

Silje Grande Molvik, kandidatnummer 9728  
Selma Vabø Tofting, kandidatnummer: 9708

Antall ord i fordypningsdel: 4992  
Antall ord i artikkel: 2978



**Andregangsfødende med tidligere traumatisk  
fødselsopplevelse;  
Hvordan opplevde kvinnene fødselen etter samtale  
med jordmor på samtalepoliklinikk i svangerskapet?**

Høgskolen i Sørøst-Norge

Kjølnes ring 56  
3918 Porsgrunn

<http://www.usn.no>

© 2017

Silje Grande Molvik, kandidatnummer: 9728  
Selma Vabø Tofting, kandidatnummer: 9708

Denne avhandlingen representerer 40 studiepoeng

## Forord

Dette er fordypningsdelen til artikkelen «Traumatisk fødselsopplevelse: samtals nytte, og kvinnens opplevelse og redsel for fødsel etter andre fødsel» som til sammen utgjør vår masteroppgave i jordmorfag ved Høgskolen i Sørøst-Norge. Det er ønskelig å publisere artikkelen i Sykepleien Forskning, og forfatterveiledningen til tidsskriftet er derfor benyttet i vår fremstilling. I forfatterveiledningen anbefales ikke flere enn 30 referanser. Vi har flere referanser enn dette, men etter avtale med veileder er dette akseptabelt da dette er en masteroppgave. Ved publisering skal referansene reduseres.

I artikkelen er følgende problemstilling og forskningsspørsmål presentert og besvart:

Andregangsfødende med tidligere traumatisk fødselsopplevelse;

Hvordan opplevde kvinnene fødselen etter samtale med jordmor på samtalepoliklinikk i svangerskapet?

Forskningsspørsmål:

1. Hva ønsket kvinnene for samtale, og hva beskrev de som nyttig?
2. Hvilke faktorer oppgav kvinnene at hadde innvirkning på fødselsopplevelsen?
3. Hvordan opplevde kvinnene andre fødsel?
4. Hvilken grad av redsel hadde kvinnene etter sin andre fødsel?

Nye perspektiver ved problemstillingen presenteres i denne fordypningsdelen. Artikkelen (vedlegg 1) bør leses før denne fordypningsdelen, da fordypningsdelen er et supplement til artikkelen i denne masteroppgaven.

Det fremkom ikke av disposisjon til fordypningsdelen at redegjørelse for søkestrategi i forhold til masteroppgave er et krav. Vi synes likevel dette er viktig å synliggjøre, og har derfor valgt å ha den som vedlegg 2.

Dette har vært en spennende problemstilling å jobbe med, og vi har begge fått en bredere forståelse av tematikken. Dette tar vi med oss inn i klinikken. Vi håper at vår studie kan vekke andres interesse, og bidra til at tilbudet til disse kvinnene blir enda bedre.

Vi vil takke vår veileder Vigdis Aasheim for god og konstruktiv veiledning. Vi vil også takke Inger Sofie Stensland, avdelingsjordmor ved samtalepoliklinikken, for godt samarbeid. Takk til Klaas Wijma som tålmodig har svart på mail, og vært til stor hjelp. Takk til Rose-Marie Eckerbom og Sofie Nesmoen for hjelp med oversettelse, og takk til Eline Skirnisdottir Vik for hjelp med SPSS og oppmuntring på veien. Takk til Hilde Avløs Grande og Sara Vabø for korrekturlesing. Takk til Dnj og BAM for stipend, og takk til våre familier for støtte i en utfordrende og tidkrevende prosess.

Bergen mars 2017

Silje Grande Molvik

Selma Vabø Tofting

## Innhold

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| Forord.....                                           | 3  |
| 1.0 Innledning .....                                  | 6  |
| 2.0 Metode .....                                      | 7  |
| 2.1 Personvern og forskningsetikk .....               | 8  |
| 2.2 Datasamling.....                                  | 8  |
| 2.3 Analyse.....                                      | 10 |
| 2.4 Utvalg.....                                       | 11 |
| 2.5 utfordringer, svakheter og styrker .....          | 11 |
| 3.0 Resultater.....                                   | 13 |
| 4.0 Diskusjon.....                                    | 14 |
| 4.1 Den normale, men traumatiske fødsel .....         | 14 |
| 4.2 Post-partum samtalen, er den utdatert? .....      | 16 |
| 4.3 Planlagt keisersnitt, eller vaginal fødsel? ..... | 17 |
| 5.0 Konklusjon.....                                   | 20 |
| 6.0 Referanser.....                                   | 21 |
| 7.0 Vedlegg .....                                     | 25 |

## 1.0 Innledning

Denne studien ble utarbeidet i fellesskap, fordi vi begge har stor faglig interesse for traumatiske fødselsopplevelser og for kvinner som opplever FOC. Vi er begge jordmødre med 9 års erfaring, og har hatt Kvinneklinikken i Bergen som arbeidssted i alle disse årene. Kvinneklinikken i Bergen har en av landets største fødeavdelinger. Vi er ikke kjent med at det er gjort en tilsvarende studie her tidligere. Samtalepoliklinikken ble etablert i 2009 og vi mener det er viktig å spørre kvinnene hva de ønsker med dette etablerte tilbudet, og hvilken nytte det har. Dette for om mulig å kunne videreutvikle det eksisterende tilbudet i tråd med de behov og den nytteverdi som man avdekker at det kan ha potensiale for. Vi fikk mange positive tilbakemeldinger fra kvinnene i forbindelse med studien, hvor de gav uttrykk for at de var glade for at vi ville se nærmere på dette.

Dette er en fordypningsdel til artikkelen «Traumatisk fødselsopplevelse: samtalens nytte, og kvinnens opplevelse og redsel for fødsel etter andre fødsel» I denne delen redegjør vi for metoden. I tillegg er hensikten å se på og utdype nye perspektiver på problemstillingen. Dette gjøres ved å presentere tidligere forskning og egne funn, for deretter å diskutere dette opp mot hverandre.

De fleste kvinnene i studien vår hadde født normalt første gang, og vi stiller oss ofte undrende til at den normale fødsel for noen oppleves traumatisk. Når blir den normale fødselen traumatisk? De fleste kvinnene ønsket også en gjennomgang av tidligere fødsel i forbindelse med et nytt svangerskap. Dette fikk oss til å stille spørsmål til rutiner ved post-partum samtale etter fødsel. Er post-partum samtalen glemt? Er den nødvendig? Flere kvinner i vår studie ønsket planlagt keisersnitt. Er planlagt keisersnitt ved traumatisk fødselsopplevelse og FOC løsningen for at kvinnene skal få en god fødselsopplevelse? Finnes det en ideell løsning?

Bør vi kartlegge alle kvinner som opplever fødselen traumatisk, og sikre at tilbudet blir likt for alle?

## 2.0 Metode

Ved bruk av kvantitative forskningsmetoder får vi som forskere numeriske data som svar på vår problemstilling, og må derfra trekke slutninger fra våre funn. Vi ønsket å beskrive hendelser slik de naturlig forekommer, som i den kvantitative metoden kalles et ikke-eksperimentelt design (Schneider, Whitehead, Lobiondo-Wood, & Haber, 2013).

En survey er et ikke-eksperimentelt design som fokuserer på å skaffe informasjon om aktiviteter, forestillinger, preferanser og holdninger til mennesker fra et utvalg respondenter (Polit & Beck, 2004). Vi ønsket å samle inn informasjon fra en større gruppe kvinner hvor utvalget var homogent. Kvinner som ble inkludert i denne studien var derfor andregangsfødende henvist til samtalepoliklinikken i 2015, de fleste på grunn av tidligere traumatisk fødselsopplevelse. Det å kunne samle inn informasjon fra en stor gruppe mennesker er fordelen med en survey, og den er nøyaktig hvis utvalget er representativt for den gruppen en ønsker å se på (Schneider et al., 2013). I vår studie ønsket vi bredde i materialet for å kunne se om det var faktorer som gjentok seg, eller om det kom frem nye elementer vi kunne belyse. Det at vi fikk samlet inn store mengder data gjorde at funn i hovedsak kunne diskuteres overfladisk i artikkelen. En survey gir bredde fremfor dybde i temaet, og det er dette som er ulempen med designet (Schneider et al., 2013).

Målet med vår studie var å generalisere og om mulig konkludere på bakgrunn av funn i denne studien. Når variablene skal beskrives hver for seg, slik vi har gjort i vår studie, kalles det deskriptiv analyse (Schneider et al., 2013). Et univariat deskriptivt design egner seg når variablene skal beskrives hver for seg, og ikke settes opp mot hverandre (Polit & Beck, 2004). Det er mulig å trekke slutninger, konkludere og generalisere basert på data som er analysert deskriptivt (Schneider et al., 2013).

I problemstillingen har vi valgt ordet «opplevde». Det hevdes at dersom man ønsker å se på en opplevelse anbefales kvalitativt design, mens det på den andre siden kan være vanskelig å fortolke seg frem til et svar dersom studien dreier seg om en type behandling (Bjørndal & Hofoss, 2004). Et ord som «opplevde» i problemstillingen kan ikke bestemme metoden. Så lenge hensikten er å telle eller måle noe, så må designet være kvantitativt (Schneider et al., 2013). I vår studie var samtalen en intervensjon, og vi ønsket numeriske

data i forhold til dette. Vi mener derfor at en kvantitativ metode var velegnet for å besvare våre forskningsspørsmål. I artikkelen vår beskriver vi at vi ikke er kjent med at det finnes et verktøy som måler en helhetlig fødselsopplevelse.

## 2.1 Personvern og forskningsetikk

Det var ønskelig å rekruttere deltagere til studien fra Kvinneklinikken i Bergen sin samtalepoliklinikk. Det ble søkt om godkjenning hos REK, men en del punkter måtte presiseres før søknaden ble endelig godkjent (vedlegg 3 og 4). Det måtte komme tydelig frem at prosjektet gikk ut fra Høgskolen i Sørøst-Norge, og et samarbeid med Helse Bergen HF måtte etableres. Rekrutteringen av deltakerne måtte skje slik REK vest hadde anvist, og spesielt handlet dette om at vi som studenter ikke hadde adgang til navneliste ved samtalepoliklinikken.

For å komme i kontakt med alle andregangsfødende som hadde blitt henvist til samtale i 2015, ble det derfor søkt om et samarbeid (vedlegg 5) med samtalepoliklinikken. Samtalepoliklinikken sendte ut et informasjonsskriv til de utvalgte kvinnene angående studien i tillegg til forespørsel om å delta gjennom å underskrive et samtykke (vedlegg 6). Dette samtykket ble utarbeidet ved hjelp av mal fra REK. Personvernombudet ved Helse Bergen var informert om studien og klinikkdirektør godkjente gjennomføringen av spørreundersøkelsen. Når kvinnene hadde samtykket og sendt skjemaet til oss, fikk de tildelt en koblingsnøkkel, som ble brukt på begge spørreskjemaene. Koblingsnøkkelen var koblet opp mot personens navn og adresse. Dette var for å kunne vite hvem som eventuelt ønsket å trekke seg fra studien, og for å sende påminning til dem som eventuelt ikke svarte. Navneliste og koblingsnøkkel ble oppbevart atskilt. All informasjon ble oppbevart på kodebeskyttet datamaskin.

## 2.2 Datasamling

Det anbefales bruk av validerte spørreskjema. Dette sikrer kvaliteten på spørreskjemaet, og er ressurs sparende (Helsebiblioteket, 2015). Vi gikk igjennom spørreskjemabanken til kunnskapssenteret, men fant ikke et validert spørreskjema som var relevant for vår problemstilling (Kunnskapssenteret, 2014). Vi begynte derfor å se på ulike spørreskjema

som var brukt i studier relatert til vår problemstilling. Vi valgte å benytte oss av det validerte instrumentet til Wijma og Wijma, W-DEQ versjon B (vedlegg 7). Instrumentet er beskrevet i artikkelen. Det ble søkt etter en norsk oversettelse, uten hell. Wijma ble kontaktet for å høre om det eksisterte en norsk oversettelse. Spørreskjemaet var ikke oversatt til norsk, og måtte derfor oversettes fra svensk før det kunne tas i bruk for vår studie. Dette fikk vi tillatelse til (vedlegg 8). WHO har utarbeidet en metode bestående av fire trinn i prosessen med å oversette og tilpasse måleinstrumenter (World Health Organization, 2016), og det var disse trinnene vi ønsket å følge. Dette lot seg ikke gjøre da vi syntes det var utfordrende å oversette fra svensk til norsk. I tillegg hadde vi begrenset med tid. Forfatteren av W-DEQ var rådgivende i prosessen med å oversette instrumentet. Det endelige spørreskjemaet ble godkjent av Wijma. Det ble ikke gitt tillatelse til å endre designet på spørreskjemaet, og det skulle anvendes separat fra eventuelt andre spørsmål. Vi fant det derfor mest hensiktsmessig, og i tillegg forsvarlig å fravike fra WHO sine trinn for en slik prosess. En annen studie har fått tospråklige til å oversette et spørreskjema, uten å henvise til andre oversettelsesprosedyrer (Baston, Rijnders, Green, & Buitendijk, 2008). En svensk jordmor bosatt i Norge, og dermed tospråklig, oversatte spørreskjemaet fra svensk til norsk. Deretter ble oversettelsen sammenlignet med den norske W-DEQ versjon A, etter anbefaling fra Wijma. Instrumentet ble pilottestet på 11 kvinner. Disse var bekjente og kollegaer som hadde født. De ble bedt om å gi tilbakemelding på ordlyd og tidsbruk. Vi fikk tilbakemelding om skrivefeil og ordlyd på den norske oversettelsen. Gjennomsnittlig tidsbruk på å besvare undersøkelsen ble beregnet til 15 minutter. Dette ble det informert om i informasjonsskrivet. Spørreskjemaet ble også diskutert med veileder, og vi fikk nyttige innspill som resulterte i den endelige versjonen (vedlegg 9).

W-DEQ gav oss ikke informasjon om alt vi ønsket svar på. Vi utarbeidet derfor et eget spørreskjema (vedlegg 10) i tillegg til W-DEQ B. Dette inneholdt innledningsvis demografiske variabler. Bakgrunnsvariabler sier noe om konteksten deltakerne lever i. Den som leser en artikkel trenger en nøyaktig beskrivelse av deltakerne for å kunne vurdere om konklusjonen er rett (Bjørndal & Hofoss, 2004; Schneider et al., 2013). Deretter inneholdt det spørsmål direkte sitert eller omskrevet fra en norsk studie (Nerum, Halvorsen, Sørli, & Øian, 2006). Det å benytte seg av allerede eksisterende spørreskjemaer, eller å trekke ut enkelte spørsmål, støttes i metodelitteraturen (Schneider et al., 2013). Da disse spørsmålene var hentet fra en norsk studie, trengte vi heller ikke å ta hensyn til eventuelle kulturelle

forskjeller som kan være en bias i slike studier (Schneider et al., 2013). Noen spørsmål ble laget av forfatterne for å belyse forskningsspørsmålene. To spørsmål var kombinert lukkede og åpne, ett spørsmål var åpent og resten var lukkede. Åpne spørsmål anbefales der forskeren ikke kan oppgi alternativer (Schneider et al., 2013), og anbefales for å få belyst styrken og svakheten i begge typer spørsmål (Polit & Beck, 2004).

Halvorsen og Nerum ble kontaktet på e-post, og vi fikk tillatelse til å benytte oss av deres spørreskjema (vedlegg 11). Hvilke spørsmål som er direkte sitert eller omformulert er gjort rede for i vedlegg 12. Der kommer det også frem hvilke spørsmål vi har laget selv.

Kvinner yngre enn 18 år kan ikke delta i en slik studie uten foresattes samtykke. Dette var vi ikke oppmerksom på da spørreskjemaet ble utarbeidet, og derfor er laveste kategori på alder 15-19 år. Det var ingen forespurte kvinner som var i denne kategorien, og vi trengte derfor ikke å innhente samtykke fra foresatte.

## 2.3 Analyse

Data er analysert i SPSS. Analysene var univariat deskriptive. Det ble gjort en frekvensfordeling av alle variabler på nominalt, ordinalt og intervallnivå og deretter ble disse fremstilt grafisk. Det å gjøre en frekvensfordeling og visualisere ved hjelp av grafisk fremstilling anbefales for å bli kjent med materialet (Bjørndal & Hofoss, 2004). For å gjøre tabellene oversiktlig for publisering ble det utført sammenslåing av grupper (dikotomisering og trikotomisering), noe som anbefales (Beck, 2004; Bjørndal & Hofoss, 2004). Når respondenten kan svare med egen tekst må innholds-analyse utføres (Schneider et al., 2013). Teksten ble kodet, og deretter talt opp og slått sammen i større kategorier. I noen tilfeller endte vi likevel opp med mange kategorier, og det kan ha gjort fremstillingen av resultatet noe krevende for leseren. Spesielt gjaldt dette fremstilling av data i figur 2 og tabell 4 i artikkelen. Koding av tekst ble utført av begge forskerne for å sikre felles forståelse.

