

Ingvill Engvik Øvsthus

Psykoedukativ undervisning om biopsykososial mestring av fødselsmerter for kvinner med fødselsangst – utvikling, utprøving og resultater

Psychoeducation on biopsychosocial coping of childbirth pain for women with fear of childbirth – development, testing and results

Forord

I 2013 gikk jeg gravid med mitt første barn og var veldig redd for å skulle føde. Jeg bestemte meg for å finne frem til forskning og behandling som kunne hjelpe meg til å styrke min tro på at jeg kunne mestre fødselen og få en god opplevelse. Det jeg fant, vekket en stor faglig interesse hos meg som psykolog, og siden da har jeg fordypet meg i dette feltet. Særlig var det kunnskap om smerte og smertemestring som skapte et stort engasjement. Det førte til at jeg høsten 2014 startet på Master i klinisk helsevitenskap – smerte og palliasjon.

Parallelt med dette har jeg etablert en egen liten klinisk praksis særlig rettet mot kvinner og par som opplever utfordringer knyttet til svangerskap, fødsel og spedbarnstid. Her hjelper jeg blant annet kvinner med fødselsangst. De siste årene har jeg også vært så heldig å få formidle det jeg brenner for til jordmødre og gynekologer i forskjellige sammenhenger i Trøndelag. Det er svært engasjerende for meg å merke interessen fra fagfolk for å integrere mer psykologisk forståelse i fødselsforberedelse og på fødestua. Fødselsangst har fått økende oppmerksomhet de siste tiårene, og det er givende for meg som fagperson å kunne bidra til at kvinner med angst for fødsel kan bli mer tatt på alvor og tilbudt gode behandlingsalternativer.

Siden høsten 2017 har jeg arrangert kurs for gravide og partnere i mental fødselsforberedelse. Tilbakemeldingene har vært veldig positive. Samtidig har jeg ønsket å undersøke betydningen av slike kurs når det gjelder fødselsangst og frykt for smerte. Valget av masteroppgave var derfor lett – jeg ønsker å undersøke effekten av undervisning om biopsykososial forståelse av smerte! Og kanskje kan dette berede grunnen for en fremtidig større studie?

Tusen takk til Tommy som alltid er positiv til mine ideer og prosjekter – du er min beste venn og heiagjeng! Takk til alle besteforeldre for praktisk hjelp og barnevakt – uten dere hadde ikke livet gått opp! Takk til veilederne mine, Cecilie Hagemann og Marit By Rise, for gode innspill og tro på at jeg kunne dra denne oppgaven i land! Takk til alle ved St. Olavs hospital som har bidratt til prosjektet, og særlig takk til jordmødrene Ingebjørg Laache og Janne Klevan for hjelp til rekruttering. Og ikke minst, tusen takk til alle kvinner og par som gir meg tillit – jeg lærer så mye av dere om de psykologiske sidene ved svangerskap, fødsel og spedbarnstid. Til slutt, takk til Eirill og Sigurd – dere var starten på det hele og er en gave til Mamma hver dag!

Trondheim, juni 2018

Ingvill Engvik Øvsthus

Abstract

Background: Many women suffer from fear of childbirth (FOC). FOC may have negative effects on both mother and child before, during and after the birth. This makes it important to develop effective treatment strategies for women with FOC.

Purpose: Fear of pain is a central component in FOC. Psychoeducation based on a biopsychosocial model of pain management is well established within interdisciplinary treatment of long term pain conditions as a way for developing positive strategies for coping with such pain. This intervention has so far not been tried out as treatment for FOC.

Methods: This master thesis consists of three studies: a) developing a psychoeducative course on biopsychosocial coping of childbirth pain, b) testing the course on a group of women with fear of childbirth and c) describing the group changes in scores on FOC, expectations of pain in the forthcoming birth and thoughts about their own pain management in general after participation in the course.

Results and conclusions: Biopsychosocial coping of childbirth pain can be the basis for a psychoeducative course for women with fear of childbirth. The participants rated the course highly and the course was held without major challenges with regards to recruitment, organization and arrangement. They showed reduced levels of FOC, lower expectations of childbirth pain and less catastrophic thinking about pain in general. The results are promising, but due to a small sample size and lack of control of potentially confounding variables, no conclusions can be drawn from the changes. Research should focus on further developing this kind of psychoeducation and examine the effects on fear of childbirth in general and fear of childbirth pain more specifically.

Relevance

There is a prominent need for effective treatments for fear of childbirth. Reducing fear of childbirth pain may be one approach. This thesis suggests further investigation of the possibility for reducing fear of childbirth through psychoeducation about how to cope with childbirth pain based on biopsychosocial understanding of pain.

Innholdsfortegnelse

1.0 Bakgrunn.....	7
1.1 Introduksjon	7
1.2 Teoretisk og empirisk bakgrunn.....	8
1.2.1 Hva er fødselsangst?.....	8
1.2.2 Fødselsangst og smerte.....	9
1.2.3 Mål på fødselsangst.....	10
1.2.4 Risikofaktorer for utvikling av fødselsangst	11
1.2.5 Mulige konsekvenser av fødselsangst	12
1.2.6 Biopsykososial forståelse av smerte.....	13
1.2.7 Behandling av fødselsangst	14
1.2.8 Denne oppgavens problemstillinger.....	15
2.0 Metode	17
2.1 Metode for delstudie 1: Utvikling av undervisningsopplegg.....	17
2.1.1 Faglige rammer	17
2.1.2 Pedagogisk og terapeutisk rammeverk.....	17
2.2 Metode for delstudie 2: Utprøving av undervisningsopplegg	18
2.2.1 Utvalg og rekruttering	18
2.2.2 Kartlegging av relevante variabler i utvalget	19
2.2.3 Praktisk gjennomføring	21
2.2.4 Evaluering fra deltakerne	21
2.3 Metode for delstudie 3: Endringer i nivå av fødselsangst, forventning om fødselssmerter og tanker om smerter fra før til etter kursdeltakelse.....	22
2.3.1 Design og utfallsmål.....	22
2.3.2 Analyser	22
3.0 Etikk	25
4.0 Resultater	27
4.1 Resultat fra delstudie 1: Utvikling av undervisningsopplegg.....	27
4.1.1 Første samling: En helhetlig forståelse av smerte	27

4.1.2 Andre samling: Smertemestring gjennom mental trening og avspenning	27
4.1.3 Tredje samling: Praktiske tips for å styrke smertemestringen	27
4.2 Resultater fra delstudie 2: Utprøving av undervisningsopplegg	28
4.2.1 Rekrutteringsprosessen.....	28
4.2.2 Gjennomføring av undervisning.....	29
4.2.3 Bakgrunnsopplysninger om deltakerne	29
4.2.4 Evaluering fra deltakerne	31
4.3 Resultater fra delstudie 3: Endringer i fødselsangst, forventning om fødselssmerter og tanker om smerter	33
5.0 Diskusjon.....	35
5.1 Resultatdiskusjon	35
5.1.1.Utvikling av undervisningsopplegg	35
5.1.2 Utprøving av undervisningsopplegg	35
5.1.3 Endringer i fødselsangst, forventning om fødselssmerter og tanker om smerter....	38
5.2 Diskusjon av metode, styrker og svakheter	39
5.2.1.Utvikling av undervisningsopplegg	39
5.2.2 Utprøving av undervisningsopplegg	40
5.2.3 Endringer i fødselsangst, forventning om fødselssmerter og tanker om smerter....	41
6.0 Konklusjon.....	43
7.0 Referanser	45
8.0 Vedlegg	53
8.1 Godkjenning fra REK.....	53
8.2 Informasjonsskriv og samtykkeskjema	53
8.3 Plakat.....	53
8.4 Spørreskjema pretest	53
8.5 Undervisningsopplegg: Power Point presentasjon	53
8.6 Artikkel om psykologisk smertemestring	53
8.7 Spørreskjema posttest.....	53
8.8 Evalueringskjema	53

1.0 Bakgrunn

1.1 Introduksjon

Studier fra en rekke land viser at mellom 6 til 10 % av gravide kvinner har *svært alvorlig* grad av fødselsangst (1-6). Om lag like mange har *alvorlig* grad, mens rundt 25 % ser ut til å ha *moderat* grad av fødselsangst (7). Fødselsangst er assosiert med en rekke negative forhold for både mor og barn før, under og etter fødsel. Eksempler på dette er risiko for utmattelse og søvnvansker i svangerskapet (8, 9) økt andel keisersnitt (10-13), lengre fødselsforløp (1), samt sårbarhet for utvikling av depresjon og angst i tiden etter fødsel (14-17). Angst og depresjon i spedbarnstiden er igjen forbundet med vansker med tilpasning til morsrollen, utfordringer i interaksjon og tilknytning mellom mor og barn, problemer med amming, samt reguleringsvansker og forhøyet stressnivå hos barnet (16, 18-20).

Frykt for smerter forbundet med å føde er en komponent i fødselsangst (21). Smerte defineres av International Association for the Study of Pain som «*An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage*» (22). Smerte forstås altså som både en sensorisk og en emosjonell opplevelse som oppstår med utgangspunkt i faktisk eller potensiell vevsskade. Man skiller mellom akutte og langvarige smerter (23). Smerter som ikke skyldes kreft og som varer ut over tre måneder eller lengre enn forventet tid til helning av vevsskaden, defineres som langvarige smerter (24). Slike smerter vurderes nå som best forstått og behandlet i et biopsykososialt perspektiv (25). Det er mindre vanlig å benytte en biopsykososial forståelse av akutte smerter (23).

Den biopsykososiale modellen legger til grunn at den totale smerteopplevelsen påvirkes av både biologiske/fysiologiske, psykologiske og sosiale faktorer (25). Faktorer som spiller inn på en persons opplevelse av smerte kan for eksempel være tidligere erfaringer med smerte, forventninger knyttet til smerten, sosial støtte mens man opplever smerten, tanker om smertens årsak og andre signifikante personers reaksjoner på smerten (24). Smerter forbundet med fødsel er akutte og forbigående. De skyldes først sammentrekninger i livmorhalsmuskulaturen og at vevet i livmorhalsen trekkes ut mot sidene. Seinere i fødselsforløpet stammer smertene fra trykk og strekking av muskler, bindevev og hud i bekkenbunnen (26). Samtidig vet vi at opplevelsen av fødselssmertene påvirkes av kvinnens opplevelse av mening i smertene, hennes tolkning av dem og hvorvidt omgivelsene oppleves som trygge og støttende (27).

Fødselssmerter bør derfor også forstås i et biopsykososialt perspektiv. Forståelse av hvordan ulike forhold påvirker smerteopplevelsen gir flere innfallsvinkler til mestring av smertene.

Kunnskap om dette før fødsel, vil kunne dempe kvinners frykt for smerter forbundet med fødsel og styrke tro på egne muligheter for å mestre smertene. Biopsykososial forståelse av fødselssmerter vil derfor være svært relevant for kvinner med fødselsangst. Innen biopsykososial behandling av langvarig smerte er psykoedukasjon en viktig komponent (28, 29). Dette gir grunn til å prøve ut psykoedukasjon om biopsykososial mestring av fødselssmerter som behandlingsintervensjon for kvinner med fødselsangst. Denne oppgaven gjør det gjennom tre delstudier:

Delstudie 1 beskriver utviklingen av et psykoedukativt undervisningsopplegg om mestring av fødselssmerter basert på biopsykososial forståelse av smerter.

Delstudie 2 beskriver utprøvingen av undervisningsopplegget i en gruppe kvinner med fødselsangst.

Delstudie 3 beskriver endringer i nivå av fødselsangst, forventning om fødselssmerter og tanker om smerter etter kursdeltakelse for gruppen av kvinner med fødselsangst.

1.2 Teoretisk og empirisk bakgrunn

1.2.1 Hva er fødselsangst?

Alvorlig frykt for å føde er mer enn vanlige bekymringer knyttet til graviditet og fødsel. For de fleste kvinner involverer fødsel fysisk og psykologisk stress (30), mens for kvinner med fødselsangst kan bekymringene bli så omfattende at de opptar bevisstheten hele tiden og redusere kvinnens funksjonsnivå (31). Frykt for fødsel kan forstås som et kontinuum fra naturlig bekymring og spenning til alvorlig angst. Graden av frykt for fødsel er normalfordelt i populasjoner av gravide kvinner (32). Studier fra en rekke land viser at mellom 6 og 10 % av gravide kvinner har det man graderer som alvorlig grad av fødselsangst (1-6). Det ser ut til at omtrent like mange blivende fedre har fødselsangst, men ikke i så alvorlig grad (33).

Man finner høyere forekomst av fødselsangst blant førstegangsfødende kvinner sammenlignet med flergangsfødende (34, 35). Det er imidlertid grunn til å tro at gjennomsnittsnivået av fødselsangst er høyere blant førstegangsfødende, mens flere flergangsfødende har alvorlig grad av fødselsangst (32). Resultater fra forskningen er sprikende når det gjelder endringer i nivå av fødselsangst i ulike stadier av graviditeten. På gruppenivå har man funnet både nedgang (36) og økning (37) i angst mot slutten av svangerskapet, samt ingen endring underveis (32, 38). Trolig finnes det ulike subgrupper hvor noen opplever reduksjon, mens andre opplever økning av fødselsangst etter hvert som fødselen nærmer seg (36).

Fødselsangst er en sammensatt form for angst og det er variasjoner i hva kvinnene frykter (39). Flere studier har kartlagt hva kvinner med fødselsangst er redde for og bekymringene er mange og varierte (40-42). Det kan dreie seg om frykt for at babyen eller en selv blir skadet eller dør, oppleve komplikasjoner, være alene på et fremmed sted, gjøre feil som går ut over babyen eller egen helse, smerte, ikke få hjelp og støtte fra helsepersonell, ikke føle seg sterk nok fysisk eller psykisk, miste kontrollen, bli gal og miste virkelighetsforankring, rope ukontrollert, få panikk og å føle seg hjelpeløs. Det har blitt foreslått at uforutsigbarheten i en fødsel er et felles, underliggende tema for de mer spesifikke bekymringene som kan bidra til angst for fødsel (42). Fødselsangst blant førstegangsfødende benevnes ofte som primær fødselsangst, mens sekundær fødselsangst viser til fødselsangst utviklet etter å ha født barn og da ofte som en reaksjon på en negativ fødselsopplevelse (7, 43, 44).

Det diskuteres hvorvidt fødselsangst er en unik form for angst, et resultat av en økning i generell angst hos kvinnen (45) eller en del av en større og mer grunnleggende sårbarhet knyttet til personlighet (11). Kvinner med angstlidelser har høyere risiko for å utvikle fødselsangst når de er gravide (41, 46), og kvinner med engstelige personlighetstrekk strever oftere med fødselsangst (11, 47). Mye tyder imidlertid på at fødselsangst er en distinkt type angst som er knyttet til, men forskjellig fra, generell angst og depresjon (43). Mange kvinner med fødselsangst har nemlig ikke annen samtidig angstproblematikk (6). Det har også blitt diskutert hvorvidt fødselsangst bør forstås som en del av en svangerskaps-spesifikk angst som oppstår under graviditet og omhandler ulike aspekter knyttet til det å bære frem et barn (46). En modell basert på denne forståelsen integrerer frykt for fødsel, frykt for å bære på et handicappet barn og bekymringer rundt endringer i eget utseende i en såkalt svangerskaps-spesifikk angst utløst av det å være gravid (48). Oppsummert kan man si at fagfeltet fortsatt mangler en omforent forståelse av hva fødselsangst er (42) og behovet for videre forskning er stort (7, 45).

1.2.2 Fødselsangst og smerte

Mange kvinner med fødselsangst er svært redde for smertene forbundet med fødsel (11, 34, 42, 49, 50). Kvinner med fødselsangst forventer høyere nivå av smerter under fødsel enn kvinner uten angst for å føde (34). De kan også oppleve smertene under fødselen som sterkere (51-54) og behøve mer smertestillende under fødselen (55). En mulig grunn til det kan være høy grad av smertekatastrofering. Katastrofefetnkning om smerter kan beskrives som tendensen til å aktivere et svært negativt mentalt tankesett når man opplever smerte (56).

Kvinner som katastrofetenker mye omkring smerte, forventer sterkere smerter under fødselen (51), er reddere for å bli overveldet av fødselssmerter og er oftere fortvilet under fødselen (57). Dette kan forklares av at hvilke forventninger vi har påvirker smerteopplevelsen og hvorvidt vi opplever smerter som håndterbare (24). Videre vet vi at katastrofetenkning mens man utsettes for smertefulle stimuli gjør smerteopplevelsen mer intens og det emosjonelle ubehaget større (56). Katastrofetenkning har, på lik linje med frykt for fødselssmerter, vist seg å være en viktig prediktor for ønske om planlagt keisersnitt (21). Dette tydeliggjør at katastrofetenkning om smerter generelt og fødselssmerter spesielt, er relevant i forståelsen av fødselsangst. Det foreligger imidlertid lite forskning på sammenhenger mellom katastrofetenkning og fødselsangst (21). Det er heller ikke forsket noe særlig på hvorvidt kvinner med angst for fødsel har opplevd mer smerter tidligere i livet, eller plages mer av smerter i svangerskapet sammenlignet med kvinner uten fødselsangst.

1.2.3 Mål på fødselsangst

Forskning på fødselsangst preges av at ulike studier har brukt forskjellige definisjoner og operasjonaliseringer av fødselsangst (7, 58). Et eksempel på en omfattende operasjonalisering basert på fagpersonens vurdering, finner vi i en studie fra Tromsø (59). Her ble grad av frykt for fødsel vurdert ved hjelp av fem kriterier: søvnvansker og konsentrasjonsvansker, fysiologiske manifestasjoner av angst, manglende innsikt i hva frykt for fødsel representerte for dem selv, stor grad av opplevd tap av kontroll og forutsigbarhet knyttet til den kommende fødselen, samt frykt for å dø i svangerskap eller under fødsel. I en stor populasjonsstudie i Sverige ble fødselsangst kartlagt ved hjelp av følgende spørsmål: «*Worries and fears are common feelings among men and women when facing childbirth. To what extent do you experience worries and fear?*» Deltakerne rangerte svaret sitt på en fire-punkts skala fra «*not at all*» til «*very much*» (60). Dette viser en enkel operasjonalisering basert på kvinnens egenrapporterte opplevelse av bekymring og frykt.

«The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire» (W-DEQ) har etter hvert blitt et mye brukt mål på fødselsangst (61). W-DEQ er validert i ulike land (3, 39) og blant kvinner på ulike tidspunkt i svangerskapet (3, 32). Skalaen vurderes til å være det beste tilgjengelige måleverktøyet for fødselsangst på nåværende tidspunkt (7) og vil bli brukt i denne oppgaven. I tillegg til W-DEQ finnes flere andre måleverktøy for fødselsangst, som i varierende grad er brukt i forskning og i klinisk arbeid. Eksempler på disse er «Childbirth Attitudes Questionnaire» med 16 spørsmål som besvares ved hjelp av Likert-skala (62), «The Fear of

Birth Scale» (36) hvor kvinnen markerer sitt angstnivå på en skala fra 1 til 10 og «Delivery Fear Scale» (63) som er utviklet til bruk under selve fødselen.

1.2.4 Risikofaktorer for utvikling av fødselsangst

Andelen kvinner med fødselsangst ser ut til å ha økt de siste tiårene (58) og andelen keisersnitt gjennomført på bakgrunn av fødselsangst er økende (64). Forskingen på fødselsangst har blitt kritisert for å individualisere og patologisere bekymringer kvinner har for fødselen fremfor å undersøke mulige forklaringer og løsninger blant hvordan gravide kvinner følges opp i helsevesenet (7). Fødselsangst kan forstås som et sosio-kulturelt fenomen, og sees i lys av organisering og innhold i helsetjenestene (3, 49). Utviklingen innen obstetrisk teknologi gir nå store muligheter for medisinsk overvåkning og påvirkning av fødsel (65, 66). Det kan føre til at mange ser på fødsler som farligere og mer unaturlige (67). Økningen i fødselsangst kan også være knyttet økt bruk av private helsetjenester i en del land. Flere kvinner, uavhengig av om de har angst for vaginal fødsel eller ikke, får da mulighet til å velge keisersnitt. Det kan da bidra til at vaginale fødsler oppfattes av stadig flere som mer uvanlige og dermed mer skremmende (20). Fødsel beskrives ofte i media som risikofylt og fødekvinnen vises gjerne som hysterisk og ute av kontroll (68). Slike fremstillinger kan skape frykt for å selv skulle føde. For eksempel ser det ut til å være en sammenheng mellom fødselsangst og hvorvidt man føler at egne holdninger til fødsel er påvirket av media (69).

Forutsigbarhet i form av oppfølging fra samme fødselslege under svangerskap og fødsel kan se ut til å gi redusert nivå av fødselsangst (3). Det motsatte, altså lite kontinuitet i oppfølgingen, kan da tenkes å gi grobunn for utrygghet og utvikling av angst knyttet til fødselen. Kvinner opplever at kontakt med jordmor under svangerskapet gir trygghet og emosjonell støtte, samt bidrar til at de føler seg mentalt forberedte til fødsel (70). Få muligheter til kontakt med jordmor kan dermed tenkes å spille inn på hvorvidt kvinner føler seg utrygge og ikke mentalt forberedte til å føde. Gravide kvinner i Norge har i varierende grad mulighet til å følges opp av jordmor under svangerskapet (71). I Trondheim kommune er det for eksempel tidvis lang ventetid for svangerskapsoppfølging hos jordmor (72).

For flergangsfødende ser tidligere traumatisk fødselsopplevelser ut til å være den sterkeste prediktoren for utvikling av fødselsangst (11, 60). Å ha opplevd akutt keisersnitt eller instrumentell forløsning gir økt risiko for fødselsangst (20, 32, 35, 73). Det er imidlertid viktig å merke seg at kvinnens egen opplevelse av fødselen fremfor graden av medisinske komplikasjoner alene, har trolig større effekt på utvikling av fødselsangst (3). Oppfølging i

etterkant av fødsel og mulighet for hjelp til håndtering av negative fødselsopplevelser vil dermed kunne spille inn på forekomsten av fødselsangst. I den vestlige delen av verden ser man at liggetiden ved barselavdelingene blir stadig kortere (74). I Norge foregår det nå en dreining mot raskere utskrivelser fra sykehus med mål om mer bruk av hjemmebesøk fra helsestasjon og barselpoliklinikk i tiden etter fødselen (75, 76). Samtidig påpekes det store utfordringer knyttet til å sikre mulighet for hjemmebesøk fra jordmor som alternativ til lengre sykehusinnleggelse (77). Manglende hjelp og støtte i tiden etter fødsel kan tenkes å bidra til høyere forekomst av fødselsangst blant kvinner, da vi vet at det å ha hatt negative erfaringer med helsevesenet er assosiert med utvikling av fødselsangst (78).

De siste tiårene har vi fått mer kunnskap om hva som gir økt risiko på individnivå for utvikling av fødselsangst. Å ha opplevd seksuell vold i løpet av livet gir økt sannsynlighet for fødselsangst (79). For førstegangsfødende har fysisk, psykisk og seksuell vold i barndom vist seg å predikere utvikling av fødselsangst (80). Jo flere former for opplevd vold, jo høyere grad av angst. Manglende støtte fra partner, lav tilfredshet med parforholdet eller det å bli utsatt for vold fra partner predikerer også fødselsangst (35, 41, 81).

