

Overgrep i barndommen - en utfordring for jordmødre

Masteroppgave i helsevitenskap 2009
Raija Dahlø

NTNU

Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap

Sammendrag

Hensikten med studien: Studien retter seg mot kvinner som har opplevd seksuelle og/eller fysiske overgrep i barndommen og deres bruk av helsetjenester under svangerskapet og fødselen og hvordan jordmødre kan bruke denne kunnskapen for å bedre kontakten med de gravide og helsevesenet slik at svangerskapet og fødselen blir gjennomført på en god måte.

Design: Studien er en kvantitativ studie med utgangspunkt i en tidligere fødselsangststudie.

Deltakere: Deltakerne var 84 gravide som hadde sagt ja til å delta på ultralydundersøkelse i 17.-19. svangerskapsuke og som oppgav at de har opplevd fysiske eller seksuelle overgrep i barndommen. Alle deltakerne tilhørte nedslagsfeltet til St. Olavs Hospital i Trondheim.

Resultater: Deltakerne hadde hyppigere kontakt med helsevesenet i forbindelse med svangerskap og fødsel i form av flere svangerskapskontroller, ultralydundersøkelser og innleggelses sammenlignet med andre gravide og fødende. Smerter var den hyppigste årsaken til polikliniske undersøkelser. Det var stort behov for samtaler med fødselsangstteamet. Den hyppigste årsaken til samtaler var tidligere traumatiske fødselsopplevelser. Flere av fødslene ble igangsatt og det var oftere en operativ forløsning enn hos andre fødende. Det var ikke flere for tidlige fødsler i studien. Nyfødte hadde ikke flere problemer enn alle andre nyfødte. Deltakerne var oftere flergangsfødende og det var flere gifte/samboende med i studien enn blant alle gravide/fødende ved St. Olavs Hospital. Halvparten hadde en høyere utdanning. Flere av deltakerne var yrkesaktive enn landsgjennomsnittet. Barndommens fysiske overgrep hadde like alvorlige konsekvenser som seksuelle overgrep.

Konklusjon: Deltakerne hadde behov for mer kontakt med helsevesenet sammenlignet med alle gravide i Norge selv om de var ressurssterke kvinner. Jordmødre bør identifisere gravide med overgrepserfaringer ved å spørre om tidligere overgrepsopplevelser, både om seksuelle og fysiske. Ut fra studien kan man si at svangerskapsomsorg for gravide med erfaringer av overgrep i barndommen bør individualiseres og at det må settes av nok tid. Det bør være en lav terskel til å henvise til samtaler med fødselsangstteamet. Det må også gjennomføres en samtale med kvinnen/paret etter fødselen. Jordmødre bør kjenne til hvordan en traumatisk opplevelse påvirker sinnet og kroppen. Jordmødre må ha som mål, ved hjelp av gode jordmorfaglige kunnskaper, kommunikasjonsferdigheter og salutogenetisk tenkemåte, å bidra til at gravide/fødende med overgrepserfaringer gjennomfører et svangerskap og en fødsel som fører til en økt mestringsfølelse og empowerment hos vedkommende.

Forord

I forbindelse med arbeidet med denne oppgaven har jeg hatt gleden av å få hjelp og støtte fra flere som raust har delt av sin tid og sine kunnskaper, og som har betydd mye for denne oppgaven og for min læringsprosses.

Først vil jeg takke min tidligere kollega Ingebjørg Laache som mente at det var viktig å skrive oppgave om nettopp dette tema. Du har i tillegg hjulpet meg med formuleringen av spørreskjemaer og datainnsamlingen og vært en inspirasjonskilde hele veien.

Jeg har også hatt to flinke og entusiastiske veiledere som har gitt meg et innblikk i både samfunnsvitenskapelig og naturvitenskapelig tenkemåte: førstelektor Berit Nicolaysen og førsteamanuensis Eva Tegnander, tusen, tusen takk! Det har bestandig vært godt å snakke med dere.

Jeg vil også takke professor Sturla H. Eik-Nes og førstelektor Oddbjørn Ingebrigtsen som har tatt av sin travle tid og kommet med mange gode innspill. Dette har gitt oppgaven et løft.

Min mann og våre barn fortjener en stor takk for både tålmodighet, hjelp og oppmuntring undersveis i prosessen.

Til sist, men ikke minst, føler jeg dyp takknemlighet og respekt for de kvinnene som deltok i studien og ville svare på spørsmål om intime og vonde hendelser i sine liv. Mitt håp er at denne studien kan være et bidrag til synliggjøringen av konsekvensene av overgrep mot barn i form av kartleggingen av ressursbehovet i helsevesenet og jordmorfunksjonen i svangerskaps- og fødselsomsorgen.

