Behandling av svangerskapsrelatert psykisk sykdom. *Tidsskr Nor Legerforen* 2003;123:2037-2040.
- 267** Wickberg B, Hwang P. Bagatellisera inte nyblivna mammors depressionstecken! Tidigt stöd avgörande för att motverka negativa konsekvenser för barnet. *Läkartidningen* 2001;98:1534-1538.
- 268** Eberhard-Gran M, Eskild A, Opjordsmoen S. Treating Mood Disorders During Pregnancy: Safety Considerations. *Drug Saf* 2005;28:695-706.
- 269** Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:426-433.
- 270** Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *J Affect Disord* 2003;74:139-147.

- 271** Fuglenes D, Aas E, Botten G, Øian P, Kristiansen IS. Maternal Preference for Cesarean Delivery: Do Women Get What They Want? *Obstet Gynecol* 2012;120:252-260.
- 272** Donati S, Grandolfo M, Andreozzi S. Do Italian Mothers Prefer Cesarean Delivery? *Birth* 2003;30:89-93.
- 273** Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ* 2007;335:1025.
- 274** Frich JC, Fugelli P. Forestillinger om sykdom - forventninger til helse. *Tidsskr Nor Legeforen* 2006;126:45-48.
- 275** Wijma B, Liss PE, Jansson M, Siwe K. Att vilja eller inte vilja. Vad betyder "jag vill" när det inte är uttryck för ett fritt val? *Läkartidningen* 2002;99:1716-1719.
- 276** Fuglenes D, Øian P, Gyrd-Hansen D, Olsen JA, Kristiansen IS. Norwegian obstetricians' opinions about cesarean section on maternal request: should women pay themselves? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89:1582-1588.
- 277** Symon A. Litigation and defensive clinical practice: quantifying the problem. *Midwifery* 2000;16:8-14.
- 278** Bettles BA, Coleman VH, Zinberg S, Spong CY, Portnoy B, DeVoto E, et al. Cesarean Delivery on Maternal Request: Obstetrician-Gynecologists' Knowledge, Perception, and Practice Patterns. *Obstet Gynecol* 2007;109:57-66.
- 279** Lukasse M, Vangen S, Øian P, Schei B. Childhood abuse and caesarean section among primiparous women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BJOG* 2010;117:1153-1157.
- 280** Rhodes N, Hutchinson S. Labor Experiences of Childhood Sexual Abuse Survivors. *Birth* 1994;21:213-220.
- 281** van der Kolk B. Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues Clin Neurosci* 2000;2:7-22.
- 282** Papadias K, Christopoulos P, Deligeoroglou E, Vitoratos N, Makrakis E, Kaltapanidou P, et al. Maternal Age and the Duration of the Second Stage of Labor. *Ann N.Y. Acad. Sci* 2006;1092:414-417.
- 283** Kirkengen AL, Schei B, Steine S. Indicators of childhood sexual abuse in gynaecological patients in a general practice. *Scand J Prim Health Care* 1993;11:276-280.
- 284** Seng J, Low L, Sperlich M, Ronis D, Liberzon I. Post-traumatic stress disorder, child abuse history, birthweight and gestational age: a prospective cohort study. *BJOG* 2011;118:1329-1339.
- 285** Simkin P. Overcoming the legacy of childhood sexual abuse: the role of caregivers and childbirth educators. *Birth* 1992;19:224-225.

- 286** Schei B, Bakketeig LS. Gynaecological impact of sexual and physical abuse by spouse. A study of a random sample of Norwegian women. *Br J Obstet Gynaecol* 1989;96:1379-1383.
- 287** Schei B, Guthrie JR, Dennerstein L, Alford S. Intimate partner violence and health outcomes in mid-life women: a population-based cohort study. *Arch Womens Ment Health* 2006;9:317-324.
- 288** Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service. *BJOG* 2002;109:9-16.
- 289** Nygaard KK. Ikke all empati er empatisk. *Tidskr Nor Psykolog* 2011;48:566-567.
- 290** Polit D, Beck C. Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. USA: Philadelphia PA Lippicott Williams & Wilkins; 2008.
- 291** Laake P, Hjartåker A, Thelle D, Veierød M. Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder. Polen: Gyldendal Akademisk; 2007.
- 292** Wiklund I, Edman G, Larsson C, Andolf E. Personality and mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:1225-1230.
- 293** Wangel AM, Schei B, Ryding EL, Östman M. Mental health status in pregnancy among native and non-native Swedish speaking women: a Bidens study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91:1-7.
- 294** Thomson G, Downe S. Widening the trauma discourse: the link between childbirth and experiences of abuse. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2008;29:268-273.
- 295** Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring. Oslo, Norge: Universitetsforlaget; 2006.
- 296** Beck CT. Birth trauma: In the Eye of the Beholder. *Nurs Res* 2004;53:28-35.
- 297** Courtois CA, Courtois Riley C. Pregnancy and Childbirth as Triggers for Abuse Memories: Implications for Care. *Birth* 1992;19:222-223.
- 298** Album D. Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus. Oslo, Norge: TANO A.S.; 1996.
- 299** Sandvik GB. Moderskap og fødselsarbeid: Diskurser i reproduktivt arbeid. Bergen, Norge: Fagbokforlaget; 1997.
- 300** Helsinkideklarasjonen. Verdens legeförening, Helsinki deklarasjonen: Forskningsetiske komiteer, 1964. www.etikkom.no
- 301** Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH. Medisinsk og helsefaglig etikk. Oslo, Norge: Gyldendal Akademisk; 2010.
- 302** Tranøy KE. Om forskningsetikk - noen generelle retningslinjer. I den nasjonale forskningsetiske komite for medisin. Forskning på mennesker: Lover, regler og retningslinjer; 1994. www.etikkom.no

- 303** Ruyter KW. Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. De nasjonale forskningsetiske komiteer; 2010. www.etikkom.no
- 304** Helseforskningsloven. LOV 2008-06-20 nr 44: Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. Helse- og omsorgsdepartementet (2006-2008): Lovdata; 2008.
- 305** Sønnerland K. Helseforskningsloven: Forskningsetisk bibliotek; 2009. www.etikkom.no/FBIB/
- 306** Fossheim. Informert samtykke. Forskningsetisk bibliotek; 2009. www.etikkom.no
- 307** Rothschild B. The Body Remembers. The Psychophysiology of Trauma and Trauma treatment. New York: W.W. Norton & Company; 2000.

Artikkel I

Halvorsen L, Nerum H, Øian P, Sørli T.

Er det sammenheng mellom psykiske belastninger og ønske om keisersnitt?

[Is there an association between psychological stress and request for caesarean section?].

Tidsskr Nor Lægeforen 2008;128:1388-91.

Artikkel II

Nerum H, Halvorsen L, Sørli T, Øian P.