Når det gjelder sammenhenger mellom fødselsangst og sosioøkonomiske variabler som for eksempel alder, utdanning og lønnsnivå, er forskningen noe sprikende. Flere studier har ikke funnet sammenheng mellom slike bakgrunnsfaktorer og utvikling av angst for fødsel (32, 34, 47), mens andre har funnet at for eksempel både høy (82) og lav (46) alder og utdanning gir økt risiko for fødselsangst. Psykososiale vansker har vist seg å være assosiert med angst for fødsel (83). Angst og depressive symptomer er i en rekke studier funnet å gi økt risiko for fødselsangst, og særlig hvis kvinnen strever med både angst og depresjon samtidig (8, 35, 41, 46, 84, 85). Kvinner som har fått påvist medisinsk risiko ved svangerskapet har større sannsynlighet for å ha fødselsangst (83).

1.2.5 Mulige konsekvenser av fødselsangst

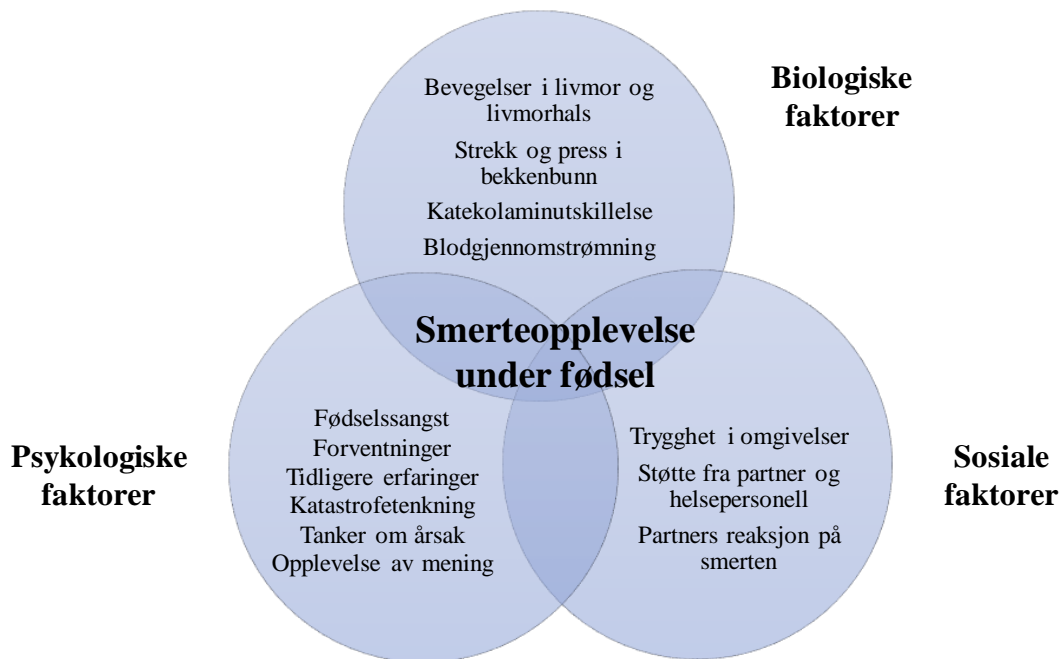
Fødselsangst har vist seg å være forbundet med negative konsekvenser før, under og etter svangerskap og både for mor og barn. For noen kvinner vil frykten for fødsel gjøre at de ikke tør å bli gravide (45, 86). Gravide kvinner med fødselsangst ser ut til å ha høyere forbruk av psykotrope medikamenter (87), samt økt risiko for søvnevansker og utmattelse under svangerskapet (8, 9). En stor andel av kvinner med fødselsangst ønsker svært gjerne et keisersnitt (32, 69, 83, 88) og denne gruppen får oftere utført planlagte keisersnitt (10, 11). Når det gjelder haste-keisersnitt, er forskningen noe sprikende. Ulike studier har vist

henholdsvis forhøyet (12) og ikke forhøyet (2, 89) forekomst. Blant førstegangsfødende er det påvist et dose-respons-forhold mellom nivå av fødselsangst og risiko for akutt keisersnitt (13). Kvinner med fødselsangst har lengre fødselsforløp, og sammenhengen forblir signifikant når man kontrollerer for ulike risikofaktorer, komplikasjoner og intervensjoner (1). I tillegg til effekt på keisersnittfrekvens og fødselslengde, tyder forskning på at fødselsangst påvirker kvinners behov for kontakt med helsevesenet i forbindelse med fødsel. En del kvinner med høy grad av fødselsangst og lav mestringstro knyttet til fødsel tar tidlig kontakt med sykehuset i starten av fødselen og har behov for mer smertestillende (55).

Kvinner med fødselsangst i svangerskapet har større risiko for å oppleve fødselen negativt (90). En slik negativ fødselsopplevelse kan forverre allerede eksisterende fødselsangst (91). Å ha fødselsangst før et keisersnitt er en risikofaktor for utvikling av posttraumatisk stress i etterkant (92). Fødselsangst før fødsel er assosiert med utvikling av depresjon etter fødselen. Dette gjelder også for kvinner som ikke har vært deprimerte tidligere i livet (14, 15). Kvinner med fødselsangst har i tillegg større risiko for å utvikle angstproblematikk i tiden etter fødsel (16, 17). Depressive plager i tiden etter fødsel har vist seg å påvirke kvaliteten på mor-barn-interaksjonen (18) og kan gjøre det vanskeligere for den nybakte moren å tilpasse seg morsrollen (20). Spedbarn av deprimerte mødre har oftere reguleringsvansker og viser forhøyet stressnivå (19). Eldre barn av mødre som var deprimerte etter fødselen har større risiko for å streve med emosjonelle vansker, hemmet atferd og redusert kognitiv funksjon (19). Likeledes vet vi at angstproblematikk hos mor i spedbarnstiden kan ha negativ effekt på blant annet amming, tilknytning og interaksjon mellom mor og barn (16).

1.2.6 Biopsykososial forståelse av smerte

Den biopsykososiale forståelsen av smerte tar utgangspunkt i at smerteopplevelsen er sammensatt og oppstår i skjæringsfeltet mellom biologiske, psykologiske og sosiale forhold (93). Modellen står i motsetning til den biomedisinske forståelsen som legger til grunn en snevrere forståelse av smerte som et resultat av påvisbar fysisk skade eller sykdom (94). Den biopsykososiale modellen finner støtte i forskning som viser at for eksempel verstefallstenkning kan forsterke smerteopplevelsen, og at positive følelser og forventninger kan dempe smertene (95). Kunnskap om at tanker, følelser, atferd, kropp og omgivelser henger sammen og gjensidig påvirker hverandre (96) er en sentral del av denne modellen.



Figur 1: Et eksempel på en biopsykososial modell for fødselssmerter med ulike innvirkende faktorer nevnt i denne oppgaven.

1.2.7 Behandling av fødselsangst

I BIDENS-studien, en stor multisenterstudie gjennomført i Belgia, Island, Danmark, Estland, Norge og Sverige, kom det frem at blant de studerte landene var det kun Sverige og Norge som har egne behandlingstilbud for kvinner med fødselsangst (3). Innad i Norge er det variasjoner i hvordan kvinner med fødselsangst følges opp i spesialisthelsetjenesten. Ved for eksempel Oslo Universitetssykehus kan kvinner med fødselsangst følges opp av et eget team med jordmødre. Hvis kvinnen også har annen behandlingstrengende angst eller depresjon, kan hun i tillegg få oppfølging fra et eget team med jordmødre og sosionomer (97). Hos St. Olavs hospital i Trondheim kan kvinner med fødselsangst henvises til Psykososialt team av fastlege eller jordmor i kommunehelsetjenesten. Hun tilbys da samtale med jordmor og ved behov kobles også fødselslege inn i oppfølgingen. Jordmødrene i Psykososialt team møter årlig om lag 6-7 % av populasjonen fødende kvinner ved St. Olavs Hospital og kvinnene får i snitt 1,3 samtaler hver (98).

De første studiene av fødselsangst ble publisert på starten av åttitallet (7). De siste par tiårene har det blitt gjennomført flere behandlingsstudier som viser lovende resultater (4, 99).

Forskjellige intervensjoner er prøvd ut både når det gjelder form, innhold og behandleres fagbakgrunn (100). Eksempler på ulike behandlingsintervensjoner med positiv effekt på nivå

av fødselsangst spenner fra internetbasert selvhjelpsprogram basert på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi (101), utdeling av et undervisningshefte om valg av fødselsmetode kombinert med en rådgivningssamtale over telefon (4), yogakurs og undervisning om fødsel (99) til terapeutiske samtaler med jordmor (59) og opplæring i selvhypnose (100).

Ulike studier har hatt forskjellige teoretiske tilnærminger som eksempelvis psykologisk forståelse av krisereaksjoner (59), kognitiv terapi (102), kognitiv atferdsterapi (101) og psykodynamisk terapi (103). Forskningskvaliteten på studiene er imidlertid varierende (44, 100). Legger man strenge kvalitetskriterier til grunn er det fødselsforberedende undervisning (100), opplæring i selvhypnose (100), kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon i gruppe med bruk av avspenning (44) som har vist seg som virksomme behandlingsintervensjoner. Det er så langt ikke gjennomført noen studier spesifikt på bruk av psykoedukasjon om biopsykososial forståelse av fødselssmerter.

Det er et stort behov for mer forskning på behandling av fødselsangst (44, 45, 100). Angsten er sammensatt og vi mangler fortsatt en god forståelse av hvilke komponenter som til sammen utgjør fødselsangst og hvilke behandlingsintervensjoner som er virksomme (42). Én slik komponent er frykt for smertene forbundet med å føde (41). Det bør derfor utvikles behandlingsmetoder for å redusere redselen og styrke kvinners tro på at fødselssmertene er mulige å mestre. Slik vil de kvinnene som er redde for smertene, kunne få behandling tilpasset deres form for fødselsangst. Det vil også gi mer kunnskap om hvorvidt redusert frykt for fødselssmerter kan føre til at også andre komponenter i fødselsangst dempes. Frykt for å få panikk, bli gal, rope ukontrollert, ikke være psykisk eller fysisk i stand til å føde o.l., kan være konsekvenser av en underliggende frykt for å ikke mestre fødselssmertene. Ved å undersøke effekten av tiltak rettet mot å øke kvinners tro på smertemestring, vil man dermed også kunne komme nærmere en bedre forståelse av dynamikken i fødselsangst og hva som er potensielle medierende og modererende faktorer.

Innen forskning på behandling av fødselsangst har utfallsmålene ofte vært obstetriske utfall, og da særlig andelen vaginale fødsler sammenlignet med andelen keisersnitt (4, 44). Det er imidlertid også viktig å undersøke effekten på nivået av fødselsangst før fødsel uavhengig av fødselsforløpet, fordi god psykisk helse under svangerskap er viktig i seg selv og viktig for å forebygge vansker for mor og barn etter fødselen (14-20, 90).

1.2.8 Denne oppgavens problemstillinger

Som vi har sett ovenfor, strever altså en betydelig andel kvinner med fødselsangst. Det er forbundet med en rekke negative konsekvenser for mor og barn før, under og etter fødselen. Derfor er det viktig å utvikle gode behandlingsalternativer for fødselsangst. Frykt for smerte er en komponent i fødselsangst som behandlingsintervensjoner bør rettes mot. En bipsykososial forståelse av smerte gir mange mulige innfallsvinkler til mestring av fødselssmerter. Psykoedukativ gruppeundervisning rettet mot frykt for fødselssmerter bør prøves ut som en del av behandling for kvinner med fødselsangst.

Denne oppgaven bidrar til å øke kunnskapen om behandling av fødselsangst gjennom tre delstudier:

- 1) utvikling av et psykoedukativt undervisningsopplegg om mestring av fødselssmerter basert på bipsykososial forståelse av smerter
- 2) utprøving av undervisningsopplegget i en gruppe kvinner med fødselsangst
- 3) kartlegging av endringer i nivå av fødselsangst, forventning om fødselssmerter og tanker om smerter generelt fra før til etter kursdeltakelse for gruppen av kvinner med fødselsangst

Disse tre delstudiene utgjør til sammen forarbeid før en potensiell fremtidig randomisert kontrollert studie og kan dermed også sees på som en pilotstudie.

2.0 Metode

Dette metodekapittelet er delt i tre deler i samsvar med oppgavens tre delstudier: 1) beskrive utviklingen av et psykoedukativt undervisningsopplegg om mestring av fødselssmerter basert på biopsykososial forståelse av smerte, 2) beskrive utprøvingen av undervisningen i en gruppe kvinner med fødselsangst og 3) beskrive endringer i nivå av fødselsangst, forventning om fødselssmerter og tanker om smerter generelt fra før til etter kursdeltakelse.

I første del vil det bli redegjort for fremgangsmåten som ble brukt i utviklingen av undervisningsopplegget. I andre del vil metode for rekruttering av deltakere til kurset bli beskrevet. Det vil her også bli redegjort for valg som ble tatt relatert til praktisk gjennomføring og brukermedvirkning. I tredje del vil metodiske valg knyttet til utfallsmål, datainnsamling og analyser bli beskrevet. Alle tre delstudiene er planlagt og gjennomført av masterstudent og psykolog Ingvill Engvik Øvsthus som i teksten vil refereres til som prosjektleder og kursleder.

2.1 Metode for delstudie 1: Utvikling av undervisningsopplegg

2.1.1 Faglige rammer

En biopsykososial forståelse av fødselssmerte ble lagt til grunn som faglig rammeverk (25). Sentralt her er kunnskap om at mestring av fødselssmerter kan styrkes gjennom både tanker, følelser, atferd, relasjon til partner og omgivelser (104-106). Hovedmålet for kurset var å lære deltakerne hvordan de kan reagere med kroppslig og mental avspenning i møte med fødselssmerter i motsetning til frykt og anspenhet. Avspenning øker toleransen for smerte blant annet gjennom demping av angst, redusert katekolaminutskillelse, økt blodgjennomstrømning i livmoren og mindre muskelspenning (107).

2.1.2 Pedagogisk og terapeutisk rammeverk

Psykoedukasjon i gruppe ble valgt som pedagogisk og terapeutisk rammeverk.

Psykoedukasjon kan defineres som en behandlingsintervensjon som på en systematisk og strukturert måte formidler kunnskap om en sykdom/tilstand, hjelpsomme mestringsstrategier og/eller anbefalt behandling (108).

Kurset ble besluttet gjennomført i gruppe, da det har flere fordeler sammenlignet med individuell behandling. Psykoedukativ gruppebehandling har tidligere vist seg å være en kostnadseffektiv behandlingsform for kvinner med fødselsangst (109). Gruppebaserte

behandlingstilbud når ut til flere personer samtidig sammenlignet med individualterapi. Deltakerne kan dessuten oppleve som positivt å møte andre i samme situasjon, og de kan lære av hverandres erfaringer (96, 110).

Psykoedukasjon i gruppe har en fastere struktur enn for eksempel gruppeterapi. Det gis mindre rom for deltakernes individuelle historier, og man konfronterer i liten grad deltakerne. Individuelle erfaringer og refleksjoner forsøkes løftet opp på et generelt nivå slik at flere kan dra lærdom av dem (96). Rådgivning og undervisning kombineres, slik at deltakeren får kunnskap om temaet samtidig som de mottar råd og veiledning i hvordan mestre sin situasjon på best mulig måte.

I tråd med forskning på virksomme faktorer i fødselsforberedende kurs (55, 111, 112), ble det vurdert som viktig å lære deltakerne konkrete, generelle mestringsstrategier, og samtidig gi dem mulighet til å utvikle egne individuelt tilpassende strategier. Det ble besluttet å bruke flere undervisningsmodaliteter som forelesning, praktiske øvelser, individuell refleksjon, drøfting i plenum og oppfordring til bruk av hjemmeoppgaver. Dette for å unngå monotoni og fasilitere økt læringseffekt. Undervisningsopplegget ble fordelt over tre kurssamlinger for å ikke risikere å overlesse deltakerne med informasjon, gi dem mulighet til å prøve ut mestringsstrategier hjemme mellom kurskveldene og legge til rette for en modningsprosess i løpet av kursrekken.

2.2 Metode for delstudie 2: Utprøving av undervisningsopplegg

2.2.1 Utvalg og rekruttering

For å høste erfaringer fra organisering og gjennomføring av en kursrekke, samt innhente tilbakemeldinger fra deltakere, ble det besluttet å prøve ut kurset i en gruppe kvinner med fødselsangst. Psykososialt team ved St. Olavs hospital har ansvar for oppfølging av kvinner med fødselsangst henvist av fastlege eller jordmor ved helsestasjon. Det ble derfor vurdert som hensiktsmessig å arrangere kurset ved sykehuset. Før oppstart av rekruttering ble prosjektet godkjent av Forskning og utviklings-utvalget ved Kvinneklinikken St. Olavs hospital, og deretter av Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK-nr: 2017/1213, vedlegg 1). Under planleggingen ble det gjennomført samarbeidsmøter med overlege og avdelingsledere ved Fødeavdelingen. Det ble også avholdt flere møter med Psykososialt team. I tillegg ble prosjektet presentert for alle legene ved sykehusets Kvinneklinikk. Egne planleggingsmøter ble gjennomført med hver av de to jordmødrene som skulle bistå i rekrutteringen.

Rekruttering av deltakere ble gjennomført blant kvinner henvist med fødselsangst som møtte til første samtale med jordmor i Psykososialt team. Jordmødrene ga muntlig informasjon om studien til potensielle deltakere, delte ut konvolutt med informasjon om studien (vedlegg 2) og fikk samtykke til å videreformidle kvinnens navn og telefonnummer til prosjektleder. Prosjektleder ringte deretter kvinnene, informerte om kurset og studien, og fikk muntlig samtykke til deltagelse.

Da det tok lengre tid enn opprinnelig planlagt før rekrutteringen kom i gang, ble det i tillegg åpnet opp for rekruttering via Svangerskapspoliklinikken. Her gjennomføres rutineultralyster for gravide rundt uke 18, samt ekstra medisinsk oppfølging ved behov hos mor eller barn. Det ble hengt opp plakater og lagt ut løpesedler på venterommet med informasjon om kurstilbudet og forskningsprosjektet (vedlegg 3). Kvinner som var til avtale ved poliklinikken og selv følte at de hadde fødselsangst, kunne ta direkte kontakt med prosjektleder hvis de ønsket å delta. I tillegg var sekretær i resepsjonen informert om kurset og studien, og ble bedt om å formidle prosjektleders telefonnummer hvis noen kvinner hadde spørsmål eller ønsket å delta i studien.

Utvalget kan dermed beskrives som et bekvemmelighetsutvalg (113). Rekruttering ble gjennomført både via helsepersonell blant kvinner med fødselsangst som var til samtale med Psykososialt team, og gjennom at gravide selv kunne ta kontakt etter å ha sett plakater og løpesedler på Svangerskapspoliklinikken. Manglende støtte fra partner er en risikofaktor for utvikling av fødselsangst (35, 41) og det ble vurdert som viktig at kvinnenens partner også deltok på kurset. I samtaler og infomateriell det derfor oppfordret til at kvinnenens partnere også deltok på kurset og i studien.

Rekrutteringen ble gjennomført i september og oktober 2017. Kurset ble avholdt i perioden 8. - 22. november 2017. Kvinner som ikke behersket norsk skriftlig og muntlig, ikke ville rekke å gjennomføre kurset før termin og/eller hadde en fastsatt avtale om planlagt keisersnitt, fikk ikke delta på kurset og i studien. Totalt seks kvinner deltok på første kurssamling og fem kvinner fullførte hele kursrekken. Det endelige utvalget av kvinner med fødselsangst beskrives nærmere under «4.2. Resultater fra delstudie 2: Utprøving av undervisningsopplegg».

2.2.2 Kartlegging av relevante variabler i utvalget

For å kunne sammenligne dette utvalget med utvalg fra andre studier og vurdere forekomst av kjente risikofaktorer for utvikling av fødselsangst, var det ønskelig å gjennomføre en kartlegging av sosiodemografiske og psykososiale variabler. Det ble derfor besluttet å

utarbeide et spørreskjema for selvrapporing av en rekke sosiodemografiske og psykososiale variabler, samt svangerskapsrelaterte variabler: alder, sivil status, utdanning/arbeid/inntekt, antall tidligere avbrutte og gjennomførte svangerskap, antall uker i aktuelle svangerskap, opplevelse av tidligere fødsel/fødsler, opplevd vold og overgrep tidligere i livet, tilfredshet med eget parforhold, bruk av rusmidler og medikamenter før og under svangerskap, livstilfredshet, samt symptomer på angst og depresjon (vedlegg 4). Dette spørreskjemaet ble fylt ut av deltakerne før undervisningen startet den første kurskvelden.

Datainnsamling gjennom spørreskjema anses som en skånsom metode for innhenting av personlig informasjon, da anonymitet ivaretas og tendens til sosial ønskelighet reduseres i forhold til for eksempel intervju (114). Spørsmål og skalaer ble etter avtale lånt fra de store norske studiene «Favn om fødselen» (115), «Den norske mor og barn undersøkelsen» (116), «Tromsøundersøkelsen» (117) og «Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag» (118).

Tilfredshet med eget liv ble kartlagt ved hjelp av «*The Satisfaction With Life Scale*». Denne skalaen tar for seg globale kognitive oppfatninger om eget liv og er et veletablert mål på livstilfredshet (119). Symptomer på angst og depresjon ble målt ved hjelp av kortversjonen av «*The Hopkins Symptom Checklist*», SCL 5, bestående av fem spørsmål (120). Skalaen er vurdert til å være en valid indikator på psykisk helsetilstand og prøvd ut i norske utvalg (121). Tilfredshet med eget parforhold ble kartlagt gjennom «*The Relationship Satisfaction Scale*», som er utviklet og validert i Norge (122). Tidligere fødselsopplevelser ble kartlagt ved hjelp av et utdrag av spørsmål fra «*The Childbirth Experience Questionnaire*» som ansees som et godt verktøy for måling av ulike aspekter ved kvinnes opplevelse av fødselen (123).

Fødselsangst ble målt ved hjelp av «*The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire*» (W-DEQ). Skalaen består av 33 ledd hvor man skårer seg selv på en Likert-skala fra 0 til 5. Kvinnen tar stilling til utsagn som omfatter ulike følelser og bekymringer knytte til fødselen. Maksimal totalskåre på skalaen er 165. En totalskåre på over 85 vurderes som alvorlig fødselsangst. Det er imidlertid verdt å merke seg at forskjellige studier har benyttet ulike cut-off for hvilket skåringsnivå som klassifiseres som fødselsangst (124)

Det er gjennomført få studier på nivå av katastrofetenkning omkring smerter blant kvinner med fødselsangst (21). Det ble derfor vurdert som viktig å kartlegge dette blant deltakerne på kurset. Nivå av katastrofetanker om smerter ble målt ved hjelp av «*The Pain Catastrophizing Scale*» (PCS) som er godt utprøvd mål på smertekatastrofering (125). PCS er oversatt til norsk og inneholder 13 spørsmål om tanker og følelser knyttet til smerteopplevelser med en

fempunkts Likert-skala fra 0 («ikke i det hele tatt») til 4 («hele tiden») (125). Sammenhenger mellom fødselsangst og egne smerteopplevelser et livsløpsperspektiv og i svangerskapet, er i liten grad undersøkt tidligere. Det ble derfor vurdert som viktig å kartlegge opplevde smerter hos deltakerne før kursstart. Nivå av opplevde smerter ble målt ved hjelp av ett av spørsmålene i smertedelen i Norsk Smerteforenings mye brukte minimumsspørreskjema som inkluderer et smertekart og spørsmål 3-5 fra *The Brief Pain Inventory* (126).