## 2.4 Utvalg

Et flytskjema skal gi en forståelse av arbeidsprosessen (Konsmo, 2016). Flytskjema figur 1 i artikkelen viser inklusjonsprosessen til studien. Inklusjons- og eksklusjonskriterier er beskrevet i artikkelen. Adresser ble hentet fra nettsidene gulesider.no og 1881.no. I flere tilfeller var ikke adressen mulig å finne, og ansvarlig i samtalepoliklinikken som hadde tilgang til henvisningen brukte denne som kilde til å finne flere adresser. Det ble vurdert å hente ut adressen fra kvinnens elektroniske journal som er knyttet opp mot folkeregisteret, men innsyn i elektronisk journal ville krevd godkjenning hos REK. Dette var det ikke søkt om, og en endring i søknaden ville krevd mer tid enn vi hadde til rådighet.

11. juli ble invitasjoner til studien sendt ut og 25. august var 40 samtykker mottatt. Påminnelse (vedlegg 13) ble sendt og 20 nye samtykker ble mottatt. Spørreskjemaene ble sendt ut forløpende. Det ble sendt ut påminnelse (vedlegg 14) i posten, og deretter på sms til de som ikke hadde besvart spørreskjemaet.

I informasjonsskrivet fikk kvinnene informasjon om at prosjektet dreide seg om samtale som intervensjon til kvinner med tidligere traumatisk fødselsopplevelse. I spørreskjemaet fikk de spørsmål om tidligere fødsel var traumatisk. I litteraturen brukes traumatisk og negativ fødselsopplevelse om hverandre. Vi kunne brukt ordlyden «negativ fødselsopplevelse», men valgte begrepet «traumatisk fødselsopplevelse». Dette fordi dette begrepet ble anvendt i spørreskjemaet vi brukte spørsmål fra. Vi oppgav ingen definisjon til kvinnene på begrepet traumatisk fødselsopplevelse. Hensikten var å la det være opp til kvinnene å definere sin egen fødselsopplevelse, som nevnt i artikkelen. Kvinner som oppgav at tidligere fødsel ikke var opplevd traumatisk ble også inkludert. Dette fordi deres svar på resten av spørreskjemaene gav oss en oppfatning at hadde de samme behov og tanker som de andre kvinnene i studien.

## 2.5 utfordringer, svakheter og styrker

En utfordring i studien var manglende utfylling av registreringsskjemaene ved samtalepoliklinikken. I flere tilfeller var det ikke registret om kvinnen hadde møtt til time,

og antall kvinner som ikke hadde møtt til time var ifølge avdelingsjordmor angivelig høyere enn registreringer kunne tilsi. Vi hadde med hensikt ikke søkt REK om å få tilgang til kvinnenens journal, dette fordi vi tenkte at registreringsskjemaene i samtalepoliklinikken ville være tilstrekkelig. I ettertid kunne det vært nyttig for oss å samle inn data ved hjelp av elektronisk journal for å se om de hadde møtt til time. Dersom antagelsen stemmer, ville det blitt flere ekskluderte fremfor lavere svarprosent.

En svakhet med studien er lav svarprosent, men sees også i lignende studier (Larsson, Karlström, Rubertsson, & Hildingsson, 2015; Sjetne, Iversen, & Kjøllesdal, 2015). Generelt er det færre som deltar i spørreundersøkelser, og det spekuleres i om man er mettet på undersøkelser. Dette er også en trend innen helseforskning (Amundsen, 2013).

Tidspunktet for utsendelse av invitasjon kan ha påvirket svarprosenten, da det var i fellesferien. Prosjektplan ble levert 29. april, og søknaden til REK ble sendt til vurdering innen fristen 3. mai. Godkjenningen ble mottatt rett før fellesferien. Vi mottok svar på spørreskjemaene helt frem til dataanalysen startet, og det kan tenkes at lengre tidsfrist og flere påminnelser kunne gitt høyere svarprosent. Vi hadde ingen premie å friste respondentene med. Et tiltak vi vurderte for å veie opp mot lav svarprosent var å anvende opplysninger gitt i registreringsskjemaene der respondentene ikke hadde samtykket til deltakelse. Dette for å anvende opplysninger fra samtalen og andre fødsel. Dette ble ikke godkjent av REK da vi kontaktet dem angående dette. Begrunnelsen var at det var uetisk å bruke informasjon om en kvinne som var invitert til å delta i en studie, men som hadde valgt å ikke samtykke.

Kvinnene har besvart spørreskjemaene på ulikt tidspunkt etter sin andre fødsel. Ideelt sett bør et spørreskjema besvares på samme tidspunkt (Schneider et al., 2013). Reliabiliteten kan være påvirket av at studien er gjort retrospektivt. Andre svakheter ved studien er beskrevet og gjort rede for i artikkelen.

Styrken med studien er at vi har brukt det validerte instrumentet W-DEQ versjon B, samt eget spørreskjema som ble pilottestet og hadde tatt utgangspunkt i en tidligere norsk studie. Utvalget var også homogent, noe som er viktig for reliabiliteten i studiet. Denne fremgangsmåten støttes i metodelitteraturen, og øker validiteten (Schneider et al., 2013).

### 3.0 Resultater

Alle resultater fra vår studie er presentert i artikkelen, men datamaterialet var for stort til å gå i dybden og diskutere alle funn. I lys av vår studie og arbeidet med artikkelen kom det frem nye perspektiver ved problemstillingen. Disse resultatene og perspektivene presenteres i det følgende.

36 % av kvinnene i studien hadde en normal fødsel første gang.

Kvinner som fødte normalt første gang var altså den største gruppen i vår studie.

74 % ønsket gjennomgang av tidligere fødsel da de kom til første samtale.

17 % ønsket avtale om planlagt keisersnitt etter første fødsel. Halvparten av de som ønsket planlagt keisersnitt, ble forløst med planlagt keisersnitt. 62 % ønsket vaginal fødsel, 14 % var usikre og 24 % ønsket planlagt keisersnitt ved en eventuell tredje fødsel.

## 4.0 Diskusjon

I diskusjonsdelen vil vi nå presentere tidligere forskning, egne funn og deretter diskutere dette. Følgende perspektiver belyses:

- Den normale, men traumatiske fødsel.
- Post-partum samtalen, er den utdatert?
- Planlagt keisersnitt, eller vaginal fødsel?

### 4.1 Den normale, men traumatiske fødsel

Det kan være vanskelig for helsepersonell å forstå hvordan en «naturlig» livshendelse som det å føde kan oppleves traumatisk, som nevnt i artikkelen. En del helsepersonell overser eller gjenkjenner ikke tegn på psykologisk eller emosjonelt traume fordi deres forståelse av fødselstraume er fysisk skade (Beck, 2004). En studie viser at kvinner ikke alltid ønsker å fortelle om en traumatisk opplevelse i frykt for å klandre personalet, eller at de klandrer seg selv for ikke å være samarbeidsvillig under fødselen (Nilsson, Bondas, & Lundgren, 2010).

Det er viktig å være klar over at til tross for normal fødsel kan denne oppleves traumatisk (Soderquist, Wijma, & Wijma, 2002; G. Thomson & Downe, 2008). I artikkelen har vi presentert hva forskning sier om årsaker til traumatisk fødselsopplevelse. Det handler om å ikke bli sett og hørt av helsepersonell, fokus på rutiner fremfor individuelle behov, redsel for egen og barnets helse, manglende støtte fra jordmor, smerte, medisinsk intervensjon, langvarige fødselsforløp, tap av kontroll og liten tro på seg selv og egne evner.

Flere studier viser at et forhold bygget på tillit mellom jordmor og kvinne er en viktig faktor når det kommer til kvinners emosjonelle aspekt av fødselsopplevelse (Lundgren, 2005; Lyberg & Severinsson, 2010; Waldenström, Hildingsson, Rubertsson, & Rådestad, 2004). God støtte under fødselen, både av partner og helsepersonell, er essensielt og beskrevet i flere studier (Dahlberg & Aune, 2013; Elmir, Schmied, Wilkes, & Jackson, 2010; Nilsson et al., 2010; G. M. Thomson & Downe, 2010; Waldenström et al., 2004). Tilstedeværelse og kontinuerlig støtte i fødsel kan forebygge FOC (Nilsson et al., 2010). Kontinuerlig støtte

øker sjansen for spontan fødsel og at kvinnene er mer tilfreds. Det presiseres også at det kommuniseres med respekt (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2013). Når vi er klar over hva som utgjør essensen av kvinners fødselsopplevelse, gir det oss som helsepersonell en unik mulighet til å kunne bidra til å hindre traumatiske fødselsopplevelser (Garthus-Niegel, Knoph, Soest, Nielsen, & Eberhard-Gran, 2014). En traumatisk fødselsopplevelse kan også være et resultat av forventinger til fødselen som ikke ble innfridd (Lundgren, 2005).

De fleste av kvinnene i vår studie hadde født normalt første gang, men beskrev fødselen som traumatisk, med en VAS på 4. Dette er vist i figur 3 i artikkelen. De oppgav mange årsaker til traumatisk opplevelse, hvor tap av kontroll og smerte var den viktigste årsaken. Langvarig fødsel, redsel for egen og barnets helse, mangel på informasjon, dårlig kommunikasjon og det å ikke bli sett og hørt av helsepersonell var andre faktorer. I vår studie har kvinnene sagt at blant annet tilstedeværelse av dyktig jordmor og det å bli sett og hørt, var positive faktorer som virket inn på fødselsopplevelsen.

Kvinner med normal fødsel og traumatisk opplevelse var flere enn det vi hadde forventet, og kan være vanskelig for oss som helsepersonell å forstå. Det er nærliggende å tenke at dersom helsepersonell har en holdning til at en normal fødsel er det samme som en god fødselsopplevelse vil en del kvinner med traumatisk fødselsopplevelse ikke bli fanget opp og kartlagt. Dersom kvinnene i tillegg ikke våger å sette ord på sin egen opplevelse blir enda færre fanget opp av helsevesenet.

Tidligere forskning og egne funn, har gitt oss kunnskap om hva som kan føre til traumatisk fødselsopplevelse og hva som kan fremme en positiv fødselsopplevelse. Dette er faktorer som kan forekomme i en normal fødsel, og noe jordmor kan påvirke. Forskning viser at god støtte under fødselen er essensielt. Det er da nærliggende å tenke at de som har født normalt, men har opplevde fødselen traumatisk ikke har opplevd god støtte. Dette kan også handle om at kvinners forventninger til fødselen ikke ble innfridd.

Økt fokus på normal fødsel med en positiv opplevelse ser vi som nødvendig i vårt arbeid med kvinner i svangerskaps- og fødselsomsorgen.

## 4.2 Post-partum samtalen, er den utdatert?

Post-partum samtale hvor en oppmuntrer kvinner til å snakke om deres fødselserfaringer er første steg for å hjelpe dem til å bearbeide en traumatisk fødselsopplevelse (Elmir et al., 2010). Studier påpeker viktigheten av at kvinner med traumatisk fødselsopplevelse får en post-partum samtale for å få et fullstendig bilde av fødselen. De kan få fortelle om sine opplevelser og følelser, samt få tilført et bredere og informert perspektiv på fødselen. Det gir kvinner mulighet til å diskutere og sette ord på fødselsopplevelsen, for videre å bearbeide den (Gamble & Creedy, 2009; Salomonsson, Wijma, & Alehagen, 2010).

Retningslinjene for barselomsorgen foreslår at kvinnene får anledning til å snakke med jordmor eller lege om sin fødselsopplevelse. Det kommer frem at det er viktig å kartlegge hvilke kvinner som er i risikozonen (Helsedirektoratet, 2014).

En studie påpeker at det er vanskelig å identifisere og vurdere FOC post-partum under det korte oppholdet på barselavdelingen, fordi kvinnene kan være i en form for sjokk (Salomonsson et al., 2010). Kvinner som har hatt samtale innen 72 timer etter fødselen, hadde betydelig færre symptomer på PTSD og andre symptomer på stress sammenlignet med kvinner som fikk en post-partum samtale på telefon 4-6 uker etter fødsel. (Gamble et al., 2005).

VAS er i en studie brukt som grovkartlegging når det gjelder redsel for fødsel i svangerskapsomsorgen. Kvinner som på en skala fra 0-10 scoret over 5 skulle kartlegges ved hjelp av W-DEQ, hvorav de med klinisk frykt for fødsel skulle tilbys ekstra oppfølging. I følge studien kunne dette overføres til fødselsomsorgen (Rouhe, Salmela-Aro, Halmesmäki, & Saisto, 2009).

Hovedfunnet i vår studie var at 74 % ønsket gjennomgang av tidligere fødsel. Dette funnet fikk oss til å stille spørsmålet om post-partum samtalen ikke lenger er en rutine etter fødsel? Vi har ikke kartlagt dette i vår studie, men en studie påpeker at kvinnene følte at helsepersonell ikke tok dem på alvor, og at det var vanskelig å ta opp redsel og bekymring etter fødsel (Elmir et al., 2010).

I artikkelen beskriver vi at et nytt svangerskap kan reaktivere minnene og følelsene fra en tidligere traumatisk fødselsopplevelse. Vi stiller spørsmål ved om dagens barselomsorg med manglende ressurser, medfører at mange kvinner ikke får post-partum samtale etter fødsel, og at dette derfor blir et behov i et nytt svangerskap. Det er en økende trend at flere kvinner reiser hjem i perioden fra 6 timer til 2 dager etter fødsel. Dette gjør at vi som jordmødre har mindre tid til hver enkelt kvinne, og at post-partum samtalen kan bli nedprioritert og redusert til et minimum. Dette gir lite rom for bearbeiding av fødselsopplevelsen, som studier viser er viktig.

Retningslinjene for barselomsorgen foreslår at det etter fødsel kartlegges hvem som er i risikozonen. Det kommer ikke frem hvordan denne kartleggingen skal utføres. En måte å kartlegge fødselsopplevelsen kan være å benytte VAS. De med VAS over 5 kan deretter kartlegges ved W-DEQ. Da kan en etter fødsel få et bilde av hvilke kvinner som vil ha behov for ytterligere oppfølging. Dette tenker vi kan styrke kvinnene og redusere behovet for gjennomgang av fødsel i ett nytt svangerskap.

#### 4.3 Planlagt keisersnitt, eller vaginal fødsel?

Vi har i artikkelen belyst at traumatiske fødselsopplevelser kan føre til redsel for neste svangerskap og fødsel, og at det er en av hovedårsakene til at flergangsfødende ønsker planlagt keisersnitt, uten medisinsk indikasjon, gjør det fordi de vil ha kontroll i forhold til hva som skjer under fødselen (Green & Baston, 2003). En norsk studie har konkludert med at kvinner som føder vaginalt til tross for ønske om keisersnitt har økt risiko for å utvikle posttraumatiske stress symptomer etter fødsel (Garthus-Niegel et al., 2014).

Å tilby oppfølging til kvinner som ønsker planlagt keisersnitt bør være en prioritet (Ryding, Lukasse, Kristjansdottir, Steingrimsdottir, & Schei, 2016). Det er viktig å analysere hva i forbindelse med en fødsel som fører til redsel, og hva som ikke gjør det (Saisto, Ylikorkala, & Halmesmäki, 1999). Gjennom oppfølging kan det etableres ny tillit til fødselshjelperne, noe som kan bidra til at flere kvinner ønsker å føde vaginalt (Halvorsen & Nerum, 2013).

En studie viser at kvinner som hadde planlagt keisersnitt var mindre tilfreds med støtten de fikk fra jordmor. Ved et planlagt keisersnitt møter kvinnen jordmor like før keisersnittet, og det er lite rom for at jordmor og kvinne får anledning til å danne en god relasjon. Kvinnen har fått sitt ønske oppfylt, men situasjonen oppleves fremmed. Studien påpeker også at det er viktig å få mer kunnskap om hvorfor kvinner ønsker planlagt keisersnitt (Karlström, Nystedt, & Hildingsson, 2011).

Målet med behandling av kvinner med redsel for fødsel er kanskje ikke vaginal fødsel, men å velge den forløsningsmetode som ivaretar mor og barn på best mulig måte, både medisinsk og psykologisk (Ryding et al., 2015). Planlagt keisersnitt kan være løsningen dersom samtale og støtte gjennom svangerskapet ikke har ført frem (Wiklund, Andolf, Lilja, & Hildingsson, 2012).

I veileder for fødselshjelp (2014) anbefales det at kvinner med frykt for fødsel og ønske om keisersnitt bør møtes med tilbud om samtale som har til hensikt å kartlegge fryktutløsende årsaker. Det å lage en plan for fødsel kan være et alternativ til planlagt keisersnitt, og var også noe de fleste i vår studie ønsket for samtalen. Om frykten for fødsel utgjør en medisinsk indikasjon må vurderes individuelt. Keisersnitt på kvinnens ønske alene, anbefales ikke. Kvinner kan ikke kreve et keisersnitt som alternativ til vaginal fødsel. Det presiseres at kvinner har medbestemmelsesrett, ikke bestemmelsesrett (Norsk Gynekologisk forening, 2014).

I vår studie ønsket 17 % avtale om planlagt keisersnitt ved første samtale. Halvparten av disse kvinnene ble forløst med planlagt keisersnitt. Årsaken til hvorfor den andre halvparten fødte vaginalt er ikke kartlagt. Ved spørsmål om hvordan de ønsker å føde ved en eventuelt tredje fødsel ønsket 62 % vaginal fødsel, 14 % var usikre og 24 % ønsket planlagt keisersnitt. Av kvinnene med alvorlig redsel eller klinisk frykt for fødsel etter andre fødsel, hadde ingen av dem planlagt keisersnitt andre gang. Det er uvisst om det var et ønske, eller ikke.