Maternal request for cesarean section due to fear of birth:
can it be changed through crisis-oriented counseling?

Birth 2006;33:221-8.

Artikkel III

Halvorsen L, Nerum H, Sørli T, Øian P.

Does counsellor's attitude influence change in a request for a caesarean
in women with fear of birth?

Midwifery 2010;26:45-52.

Artikkel IV

Nerum H, Halvorsen L, Øian P, Sørli T, Straume B, Blix E.

Birth outcomes in primiparous women who were raped as adults:
a matched controlled study. BJOG 2010;117:288-94.

Artikkel V

Nerum H, Halvorsen L, Straume B, Sørli T, Øian P.

Different labour outcomes in primiparous women subjected to childhood sexual abuse or rape in adulthood: a case-control study in a clinical cohort.

BJOG published online 12 november 2012.

Artikkel VI

Halvorsen L, Nerum H, Øian P, Sørli T.

To give birth with rape in one's past: a qualitative study.

Birth accepted 2012.

Vedlegg 1

Registreringsskjema Prosjekt A

 Førstegangsfødende Flergangsfødende

20

Kvinnens siste fødsel ved UNN år

1. Bakgrunn mor

1. Født år
2. Sivilstand gift samboer ugift / enslig separert skilt enke
3. Bosatt i kommune Tromsø Nord Troms Midt Troms Sør Troms Finnmark annen notat
4. Utdanning / skole ingen grunnskole 3 år videreg høgsk <4 år høg/uni> 4 år annet
5. Stilling / yrke
6. Arbeidsforhold arbeid heltid student permisjon arbeidsledig attføring annet, se notater
 arbeid deltid hjemme sykemeldt ufør / trygd sosial stønad
7. Statsborgerskap Norsk annet, se notater
8. Opprinnelsesland Norge annet, se notater
9. Språk/ morsmål norsk annet, se notater
10. Etnisitet norsk samisk kvensk usikkert annet, se notater
11. Trossamfunn DNK intet Læstadiansk muslim annet, se notater

2. Bakgrunn barnefar

12. Barnefar ikke oppgitt ukjent
13. Født år år
14. Stilling / yrke
15. Arbeidsforhold arbeid heltid student permisjon arbeidsledig attføring annet, se notater
 arbeid deltid hjemme sykemeldt ufør / trygd sosial stønad
16. Statsborgerskap norsk annet, se notater
17. Opprinnelsesland Norge annet, se notater
18. Språk/ morsmål norsk annet
19. Etnisitet norsk samisk kvensk usikkert annet, se notater
20. Trossamfunn DNK intet Læstadiansk muslim annet, se notater

3. Tidligere helse mor ift helsekort / henvisningen

21. Arvelige sykdommer ingen kjente ja, hvilke
22. Tidligere sykdommer intet spesielt hjertesykdom nyre/ urin allergi gyn syk/ op annet, se notater
 hypertensjon diabetes epilepsi psykisk sykdom

4. Tidligere helse mor ift journal

23. Arvelige sykdommer ingen kjente ja, hvilke
24. Tidligere sykdommer intet spesielt hjertesykdom nyre/ urin allergi gyn syk/ op annet, se notater
 hypertensjon diabetes epilepsi psykisk syk
25. Samsvar/helsekort journal Veldig mye ganske mye en del litt ikke i det hele tatt

5. Tidligere svangerskap og fødsler

26.	Tidligere svangerskap og fødsler	<input type="checkbox"/> antall svangerskap	<input type="checkbox"/> dødfødte 24 uker og over	<input type="checkbox"/> sp./ pr abort < 12 uker
		<input type="checkbox"/> ant levende fødte	<input type="checkbox"/> abort /dødfødsel 12 -23 uke	<input type="checkbox"/> flerlinger
27.	1:e fødsel <input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> jente <input type="checkbox"/> gutt	<input type="text"/> fødselsvekt	<input type="checkbox"/> Apgar 1' <input type="checkbox"/> Apgar 5'
	Spesielle forhold i svangerskapet	Inngrep under fødselen	Komplikasjoner ved fødsel	Komplikasjoner etter fødsel
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	2:e fødsel <input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> jente <input type="checkbox"/> gutt	<input type="text"/> fødselsvekt	<input type="checkbox"/> Apgar 1' <input type="checkbox"/> Apgar 5'
	Spesielle forhold i svangerskapet	Inngrep under fødselen	Komplikasjoner ved fødsel	Komplikasjoner etter fødsel
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	3:e fødsel <input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> jente <input type="checkbox"/> gutt	<input type="text"/> fødselsvekt	<input type="checkbox"/> Apgar 1' <input type="checkbox"/> Apgar 5'
	Spesielle forhold i svangerskapet	Inngrep under fødselen	Komplikasjoner ved fødsel	Komplikasjoner etter fødsel
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	4:e fødsel <input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> jente <input type="checkbox"/> gutt	<input type="text"/> fødselsvekt	<input type="checkbox"/> Apgar 1' <input type="checkbox"/> Apgar 5'
	Spesielle forhold i svangerskapet	Inngrep under fødselen	Komplikasjoner ved fødsel	Komplikasjoner etter fødsel
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	5:e fødsel <input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> jente <input type="checkbox"/> gutt	<input type="text"/> fødselsvekt	<input type="checkbox"/> Apgar 1' <input type="checkbox"/> Apgar 5'
	Spesielle forhold i svangerskapet	Inngrep under fødselen	Komplikasjoner ved fødsel	Komplikasjoner etter fødsel
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

6. Aktuelle svangerskap

28.	Termin	<input type="checkbox"/> sikker	<input type="checkbox"/> ultralyd	antall
		<input type="checkbox"/> usikker		
29.	1:e kontroll	<input type="text"/> + <input type="checkbox"/> svangerskapsuke	<input type="checkbox"/> ved lege	<input type="checkbox"/> ved jordmor
30.	Spesielle medisinske forhold i svangerskapet	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
31.	Innlagt KK	<input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> antall ganger
32.	Antall kontroller i svangerskapet	<input type="checkbox"/> ved lege 1 linjen	<input type="checkbox"/> ved lege 2 linjen	
		<input type="checkbox"/> ved jordmor 1 linjen	<input type="checkbox"/> ved jordmor 2 linjen	
		<input type="text"/> antall kontr 1 linjen	<input type="text"/> antall kontr 2 linjen	<input type="text"/> total sum kontroller

7. Levevaner i det aktuelle svangerskapet

33. KMI KMI pre gravid Vektøkning i svangerskapet
34. Alkoholforbruk aldri av og til daglig ukjent
35. Røyking 1 kontr nei av og til ja, daglig ukjent
36. Røyking 36 uke nei ja, daglig sluttet ukjent
37. Faste medikamenter nei av og til ja (se notater) ukjent
38. Psykofarmaka nei av og til ja (se notater) ukjent
39. Rusmisbruk i svangerskapet nei usikkert narkotika sluttet, når?
40. Innlagt rusinstitusjon? ja alkohol medikamenter + svangerskapsuke
- + svangerskapsuke

8. Psykisk Helse team

41. Henvist + svangerskapsuke ikke gravid
42. Hvem har henvist fastlege helsesøster Amatheia kvinnen selv
- lege KK sosionom SMS annet, se notater
- kom jordmor internt KK Tromsklinikken
43. Tilbud om første time etter uker
44. 1 samtale hos Jordmor A Jordmor B begge
45. Henvisnings grunner
- 1.....
- 2.....
- 3.....