2.2.3 Praktisk gjennomføring

Kurset ble planlagt gjennomført i et undervisningsrom ved Kvinne-barn-senteret ved St. Olavs hospital med tre samlinger à 1,5 timer fordelt over tre uker. Det ble besluttet å holde kurset på kveldstid for å unngå at fravær fra jobb ble et hinder for deltagelse. For å skape en hyggelig atmosfære ble det vektlagt at deltakerne skulle få navneskilt, sitte rundt et bord og få servert kaffe/te, frukt og kjeks i pausen.

2.2.4 Evaluering fra deltakerne

Helsetjenester skal være kunnskapsbaserte. En viktig del av det er brukermedvirkning (127). Det var derfor vurdert som viktig å innhente tilbakemeldinger fra deltakerne for å få informasjon om deres opplevelse av kurset og forslag til forbedringer. Med utgangspunkt i dette ble det utformet et evalueringsskjema som deltakerne skulle fylle ut på slutten av siste kurskveld (vedlegg 8). Det ble vurdert som interessant å få tilbakemelding fra deltakerne på hvorvidt kurset svarte til deres forventninger, om de opplevde at kurset hjalp dem med deres fødselsangst, deres evaluering av innholdet i de ulike kurssamlingene og kurset som helhet, hvorvidt de ville anbefalt kurset til andre med fødselsangst, samt åpne opp for kommentarer og endringsforslag. Spørsmålene ble utformet av prosjektleder.

2.2.5 Analyser av spørreskjema og evalueringsskjema

Spørreskjemaene med bakgrunnsvariabler ble scannet slik at de ble digitalt tilgjengelige og datasettet ble vasket. Deretter ble det gjennomført analyser ved hjelp av IBM SPSS Statistics versjon 24. Det ble gjennomført deskriptive analyser av bakgrunnsvariablene og tilbakemeldingene i evalueringsskjemaene ble oppsummert.

2.3 Metode for delstudie 3: Endringer i nivå av fødselsangst, forventning om fødselssmerter og tanker om smerter fra før til etter kursdeltakelse

Som et ledd i utprøvingen av undervisningsopplegget var det ønskelig å kartlegge endringer i nivå av fødselsangst, forventning om fødselssmerter og tanker om smerter generelt fra før til etter deltagelse på kurset.

2.3.1 Design og utfallsmål

Et pre- og posttest-design ble valgt. Pre-test-variablene inngikk i spørreskjemaet som deltakerne fylte ut før undervisningen startet første kurskveld og er beskrevet tidligere i kapitlet «2.2.2 Kartlegging av relevante variabler i utvalget». Det ble utviklet et post-test-spørreskjema som deltakerne fylte ut etter endt undervisning siste kurskveld (vedlegg 7).

I tillegg til endring i nivå av fødselsangst, ble det vurdert som interessant å undersøke hvorvidt deltakerne opplevde endring i sin spesifikke forventning om grad av opplevd smerte under fødselen, samt om de endret nivå av katastrofepreget tenkning omkring smerter generelt. Det ble valgt ut tre utfallsmål kalt *fødselsangst*, *forventning om fødselssmerter* og *tanke om smerter*.

Nivå av fødselsangst ble målt ved hjelp av «*The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire*» (W-DEQ) som er beskrevet tidligere. Forventning om smerte under fødsel ble målt med spørsmål 24 i W-DEQ: «*Hva tror du at du kommer til å føle under fødselen?*» som besvares ved hjelp av en Likert-skala fra 0 («*ingen smerte*») til 5 («*ekstrem smerte*»). I utgangspunktet var det planlagt å måle endringer i nivå av katastrofetanker om smerter fra før til etter kursdeltakelse ved hjelp av «*The Pain Catastrophizing Scale*» (PCS) som er beskrevet tidligere i oppgaven. På grunn av en feil ble imidlertid de siste syv delleddene i PCS ikke inkludert i post-testskjemaet. Forskjell i PCS-skårer fra før til etter kursdeltakelse kunne dermed ikke måles. Det ble derfor besluttet å analysere endringer i skårer på den første halvparten av PCS fra før til etter kursdeltakelse. Denne variabelen ble da kalt *tanke om smerter* og utgjør en indikator på grad av katastrofepreget tenkning om smerter.

2.3.2 Analyser

Spørreskjemaene ble scannet slik at de ble digitalt tilgjengelige og datasettet ble vasket. Deretter ble det gjennomført analyser ved hjelp av IBM SPSS Statistics 24. Utvalget er lite og tilfredsstillende ikke kriteriet om normalfordeling nødvendig for bruk av paret t-test. Analyser av

endringer i skårer fra pre- til posttest ble derfor analysert med *Wilcoxon Signed Rank Test* som ansees som det beste ikke-parametriske alternativet til t-test (113).

3.0 Etikk

Studien ble godkjent av Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk uten anmerkninger (vedlegg 1). Under rekrutteringen ble det presisert både muntlig og skriftlig at hvis man avsto å delta, så ville ikke det innvirke på mulighetene for oppfølging fra Psykososialt team (vedlegg 2).

Spørreskjemaene inneholdt spørsmål om personlige forhold og tema som kan oppleves som svært sensitive. Skjemaene ble imidlertid fylt ut anonymt og det ble lagt til rette for at utfyllingen skulle skje på en ivaretagende måte. Deltakerne fikk anviste plasser i rommet uten mulighet for innsyn i hverandres skjema. Prosjektleder var til stede under utfyllingen og var også tilgjengelig i rommet en stund etter kursslutt hvis noen ønsket å ta kontakt. Skjemaene inneholdt informasjon om at prosjektleder var psykolog og kunne kontaktes i etterkant hvis man kjente behov for å snakke med noen. Ingen deltakere benyttet seg av denne muligheten.

På første kurskveld presenterte deltakerne seg med fornavn og ingen annen personlig informasjon ble delt. Deltakerne ble oppfordret til å stille spørsmål og komme med personlige refleksjoner. Kursleder understreket samtidig at det ikke var ønskelig med deling av inngående detaljer av eksempelvis tidligere fødselsopplevelser. Det ble begrunnet med et ønske om å sikre en trygg atmosfære uten frykt for å måtte høre angsttriggende detaljer fra andre.

Kun prosjektleder og hovedveileder har hatt tilgang til koblingsnøkkelen som muliggjør identifisering av spørreskjema og navn. Denne er lagret på sikret serverområde hos St. Olavs hospital.

4.0 Resultater

Det presenteres her tre resultatdeler tilhørende oppgavens tre delstudier.

4.1 Resultat fra delstudie 1: Utvikling av undervisningsopplegg

I det følgende beskrives det ferdige undervisningsopplegget. Dette ligger vedlagt i form av en Power Point-presentasjon (vedlegg 5) og en artikkel (vedlegg 6) utarbeidet av prosjektleder.

4.1.1 Første samling: En helhetlig forståelse av smerte

Målet med første samling er å gi deltakerne en forståelse av at smerteopplevelsen under fødsel påvirkes av våre egne og andres tanker, følelser og handlinger, og at dette gir muligheter for å styrke egen mestring av fødselssmerte. Det blir forelest om biopsykososial forståelse av smerte (93, 128), prinsipper fra kognitiv atferdsterapi blir introdusert (129), naturens hensikt med smerte forklares (130) og det redegjøres for hvordan vi tolker smertesignaler (131). Deltakerne får informasjon om hvordan forventninger, tanker og stemningsleie påvirker vår opplevelse av smerten (56). Det blir gitt en kort introduksjon til enkel smertefysiologi inkludert hormoners rolle, fight-flight-freeze-responsen (132) og kroppens egen evne til smertedemping (130). På slutten av kurssamlingen får deltakerne forslag til hjemmeoppgaver og får utdelt en artikkel om psykologisk smertemestring skrevet av prosjektleder (vedlegg 6).

4.1.2 Andre samling: Smertemestring gjennom mental trening og avspenning

Målet med andre samling er å gi deltakerne kjennskap til ulike mentale og kroppslige strategier for påvirkning av egen smerteopplevelse. Deltakerne får informasjon om hvordan det å styre eget oppmerksomhetsfokus i ønsket retning kan virke inn på smerteopplevelsen (133) og får lære teknikker som bruk av visualisering, affirmasjoner og positive triggere fra mental trening/selvhypnose (134-137) for å øke evnen til smertemestring. De får prøve ut avspenningsøvelser (138) til bruk i svangerskap og under fødsel for å dempe stressnivå og således styrke mestring av smerter (139). På slutten av kurssamlingen får deltakerne forslag til hjemmeoppgaver.

4.1.3 Tredje samling: Praktiske tips for å styrke smertemestringen

Målet med tredje samling er å gi deltakerne ulike praktiske mestringsstrategier som de kan benytte under fødselen. Fokuset er på kroppen og kunnskap om at det å tilføre andre typer sanseinntrykk kan dempe opplevelsen av smerte (140), kjennskap til hvordan bruke pusten for å hjelpe kroppen å forbli avspent under riene (141), vite hvordan massasje kan lindre smerter

under fødsel (105), forståelse av oxytocinets viktige rolle for gode fødselsrier (142, 143) og ikke-medikamentelle veier til økt oxytocin-utskillelse (106), samt kjennskap til at ulike fødestillinger kan påvirke smerteopplevelsen (141).

4.2 Resultater fra delstudie 2: Utprøving av undervisningsopplegg

I det følgende redegjøres det for erfaringer fra rekrutteringsprosessen, hvordan kurset ble gjennomført i praksis, bakgrunnsvariabler som beskriver utvalget kvinner med fødselsangst og evalueringer fra deltakerne etter gjennomført kurs.

4.2.1 Rekrutteringsprosessen

Tre kvinner tok direkte kontakt med prosjektleder og ba om å få delta i studien, mens fem kvinner ble rekruttert via jordmor i Psykososialt team. Jordmødrene erfarte at det i noen tilfeller var vanskelig å tematisere kurset og studien med kvinnene fordi det kunne oppleves som forstyrrende for samtalen eller at frykt for smerter ikke fremsto som sentralt i kvinnens angst for fødselen.

Prosjektleder gjennomførte en telefonsamtale med aktuelle deltakere for å gi informasjon om studien og svare på eventuelle spørsmål. Totalt ble åtte kvinner oppringt, hvorav én kvinne ikke ønsket å delta på kurset og i studien. Det viste seg å være vanskelig å få rekruttert partnere med på kurset og i forskningsprosjektet. To av kvinnene hadde ikke barnevakt tilgjengelig slik at partner også kunne delta, én partner jobbet og oppholdt seg i en annen by og én partner kunne bare delta to av tre kurskvelder. Da kun tre av syv kvinner kunne ta med seg sin partner på hele kursrekken, ble det derfor besluttet å gjennomføre kurset og studien uten partnere. En av kvinnene som selv tok kontakt for å delta på kurset og i studien, var ikke gravid. Hun hadde imidlertid tidligere vært til samtale hos Psykososialt team. I utgangspunktet var prosjektet tenkt gjennomført blant gravide. For å sikre nok deltakere på kurset, ble det besluttet å åpne opp for at hun kunne delta.

Etter endt rekrutteringsperiode besto dermed utvalget av syv kvinner. Én kvinne fødte imidlertid før kursstart og ble derfor ekskludert. Seks kvinner møtte opp til første kurskveld. Én av disse møtte ikke til de to neste kurskveldene. Totalt fem deltakere fullførte dermed hele kurset.

4.2.2 Gjennomføring av undervisning

Undervisningen ble gjennomført innenfor de planlagte praktiske rammene. Planen for tema og øvelser på kurssamlingene ble fulgt, og det oppsto ingen utfordringer i gjennomføringen av kurskveldene.

4.2.3 Bakgrunnsopplysninger om deltakerne

I det følgende formidles resultater fra deskriptive analyser av sosiodemografiske, svangerskapsrelaterte og psykososiale variabler i utvalget av seks kvinner som deltok på første kurskveld. Noen resultater presenteres både i tabell/figur og løpende tekst, mens andre resultater er vurdert til å ikke egne seg i tabell/figur og gjengis derfor kun i tekst.

Sosiodemografiske variabler og svangerskapslengde

Gjennomsnittsalderen i utvalget var 31,8 år. Alle deltakerne var gifte. Halvparten av deltakerne hadde ikke norsk som morsmål. Blant de gravide var gjennomsnittlig svangerskapslengde 26,6 uker. En deltaker hadde grunnskole som høyeste fullførte utdanning og var nå under videre utdanning. Resten hadde utdanning på bachelor- eller mastergradsnivå og var i jobb. Gjennomsnittlig samlet årsinntekt før skatt i deltakernes husholdning var omlag 830 000 kr med stor spredning.

Tabell 1: Alder, svangerskapslengde, sivilstatus og inntekt	
Variabler	Totalt utvalg N = 6 gjennomsnitt (median, range)
Alder (år)	31,8 (31,5, 28 - 36)
Svangerskapsuke *	26,6 (29, 13 - 36)
Lengste fullførte utdanning (år)	15 (17, 10 - 18)
Samlet årsinntekt i husholdning (kroner)	833350 (725', 450' – 1300')

*n=5. En av deltakerne var ikke gravid og er derfor ikke inkludert her

Fysisk helse, rusmidler, medikamentbruk og psykososiale faktorer

Halvparten av kvinnene beskrev sin fysiske helse som dårlig, mens de resterende tre beskrev den som god eller meget god. Ingen av deltakerne oppga å ha brukt rusmidler så langt i svangerskapet. Heller ingen av kvinnene hadde brukt reseptbelagte smertestillende,

sovemedisin, beroligende medikamenter eller antidepressiva. To av deltakerne hadde brukt reseptfrie smertestillende medikamenter.

Tre av deltakerne hadde tidligere opplevd at noen hadde truet med å skade dem eller noen som sto dem nær. To kvinner hadde blitt utsatt for fysisk vold. Én person hadde vært vitne til at noen som sto dem nær ble utsatt for vold eller seksuelle overgrep. Én kvinne var selv blitt utsatt for seksuelle overgrep både før og etter fylte 18 år. Tre av kvinnene hadde opplevd smertefull eller skremmende medisinsk behandling i forbindelse med sykehusopphold fordi de var syk eller alvorlig skadet.

Smerter, livstilfredshet, parforhold, psykisk helse, katastrofetanker om smerter og fødselsangst

Som vist i tabell 2, var i gjennomsnitt de sterkeste smertene kvinnene hadde opplevd siste uka på et moderat nivå, men med stor spredning fra nesten ingen smerter til ganske sterke smerter. Videre ser vi at deltakerne i gjennomsnitt skåret høyt på livstilfredshet, var fornøyde med sitt parforhold, hadde moderat grad av symptomer på angst og depresjon, og et normalt nivå av katastrofetanker om smerter. Det er verdt å merke seg her at spredningen i nivå av psykiske symptomer var stor. Flere av deltakerne hadde høyt symptomtrykk. Deltakerne hadde fra moderat (skåre 58) til alvorlig grad av fødselsangst (skåre 104) (7).

Tabell 2: Smerter, livstilfredshet, parforhold, psykisk helse, katastrofetanker om smerter og fødselsangst	
Variabler	Totalt utvalg N = 6 Gjennomsnitt (median , range)
Sterkeste smerter siste uka^a	3,3 (2,6 , 1 - 7)
Livstilfredshet (SWLS)^b	5,6 (5,3 , 5 – 6,6)
Tilfredshet med parforhold (RSS)^c	5,1 (5,1 , 4,2 – 5,9)
Psykisk helse (SCL-5)^d	1,9 (1,6 , 1,4 – 3,4)
Katastrofetanker om smerter (PCS)^e	19,3 (5,6 , 12 - 28)
Fødselsangst (W-DEQ)^f	79,7 (77, 58 – 104)

^aSpørsmål fra «The Brief Pain Inventory», skåres fra 0 til 10

^bSWLS = «The Satisfaction With Life Scale», skåres fra 1 til 7

^cRSS = «The Relationship Satisfaction Scale», skåres fra 1 til 6

^dSCL5 = «The (Hopkins) Symptom Checklist 5», skåres fra 1 til 4

^ePCS = «The Pain Catastrophizing Scale», skåres fra 0 til 52

^fW-DEQ = «The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire», skåres fra 0 til 165

Tidligere svangerskap og fødselsopplevelser

Tre kvinner hadde opplevd spontanabort tidligere. Ingen hadde gjennomført selvbestemt planlagt abort. Én kvinne var ikke gravid, én kvinne var førstegangsfødende, tre kvinner var andregangsfødende og én kvinne var tredjegangsfødende.

To av de andregangsfødende kvinnene hadde født vaginalt uten inngrep, mens én hadde født vaginalt med bruk av sugekopp, blitt klippet og fått rift i skjeden. Den tredjegangsfødende kvinnen hadde født sitt første barn ved en vaginal fødsel uten inngrep hvor hun i etterkant ble sydd i skjeden. Hennes andre fødsel var et akutt keisersnitt.

De fire kvinnene som hadde født barn tidligere besvarte spørsmål om sin opplevelse av fødselen. Svarene er gjengitt i tabell 3. For kvinnen som hadde født to ganger tidligere gjengis kun beskrivelser av hennes første fødsel. Som vi ser av tabellen beskrev kvinnene sin forrige fødsel som særdeles smertefull. De følte de hadde svært liten grad av kontroll, opplevde seg ganske utrygge og redde, samt var svært slitne. Alt i alt beskriver de fødselen som en ekstremt dårlig opplevelse.

Tabell 3: Tidligere fødselsopplevelse**	Totalt utvalg n=4* Gjennomsnitt (median, range)
<i>Hvor smertefull opplevde du alt i alt fødselen? Ingen smerter (0) – Verst tenkelige smerter (10)</i>	9,75 (10, 9 - 10)
<i>Hvor mye kontroll følte du at du hadde alt i alt under fødselen? Ingen kontroll i det hele tatt (0) – Fullstendig kontroll (10)</i>	1,5 (1,5 , 1 - 2)
<i>Hvor trygg opplevde du alt i alt at du følte deg? Ikke trygg i det hele tatt (0) – Fullstendig trygg (10)</i>	4 (4, 2 - 6)
<i>Hvor redd var du under fødselen? Overhodet ikke redd (0) – Ekstremt redd (10)</i>	6 (6,5 , 2 - 9)
<i>Hvor sliten var du under fødselen? Overhodet ikke sliten (0) – Ekstremt sliten (10)</i>	8,25 (8 , 7 - 10)
<i>Hvordan var din opplevelse av fødselen i det store og det hele? Veldig god (0) – Ekstremt dårlig (10)</i>	9,25 (9 , 9 - 10)

*Andel kvinner som hadde født tidligere

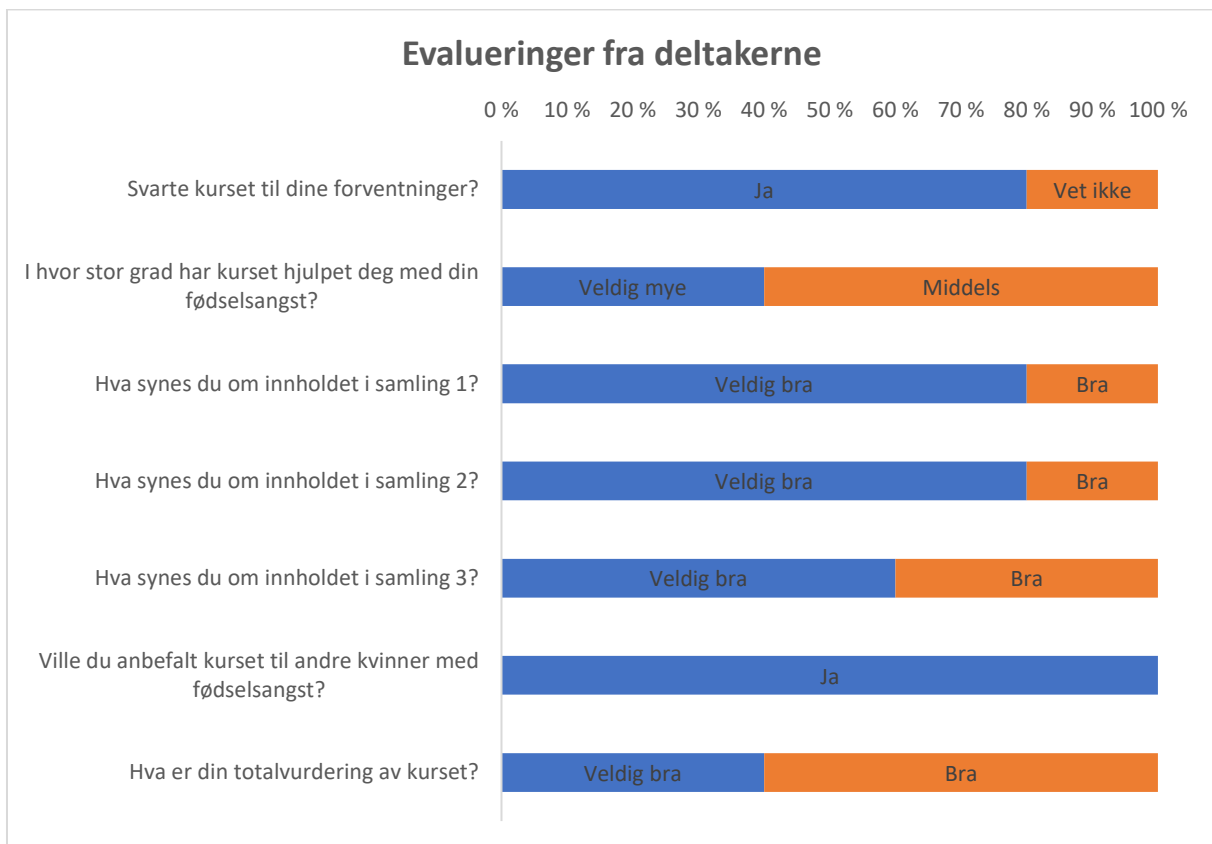
**Spørsmål hentet fra «The Childbirth Experience Questionnaire»

4.2.4 Evaluering fra deltakerne

Deltakerne fylte ut et evalueringsskjema på slutten av siste samling (vedlegg 8). Resultatene herfra er gjengitt i figur 2. Totalt fem kvinner deltok på hele kursrekken. Fire av deltakerne mente kurset svarte til deres forventninger, mens én deltaker krysset av for «vet ikke». Tre

deltakere opplevde at kurset hadde hjulpet dem med deres fødselsangst i middels grad, mens to deltakere opplevde at det hadde hjulpet dem veldig mye.

Deltakerne fikk mulighet til å evaluere innholdet i hver enkelt kurssamling med fem svaralternativer fra «veldig bra» til «veldig dårlig». Første og andre samling ble av fire deltakere beskrevet som «veldig bra», mens én deltaker beskrev dem som «bra». Tre deltakerne opplevde siste samling som «veldig bra», mens to deltakere beskrev den som «bra». Alle deltakerne ville anbefale kurset til andre gravide med fødselsangst. To deltakere beskrev det som «veldig bra» mens tre deltakere mente kurset var «bra».