Planlagt keisersnitt virker å være noe mange kvinner med redsel for fødsel og tidligere traumatisk fødselsopplevelse ønsker. Dette støttes av forskning, og var noe vi fikk bekreftet i vår studie. Behovet for kontroll virker å være viktig for mange kvinner, også i vår studie. Det blir forutsigbart hva som skal skje, og de kan forberede seg bedre.

Forskning anbefaler at kvinnene bør følges opp med samtaler, det er også anbefalingen i veileder for fødselshjelp. I vår artikkel presenteres funn om at samtale er noe kvinnene ønsker. Kvinnene får hjelp til å analysere hva som utgjør deres redsel for fødsel. De blir sett og hørt av helsepersonell, og kan medvirke gjennom å ytre ønsker for egen fødsel. Det kan være at samtale med bevisstgjøring og tilbud om plan for fødsel eller induksjon kan være løsningen for noen kvinner. Forskning bekrefter også dette. Det viser seg at planlagt keisersnitt heller ikke er en garanti for en positiv fødselsopplevelse.

Vi mener det er viktig at den som har samtale med kvinnene ikke tar utgangspunkt i at vaginal fødsel er det beste for alle uansett bakgrunn. Studier viser også at det bør gjøres en vurdering på hva som vil være best for den enkelte. Vi erfarer at helsepersonell kan ha en innstilling om at kvinner som har hatt en traumatisk opplevelse, bør rådes til å føde vaginalt for å få en opplevelse av mestring. Her er forskningen motstridende. På den ene siden snakker en om at det å ha en positiv fødselsopplevelse etter en traumatisk virker helbredende og øker mestringsfølelsen hos kvinnene, som beskrevet i artikkelen. På den andre siden viser forskning at disse kvinnene kan være mer utsatt for å få post-traumatiske stress reaksjoner etter fødsel. I vår studie var det kvinner med akutt keisersnitt første gang, og som planla vaginal fødsel andre gang, som endte opp med alvorlig redsel eller klinisk frykt for fødsel. Studien vår viser også at kvinner med akutt keisersnitt første gang, og som fødte vaginalt andre gang, endte opp med lav redsel for fødsel, som vist i figur 3 i artikkelen. Det bekrefter igjen at fødselsopplevelse er høyst subjektiv. Helsepersonell må se den enkelte kvinne, og finne ut hva som vil være det beste for henne ut fra hennes grad av redsel for fødsel og tidligere erfaringer.

Forløsningsmetode bør bestemmes etter samtaler og med kvinnens medbestemmelse. Dette er også i tråd med veileder for fødselshjelp. I denne prosessen kan bruk av VAS og W-DEQ være et verktøy for å kartlegge om frykt for fødsel er så alvorlig at planlagt keisersnitt kan tilbys på medisinsk indikasjon.

## 5.0 Konklusjon

Den normale fødsel er for mange en traumatisk opplevelse. Det kan handle om at kvinners forventning til fødsel ikke blir innfridd, eller det å ikke oppleve støtte fra partner eller helsepersonell. Dette er uavhengig av hvordan kvinnene føder. Det er heller ikke hvordan kvinnen føder som avgjør behovet for en post-partum samtale. For å kartlegge kvinners redsel etter fødsel er det nødvendig at de får mulighet til å sette ord på opplevelsen. Post-partum samtalen er på ingen måte utdatert, den er essensiell for kvinnes videre bearbeiding. Vi mener at post-partum samtalen er et viktig element i barselomsorgen, og bør prioriteres. Planlagt keisersnitt er på ingen måte en løsning for alle når det gjelder å legge til rette for en bedre fødselsopplevelse. Å kartlegge hvilke faktorer som påvirker kvinners redsel for fødsel er viktig. Når kvinner aktivt kan være med å legge en plan for fødselen, kan det være et godt alternativ til keisersnitt. Målet er hverken planlagt keisersnitt eller vaginal fødsel, men at både det medisinske og psykologiske perspektivet blir ivaretatt.

I lys av vår studie, og med støtte i annen forskning, hadde det vært positivt å få kartlagt alle kvinner når det gjelder redsel etter fødsel. Traumatiske fødselsopplevelser spenner seg fra den normale fødsel uten intervensjon, til instrumentell forløsning og akutte keisersnitt med komplikasjoner hos mor og barn. Å kunne bruke verktøy som VAS og W-DEQ i denne prosessen, kan derfor være til nytte. Det hadde vært interessant å se om en kartlegging av alle kvinner som føder hadde ført til at flere kvinner med frykt for fødsel eller som har opplevd fødselen som traumatisk hadde blitt identifisert og fått tilbud om oppfølging.

## 6.0 Referanser

- Amundsen, B. (2013). Folk svarer ikke lenger. 2/2013. Retrieved from [http://www.forskningsradet.no/bladetforskning/Nyheter/Folk\\_svarer\\_ikke\\_lenger/1253986892964?lang=no](http://www.forskningsradet.no/bladetforskning/Nyheter/Folk_svarer_ikke_lenger/1253986892964?lang=no)
- Baston, H., Rijnders, M., Green, J. M., & Buitendijk, S. (2008). Looking back on birth three years later: Factors associated with a negative appraisal in England and in the Netherlands. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(4), 323-339.
- Beck, C. T. (2004). Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nursing research*, 53(4), 216-224.
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). Statistikk for helse-og sosialfagene. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dahlberg, U., & Aune, I. (2013). The woman's birth experience—The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, 29(4), 407-415.
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142-2153.
- Gamble, J., Creedy, D., Moyle, W., Webster, J., McAllister, M., & Dickson, P. (2005). Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth*, 32(1), 11-19.
- Gamble, J., & Creedy, D. K. (2009). A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery*, 25(2), e21-e30.
- Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Knoph, C., Simonsen, T. B., Torgersen, L., & Eberhard-Gran, M. (2014). The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population-based, longitudinal study. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 1.
- Garthus-Niegel, S., Knoph, C., Soest, T., Nielsen, C. S., & Eberhard-Gran, M. (2014). The role of labor pain and overall birth experience in the development of posttraumatic stress symptoms: a longitudinal cohort study. *Birth*, 41(1), 108-115.
- Green, J. M., & Baston, H. A. (2003). Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth*, 30(4), 235-247.

- Halvorsen, L., & Nerum, H. (2013). Psykiske belastninger ved svangerskap og fødsel-med fokus på fødselsangst, ønske om keisersnitt og tidligere seksuelle overgrep. Helsebiblioteket. (2015). Validerte spørreskjema.
- Helsedirektoratet. (2014). Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen Retrieved from <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/barselomsorgen/god-start-for-familien/samtaler-etter-fødselen>
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Library*.
- Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2011). A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(3), 93-99.
- Konsmo, T. (2016). Flytskjema. Retrieved from <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/flytskjema>
- Kunnskapssenteret. (2014). Spørreskjemabanken.
- Larsson, B., Karlström, A., Rubertsson, C., & Hildingsson, I. (2015). The effects of counseling on fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94(6), 629-636.
- Lundgren, I. (2005). Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery*, 21(4), 346-354.
- Lyberg, A., & Severinsson, E. (2010). Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care—a follow-up study. *Journal of nursing management*, 18(4), 383-390.
- Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T., & Øian, P. (2006). Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth*, 33(3), 221-228.
- Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010). Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 39(3), 298-309.
- Norsk Gynekologisk forening. (2014). Veileder i fødselshjelp. Keisersnitt.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*: Lippincott Williams & Wilkins.

- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmäki, E., & Saisto, T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(1), 67-73.
- Ryding, E. L., Lukasse, M., Kristjansdottir, H., Steingrimsdottir, T., & Schei, B. (2016). Pregnant women's preference for cesarean section and subsequent mode of birth—a six-country cohort study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 37(3), 75-83.
- Ryding, E. L., Lukasse, M., Parys, A. S. V., Wangel, A. M., Karro, H., Kristjansdottir, H., . . . Schei, B. (2015). Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth*, 42(1), 48-55.
- Saisto, T., Ylikorkala, O., & Halmesmäki, E. (1999). Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstetrics & Gynecology*, 94(5, Part 1), 679-682.
- Salomonsson, B., Wijma, K., & Alehagen, S. (2010). Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*, 26(3), 327-337.
- Schneider, Z., Whitehead, D., Lobiondo-Wood, G., & Haber, J. (2013). *Nursing and midwifery research : methods and appraisal for evidence-based practice* (4th ed. ed.). Chatswood, NSW: Elsevier Australia.
- Sjetne, I. S., Iversen, H. H., & Kjøllesdal, J. G. (2015). A questionnaire to measure women's experiences with pregnancy, birth and postnatal care: instrument development and assessment following a national survey in Norway. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(1), 182.
- Soderquist, J., Wijma, K., & Wijma, B. (2002). Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23(1), 31-39.
- Thomson, G., & Downe, S. (2008). Widening the trauma discourse: the link between childbirth and experiences of abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 268-273.
- Thomson, G. M., & Downe, S. (2010). Changing the future to change the past: women's experiences of a positive birth following a traumatic birth experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(1), 102-112.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31(1), 17-27.

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

World Health Organization. (2016). Process of translation and adaptation of instruments.

Retrieved from [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/)

## 7.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Artikkel

Vedlegg 2: Søkestrategi

Vedlegg 3: Godkjenning prosjektsøknad med betingelser

Vedlegg 4: Godkjenning prosjektsøknad

Vedlegg 5: Forespørsel til samtalepoliklinikk om samarbeid

Vedlegg 6: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vedlegg 7: Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ version B)

Vedlegg 8: Godkjenning fra Klaas Wijma

Vedlegg 9: W-DEQ versjon B anvendt i studien

Vedlegg 10: Spørreskjema i studien

Vedlegg 11: Godkjenning fra Hilde Nerum

Vedlegg 12: Redegjørelse for spørsmål i spørreskjemaet (vedlegg 10)

Vedlegg 13: Påminnelse om forespørsel til deltakelse i studien

Vedlegg 14: Påminnelse om å returnere spørreskjema



## Vedlegg 1

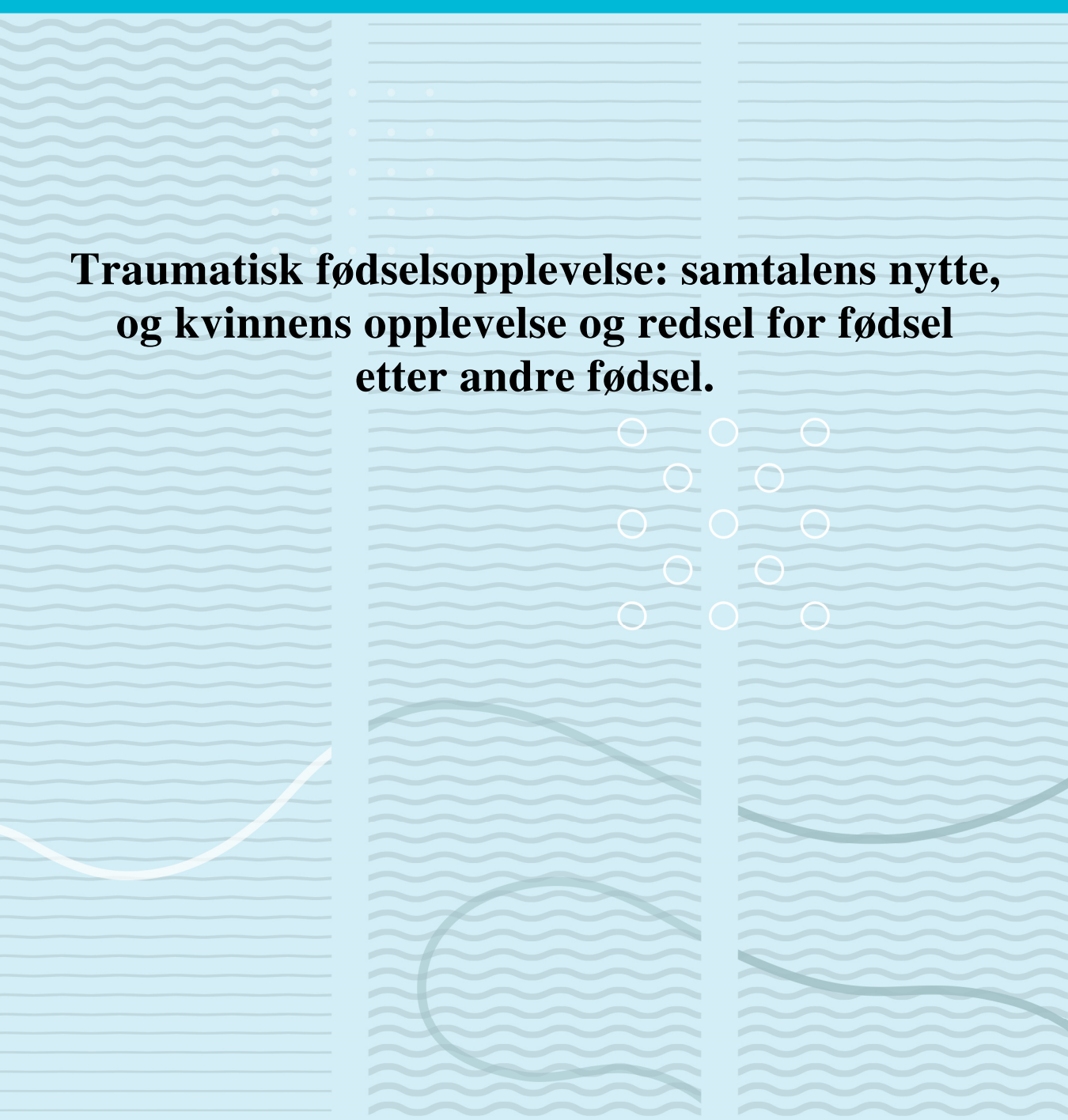
Silje Grande Molvik, kandidatnummer 9728

Selma Vabø Tofting, Kandidatnummer 9708

Antall ord: 2978

Antall figurer: 3

Antal tabeller: 4



## **Traumatisk fødselsopplevelse: samtalens nytte, og kvinnens opplevelse og redsel for fødsel etter andre fødsel.**



## Sammendrag

**Bakgrunn:** Ved samtalepoliklinikken ved Kvinneklubben i Bergen er det flest andregangsfødende med tidligere traumatisk fødselsopplevelse, som blir henvist. Er samtale som intervensjon et godt tilbud til denne gruppen? Hvordan føder de, og hvordan har de det etterpå?

**Hensikt:** Å beskrive hva kvinnene ønsket for samtale, hvilke faktorer som virket inn på fødselsopplevelsen, hvordan de opplevde fødselen og hvilken grad av redsel kvinnene hadde etter to fødsler.

**Metode:** Kvantitativ studie, deskriptiv survey. Spørreskjema med 18 spørsmål ble utviklet for studien, i tillegg ble instrumentet W-DEQ versjon B brukt. Deltakerne ble rekruttert via samarbeid med samtalepoliklinikken.

**Hovedresultat:** 58 kvinner deltok. Studien viste at kvinnene var veldig fornøyde med samtaletilbudet. 74 % oppgav at samtale var viktig for egen forberedelse, og at det ble utarbeidet en plan for fødsel i samarbeid med kvinnene. 59 % opplevde fødselen «fantastisk» andre gang. Kvinnene oppgav positive faktorer som forberedelse, trygghet, kontroll og det å ha en plan for fødsel som ble lest og fulgt som viktig. En jordmor som var dyktig og tilstede, og det å føde normalt var i tillegg faktorer som opplevdes positivt. Negative faktorer var å ikke føle seg sett og hørt av helsepersonell og akutt keisersnitt. 84 % hadde lav redsel etter fødsel, men 16 % hadde alvorlig redsel eller klinisk frykt.

**Konklusjon:** Resultatene viser at de fleste kvinner var tilfreds med samtaletilbudet. De beskrev det som nyttig å få gjennomgått tidligere traumatisk fødsel, og det å ha en plan for neste fødsel. Kvinnene oppgav flest positive faktorer som hadde innvirkning på fødselsopplevelsen etter samtale. De fleste opplevde fødselen fantastisk og hadde lav redsel for fødsel.

**Nøkkelord:** Survey, negative birth experience, fear of childbirth, FOC, traumatic birth, birth trauma, VAS, W-DEQ, counselling, PTSD.

## Summary

**Background:** *The majority of referrals to the counselling centre in Bergen are second-time mothers with a traumatic experience from a previous birth. Is counselling as intervention a good service to offer to this group? How do they experience labour, and how are they postpartum?*

**Objective:** *To describe what the women wished to gain from the counselling session, which factors affected their birth experience, how they experienced the birth and what degree of anxiety did the women feel after the second birth.*

**Method:** *Quantitative study, descriptive survey. A questionnaire with 18 questions was developed for the study, in addition the W-DEO instrument, version B, was used. The selected participants were recruited through collaboration with the counseling centre.*

**Results:** *58 women participated. The study shows that the women were very pleased with the counselling service. 74 % answered that the counselling was important for preparation, and that a birth plan was developed in collaboration with the women. 59% experienced the second labour as «fantastic». The women noted positive factors such as preparation, reassurance, control and to have a birth plan that was read and followed, to be important. A midwife that was proficient and present, and to have a natural birth are also factors that were experienced positively. Negative factors were to not feel seen and heard by the hospital staff and to undergo emergency caesarean section. 84 % had low anxiety levels after birth, but 16% had serious anxiety or clinical fear.*

**Conclusion:** *The results show that most women were satisfied with the counselling service. They described it as useful both in order to process an earlier traumatic birth experience, and in order to have a plan for a future birth. The women stated most positive factors, that had an effect on the birth experience, after counseling. The majority experienced the birth as fantastic and had little fear of labour.*

**Keywords:** Survey, negative birth experience, fear of childbirth, FOC, traumatic birth, birth trauma, VAS, W-DEQ, counselling, PTSD.