9. Psykososiale forhold som kommer frem under samtalen

46. Relasjon til barnefar i sv. skapet usikkert svært god god både og konfliktfylt ingen
47. Familie nettverk usikkert veldig stort stort en del litt mangler
48. Sosialt vennenettverk usikkert veldig stort stort en del litt mangler
49. Om det aktuelle svangerskapet vurdert abort enslig gravid barnevern/ omsorgsutredning annet, se notater
- uønsket barn ønske om adopsjon
50. Plager i svangerskapet hyperemesis < 22 uker nedstemthet smerter bekkenløsning
- hyperemesis > 22 uker uro hodepine underlivsplager
- halsbrann konsentrasjonsvansker svimmelhet sex / samlivsprobl
- ernæringsproblemer tilknytningsproblemer søvnproblemer annet, se notater
51. Fødselsrelaterte problemstillinger fødselsangst redd for fysisk skade mistillit redd å bli forlatt
- tidligere traumatisk fødsel redd for å bli deprimert tap av kontroll mareritt
- tidl etterfødselsreaksjon redd for barnets liv smerteproblemer overgrep probl
- ønske om keisersnitt redd for å revne /skade dødsangst annet, se notater
- Psykiske lidelser ingen kjente panikkangst tidl. suicidforsøk fobier
- personlighetsforstyrrelse sosial angst intox klaustrofobi
- spiseforstyrrelse PTSD depresjon psykose
- generell angst tvangslidelser somatisering annet, se notater

52. **Overgrep** ukjent fysisk seksuelle incest
 nei psykisk pågående vold se notater

53. **Sosiale problemer** ingen kjente bolig arbeidsforhold usikkert
 økonomi gjeld annet, se notater

54. **Funksjons hemning** ingen kjente hørsel lese/skrive vansk psykisk
 syn fysisk bev hem annet, se notater

55. **Andre avdelinger v/UNN involvert**
 se listen

56. **Andre fagpersoner involvert i kvinnens svangerskap**
 se listen

57. **Totalt antall fagpersoner involvert i kvinnens svangerskap**

De 3 viktigste grunnene til samtalene på fødepol i prioritert rekkefølge 1-3

1. generell angst	8. rusmisbruk	15. suicidforsøk
2. fødselsangst	9. tid. dødfød/misdannelse	16. samlivsvansker
3. fødselsuro	10. spiseforstyrrelse	17. psykiatriske diagnoser
4. tidligere traumatisk fødsel	11. intox	18. overgrep/ vold / incest
5. PTSD	12. fobier	19. sosialt bolig /økonomi /arbeid
6. keisersnittønske	13. panikkangst	20. annet, se notater
7. sorg / tap	14. depresjon	

58. **De 3 viktigste grunnene til samtalene i prioritert rekkefølge 1-3**
 1. 2. 3.

59. **Samsvar med henvisningen** veldig mye ganske mye en del litt ikke i det hele tatt

10. Planer for fødselen og barseltiden

60. **Fødselsplaner** ja nei

61. **Demonstrasjon /omvisning** fødeavdelingen barsel / hotellet nyfødtintensiv operasjonsstuen

62. **Barselplaner** ja nei

11. Kvinnens fødsel

63. **Innleggelse i fødeavdelingen** d m år kl + svangerskapsuke

64. **Fødselsstart** spontan indusert keisersnitt

65. **Årsak til induksjon** vannavgang pre-eklampsi tilveksthemming
 infeksjon overtid annet

66. **Induksjons metode** ikke indusert amniotomi Cytotec
 Syntocinon drypp prostin E

67. **Stimulert med syntocinon under fødselen?** nei ja, indikasjon.....

68. **Smertelindring**
 Se listen

69. **Epidural** ingen 0-2 cm 4-7 cm 9-10 cm
 tidlig epidural 3-4 cm 7-9 cm annet

70. **Indikasjon for epidural**

71. Episiotomi nei ja.....

72. Rifter ingen ja grad 1-2 grad 3-4

73. Fødestilling 1-9 ikke oppgitt

74. Presentasjon hodeleie seteleie annen

75. Inngrep under fødselen
Se listen

76. Komplikasjoner ved fødselen
Se listen

77. Indikasjon keisersnitt maternell føtal kombinert mors ønske

78. Fostervann normalt misfarget annet

79. Morkake/blødn fødselsvarighet
Samsvar med fødselsplanene vekt i gr ml blødning timers fødselsvarighet

80. veldig mye ganske mye en del litt ikke i det hele tatt

12. Barnets fødsel

81. Barnet født dag må år kl + sv.skaps uke

82. Kjønn / målinger jente gutt vekt le ho Apgar 1' Apgar 5'

83. Komplikasjoner nei ja, hvilke..... overflytt nyfødt

84. Første amming ant min ammestart spontan mor ønsket ikke amme annet

13. Mor og barn i barselavdelingen

85. Komplikasjoner etter fødselen mor
Se kode listen

86. Ammeproblemer nei ja

87. Oppfølging i barselavd samtale fødselsjordmor kontakt helsesøster personlig overlevering annet, se notater

88. Samsvar med barseplanene Veldig mye ganske mye en del litt ikke i det hele tatt

14. Oppsummering etter fødselen

89. Antall samtaler før fødsel ant før fødselen ant tif samtal hjemmebesøk annet, se notater

90. Konsultasjoner lege KK ant konsultasjon ant o leger involvert ant ass leger involvert annet, se notater

91. Tverrfaglige møter antall før fødsel antall etter fødsel annet, se notater

92. Antall samtaler etter fødsel ant etter fødsel ant tif samtal hjemmebesøk annet, se notater

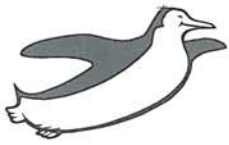
93. Henvist psykiatrisk poliklinikk nei ja annet.....