Figur 2: Illustrasjon av andelen deltakerne som valgte de ulike svaralternativene. N = 5.

Til sist i evalueringsskjemaet fikk deltakerne spørsmål om de hadde noen forslag til endringer eller andre kommentarer. Alle valgte å skrive litt her. I det følgende gjengis tilbakemeldingene ordrett.

- *Takk for at du har gjort meg bevisst på tankemåten min. Håper jeg klarer og husker å bruke dette i min fødsel. Mannen skal få skrive en liste så han minner meg på å være bevisst*

- *For min egen del kunne jeg tenkt meg mer om fødselsangst som ikke nødvendigvis er knyttet til smerte – dvs angst for at ting skal gå galt med baby og meg under fødselen*
- *Tettere samarbeid med fødestua/jordmødrene :)*
- *Kanskje litt mer praktisk trening. Kan være veldig bra å ha partner med*
- *Kanskje litt lengre kurs? Det er veldig omfattende tema :)*

En deltaker sendte på eget initiativ en epost til prosjektleder etter fødselen hvor hun formidlet svært positivt utbytte av kurset. De mentale strategiene for å beholde roen og mestre smerter hadde hjulpet henne under hele fødselen. Hun brukte også disse teknikkene under keisersnittet som til slutt ble gjennomført.

4.3 Resultater fra delstudie 3: Endringer i fødselsangst, forventning om fødselssmerter og tanker om smerter

Som vi ser av tabell 4, falt kvinnes skårer på fødselsangstmålet fra 81,8 før kurset til 59,0 etter kurset. Forventningen til fødselssmerte gikk ned fra 5,0 til 4,2 og tanker om smerter generelt ble redusert fra 16 til 13,4. Analyser ved hjelp av Wilcoxon Signed Rank Test viser imidlertid at kun endringen i nivå av fødselsangst fra før til etter kursdeltakelse var statistisk signifikant, med $z = -2,023$, $p < .001$ og effektstørrelse $r = .64$.

Tabell 4. Fødselsangst, forventning om fødselssmerte og tanker om smerter før og etter kursdeltagelse. N = 5.						
Utfallsmål		Gj.snitt	SD	z	p	r
Fødselsangst (W-DEQ)	Pretest	81,8	19,5	-2,02	.043	.64
	Posttest	59,0	15,6			
Forventning fødselssmerte *	Pretest	5	0	-1,63	.102	.52
	Posttest	4,2	0,8			
Tanker om smerter**	Pretest	16	3,5	-1,83	.068	.60
	Posttest	13,4	5			

* Spm nr 24 i W-DEQ

**På grunn av en feil ble siste seks spørsmål av «The Pain Catastrophizing Scale» ikke inkludert i posttestskjema. Denne variabelen består derfor kun av spm 1 til 6 i denne skalaen og benevnes derfor som «Tanker om smerter».

5.0 Diskusjon

Frykt for smerte er en viktig komponent i fødselsangst (21). Psykoedukasjon om biopsykososial forståelse av smerter og muligheter for styrket smertemestring er mye brukt innen behandling av langvarige smertetilstander (28, 29). Dette gir grunn til å prøve ut psykoedukasjon om biopsykososial forståelse av smerte og mestring av fødselssmerter som en intervensjon i behandling av fødselsangst. Denne oppgaven har beskrevet utviklingen av et slikt psykoedukativt undervisningsopplegg. Det er redegjort for utprøvingen av undervisningsopplegget i en gruppe kvinner med fødselsangst. Endringer i nivå av fødselsangst, forventning om fødselssmerter og tanker om smerter er så beskrevet.

Oppgaven gir et forslag til en ny type behandlingsintervensjon for fødselsangst, viser hvordan et forskningsprosjekt for å undersøke effekten av intervensjonen kan gjennomføres og peker på viktige områder for fremtidig forskning.

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1. Utvikling av undervisningsopplegg

Som vist i denne oppgaven, er det mulig å utarbeide et psykoedukativt undervisningsopplegg om mestring av fødselssmerter i et biopsykososialt perspektiv. Det er ikke tidligere publisert studier hvor dette er gjort. Utviklingen av et slikt kurs er et viktig steg på veien mot større forståelse blant fødekvinne og fødselshjelpere for at fødselssmerter kan forstås og håndteres i et biopsykososialt perspektiv (27). Et slikt syn gir flere muligheter for mestring av smertene i motsetning til en ren biologisk forståelse hvor medikamentell demping av smerter blir det eneste alternativet.

5.1.2 Utprøving av undervisningsopplegg

Undervisningsopplegget ble prøvd ut i en gruppe kvinner med fødselsangst uten store utfordringer knyttet til organisering og praktisk gjennomføring. Deltakerne ga kurset gode evalueringer. Alle opplevde at kurset hadde hjulpet dem med deres fødselsangst, og alle ville anbefale det til andre med fødselsangst. Behandling i gruppe kan ha positive effekter som redusert stigma, følelse av fellesskap og læring fra andres erfaringer (96, 110). En slik behandlingsform kan imidlertid også ha negative effekter for deltakere hvis de blir utsatt for kritiske tilbakemeldinger eller føler at de har utlevert seg selv uten tilstrekkelig ivaretagelse (144). I denne studiens kursgruppe oppsto det ingen krevende episoder med for eksempel ukritisk deling av svært personlig informasjon som potensielt kunne virke angsttriggende for

øvrige deltakere. Fremtidige studier bør kartlegge nærmere kursdeltakernes opplevelse av positive og negative sider ved det å treffe andre kvinner med fødselsangst på et gruppebasert kurs, da gjerne med en kvalitativ tilnærming som intervju.

Kurset foregikk over tre uker og krevde dermed at deltakerne hadde tid og motivasjon til å delta over en lengre periode. Én kvinne møtte ikke opp til andre og tredje kurskveld. I fremtidig forskning vil det være interessant å gjennomføre intervjuer med deltakere som ikke følger hele kursrekken for å få informasjon om hvilke forhold som gjorde det vanskelig å fullføre kurset. Man kan her se for seg at både faktorer ved selve kurset og livet for øvrig kan spille inn. Å gjennomføre kurset på en og samme dag vil kunne være en måte å forebygge drop-out på. En ulempe da er imidlertid at deltakerne ikke får reflektert rundt kursinnholdet over tid eller benyttet seg av hjemmeoppgaver.

Halvparten av studiens seks deltakere hadde ikke norsk som morsmål. Det er interessant og bør inspirere til videre forskning på hvorvidt forekomsten av fødselsangst er høyere blant kvinner med annen kulturell opprinnelse enn norsk. Andelen utførte keisersnitt er høyere blant innvandrerkvinner i høyinntektsland sammenlignet med kvinner som ikke har innvandret (145). Hvorvidt flere også har fødselsangst bør undersøkes i videre forskning. Flesteparten av deltakerne hadde høy sosioøkonomisk status i form av lang utdanning og høy inntekt i husholdningen. Dette samsvarer med studier som viser høyere forekomst av fødselsangst blant kvinner med høy sosioøkonomisk status (82). Samtidig vet vi at mange studier ikke har funnet en slik sammenheng (32, 34, 47). Kvinner med fødselsangst har større sannsynlighet for å bruke psykotrope medikamenter under svangerskapet (87). En slik tendens var ikke til stede i dette utvalget hvor ingen av deltakerne oppga å ha brukt slike medikamenter så langt i svangerskapet. Det var heller ingen av deltakerne i denne studien som oppga bruk av reseptbelagte smertestillende

Fire av deltakerne i denne studien hadde født tidligere og beskrev det som en svært negativ opplevelse. Dette er i tråd med forskning som viser at fødselsangst kan utvikles som reaksjon på en vond fødselsopplevelse og at en negativ fødselsopplevelse er den sterkeste prediktoren for fødselsangst blant flergangsfødende (11, 60). Flere av kvinnene i denne studien hadde blitt utsatt for fysisk vold, trusler om fysisk vold og/eller seksuelle overgrep. Dette stemmer bra med funnene fra Den norske mor og barn-undersøkelsen (MoBa) hvor fysisk, psykisk og seksuell vold har vist seg å være viktige prediktorer for utvikling av fødselsangst (79, 80). Det er videre interessant å merke seg at halvparten av kvinnene hadde opplevd smertefull eller skremmende medisinsk behandling i forbindelse med sykehusopphold de hadde vært gjennom

fordi de var syke eller alvorlig skadet. Det er i liten grad forsket på sammenhengen mellom negative erfaringer knyttet til sykehus/helsepersonell og utvikling av fødselsangst (78), og dette bør prioriteres i fremtidig forskning.

I denne studien skåret deltakerne i gjennomsnitt 1,9 på SCL 5. En skåre på over 2,0 på SCL 5 ansees som indikasjon på psykisk lidelse (146). Gjennomsnittsskåren i dette utvalget er noe høyere enn tall fra tilsvarende symptomkartlegging i MoBa hvor man fant at kvinner i normalpopulasjonen av gravide i gjennomsnitt skåret 1,23 på SCL 5 (121). Nivået av angst og depresjon i denne studiens utvalg er i tråd med tidligere forskning fra store studier i flere land som viser at andelen kvinner med fødselsangst er høyere blant de som strever med angst og depresjon (8, 35, 41, 46, 84, 85). Samtidig skårer deltakerne i gjennomsnitt 5,6 på «Satisfaction With Life Scale», noe som indikerer at de er svært fornøyde med sitt liv for tiden. Dette er samme nivå av livstilfredshet som man fant blant gravide i MoBa og er høyere gjennomsnittsskårer enn det man finner i andre ulike grupper mennesker (147). Denne kombinasjonen av høyere nivå av symptomer på psykiske vansker og høy grad av livstilfredshet, kan man se for seg er knyttet til den sammensatte livssituasjonen gravide kvinner er i. På den ene siden kan de kjenne på stor tilfredshet knyttet til å skulle få et barn. På den andre siden må de leve med vissheten om at noe kan gå galt i løpet av svangerskap og fødsel. Særlig vil kvinner med fødselsangst kunne kjenne sterkt på de mentalt og emosjonelt krevende sidene av det å gå gravid.

Som gruppe er deltakerne tilfredse med sitt parforhold og skårer 5,1 på «The Relationship Satisfaction Scale». Dette samsvarer med resultater fra MoBa hvor gravide kvinner skåret parforholdet sitt til 5,2 ved bruk av samme skala (122). Manglende støtte fra partner og lav tilfredshet med parforholdet er en risikofaktor for utvikling av fødselsangst (35, 41, 81), men denne sammenhengen er ikke tydelig i dette utvalget. Av praktiske årsaker ble ikke partnere rekruttert med i denne studien. Fremtidige studier bør etterstrebe involvering av partnere i behandling av fødselsangst. Partner har en viktig rolle under svangerskap og under selve fødselen. Kunnskap hos partner om biopsykososial mestring av fødselsangst vil kunne styrke den gravide kvinnens mestringstro og bidra til å redusere hennes fødselsangst.

Deltakerne i denne studiens utvalg skåret i gjennomsnitt 19,3 på «The Pain Catastrophizing Scale» (PCS). Til sammenligning ligger PCS-skåren stort sett rundt 20 for friske, unge kvinner og menn (148, 149). Graden av katastrofetenkning kan dermed ikke sies å være forhøyet blant deltakerne i denne studien. Kvinner med fødselsangst forventer høyere nivå av smerter under fødsel enn kvinner uten angst for å føde (34). Kvinner som katastrofetenker

mye omkring smerte, forventer sterkere smerter under fødselen og er reddere for å bli overveldet av fødselssmerter (51). Disse sammenhengene gjør det interessant å videre undersøke forholdet mellom katastrofetenkning om smerter og frykt for fødsel i fremtidige studier, da det kan gi innsikt i hvorvidt behandling bør rettes mot selve katastrofetenkningen.

Kvinnene i denne studien rapporterte et lavt gjennomsnittsnivå av opplevde smerter generelt. Halvparten beskrev sin fysiske helse som god eller veldig god. Gravide kvinner generelt har mer smerter sammenlignet med kvinner som ikke er gravide (150, 151). Det kan ikke sies å gjenspeiles i denne studiens utvalg. For fremtidige studier vil det være interessant å undersøke en mulig sammenheng mellom høyt nivå av opplevde smerter, svekket fysisk helse i svangerskap og risiko for fødselsangst. Det ser ut til å være gjennomført få eller ingen studier på dette tidlige. Man kan se for seg at svekket fysisk helse og/eller uttalt smerteproblematikk kan gi en opplevelse av å ikke være fysisk i stand til å føde sitt barn og dermed bidra til fødselsangst. Som kjent er frykt for å ikke fysisk sett klare å føde barnet en bekymring man finner hos mange kvinner med fødselsangst (41, 42).

5.1.3 Endringer i fødselsangst, forventning om fødselssmerter og tanker om smerter

Etter fullført kurs hadde kvinnene redusert nivå av fødselsangst, lavere forventning om fødselssmerter og mindre katastrofepreget tenkning sammenlignet med før kursstart. Endringen i nivå av fødselsangst var statistisk signifikant med en stor effektstørrelse (152). Dette er lovende resultater som gjør det viktig å forske videre på bruk av psykoedukasjon om biopsykososial forståelse av smerte i behandling av fødselsangst. En slik tilnærming er ikke benyttet tidligere. Denne pilotstudien peker således på en mulig ny intervensjon i behandling av fødselsangst.

Deltakerne i denne studien fikk et kurs om mestring av fødselssmerter. Som vist opplevde de ikke kun nedgang i spesifikk frykt for smerte, men også nedgang i fødselsangst mer generelt. Kvinner med fødselsangst kan ha mange spesifikke bekymringer som for eksempel frykt for å få panikk eller rope ukontrollert (40-42). En hypotese kan være at slike bekymringer er sekundære konsekvenser av primær frykt for smerter, og at økt tro på smertemestring kan dempe disse. Slik vil en intervensjon rettet mot frykt for smerte også kunne gi effekt på andre bekymringer og generelt nivå av fødselsangst.

Videre så vi at kvinnene opplevde nedgang i grad av katastrofepreget tenkning om smerter generelt. Dette er interessant, da det gir grunnlag for en hypotese om at katastrofetenkning

omkring smerter spiller inn på fødselsangst. Det er gjort lite forskning på denne potensielle sammenhengen tidligere (21). I en studie med høyere forskningsmessig kvalitet vil det være interessant å undersøke dette nærmere. Som kjent er det et stort behov for en bedre forståelse av hva fødselsangst er og hvordan det kan behandles (7, 42, 45).

5.2 Diskusjon av metode, styrker og svakheter

5.2.1. Utvikling av undervisningsopplegg

En svakhet ved undervisningsopplegget er at det ble utviklet av prosjektleder alene. Flere fagpersoner kunne med fordel vært delaktige i planleggingen. Mer bruk av pedagogisk kompetanse under utformingen av undervisningsopplegget ville eksempelvis kunne gi bedre formidling av materialet. Kvaliteten på både innhold og formidling ville kunne styrkes av bidrag fra andre faggrupper som eksempelvis jordmødre og gynekologer. Kurset bør dessuten videreutvikles i samråd med kvinner som har fødselsangst og da særlig kvinner som frykter smertene forbundet med fødselen.

En mulig kritikk mot undervisningsopplegget er at det inneholder elementer fra andre fagtradisjoner og således ikke kan defineres som kun psykoedukasjon om biopsykososal mestring av smerte. Som nevnt utgjør prinsipper fra kognitiv atferdsterapi en del av kurset. Undervisningen inneholder også elementer fra mindfulness, selvhypnose og informasjon som formidles i tradisjonelle fødselsforberedende kurs. Kurset utgjør likevel en ny type intervensjon i behandling av fødselsangst. Smertemestringsperspektivet vektlegges gjennomgående, og all bruk av elementer fra andre fagtradisjoner begrunnes med utgangspunkt i den biopsykososiale forståelsesmodellen for smerte. Undervisningsopplegget bør beskrives mer detaljert i en kursmanual slik at det kan gjentas av andre. God behandlingsforskning er avhengig av å kunne identifisere de ulike antatte virksomme elementene for å sikre at den aktuelle behandlingen faktisk blir gitt. Det er også viktig for å kunne analysere effekten av å legge til og trekke fra elementer. I fremtidig forskning bør det kartlegges om og i hvilken grad kursets innhold eventuelt overlapper med innholdet i andre studiers intervensjoner, slik at resultater kan sammenlignes.

Undervisningsopplegget ble i denne studien formidlet som et gruppebasert kurs. I videre forskning bør andre formidlingsformer også vurderes. Et kurs som dette vil sannsynligvis kunne egne seg som et nettbasert kurs og slik gjøres tilgjengelig for flere uavhengig av tilgang på fagpersoner og kvinnens bosted. Det er gjennomført noen studier på nettbasert behandling

av fødselsangst og resultatene er så langt lovende (101). Det er også mulig å se for seg at undervisningsopplegget kan brukes i individualsamtaler og utgjøre et rammeverk for individuelt tilpasset psykoedukasjon. Videre forskning bør undersøke effekten av bruk av psykoedukasjon om biopsykosial forståelse av smerter og mestring av fødselssmerter som en behandlingsintervensjon formidlet ved hjelp av internett, i individuelle samtaler eller kombinasjoner av ulike former.

5.2.2 Utprøving av undervisningsopplegg

Kurset ble gjennomført i en gruppe kvinner rekruttert som et bekvemmelighetsutvalg. Det har trolig påvirket hvilke kvinner som deltok og kan anses som en svakhet ved studien. Samtidig gir dette en viktig pekepinn for fremtidig forskning. Flere kvinner som ikke hadde søkt hjelp hos Psykososialt team for sin fødselsangst, tok selv kontakt og ønsket å delta. Mye av forskningen på fødselsangst har vært gjennomført blant kvinner som ønsker keisersnitt (32, 59, 60, 69, 83, 88, 90, 153). Rekrutteringen skjer da ofte blant kvinner som har tatt kontakt med helsevesenet på grunn av angst for å føde. En del gravide kvinner strever imidlertid med fødselsangst uten å nødvendigvis ønske keisersnitt (90). God psykisk helse hos mor under svangerskapet er viktig for både henne og barnets helse før, under og etter fødsel (14-20, 90). Det gir grunn til også å behandle fødselsangst blant kvinner som ikke ønsker planlagt keisersnitt, da mors psykiske helse i svangerskapet har en verdi i seg selv uavhengig av forløsningsmetode. Én av deltakerne var ikke gravid på kurstidspunktet. Det er en viktig påminner om at mange kvinner plages med fødselsangst uten å være gravide (154), og at de også bør tilbys behandling.

Jordmødrene som bisto i rekrutteringen erfarte ved noen anledninger at det var vanskelig å anbefale kvinner som ikke tydelig uttrykte frykt for fødselssmerter å delta på kurset og i studien. Informasjonsmateriell vektla også at kurset handlet om mestring av fødselssmerter. Det kan ha ført til at utvalget ble dominert av kvinner med særlig frykt for fødselssmerte. Som kjent vet vi at fødselsangstens innhold kan være sammensatt og varierer mellom kvinner (40-42). I fremtidig forskning vil det være interessant å undersøke hvorvidt undervisning om biopsykososial smerte og mestring av fødselssmerter har særlig god effekt på fødselsangst hos kvinner med sterk frykt for fødselssmerter, eller om kursdeltakelse også har effekt blant kvinner som ikke har smertene som en spesielt uttalt frykt.

En svakhet med studien er at partnere ikke var med. Det viste seg vanskelig for kvinnenes partnere å delta på kurset grunnet jobb og manglende barnevakt. Deltakelse fra partner er

viktig i forberedelse til fødsel og manglende støtte fra partner er en risikofaktor for utvikling av fødselsangst (35). Dette gjør det viktig å inkludere dem i behandling for kvinner med fødselsangst. Videre vet vi at trolig like mange blivende fedre som blivende mødre har angst for fødsel (33) og at partners bekymringer for fødsel spiller inn på beslutning om planlagt keisersnitt for kvinner med fødselsangst (88). Det gjør det viktig å kunne tilby behandling rettet mot blivende fedre og medmødre med fødselsangst. Denne studiens undervisningsopplegg bør derfor prøves ut også blant partnere til kvinner med fødselsangst og blant partnere som selv har fødselsangst. Det kan legges til rette for bedre deltakelse fra partnere på fremtidige kurs gjennom for eksempel å arrangere dem på dagtid eller tilby barnevakt.

Deltakerne fikk gi tilbakemeldinger på kurset gjennom et evalueringsskjema utformet av prosjektleder. Et slikt skjema gir begrenset informasjon. I fremtidig forskning kan det med fordel utvikles et mer omfattende evalueringsskjema eller gjennomføres intervju med deltakerne for å få fyldigere tilbakemeldinger om hva som for eksempel er vanskelig å forstå, oppleves som uinteressant eller er overflødig. Slike intervju kan også gi verdifulle innblikk i hvilke elementer i kurset deltakerne opplever som spesielt virksomme.

5.2.3 Endringer i fødselsangst, forventning om fødselssmerter og tanker om smerter

Halvparten av deltakerne i denne studien hadde kun moderat grad av fødselsangst målt ved hjelp av «The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire» (W-DEQ) (7), men kjente likevel behov for å delta på et kurs for kvinner med fødselsangst. Å bruke W-DEQ som mål på fødselsangst kan vurderes som en svakhet ved studien hvis man legger til grunn kritikk som er reist mot skalaen. Faktoranalyser av W-DEQ viser at frykt utgjør bare én av fire faktorer og skalaen er således et mål på mer enn bare fødselsangst (99). Målet inkluderer kun emosjoner og kognisjoner knyttet til barnet i magen og fødselen, og tar ikke for seg ulike spesifikke frykter. Det fører til at for eksempel opplevd press for/mot smertestillende medikamenter, frykt for endringer i kroppen og endringer i seksuell funksjon, frykt for å ikke få hjelp av helsepersonell, samt redsel for medisinske intervensjoner ikke kartlegges (7, 99). En del kvinner kan altså føle seg sterkt preget av angst for fødselen uten at det nødvendigvis gir høy skåre på W-DEQ. Det var kanskje tilfelle for noen av kvinnene i denne studiens utvalg. W-DEQ er imidlertid ansett som det beste tilgjengelige målet på fødselsangst (7) og er således anbefalt brukt inntil et eventuelt annet mål er utviklet og validert.

På grunn av en uoppdaget feil som oppsto i forbindelse med formatteringen av posttest-spørreskjemaet, ble kun halve «*Pain Catastrophizing Scale*» inkludert. Dette er naturligvis en svakhet ved studien og en påminner om hvor viktig det er med gode kontrollrutiner ved gjennomføring av forskningsprosjekter. Til tross for denne feilen, var det mulig å benytte de inkluderte spørsmålene som et modifisert mål på endring i nivå av katastrofepreget tenkning fra før til etter kursdeltakelse.