Trondheim juni 2009
Raija Dahlø

INNHold

SAMMENDRAG	1
FORORD	2
INNHold	3
1. INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN	5
1.2. FORMÅL OG PROBLEMSTILLING	7
2. TIDLIGERE FORSKNING	9
2.1 BETYDNING AV OVERGREP I BARNDOMMEN FOR HELSEN SENERE	9
2.2 BETYDNING AV OVERGREP I BARNDOMMEN FOR SVANGERSKAP, FØDSEL	14
3. TEORETISK BAKGRUNN	20
3.1 STRESS, TRAUME	21
3.2 FØDSELSANGST	24
3.3 SALUTOGENESIS	25
3.4. EMPOWERMENT OG MESTRING	26
3.5 KOMMUNIKASJON	29
3.6 KOMMENTARER I FORHOLD TIL PROBLEMSTILLINGEN.....	31
4. METODE	32
4.1 DEN PRIMÆRE STUDIEN OM FØDSELSANGST	32
4.2 OVERGREPSSTUDIEN	33
4.2.1 Design.....	33
4.2.3 Deltakerne	34
4.2.4 Gjennomføring av overgrepstudien.....	35
4.2.5 Statistiske analyser	35
4.2.7 Studiens begrensninger.....	38
5. KONTAKT MED HELSEVESENET OG FØDSELSUTFALL	40
5.1 SOSIOØKONOMISKE VARIABLER	41
5.1.2 Utdanning.....	41
5.1.3 Yrkesaktivitet	42
5.2 HELSEVARIABLER	43
5.2.1 Tidligere helse	43
5.2.2 Tidligere fødsler	43
5.2.3 Røyking.....	44
5.3 SVANGERSKAPET	45
5.3.1 Svangerskapskontroller	45
5.3.2 Ekstra ultralydundersøkelser.....	47
5.3.4 Innleggelser i løpet av svangerskapet.....	50
5.3.5 Samtaler med fødselsangstteamet.....	52
5.3.6 Oppsummering	55
5.4 FØDSELEN	56
5.4.1 Ønske om keisersnitt.....	56
5.4.2 Igangsetting (induksjon) av fødsel.....	57
5.4.4 Fødselstidspunktet i forhold til termin.....	58
5.4.5 Fødselsmåte.....	59
5.4.6 Fødselens varighet.....	60
5.4.7 Liggedøgn.....	61
5.4.9. OPPSUMMERING	62
5.5 BARNET	62

5.5.1	<i>Apgar-skåre</i>	62
5.5.2	<i>Vekt</i>	64
5.6	SOSIOØKONOMISKE OG HELSEVARIABLER OG TYPE OVERGREP OG KONTAKTEN MED HELSEVESENET	65
5.6.1	<i>Sosioøkonomiske og helsevariabler</i>	65
5.6.2	<i>Type overgrep</i>	65
6.	IMPLIKASJONER FOR JORDMORFUNKSJONEN	67
6.1	DEFINISJONER	67
6.2	VEIEN TIL EMPOWERMENT, MESTRING OG SALUTOGENESIS	68
6.3	SPØRSMÅL OM TIDLIGERE OVERGREP	70
6.4	INFORMASJON	71
6.5	BAKGRUNNSVARIABLER	72
6.5.1	<i>Sivilstatus, tidligere fødsler og yrkesaktivitet</i>	72
6.5.2	<i>Utdanning</i>	72
6.5.3	<i>Tidligere helse</i>	73
6.5.4	<i>Røyking</i>	73
6.6	SVANGERSKAPET	73
6.6.1	<i>Svangerskapskontroller</i>	73
6.6.2	<i>Ekstra ultralyd i svangerskapet</i>	74
6.6.3	<i>Smerter og bekymringer</i>	75
6.6.4	<i>Fødselsangstteam og fødselsplan</i>	75
6.7	FØDSELEN	78
6.7.1	<i>Ønske om keisersnitt</i>	78
6.7.2	<i>Igangsetting av fødsel</i>	79
6.8	BARSELTIDEN	80
6.8.1	<i>Amming</i>	80
6.8.2	<i>Psykisk helse</i>	80
6.8.3	<i>Liggetid</i>	81
6.8.4	<i>Videre oppfølging, samarbeid med andre profesjoner</i>	82
6.9	JORDMORENS FUNKSJON GENERELT	82
7.	KONKLUSJON OG VEIEN VIDERE	84
	REFERANSELISTE	86
	VEDLEGG 1: Kommunikasjonen med REK	
	VEDLEGG 2: Spørreskjemaet	

1. INNLEDNING

1.1 BAKGRUNN

Overgrep mot barn er et internasjonalt problem. Overalt hvor man har spurt om dette, sier en betydelig andel av den voksne befolkningen at de har opplevd overgrep som barn (Finkerhor 1994). Siden 1970-tallet har det vært en økende interesse for forekomsten og konsekvenser av overgrep i barndommen (Bifulco, Brown & Adler 1991). Ut fra forskjellige studier antas det at ca 6 – 36 % av kvinner har blitt utsatt for seksuelle overgrep og ca 7 - 15 % for fysiske overgrep i barndommen (Finkelhor 1994, Leeners, Neumaier-Wagner, Quarg & Rath 2006 a , Grimstad & Schei 1999, Stenson et al. 2001, Hulst, Bonsel, Eskes & Birnie 2006, Lang, Rodgers & Lebeck 2006, Bailey & McCloskey 2005, Springer, Sheridan, Kuo & Carnes 2007).

Forskningen har fokusert mest på konsekvenser av seksuelle overgrep, det finnes mindre forskning på konsekvenser av fysiske overgrep. Man har imidlertid lenge vært klar over at det forekommer fysiske overgrep mot barn, og dette har vært godt dokumentert i medisinsk litteratur siden 1962 da C. H. Kempe beskrev ”Battered-child Syndrome” (Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller & Silver 1962). Tidligere forskning har vist at fysiske overgrep sjelden forekommer alene, men er assosiert med andre typer overgrep. Forskningen til Springer et al. (2007) viser også at konsekvensene av barndommens fysiske overgrep på helsen i voksen alder ofte er de samme som konsekvensene av seksuelle overgrep.