94. Problemstilling går videre til studie II og III

 keisersnittønske tidl traumatisk fødsel fødselsangst annet

Notater til 1 Bakgrunn mor	..........
Notater til 2 Bakgrunn barnefar	..........
Notater til 3 Tidligere helse mor ift helsekort / henvisningen	..........
Notater til 4 Tidligere helse ift journal	..........
Notater til 5 Tidligere svangerskap og fødsler	..........
Notater til 6 Aktuelle svangerskap	..........
Notater til 7 Levevaner i det aktuelle svangerskapet	..........
Notater til 8 Psykisk Helseteam	..........
Notater til 9 Psykososiale forhold som kommer frem under samtalene	..........
Notater til 10 Planer for fødselen og barseltiden	..........
Notater til 11 Kvinnens fødsel	..........
Notater til 12 Barnets fødsel	..........
Notater til 13 Mor og barn i barselavdelingen	..........
Notater til 14 Oppsummering etter fødsel/ barselavdelingen	...............

Vedlegg 2



Forespørsel om å delta i en etterundersøkelse ved fødepoliklinikken UNN

I treårsperioden 2000 – 2002 har 260 kvinner vært henvist til fødepoliklinikken p.g.a. psykososiale belastninger. Kvinneklubben ønsker å gjøre en etterundersøkelse til ca. 100 kvinner som har vært til samtale hos jordmødrene Lotta Halvorsen og Hilde Nerum i psykososialt team p.g.a. en eller flere av følgende problemstillinger; 1) ønske om keisersnitt 2) tidligere traumatisk fødsel eller 3) fødselsangst.

Mål for dette forskningsprosjektet er å øke kunnskapen om psykososiale problemer og psykisk helse hos gravide kvinner, for å bedre tilbudet ved sykehuset i fremtiden. Vi ønsker å vurdere tilbudet som er gitt, og om samtalene har vært til nytte. Videre er vi interessert i hvordan du vurderer din psykiske helsetilstand når det har gått en tid siden fødselen.

Deltagelsen vil innebære at du svarer på spørsmål om deg selv, din bakgrunn, oppvekst, tanker og opplevelser i det aktuelle svangerskapet. En del av spørsmålene kan oppleves som inngående og kan berøre ting som oppleves som vanskelig. Spørreundersøkelsen er omfattende og inneholder mange spørsmål som det vil ta ca 30 minutter å fylle ut, avhengig av hvor utfyllende kommentarer som gis. De fleste spørsmål er hentet fra anerkjente spørreskjemaer og er godt utprøvde fra tidligere undersøkelser.

Alle spørreskjema er merket med et løpenummer, som kan knyttes til den enkelte kvinnes fødejournal. Opplysninger som vil registreres er henvisningsgrunnen til fødepoliklinikken, fødselsforløpet (normalt eller keisersnitt), barnets vekt og tilstand etter fødselen samt eventuelt opphold på nyfødt intensiv avdeling. Alle opplysningene blir fortrolig behandlet. De blir oppbevart innelåst i en egen mappe, og blir kun tilgjengelig for prosjektmedarbeiderne.

Din deltagelse er frivillig, og forutsetter at du skriver under på erklæringen som er vedlagt. Vi ber også om at det gis samtykke til at data fra fødejournalen, og opplysninger om barnet - kan kobles til opplysningene gitt i spørreundersøkelsen. Du kan når som helst trekke deg fra undersøkelsen uten å oppgi grunn og få alle registrerte data slettet, frem til undersøkelsen avsluttes og navnelister og spørreskjema blir slettet. Dette kan du gjøre uten at det på noen som helst måte påvirker fremtidig kontakt med Kvinneklubben.

Dersom du samtykker å delta ber vi om at du skriver under og sender samtykke erklæringen i retur sammen med den utfylte spørreundersøkelsen - innen to uker. Dersom du ikke ønsker å delta ber vi deg sende undersøkelsen i retur for å unngå purring.

Det presiseres at det ikke vil være mulig å identifisere noen enkeltpersoner når data skal publiseres. De opplysninger som er gitt på spørreskjemaet vil ikke være tilgjengelig i din journal ved senere kontakt med sykehuset.

Hvis du har spørsmål så har du mulighet å treffe Lotta Halvorsen eller Hilde Nerum på tlf 77 62 64 50 på tirsdager mellom kl. 0800 – 0900 eller via e-post lotta.halvorsen@unn.no, hilde.nerum@unn.no

Vennlig hilsen



Lotta Halvorsen
Jordmor



Hilde Nerum
Jordmor



Pål Øian
Prof. dr. med / overlege



Olaug Kråkmo
Konst. avdelingsleder / overjordmor



Jeg har lest informasjonen og samtykker i å delta i etterundersøkelsen.

underskrift

dato

Veiledere for prosjektet er; prof. dr. med, overlege Pål Øian, Kvinneklinikken, UNN og prof. dr. med. Tore Sørli, Avdeling for klinisk psykiatri, IKM Universitetet i Tromsø



Kvinneklinikken

29. oktober 2004

Purring på etterundersøkelsen ved fødepoliklinikken, UNN

Vi tillater oss å skrive til Dere som enda ikke har besvart vår første henvendelse om å delta i etterundersøkelsen ved fødepoliklinikken. Dersom du ikke ønsker å delta, ber vi deg vennligst returnere tilsendt materiale slik at du unngår ytterligere purring.

For deg som ønsker å svare har vi lagt ved et nytt eksemplar. Vi vet at spørreundersøkelsen er omfattende, komplisert og at enkelte spørsmål oppleves både inngående og berører vanskelig tema. Vi vil likevel spørre deg om du kan tenke deg å svare på hele - eller deler av undersøkelsen, fordi vi håper at resultatene vil kunne være med på å utvikle et bedre tilbud til gravide og fødende kvinner i fremtiden.

Det presiseres at det ikke vil være mulig å identifisere noen enkeltpersoner når data skal publiseres. De opplysninger som er gitt på spørreskjemaet vil ikke være tilgjengelig i din journal ved senere kontakt med sykehuset.

Hvis du har spørsmål eller andre kommentarer til undersøkelsen så har du mulighet å treffe oss på tlf 77 62 64 50 tirsdager mellom kl. 0800 – 0900, eller via e-post lotta.halvorsen@unn.no, hilde.nerum@unn.no

Hvis du allerede har svart så ber vi deg se bort fra denne henvendelsen.

Vennlig hilsen

Lotta Halvorsen

Hilde Nerum

Vedlegg 3

2. Tilfredshet med tilbudet

1. Var du fornøyd med tilbudet om jordmorsamtaler på fødepoliklinikken?

- Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

2. Synes du at du fikk tilstrekkelig tid i samtalen?

- Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

3. Hvor stort var ditt fortellerbehov i samtalen?

- Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

4. Hadde du tillit til jordmørens faglige dyktighet?

- Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

5. Dersom du trengte det, fikk du hjelp til å bearbeide tidligere opplevelser?

- Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

6. Var det noen tema som var viktige for deg men som du aldri fikk snakket om?

- Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

7. Nevn de viktigste temaene dette var:

.....
.....
.....
.....