Denne oppgavens tre delstudier har til sammen utgjort en pilotstudie og utvalget var derfor veldig lite. Datasettet tilfredsstilte de fleste kriteriene for bruk av *Wilcoxon Signed Rank Test* gjennom å være på ordinalnivå, pre- og postskårene var fra samme gruppe deltakere, hvert par av skårer var uavhengige og tilfeldige, og det var fem deltakere. Fordelingen av forskjellsskårene var imidlertid ikke symmetrisk (152). Det ble likevel besluttet å benytte denne signifikanstesten, da resultater fra et så lite utvalg uansett vil ha store statistiske begrensninger. Andre svakheter ved studien er at deltakerne ikke ble randomiserte til behandlingsintervensjonen og det foreligger ikke en kontrollgruppe. Vi vet derfor ikke noe om hvorvidt for eksempel bare det å være i en gruppe eller bli møtt av en fagperson har effekt i seg selv. Det er ikke kontrollert for tredjevariabler som for eksempel om deltakerne mottok annen form for behandling parallelt eller tilegnet seg relevant informasjon på egenhånd. Dette gjør naturligvis at endringsresultatene og alle beskrivelser av karakteristikk ved utvalget må tolkes med stor forsiktighet. Studien bør gjentas som en større randomisert kontrollert multisenter-studie.

6.0 Konklusjon

Denne oppgaven har vist at kunnskap om biopsykososial mestring av fødselssmerter kan formidles gjennom et psykoedukativt undervisningsopplegg. Utprøving av undervisningsopplegget i en gruppe kvinner med fødselsangst ble gjennomført uten store utfordringer. Deltakerne var opplevde positivt utbytte av kurset. De rapporterte reduserte nivåer av fødselsangst, lavere forventning om fødselssmerter og mindre grad av katastrofepreget tenkning om smerter generelt fra før til etter kursdeltakelse. Dette er lovende resultater. Fremtidige fullskala effekt-studier bør gjennomføres for å undersøke hvorvidt psykoedukasjon om biopsykososial forståelse av smerter kan være en effektiv behandlingsintervensjon for fødselsangst.

7.0 Referanser

1. Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG*. 2012;119(10):1238-46.
2. Jespersen C, Hegaard HK, Schroll AM, Rosthoj S, Kjaergaard H. Fear of childbirth and emergency caesarean section in low-risk nulliparous women: a prospective cohort study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2014;35(4):109-15.
3. Lukasse M, Schei B, Ryding EL, Bidens Study G. Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sex Reprod Healthc*. 2014;5(3):99-106.
4. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth*. 2014;41(4):384-94.
5. Klabbers GA, Wijma K, Paarlberg KM, Emons WH, Vingerhoets AJ. Treatment of severe fear of childbirth with haptotherapy: design of a multicenter randomized controlled trial. *BMC Complement Altern Med*. 2014;14:385.
6. Storksens HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Eskild A. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(2):237-42.
7. Nilsson C, Hessman E, Sjoblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):28.
8. Dorheim SK, Bjorvatn B, Eberhard-Gran M. Insomnia and depressive symptoms in late pregnancy: a population-based study. *Behav Sleep Med*. 2012;10(3):152-66.
9. Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, Stoll K. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2009;38(5):567-76.
10. Ryding EL, Persson A, Onell C, Kvist L. An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82(1):10-7.
11. Ryding EL, Wirfelt E, Wangborg IB, Sjogren B, Edman G. Personality and fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(7):814-20.
12. Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhstrom H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1998;77(5):542-7.
13. Ryding EL, Lukasse M, Parys AS, Wangel AM, Karro H, Kristjansdottir H, et al. Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth*. 2015;42(1):48-55.
14. Soderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG*. 2009;116(5):672-80.
15. Raisanen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open*. 2013;3(11):e004047.
16. Field T. Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behav Dev*. 2018;51:24-32.
17. Shlomi Polachek I, Huller Harari L, Baum M, Strous RD. Postpartum anxiety in a cohort of women from the general population: risk factors and association with depression during last week of pregnancy, postpartum depression and postpartum PTSD. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2014;51(2):128-34.
18. Beck CT. The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis. *Nurs Res*. 1995;44(5):298-304.
19. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(4):357-64.
20. Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S, Hauck Y. Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *J Clin Nurs*. 2009;18(5):667-77.
21. Dehghani M, Sharpe L, Khatibi A. Catastrophizing mediates the relationship between fear of pain and preference for elective caesarean section. *Eur J Pain*. 2014;18(4):582-9.

22. Pain IAftSo. IASP Taxonomy 2018 [updated 14.12.17. Available from: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>.
23. Lumley MA, Cohen JL, Borszcz GS, Cano A, Radcliffe AM, Porter LS, et al. Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *J Clin Psychol*. 2011;67(9):942-68.
24. Turk DC, Wilson HD, Cahana A. Treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet*. 2011;377(9784):2226-35.
25. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull*. 2007;133(4):581-624.
26. Labor S, Maguire S. The Pain of Labour. *Rev Pain*. 2008;2(2):15-9.
27. Whitburn LY, Jones LE, Davey MA, McDonald S. The nature of labour pain: An updated review of the literature. *Women Birth*. 2018.
28. Dowd H, Hogan MJ, McGuire BE, Davis MC, Sarma KM, Fish RA, et al. Comparison of an Online Mindfulness-based Cognitive Therapy Intervention With Online Pain Management Psychoeducation: A Randomized Controlled Study. *Clin J Pain*. 2015;31(6):517-27.
29. Baez S, Hoch MC, Hoch JM. Evaluation of Cognitive Behavioral Interventions and Psychoeducation Implemented by Rehabilitation Specialists to Treat Fear-Avoidance Beliefs in Patients With Low Back Pain: A Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil*. 2017.
30. Alehagen S, Wijma B, Lundberg U, Wijma K. Fear, pain and stress hormones during childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2005;26(3):153-65.
31. Salomonsson B, Wijma K, Alehagen S. Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*. 2010;26(3):327-37.
32. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section--a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(7):807-13.
33. Bergstrom M, Rudman A, Waldenstrom U, Kieler H. Fear of childbirth in expectant fathers, subsequent childbirth experience and impact of antenatal education: subanalysis of results from a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(8):967-73.
34. Jokic-Begic N, Zigic L, Nakic Rados S. Anxiety and anxiety sensitivity as predictors of fear of childbirth: different patterns for nulliparous and parous women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2014;35(1):22-8.
35. Toohill J, Creedy DK, Gamble J, Fenwick J. A cross-sectional study to determine utility of childbirth fear screening in maternity practice - An Australian perspective. *Women Birth*. 2015;28(4):310-6.
36. Hildingsson I, Haines H, Karlstrom A, Nystedt A. Presence and process of fear of birth during pregnancy-Findings from a longitudinal cohort study. *Women Birth*. 2017;30(5):e242-e7.
37. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG*. 2009;116(1):67-73.
38. Laursen M, Hedegaard M, Johansen C, Danish National Birth C. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG*. 2008;115(3):354-60.
39. Garthus-Niegel S, Storksens HT, Torgersen L, Von Soest T, Eberhard-Gran M. The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire: a factor analytic study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2011;32(3):160-3.
40. Kizilirmak A, Baser M. The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Appl Nurs Res*. 2016;29:19-24.
41. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82(3):201-8.
42. Sheen K, Slade P. Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta-synthesis. *J Clin Nurs*. 2017.
43. 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):pp.
44. Striebich S, Mattern E, Ayerle GM. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia - A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*. 2018;61:97-115.

45. Eberhard-Gran M. [We know too little about childbirth anxiety]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2008;128(12):1378.
46. Arch JJ. Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks? *Compr Psychiatry*. 2013;54(3):217-28.
47. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG*. 2001;108(5):492-8.
48. Huizink AC, Mulder EJ, Robles de Medina PG, Visser GH, Buitelaar JK. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Hum Dev*. 2004;79(2):81-91.
49. Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. How social context impacts on women's fears of childbirth: a Western Australian example. *Soc Sci Med*. 2006;63(1):64-75.
50. Fenwick J, Toohill J, Creedy DK, Smith J, Gamble J. Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: a qualitative investigation. *Midwifery*. 2015;31(1):239-46.
51. Flink IK, Mroczek MZ, Sullivan MJ, Linton SJ. Pain in childbirth and postpartum recovery: the role of catastrophizing. *Eur J Pain*. 2009;13(3):312-6.
52. Carvalho B, Zheng M, Aiono-Le Tagaloa L. A prospective observational study evaluating the ability of prelabor psychological tests to predict labor pain, epidural analgesic consumption, and maternal satisfaction. *Anesth Analg*. 2014;119(3):632-40.
53. Lang AJ, Sorrell JT, Rodgers CS, Lebeck MM. Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *Eur J Pain*. 2006;10(3):263-70.
54. Junge C, von Soest T, Weidner K, Seidler A, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S. Labor pain in women with and without severe fear of childbirth: A population-based, longitudinal study. *Birth*. 2018.
55. Brixval CS, Thygesen LC, Axelsen SF, Gluud C, Winkel P, Lindschou J, et al. Effect of antenatal education in small classes versus standard auditorium-based lectures on use of pain relief during labour and of obstetric interventions: results from the randomised NEWBORN trial. *BMJ Open*. 2016;6(6):e010761.
56. Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain*. 2001;17(1):52-64.
57. Van den Bussche E, Crombez G, Eccleston C, Sullivan MJ. Why women prefer epidural analgesia during childbirth: the role of beliefs about epidural analgesia and pain catastrophizing. *Eur J Pain*. 2007;11(3):275-82.
58. O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96(8):907-20.
59. Nerum H, Halvorsen L, Sorlie T, Oian 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.
60. Nilsson C, Lundgren I, Karlstrom A, Hildingsson I. Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. *Women Birth*. 2012;25(3):114-21.
61. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1998;19(2):84-97.
62. Gourounti K, Kouklaki E, Lykeridou K. Validation of the Childbirth Attitudes Questionnaire in Greek and psychosocial characteristics of pregnant women with fear of childbirth. *Women Birth*. 2015;28(3):e44-51.
63. Wijma K, Alehagen S, Wijma B. Development of the Delivery Fear Scale. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2002;23(2):97-107.
64. Backe B, Heggstad T, Lie T. [The epidemic of Caesarean section: has it reached Norway?]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2003;123(11):1522-4.
65. Klein MC, Sakala C, Simkin P, Davis-Floyd R, Rooks JP, Pincus J. Why do women go along with this stuff? *Birth*. 2006;33(3):245-50.
66. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO ed. Geneva: World Health Organization; 2018.
67. Healy S, Humphreys E, Kennedy C. A qualitative exploration of how midwives' and obstetricians' perception of risk affects care practices for low-risk women and normal birth. *Women Birth*. 2017;30(5):367-75.

68. Morris T, McInerney K. Media representations of pregnancy and childbirth: an analysis of reality television programs in the United States. *Birth*. 2010;37(2):134-40.
69. Stoll K, Hall W, Janssen P, Carty E. Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery*. 2014;30(2):220-6.
70. Backstrom CA, Martensson LB, Golsater MH, Thorstensson SA. "It's like a puzzle": Pregnant women's perceptions of professional support in midwifery care. *Women Birth*. 2016;29(6):e110-e8.
71. Sjetne IS, Holmboe O, Iversen HKH. Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorgen. Nasjonale resultater. PassOpp-rapport 2013. In: Folkehelseinstituttet, editor. 2013.
72. Trondheim kommune. Jordmor: Trondheim kommune; 2018 [updated 01.06.18. Available from: <https://www.trondheim.kommune.no/tema/helse-og-omsorg/barn-og-familie/jordmor/>.
73. Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG*. 2008;115(3):324-31.
74. Eberhard-Gran M, Nordhagen R, Heiberg E, Bergsjo P, Eskild A. [Postnatal care in a cross-cultural and historical perspective]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2003;123(24):3553-6.
75. Dagsavisen. Sparer på barselomsorg 2018 [updated 21.02.18. Available from: <https://www.dagsavisen.no/innenriks/sparer-pa-barselomsorg-1.1104607>.
76. Folkehelseinstituttet. Tid fra fødsel til hjemreise redusert med et halvt døgn på ti år 2018 [updated 05.03.18. Available from: <https://www.fhi.no/nyheter/2018/tid-fra-fodsel-til-hjemreise-reduert-med-et-halvt-dogn-pa-ti-ar/>.
77. NRK. Kun én av ti nybakte mødre får hjemmebesøk av jordmor - dårligst tilbud er det i Finnmark 2016 [updated 09.11.16. Available from: <https://www.nrk.no/finnmark/kun-en-av-ti-nybakte-modre-far-hjemmebesok-av-jordmor--darligst-tilbud-er-det-i-finnmark-1.13218639>.
78. Lukasse M, Schroll AM, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys AS, et al. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(5):508-17.
79. Henriksen L, Schei B, Lukasse M. Lifetime sexual violence and childbirth expectations - A Norwegian population based cohort study. *Midwifery*. 2016;36:14-20.
80. Lukasse M, Vangen S, Oian P, Kumle M, Ryding EL, Schei B, et al. Childhood abuse and fear of childbirth--a population-based study. *Birth*. 2010;37(4):267-74.
81. Moghaddam Hossieni V, Toohill J, Akaberi A, HashemiAsl B. Influence of intimate partner violence during pregnancy on fear of childbirth. *Sex Reprod Healthc*. 2017;14:17-23.
82. Raisanen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997-2010. *BJOG*. 2014;121(8):965-70.
83. Ryding EL, Lukasse M, Kristjansdottir H, Steingrimsdottir T, Schei B, Bidens study g. Pregnant women's preference for cesarean section and subsequent mode of birth - a six-country cohort study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2016;37(3):75-83.
84. Breines Simonsen T, Wahl AK, Vangen S, Eberhard-Gran M. [Do previous abortions cause fear of childbirth?]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2013;133(6):635-9.
85. Carlsson IM, 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.
86. Hofberg K, Brockington IF. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. 2000;176(1):83-5.
87. Nordeng H, Hansen C, Garthus-Niegel S, Eberhard-Gran M. Fear of childbirth, mental health, and medication use during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2012;15(3):203-9.
88. Hildingsson I. Swedish couples' attitudes towards birth, childbirth fear and birth preferences and relation to mode of birth - a longitudinal cohort study. *Sex Reprod Healthc*. 2014;5(2):75-80.
89. Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *BJOG*. 2002;109(11):1213-21.
90. Waldenstrom U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG*. 2006;113(6):638-46.
91. Storksén HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(3):318-24.

92. Tham V, Christensson K, Ryding EL. Sense of coherence and symptoms of post-traumatic stress after emergency caesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(9):1090-6.
93. Trydal H, Borchgrevink PC. Smerter. In: Dahl AA, Aarre TF, Loge JH, editors. *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom.* Oslo: Cappelen Damm AS; 2014. p. 258-73.
94. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129-36.
95. Woo CW, Roy M, Buhle JT, Wager TD. Distinct brain systems mediate the effects of nociceptive input and self-regulation on pain. *PLoS Biol.* 2015;13(1):e1002036.
96. Skjelstad DV, Norheim I, Reiersen GK, Mjosund NH. Group psychoeducation for people with bipolar disorders. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening.* 2015;52(12):pp.
97. Oslo Universitetssykehus. - Vi hjelper deg med angsten for å føde 2018 [updated 18.03.18. Available from: <https://ekspertsykehusetblog.wordpress.com/2018/03/18/vi-hjelper-deg-med-angsten-for-a-fode/>.
98. Laache I. 2017.
99. Stoll K, Swift EM, Fairbrother N, Nethery E, Janssen P. A systematic review of nonpharmacological prenatal interventions for pregnancy-specific anxiety and fear of childbirth. *Birth.* 2017.
100. MoghaddamHosseini V, Nazarzadeh M, Jahanfar S. Interventions for reducing fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Women Birth.* 2017.
101. Nieminen K, Andersson G, Wijma B, Ryding EL, Wijma K. Treatment of nulliparous women with severe fear of childbirth via the Internet: a feasibility study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2016;37(2):37-43.
102. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Kononen T, Halmesmaki E. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet Gynecol.* 2001;98(5 Pt 1):820-6.
103. Sjogren B. Fear of childbirth and psychosomatic support. A follow up of 72 women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1998;77(8):819-25.
104. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012(3):CD009234.
105. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Sukanuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;3:CD009290.
106. Demirel G, Guler H. The Effect of Uterine and Nipple Stimulation on Induction With Oxytocin and the Labor Process. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2015;12(5):273-80.
107. Brown ST, Douglas C, Flood LP. Women's Evaluation of Intrapartum Nonpharmacological Pain Relief Methods Used during Labor. *J Perinat Educ.* 2001;10(3):1-8.
108. Ekhtiari H, Rezapour T, Aupperle RL, Paulus MP. Neuroscience-informed psychoeducation for addiction medicine: A neurocognitive perspective. *Prog Brain Res.* 2017;235:239-64.
109. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Saisto T. Life satisfaction, general well-being and costs of treatment for severe fear of childbirth in nulliparous women by psychoeducative group or conventional care attendance. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2015;94(5):527-33.
110. Penninx BW, van Tilburg T, Kriegsman DM, Boeke AJ, Deeg DJ, van Eijk JT. Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases. *J Aging Health.* 1999;11(2):151-68.
111. Escott D, Slade P, Spiby H. Preparation for pain management during childbirth: the psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(7):617-22.
112. Brixval CS, Axelsen SF, Thygesen LC, Due P, Koushede V. Antenatal education in small classes may increase childbirth self-efficacy: Results from a Danish randomised trial. *Sex Reprod Healthc.* 2016;10:32-4.
113. Salkind NJ. *Exploring Research.* Sixth Edition ed. New Jersey: Pearson Education International; 2006.
114. Tourangeau R, Yan T. Sensitive questions in surveys. *Psychol Bull.* 2007;133(5):859-83.

115. Universitetet i Oslo. Favn om fødselen-studien 2016 [updated 14.06.16. Available from: <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/prosjekter/favn-om-fodselen-studien/>.
116. Folkehelseinstituttet. Spørreskjema og samtykkeerklæringer i MoBa 2018 [updated 16.02.18. Available from: <https://www.fhi.no/studier/moba/forskere/sporreskjemaer---mor-og-barn-unders/>.
117. Norges Arktiske Universitet. Om Tromsundersøkelsen 2017 [updated 29.08.17. Available from: https://uit.no/forskning/forskningsgrupper/sub?p_document_id=367276&sub_id=377965.
118. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) 2018 [updated 09.02.18. Available from: <https://www.ntnu.no/hunt>.
119. Pavot W, Diener E, Colvin CR, Sandvik E. Further validation of the Satisfaction with Life Scale: evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *J Pers Assess*. 1991;57(1):149-61.
120. Tambs K, Moum T. How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatr Scand*. 1993;87(5):364-7.
121. Rosand GM, Slinning K, Roysamb E, Tambs K. Relationship dissatisfaction and other risk factors for future relationship dissolution: a population-based study of 18,523 couples. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(1):109-19.
122. Dyrdal GM, Roysamb E, Nes RB, Vitterso J. Can a Happy Relationship Predict a Happy Life? A Population-Based Study of Maternal Well-Being During the Life Transition of Pregnancy, Infancy, and Toddlerhood. *J Happiness Stud*. 2011;12:947-62.
123. Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:81.
124. Klabbers GA, Wijma K, Paarlberg KM, Emons WHM, Vingerhoets A. Haptotherapy as a new intervention for treating fear of childbirth: a randomized controlled trial. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2017:1-10.
125. Fernandes L, Storheim K, Lochting I, Grotle M. Cross-cultural adaptation and validation of the Norwegian pain catastrophizing scale in patients with low back pain. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012;13:111.
126. Fredheim OM, Borchgrevink PC, Landmark T, Schjodt B, Breivik H. [A new schedule for the inventory of pain]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2008;128(18):2082-4.
127. Austvoll-Dahlgren A. [Patient participation--why?]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2013;133(16):1726-8.
128. Ramberg BK, Diseth TH. Children with chronic pain: Caught in a vicious circle-Ways to break out. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2012;.49(3):pp.
129. Berge T, Fjerstad E, Hyldmo I, Lang N. Kognitiv atferdsterapi ved somatisk sykdom. In: Dahl AA, Aarre TF, Loge JH, editors. *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*. 1.utgave ed. Oslo: Cappelen Damm AS; 2014. p. 361-78.
130. Ballantyne JC, Sullivan MD. Discovery of endogenous opioid systems: what it has meant for the clinician's understanding of pain and its treatment. *Pain*. 2017;158(12):2290-300.
131. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000;85(3):317-32.
132. Bernardy NC, Friedman MJ. Psychopharmacological strategies in the management of posttraumatic stress disorder (PTSD): what have we learned? *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17(4):564.
133. Bystad M, Lunde L-H, Ihaug IS. Chronic pain: Can mindfulness be helpful? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2015;.52(8):pp.
134. Beebe KR. Hypnotherapy for labor and birth. *Nurs Womens Health*. 2014;18(1):48-58; quiz 9.
135. Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD009356.
136. Werner A, Uldbjerg N, Zachariae R, Rosen G, Nohr EA. Self-hypnosis for coping with labour pain: a randomised controlled trial. *BJOG*. 2013;120(3):346-53.
137. Cyna AM, McAuliffe GL, Andrew MI. Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review. *Br J Anaesth*. 2004;93(4):505-11.
138. Salmela-Aro K, Read S, Rouhe H, Halmesmaki E, Toivanen RM, Tokola MI, et al. Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. *Journal of Health Psychology*. 2012;17(4):520-34.

139. Nilsen KB, Flaten MA, Hagen K, Matre D, Sand T. [Mechanisms for pain inhibition in the central nervous system]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2010;130(19):1921-4.
140. Trout KK. The neuromatrix theory of pain: implications for selected nonpharmacologic methods of pain relief for labor. *J Midwifery Womens Health*. 2004;49(6):482-8.
141. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Womens Health*. 2004;49(6):489-504.
142. Kim SH, Bennett PR, Terzidou V. Advances in the role of oxytocin receptors in human parturition. *Molecular and Cellular Endocrinology*. 2017;449:56-63.
143. Kim SH, Bennett PR, Terzidou V. Advances in the role of oxytocin receptors in human parturition. *Mol Cell Endocrinol*. 2017;449:56-63.
144. Roback HB. Adverse outcomes in group psychotherapy: Risk factors, prevention, and research directions. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*. 2000;9(3):pp.
145. Merry L, Vangen S, Small R. Caesarean births among migrant women in high-income countries. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2016;32:88-99.
146. Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nord J Psychiatry*. 2003;57(2):113-8.
147. Dyrdal GM, Roysamb E, Nes RB, Vitterso J. Can a happy relationship predict a happy life? A population-based study of maternal well-being during the life transition of pregnancy, infancy, and toddlerhood. *Journal of Happiness Studies*. 2011;.12(6):pp.
148. Sullivan MJL, Martel MO, Tripp D, Savard A, Crombez G, Id, et al. The relation between catastrophizing and the communication of pain experience. *Pain*. 2006;.122(3):pp.
149. Kunz M, Chatelle C, Lautenbacher S, Rainville P. The relation between catastrophizing and facial responsiveness to pain. *Pain*. 2008;.140(1):pp.
150. Otchet F, Carey MS, Adam L. General health and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: what is normal? *Obstet Gynecol*. 1999;94(6):935-41.
151. Lukasse M, Henriksen L, Vangen S, Schei B. Sexual violence and pregnancy-related physical symptoms. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:83.
152. Pallant J. *SPSS Survival Manual*. England: McGraw-Hill Companies; 2010.
153. Storksens HT, Garthus-Niegel S, Adams SS, Vangen S, Eberhard-Gran M. Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:221.
154. Zigic Antic L, Nakic Rados S, Jokic-Begic N. Are non-pregnant women afraid of childbirth? Prevalence and predictors of fear of childbirth in students. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2018:1-6.