Svangerskap, fødsel og barseltid fører til store forandringer i livet, og mange med tidligere opplevelse av seksuelle og fysiske overgrep kan ha vanskeligheter med å forholde seg til disse forandringene. Simkin og Klaus (2005) har utgitt en bok om svangerskap og fødsel hos kvinner som har opplevd seksuelle overgrep tidlig i livet. I følge dem er det perioder i livet som er mer sårbare for kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Svangerskap og fødsel er et eksempel på slike situasjoner på grunn av at det påminner kvinner om deres egen barndom, det skjer kroppslige forandringer og det blir større avhengighet av andre. Det kan også være redsel for invasive medisinske prosedyrer, smerte og hjelpeløshet. Forhold rundt amming og generelt det å bli foreldre kan også føles problematiske.

Det er rapportert at somatisering er en mestringsstrategi hos mange overgrepssatte (Kirkengen, Schei & Steine 1993). Flere studier bekrefter at overgrepssatte kvinner brukte helsetjenester oftere under svangerskapet sammenlignet med gravide uten overgrepserfaringer. De har oftere uplanlagt poliklinisk kontakt og de har flere ultralydundersøkelser. (Grimstad & Schei 1999, Leeners, Richter-Appelt, Imthurn & Rath 2006 b). I en rapport fra Servicestyrelsen i Danmark påpekes det at seksuelt misbrukte kvinner overses i svangerskapsomsorgen, og at det finnes sparsomt med litteratur om seksuelt misbruktes opplevelse av svangerskap, fødsel og om det å bli foreldre (Frandsen 2008).

En studie fra Norge viser at fødende med seksuelle og/eller fysiske overgrepserfaringer fra barndommen har signifikant flere komplikasjoner i forbindelse med fødselen enn fødende uten slike opplevelse (Heimstad, Dahloe, Laache, Skogvoll & Schei 2006). Denne studien viser også at både fysiske overgrep og seksuelle overgrep i barndommen har like stor betydning i forhold til komplikasjoner under fødselen. Seksuelle og fysiske overgrep i *voksen* alder har ikke noen betydning i forhold til komplikasjoner i forbindelse med fødselen, i følge denne studien.

Jordmørtjenesten er lovpålagt i alle kommuner i Norge og alle gravide har rett til å gå til svangerskapskontroll hos jordmor. Jordmor er følgelig i en nøkkelrolle i den generelle svangerskapsomsorgen. Imidlertid viser studien "At bli mor" fra Danmark at jordmødrene har for lite kunnskap om gravide med overgrepssakgrunn (Frandsen 2008). Gravide med overgrepssopplevelser er ofte vant til å undertrykke sine behov og bekymringer, og hvis ikke jordmoren er klar over dette, blir de en oversett gruppe i svangerskapsomsorgen. Det er derfor nødvendig for jordmødrene å vite hvordan svangerskap og fødsler til disse gravide kan arte seg, og hva de kan bidra med for å gjøre denne livsfasen til en så trygg og god opplevelse som mulig. Grunnlaget for en god fødselsopplevelse og for en god start på å bli mor legges i svangerskapet, og det er viktig for jordmødrene å vite på hvilken måte man forbereder gravide med overgrepsserfaringer til fødselen og til det å bli foreldre. Å gi informasjon om svangerskapet og fødselen og om det som kommer til å skje er viktig, men en annen viktig oppgave er å øke den gravides selvtillit i forhold til svangerskapet, fødselen og det å bli foreldre. Målet er at vedkommende kommer styrket ut av disse livshendelsene istedenfor at de blir en ny traume. Studien til Heimstad et al. (2006) viser at disse fødende representerer en risikogruppe i forhold til komplikasjoner under fødselen, slik at det er viktig at jordmødrene i sitt arbeid i svangerskapsomsorgen og ved fødeavdelingene har kunnskap om gravide og

fødende med overgrepshistorie. En studie fra England om jordmødres kunnskap om tidligere seksuelle overgrep (Jackson & Fraser 2007) viser at de fleste jordmødre følte seg usikre i forhold til gravide med overgrepserfaringer. Bare noen få følte at de hadde nok kunnskap om dette.

Hensiktsmessig bruk av helsetjenester er god samfunnsøkonomi. Derfor er det også viktig at kontakten med helsevesenet i svangerskapet blir målrettet mot de behov som gravide med overgrepshistorie har.

1.2. FORMÅL OG PROBLEMSTILLING

Jeg ble interessert i å vite mer om gravide med barndommens overgrepserfaringer på grunn av mitt arbeid som jordmor i fødselsangstteamet ved fødeavdelingen, St. Olavs Hospital. Min erfaring er at en nokså hyppig årsak til fødselsangst er tidligere overgrepserfaringer. Jeg deltok også i et forskningsprosjekt angående fødselsangst som viste at overgrep i barndommen har betydning for fødselsutfallet (Heimstad et al. 2006). Jeg vil derfor sette denne oppgaven i sammenheng med den jobben som jordmødre gjør i forhold til gravide og fødende med overgrepshistorie.

Den kvantitative undersøkelsen som ligger til grunn for oppgaven, har til hensikt å beskrive hvordan svangerskapene og fødslene til tidligere overgrepsofret artet seg i forhold til kontakten med helsevesenet og hvordan utfallet av fødselen ble. Jeg vil ut fra det kvantitative materialet diskutere hva jordmødrene bør ta hensyn til når de utfører svangerskapskontroller og har fødsler på kvinner med overgrepshistorie fra barndommen.