8. Fikk du komme til etterfødselssamtale på fødepoliklinikken? Nei Ja, hvis ja

9. Hvor tilfreds var du med ettersamtalen?

- Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

10. Nevn de tre viktigste faktorene ved tilbudet om jordmorsamtalene som du mener var til nytte for deg

- 1)
2)
3)

11. Nevn tre ting som kan forbedres

- 1)
- 2)
- 3)

12. Andre kommentarer til tilbudet med jordmorsamtaler

.....
.....
.....

13. Var du til konsultasjon hos lege ved fødepoliklinikken? Nei Ja, hvis ja

14. var du fornøyd med legekonsultasjonene ved fødepoliklinikken?

- Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

15. fikk du tilstrekkelig tid i legekonsultasjonene?

- Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

16. Var du fornøyd med oppholdet og behandlingen du fikk på fødeavdelingen?

- Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

17. Var du fornøyd med oppholdet og behandlingen du fikk på barselavdelingen?

- Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

18. Mener du at det hadde vært betydningsfullt for deg at du hadde kjent din fødselsjordmor på forhånd?

- Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

19. Nevn noen spesielle forhold ved oppholdet som du enten var spesielt fornøyd - eller misfornøyd med

.....
.....
.....
.....
.....

3. Hvordan har du opplevd kontakten mellom deg og jordmor ved fødepol?

1. **Jordmor og jeg var enige om det som måtte gjøres i samtalene for å forbedre situasjonen min.**

Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

2. **Det jeg gjorde i samtalene ga meg mulighet til å forstå problemet mitt.**

Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

3. **Jordmor forsto det jeg prøvde å få til i samtalene.**

Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

4. **Jeg er sikker på at jordmor har hjulpet meg.**

Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

5. **Jordmor og jeg arbeidet sammen om det vi ble enige om.**

Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

6. **Jeg følte at jordmor satte pris på meg.**

Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

7. **Vi var enige om det som var viktig for meg å arbeide med.**

Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

8. **Jordmor og jeg hadde tillit til hverandre.**

Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

9. **Jordmor og jeg var enige om hva som var mitt problem.**

Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

10. **Vi hadde en felles forståelse av hva slags forandringer som vil være positive for meg.**

Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

11. **Jeg tror at vi arbeidet med problemet på en riktig måte.**

Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

4. Din livssituasjon og tanker om fødselen i ditt siste svangerskap

1. Hvordan var kontakten med barnefaren?

- Ingen kontakt konfliktfylt "både og" god svært god

2. Hvor engasjert var han i svangerskapet?

- Nevnte det aldri Nevnte det sjelden Nevnte det når han ble spurt Ganske engasjert Svært engasjert

3. Hvordan var kontakten med din nærmeste familie?

- Ingen kontakt konfliktfylt "både og" god svært god

4. Hadde du nære venner eller familie som støttet deg hvis du trengte det?

- Ingen svært få noen nokså mange svært mange

5. Var du deprimert i svangerskapet?

- Nei Ja, hvis ja

6. hadde du en eller flere av følgende symptomer?

- Ubesluttksomhet Ulyst Håpløshet Selvbekreidelse Konsentrasjonsvansker
 Søvnforstyrrelser Hjelpesløshet Lav selvtillit Isolasjon Manglende sexlyst
 Diffuse smerter Utmattethet Nedsatt matlyst Trøstespising Tristhet
 Annet, hva

I hvor stor grad

7. hadde du dødsangst?

- Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

8. hadde du tanker om at du kunne bli fysisk skadet under fødselen?

- Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

9. hadde du tanker om at du kunne bli psykisk skadet under fødselen?

- Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

10. var du redd for å miste kontrollen under fødselen?

- Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

11. var du redd for fødselssmerten under en normal fødsel?

- Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

12. var du redd for ikke å få tilstrekkelig støtte og hjelp av jordmor under fødselen?

- Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

13. hadde du tanker om at du kunne bli deprimert etter fødselen?

- Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

Kommentarer

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Bakgrunnsopplysninger

Her ber vi om opplysninger som har å gjøre med din oppvekst og nåværende livssituasjon. For å kunne beskrive din situasjon kan du sette så mange kryss som nødvendig.

1. Hvordan oppfatter du din etnisitet? (språklig og kulturell tilhørighet)

- Norsk Samisk Kvensk Finsk Annet, beskriv

2. Hvordan oppfatter du din religiøse tilhørighet?

- Intet
 Statskirken hvis ja, hvilken

- Annet hvis ja, hvilken

3. Har du opplevd alvorlig fysisk sykdom i din nærmeste familie?

- Ingen Egne barn Partner Søsken Mor Far Andre

4. Har du opplevd alvorlig psykisk sykdom i din nærmeste familie?

- Ingen Egne barn Partner Søsken Mor Far Andre

5. Har du opplevd dødsfall i nær familie?

- Ingen Egne barn Partner Søsken Mor Far Andre

6. Har du vært behandlet for psykiske problemer? Nei Ja, hvis ja

- Hvilken type behandling? medisiner psykomotorisk fysioterapi
 innleggelse sykehus/ behandlingshjem annen behandling
- Behandlet av hvem? fastlege psykolog
 psykomotorisk fysioterapeut psykiater
 psykiatrisk sykepleier/hjelpepleier annen behandler

7. Har du søkt alternativ behandling? Nei Ja, hvis ja
 Hvilken type behandling?

8. Har noen "lest" for deg? Nei Ja

9. Har du noen gang vært utsatt for fysiske overgrep av en som sto deg nær?
 Nei Ja Usikker

10. Har du noen gang vært utsatt for psykiske overgrep av en som sto deg nær?
 Nei Ja Usikker

11. Har du noen gang vært utsatt for seksuelt overgrep?
 Nei Ja Usikker

12. Har du, eller har du hatt - en spiseforstyrrelse?
 Nei Ja Usikker

13. Er det noen i din familie som har, eller har hatt et problematisk forhold til rusmidler? (alkohol, beroligende medikamenter, narkotiske stoffer)
 Nei Ja, hvilket Usikker

14. Har du, eller har du tidligere hatt – et problematisk forhold til rusmidler?
 Nei Ja, hvilket Usikker

Kommentarer

.....

.....

.....

.....

6. Hvordan du for tiden har det

1. Når du ser tilbake på din barseltid – vil du si at du var deprimert etter fødselen?

- Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

2. Hvis du følte deg deprimert - når begynte det?mnd etter fødselen

3. Hvor lenge vil du si at det varte? 3 mnd 6 mnd 9 mnd 12 mnd 18 mnd

4. Mener du at du har fødselsangst i dag?

- Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

5. Hvis du skulle føde et barn til, hvordan ville du ønsket å føde ?

- Normal fødsel Planlagt keisersnitt Usikker

Kommentarer.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. Til slutt – var det greit å svare på dette spørreskjemaet?