8.0 Vedlegg

8.1 Godkjenning fra REK

8.2 Informasjonsskriv og samtykkeskjema

8.3 Plakat

8.4 Spørreskjema pretest

8.5 Undervisningsopplegg: Power Point presentasjon

8.6 Artikkel om psykologisk smertemestring

8.7 Spørreskjema posttest

8.8 Evalueringsskjema

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Hilde Eikemo	99572363	14.09.2017	2017/1213/REK midt
			Deres dato:	Deres referanse:
			13.06.2017	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Cecilie Therese Hagemann
LBK/Det Medisinske fakultet, NTNU

2017/1213 Kan gruppundervisning redusere katastrofetanker om smerter og forventninger om fødselssmerter?

Forskningsansvarlig: St. Olavs Hospital HF, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Prosjektleder: Cecilie Therese Hagemann

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 25.08.2017. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10.

Prosjektomtale

Alvorlig frykt for å føde er assosiert med negative forhold for mor og barn under svangerskap/fødsel/barseltid. Behandling av fødselsangst er derfor viktig. Én komponent i fødselsangst er forventning om ekstreme smerter under fødselen. Kvinner som har katastrofetanker om smerter har oftere høy grad av fødselsangst, forventer sterkere fødselssmerter og opplever mer intens smerte under fødselen. Studier av behandling av fødselsangst har gitt lovende resultater, og gruppebehandling ser ut til å være en egnet behandlingsform. Det trengs imidlertid mer forskning. Design: en pre-post-studie av en klinisk intervensjon. Måler endring i "katastrofetanker om smerter" og "forventninger om fødselssmerter" etter deltagelse på tre kursamlinger med innføring i biopsykososial forståelse av fødselssmerter og strategier for smertemestring. Studiedeltakerne er gravide kvinner med fødselsangst henvist til Angstteamet på Svangerskapspoliklinikken ved St. Olavs Hospital, samt deres partnere.

Vurdering

Komiteens prosjektsammendrag

Alvorlig frykt for å føde er assosiert med negative forhold for mor og barn under svangerskap/fødsel/barseltid. Formålet med studien er å undersøke effekten av en gruppebasert behandling mot fødselsangst hvor man gir deltakerne økt biopsykososial forståelse av fødselssmerter og strategier for smertemestring. Studien er designet som en pre-post-studie. Deltakelse innebærer å være med på tre samlinger, hver på to timer, med gruppebasert undervisning, samt utfylling av spørreskjema før og etter intervensjonen. Studiedeltakerne er gravide kvinner med fødselsangst henvist til Angstteamet på Svangerskapspoliklinikken ved St. Olavs Hospital, samt deres partnere (n=12). Studien er samtykkebasert. Resultatene skal brukes i en masteroppgave innen klinisk helsevitenskap.

Forsvarlighet

Komiteen vurderer studien som et nyttig prosjekt. Studien er samtykkebasert, og risiko forbundet med deltagelse er minimal; det er tvert imot antatt å kunne gi en helsegevinst for deltakerne. Under forutsetning av at vilkårene nedenfor tas til følge, framstår prosjektet som forsvarlig og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivarettatt.

Informasjonsskriv til deltakerne

Informasjonsskrivet skal gi informasjon om studien og hva deltakelse innebærer. Komiteen ber derfor om at innledningen på skrivet revideres slik at det er prosjektet som presenteres, og ikke studenten. Se gjerne mal for informasjonsskriv på REKs hjemmesider.

Vilkår for godkjenning

1. Revidert informasjonsskriv skal sendes komiteen til orientering. Vennligst benytt e-postadressen post@helseforskning.etikkom.no og "REK midt 2017/1213" i emnefeltet. Prosjektet kan ikke igangsettes før REK midt bekrefter at skrivet er endret i henhold til komiteens merknader.
2. Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen. Prosjektet må også gjennomføres i henhold til REKs vilkår i saken og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven (hfl.) med forskrifter.
3. Komiteen forutsetter at ingen personidentifiserbare opplysninger kan framkomme ved publisering eller annen offentliggjøring.
4. Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren». Av kontrollhensyn skal prosjektdata oppbevares i fem år etter sluttmelding er sendt REK. Data skal derfor oppbevares til denne datoen, for deretter å slettes eller anonymiseres, jf. hfl. § 38.
5. Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK midt når forskningsprosjektet avsluttes. I sluttmeldingen skal resultatene presenteres på en objektiv og etterrettelig måte, som sikrer at både positive og negative funn fremgår, jf. hfl. § 12.

Vedtak

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge godkjenner prosjektet med de vilkår som er gitt.

Komiteens beslutning var enstemmig.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK midt på eget skjema senest 30.06.2020, jf. hfl. §

12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK midt 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 midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Vibeke Videm
Professor dr.med. / Overlege
Leder, REK Midt

Hilde Eikemo
Sekretariatsleder

Kopi til: pepe.salvesen@ntnu.no; siv.morkved@stolav.no; personvernombudet@stolav.no; rek@ikom.ntnu.no;

MESTRING AV FØDSELSSMERTER

I november 2017 gjennomføres det en studie blant kvinner med fødselsangst henvist til Svangerskapspoliklinikken ved St.Olavs Hospital. Vi ønsker å undersøke hvordan undervisning om mestring av fødselssmerter påvirker tanker om smerter generelt og forventninger om fødselssmerter spesielt.

Hvis du kan delta på kurs på kveldstid 8.,15. og 22.november, behersker norsk muntlig og skriftlig, samt har termin etter 20.12.17, er du velkommen til å delta.

Vi vil gjerne at du har med deg partner på kurset og at han/hun også deltar i studien. Dette er imidlertid ikke et krav, og du kan delta i studien uten at din partner deltar.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Deltagelse i studien innebærer å delta på tre kurskvelder à 1,5 time med undervisning i gruppe om mestring av fødselssmerter. Gruppen vil bestå av maksimalt seks gravide kvinner og deres partnere.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Ved første kurssamling fyller du ut et elektronisk skjema med spørsmål om bakgrunnsinformasjon (f.eks alder, utdanning, tidligere svangerskap, psykisk helse, erfaringer med vold og overgrep m.m.), spørsmål om hvordan du tenker om smerte generelt og spørsmål som omhandler fødselsangst. Ved studiens slutt fyller du på nytt ut skjema som omhandler tanker om smerte og fødselsangst. I tillegg ønsker vi at du fyller ut et skjema for evaluering av kurset.

Din partner fyller ut et spørreskjema ved første kurssamling med spørsmål om bakgrunnsinformasjon, samt tanker om smerte generelt og fødselssmerter spesielt. På siste kurssamling fyller han/hun på nytt ut skjema om smerte, samt et skjema for evaluering av kurset.

Studien danner grunnlaget for psykolog Ingvill Øvsthus sin masteroppgave i Klinisk Helsevitenskap – smerte og palliasjon. Gynekolog/førsteamanuensis Cecilie Hagemann og professor Marit By Rise er veiledere.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Det er ikke vurdert til å være risiko for negative konsekvenser knyttet til deltagelse i studien. En fordel ved deltagelse vil være at du og din partner får kunnskap om smertemestring som vil kunne være nyttig for fødselen og livet for øvrig.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre oppfølging ved

Svangerskapspoliklinikken. 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 Ingvill Øvsthus (tlf 992 33839) eller Cecilie Hagemann (725 73825).

Din partner fyller ut eget samtykkeskjema for deltagelse. Hvis du velger å trekke deg fra studien, vil han/hun også ekskluderes fra studien. Trekker din partner seg fra studien, påvirker ikke det din deltagelse.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Alle opplysninger vil oppbevares i henhold til retningslinjer fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. 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 anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektslutt.

FORSIKRING OG GODKJENNING

Som deltaker i studien har du forsikringsdekning i henhold til Pasientskadeloven. Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (ref. 2017/1213).

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

Jeg ønsker å delta i prosjektet «Mestring av fødselssmerter»

Sted og dato

Navn i blokkbokstaver Signatur

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Rolle i prosjektet Signatur

Er du gravid og har fødselsangst?

Da kan du og din partner delta på kurs om mestring av fødselssmerter og bidra i en studie om fødselsangst!

Målet er å hjelpe deg å ha det bedre i svangerskapet og styrke din tro på at du kan mestre fødselen



Kurset ledes av psykolog og foregår i en gruppe på maks 12 deltakere. Du og din partner svarer anonymt på et spørreskjema før og etter kurset.

For mer info, be om infoskriv i resepsjonen eller ring masterstudent Ingvill Øvsthus på tlf 992 33839

Tid: onsdagene 8., 15. og 22. november kl 1900-2030.

Sted: Kvinne-barn-senteret

Kurset passer for gravide i alle stadier av svangerskapet, men for å rekke å gjennomføre kurset må du ha termin etter 20.12.17

Vedlegg 4: Spørreskjema pretest

Spørreskjema for gravide før kursstart i studien «Mestring av fødselssmerter»

1. Alder år

2. Hvilken sivilstatus har du nå?

Kjæreste Samboer Gift Enslig Skilt/separert Annet

3. Hvilken utdanning har du? Sett ett kryss for den høyeste fullførte utdannelsen. Kryss også av for den utdannelsen du eventuelt holder på med.

Fullført

Holder på med

Grunnskole

Grunnskole

Vidergående

Vidergående

Bachelor

Bachelor

Mastergrad/profesjonsstudium

Mastergrad/profesjonsstudium

4. Hva er din arbeidssituasjon? Du kan sette flere kryss

Skoleelev/student

AAP/uføretrygdet

Hjemmевærende

Ansatt i offentlig virksomhet

Yrkespraksis/lærling

Ansatt i privat virksomhet

Militærtjeneste

Selvstendig næringsdrivende

Arbeidssøkende/permittert

Annet

5. Hva er ca. samlet årsinntekt (før skatt) i din husholdning?
Legg sammen din og evt. partners inntekt

6. Hvor mange uker gravid er du nå? Skriv inn antall uker

7. Hvor ofte drakk du alkohol de tre siste månedene før du ble gravid og hvor ofte drikker du nå? Sett ett kryss for hver periode

Tre mnd før gravid

Nå

Ca. 6-7 ganger i uka

Ca. 6-7 ganger i uka

Ca. 3-5 ganger i uka

Ca. 3-5 ganger i uka

Ca. 1-2 ganger i uka

Ca. 1-2 ganger i uka

Ca. 1-3 ganger i måneden

Ca. 1-3 ganger i måneden

Sjeldnere enn 1 gang i måneden

Sjeldnere enn 1 gang i måneden

Aldri

Aldri

8. Har du brukt noen av følgende rusmidler før du ble gravid eller under svangerskapet?

Du kan sette flere kryss

- | | | |
|----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Ja, før jeg ble gravid | <input type="checkbox"/> Ja, under svangerskapet |
| <input type="checkbox"/> Hasj | <input type="checkbox"/> Amfetamin | <input type="checkbox"/> Hasj |
| <input type="checkbox"/> Ecstasy | <input type="checkbox"/> Kokain | <input type="checkbox"/> Amfetamin |
| <input type="checkbox"/> Heroin | <input type="checkbox"/> Andre narkotiske stoffer | <input type="checkbox"/> Ecstasy |
| | | <input type="checkbox"/> Kokain |
| | | <input type="checkbox"/> Heroin |
| | | <input type="checkbox"/> Andre narkotiske stoffer |

9. Har det hendt i løpet av de siste to årene at andre bemerket at du var for tynn, mens du selv syntes du var for tykk?

- Ja, ofte Ja, noen få ganger Nei

10. Har det hendt at du følte at du mistet kontrollen mens du spiste og ikke klarte å stoppe før du hadde spist altfor mye?

- | | |
|--|--|
| Siste 6 mnd før graviditet. | Nå |
| <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Nei |
| <input type="checkbox"/> Sjelden | <input type="checkbox"/> Sjelden |
| <input type="checkbox"/> Ja, minst en gang i uka | <input type="checkbox"/> Ja, minst en gang i uka |

11. Kryss av om du er enig eller uenig i disse påstandene Kryss av for hver linje

- | | Helt uenig | Uenig | Litt uenig | Verken eller | Litt enig | Enig | Helt enig |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Livsbetaingelsene mine er svært gode | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg er fornøyd med livet mitt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Så langt har jeg oppnådd det som er viktig for meg i livet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hadde jeg kunnet leve livet på nytt, ville jeg nesten ikke forandret noe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



12. Hvor enig er du i disse beskrivelsene av ditt parforhold? Kryss av for hver linje

	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
Det er et nært samhold mellom meg og min ektefelle/samboer/partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min partner og jeg har problemer i parforholdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er svært lykkelig i mitt parforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min partner er generelt forståelsesfull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tenker ofte på å avslutte vårt parforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er fornøyd med forholdet til min partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi er ofte uenige om viktige avgjørelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har vært heldig med valg av partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi er enige om hvordan barn bør oppdras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror min partner er fornøyd med forholdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Har du i løpet av de to siste ukene vært plaget med noe av det følgende?

Kryss av for hver linje.

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Stadig redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsitet, indre uro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykt, tungsindig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mye bekymret eller urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Tanker om kommende fødsel

Hvordan tror du at fødselen din kommer til å bli som helhetsopplevelse?

Overhodet ikke fantastisk 0 1 2 3 4 5 Helt fantastiskOverhodet ikke forferdelig 0 1 2 3 4 5 Helt forferdelig

Hvordan tror du at du kommer til å føle deg under fødselen?

- Overhodet ikke ensom 0 1 2 3 4 5 Ekstremt ensom
- Overhodet ikke sterk 0 1 2 3 4 5 Ekstremt sterk
- Overhodet ikke sikker 0 1 2 3 4 5 Ekstremt sikker
- Overhodet ikke redd 0 1 2 3 4 5 Ekstremt redd
- Overhodet ikke forlatt 0 1 2 3 4 5 Ekstremt forlatt
- Overhodet ikke svak 0 1 2 3 4 5 Ekstremt svak
- Overhodet ikke trygg 0 1 2 3 4 5 Ekstremt trygg
- Overhodet ikke selvstendig 0 1 2 3 4 5 Ekstremt selvstendig
- Overhodet ikke oppgitt 0 1 2 3 4 5 Ekstremt oppgitt
- Overhodet ikke anspent 0 1 2 3 4 5 Ekstremt anspent
- Overhodet ikke glad 0 1 2 3 4 5 Ekstremt glad
- Overhodet ikke stolt 0 1 2 3 4 5 Ekstremt stolt
- Overhodet ikke sviktet 0 1 2 3 4 5 Ekstremt sviktet
- Overhodet ikke fattet 0 1 2 3 4 5 Ekstremt fattet
- Overhodet ikke avslappet 0 1 2 3 4 5 Ekstremt avslappet
- Overhodet ikke lykkelig 0 1 2 3 4 5 Ekstremt lykkelig

Hva tror du at du kommer til å føle under fødselen?

- Overhodet ingen panikk 0 1 2 3 4 5 Ekstrem panikk
- Overhodet ingen håpløshet 0 1 2 3 4 5 Ekstrem håpløshet
- Overhodet ingen lengsel etter barnet 0 1 2 3 4 5 Ekstremt stor lengsel etter barnet
- Overhodet ingen selvtillit 0 1 2 3 4 5 Ekstremt stor selvtillit
- Overhodet ingen tillit 0 1 2 3 4 5 Ekstremt stor tillit
- Overhodet ingen smerte 0 1 2 3 4 5 Ekstrem smerte



Hva tror du kommer til å skje når fødselen er på sitt mest intense?

- Jeg kommer ikke til å oppføre meg dårlig 0 1 2 3 4 5 Jeg kommer til å oppføre meg ekstremt dårlig
- Jeg kommer ikke til å våge overgi meg til det til det som skjer i kroppen 0 1 2 3 4 5 Jeg kommer til å våge overgi meg helt til det som skjer i kroppen
- Jeg kommer ikke til å miste kontrollen over meg selv 0 1 2 3 4 5 Jeg kommer til å totalt miste kontrollen over meg selv

Hvordan tror du at det kommer til å føles i det barnet kommer ut?

- Overhodet ikke gledelig 0 1 2 3 4 5 Ekstremt gledelig
- Overhodet ikke naturlig 0 1 2 3 4 5 Ekstremt naturlig
- Overhodet ikke selvfølgelig 0 1 2 3 4 5 Ekstremt selvfølgelig
- Overhodet ikke farlig 0 1 2 3 4 5 Ekstremt farlig

Har du i den siste måneden hatt fantasier som for eksempel at barnet dør under fødselen?

- Aldri 0 1 2 3 4 5 Svært ofte

Har du i den siste måneden hatt fantasier om at barnet blir skadet under fødselen?

- Aldri 0 1 2 3 4 5 Svært ofte

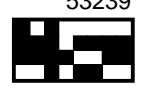
15. Fysisk helse

15.1 Alt i alt, hvordan vil du nå for tiden karakterisere din fysiske helse?

- Meget god God Dårlig Svært dårlig

15.2 Har du brukt noen av disse typene medisin de siste 6 månedene før du ble gravid?

- Smertestillende uten resept Nei Ja, antall dager brukt
- Smertestillende på resept Nei Ja, antall dager brukt
- Sovemedisin Nei Ja, antall dager brukt
- Beroligende medisin Nei Ja, antall dager brukt
- Medisin mot depresjon Nei Ja, antall dager brukt
- Annen medisin på resept Nei Ja, antall dager brukt

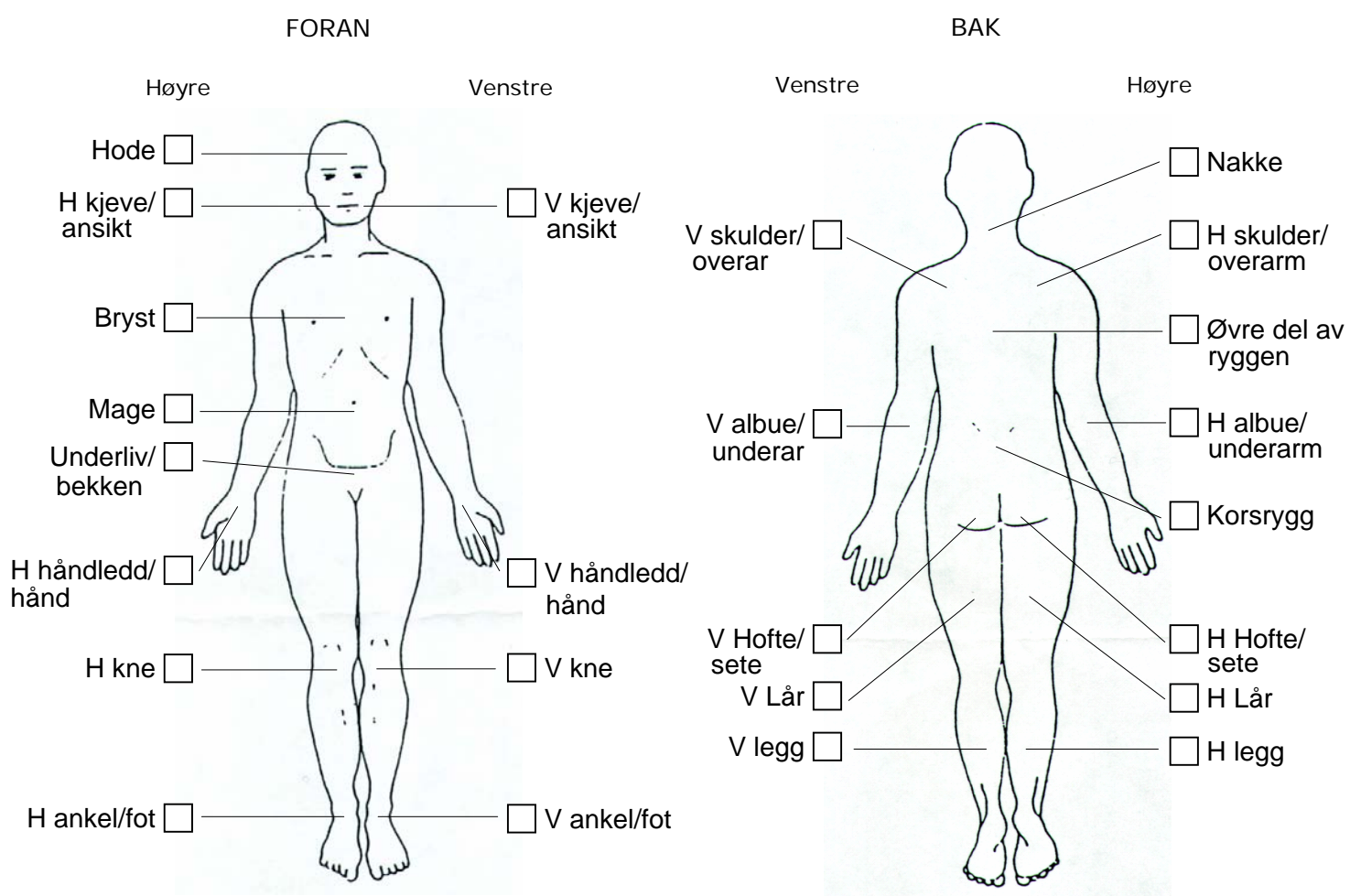


15.3 Har du brukt noen av disse typene medisin frem til nå i svangerskapet?

- Smertestillende uten resept Nei Ja, antall dager brukt
- Smertestillende på resept Nei Ja, antall dager brukt
- Sovemedisin Nei Ja, antall dager brukt
- Beroligende medisin Nei Ja, antall dager brukt
- Medisin mot depresjon Nei Ja, antall dager brukt
- Annen medisin på resept Nei Ja, antall dager brukt

16. Opplevde smerter

16.1 Dersom du har hatt smerter siste uken, hvor har du hatt disse plagene?
Vennligst sett et eller flere kryss.



16.2 Vennligst sett et kryss ved det tallet som best beskriver de sterkeste smertene du har hatt i løpet av den siste uka

Ingen smerter	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelige smerter
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

16.3 Vennligst sett et kryss ved det tallet som best beskriver de svakeste smertene du har hatt i løpet av den siste uka.

Ingen smerter	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelige smerter
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

16.4 Vennligst sett et kryss under det tallet som best angir hvor sterke smerter du har i gjennomsnitt

Ingen smerter	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelige smerter
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

16.5 Har lege noen gang sagt at du har/har hatt fibromyalgi? Ja Nei

17. Tanker om smerter

Alle opplever smerter på et eller annet tidspunkt i livet. Slike smerteopplevelser kan være hodepine, tannverk, ledd- og muskelsmerter. Folk er ofte utsatt for situasjoner som kan forårsake smerter, slik som sykdom, skade, tannbehandling og kirurgi.

Vi er interessert i hva slags tanker og følelser du har når du har smerter. Nedenfor står det 13 utsagn som beskriver ulike tanker og følelser som kan være forbundet med smerte. Bruk følgende skala og indiker i hvilken grad du har slike tanker og følelser når du opplever smerte.