Flere litteratursøk viser at i Norge er det tidligere utført få studier som beskriver kontakten mellom helsevesenet og gravide og fødende med overgrepserfaringer under svangerskap og fødsel. På grunn av at mange kvinner har blitt utsatt for overgrep i barndommen, kommer alle jordmødre i løpet av sitt yrkesliv før eller siden i kontakt med gravide og fødende som har overgrepserfaringer. Jordmødrene har en viktig rolle i svangerskaps- og fødselsomsorgen og de har behov for mer forskningsbasert viten om disse gravide og fødende. For å bidra til kunnskap på dette feltet er oppgavens problemstilling som følger:

Hvordan er kontakten med helsevesenet og utfallet av fødselen blant gravide og fødende som har erfart overgrep i barndommen og hvilke implikasjoner får dette for jordmorfunksjonen?

Jeg vil belyse problemstillingen ved hjelp av en kvantitativ analyse av blant annet antall svangerskapskontroller, ekstra ultralydundersøkelser, sykemeldinger, polikliniske undersøkelser og innleggelse ved sykehuset, ønske om keisersnitt og samtaler med fødselsangstteamet. Fødselen og barnets tilstand ved fødselen og liggetid ved sykehuset blir beskrevet. Ut fra disse funn drøfter jeg jordmors funksjon i forhold til gravide og fødende med overgrepserfaringer fra barndommen.

I kapittel 2 i denne oppgaven beskrives tidligere forskning om konsekvensene av barndommens seksuelle og fysiske overgrep på helse generelt og på svangerskap, fødsel og starten på foreldreskap. Kapittel 3 beskriver oppgavens teoretiske bakgrunn: konsekvensene av traumeopplevelser, fødselsangst, litt om den salutogenetiske tenkemåten, empowerment og mestring. Empatisk kommunikasjon blir beskrevet som et nyttig verktøy i samtaler.

Kapittel 4 er metodekapittel og i kapittel 5 beskrives de empiriske funnene og drøfting av disse. Kapittel 6 inneholder drøftinger av jordmorfunksjonen ut fra funn i den empiriske studien. Konklusjonen er i kapittel 7.

2. TIDLIGERE FORSKNING

Det finnes ingen beskrivelse av en ”typisk” person som har opplevd overgrep. De som blir utsatt for overgrep reagerer på hendelsen på forskjellige måter. Fysiske og seksuelle overgrep i barndommen betyr ikke nødvendigvis langvarige problemer senere i livet hos alle dem som har opplevd disse overgrepene. Hvordan man reagerer på overgrepene, er avhengig av familien, nærmiljøet, personlighet og livserfaringer, og om vedkommende har fått adekvat hjelp til å bearbeide sine opplevelser (Leeners et al. 2006 b).

Imidlertid finnes det blant mennesker med overgrepserfaringer nesten uendelig mengde forskjellige plager og symptomer (Hobbins 2004). Det er påvist omfattende skader på både den fysiske, psykiske og psykososiale helsen senere i livet. Overgrep i barndommen kan sette varige spor og de resulterer ofte i en dårligere mental og fysisk helse uavhengig av hvor mange år det har gått etter overgrepene (Springer et al. 2007).

I de følgende punktene tar jeg for meg de negative konsekvensene av barndommens overgrep på helsen senere i livet og på svangerskap og fødsel. Jeg er klar over at dette kan gi en ensidig bilde som ikke tar med de mange som mestrer livet sitt senere uten skadelige følger av overgrepene.

2.1 BETYDNING AV OVERGREP I BARNDOMMEN FOR HELSEN SENERE

Fysiske og seksuelle overgrep i barndommen kan få alvorlige følger for helsen senere i livet, både fysisk, psykisk og sosialt. Flere studier viser en signifikant sammenheng mellom overgrep og forskjellige fysiske symptomer slik som kroniske smerter i underlivet, ryggen, maven eller brystet, urinveisproblemer, mavesår, hodepine, kvalningsfølelse. Det er også påvist sammenheng mellom overgrep og blant annet astma, diabetes, høyt blodtrykk og flere forskjellige lettere diagnoser (Hilden et al 2004, Kirkengen, Schei & Steine 1993, McCauley et al. 1997, Romans, Belaise, Martin, Morris & Raffi 2002, Springer et al. 2007).

Forskningen til Bailey & McCloskey (2005) viser at fysiske og seksuelle overgrep i barndommen kan skade utviklingen av identitet og den positive oppfatningen av selvet. Disse

barna kan ha tendens til å utvikle en offeridentitet. Barndommens overgrep kan føre til en følelse av indre usselhet. I følge Bailey & McCloskey (2005) oppstår skader spesielt etter seksuelle overgrep på to måter: følelsen av skyld og følelsen av å bli stigmatisert. Skyldfølelsen oppstår på grunn av barnas behov og bekymring for sikkerhet. De vil helst ikke innse at de ikke kan beskytte seg selv. Da gir skyldfølelsen en følelse av kontroll over sin kropp og omgivelsene. Stigmatisering og offerstatus er resultat av skyld, skam og følelse av ensomhet. I følge Frandsen (2008) har seksuelt misbrukte ofte et negativt selvbylde og de setter utrolig høye krav til seg selv og blir perfeksjonister. De har også et stort ønske om anerkjennelse og behov for å bli trodd når de forteller om overgrepene.