- Ikke i det hele tatt Litt En del Ganske mye Veldig mye

.....
.....

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare 😊

Vedlegg 4

1.	Mors fødselsdato	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	Barn fødselsdato	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	Mors alder v fødsel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.	Sivilstand	<input type="checkbox"/> gift / sambo <input type="checkbox"/> ugift / enslig
5.	Utdanning	<input type="checkbox"/> grunnskole <input type="checkbox"/> videregående <input type="checkbox"/> høgscole < 4 år <input type="checkbox"/> høg/uni > 4 år Stilling / yrke
6.	Arbeidsforhold	<input type="checkbox"/> i lønnet arbeid / fulltidsstudent <input type="checkbox"/> ikke lønnet arbeid
7.	Norsk statsborger	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> annet, tilleggsopplysninger
8.	Helse i sv skapet	<input type="checkbox"/> frisk <input type="checkbox"/> sykdom
9.	Tidligere psyk lidel	<input type="checkbox"/> intet spesielt <input type="checkbox"/> ja, hva
10.	Behandlet psykisk	<input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja, hva
11.	Høyde/vekt/ KMI	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm pregrav vekt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> KMI vekt ved fødselen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> kg
12.	Røyking	<input type="checkbox"/> nei / sluttet før svangerskapsuke 12 <input type="checkbox"/> ja
13.	Medikamenter	<input type="checkbox"/> ingen <input type="checkbox"/> ja, hva
14.	Tidligere aborter	<input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja, antall <input type="checkbox"/> spontan abort <input type="checkbox"/> provosert abort <input type="checkbox"/> sen abort, i uke
15.	Sv sk kontroller	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> første kontroll i uke <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> antall totalt
16.	Obstetrisk risiko i svangerskapet	<input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja, årsak og sv sk uke <input type="checkbox"/> ukjent
17.	Obstetrisk risiko ved fødselsstart	<input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja, årsak og sv sk uke <input type="checkbox"/> ukjent
18.	Leie v fødselstart	<input type="checkbox"/> hode <input type="checkbox"/> sete <input type="checkbox"/> annet
19.	Keisersnittønske	<input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ukjent
20.	Leie v fødselstart	<input type="checkbox"/> hode <input type="checkbox"/> sete <input type="checkbox"/> annet
21.	Spontan vannavg	<input type="checkbox"/> nei, IH cm mm <input type="checkbox"/> ja
22.	Spontan fødestart	<input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja
23.	Misfarg fostervann ved fødselstart	<input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja
24.	Induksjon	<input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja
25.	Stimulert	<input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja, hvordan indikasjon <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cm mm ved stimulering
26.	Lystgass	<input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja, cm mm
27.	Petidin	<input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja, cm mm
28.	Epidural	<input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja, cm mm

29.	Hodet v EDA	<input type="checkbox"/> høyt bevegelig	<input type="checkbox"/> over spina	<input type="checkbox"/> ved spina	<input type="checkbox"/> under spina	<input type="checkbox"/> bekkenbunn
30.	Hode ved 10 cm	<input type="checkbox"/> høyt bevegelig	<input type="checkbox"/> over spina	<input type="checkbox"/> ved spina	<input type="checkbox"/> under spina	<input type="checkbox"/> bekkenbunn
31.	Hode ved akt trykk	<input type="checkbox"/> høyt bevegelig	<input type="checkbox"/> over spina	<input type="checkbox"/> ved spina	<input type="checkbox"/> under spina	<input type="checkbox"/> bekkenbunn
32.	Episiotomi	<input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja			
33.	Rifter	<input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> fortil	<input type="checkbox"/> Grad 1-2	<input type="checkbox"/> Grad 3 a-c	<input type="checkbox"/> Grad 4
34.	Fødselsutfallet	<input type="checkbox"/> vaginal	<input type="checkbox"/> vakuum	<input type="checkbox"/> tang	<input type="checkbox"/> vakuum / tang	
			<input type="checkbox"/> akutt keisersnitt	<input type="checkbox"/> planlagt keisersnitt	<input type="checkbox"/> planlagt keisersnitt utført akutt	
35.	Fødestilling	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ukjent			
36.	Blødning i ml	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ml				
37.	Blødning over 500	<input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja			
38.	Vaginal fødsel SPSS	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei			
39.	Op forløsning SPSS	<input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja, indikasjon			
40.	Vakuum /tang	<input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja, indikasjon			
41.	Hodet ved vakuum / tang	<input type="checkbox"/> høyt bevegelig	<input type="checkbox"/> over spina	<input type="checkbox"/> ved spina	<input type="checkbox"/> under spina	<input type="checkbox"/> bekkenbunn
42.	Keisersnitt	<input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja, indikasjon			
43.	Hodet v keisersnitt	<input type="checkbox"/> høyt bevegelig	<input type="checkbox"/> over spina	<input type="checkbox"/> ved spina	<input type="checkbox"/> under spina	<input type="checkbox"/> bekkenbunn
44.	I aktiv fødsel	<input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja			
45.	Aktiv åpning (4 cm + rier)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> min	Komplikasjoner / andre inngrep (f.eks unormal presentasjon, fundustrykk, manuell uthenting av placenta)		
46.	Latens utdriving	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> min				
47.	Aktiv utdriving	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> min				
48.	Sum utdriving	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> min				
49.	Sum hele fødselen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> timer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> min			
50.	Fødsel i sv sk uke	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>				
51.	Barnets kjønn	<input type="checkbox"/> gutt	<input type="checkbox"/> jente			
52.	Barnets mål	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gram	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>	lengde i cm		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
				hodemål i cm		
53.	Fødselstidspunkt Dag, mån, år, kl	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kl	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
54.	Apgar score	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> '1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> '5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> '10		
55.	Apgar over 7 / 5	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei			
56.	Overflytt Nyfødt	<input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja, hvorfor.....			
57.	Antall fødsler i dag	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

Vedlegg 5



Lotta Halvorsen
Kvinneklinikken
9038 Tromsø

Deres ref.:

Vår ref.:
2008/4298-3

Saksbehandler/dir.tlf.:
Per Norleif Bruvold, 77626119

Dato:
03.02.2009

ANBEFALING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.12.2008.
Meldingen gjelder prosjektet/registeret:

0113 *Psykisk helse ved svangerskap og fødsel - mulige konsekvenser av tidligere overgrep ved den første fødselen*

Formål: Overordnet mål for prosjektet er å øke fagfeltets kunnskap om psykososiale problemer og psykisk helse hos gravide og fødende kvinner. Hvilke konsekvenser tidligere overgrep kan ha for fødesituasjonen ved første fødselen er tidligere ikke beskrevet og fagfeltet mangler denne kunnskapen. Hensikten med studien er å sammenligne fødselsutfallet ved den første fødselen til voldtatte kvinner med et tilfeldig utvalg av den samme fødepopulasjonen. Studien vil beskrive og sammenligne sosiodemografiske forhold samt

Prosjektet er en utvidelse tidligere godkjent studie, NSD nr 9716 av 05.06.2003. UNN HF er behandlingsansvarlig. Prosjektet vil ikke innhente samtykke.