## Introduksjon

En fødsel er for de fleste en positiv livsbegivenhet. God støtte under fødselen bidrar til tilfredsstillelse (1, 2), en opplevelse av triumf og belønning (3, 4), mestring og styrket selvtillit, samt at kvinnene blir bedre rustet for morsrollen (1, 5, 6). Noen opplever likevel fødselen traumatisk eller negativ. I en norsk studie definerer 1/3 av kvinnene sin egen fødsel som traumatisk (7), og dette bekreftes av andre studier (8-11). I et nytt svangerskap kan følelser og minner fra tidligere traumatisk fødsel reaktiveres, og det kan bli behov for å etablere ny tillit til fødselshjelperne (12, 13). I likhet med flere fødeinstitusjoner har Kvinneklinikken i Bergen etablert et tilbud til denne pasientgruppen. Kunnskap om samtale som intervensjon er nødvendig for å optimalisere tilbudet (14). I denne studien stilte vi derfor spørsmål om hvordan andregangsfødende opplevde fødselen etter å ha vært til samtale med jordmor på samtalepoliklinikk i svangerskapet.

Ofte brukes ordet «fødselsangst» om frykt for fødsel, og på engelsk «fear of childbirth» som forkortes til FOC. Vi benytter forkortelsen FOC i denne artikkelen. FOC kan dreie seg om alt fra nesten ingen redsel, til klinisk frykt for fødsel (15). Kvinner bør kartlegges for FOC for å kunne avdekke angst, forebygge keisersnitt uten medisinsk indikasjon og hjelpe til å forberede kvinnen på normal fødsel (16). I samtale får kvinnene snakke om sin redsel og tidligere fødselsopplevelse. Når hun er klar for det, kan det lages en plan for forestående fødsel, ut i fra hennes behov. Målet er at kvinnene skal kunne glede seg over svangerskapet, og se frem mot fødselen uansett om det er vaginal fødsel eller planlagt keisersnitt (17).

Begrepene «traumatisk» og «negativ fødselsopplevelse» brukes om hverandre, uten at det finnes en klar definisjon eller systematisk måte å vurdere dette på (18). Fødselsopplevelsen er subjektiv, og eies av kvinnen. En norsk studie påpeker at en normal fødsel uten intervensjon kan oppleves traumatisk dersom det oppleves mangel på trygghet og ivaretagelse (19). På en annen side kan fødselen oppleves positiv til tross for komplikasjoner når kvinnen har følt seg trygg og ivaretatt (20). Det er opp til kvinnen selv å definere sin egen fødselsopplevelse (1, 4). I denne studien vil vi bruke begrepet traumatisk fødselsopplevelse.

Kvantitative og kvalitative studier konkluderer med at traumatisk fødselsopplevelse kan skyldes det å oppleve å ikke bli sett og hørt av helsepersonell (1, 18, 21, 22), fokus på rutiner fremfor individuelle behov (1, 18, 21, 22), redsel for egen og barnets helse (8-10, 21, 23), manglende støtte fra jordmor (2, 4, 22, 24), smerte (1, 4, 25), medisinsk intervensjon (1, 4, 9, 15, 21, 26-29) langvarige fødselsforløp (22), tap av kontroll (1, 4, 18, 22), og liten tro på seg selv og egne evner (1, 30, 31).

En traumatisk fødselsopplevelse ledsages gjerne av at kvinnene føler de sviktet, og at opplevelsen ikke gav følelsen av mestring (1, 4, 6). Kvinnene kan plages med minner fra fødselen (32-35). Dette kan føre til depresjon og utfordringer med tilknytning til barnet, og kan prege kvinnen i lang tid. Videre kan det påvirke selvtilliten, selvfølelsen og forholdet til hennes nærmeste (6, 32, 35). Traumatisk fødselsopplevelse kan medføre traumatiske stressreaksjoner (15, 29) og post traumatisk stresslidelse (PTSD) (8, 11, 36). PTSD er en angstlidelse som utløses av ekstremt stress (37). Kvinners subjektive fødselsopplevelse er den viktigste faktoren i utviklingen av post-traumatiske stress symptomer etter fødsel (7).

Traumatiske fødselsopplevelser og obstetriske komplikasjoner er en av hovedårsakene til at flergangsfødende ønsker planlagt keisersnitt (12, 17, 34, 38-45), og er hovedårsaker til FOC hos flergangsfødende (29, 46-49).

I Norge finnes ingen retningslinjer for oppfølging av kvinner med traumatiske fødselsopplevelser og FOC. I Sverige anbefaler Sosialstyrelsen at alle kvinner kartlegges for FOC etter fødsel (50). Kvinner med FOC trenger individuell omsorg og oppfølging gjennom svangerskapet for å forberede seg på fødsel (51), og jordmødre har en sentral rolle når det kommer til å hjelpe kvinner med å «forsone» seg med traumatiske fødselsopplevelser (52). Studier har vist at kvinner som får tilbud om samtaleoppfølging i svangerskap, etter tidligere traumatiske fødselsopplevelser, ofte er tilfredse og ønsker dette tilbudet (17, 34, 40, 49, 50). Forberedelse og medvirkning kan gi kvinner større tro på seg selv, således kan helsepersonell hjelpe dem til en mer positiv fødselsopplevelse. På denne måten kan vonde minner om en traumatisk fødsel bli mindre dominerende, selv om den ikke glemmes (6). En annen studie konkluderte med at samtale hadde liten effekt på kvinners redsel for fødsel, fødselsopplevelse og keisersnitt frekvens. Kvinnene var dog fornøyde med støtten de hadde fått gjennom samtaler (50).

Fagmiljøene stiller fortsatt spørsmål om nytten av samtale som intervensjon. Kunnskapen er ofte begrenset og basert på egne erfaringer. Ingen forskning har konkludert med hva som er best praksis for kvinner med tidligere traumatisk fødselsopplevelse og redsel for fødsel. (17, 37, 47).

Studiens problemstilling er:

*Andregangsfødende med tidligere traumatisk fødselsopplevelse;*

*Hvordan opplevde kvinnene fødselen etter samtale med jordmor på samtalepoliklinikk i svangerskapet?*

Hensikten med studien var å finne svar på følgende forskningsspørsmål:

- 1. Hva ønsket kvinnene for samtale, og hva beskrev de som nyttig?*
- 2. Hvilke faktorer oppgav kvinnene at hadde innvirkning på fødselsopplevelsen?*
- 3. Hvordan opplevde kvinnene andre fødsel?*
- 4. Hvilken grad av redsel hadde kvinnene etter sin andre fødsel?*

## Metode

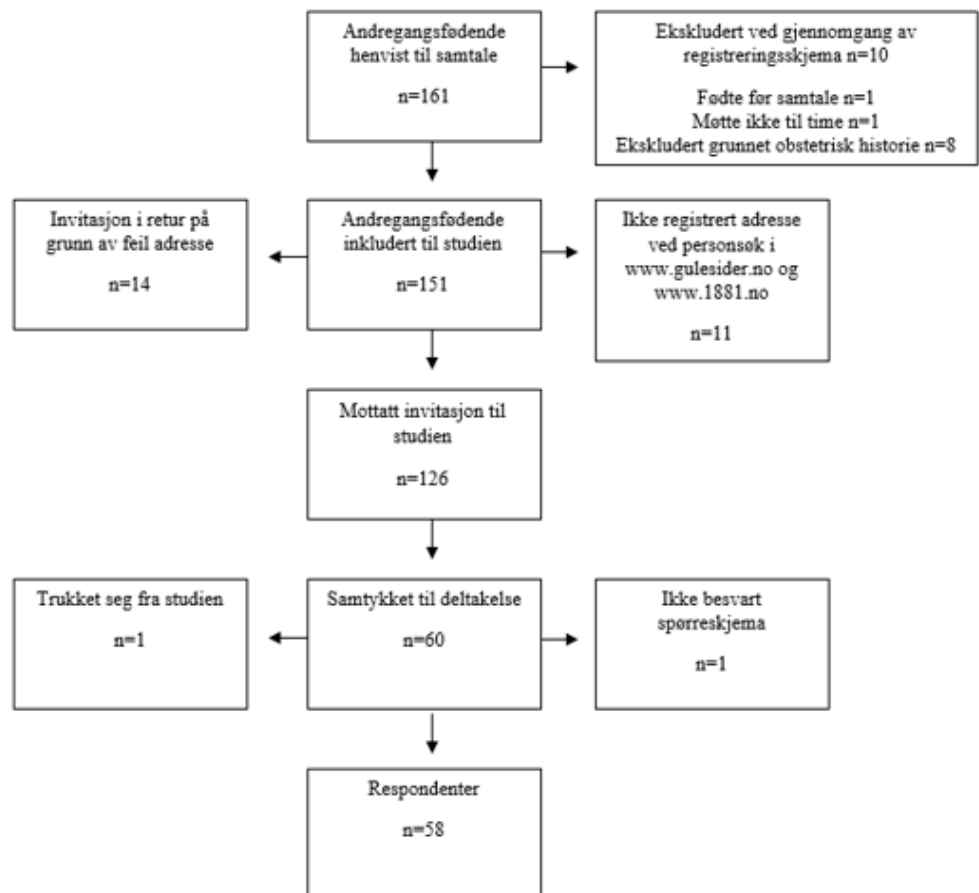
### Forskningsdesign

Studien har et kvantitativ design med bruk av survey for å besvare forskningsspørsmålene.

### Utvalg og rekruttering

Deltagere ble rekruttert gjennom et samarbeid med samtalepoliklinikken der henvisninger opp mot en koblingsnøkkel var protokollført. Koblingsnøkkelen var knyttet til et registreringsskjema med henvisningsårsak og paritet, samt en navneliste. Forfatterne hadde tilgang til registreringsskjemaene, og utførte utvelgelsen. Koblingsnøkklene ble gitt til ansvarlig jordmor, som sendte ut invitasjon med forespørsel om å delta. Samtykke ble returnert i frankert konvolutt til forfatterne.

Andregangsfødende kvinner som var henvist i 2015, og hadde møtt til samtale, ble inkludert i studiet. Eksklusjonskriterier var kvinner med tidligere dødfødsel, eller der barnet døde kort tid etter fødselen, kvinner med planlagt keisersnitt ved første fødsel, og som ønsket dette andre gang. Prosessen med inklusjon er vist i figur 1.



**Figur 1** Flytskjema for inklusjon til studien

## Datainnsamling

Data ble samlet inn ved hjelp av et spørreskjema laget for studien, og det validerte instrumentet W-DEQ B.

W-DEQ B ble valgt fordi det er designet for å måle redsel for fødsel (53). W-DEQ er et validert instrument med 33 spørsmål med svar på en 6-punkts Likertskala fra 0 (svært positivt eller negativt) til 5 (ikke positivt eller negativt i det heletatt) (53). Instrumentet måler tanker, følelser og frykt for fødsel, og er validert i flere studier (16, 17, 46, 47, 53-56). Laveste poengsum er 0, mens høyeste poengsum er 165. En poengsum på under 85 tyder på lav redsel for fødsel, en poengsum på 85 og over tyder på alvorlig redsel for fødsel, mens en poengsum på over 100 tyder på klinisk frykt for fødsel. Det første spørsmålet i W-DEQ B lyder som følger: «Hvordan opplevde du fødselen som helhet»? Dette spørsmålet ble i tillegg analysert separat. Grunnet jevn fordeling i alle kategorier ble resultatet dikotomisert til «fantastisk» og «ikke fantastisk». W-DEQ B har etter vår kjennskap ikke vært brukt i Norge tidligere, og måtte oversettes til norsk. Dette ble utført i samarbeid med en svensktalende kollega. Oversettelsen ble pilottestet og godkjent av Klaas Wijma, en av forfatterne av W-DEQ.

Det strukturerte spørreskjemaet som vi utarbeidet inneholdt 18 spørsmål. Flere spørsmål er hentet fra en annen norsk studie (57). Spørreskjemaet ble pilottestet på 11 kvinner som hadde født, og gav tilbakemeldinger på ordlyden i spørreskjemaet. Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om bakgrunn, første fødsel, samtaletilbudet, fødselen etter samtalen og eventuelt ny fødsel. Flest spørsmål var lukkede med mulighet for å krysse på ett eller flere alternativer. Ett spørsmål var åpent, og to spørsmål var kombinert åpne og lukkede. Ett av spørsmålene var utformet som en Visuell Analog Skala (VAS) hvor kvinnene skulle angi grad av traumatisk fødselsopplevelse fra 0 (ubetydelig) til 5 (betydelig). Tilfredshet med samtaletilbudet ble målt med 6-punkt Likertskala. Variablene varierte mellom dikotome variabler, flerkategorivariabler og kontinuerlige variabler. Åpne spørsmål ble kodet av begge forfatterne for å sikre felles forståelse av kategoriene.

## Analyse

Data er analysert i SPSS versjon 24. Analysene var univariat deskriptive.

## Personvern og forskningsetikk

Studien er godkjent av regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK vest (2016/822/REK vest).

## Resultater

126 andregangsfødende ble invitert til studien og 58 kvinner (46 %) besvarte spørreskjemaet. Utvalget presenteres i tabell 1.

**Tabell 1** Bakgrunnsinformasjon om deltakerne i studien (N = 58)

|                                    | n  | %  |
|------------------------------------|----|----|
| <b>Alder</b>                       |    |    |
| 20-29                              | 15 | 26 |
| 30-39                              | 39 | 67 |
| 40-44                              | 4  | 7  |
| <b>Sivilstatus</b>                 |    |    |
| Gift/samboer                       | 56 | 97 |
| Ugift/enslig                       | 2  | 3  |
| <b>Høyeste fullførte utdanning</b> |    |    |
| Ingen/grunnskole                   | 1  | 2  |
| Videregående                       | 9  | 16 |
| Høgskole/universitet               | 46 | 79 |
| Annet                              | 2  | 3  |

36 % hadde normal fødsel første gang, 32 % hadde instrumentell forløsning eller setefødsel, 29 % hadde akutt keisersnitt og 2 % hadde planlagt keisersnitt. 91 % opplevde første fødsel traumatisk. Årsaker til traumatisk fødselsopplevelse er presentert i tabell 2.

**Tabell 2** Årsaker til tidligere traumatisk fødselsopplevelse (N=53)

|                                             | n  | %  |
|---------------------------------------------|----|----|
| Tap av kontroll/smerte                      | 48 | 91 |
| Induksjon/langvarig fødsel                  | 37 | 70 |
| Redsel for eget/barnets liv og helse        | 34 | 64 |
| Mangel på informasjon/dårlig kommunikasjon  | 34 | 64 |
| Keisersnitt/tangforløsning/vakuumforløsning | 25 | 47 |
| Ikke sett og hørt                           | 16 | 30 |
| Mange mennesker på fødestuen                | 14 | 26 |
| Rift                                        | 11 | 21 |
| Annet*                                      | 7  | 13 |

Kvinnene kunne oppgi flere årsaker

\* Feilvurdering, teknisk utstyr i ustand, fødsel ikke som forventet

Antall samtaler varierte fra 1 til 5, med et gjennomsnitt på 2. Evaluering av tilbudet presenteres i tabell 3.