Personer som har vært utsatt for fysiske og seksuelle overgrep kan også ha psykiske plager så som søvnproblemer, skyldfølelse, humørsvinginger, vanskeligheter for å huske ting, vanskeligheter for å stole på andre (Hulme 2000). De har oftere spiseforstyrrelser, depresjoner og angst (Mullen, Martin, Anderson, Romans & Herbison 1994, Springer et al. 2007). Overgrep er en viktig risikofaktor for kronisk utmattelsessyndrom (Heim et al. 2006). Risikoatferd og selvdestruktiv livsførsel i form av blant annet røyking, alkohol- og stoffmisbruk er sterkt assosiert med tidligere overgrep (Anda et al. 2006, Dube et al. 2003, Rodgers et al. 2004, McCauley et al. 1997, Hulme 2000, Mullen et al. 1994). Overvekt i voksen alder kan også ha en sammenheng med tidligere overgrep (Irving & Ferraro 2006). Det er en sterk sammenheng mellom overgrep i barndommen og depressive symptomer og antisosial oppførsel i tenårene (Schilling, Aseltine & Gore 2007). Det er også en viktig sammenheng mellom overgrep og selvmordstanker eller selvmordsforsøk senere i livet (Enns et al. 2006, McCauley et al. 1997). I følge studien til Enns et al. (2006) viser alle typer barndommens overgrep hver for seg en signifikant sammenheng med nye tilfeller av selvmordsforsøk. Overgrep kan dermed bety livsfare for vedkommende.

Tidligere studier viser også at det kan være en sammenheng mellom overgrep og flere personlighetstrekk, blant annet nevrotisme (Fosse & Holen 2007), høyt stressnivå, vanskeligheter for å kontrollere sinnet og lav selvfølelse (Anda et al 2006, Springer et al. 2007).

Det ble påvist en signifikant sammenheng mellom barndommens overgrep og posttraumatisk stresslidelse (PTSD). PTSD kan betraktes som en varig spenningstilstand etter et alvorlig traume (Heskestad 2001). Denne lidelsen karakteriseres av invalidiserende symptomer som

gjenopplevelser av traumatiske hendelser, unnvikelsesatferd og ekstrem årvåkenhet (for eksempel irritabilitet eller sterk vaksomhet). Den er preget av et høyt aktiverings- og angstnivå, og den kan føres tilbake til intens stresspåvirkning. Den handler ofte om traumatisk stress som for eksempel store ulykker, krig, voldtekt (Helgesen 2008). Disse hendelsene er definert som livstruende, uvanlige, katastrofale, redselsfulle og har ofte en sammenheng med en følelse av hjelpeløshet. Overgrep i barndommen er hendelser som fyller disse kriteriene. For å få diagnosen PTSD må symptomene ha minst en måneds varighet. Manglende sosial støtte, stress eller depresjon etter traume, psykiske problemer tidligere og personlighetsmessige faktorer er risikofaktorer for å utvikle PTSD etter en traumatisk opplevelse (Bisson 2007). Det er antatt at 20-40 % av dem som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, utvikler PTSD (Hobbins 2004). PTSD er en alminnelig plage generelt i befolkningen og forekomsten av livslang PTSD er i USA 10 % for kvinner og 5 % for menn ved bruk av DSM-III-R kriterier. DSM-III-R kriterier brukes for å diagnostisere langvarige psykiatriske lidelser. Risikoen for å utvikle PTSD etter en traumatisk hendelse er 20 % for kvinner og 8 % for menn. Enkelte forskere har funnet noe høyere insidens blant unge mennesker: 30 % for kvinner og 13 % for menn (National Collaborating Centre for Mental Health 2005).

Mest karakteristiske symptomet på PTSD er gjenopplevelse av traumet. Dette inkluderer flashbacks, hvor personen handler og føler som om hendelsen skjer der og da (National Collaborating Centre for Mental Health 2005). Mange PTSD-pasienter beskriver også symptomer på følelsesmessig "flathet"; blant annet ikke å ha noen følelser, uinteressert i andre mennesker, manglende lyst til å fortsette med aktiviteter de var involvert i før. Mange lider også av depresjon, har skam- og skyldfølelse, som igjen øker stresset og har innvirkning på funksjonsdyktighet. PTSD-pasienter kan også utvikle sekundære psykiske lidelser og komplikasjoner av PTSD, slik som misbruk av alkohol eller narkotiske stoff, røyking, depresjon og selvmordsrisiko eller angstlidelser, for eksempel panikkangst, som igjen begrenser livet til vedkommende.

Barndommens seksuelle overgrep kan ha en innvirkning på senere familieliv og forholdet til egne barn (Roberts, O'Connor, Dunn & Golding 2004). Denne studien viser videre at overgrepsutsatte lever oftere i utradisjonelle familier, for eksempel enslig mor og stefar, mens de uten overgrepsbakgrunn oftere lever i biologiske familier. Studien til Roberts et al (2004) viser også at tidligere overgrep kan forårsake en dårligere kommunikasjon med partneren og

dette fører til mindre tilfredshet i samlivet. Mødre med overgrepserfaringer kan være mer negative mot barna sine, og barna deres kan ha mer problemer senere enn barna til mødre uten overgrepserfaringer. Disse barna er blant annet oftere hyperaktive, har problemer med kamerater og har følelsesmessige problemer. I flere studier ble det påvist at det er flere tenåringsgraviditeter blant jenter med overgrepsbakgrunn (Mullen et al. 1994, Hillis et al. 2004), mens andre studier ikke kan bekrefte dette (de Paul & Domenech 2000, Widom & Kuhns 1996). Studien til Mullen et al. (1994) viser at personer med overgrepserfaringer kan ha mer seksuelle problemer enn de som ikke har overgrepsbakgrunn. Det er en signifikant sammenheng mellom barndommens overgrep og lavere alder ved første seksuell kontakt, prostitusjon og promiskuitet senere i livet (Anda et al. 2006, Rodgers et al. 2004, Widom & Kuhns 1996).