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysningene vil være regulert av § 7-27 i Personopplysningsforskriften og hjemlet etter helseregisterloven § 5, j. fr Personopplysningsloven § 33, 4. avsnitt.

Personvernombudets anbefaling forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med de opplysningene som er gitt i selve meldingen, i øvrig korrespondanse og samtaler samt i henhold til Personopplysningsloven og Helseregisterloven med forskrifter. Videre forutsettes det at ansatte på fødeavdelingen henter ut data og oversendes prosjektet anonymisert samt at alle data (etter det opprinnelige prosjektet) anonymiseres etter prosjektavslutning (2011) ved at kodelista og samtykkeerklæringene slettes, jfr. Pkt 4.1.1 i meldeskjemaet samt at tilgang til kodelista og samtykkeerklæringen tillegges prosjektleder.

Det er opprettet et eget område (mappe) på \\asterix7\felles.avd\forskning (o:\) med navn 0113 hvor all data i forbindelse med prosjektet skal lagres. Tilgang til dette området er begrenset til kun prosjektleder, Pål Øian og Hilde Nerum. Personvernombudet vil også kunne få tilgang til området, jfr pkt. 7.6 i meldeskjema.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding (remelding) dersom registeret ikke er slettet eller ikke ferdig innen 3 år og som ligger til grunn for Personvernombudets anbefaling.

Personvernombudet gjør oppmerksom på at dersom registeret skal brukes til annet formål enn det som er nevnt i meldingen må det meldes særskilt i hvert enkelt tilfelle.

Personvernombudet ber om tilbakemelding når registret er slettet.

Med hjemmel etter Personopplysningslovens forskrift § 7-12 godkjenner Personvernombudet at behandlingen av personopplysningene kan settes i gang med de endringer som er nevnt i dette skriv.

Med vennlig hilsen

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

Per Bruvold
Sikkerhetssjef IKT/Personvernombud

Kopi: Avd. overlege Pål Øian
Klinikkssjef A. Revhaug

Vedlegg 6

Pål Øian
Kvinneklubben
Universitetssykehuset Nord-Norge
9037 TROMSØ

Deres ref.:

Vår ref.: 200802786-1/MGA006/400

Dato: 03.06.2008

P REK NORD 04/2003 PSYKISK HELSE VED SVANGERSKAP OG FØDSEL - PROTOKOLLTILLEGG GODKJENNES MED VILKÅR

Prosjektet ble lagt fram for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Nord-Norge (REK NORD) i møtet 15.05.2008. I referatet heter det:

Målet med prosjektet "Psykisk helse ved svangerskap og fødsel – et prosjekt med fokus på fødselsangst", har vært å øke kunnskapen om psykososial problematikk og psykisk helse hos gravide og fødende kvinner, for å bedre rutinene for denne økende pasientgruppen ved Universitetssykehuset Nord Norge. Siden oppstarten av det tverrfaglige teamet ved fødepoliklinikken i 2000 og frem til årsskiftet 2007 var 808 kvinner henvist til teamet.

Prosjekt A har vært en dataregistrering av 260 kvinner som har vært henvist til psykososialt team i årene 2000-2002. Det er registrert psykososiale problemstillinger, hva som karakteriserer kvinnene samt utfallet av fødslene for mor og barn. Prosjekt B har tatt for seg en utvalgt gruppe fra A til en etterundersøkelse i form av en omfattende spørreundersøkelse til kvinnene med fødselsangst, tidligere traumatisk fødsel og/ eller ønske om keisersnitt (svarprosent 76). Kvinnenes bakgrunn, fysisk og psykisk helse, nåværende livssituasjon er registrert. Kvinnene har i tillegg svart på; tilfredshet med tilbudet og om psykososial tilnærming har hatt betydning samt hva de mener om sin fødsel i ettertid og hvordan er deres psykiske helse i dag. Prosjekt C har sett på hva som karakteriserer kvinnene som i utgangspunktet ønsket keisersnitt og som etter samtaler endret seg og ønsket å føde vaginalt.

I protokolltillegget søkes det nå om å gjøre en case/ kontrollstudie av den første fødselen til 50 voldtektsutsatte kvinner (case) matchet med fødselsforløpet til 150 førstegangsfødende (kontroller) fra fødeprotokollen etter; alder, paritet, fødselsår og fosterleie. Det planlegges ikke å innhente samtykke.

Til møtet forelås:

skriftlig presisering til søknad om protokolltillegg
tillegg til prosjektprotokoll

Komiteen har følgende merknader til prosjektet:

Komiteen finner å kunne godkjenne at samtykke ikke innhentes. I sin vurdering legger komiteen vekt på at forskningen vil komme til nytte for den gruppa som det forskes på. Komiteen legger også stor vekt på at det ville være umulig, eller svært vanskelig, å innhente

REGIONAL KOMITÉ FOR MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNINGSETIKK, NORD-NORGE REK NORD

Postadresse: Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø
telefon sentralbord 77 64 40 00 telefon ekspedisjon 77649180 e-post rek-nord@fagmed.uit.no
www.etikkom.no

samtykke fra de voldtektsutsatte kvinnene. Komiteen anser at nytten ved prosjektet overstiger mulig ulempe for den enkelte.

Når det gjelder begge grupper legger komiteen til grunn at det er de to prosjektmedarbeiderne Hilde Nerum og Lotta Halvorsen, som begge er ansatt på avdelingen, som skal hente ut dataene og at disse anonymiseres før eventuelle utenforstående prosjektmedarbeidere får tilgang til dataene. Denne prosedyren gjør at komiteen også godkjenner at det ikke innhentes samtykke fra kontrollgruppa.

Vedtak:

Protokolltillegget godkjennes under forutsetning av at komiteens merknader tas til følge

Det forutsettes at prosjektet er godkjent av andre aktuelle instanser før det settes i gang. Det forutsettes at prosjektet forelegges komiteen på nytt, dersom det under gjennomføringen skjer komplikasjoner eller endringer i de forutsetninger komiteen har basert sin avgjørelse på. Komiteen ber om å få melding dersom prosjektet ikke blir slutført.