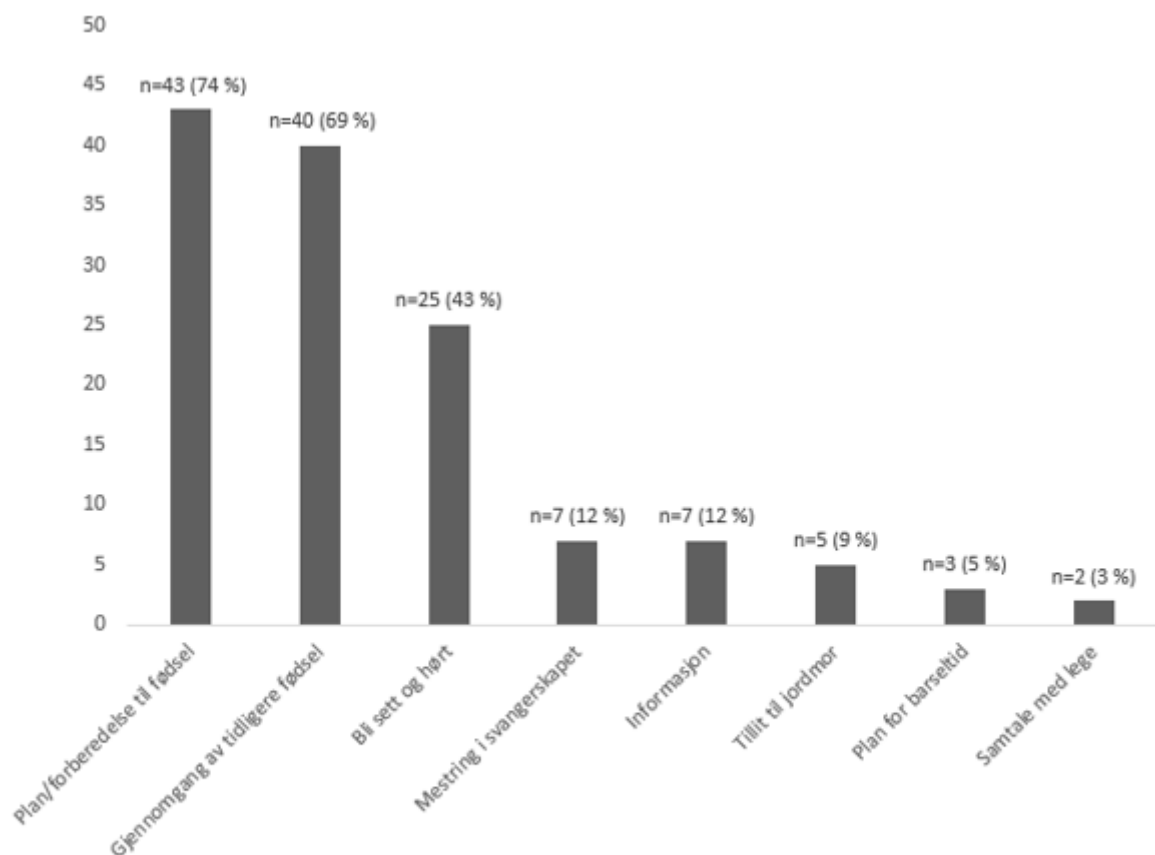
**Tabell 3** Tilfredshet med samtaletilbudet (N=58)

|                                                                            | n  | %  |
|----------------------------------------------------------------------------|----|----|
| <b>Var du fornøyd med tilbudet om samtale?</b>                             |    |    |
| Veldig mye/ganske mye                                                      | 46 | 79 |
| En del/litt                                                                | 8  | 14 |
| Ikke i det hele tatt                                                       | 4  | 7  |
| <b>Fikk du tilstrekkelig med tid i samtalen?</b>                           |    |    |
| Veldig mye/ganske mye                                                      | 54 | 93 |
| En del/litt                                                                | 4  | 7  |
| Ikke i det hele tatt                                                       | 0  | 0  |
| <b>Hvor stort var ditt fortellerbehov?</b>                                 |    |    |
| Veldig mye/ganske mye                                                      | 47 | 81 |
| En del/litt                                                                | 10 | 17 |
| Ikke i det hele tatt                                                       | 1  | 2  |
| <b>Hadde du tillit til jordmors faglige dyktighet?</b>                     |    |    |
| Veldig mye/ganske mye                                                      | 51 | 88 |
| En del/litt                                                                | 6  | 10 |
| Ikke i det hele tatt                                                       | 1  | 2  |
| <b>Fikk du bearbeidet tidligere traumatisk fødselsopplevelse? (n=53) *</b> |    |    |
| Veldig mye/ganske mye                                                      | 34 | 58 |
| En del/litt                                                                | 16 | 28 |
| Ikke i det hele tatt                                                       | 3  | 5  |

\*n=5 (9 %) opplevde ikke fødselen traumatisk

74 % ønsket gjennomgang av tidligere fødsel og plan/samtale for forestående fødsel. 17 % ønsket avtale om planlagt keisersnitt og 7 % ønsket avtale om induksjon. Halvparten av de som ønsket planlagt keisersnitt, ble forløst med planlagt keisersnitt. Kvinnene kunne med egne ord beskrive andre ønsker enn oppgitte alternativer, men ingen oppgav andre ønsker.

Kvinnene beskrev med egne ord flere nyttige faktorer med samtalen. Teksten ble kodet i 8 grupper (figur 2).



**Figur 2** Nyttige faktorer ved samtalen

Ved andre fødsel hadde 69 % normal fødsel, 7 % hadde en operativ forløsning, 9 % hadde akutt keisersnitt, 14 % hadde planlagt keisersnitt og 2 % hadde vaginal tvillingfødsel.

Kvinnene skulle med egne ord beskrive faktorer som virket inn på fødselsopplevelsen. Teksten ble kodet og delt i positive og negative faktorer (tabell 4).

**Tabell 4** Faktorer kvinnene oppgav som påvirket fødselsopplevelsen andre gang (N=58)

|                                   | n  | %  |
|-----------------------------------|----|----|
| <b>Positive faktorer</b>          |    |    |
| Forberedelse/trygghet/kontroll    | 25 | 43 |
| Plan ble lest og fulgt            | 23 | 40 |
| Tilstedeværelse av dyktig jordmor | 21 | 36 |
| Normal fødsel                     | 17 | 29 |
| Ble sett og hørt                  | 16 | 28 |
| Smertelindring                    | 8  | 14 |
| God oppfølging på barsel          | 3  | 5  |
| Ledsager                          | 3  | 5  |
| Tillit til lege                   | 3  | 5  |
| Planlagt keisersnitt              | 2  | 3  |
| <b>Negative faktorer</b>          |    |    |
| Ble ikke sett og hørt             | 5  | 9  |
| Akutt keisersnitt                 | 4  | 7  |
| Lite tilstedeværelse av jordmor   | 3  | 5  |
| Dårlig barn                       | 2  | 3  |
| Dårlig oppfølging på barsel       | 2  | 3  |

Kvinnene kunne oppgi flere årsaker

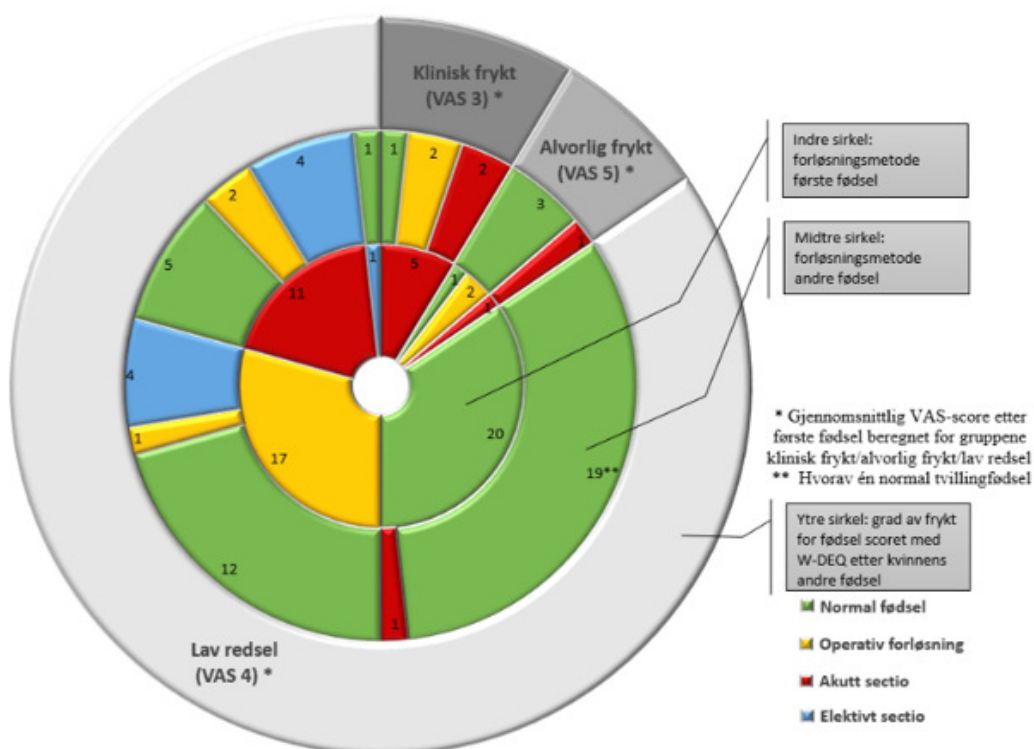
59 % opplevde fødselen «fantastisk», mens 41 % opplevde fødselen «ikke fantastisk». Ved spørsmål om hvordan de ønsker å føde ved en eventuelt tredje fødsel ønsker 62 % vaginal fødsel, 14 % var usikre og 24 % ønsket planlagt keisersnitt.

9 % hadde klinisk frykt for fødsel etter andre fødsel (W-DEQ score over 100). 7 prosent hadde alvorlig redsel for fødsel etter andre fødsel (W-DEQ score 85-100). I gruppen med

klinisk frykt og alvorlig redsel for fødsel var det bare én kvinne som ønsket å føde vaginalt ved en eventuelt tredje fødsel, resten var usikre eller ønsket planlagt keisersnitt.

84 % hadde lav redsel for fødsel etter andre fødsel (W-DEQ score 0-84). I denne gruppen ønsket 72 % å føde vaginalt, resten var usikre eller ønsket planlagt keisersnitt.

Forløsningsmetode og traumatisk fødselsopplevelse målt ved hjelp av VAS ved første fødsel, samt forløsningsmetode og grad av redsel etter andre fødsel er presentert i figur 3.



**Figur 3** Grad av frykt for fødsel etter andre fødsel for kvinner med traumatisk opplevelse av første fødsel  
 Viser forløsningsmetode ved første og andre fødsel (N=58)

## Diskusjon

I denne studien stilte vi spørsmål til hva kvinnene ønsket for samtalen, hva som var nyttig og hvilke faktorer som virket inn på fødselsopplevelsen. I tillegg stilte vi spørsmål om hvordan de opplevde fødselen, og hvilken grad av redsel de hadde etter andre fødsel.

Kvinnene i denne studien var meget fornøyd med samtaletilbudet, og det samsvarer med andre studier (17, 34, 40, 49, 50). Et hovedfunn var at 74 % ønsket gjennomgang av tidligere fødsel og plan for forestående, noe som samsvarer med det kvinnene beskrev som nyttige faktorer med samtalen. En studie viser at det er viktig å akseptere og arbeide med den enkelte kvinnes forutsetninger, gi dem støtte i deres følelser og fylle inn «manglende biter i puslespillet» ved å gå igjennom fødselen. Med en plan for fødsel kan kvinner akseptere en større grad av usikkerhet (6). Ønsket om plan for fødsel bekreftes i en annen norsk studie (34), og kan være til hjelp for kvinner med FOC (22). Kvinnene i vår studie beskrev det i tillegg som nyttig å bli sett og hørt. Å bli sett og hørt i samtale med jordmor kan styrke mestringsfølelsen. På den måten kan hun i større grad glede seg over svangerskapet, og forberede seg til fødselen (17).

I vår studie var forberedelse, trygghet og kontroll, plan som ble fulgt og lest av helsepersonell samt tilstedeværelse av dyktig jordmor faktorer kvinnene mente virket positivt inn på fødselsopplevelsen. Det kan tenkes at dette er faktorer som henger sammen, da kvinner med FOC har behov for individuell omsorg og forberedelse (51), noe som ofte presiseres i en plan for fødselen. En norsk studie påpeker at en plan for fødsel er viktig for trygghet (34) og en annen studie påpeker at trygghet er essensielt for fødselsopplevelsen (20). Å forberede en kvinne med FOC til fødselen er en sentral rolle for jordmor (51), og funnene i vår studie tyder på at forberedelse var en faktor som virket positivt inn på fødselsopplevelsen. En studie påpeker at en tilstedeværende og dyktig jordmor gjør det lettere for kvinnen å stole på seg selv og egen kropp, og slippe noe av kontrollen (22). I en kvalitativ studie beskriver kvinnene fødselen som en uunngåelig situasjon som krever kontroll på den ene side, og å kunne gi fra seg kontroll på den andre side. Jordmors støtte under fødselen er essensielt for at kvinnene skal kunne mestre dette (22). Det er derfor tenkelig at det er en sammenheng mellom tilstedeværelse av jordmor og kvinnens kontroll. Kvinnene i vår studie oppgav i tillegg det å føde normalt etter tidligere traumatisk fødsel som en faktor som virket inn på

fødselsopplevelsen. Andre studier påpeker at dette kan ha en helbredende effekt (58, 59). Noen kvinner i vår studie oppgav negative faktorer som påvirket fødselsopplevelsen. Det var i hovedsak det å ikke bli sett og hørt, noe flere studier bekrefter (1, 18, 21, 22). I tillegg oppgav de akutt keisersnitt som en negativ faktor, noe også flere studier bekrefter (1, 4, 9, 15, 21, 26-29). Operative forløsninger og akutte keisersnitt er forbundet med hyppigere negative reaksjoner etter fødsel, sammenliknet med det å føde normalt eller ved planlagt keisersnitt (29).

Vi er ikke kjent med at det finnes noe validert instrument som måler helhetlig fødselsopplevelse (60). Kvalitative metoder som går i dybden på dette spørsmålet vil derfor være å foretrekke. For å besvare spørsmålet om hvordan de opplevde andre fødsel ble derfor ett enkelt spørsmål fra W-DEQ B benyttet. 59 % beskrev en «fantastisk» fødselsopplevelse andre gang. 62 % ønsket vaginal fødsel ved en eventuelt tredje fødsel, mens de resterende var usikre eller ønsket planlagt keisersnitt. Dette tyder på at det er sammenheng mellom fødselsopplevelse og ønsket forløsningsmetode i neste svangerskap. Kvinner med traumatiske fødselsopplevelser og redsel for fødsel ønsker oftere planlagt keisersnitt (26, 38, 61). Vi kan ikke sammenlikne første og andre fødsel i forhold til om kvinnene opplevde den traumatisk eller ikke. Kvinnene har gradert første fødsel som traumatisk/ikke traumatisk ved hjelp av VAS. Kvinnene fikk ikke mulighet til dette etter andre fødsel. I ettertid ser vi at dette er en svakhet ved vår studie. En visuell analog skala er raskere og lettere både å bruke og å evaluere enn instrumentet W-DEQ. W-DEQ er derimot mer spesifikt, og er nyttig når redsel for fødsel skal kartlegges (16).

Alvorlig redsel for å føde blir ofte aldri diagnostisert (47). Vi valgte derfor å kartlegge grad av redsel etter andre fødsel, fremfor bare å se på opplevelsen. De fleste kvinnene i denne studien hadde lav W-DEQ score etter andre fødsel. Dette kan ikke overføres til en positiv fødselsopplevelse (53, 60). Kvinnene med lav W-DEQ score hadde i gjennomsnitt en VAS på 4 etter første fødsel, og en høy andel av disse kvinnene fødte normalt første gang. Lav W-DEQ score etter andre fødsel hadde ingen sammenheng med forløsningsmetode. En kvalitativ studie påpeker at til tross for operativ forløsning og keisersnitt kan kvinner sitte igjen med en opplevelse av at hun har gjort det hun kunne. En traumatisk fødselsopplevelse etterfulgt av en positiv fødselsopplevelse gjør at kvinnen kan forsone seg med den tidligere fødselen (6).

De fleste kvinnene med lav W-DEQ score etter andre fødsel foretrakk å føde vaginalt på nytt. Samtaleoppfølging gjennom svangerskapet kan hjelpe kvinner til å finne måter å mestre fødselen på, uavhengig av fødselsmåte, sammenliknet med de som ikke hadde samtaleoppfølging (62). Alle kvinnene i studien med klinisk frykt for fødsel etter andre fødsel, hadde akutt keisersnitt første gang. Kvinner med alvorlig redsel for fødsel hadde normal fødsel, akutt keisersnitt og operativ forløsning første gang. Kvinner med tidligere akutt keisersnitt hadde en høyere W-DEQ score, sammenlignet med kvinner med en tidligere vaginal fødsel, noe som samsvarer med våre funn (63). Kvinner med tidligere instrumentell forløsning var mer redd for fødsel sammenliknet med flergangsfødende som ikke hadde erfart instrumentell forløsning (63). Av kvinnene med alvorlig redsel og klinisk frykt i vår studie ønsket alle, bortsett fra én kvinne, planlagt keisersnitt, eller var usikker på ønsket forløsningsmetode i et nytt svangerskap. Ønske om planlagt keisersnitt er assosiert med FOC, kvinnene som ønsket planlagt keisersnitt hadde høyere score både på VAS og W-DEQ (16).

Våre resultater tyder på at høyere W-DEQ score øker sannsynligheten for at kvinnene ønsker planlagt keisersnitt i neste svangerskap. Med bakgrunn i vår studie mener vi at å kartlegge kvinner etter fødsel er viktig. Kvinner med alvorlig eller klinisk frykt vil kunne få tilbud om oppfølging etter fødsel, og i et nytt svangerskap.

## Konklusjon og implikasjon for praksis

Vi kan ikke komme med en klar konklusjon. Dette fordi studien er for avgrenset og har en begrensning i forhold til lav svarprosent. Dog ser vi at våre funn samsvarer med andre studier.

Gjennomgang av tidligere fødsel, og å ha en plan for forestående fødsel var det flest kvinner ønsket for samtalen. Dette samsvarte med det de fleste beskrev som nyttig ved samtalen, i tillegg til å bli sett og hørt. Faktorer som virket positivt inn på fødselsopplevelsen var forberedelse, trygghet, kontroll, å ha en plan som ble lest og fulgt, samt å ha en tilstedeværende og dyktig jordmor. Negative faktorer var å ikke bli sett og hørt, samt keisersnittforløsning. Over halvparten av kvinnene opplevde fødselen «fantastisk». Flest kvinner hadde lav redsel for fødsel etter andre fødsel, men grad av redsel var uavhengig av forløsningsmetode. Vi kan derfor ikke konkludere med at en forløsningsmetode gir mer risiko for FOC enn andre. Det handler om kvinnens subjektive fødselsopplevelse.