Minnene om barndommens overgrep føles ofte skitne og urene. Den overgrepsutsatte kan distansere seg helt fra dem. Disse minnene kan imidlertid bli utløst igjen av ”triggere” i vedkommende selv eller i omgivelsene (Courtois & Riley 1992). Mange av minnene er innlysende, mange er ”kodete”. Mange overgrepsutsatte har somatisert minnene og symptomene sine og husker en hendelse somatisk. Vi forstår mer og mer om sammenhengen mellom psyke og soma, og vi erkjenner at mange lidelser har både psykisk og somatisk komponent. Somatisering er en fysisk manifestasjon av en dyp og undertrykt emosjonell eller psykisk smerte. En slik smerte kan ikke bli totalt undertrykt, den vil finne sin vei ut. Den viser seg metaforisk i form av en eller flere fysiske symptomer. Det er typisk at disse problemene er utydelige, vage, forvirrende og frustrerende vanskelige å kurere. For de fleste overgrepsutsatte er en slik smerte eller lidelse ”en bønn om hjelp”. Det egentlige problemet er så vanskelig å snakke om at vedkommende undertrykker det, men hennes behov kan ikke bli undertrykt (Simkin & Klaus 2005). Mennesker med slike plager går ofte fra lege til lege i en nytteløs og frustrerende søking etter medisinsk hjelp. Mange søker også hjelp via alternative behandlinger, for eksempel akupunktører, kiropraktorer og homøopater. De færreste blir spurt om sine tidligere livserfaringer og det er få som spontant forteller om disse selv.

Tendensen i helsevesenet er at man prøver å helbrede de fysiske manifestasjonene av overgrep i stedet for å gripe tak i det som er bakgrunnen for problemene (Hobbins 2004).

Det at overgrepsutsatte ofte somatiserer minner og husker en hendelse somatisk, fører til et stort antall medisinske og terapeutiske intervensjoner (Kirkengen, Schei & Steine 1993). I følge Kirkengen (2005) bør kroppsliggjøringen av traumatiske avmakts-, ydmykelses- og

krenkelseserfaringer føre til en annen tenkemåte i helsevesenet om menneskekroppen enn en dualistisk, fragmenterende og mekanisk tenkemåte som fremdeles dominerer i biomedisinen.

Det å stille spørsmål om hvordan vedkommende selv oppfatter sin helse generelt, gir ofte et mer holistisk bilde av helsen enn ved å spørre om enkelte sykdommer og plager (Irving & Ferraro 2006). I flere studier mente deltakerne med overgrepshistorie å ha en dårlig helse i voksen alder (Irving & Ferraro 2006, Lang et al. 2006, Mullen et al. 1994, Romans et al. 2002). Irving og Ferraro (2006) stilte i sin undersøkelse spørsmål om personer med overgrepserfaringer lettere rapporterer å ha en dårlig helse enn ikke overgrepsutsatte. De oppdaget i sin studie at det var signifikant lavere selvkontroll og mestringsforventning hos overgrepsutsatte, og at traumatiske opplevelser tidlig i livet forstyrret utviklingen av psykiske ressurser. Når barna blir utsatt for stressfulle hendelser kan dette forstyrre den tidlige utviklingen av det sentrale nervesystemet. Dette kan igjen hemme evnen til å mestre negative følelser og forårsake problemer i den følelsesmessige og atferdsmessige kontrollen senere i livet. Mæland (2005) beskriver livskvalitet som et uttrykk for folks subjektive vurdering av sitt eget liv. Ut fra denne definisjonen kan funn i studien til Irving & Ferraro (2006) tyde på en forringet livskvalitet hos personer med overgrepsopplevelser tidligere i livet.

Som en oppsummering er de vanligste symptomene etter overgrep i barndommen sortert med utgangspunktet i fremstillingen til Christine Heritage (1998):

Fysiske symptomer	Psykiske symptomer	Atferdsmessige symptomer
Hyppig hodepine	Depresjon	Selvdestruktiv livsførsel
Sykkelig overvekt	Følelse av ensomhet	Stoffmisbruk
Kroniske smerter	Søvnforstyrrelser	Mange seksualpartnere
Gastrointestinale forstyrrelser	Følelse av hjelpeløshet og svakhet	Tidlig alder ved seksuell kontakt
Premenstruelt syndrom	Lav selvfølelse	Graviditet ved tenårene
Diffuse smerter	PTSD	Seksuelle problemer

2.2 BETYDNING AV OVERGREP I BARNDOMMEN FOR SVANGERSKAP, FØDSEL OG FORELDRESKAP

Svangerskap kan innebære påkjenninger selv under de beste omstendighetene. Svangerskapet og fødselen er en periode med intense følelser for de fleste kvinnene og kan karakteriseres som en livskrise som krever at man tilegner seg nye mestringsstrategier (Thompson 1990).