Komiteens vedtak kan påklages av en part eller annen med rettslig klageinteresse i saken jf. fvl. §28. Klagefristen er tre uker fra det tidspunkt underretning om vedtaket er kommet fram til vedkommende part, jf. fvl. § 29. Klageinstans er Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, men en eventuell klage skal rettes til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Nord Norge. Det følger av fvl. § 18 at en part har rett til å gjøre seg kjent med sakens dokumenter, med mindre annet følger av de unntak loven oppstiller i §§ 18 og 19. For nærmere informasjon om klageadgang og partsinnsynsrett se nettadressen <http://www.etikkom.no/REK/klage>

Vennlig hilsen



May Britt Røssvoll
rådgiver

Vedlegg 7

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Psykisk helse ved svangerskap og fødsel. Mulige konsekvenser av tidligere overgrep ved den første fødselen”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke om tidligere overgrepserfaringer i form av voldtekt kan ha betydning for utfallet ved den første fødselen. Studier har vist at seksuelle overgrep er en skjult årsak til mange og ulike helseproblemer. Hvilke konsekvenser av tidligere overgrep for den første fødselen er tidligere ikke beskrevet.

Denne forespørselen sendes ut av avdelingsleder ved fødepoliklinikken, UNN fordi du tidligere har samtykket til å delta i studien ”Psykisk helse ved svangerskap og fødsel”. Dersom du er villig til å delta skal den underskrevne samtykkeerklæringen på side to sendes direkte til forskerne i vedlagte svarkonvolutt, som så vil kontakt deg.

Studien inngår i forskningsprosjektet ”Psykisk helse ved svangerskap og fødsel” for jordmødrene og doktorgradstipendiatene Lotta Halvorsen og Hilde Nerum ved Institutt for klinisk medisin, avdeling for klinisk psykiatri ved Universitetet i Tromsø. Vi spør om å få intervju deg om dine erfaringer som fødende med en tidligere historie av å ha vært utsatt for voldtekt.

Hva innebærer studien?

Deltakelse i prosjektet innebærer et intervju. Dersom du vil delta vil vi gjerne at du forteller om din første fødselserfaring gjennom å beskrive dine følelser, sanseinntrykk, samspillet med fødselshjelperne og eventuell partner, ditt syn på fødselshjelpen du mottok slik du ser på det i dag - og beskrive ditt første møtet med barnet. Videre ønsker vi at du beskriver din fysiske, psykiske og seksuelle helsetilstand. Intervjuet vil foregå på fødepoliklinikken der du tidligere har vært til samtaler eller et sted som er ønskelig for deg. Intervjuet vil ta mellom 1-2 timer og ønskes tatt opp på lydbånd.

Mulige fordeler og ulemper

For å kunne gi et best mulig fødetilbud til kvinner som tidligere har vært utsatt for overgrep er det viktig at fødselshjelperne får tilgang til fødselserfaringer. Dersom intervjuet skulle føre til etterreaksjoner gis et tilbud om profesjonell hjelp i form av samtaler ved fødepoliklinikken.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Det er kun de to jordmødrene som vet hvem som deltar i studien. I presentasjonen av studien vil vi bruke sitat. Alle personidentifiserbare opplysninger vil da være fjernet slik at det ikke vil være mulig å føre noe tilbake til den enkelte. Både lydopptak og utskrifter vil bli behandlet som fortrolige opplysninger og oppbevart forsvarlig i et låsbart skap ved sykehuset. Datafiler blir lagret på et eget område for forskning ved UNN, opprettet av personvernombudet. Prosjektet forventes avsluttet høsten 2012 og da vil lydopptak og utskrifter bli slettet. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste har gitt konsesjon for lagring av data og Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Nord-Norge har godkjent prosjektet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser i forhold til sykehuset i fremtiden. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte;

Doktorgradsstipendiat/ jordmor
Lotta Halvorsen
Fødepoliklinikken, UNN HF
9038 Tromsø
tlf. 99164794
lotta.halvorsen@unn.no

Doktorgradsstipendiat/ jordmor
Hilde Nerum
Fødepoliklinikken, UNN HF
9038 Tromsø
tlf. 41446583
hilde.nerum@unn.no

Prof. dr. med overlege
Tore Sørli
Avdeling for klinisk
psykiatri, Institutt for klinisk
medisin UiT, 9037 Tromsø
tore.sorlie@unn.no

Prof. dr. med overlege
Pål Øian
Fødepoliklinikken,
UNN HF
9038 Tromsø
pal.oian@unn.no

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien ”Psykisk helse ved svangerskap og fødsel - mulige konsekvenser av tidligere overgrep ved den første fødselen”

Fyll inn ditt navn og telefonnummer samt tidspunkt når du ønsker å bli kontaktet.

Navn	Telefonnummer	Kan kontaktes i tidsrommet
------	---------------	----------------------------

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 8

Intervjuguide Studie VI

I intervjuet oppfordres kvinnen til å fortelle om og utdype sin første erfaring med det å føde. Intervjuene blir tatt opp på minidisk. Stikkordene nedenfor representerer områder det kan være ønskelig å berøre eller stoppe opp ved i samtalen. Områdene er veiledende.

Åpningsspørsmålet handler gjerne om én konkret situasjon som kan fremkalle spontane rike beskrivelser hvor informanten selv presenterer de hun opplever som hoveddimensjonen ved fenomenet som skal undersøkes.

Tema

Den første fødselen

Kan du fortelle om din første fødsel – så detaljert som mulig?

Selve fødselen

- Dine følelser
- minner
- sanseinntrykk (tid, rom, lukt, berøring, forstyrrelser)
- smerte

Fødselshjelperne

- samspillet med fødselshjelperne
- tillit / mistillit
- tilstedeværelse

Hvordan du ser på fødselen i ettertid

- kroppslige erindringer
- samspillet med partneren eller andre som var til stede ved fødselen
- møtet med barnet
- seksualiteten

Helsekonsekvenser av voldtekten

- selvbildet / endret liv
- fysisk / psykisk / seksuell helse

Errata

Artikkel III

Side 48, under resultater, avsnitt "Number of women changing their request for a caesarean and giving birth vaginally" linje 5 står det [A 29 (90 %) and B 14 (42 %)], *skal være* [A 39 (90 %) and B 14 (42 %)].

Side 49, tabell 4, under "Mental health problems" står det $p=0.000$ *skal være* $p=0.018$. Under Odds Ratio står det 12.444, *skal være* 0.053.

Side 49, samme tabell under "Fear of birth" står det $p=0.018$, *skal være* $p=0.004$. Under Odds Ratio står det 0.053, *skal være* 0.021.

Artikkel IV

Side 292, under diskusjon, linje 3 står det "..., had a 13-fold increase in risk of cesarean delivery and a ten-fold increase in risk of operative vaginal delivery...", *skal være* "..., had a ten-fold increase in risk of cesarean delivery and a 13-fold increase in risk of operative vaginal delivery...".

Side 292, i underteksten til tabell 3, mangler "birth weight".