	Ikke i det hele tatt	Litt	I moderat grad	I stor grad	Hele tiden
Jeg er hele tiden bekymret for at smertene ikke vil gi seg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg ikke klarer å fortsette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er forferdelig og jeg tror at det aldri vil bli bedre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er fryktelig, og jeg føler at det overvelder meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg ikke holder det ut lenger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir redd for at smertene skal bli verre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Ikke i det hele tatt	Litt	I moderat grad	I stor grad	Hele tiden
Jeg tenker stadig på andre smertefulle opplevelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ønsker desperat at smertene skal forsvinne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det virker som jeg ikke klarer å få det ut av hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tenker stadig på hvor vondt det er	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tenker stadig på hvor inderlig jeg vil at smertene skal gi seg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er ingenting jeg kan gjøre for å redusere smertenens intensitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg lurer på om noe alvorlig kan komme til å skje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tidligere fødselsopplevelse(r)

18. Hvor mange tidligere fødsler har du hatt? Sett ett kryss

- 0 1 2 3 4 eller flere

19. Har du noen gang opplevd abort eller dødfødsel?

- Nei
 Ja, tatt abort (selvbestemt)
 Ja, ufrivillig abort
 Ja, dødfødsel (etter 16.svangerskapsuke)

Hvis du ikke har født tidligere, kan du hoppe til spørsmål nr. 29.

20. Hvordan foregikk din første fødsel? Sett ett eller flere kryss

- Vanlig vaginal fødsel
 Vaginal fødsel med bruk av sugekopp
 Vaginal fødsel med bruk av tang
 Planlagt keisersnitt
 Akutt keisersnitt



21. Når du tenker tilbake på din første fødsel

21.1 Hvor smertefull opplevde du alt i alt fødselen?

Ingen smerter	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelige smerter
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

21.2 Hvor mye kontroll følte du at du hadde alt i alt under fødselen?

Ingen kontroll i det hele tatt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Fullstendig kontroll
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

21.3 Hvor trygg opplevde du alt i alt at du følte deg?

Ikke trygg i det hele tatt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Fullstendig trygg
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

21.4 Hvor redd var du under fødselen?

Overhodet ikke redd	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ekstremt redd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

21.5 Hvor sliten var du etter fødselen?

Overhodet ikke sliten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ekstremt sliten
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

21.6 Hvordan var din opplevelse av fødselen i det store og det hele?

Veldig god	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ekstremt dårlig
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

22. Fikk du rifter under fødselen? Besvares hvis du ikke hadde keisersnitt.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nei, ingen rifter | <input type="checkbox"/> Ja, rift i skjeden |
| <input type="checkbox"/> Ble klippet | <input type="checkbox"/> Ja, jeg ble sydd, men vet ikke hva slags rift det var |
| <input type="checkbox"/> Ja, rift i endetarmsmuskelen | <input type="checkbox"/> Husker ikke |

Hvis du har født én gang tidligere, kan du nå hoppe til spørsmål 29.



23. Hvordan foregikk din andre fødsel? Sett ett eller flere kryss

- Vanlig vaginal fødsel
- Vaginal fødsel med bruk av sugekopp
- Vaginal fødsel med bruk av tang
- Planlagt keisersnitt
- Akutt keisersnitt

24. Når du tenker tilbake på din andre fødsel

24.1 Hvor smertefull opplevde du alt i alt fødselen?

Ingen smerter	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelige smerter
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

24.2 Hvor mye kontroll følte du at du hadde alt i alt under fødselen?

Ingen kontroll i det hele tatt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Fullstendig kontroll
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

24.3 Hvor trygg opplevde du alt i alt at du følte deg?

Ikke trygg i det hele tatt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Fullstendig trygg
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

24.4 Hvor redd var du under fødselen?

Overhodet ikke redd	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ekstremt redd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

24.5 Hvor sliten var du etter fødselen?

Overhodet ikke sliten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ekstremt sliten
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

24.6 Hvordan var din opplevelse av fødselen i det store og det hele?

Veldig god	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ekstremt dårlig
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



25. Fikk du rifter under fødselen? Besvares hvis du ikke hadde keisersnitt.

Sett ett eller flere kryss

- Nei, ingen rifter Ja, rift i skjeden
 Ble klippet Ja, jeg ble sydd, men vet ikke hva slags rift det var
 Ja, rift i endetarmsmuskelen Husker ikke

Hvis du har født to ganger tidligere, kan du nå hoppe til spørsmål 29

26. Hvordan foregikk din tredje fødsel ? Sett ett eller flere kryss

- Vanlig vaginal fødsel
 Vaginal fødsel med bruk av sugekopp
 Vaginal fødsel med bruk av tang
 Planlagt keisersnitt
 Akutt keisersnitt

27. Når du tenker tilbake på din tredje fødsel

27.1 Hvor smertefull opplevde du alt i alt fødselen?

Ingen smerter	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelige smerter
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

27.2 Hvor mye kontroll følte du at du hadde alt i alt under fødselen?

Ingen kontroll i det hele tatt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Fullstendig kontroll
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

27.3 Hvor trygg opplevde du alt i alt at du følte deg?

Ikke trygg i det hele tatt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Fullstendig trygg
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

27.4 Hvor redd var du under fødselen?

Overhodet ikke redd	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ekstremt redd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



27.5 Hvor sliten var du etter fødselen?

Pasnr:

Overhodet ikke sliten 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ekstremt sliten

27.6 Hvordan var din opplevelse av fødselen i det store og det hele?

Veldig god 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ekstremt dårlig

28. Fikk du rifter under fødselen? Besvares hvis du ikke hadde keisersnitt.

- Nei, ingen rifter Ja, rift i skjeden
 Ble klippet Ja, jeg ble sydd, men vet ikke hva slags rift det var
 Ja, rift i endetarmsmuskelen Husker ikke

29. Negative livshendelser

Har du noen gang opplevd dette? *Kryss av for hver linje*

29.1 Opplevd at noen systematisk og over lengre tid har forsøkt å kue, fornedre eller ydmyke deg?

- Nei Ja, før fylte 18 år Ja, etter fylte 18 år Ja, siste året

29.2 Opplevd at noen har truet med å skade deg eller noen som står deg nær?

- Nei Ja, før fylte 18 år Ja, etter fylte 18 år Ja, siste året

29.3 Fått smertefull eller skremmende medisinsk behandling da du var på sykehus fordi du var syk eller alvorlig skadet?

- Nei Ja, før fylte 18 år Ja, etter fylte 18 år Ja, siste året

29.4 Blitt utsatt for seksuelle overgrep, det vil si utsatt for seksuelle handlinger uten at du selv ønsket det?

- Nei Ja, før fylte 18 år Ja, etter fylte 18 år Ja, siste året

29.5 Blitt utsatt for vold (f. eks. slått, sparket, banket opp, ranet, eller truet med skytevåpen)?

- Nei Ja, før fylte 18 år Ja, etter fylte 18 år Ja, siste året

29.6 Vært vitne til at noen som står deg nær er blitt utsatt for vold eller seksuelle overgrep (f. eks. slått, sparket, banket opp, ranet, truet med skytevåpen, eller drept)?

- Nei Ja, før fylte 18 år Ja, etter fylte 18 år Ja, siste året

Tusen takk for at du fylte ut spørreskjemaet!

Hvis du har noen spørsmål eller kjenner behov for å snakke med noen, kan du ta kontakt med psykolog/masterstudent Ingvill Øvsthus under kurset eller på tlf 99233839

53239



Vedlegg 5: Undervisningsopplegg i form av Power Point-presentasjon

Velkommen til kurs i mestring av fødselsmerter

Ingvill Øvsthus
Student ved Master i klinisk helsevitenskap –
smerte og palliasjon
Psykolog



Spørreskjema



Kurs i mestring av fødselssmerter

Del 1: En helhetlig forståelse av smerte



© 2017 Ingvill Øvsthus

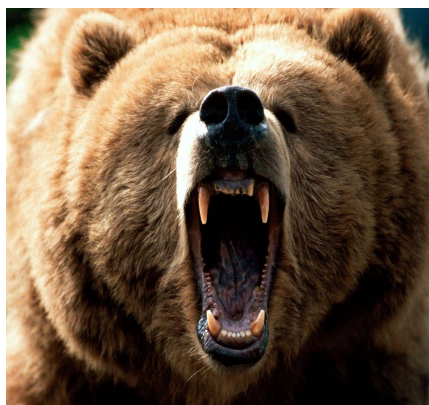
Kursinnhold

- 1. En helhetlig forståelse av smerte**
- 2. Mestring gjennom mental trening og avspenning**
- 3. Praktiske tips for økt smertemestring**



© 2017 Ingvill Øvsthus

Vi mennesker er redd for smerte



© 2017 Ingvill Øvsthus

**...men vi er også redde for mange andre ting,
for eksempel å**

...å gjøre noe ukjent

...skulle prestere

...være alene

...flaue seg ut

...være naken

...være på sykehus

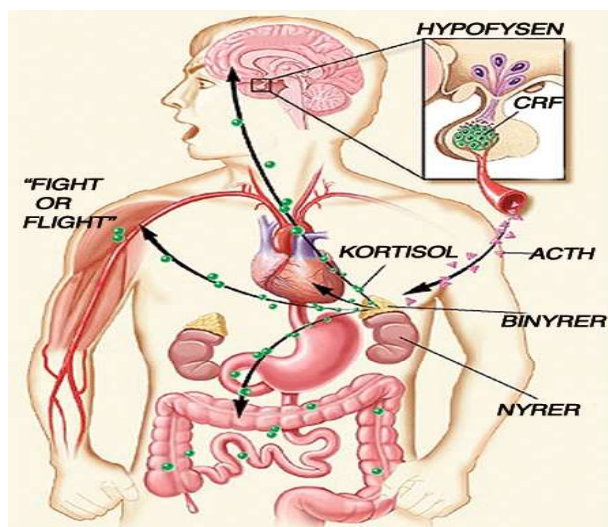
...ta sprøyter

...



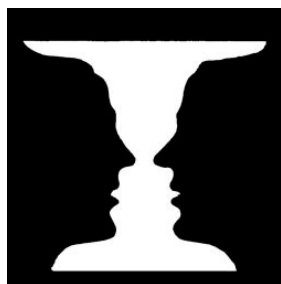
© 2017 Ingvill Øvsthus

Kroppens stress-system



© 2017 Ingvill Øvsthus

Vi tolker sanseintrykket



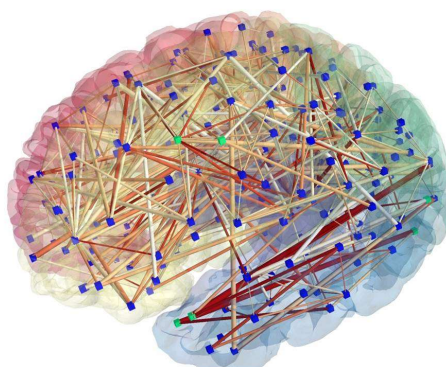
© 2017 Ingvill Øvsthus

Vi kan forestille oss smerte



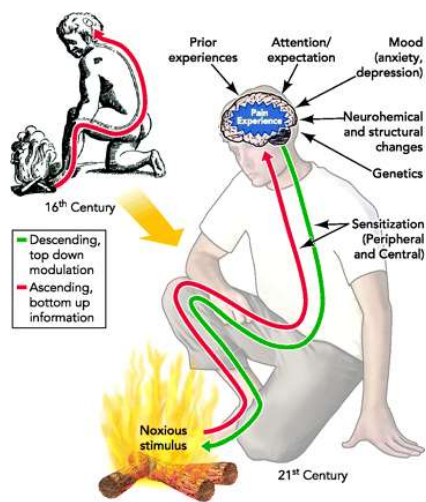
© 2017 Ingvill Øvsthus

Forventninger påvirker smerteopplevelsen



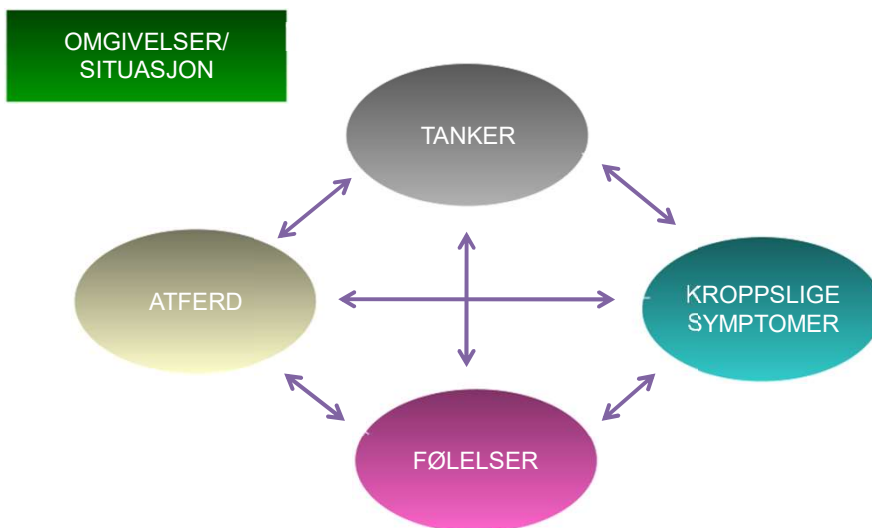
© 2017 Ingvill Øvsthus

Hjernen demper smerte!



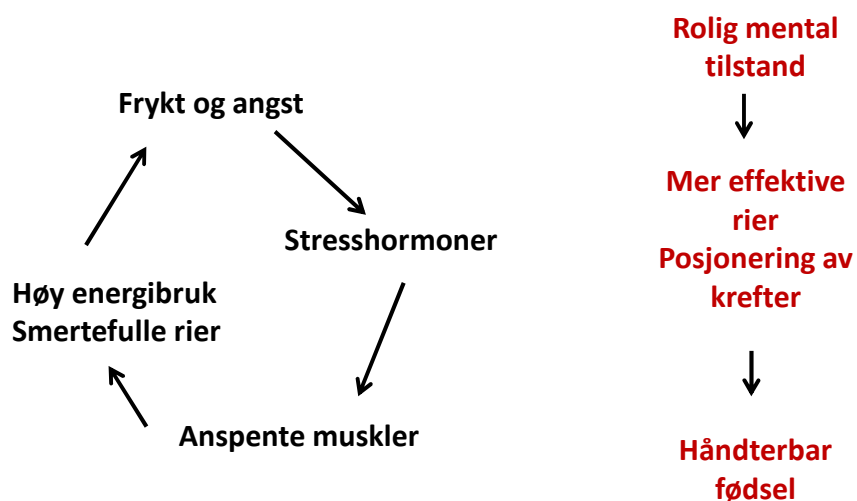
© 2017 Ingvill Øvsthus

Alt henger sammen med alt...



© 2017 Ingvill Øvsthus

Vi kan forebygge den vonde sirkelen



© 2017 Ingvill Øvsthus

Hjemmeoppgaver

- Lese artikkelen "Psykologisk mestring av fødselssmerter"
- Lese positive fødselshistorier, f.eks fra www.engodfodsel.no

© 2017 Ingvill Øvsthus

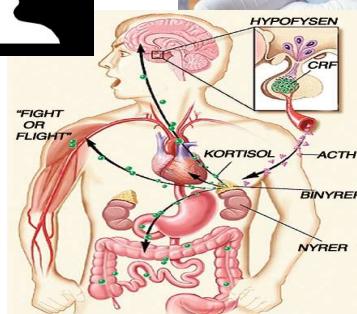
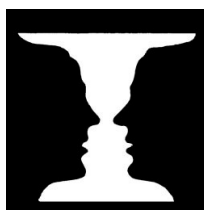
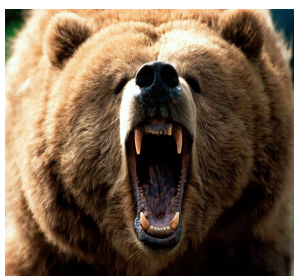
Kurs i mestring av fødselssmerter

Velkommen til del 2: Smertemestring gjennom mental trening og avspenning



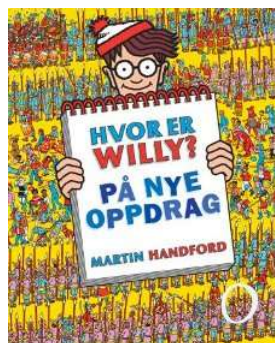
© 2017 Ingvill Øvsthus

Oppsummering så langt



© 2017 Ingvill Øvsthus

Hvor har vi oppmerksomheten?



© 2017 Ingvill Øvsthus

Mental trening

= å styre oppmerksomheten sin dit man vil

Styrkesetninger

Indre bilder

Positive triggere



© 2017 Ingvill Øvsthus

Omtale av Cochrane-oversikt 2013
Hypnose som smertelindring under fødsel
 (05.03.2013)

Du er her: [Forsiden](#) » [Publikasjoner](#)

Jeppesen E. Omtale av Cochrane-oversikt 2013.

Bruk av hypnose for å lindre smerte som finnes viser lovende resultater for man kan vurderes.

Hypnose skal gi bedre fødsel **SISTE NYTT**

Brita Skandsen fra Stavanger bruker fødselshypnose for å forberede seg til sin første fødsel.

enn fjern studiene skilting av høy kvalitet under fødsel.

Bli god på å ha det vondt

Ved å «hjernevaske» deg selv kan du trene deg opp til å bli god til å tåle smerte og dermed oppnå bedre idrettsprestasjoner.

© 2017 Ingvill Øvsthus

Northug er klar for smerte

For ett år siden hadde han problemer med å motivere seg for en ny sesong. – Hadd sier Petter Northug til NRK.no.

© Publisert 23.03.2012, kl. 07:12

Petter Northug fikk [en firer på terningen](#) for sin sesong i NRKs oppsummering. Ikke så rart, mener han, for en sesong uten mesterskap er vanskeligere å motivere seg til for VM- og OL-kongen.

Vil ha vondt

Men når han snakker om treningen utover våren og sommeren, gløder det i øynene hans. For neste sesong er det VM.

– Nå er jeg motivert for å ha det vondt. Det blir som alltid et helvete, men jeg har lyst til å ha det slik, og det må jeg hvis jeg skal bli rære enn resten, sier han.



© 2017 Ingvill Øvsthus

Styrkesetninger

Ord eller setninger som gir deg styrke, hjelper deg til å slappe av, beholde roen eller finne motivasjon

"Jeg er trygg og sterk"

"Kroppen min er laget for å føde barn"

"Babyen og jeg samarbeider"



© 2017 Ingvill Øvsthus

"Jeg er sterk som en tiger"



© 2017 Ingvill Øvsthus

Indre bilder

Å danne indre bilder gir mening til smerteopplevelsen og følelse av kontroll

- Et trygt sted (strand, fjelltopp, bestermors hage)
- Smerten som varmt lys rundt i kroppen
- Metaforer for riene (som en bølge, en blomst som åpner seg)
- Babyen på vei ned fødselskanalen



© 2017 Ingvill Øvsthus



© 2017 Ingvill Øvsthus

Positive triggere



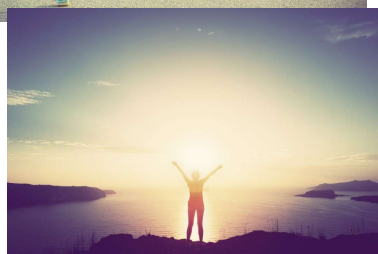
© 2017 Ingvill Øvsthus

Avspenningsøvelse



© 2017 Ingvill Øvsthus

Hva pleier å funke for deg?



© 2017 Ingvill Ø

Hjemmeoppgaver til den som vil:

- Lage egne styrkesetninger
- Lage egne indre bilder
- Praktisere avspenning
- Lage spilleliste

© 2017 Ingvill Øvsthus

Kurs i mestring av fødselssmerter

Velkommen til del 3: Praktiske tips for å styrke smertemestringen

© 2017 Ingvill Øvsthus

Bruk sansene



© 2017 Ingvill Øvsthus

Oxycytocin: kjærlighetshormonet!



© 2017 Ingvill Øvsthus

Pusteøvelser



© 2017 Ingvill Øvsthus

Partners rolle



© 2017 Ingvill Øvsthus

Oxytocin: et kinderegghormon!



© 2017 Ingvill Øvsthus

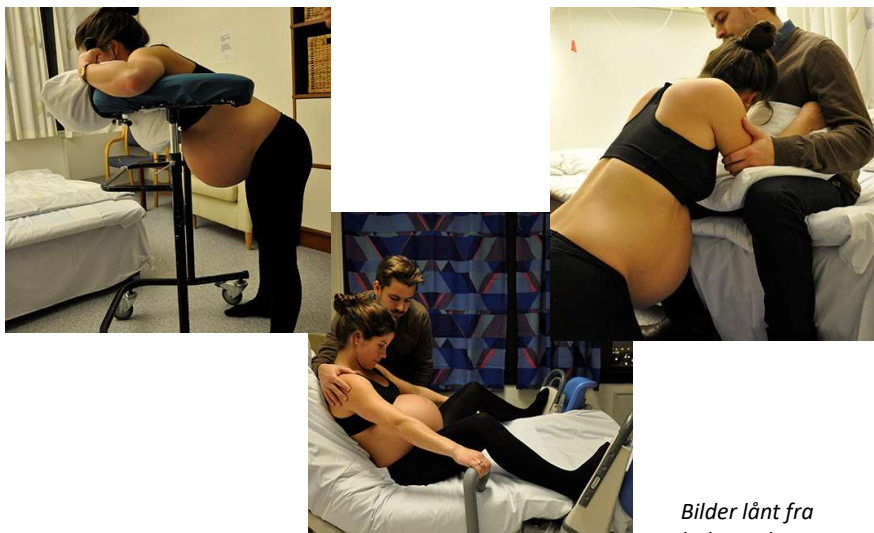
Massasje

- "Pjusking"
- Harde trykk
- Kraftig massasje i korsryggen



© 2017 Ingvill Øvsthus

Fødestillinger



© 2017 Ingvill Øvsthus

Bilder lånt fra
babyverden.no

Fødestillinger



© 2017 Ingvill Øvsthus

Bilder lånt fra klikk.no

Føde i vann



© 2017 Ingvill Øvsthus

Oppsummering «Den mentale fødebagen»



© 2017 Ingvill Øvsthus

Spørreskjema og evalueringsskjema



© 2017 Ingvill Øvsthus

Kontaktinfo:

Masterstudent/psykolog Ingvill Øvsthus:

ingvill.pettersen.ovsthus@stolav.no

© 2017 Ingvill Øvsthus

Psykologisk smertemestring

Noen gravide har gruet seg lenge, mens andre kjenner først redsel når fødselen er i gang. Mange fødende ønsker å mestre smertene uten bruk av kjemisk lindring.



Av Ingvill P. Øvsthus, psykolog, bosatt i Trondheim

Disse kvinnene og deres jordmødre kan bruke psykologisk smertemestring hvor kvinnen selv jobber aktivt med egen smerteopplevelse og frykt.