Søket etter litteratur som beskriver betydningen av overgrep i barndommen på svangerskap, fødsel og foreldreskap senere i livet er beskrevet i fotnote¹. Det finnes lite litteratur og kunnskap om de kvinnene med overgrepshistorie som gjennomfører svangerskap og fødsel uten å ha mer komplikasjoner enn kvinner uten overgrepshistorie.

De studiene som er utført viser at hos gravide og fødende som har opplevd overgrep er det blitt påvist flere ultralydundersøkelser enn vanlig, mer komplikasjoner under svangerskap, flere aborter, flere komplikasjoner under fødselen og øket risiko for postpartum depresjon. Det er flere som røyker og misbruker alkohol eller stoff, og dette kan igjen forårsake flere komplikasjoner i svangerskapet (Morland et al. 2007, Heimstad et al. 2006, Grimstad & Schei 1999). Flergangsfødende med overgrepshistorie er oftere plaget av smerter i bekkenet under svangerskapet enn flergangsfødende uten overgrepserfaringer (van der Hulst et al. 2006).

Studien til Morland et al. (2007) viser at gravide med PTSD (posttraumatisk stresslidelse) har en økt risiko for helsefarlig levestil, for eksempel røyking, alkoholbruk og dårlig egenomsorg i forbindelse med svangerskapet og fødselen. Det er også påvist en økt risiko for spontanabort, svangerskapskvalme og fortidlige rier hos gravide med PTSD (Seng et al. 2001, Rogal et al. 2007). Studien til Seng, Low, Sparbel & Killion (2004) viser at jordmødre og leger mangler kunnskaper og erfaring til kjenne symptomer på PTSD hos gravide.

¹ Søkeord "childhood + abuse + pregnancy + childbirth" ga 14 treff i Cinahl, 0 treff i Ovid Nursing databasene (artikler etter 1994), 14 treff i Pubmed, 4 treff i ProQuest-tidsskrifter og 0 treff i Cochrane Library.

Søkeord "childhood + abuse + pregnancy" ga 384 treff i Pubmed, 341 treff i Cinahl, 0 treff i Ovid databasene og 4 treff i Cochrane Library.

Søkeord "childhood + abuse + labor" ga 23 treff i Cinahl, 25 treff i Pubmed, 0 treff i Ovid Nursing databasene (artikler etter 1994) og 0 treff i Cochrane Library.

Som følge av tidligere overgrep kan gravide plutselig oppleve uforståelige kroppsreaksjoner hvis de utsettes for sanseopplevelser som minner dem om krenkelsler (Frandsen 2008). Undersøkelsen til Frandsen viste at det var spesielt tre ting som gjorde seg gjeldende i svangerskapet: avsky for kroppslige forandringer, ubehag ved å miste kontrollen over sin egen kropp og angsten for gynekologiske undersøkelser.

Det er flere grunner til at vonde minner fra tidligere seksuelle overgrep dukker opp i forbindelse med svangerskap og fødsel (Leeners et al. 2006 b):

- Samme kroppsdel og muskler er involvert ved overgrep og ved fødsel
- Forandringer i kroppen, livsførsel og overtakelse av foreldrerollen kan fremkalle minner
- All berøring av genitalia kan bli assosiert med overgrep
- Både seksuelle overgrep og fødsel involverer selvrespekten, tillitten i relasjoner og seksualiteten

Minnene kommer vanligvis som fragmenterte minner om følelser, bilder eller oppførelsesmåter, som bare kan forstås ut fra overgrepshistorien. Disse reaksjonene er veldig individuelle, og det finnes lite forskning på dette (Leeners et al. 2006 b, Heritage 1998).

Studien til Heimstad et al. (2006) viser at det var flere som hadde kompliserte fødsler blant kvinner utsatt for fysiske eller seksuelle overgrep i barndommen enn blant dem som ikke har slike opplevelser (50 % versus 75 %). En annen studie bekrefter også dette (Courtois & Riley 1992).

Alle dokumenterte konsekvenser av overgrep i barndommen, slik som lav selvfølelse, følelse av hjelpeløshet og maktesløshet, angst, følelse av å miste kontrollen og ikke å kunne stole på noen, har en negativ innvirkning på svangerskap og fødsel (Heritage 1998). Courtois og Riley (1992) skriver i sin artikkel at svangerskapet og fødsel er eller kan bli en traumatisk hendelse for enkelte kvinner, og at det er en link mellom trauma, som for eksempel seksuelle overgrep i barndommen, og reproduksjon. Antakelig er det nødvendig med spesiell kunnskap og behandling for å hjelpe gravide som har et komplisert svangerskap og fødsel på grunn av overgrepshistorie.

I svangerskapet opplever de igjen at kroppen deres blir stilt til disposisjon for en annen person, akkurat det som hendte i forbindelse med overgrepene. Dette kan føre til at de

distanserer seg fra svangerskapet og for eksempel ikke kjenner at barnet sparker, eller at de prøver å kontrollere forandringen i kroppsfasongen ved å kontrollere matinntaket. De føler ubehag ved å være ute av kontroll og å føle seg maktesløse. Vaginale/gynekologiske undersøkelser er ofte problematiske på grunn av at de befinner seg i en situasjon hvor de føler seg passiviserte og fastlåste (Frandsen 2008). Studien til Mezey, Bacchus, Bewley & White (2005) viser at svangerskap og spesielt fødsel oppleves ofte som trussel mot deres fysiske integritet. Fysiske obstetriske undersøkelser kan intensivere følelsen av hjelpeløshet som igjen er en risikofaktor for å utvikle depresjon og for reaktivering av PTSD.