På bakgrunn av våre funn mener vi det vil være interessant å kartlegge alle kvinner for FOC etter fødsel, og vurdere om de med alvorlig og klinisk frykt bør få tilbud om oppfølging etter fødsel og i eventuelt neste svangerskap.

## Referanser

1. Nilsson C, Bondas T, Lundgren I. Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2010;39(3):298-309.
2. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Library*. 2013.
3. Nelson AM. Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2003;32(4):465-77.
4. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*. 2004;31(1):17-27.
5. Downe S, McCourt C. From being to becoming: reconstructing childbirth. *Normal childbirth: Evidence and debate*. 2008:3.
6. Thomson GM, Downe S. Changing the future to change the past: women's experiences of a positive birth following a traumatic birth experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2010;28(1):102-12.
7. Garthus-Niegel S, von Soest T, Vollrath ME, Eberhard-Gran M. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Archives of women's mental health*. 2013;16(1):1-10.
8. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*. 2000;27(2):104-11.
9. Soet JE, Brack GA, DiIorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*. 2003;30(1):36-46.
10. Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth*. 2005;32(1):11-9.
11. Slade P. Towards a conceptual framework for understanding post-traumatic stress symptoms following childbirth and implications for further research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2006;27(2):99-105.
12. Halvorsen L, Nerum H, Oian P, Sorlie T. Er det sammenheng mellom psykiske belastninger og ønske om keisersnitt? *Tidsskrift for den Norske legeforening*. 2008;128(12):1388.

13. Ryding EL, Wijma B, Wijma K. Posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 1997;76(9):856-61.
14. Eberhard-Gran M. Vi vet for lite om fødselsangst. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128. 2008;1378:13.
15. Wijma K, Söderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *Journal of anxiety disorders*. 1997;11(6):587-97.
16. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2009;116(1):67-73.
17. Ryding EL, Persson A, Onell C, Kvist L. An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2003;82(1):10-7.
18. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*. 2010;66(10):2142-53.
19. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Adams SS, Vangen S, Eberhard-Gran M. Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2015;15(1):1.
20. Soderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2002;23(1):31-9.
21. Baston H, Rijnders M, Green JM, Buitendijk S. Looking back on birth three years later: Factors associated with a negative appraisal in England and in the Netherlands. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2008;26(4):323-39.
22. Lundgren I. Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery*. 2005;21(4):346-54.
23. Wijma K. Review of the phenomenon and occurrence of fear of childbirth (FOC) and its sequelae. A proposal for the study of FOC by Cognitive Behavioural Therapy. Linköping, Sweden: Intern report Unit of Medical Psychology, Department of Experimental and Clinical and Experimental Medicine, Linköping University, Linköping, Sweden. 2009.
24. Leap N, Hunter B. *Supporting Women for Labour and Birth: A Thoughtful Guide*: Routledge; 2016.

25. Garthus-Niegel S, Knoph C, Soest T, Nielsen CS, Eberhard-Gran M. The role of labor pain and overall birth experience in the development of posttraumatic stress symptoms: a longitudinal cohort study. *Birth*. 2014;41(1):108-15.
26. Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmäki E. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstetrics & Gynecology*. 1999;94(5, Part 1):679-82.
27. Storksen HT, EBERHARD-GRAN M, GARTHUS-NIEGEL S, Eskild A. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2012;91(2):237-42.
28. Söderquist J, Wijma B, Wijma K. The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2006;27(2):113-9.
29. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1998;19(3):135-44.
30. O'Donovan A, Alcorn KL, Patrick JC, Creedy DK, Dawe S, Devilly GJ. Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery*. 2014;30(8):935-41.
31. Carlsson M, Ziegert K, Nissen E. The relationship between childbirth self-efficacy and aspects of well-being, birth interventions and birth outcomes. *Midwifery*. 2015;31(10):1000-7.
32. Ayers S. Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2004;47(3):552-67.
33. Olde E, van der Hart O, Kleber R, Van Son M. Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clinical psychology review*. 2006;26(1):1-16.
34. Lyberg A, Severinsson E. Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care—a follow-up study. *Journal of nursing management*. 2010;18(4):383-90.
35. Fenech G, Thomson G. Tormented by ghosts from their past': A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*. 2014;30(2):185-93 9p.
36. Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*. 2001;28(2):111-8.
37. Bastos MH, Furuta M, Small R, McKenzie-McHarg K, Bick D. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;4.

38. Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C, Waldenström U. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2002;109(6):618-23.
39. Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J. Patient choice cesarean: an evidence-based review. *Obstetrical & gynecological survey*. 2004;59(8):601-16.
40. 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(3):221-8.
41. Gottvall K, Waldenström U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2002;109(3):254-60.
42. Larsson C, Saltvedt S, Edman G, Wiklund I, Andolf E. Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2011;2(2):83-9.
43. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecologic and Obstetric Investigation*. 1981;12(5):262-6.
44. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 1993;72(4):280-5.
45. Sjögren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1997;18(4):266-72.
46. Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre-and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*. 2001;30(2):75-84.
47. Klabbers GA, van Bakel HJ, van den Heuvel M, Vingerhoets AJ. Severe fear of childbirth: Its features, assesment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psihologijske teme*. 2016;25(1):107-27.
48. Hanna-Leena Melender R. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*. 2002;29(2):101-11.
49. Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*. 2009;25(2):e1-e9.
50. Larsson B, Karlström A, Rubertsson C, Hildingsson I. The effects of counseling on fear of childbirth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2015;94(6):629-36.
51. Salomonsson B, Wijma K, Alehagen S. Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*. 2010;26(3):327-37.

52. Gamble J, Creedy DK. A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery*. 2009;25(2):e21-e30.
53. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1998;19(2):84-97.
54. Garthus-Niegel S, Størksen HT, Torgersen L, Von Soest T, Eberhard-Gran M. The Wijma Delivery Expectancy/Experience questionnaire—a factor analytic study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2011;32(3):160-3.
55. Alehagen S, Wijma B, Wijma K. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2006;85(1):56-62.
56. Korukcu O, Bulut O, Kukulu K. Psychometric Evaluation of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version B. *Health care for women international*. 2016;37(5):550-67.
57. Halvorsen L, Nerum H. Psykiske belastninger ved svangerskap og fødsel-med fokus på fødselsangst, ønske om keisersnitt og tidligere seksuelle overgrep. 2013.
58. Fenwick J, Gamble J, Mawson J. Women's experiences of Caesarean section and vaginal birth after Caesarian: A Birthrites initiative. *International journal of nursing practice*. 2003;9(1):10-7.
59. Milan M. Childbirth as healing: three women's experience of independent midwife care. *Complementary therapies in Nursing and midwifery*. 2003;9(3):140-6.
60. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2013;92(3):318-24.
61. Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2008;115(3):324-31.
62. Waldenström U, Hildingsson I, Ryding E-L. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2006;113(6):638-46.
63. 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 obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2009;88(7):807-13.

## Vedlegg 2



## SØKESTRATEGI

Når vi utarbeidet problemstilling, satt vi den inn i ett PICO skjema, for å kunne se hva slags spørsmål det var, og for å finne søkeord for å starte litteratur søk.

### Følgende søkeord ble benyttet i forhold til artikkelen:

Survey, negative birth experience, traumatic birth, birth trauma, fear of childbirth, FOC, W-DEQ, VAS, counselling, Vi fant først norske søkeord, og oversatt så de til engelsk ved hjelp av google translate, og fant da også ord som var i samme kategori, som gav samme mening.

Etter hvert som vi fikk analysert eget materiale og jobbet med artikkelen ut fra vår problemstilling og våre forskningsspørsmål, kom det frem nye perspektiver som vi ønsket å belyse i fordypningsdelen. Det var da nødvendig å gjøre nye søk med nye søkeord.

**Følgende søkeord ble da benyttet:** Caesarean section, Maternal request, Postpartum debriefing, Vaginal birth, Normal birth, Women`s views.

**Alle søkeordene er satt inn i et PICO skjema.**

PICO: Problemstilling ↔ søkebegreper



| Problem:<br>Traumatisk<br>fødselsopplevelse                  | Intervention /<br>Exposure<br>Samtale                                             | Comparison                    | Outcome<br>Ønsker, nytte,<br>fødselsopplevels,<br>redsel for fødsel                      |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Negative birth experience<br>Traumatic birth<br>Birth trauma | Counselling<br><br>Caesarean section<br>Maternal request<br>Postpartum debriefing | Vaginal birth<br>Normal birth | Birth experience<br>Fear of childbirth<br>FOC<br>W-DEQ B<br>VAS<br>PTSD<br>Women`s views |

AND

Det første vi gjorde når vi startet søk var å søke etter retningslinjer og anbefalinger. Vi brukte følgende sider: Helsedirektoratet, Helsebiblioteket, Kunnskapssenteret og Senter for kunnskapsbasert praksis, og Veileder i fødselshjelp. Det var også her vi blant annet søkte etter validerte spørreskjema for studien vår.

### **Vi har søkt i følgende databaser etter litteratur:**

Cochrane, Cinahl, Medline, PubMed, Midwifery and Infant care.

Vi har brukt ORIA, bibliotekets søker base, for å finne både artikler og fagbøker. Det var ingen bøker som omhandlet kvantitativ metode på pensumlisten, dette måtte vi søke etter selv, men fikk noen gode tips på veien, både via undervisning og vår veileder. Det var viktig for oss å søke etter både kvantitative og kvalitative artikler, da vår problemstilling kunne dekkes av begge tilnærminger.

Ved gjennomgang av artikler har vi brukt sjekkliste, vi synes og det var greit å bruke sjekkliste i utarbeidelsen av vår egen artikkel.

Vi var tidlig i prosessen i kontakt med Klaas Wijma, som er en av to forfattere av W-DEQ B, som er det validerte verktøyet vi har brukt. Han sendte oss en liste over artikler som kunne være aktuelle for oss og vår problemstilling, det var til stor hjelp.

## **Vedlegg 3**



---

|                |                       |                 |                    |                         |
|----------------|-----------------------|-----------------|--------------------|-------------------------|
| <b>Region:</b> | <b>Saksbehandler:</b> | <b>Telefon:</b> | <b>Vår dato:</b>   | <b>Vår referanse:</b>   |
| REK vest       | Arne Salbu            | 55978498        | 22.06.2016         | 2016/822/REK vest       |
|                |                       |                 | <b>Deres dato:</b> | <b>Deres referanse:</b> |
|                |                       |                 | 03.05.2016         |                         |

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Vigdis Aasheim  
Høgskolen i Sørøst-Norge/Høgskolen i Bergen

## 2016/822 Master i jordmorfag

**Forskningsansvarlig:** Høgskolen i Sør-øst Norge  
**Prosjektleder:** Vigdis Aasheim

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 02.06.2016. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

### Prosjektomtale

*I dette prosjektet ønsker maan å få mer kunnskap om samtale som intervensjon til gravide kvinner med tidligere traumatisk fødselsopplevelse. Man skal bruke en kvantitativ tilnærming med surveymetode med bruk av spørreskjema til kvinner som har vært til samtale ved samtalepoliklinikken på Kvinneklinikken i Bergen. Prosjektet tar opp følgende problemstillinger: Hvordan opplever kvinnen svangerskapet og fødselen etter samtale med jordmor i svangerskapet? Med fokus på tidligere traumatisk fødselsopplevelse.*

### Vurdering

Dette er en søknad det hefter seg flere spørsmål og merknader til.

#### Tittel på søknaden

Tittel på søknad er «Master i jordmorfag». Denne tittelen ser mer ut som en tittel på et fagtilbud heller enn en prosjektittel. REK vest mener tittel ikke er dekkende for søknadens innhold.

Den vedlagte forskningsprotokollen har ikke noen tittel i det hele tatt.

På forespørselen til deltakerne står det: *Flergangsfødende som har vært til samtale med jordmor ved samtalepoliklinikk før fødsel.* Her angis altså hvem prosjektet gjelder, men ikke hva prosjektet går ut på.

Som vilkår for godkjenning, må REK få tilsendt revidert tittel på prosjektet.

#### Formaliteter

Søknad er sendt inn fra Høgskolen i Bergen. De to studentene kommer imidlertid fra Høgskolen i Sørøst-Norge og på forespørsel til deltakerne har man brukt logoen til Høgskolen i Sørøst-Norge. Forskningsansvarlig opplyses å være Høgskolen i Sørøst-Norge, og prosjektleder Aasheim ser ut til å være tilknyttet begge institusjonene. REK vest mener at denne søknaden må utgå fra Høgskolen i Sørøst-Norge og ikke Høgskolen i Bergen.

#### Rekruttering

Dette er en studentoppgave ved høgskolen i Sørøst-Norge, mens pasientgrunnlaget tilhører Kvinneklivnikken, Helse Bergen. De aktuelle pasientene vil få brev i posten med spørsmål om å delta. Det er ikke problematisert hvordan identifiseringen av de aktuelle pasientene skal skje. Høgskolen og dens studenter har ikke tilgang til navnelisten og det vil være brudd på taushetsreglene om Kvinneklivnikken leverte ut navnelisten. Vi har merket oss at begge studentene er ansatte som jordmødre ved Kvinneklivnikken, noe som kanskje gir dem tjenestemessig tilgang på navnelistene, men som studenter ved Høgskolen i Sørøst-Norge, har man ingen tilgang til navnelistene.

Siden dette er et prosjekt som involverer Kvinneklivnikkens pasienter, må det opprettes et samarbeid med Helse Bergen HF. For det første må Helse Bergen HF si seg villig til å delta i samarbeidet. Vi presiserer at selv om REK gir sin godkjenning, binder ikke dette Helse Bergen HF til å måtte delta. Helse Bergen HF har uansett full autonomi.

Når det gjelder rekrutteringen av deltakerne må det skje av dem som har tjenestemessig tilgang til navnelistene, dvs Kvinneklivnikken. Kvinneklivnikken må sende ut forespørselen om deltakelse på vegne av Høgskolen/studentene, og de som ønsker å delta kan tilkjenne sin identitet ved å returnere signert samtykkeerklæring til høgskolen/studentene.

Også evt purring på personer som ikke svarer, må skje fra KK. Det må skje ved at når tiden for purring er inne, må KK få en liste over dem som har svart fra høgskolen.

*Forespørselen til deltakerne* må gi informasjon om hvordan man blir rekruttert. Man må si at det er kvinneklivnikken som sender ut forespørselen på vegne av studentene/høgskolen, og man må si at ved å signere og returnere samtykkeerklæringen godtar man at de innsamlede dataene kan inngå i det aktuelle forskningsprosjektet i regi av høgskolen.

*Prosjektslutt* er 17.03.2017. Da skal datamaterialet slettes eller anonymiseres.

#### *Vilkår*

- Prosjektet må utgå fra Høgskolen i Sørøst-Norge, ikke Høgskolen i Bergen.
- Tittel på prosjektet må endres, jfr. komiteens merknader og vi må få tilsendt ny tittel.
- Det må etableres et samarbeid med Helse Bergen HF om prosjektet.
- Rekrutteringen av deltakerne må skje slik REK vest har anvist.
- Forespørselen må rettes slik REK har anvist. Revidert utkast må sendes REK vest til kontroll før den kan benyttes.

#### **Vedtak**

*REK vest godkjenner prosjektsøknad på betingelse av at ovennevnte vilkår tas til følge.*

#### *Sluttmelding og søknad om prosjektendring*

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest 17.09.2017, jf. hfl. § 12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK vest dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

#### *Klageadgang*

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Ansgar Berg  
Prof. Dr.med  
Komitéleder

Arne Salbu  
rådgiver

**Kopi til:** [vaa@hib.no](mailto:vaa@hib.no)



## **Vedlegg 4**



---

|                |                       |                 |                    |                         |
|----------------|-----------------------|-----------------|--------------------|-------------------------|
| <b>Region:</b> | <b>Saksbehandler:</b> | <b>Telefon:</b> | <b>Vår dato:</b>   | <b>Vår referanse:</b>   |
| REK vest       | Anna Stephansen       | 55978496        | 08.07.2016         | 2016/822/REK vest       |
|                |                       |                 | <b>Deres dato:</b> | <b>Deres referanse:</b> |
|                |                       |                 | 28.06.2016         |                         |

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Vigdis Aasheim  
Møllendalsveien 6

## **2016/822 Master i jordmorfag**

**Forskningsansvarlig:** Høgskolen i Sør-øst Norge

**Prosjektleder:** Vigdis Aasheim

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 28.06.2016 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av kontorleder for REK vest på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

### **Vurdering**

Det søkes om følgende prosjektendringer:

Ny prosjektmedarbeider

Endring i inklusjons- og eksklusjonskriterier

Endret tittelen på prosjektet til: Fødselsopplevelse etter samtale på samtalepoliklinikk

REK Vest har ingen merknader til forelagt endringssøknad.

### **Vedtak**

Endringen godkjennes i samsvar med forelagt søknad uten ytterligere innvendinger.

### *Klageadgang*

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Anna Stephansen  
kontorsjef

**Kopi til:** *vaa@hib.no*

## Vedlegg 5



## Forespørsel til Kvinneklubben ved Rådgivningssenteret for mor og barn om samarbeid angående forskningsprosjekt.

Vi startet på vår mastergrad i jordmorfag innpassing i januar i år. I den forbindelse hadde vi vårt tema klart. Vi har begge en stor interesse for kvinners fødselsopplevelse, og har de siste årene sett en økning av kvinner med traumatiske fødselsopplevelser. Økende mengde henvisninger til Rådgivningssenterets samtalepoliklinikk bekrefter også dette.