Mennesket som pattedyr

Vi mennesker går gjennom de samme fysiske prosessene ved reproduksjon som andre pattedyr; egg befruktes, hormoner utskilles, livmora trekker seg sammen under fødselen, og etterpå produserer mor melk til barnet. Det er derfor nærliggende å hente kunnskap om fødsel fra hvordan dyrene gjør det. Samtidig skiller mennesket seg fra andre dyr ved at vi har en velutviklet hjerne med hjernebark, som gir oss fordeler som blant annet abstrakt tenkning og språk. Ulempene er imidlertid at vi med våre velutviklede hjerner også er i stand til mental grubling. Vi kan forestille oss det vi frykter mest og dermed kan vi også overstyre våre instinkter. Dette kan skape frykt som hindrer den fødende i å møte de kroppslige prosessene på en åpen og avslappet måte. Kvinner med fødselsangst har som regel tenkt veldig mye, de har lest og googlet og vet om mange ting som kan gå galt. De har derfor mange og sterke assosiasjoner mellom fødsel og frykt.

Psykologisk smertemestring og selvhypnose vil hjelpe kvinnen å beholde roen, eller gjenvinne den etter perioder med frykt og fortvilelse. Hun vil også

være bedre rustet til å mestre smertene forbundet med fødsel. For å utøve psykologisk smertemestring bør jordmor, den fødende og hennes fødselspartner vite hva smerte er, forstå hvordan kroppen reagerer når vi blir stresset og kjenne til hvordan vi kan bruke vårt mentale fokus til å påvirke smerteopplevelsen.

Smerte i et biopsykososialt perspektiv

I et biopsykososialt perspektiv forstås ikke smerte kun som en fysiologisk prosess, men et resultat av både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Denne forståelsen ligger også til grunn for moderne behandling av for eksempel ryggsmarter. Når vi kjenner smerte går det nervesignaler fra stedet hvor det gjør vondt til hjernen. Hvordan vi tolker signalene er imidlertid avgjørende for hvordan vi opplever smerten. Begynner vi å tenke på at smertene vil vare i timesvis eller tror de er farlige, kan vi bli veldig fortvilet og redde. Minner smertene oss om tidligere traumatiske opplevelser, vil det vekke frykt. Redselen og de hormonene vi utskiller når vi blir redde, vil da kunne forsterke smerteopplevelsen og bidra til at det føles uoverkommelig. Hva vi gjør i møtet med smertene vil også påvirke opplevelsen. Hvis vi spenner musklene og stritter imot smertene vil det bidra til at vi får mer vondt. Er vi alene uten noen som gir støtte og omsorg, vil kapasiteten vår til smertemestring kunne reduseres. Hvis vi ikke vet hva vi skal gjøre i møte med smertene, kan vi bli overveldet. Psykologisk mestring av fødselssmerter innebærer fokus på å unngå å bli redd for smertene og å benytte teknikker for å gjøre noe aktivt når vi opplever smerte eller blir redde. Det vi tenker påvirker kroppen, og kroppen påvirker det vi tenker. Dette er prinsipper man finner igjen i kognitiv atferdsterapi hvor sammenhengen mellom tanker, følelser og handling står sentralt.

Individualterapi

Psykolog Ingvill P. Øvsthus holder kurs for jordmødre og barnepleiere, og tar i mot kvinner med fødselsangst i individualterapi. På sikt ønsker hun også å starte kurstilbud for gravide og deres fødselspartnere. ingvillpo@gmail.com / fødselsangst.no.

ANGST: Hormonene vi utskiller når vi blir redde, vil kunne forsterke smerteopplevelsen Illustrasjonsfoto: Colourbox.

«Det vi tenker påvirker kroppen, og kroppen påvirker det vi tenker.»

Kroppens stressrespons

Når vi blir redde, kickstartes kroppens stresssystem kalt «Fight-or-flight»-responsen. Denne reaksjonen har vi utviklet gjennom evolusjonen for å overleve. Møter du en bjørn i skogen har du to valg – kjempe eller flykte. Uansett hvilket alternativ du velger, så trenger du kroppens ressurser for å yte maksimalt og redde deg selv. Kroppen skiller da ut stresshormoner som blant annet øker blodomstrømningen i kroppen, frigjør energi fra musklene og gjør oss mentalt skjerpet. Denne reaksjonen er ressurskrevende, kan gjøre musklene anspente og gjør oss alt annet enn mentalt avslappet. Anspente muskler gjør at smerteopplevelsen blir sterkere. Når «Fight-or-flight»-responsen er i gang blir vi veldig bevisste på omgivelsene våre, og det hindrer oss i å ha et innadvent fokus på egen kropp og instinkter slik mange trenger under fødsel. Hvis vi igjen tenker på mennesket som et pattedyr, så strider det i mot våre instinkter å føde et forvarsløst spebarn når vi er fulle av redsel. Stresshormonene fører dessuten til at blodet i kroppen sendes til hjernen, armer og bein slik at vi kan tenke lurt, kjempe eller flykte. Indre organer nedprioriteres og livmoren og babyen får ikke maksimalt med oksygen.

Alt dette skjer som respons på vår mentale tolkning av situasjonen vi er i. Dette betyr at det spiller ingen rolle om det er en reell eller innbilt fare, hormonene pumpes ut uansett. Det betyr at det spiller ingen rolle om fødselen er normal og alt går bra, hvis kvinnen uansett er redd. Fra naturens side betyr smerte fare og at noe galt har skjedd med kroppen vår. Vi blir med en gang opptatte av å finne ut hva som har skjedd og hvordan vi kan få fjernet smerten. Fra vi er barn lærer vi å passe oss for det som gjør vondt. Fødselsmerter er imidlertid ikke farlige, de indikerer ikke at noe er galt og vi skal ikke unngå dem. Det betyr at vi må fortelle hjernen at disse smertene er en naturlig del av fødselsprosessen og at det ikke er grunn til å frykte dem. «Fight-or-flight»-responsen er laget for kortvarige, akutte situasjoner, og ikke timeslange forløp som en fødsel kan være. For å spare kreftene, må vi dempe stressresponsen når vi har muligheten. Tiden mellom riene er her sentral. De fleste gravide tenker på hvordan de skal takle selve riene, men de færreste er like opptatte av hva de skal gjøre mellom riene. I de periodene er det særlig viktig å roe ned, etablere trygghet og styrke egen psyke. Stimulering



TRYGGHET: Man bør etterstrebe en rolig og intim stemning på fødestuen. Illustrasjonsfoto: Coloubox.

av oxytocinproduksjonen gjennom berøring og massasje kan være en fin oppgave for fødselspartner i disse periodene.

Snakk til den primitive hjernen

Fødende får ofte høre at de må slappe av. Men hva betyr det? Den fødende kvinnen vil kunne ha vanskelig for å omdanne en slik beskjed i handling. «Å slappe av» er et abstrakt uttrykk som appellerer mest til den intellektuelle delen av hjernen vår. Under fødsel vil det derfor være bedre å kommunisere med den mer primitive delen av hjernen som responderer på enklere instruksjoner. Eksempler på dette kan være å slippe kjeven ned slik at hun også slapper av i underlivet, sukke tungt, forestille seg at ansiktet blir helt glatt eller se for seg at man puster ned i livmora under en ri. Slik forteller man fødekvinne mer konkret hva hun kan gjøre for å oppnå avspenning. Å puste rolig og dypt gir automatisk avslapping, og det sendes mer energigivende oksygen til livmoren og fødselskanalen. Det viktige er altså å forteller kvinnen hva hun skal gjøre i små, håndterbare forslag, og særlig unngå å bruke formuleringer med «ikke». Den primitive hjernen har vanskelig for å nytte av beskjeder som «ikke spenn deg!» når den ikke får forslag til alternativer.

Mellom rier kan kvinnen gjøre «kroppsskanning» for å slippe opp spenninger og bruke tiden til å lade seg opp til neste ri. I denne øvelsen går man gradvis gjennom kroppen, sender pusten til hver kroppsdel og kjenner at man blir tung og avspent der. Fødselspartner kan få i oppgave å minne kvinnen på denne øvelsen når jordmor ikke er til stede. Den fødendes avslapping kan fasiliteres gjennom alle sansene hennes. Avspenning kan med fordel formidles non-verbalt gjennom for eksempel musikk (hørselsansen), berøring eller badekar (taktil sans), stearinlys (visuell sans), duftlys eller lavendelolje (luktesansen). Da kan fødekvinne beholde sitt indre, kroppslige fokus samtidig som omgivelsene minner hennes underbevissthet på at her er det trygt og avslappet. Når vi ser på fødselen som en instinktiv og naturnær prosess, faller det seg naturlig å stimulere til ro og avspenning gjennom sansene og ikke kun med ord.

Ro, trygghet og kjærlighet

Hvis vi legger til grunn at mennesket er et pattedyr, gir det oss en pekepinn på hva kvinnen trenger av sine omgivelser når hun skal føde. Livmoren og livmorhal-sen består blant annet av muskelvev som er sensitiv for vår emosjonelle reaksjoner og påfølgende hormonelle respons. Redsel har vi vært innom, men også

andre følelser kan trigge «Fight-or-flight»-responsen. Underlivsundersøkelser og naken kropp vil for en del kvinner vekke skam og ubehag som deretter kan føre til anspenhet og energitap. Her vil det være viktig å legge til rette for at kvinnen bevarer sin trygghet og integritet. Noen kvinner er redde for å forandre væremåte og rope ting de vil angre på seinere. Andre

«Anspente muskler gjør at smerteopplevelsen blir sterkere.»

er bekymret for at de gjør noe feil og ikke presterer godt nok. Jordmor kan med fordel tematisere prestasjonsangst, skam og flauhet overfor kvinnen og fødselspartner, da det å snakke åpent om slike ting virker frigjørende og avvæpnende. Man bør etterstrebe en rolig og intim stemning på fødestuen for å dempe opplevelsen av å bli observert på et fremmed, skummelt sted. Jordmor kan spørre fødekvinne om hun kjenner på følelser som hindrer henne i å slappe av. Det som gir den fødende trygghet vil bidra til at livmora får bedre arbeidsbetingelser.

«Sterk som en tiger»

Når Marit Bjørgen skal prestere maksimalt i skisporet sier hun til seg selv at hun er en sterk tiger. Hun har til og med et bilde av en tiger på innsiden av hansken sin. Dette er et tanketriks hun har lært gjennom mental trening for å oppnå rett fokus. Det mentale bildet og utsagnet «jeg er sterk som en tiger» gir henne styrke. Innen psykologien kalles dette affirmasjoner - positivt selvsnakke som når det gjentas styrker troen vår på oss selv. Å føde er en fysisk krevende oppgave, mange vil si det er som et maraton eller tre. Vi kan derfor lære et og annet av idrettspsykologi. For mange kvinner vil det være uvant å gi seg hen til en rekke fysiologiske prosesser under fødselen. Likevel vil mange kunne oppleve at ved å gjøre nettopp det, så vil fødselen gå bedre. Samtidig kan kvinnen beholde kontrollen over sitt eget sinn og bruke egen psyke aktivt under fødselen gjennom bruk av visualisering og affirmasjoner. Dette er elementer i det som kalles selvhypnose, hvor man under fødsel samler oppmerksomheten med fokus på avspenning og regulering av emosjoner.

Selvhypnose er mye brukt innen behandling av langvarige smerter og har vist seg å ha smertelindrende effekt. En sentral forutsetning i selvhypnose er menneskets evne til å påvirke egen psyke og oppmerksomhet. Man lager nye og hjelpende koplinger i hjernen slik at smerte trigger mestringstro og følelse

av ro fremfor frykt og anspenthet. Effekten av selvhypnose vil være best hvis kvinnen har praktisert det i tiden før fødselen, men jordmødre kan med fordel introdusere disse teknikkene i fødsler hvis kvinnen er åpen for det.

Visualisering

Når man visualiserer under fødsel danner man seg et indre, mentalt bilde som hjelper en med å slappe av, holde ut smerte eller finne motivasjon. Å se for seg smerten vil kunne styrke fødekvinnens opplevelse av kontroll over den. Et eksempel på dette er å se for seg en ri som en bølge som skyller gjennom kroppen eller en blomst som folder seg ut. Slik danner kvinnen seg et mentalt bilde som hun kan fokusere på under riene, som gir mening til sanseopplevelsene og deretter kan bidra til at hun ikke blir redd eller unødvendig anspent. En annen potensielt effektiv visualisering kan være å se for seg babyen sin jobbe seg gjennom fødselskanalen. Det kan styrke opplevelsen av at mor og baby samarbeider om prosessen. Å se for seg babyen sin kan også gi motivasjon og styrke i tøffe stunder. Får kvinnen panikk eller føler seg utrygg vil det å se for seg et trygt sted, f.eks hagen til bestemor hvor man var på sommerferie som liten, kunne virke emosjonsregulerende. Jordmor eller fødselspartner kan da hjelpe kvinnen til å danne seg et rikt mentalt bilde ved å spørre hvordan det ser ut og hvordan det føles å være der. Smerte og andre sanseopplevelser er som nevnt et resultat av en biopsykososial prosess. Hvis vi ser for oss at smerteimpulsene er som vannet i ei elv eller som bølger på ei strand, vil vi tolke disse nervesignalene annerledes enn hvis vi kun tenker at dette gjør vondt, vondt, vondt.

Affirmasjoner

Affirmasjoner, også kalt «positivt selvsnakk», er utsagn som under fødsel gir mestringstro, avspenning eller regulerer emosjonelle reaksjoner. Slikt selvsnakk kan hjelpe fødekvinnen å påvirke egen psyke og kropp under fødselen slik hun vil, akkurat som Marit Bjørgen. Affirmasjoner vil oftest være enkle utsagn som appellerer til kvinnens selvbilde og indre styrke. En effektiv affirmasjon kan være «kroppen min er laget for dette og klarer det», «dette er intenst og jeg holder ut», eller «jeg og babyen jobber sammen». Å viske affirmasjoner til den fødende vil kunne være en fin oppgave for fødselspartneren. Kvinnen kan forberede seg til fødsel ved å utforme affirmasjoner hun tror vil ha ønsket effekt på henne, eller jordmor kan foreslå affirmasjoner under fødselen som hun av

erfaring tror kan hjelpe. Affirmasjonene vekker positive følelser som ledsages av hjelpsomme hormoner fremfor stresshormoner.

Suggesjoner

Suggesjoner er selvsnakk slik som affirmasjoner, men er rettet mer mot å oppnå en ønsket kroppslig respons. Under fødselen ønsker vi suggesjoner som hjelper kvinnen å følge kroppens signaler og være avslappet. Også jordmor eller fødselspartner kan formidle suggesjoner til fødekvinnen. Eksempler på potensielt virksomme suggesjoner under fødsel kan være «jeg er tung og myk i kroppen», eller «jeg lar smerten komme og gå». Man kan med fordel kombinere suggesjoner og visualiseringer slik som Marit Bjørgens tiger. Et eksempel under fødsel vil være å si til seg selv «livmorhalsen min er glatt, avslappet og åpen» samtidig som man ser for seg nettopp det. Ved å ha mentalt fokus på livmorhalsen vil kvinnen kunne bidra til at den blir avslappet og åpen, og man kopler hjerne og kropp sammen.

Stabiliseringsøvelser ved panikk

Noen kvinner blir så slitne, fortvilet eller redde at de havner i en tilstand av panikk. Vi kan da forstå det som at kvinnen blir så overveldet at hun ønsker å flykte fra sin egen kropp og situasjonen hun er i, og det er vanskelig for henne å komme ut av denne reaksjonen på egenhånd. For jordmor kan det da være nyttig å kjenne til noen teknikker for å hjelpe kvinnen å samle seg mentalt og emosjonelt. Hvis kvinnen er så preget av panikk at hun kopler ut omgivelsene kan det være effektivt å be henne se deg i øynene, be henne kjenne på hånden din, holde en hånd på pannen hennes, eller gi henne en våt vaskeklut hun kan trykke på. Dette er ytre stimuli som vil hjelpe henne ut av en tilstand preget av dissosiasjon og vende fokuset tilbake mot her-og-nå-situasjonen. Stikkordet her er enkle, fysiske stimuli som kommuniserer med hennes primitive hjerne fremfor mange ord som hun ikke klarer å ta inn. Hvis kvinnen er stresst og redd, men fortsatt mentalt til stede, vil øvelser som fokuserer på å dempe puls og pust være nyttig. Jordmor kan da be henne klemme rundt seg selv med begge hendene, holde hånden sin på hjertet, sukke tungt eller stryke seg selv langsomt nedover armene samtidig som hun puster dypt. Dette er øvelser som reparerer «kortslutningen» i hodet som oppstår ved panikk. Vi vil at kvinnen skal tørre å kople seg på egen kropp igjen slik at hun kan samarbeide med den og sine fødselshjelpere. ■

Vedlegg 7: Spørreskjema posttest

--	--	--

Spørreskjema for gravide etter endt kurs i studien «Mestring av fødselssmerter»

1. Tanker om kommende fødsel

Hvordan tror du at fødselen din kommer til å bli som helhetsopplevelse?

Overhodet ikke fantastisk 0 1 2 3 4 5 Helt fantastisk

Overhodet ikke forferdelig 0 1 2 3 4 5 Helt forferdelig

Hvordan tror du at du kommer til å føle deg under fødselen?

Overhodet ikke ensom 0 1 2 3 4 5 Ekstremt ensom

Overhodet ikke sterk 0 1 2 3 4 5 Ekstremt sterk

Overhodet ikke sikker 0 1 2 3 4 5 Ekstremt sikker

Overhodet ikke redd 0 1 2 3 4 5 Ekstremt redd

Overhodet ikke forlatt 0 1 2 3 4 5 Ekstremt forlatt

Overhodet ikke svak 0 1 2 3 4 5 Ekstremt svak

Overhodet ikke trygg 0 1 2 3 4 5 Ekstremt trygg

Overhodet ikke selvstendig 0 1 2 3 4 5 Ekstremt selvstendig

Overhodet ikke oppgitt 0 1 2 3 4 5 Ekstremt oppgitt

Overhodet ikke anspent 0 1 2 3 4 5 Ekstremt anspent

Overhodet ikke glad 0 1 2 3 4 5 Ekstremt glad

Overhodet ikke stolt 0 1 2 3 4 5 Ekstremt stolt

Overhodet ikke sviktet 0 1 2 3 4 5 Ekstremt sviktet

Overhodet ikke fattet 0 1 2 3 4 5 Ekstremt fattet

Overhodet ikke avslappet 0 1 2 3 4 5 Ekstremt avslappet

Overhodet ikke lykkelig 0 1 2 3 4 5 Ekstremt lykkelig



Hva tror du at du kommer til å føle under fødselen?

- Overhodet ingen panikk 0 1 2 3 4 5 Ekstrem panikk
- Overhodet ingen håpløshet 0 1 2 3 4 5 Ekstrem håpløshet
- Overhodet ingen lengsel etter barnet 0 1 2 3 4 5 Ekstremt stor lengsel etter barnet
- Overhodet ingen selvtillit 0 1 2 3 4 5 Ekstremt stor selvtillit
- Overhodet ingen tillit 0 1 2 3 4 5 Ekstremt stor tillit
- Overhodet ingen smerte 0 1 2 3 4 5 Ekstrem smerte

Hva tror du kommer til å skje når fødselen er på sitt mest intense?

- Jeg kommer ikke til å oppføre meg dårlig 0 1 2 3 4 5 Jeg kommer til å oppføre meg ekstremt dårlig
- Jeg kommer ikke til å våge overgi meg til det til det som skjer i kroppen 0 1 2 3 4 5 Jeg kommer til å våge overgi meg helt til det som skjer i kroppen
- Jeg kommer ikke til å miste kontrollen over meg selv 0 1 2 3 4 5 Jeg kommer til å totalt miste kontrollen over meg selv

Hvordan tror du at det kommer til å føles i det barnet kommer ut?

- Overhodet ikke gledelig 0 1 2 3 4 5 Ekstremt gledelig
- Overhodet ikke naturlig 0 1 2 3 4 5 Ekstremt naturlig
- Overhodet ikke selvfølgelig 0 1 2 3 4 5 Ekstremt selvfølgelig
- Overhodet ikke farlig 0 1 2 3 4 5 Ekstremt farlig

Har du i den siste måneden hatt fantasier som for eksempel at barnet dør under fødselen?

Aldri 0 1 2 3 4 5 Svært ofte

Har du i den siste måneden hatt fantasier om at barnet blir skadet under fødselen?

Aldri 0 1 2 3 4 5 Svært ofte



Alle opplever smerter på et eller annet tidspunkt i livet. Slike smerteopplevelser kan være hodepine, tannverk, ledd- og muskelsmerter. Folk er ofte utsatt for situasjoner som kan forårsake smerter, slik som sykdom, skade, tannbehandling og kirurgi.

Vi er interessert i hva slags tanker og følelser du har når du har smerter. Nedenfor står det 13 utsagn som beskriver ulike tanker og følelser som kan være forbundet med smerte. Bruk følgende skala og indiker i hvilken grad du har slike tanker og følelser når du opplever smerte.

	Ikke i det hele tatt	Litt	I moderat grad	I stor grad	Hele tiden
Jeg er hele tiden bekymret for at smertene ikke vil gi seg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg ikke klarer å fortsette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er forferdelig og jeg tror at det aldri vil bli bedre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er fryktelig, og jeg føler at det overvelder meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg ikke holder det ut lenger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir redd for at smertene skal bli verre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Fysisk helse

3.1 Dersom du har hatt smerter siste uken, hvor har du hatt disse plagene?
Vennligst sett et eller flere kryss.

FORAN

Høyre Venstre

Hode

H kjeve/ansikt

Bryst

Mage

Underliv/bekken

H håndledd/hånd

H kne

H ankel/fot

V kjeve/ansikt

V håndledd/hånd

V kne

V ankel/fot

BAK

Venstre Høyre

Nakke

H skulder/overarm

Øvre del av ryggen

H albue/underarm

Korsrygg

H Hofte/sete

H Lår

H legg

V skulder/overar

V albue/underar

V Hofte/sete

V Lår

V legg

3.2 Vennligst sett et kryss ved det tallet som best beskriver de sterkeste smertene du har hatt i løpet av den siste uka

Ingen smerter	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelige smerter
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3.3 Vennligst sett et kryss ved det tallet som best beskriver de svakeste smertene du har hatt i løpet av den siste uka.

Ingen smerter	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelige smerter
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3.4 Vennligst sett et kryss under det tallet som best angir hvor sterke smerter du har i gjennomsnitt

Ingen smerter	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelige smerter
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Tusen takk for at du fylte ut spørreskjemaet!

Hvis du har noen spørsmål eller kjenner behov for å snakke med noen, kan du ta kontakt med psykolog/masterstudent Ingvill Øvsthus etter kurset eller på tlf 992 33839.



**Evaluerings skjema etter deltagelse på
«Kurs om mestring av fødselssmerte»**

1) Svarte kurset til dine forventninger? *Sett ett kryss*

Ja Nei Vet ikke

Hvis nei, hvorfor ikke?

2) I hvor stor grad har kurset hjulpet deg med din fødselsangst? *Sett ett kryss*

Veldig mye Mye Middels Lite Ingenting

3) Hva synes du om innholdet i de ulike kurssamlingene? Sett ett kryss for hver linje

	Veldig bra	Bra	Middels	Dårlig	Veldig dårlig
1. samling					
2. samling					
3. samling					

4) Ville du anbefalt kurset til andre kvinner med fødselsangst? *Sett ett kryss*

Ja Nei Vet ikke

5) Hva er din totalvurdering av kurset? *Sett ett kryss*

Veldig bra Bra Middels Dårlig Veldig dårlig

6) Har du forslag til forbedringer eller andre kommentarer?