Vi lurer på hva som opplevdes traumatisk ved første fødsel? Hvordan fødte de? Hva var målet, og hvilke erfaringer gjør kvinnene med tidligere traumatisk fødselsopplevelse i møte med samtalepoliklinikk? Ikke minst, hvordan oppleves neste fødsel? Hvordan fødte de? Hvilke tanker og følelser kjenner de på?

Vi har søkt REK (Regional etisk komite), og fått godkjent prosjektet der. Det må gjøres et par endringer.

Den ene endringen er at vi anbefales å inngå ett samarbeid med Kvinneklubben. Et informasjonsskriv angående studien og forespørsel om å delta gjennom å underskrive samtykke, bør utgå fra Kvinneklubben, da det er i kraft av at kvinnene har vært pasienter der, at de rekrutteres. Det bør da stå i informasjonsskrivet som sendes fra kvinneklubben at det er studenter ved Høgskolen i Sør-øst Norge som vil gjennomføre studien. Se for øvrig brev fra REK for mer informasjon. Vår veileder er Vigdis Aasheim.

Informasjonsskrivet må utarbeides i samarbeid med dere. Samtykket kvinnene skal underskrive har et standardisert oppsett i regi av REK, noe også personvernombudet ved Helse Bergen skal godkjenne før det sendes. Vi har opprettet kontakt med personvernombudet, som er informert om studien.

Når samtykket er innhentet, kan vi sende våre spørreskjema til de kvinner som ønsker å delta i studien. Det gjøres da i regi av oss, og i kraft av at vi er studenter på Høgskolen i Sør-øst Norge, ikke jordmødre på kvinneklubben.

Håper dere er positiv til et samarbeid. Vi skal legge til rette som best vi kan. Vi vil tro at Kvinneklubben ved Rådgivningssenteret vil være interessert i hva vi kommer frem til.

Vi skal bruke to spørreskjema. Det ene er et spørreskjema hvor vi har hentet en del spørsmål fra en doktorgrad av Lotta Halvorsen og Hilde Nerum. Deres doktorgrad handlet om psykiske belastninger ved svangerskap og fødsel. Ikke alle av disse spørsmålene passer vår studie, så vi har laget noen spørsmål selv også. Det andre spørreskjema vi skal bruke er et validert spørreskjema som heter W-DEQ versjon B, som går på kvinners opplevelse av fødsel. Vi har fått samtykke fra forfatterne av begge spørreskjema om å bruke de.

Vedlegg:

- Prosjektplan, som vi har fått godkjent av Høgskolen
- 2 stk. spørreskjema
- Vedtak hovedsøknad fra REK

Med vennlig hilsen

Selma Vabø Tofting

Silje Grande Molvik

## Vedlegg 6





## FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

# FØDSELSOPPLEVLSE ETTER SAMTALE PÅ SAMTALEPOLIKLINIKK

Ved Kvinneklubben i Bergen sin samtalepoliklinikk registreres et økende antall henvisninger av kvinner som refererer til tidligere traumatisk fødselsopplevelse. Samtalepoliklinikken inviterer derfor deg til å delta i et forskningsprosjekt for å se på fødselsopplevelsen etter en slik samtale. Målet er å finne ut hva kvinner med tidligere traumatisk fødselsopplevelse ønsket for samtalen, hvordan de opplevde samtalene og samtidig se på sammenhengen mellom samtale som intervensjon og fødselsopplevelse etter samtale.

Alle andregangsfødende med tidligere traumatisk fødselsopplevelse som var henvist til samtalepoliklinikken i 2015 er valgt ut til å forespørres om å delta i studien. Studien er et samarbeid mellom to jordmødre som tar en mastergrad i jordmorfag ved Høgskolen i Sørøst-Norge og Rådgivningssenteret sin samtalepoliklinikk ved Kvinneklubben, Helse Bergen HF. Det er ønskelig at så mange som mulig skal ha en god fødselsopplevelse. Når en kvinne opplever en fødsel traumatisk er det noe som kan prege henne videre i livet, og ha en negativ effekt på helsen. Det kan også i stor grad prege hennes tanker og ønsker vedrørende et nytt svangerskap og fødsel.

## HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

For å delta i prosjektet må samtykke i dette informasjonsskrivet fylles ut og sendes i vedlagt frankert konvolutt til studentene som har ansvar for å gjennomføre studiet. Du vil deretter få tilsendt et spørreskjema og frankert konvolutt som skal benyttes til returnering av spørreskjema. Spørreskjemaene består av to deler. Spørreskjema del 1 inneholder spørsmål angående første fødsel og dine erfaringer med samtalen/samtalene. Spørreskjema del 2 inneholder spørsmål knyttet til fødselsopplevelsen etter samtale. Det vil ta rundt 15 minutter å besvare spørsmålene.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg ved hjelp av spørreskjema. Det er bare dine svar på spørsmålene i spørreskjemaene som registreres og analyseres.

### MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Fordelen med studiet er at det kan gi oss mer kunnskap om samtale som intervensjon til kvinner med tidligere traumatisk fødselsopplevelse. Det er viktig for å kunne optimalisere tilbudet, da dette er en økende pasientgruppe. Ulempen med studien er at deltagerne i studiet må bruke av sin tid til å besvare og returnere spørreskjemaene.

### FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du altså samtykkeerklæringen på siste side. Ved å signere og returnere samtykkeerklæringen godtar du at de innsamlede data kan inngå i forskningsprosjektet i regi av Høgskolen i Sørøst-Norge. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektmedarbeidere/studenter ved Høgskolen i Sørøst-Norge:

Selma Vabø Tofting, tlf: 900 24 586, e-post: selma.vabo.tofting@student.hbv.no

Silje Grande Molvik, tlf: 902 08 243, e-post: silje.grande.molvik@student.hbv.no

### HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Koden er nødvendig for å kunne identifisere kvinner som eventuelt ønsker å trekke seg fra studien, eller har behov for å få en purring på besvarelse av spørreskjemaene. Denne koden vil ikke være tilgjengelig for studentene, og opplysningene som hentes inn ved hjelp av spørreskjema vil oppbevares separat fra denne koden.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli slettet ved prosjektslutt 17. mars 2017.

Førsteamanuensis Vigdis Aasheim er oppnevnt prosjektleder av Høgskolen i Sørøst-Norge.

### GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, saksnummer: 2016/822 REK vest.

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

-----  
Sted og dato

-----  
Deltakers signatur

-----  
Deltakers navn med trykte bokstaver



## Vedlegg 7



Kodnr. ....

Datum ifyllt .....

**Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire  
(W-DEQ version B)**

© 2003 K. Wijma

**INSTRUKTION**

Detta formulär handlar om olika känslor och tankar kvinnor kan ha i efterhand angående förlossningen.

Svaret på varje fråga är konstruerat som en skala från 0 till 5. Ytterändarna på skalan (0 resp. 5) motsvarar de motsatta ytterligheterna av en viss känsla eller tanke.

Du svarar på varje fråga genom att sätta en ring runt den siffra som bäst motsvarar **hur Du nu tycker** att Din förlossning var.

Svara så **som Du nu tycker** att Din förlossning var - *inte som Du önskar att den skulle ha varit!*

Observera att svaren är formulerade så att ibland betyder "mycket" något mycket positivt och ibland betyder "mycket" något mycket negativt. Därför behöver Du för varje fråga tänka efter var Du skall sätta Din ring!

**När Du har fyllt i formuläret får Du gärna kontrollera att Du inte har glömt någon fråga.**

**I Hur upplevde Du Din förlossning som helhet?**

- |                      |                                                                    |                      |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 1 Oerhört fantastisk | 0            1            2            3            4            5 | Inte alls fantastisk |
| 2 Oerhört hemsk      | 0            1            2            3            4            5 | Inte alls hemsk      |

**II Hur kände Du Dig helt allmänt under förlossningen?**

- |                    |                                                                    |                    |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 3 Oerhört ensam    | 0            1            2            3            4            5 | Inte alls ensam    |
| 4 Oerhört stark    | 0            1            2            3            4            5 | Inte alls stark    |
| 5 Oerhört säker    | 0            1            2            3            4            5 | Inte alls säker    |
| 6 Oerhört rädd     | 0            1            2            3            4            5 | Inte alls rädd     |
| 7 Oerhört utlämnad | 0            1            2            3            4            5 | Inte alls utlämnad |
| 8 Oerhört svag     | 0            1            2            3            4            5 | Inte alls svag     |

## II Hur kände Du Dig helt allmänt under förlossningen?

|    |                      |                                                       |                        |
|----|----------------------|-------------------------------------------------------|------------------------|
| 9  | Oerhört trygg        | <u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> | Inte alls trygg        |
| 10 | Oerhört självständig | <u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> | Inte alls självständig |
| 11 | Oerhört uppgiven     | <u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> | Inte alls uppgiven     |
| 12 | Oerhört spänd        | <u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> | Inte alls spänd        |
| 13 | Oerhört glad         | <u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> | Inte alls glad         |
| 14 | Oerhört stolt        | <u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> | Inte alls stolt        |
| 15 | Oerhört övergiven    | <u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> | Inte alls övergiven    |
| 16 | Oerhört samlad       | <u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> | Inte alls samlad       |
| 17 | Oerhört avspänd      | <u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> | Inte alls avspänd      |
| 18 | Oerhört lycklig      | <u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> | Inte alls lycklig      |

## III Vad kände Du under förlossningen?

|    |                               |                                                       |                                      |
|----|-------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 19 | Oerhörd panik                 | <u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> | Inte alls någon panik                |
| 20 | Oerhörd hopplöshet            | <u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> | Inte alls någon hopplöshet           |
| 21 | Oerhörd längtan efter barnet  | <u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> | Inte alls någon längtan efter barnet |
| 22 | Oerhört stort självförtroende | <u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> | Inget självförtroende alls           |
| 23 | Total tillit                  | <u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> | Ingen tillit alls                    |
| 24 | Oerhörd smärta                | <u>0</u> <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> | Inte alls någon smärta               |

#### IV Vad hände när förlossningsarbetet var som intensivast?

25 Bar mig oerhört illa åt      0      1      2      3      4      5

Bar mig inte alls illa åt

26 Vågade utlämna mig helt till det som skedde i kroppen      0      1      2      3      4      5

Vågade inte alls utlämna mig till det som skedde i kroppen

27 Tappade totalt kontrollen över mig själv      0      1      2      3      4      5

Tappade inte alls kontrollen över mig själv

#### V Hur kändes det för Dig att föda fram barnet?

28 Oerhört roligt      0      1      2      3      4      5

Inte alls roligt

29 Oerhört naturligt      0      1      2      3      4      5

Inte alls naturligt

30 Oerhört självklart      0      1      2      3      4      5

Inte alls självklart

31 Oerhört farligt      0      1      2      3      4      5

Inte alls farligt

#### VI Hade Du under förlossningen tankar som t.ex. ...

32 ... tankar att det skulle kunna hända att barnet dog under förlossningen?

Aldrig      0      1      2      3      4      5

Mycket ofta

33 ... tankar att det skulle kunna hända att barnet skadades under förlossningen?

Aldrig      0      1      2      3      4      5

Mycket ofta

**Skulle Du nu vilja kontrollera att Du inte har glömt någon fråga?**



## Vedlegg 8



**Fra:** "Klaas Wijma" <[klaas.wijma@liu.se](mailto:klaas.wijma@liu.se)>

**Til:** "[siljegrande@hotmail.com](mailto:siljegrande@hotmail.com)" <[siljegrande@hotmail.com](mailto:siljegrande@hotmail.com)>

**Emne:** w-deq

Hej

Det finns ännu ingen översättning av W-DEQ vers B till norska.

Det kan du göra lätt om du följer W-DEQ A versionen. Se den svenska ursprungstext.

Kan vi göra så att ni översätter W-DEQ B till norska och skickar en version till mig?

Du har redan en W-DEQ A men tittar i bilagan i den svenska texten.

Hör av dig när du är klar och skicka då också din översättning.

Här kommer i bilagan svenska versionen.

Här nedan kommer tillståndet:

Dear Colleague,

**NOTICE: In case of the W-DEQ, proceed from the English version in the attachment, NOT the version from 1998!**

Here comes the permission:

“Herewith I offer you permission to use the following questionnaire(s):

W-DEQ vers. A: Wijma Delivery Expectancy-Experience Questionnaire, measuring

**Fear of Childbirth** before delivery

W-DEQ vers. B: Wijma Delivery Expectancy-Experience Questionnaire, measuring

**Fear of Childbirth** after delivery

in your project as described in this E-mail letter below.

Conditions are (1) that you refer to the scale(s) in your publications whenever you mention data based on it(them), (2) that you send me copies of such publications, (3) that, in case of a translation, you send me a copy of the translation of the questionnaire(s) both as a Word-file and as a pdf-file.

W-DEQ, DFS and SFOC measure “fear of childbirth” and its measurement **SHOULD** be referred to as that and **NOT**, as some researchers, probably unfamiliar with psychometrics, have done as “childbirth experience”, “appraisal” etc. Terms like “childbirth experience”, “appraisal” etc. are psychometrically nonsense when you use these instruments, validated for the field of anxiety and fear. This is described into detail e.g. in Wijma et al. (1998).

Psychometric aspects of the W-DEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 19, 84-97.

NOTICE that the permission of these questionnaires regards the use in a separate format and NOT imbedded in a booklet with other texts. In case of a translation, you should follow the lay-out of the original English or Swedish version.

NOTICE that the copy right remains by me even in case of a translation.

The W-DEQ references are:

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

The TES references is:

Wijma, K., Söderquist, J., Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth. A cross sectional study. Journal of Anxiety Disorders, 11, 587-597.

The DFS reference is:

Wijma, K., Alehagen, S., Wijma, B. (2002). The development of the Delivery Fear Questionnaire. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 23, 97-108.  
„

It would be interesting to keep up with information about the progress of your research.

Please don't hesitate to contact me in case of any questions.

---

Kind regards,

Klaas Wijma, PhD, Senior Professor

Unit of Medical Psychology

Department of Clinical and Experimental Medicine

Faculty of Medicine and Health Sciences

Linköping University

S-58183 Linköping, Sweden

Tel. +46 13 28 46 67

Mob. +46 732 713067

E-mail [klaas.wijma@liu.se](mailto:klaas.wijma@liu.se)

Web site <http://www.hu.liu.se/ike/forskare-vid-ike/wijma-klaas?l=sv>

Board of Fellows ISPOG ( <http://www.ispog.org/> )

Den 2016-06-18 23:05 skrev Silje Grande Molvik <[siljegrande@hotmail.com](mailto:siljegrande@hotmail.com)>:  
Hei.

Vi er to jordmødre som jobber ved Haukeland universitetssykehus i Norge.  
I januar i år begynte vi på Høgskolen i Sør-øst Norge, for å ta master i jordmorfag.

I den forbindelse skal vi gjøre en kvantitativ survey, med spørreskjema ang. fødselsopplevelse.

Vi skal sende spørreskjema til alle 2. gangsfødende som i 2015 var til samtale på vår poliklinikk pga tidl. traumatisk fødselsopplevelse, som forberedelse til ny fødsel.

Vi lurer da på hvordan de opplevde sin andre fødsel?

Vi ønsker da å kunne bruke Deres spørreskjema, funnet svensk versjon, men for at vi skal kunne sende dette ut må det oversettes til norsk.

Ber herved om tillatelse til å bruke en norsk oversettelse av W-DEQ versjon B.

Håper på snarlig og positiv tilbakemelding.

Mvh Silje Grande Molvik og Selma Vabø Tofting



## Vedlegg 9



## SPØRRESKJEMA DEL 2 – SPØRSMÅL ANGÅENDE DIN ANDRE FØDSEL

### Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire

(W-DEQ version B)

#### INSTRUKSJON

Dette spørreskjemaet handler om forskjellige følelser og tanker kvinner kan ha i ettertid av sin fødsel.

Svaret på spørsmålene er konstruert på en skala fra 0 til 5. De ytre ender av skalaen (0 og 5) svarer til de motstående ytterpunkter av en spesiell følelse eller tanke.

Du svarer på spørsmålene gjennom å sette ring rundt det tall som passer best hvordan din fødsel var.

Svar på hvordan du synes din fødsel var – ikke hvordan du skulle ønske at den hadde vært!

Vær oppmerksom på at svarene er formulert slik at noen ganger betyr «svært» noe veldig positivt og noen ganger betyr «svært» noe veldig negativt. Derfor trenger du for hvert spørsmål å tenke deg om hvor du skal sette din ring.

Når du har fylt ut skjemaet er det fint hvis du kontrollerer at du ikke har glemt noen spørsmål.

#### I Hvordan opplevde du din fødsel som helhet?

- |   |                      |                                      |                                    |
|---|----------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| 1 | Svært<br>Fantastisk  | 0      1      2      3      4      5 | Ikke fantastisk<br>i det heletatt  |
| 2 | Svært<br>forferdelig | 0      1      2      3      4      5 | Ikke forferdelig<br>i det heletatt |

#### II Hvordan følte du deg generelt under fødselen?

- |   |                |                                      |                              |
|---|----------------|--------------------------------------|------------------------------|
| 3 | Svært<br>alene | 0      1      2      3      4      5 | Ikke alene<br>i det heletatt |
| 4 | Svært<br>sterk | 0      1      2      3      4      5 | Ikke sterk<br>i det heletatt |

|   |                 |                                        |                               |
|---|-----------------|----------------------------------------|-------------------------------|
| 5 | Svært<br>sikker | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ikke sikker<br>i det heletatt |
|---|-----------------|----------------------------------------|-------------------------------|

## II Hvordan følte du deg generelt under fødselen?

|   |               |                                        |                             |
|---|---------------|----------------------------------------|-----------------------------|
| 6 | Svært<br>redd | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ikke redd<br>i det heletatt |
|---|---------------|----------------------------------------|-----------------------------|

|   |                  |                                        |                                |
|---|------------------|----------------------------------------|--------------------------------|
| 7 | Svært<br>forlatt | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ikke forlatt<br>i det heletatt |
|---|------------------|----------------------------------------|--------------------------------|

|   |               |                                        |                             |
|---|---------------|----------------------------------------|-----------------------------|
| 8 | Svært<br>svak | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ikke svak<br>i det heletatt |
|---|---------------|----------------------------------------|-----------------------------|

|   |                |                                        |                              |
|---|----------------|----------------------------------------|------------------------------|
| 9 | Svært<br>trygg | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ikke trygg<br>i det heletatt |
|---|----------------|----------------------------------------|------------------------------|

|    |                      |                                        |                                    |
|----|----------------------|----------------------------------------|------------------------------------|
| 10 | Svært<br>selvstendig | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ikke selvstendig<br>i det heletatt |
|----|----------------------|----------------------------------------|------------------------------------|

|    |                  |                                        |                                |
|----|------------------|----------------------------------------|--------------------------------|
| 11 | Svært<br>oppgitt | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ikke oppgitt<br>i det heletatt |
|----|------------------|----------------------------------------|--------------------------------|

|    |                  |                                        |                                |
|----|------------------|----------------------------------------|--------------------------------|
| 12 | Svært<br>anspent | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ikke anspent<br>i det heletatt |
|----|------------------|----------------------------------------|--------------------------------|

|    |               |                                        |                             |
|----|---------------|----------------------------------------|-----------------------------|
| 13 | Svært<br>glad | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ikke glad<br>i det heletatt |
|----|---------------|----------------------------------------|-----------------------------|

|    |                |                                        |                              |
|----|----------------|----------------------------------------|------------------------------|
| 14 | Svært<br>stolt | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ikke stolt<br>i det heletatt |
|----|----------------|----------------------------------------|------------------------------|

|    |                  |                                        |                                |
|----|------------------|----------------------------------------|--------------------------------|
| 15 | Svært<br>sviktet | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ikke sviktet<br>i det heletatt |
|----|------------------|----------------------------------------|--------------------------------|

|    |                 |                                        |                               |
|----|-----------------|----------------------------------------|-------------------------------|
| 16 | Svært<br>fattet | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ikke fattet<br>i det heletatt |
|----|-----------------|----------------------------------------|-------------------------------|

|    |                    |                                        |                                  |
|----|--------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| 17 | Svært<br>avslappet | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ikke avslappet<br>i det heletatt |
|----|--------------------|----------------------------------------|----------------------------------|

|    |                   |                                        |                                 |
|----|-------------------|----------------------------------------|---------------------------------|
| 18 | Svært<br>lykkelig | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ikke lykkelig<br>i det heletatt |
|----|-------------------|----------------------------------------|---------------------------------|

### III Hva følte du under fødselen?

|    |                                 |                                        |                                          |
|----|---------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|
| 19 | Svært stor panikk               | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ikke panikk i det heletatt               |
| 20 | Svært stor håpløshet            | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ikke håpløshet i det heletatt            |
| 21 | Svært stor lengsel etter barnet | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ikke lengsel etter barnet i det heletatt |
| 22 | Svært stor selvtillit           | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ikke selvtillit i det heletatt           |
| 23 | Total tillit                    | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ingen tillit i det heletatt              |
| 24 | Svært stor smerte               | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ingen smerte i det heletatt              |

### IV Hva skjedde når fødselsarbeidet var mest intenst?

|    |                                                       |                                        |                                                                      |
|----|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 25 | Oppførte meg dårlig                                   | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Oppførte meg ikke dårlig i det heletatt                              |
| 26 | Våget å overgi meg helt til det som skjedde i kroppen | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Våget ikke å overgi meg til det som skjedde i kroppen i det heletatt |

#### IV Hva skjedde når fødselsarbeidet var mest intenst?

|    |                                      |                                        |                                                     |
|----|--------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 27 | Mistet helt kontrollen over meg selv | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Mistet ikke kontrollen over meg selv i det heletatt |
|----|--------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|

#### V Hvordan følte det for deg å føde frem barnet?

|    |                    |                                        |                                  |
|----|--------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| 28 | Svært gledelig     | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ikke gledelig i det heletatt     |
| 29 | Svært naturlig     | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ikke naturlig i det heletatt     |
| 30 | Svært selvfølgelig | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ikke selvfølgelig i det heletatt |
| 31 | Svært farlig       | <u>0</u> 1      2      3      4      5 | Ikke farlig i det heletatt       |

#### VI Hadde du tanker under fødselen som f.eks....

|       |                                         |             |  |
|-------|-----------------------------------------|-------------|--|
| 32    | .....at barnet kunne dø under fødselen? |             |  |
| Aldri | <u>0</u> 1      2      3      4      5  | Veldig ofte |  |

|       |                                             |             |  |
|-------|---------------------------------------------|-------------|--|
| 33    | .....at barnet kunne skades under fødselen? |             |  |
| Aldri | <u>0</u> 1      2      3      4      5      | Veldig ofte |  |

Kan du nå være så snill å kontrollere at du ikke glemte noen spørsmål?

## **Vedlegg 10**



# SPØRRESKJEMA DEL 1

## BAKGRUNNSOPPLYSNINGER

### 1. Alder

☐ 15-19

☐ 20-24

☐ 25-29

☐ 30-34

☐ 35-39

☐ 40-44

### 2. Sivilstatus

☐ Gift

☐ Samboer

☐ Ugift / enslig

☐ Separeert

☐ Skilt

☐ Enke

### 3. Høyeste fullførte utdanning

☐ Ingen

☐ Grunnskole

☐ Videregående

☐ Høgskole/universitet

☐ Annet

## **SPØRSMÅL OM DIN FØRSTE FØDSEL**

4. Hvordan fødte du ved din første fødsel?

- ☐ Normal hodefødsel
- ☐ Setefødsel
- ☐ Tangforløsning
- ☐ Vakumforløsning
- ☐ Akutt keisersnitt
- ☐ Planlagt keisersnitt
- ☐ Tvillingfødsel

5. Opplevde du din tidligere fødsel traumatisk?

- ☐ Nei
- ☐ Ja

Dersom nei, gå videre til spørsmål 8.

6. Hvor intens vil du si at din opplevelse av tidligere traumatisk fødsel var?

Ubetydelig    0    1    2    3    4    5    Betydelig

7. Hva var de viktigste årsakene til at tidligere fødsel ble opplevd traumatisk? Kryss av på flere dersom aktuelt.

- ☐ Tap av kontroll
- ☐ Redsel for eget liv og helse
- ☐ Smerte
- ☐ Vakumforløsning/tangforløsning
- ☐ Akutt keisersnitt
- ☐ Mange mennesker på fødestuen

☐ Mangel på informasjon

☐ Redsel for barnet

☐ Dårlig kommunikasjon

☐ Rift

☐ Igangsetting av fødsel

☐ Langvarig fødsel

☐ Annet. Beskriv:

---

---

---

---

---

---

## **SPØRSMÅL OM SAMTALEPOLIKLINIKKEN**

8. Hvor mange samtaler hadde du ved samtalepoliklinikken? \_\_\_\_\_

9. Hva var ditt ønske for samtalen/samtalene? (Her skal du svare på det som var ønsket ditt ved første samtale). Kryss av på flere dersom aktuelt.

☐ Gjennomgang av tidligere traumatisk fødsel

☐ Plan for fødsel

☐ Avtale om igangsetting

☐ Planlagt keisersnitt

☐ Annet. Beskriv:

---

---

---

10. Var du fornøyd med tilbudet om samtale med jordmor på samtalepoliklinikken?

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

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

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

12. Hvor stort var ditt fortellerbehov i samtalene?

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

13. Hadde du tillit til jordmorens faglige dyktighet?

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

14. Dersom du trengte det, fikk du hjelp til å bearbeide tidligere traumatisk fødselsopplevelser?

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

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

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **SPØRSMÅL OM DIN ANDRE FØDSEL OG EVENTUELT NY FØDSEL**

16. Hvordan fødte du ved din andre fødsel?

- ☐ Normal hodefødsel
- ☐ Setefødsel
- ☐ Tangforløsning
- ☐ Vakumforløsning
- ☐ Akutt keisersnitt
- ☐ Planlagt keisersnitt
- ☐ Tvillingfødsel

17. Nevn de tre viktigste faktorene som du mener hadde innvirkning på din fødselsopplevelse.

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

- ☐ Vaginal fødsel
- ☐ Planlagt keisersnitt
- ☐ Usikker





**Fra:** Nerum Hilde <[Hilde.Nerum@unn.no](mailto:Hilde.Nerum@unn.no)>

**Dato:** 28. april 2016 kl. 14.09.58 CEST

**Til:** Silje Grande Molvik <[siljegrande@hotmail.com](mailto:siljegrande@hotmail.com)>

**Emne: SV: Forespørsel om bruke av deler av deres spørreskjema i vår masteroppg.**

Ikke sensitiv 28.04.16

Heia

Det er bare å bruke, bare oppgi kilden så går det bra. Vil gjerne lese prosjektskissen deres. Lykke til med oppgaven på et viktig team!

Jordmorhilsen

Hilde Nerum

**Fra:** Silje Grande Molvik [<mailto:siljegrande@hotmail.com>]

**Sendt:** 28. april 2016 10:46

**Til:** Halvorsen Lotta <[Lotta.Halvorsen@unn.no](mailto:Lotta.Halvorsen@unn.no)>; Nerum Hilde <[Hilde.Nerum@unn.no](mailto:Hilde.Nerum@unn.no)>

**Kopi:** Selma Tofting <[selmatofting@hotmail.com](mailto:selmatofting@hotmail.com)>

**Emne:** Forespørsel om bruke av deler av deres spørreskjema i vår masteroppg.

Hei.

Vi er to jordmødre som jobber ved kvinneklinikken i Bergen. Vi tar nå en master i jordmorfag ved Høgskolen i Sør-øst Norge.

Vår problemstilling er: Hvordan opplever kvinnen svangerskapet og fødselen etter samtale med jordmor i svangerskapet? Med fokus på tidligere traumatisk fødselsopplevelse.

Vi har valgt en kvantitativ tilnærming, survey metode. Vi skal sende spørreskjema til alle flergangsfødende henvist samtalepol. ved KKB pga tidligere traumatisk fødselsopplevelse i 2015. De må i tillegg ha født, slik at de nå vil få spørreskjemaet en tid etter fødselen.

Målet er å finne ut hva kvinner med tidligere traumatisk fødselsopplevelse ønsket for samtalen, hvordan de opplevde samtalene, og hvordan det påvirket svangerskapet og fødselen.

Vi ønsker å bruke validerte spørreskjema, skal derfor bruke W-DEQ versjon B, det må oversettes norsk. I tillegg er en del av deres spørsmål brukt i studie 2 i deres doktorgrad svært aktuelle for oss.

Vi ber derfor om deres tillatelse til å kunne bruke noen av deres spørsmål i vårt studie.

Vi har ikke plukket spørsmålene enda, men begynner jobb med det straks. Skal levere vår prosjektplan i morgen.

Denne kan gjerne sendes dere hvis dere ønsker å se den.

Håper på positiv og snarlig tilbakemelding.

Mvh Silje Grande Molvik

## Vedlegg 12



Redegjørelse for hvilke spørsmål som er direkte sitert eller omskrevet fra et allerede eksisterende spørreskjema, samt spørsmål vi har laget selv.

Spørsmål 1: For å presentere deltakerne i studiet valgte vi ha med demografisk variabel om alder.

Spørsmål 2: For å presentere deltakerne i studiet valgte vi ha med demografiske variabel om alder.

Spørsmål 3: For å presentere deltakerne i studiet valgte vi ha med demografisk variabel om sivilstatus.

Spørsmål 4: For å kartlegge forløsningsmetode ved første fødsel laget vi et spørsmål om forløsningsmetode ved første fødsel.

Spørsmål 5: Spørsmål 5 ble omformulert fra Halvorsen og Nerum sitt spørreskjema fra «hadde du tidligere opplevd en eller flere tidligere traumatiske fødsler?» til «opplevde du din tidligere fødsel traumatisk?». Dette fordi vårt utvalg bare var andregangsfødende kvinner.

Spørsmål 6: Spørsmålet er direkte sitert fra Halvorsen og Nerum sitt spørreskjema

Spørsmål 7: Spørsmålet ble omformulert fra Halvorsen og Nerum sitt spørreskjema fra «beskriv de viktigste årsakene til at tidligere fødsel/fødsler ble opplevd traumatisk» til «hva var de viktigste årsakene til at tidligere fødsel ble opplevd traumatisk?».

Spørsmål 8: Spørsmålet er direkte sitert fra Halvorsen og Nerum sitt spørreskjema

Spørsmål 9: For å svare på forskningsspørsmål 1 laget vi spørsmål om hva kvinnene ønsket for samtalen.

Spørsmål 10: Spørsmålet er direkte sitert fra Halvorsen og Nerum sitt spørreskjema.

Spørsmål 11: Spørsmålet er direkte sitert fra Halvorsen og Nerum sitt spørreskjema.

Spørsmål 12: Spørsmålet er direkte sitert fra Halvorsen og Nerum sitt spørreskjema.

Spørsmål 13: Spørsmålet er direkte sitert fra Halvorsen og Nerum sitt spørreskjema.

Spørsmål 14: Spørsmålet er direkte sitert fra Halvorsen og Nerum sitt spørreskjema.

Spørsmål 15: Spørsmålet er direkte sitert fra Halvorsen og Nerum sitt spørreskjema.

Spørsmål 16: For å kartlegge forløsningsmetode ved andre fødsel laget vi et spørsmål om forløsningsmetode ved andre fødsel.

Spørsmål 17: For å svare på forskningsspørsmål 2 laget vi spørsmål om hvilke faktorer som virket inn på fødselsopplevelsen.

Spørsmål 18: Spørsmålet er direkte sitert fra Halvorsen og Nerum sitt spørreskjema.

Svaralternativet «normal fødsel» i spørreskjemaet til Halvorsen og Nerum ble endret til «vaginal fødsel», fordi vi mente at normal fødsel var en noe uklar verdi.

## **Vedlegg 13**



PÅMINNELSE OM FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

## FØDSELSOPPLEVLSE ETTER SAMTALE PÅ SAMTALEPOLIKLINIKK

Kvinneklubben i Bergen sin samtalepoliklinikk har tidligere invitert deg til å delta i et prosjekt for å se på fødselsopplevelse etter samtale på samtalepoliklinikk. Da vi ikke har mottatt noe fra deg, tillater vi oss å sende deg en liten påminnelse.

Det er selvfølgelig frivillig å delta i prosjektet, og du vil ikke motta flere påminnelser fra oss etter dette. Dersom du ønsker å delta i prosjektet ber vi deg returnere samtykke til å delta i prosjektet i den frankerte konvolutt du fikk tilsendt innen 5. september. Vi er svært takknemlig for alle som ønsker å delta i prosjektet, og minner om at deltagelse innebærer å besvare to spørreskjema som til sammen vil ta deg ca. 15 minutter.

Dersom du trenger nytt samtykkeskjema eller konvolutt ber vi deg snarest ta kontakt på e-post eller telefon til en av de prosjektansvarlige.

Selma Vabø Tofting, tlf: 900 24 586, e-post: [selma.vabo.tofting@student.hbv.no](mailto:selma.vabo.tofting@student.hbv.no)

Silje Grande Molvik, tlf: 902 08 243, e-post: [silje.grande.molvik@student.hbv.no](mailto:silje.grande.molvik@student.hbv.no)

Med vennlig hilsen

Rådgivningssenteret ved Kvinneklubben i Bergen



## Vedlegg 14



PÅMINNELSE OM FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

## FØDSELSOPPLEVLSE ETTER SAMTALE PÅ SAMTALEPOLIKLINIKK

Du har for en liten stund siden samtykket i å delta i et prosjekt for å se på fødselsopplevelse etter samtale på samtalepoliklinikk. Dette er vi veldig takknemlige for, og vi tillater oss derfor å sende deg en liten påminnelse.

Det er selvfølgelig frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta ber vi deg returnere spørreskjema i den frankerte konvolutten du fikk tilsendt.

Dersom du trenger nytt spørreskjema eller konvolutt ber vi deg snarest ta kontakt på e-post eller telefon til en av de prosjektansvarlige.

Selma Vabø Tofting, tlf: 900 24 586, e-post: [selma.vabo.tofting@student.hbv.no](mailto:selma.vabo.tofting@student.hbv.no)

Silje Grande Molvik, tlf: 902 08 243, e-post: [silje.grande.molvik@student.hbv.no](mailto:silje.grande.molvik@student.hbv.no)

Dersom du skal ha svart på spørreskjemaene takker vi så mye for hjelpen, og ber deg se bort fra denne påminnelsen!

Med vennlig hilsen

Rådgivningssenteret ved Kvinneklinikken i Bergen