Undersøkelsen til Leeners et al. (2006 b) viser at kvinner med overgrepsopplevelser fra barndommen hadde mer stress, angst og depressive symptomer i svangerskapet enn gravide uten slike opplevelser. Noen av disse gravide ble ”overoppmerksomme” på alle symptomer og var bekymret for at alle symptomene betydde fare og vanskeligheter. I tillegg viser studien til Hulme (2000) at mange med overgrepshistorie opplevde sine plager og symptomer mer intenst og sterkt enn kvinner uten overgrepsbakgrunn. Andre igjen distanserte seg helt fra kroppen sin. Deres svar på overgrep var å bli helt ”nummen” i kroppen, de klarte ikke å kjenne fosterbevegelser eller å kjenne rier når fødselen startet. Kvinnene overså også symptomer på komplikasjoner i svangerskapet, slik som tegn på fortidlig fødsel, reduserte fosterbevegelser, tegn på infeksjon og til og med tegn på graviditet. Dette forårsaket at den overgrepsutsatte gravide ikke søkte optimal obstetrisk hjelp.

I følge Hobbins (2004) har fødende med overgrepshistorie flere måter å takle fødselen på. Noen motarbeider fødekraftene og ”kjemper i mot”, noen blir sinte og mistenksomme, noen har veldig stort behov for å oppnå fullstendig kontroll over sin kropp, sine reaksjoner, sine tanker og sin relasjon til andre. Noen er bare snille og underordner seg systemene, og tror at de blir oppfattet som ”vanskelige” og blir straffet hvis de stiller spørsmål eller er uenige i det som blir gjort.

Sammenlignet med personer som ikke har vært utsatt for overgrep, bor relativt flere overgrepsutsatte alene. Det å bo alene kan være et valg for å unngå nære og tillitsfulle relasjoner og de krav familielivet stiller (Frandsen 2008). Enkelte studier viser også at mange kvinner med overgrepshistorie fra barndommen velger ikke å få barn. Antall overgrepsutsatte *gravide* er altså nokså lav. De velger ikke å få barn på grunn av at de ikke har tillit til sine evner til å fungere som mor og at de føler seg ute av stand til å beskytte barnet sitt mot

opplevelser som de selv var utsatt for, spesielt hvis barnet er en jente (Bifulco et al. 1991, Stenson et al. 2001, Leeners et al. 2006 a).

Mange av disse gravide opplever psykisk ustabilitet og ambivalente følelser i forhold til svangerskapet. Det forventede barnet kan være sterkt ønsket, men samtidig blir det å miste kontrollen over sin kropp en stor utfordring og påminnelse om overgrepssituasjoner. For mange er nettopp kontroll over sin kropp en viktig overlevelsesstrategi. De som har levd i konstant og uforutsett fare som barn, kan bli overdrevent forsiktige og årvåkne slik at de aldri skal bli sårbare og overrasket av noe igjen (Hobbins 2004).

I følge Frandsen (2008) kan svangerskapet for kvinner som har opplevd overgrep i barndommen være et paradoks med begeistring over det ventede barnet på den ene siden og redsel og angst på den andre. De forskjellige fasene i svangerskapet og forandringene i kroppen kan fremkalle minner fra overgrep. I tillegg kan ord/berøring av lege/jordmor, eller det å bli avhengig av andre få minnene til å komme på overflaten. I følge Frandsen (2008) opplever en del kvinner med overgrepsbakgrunn likevel svangerskapet og fødselen som gledelige og lykkelige begivenheter. Andre vil imidlertid oppleve svangerskapet, fødselen og det å bli foreldre som problemfylte perioder med følelsesmessige reaksjoner på grunn av tidligere overgrepserfaringer. Fortidens traumer kan reaktiveres i overgangsperioder i livet, for eksempel når man blir foreldre (Frandsen 2008). Svangerskapsomsorgen kan bli komplisert på grunn av at den gravide prøver å unngå situasjoner som kan fremkalle minner (Leeners et al. (2006 b).

Studien til Fiscella et al. (1998) viser at alderen for første svangerskap er lavere hos jenter som har blitt utsatt for seksuelle overgrep enn hos jentene uten slike erfaringer. Risikoen for dødfødsel ved første svangerskap hos tenåringer øker i følge denne studien. Risikoen for dødfødsel ved andre svangerskap er også øket i forhold til fødende uten traumatiske barndomsopplevelser.

Svangerskapet, fødselen og det første året etter fødselen er en viktig periode i mange kvinners liv. Tiden etter fødselen med et nyfødt barn hjemme kan oppleves som et tap av kontroll over livet og forårsake nye problemer (Grant 1992). Psykisk stress på denne tiden kan ha langvarige konsekvenser for moren, barnet og for hele familien (Lang et al. 2006).

Måten man realiserer seg som foreldre vil i høyeste grad være preget av vedkommendes oppfattelser og erfaringer. Det å være mor er ikke bare en biologisk handling, men en sosial tillært rolle som læres gjennom relasjoner. Den enkeltes oppvekstvilkår kan således være med på å forme livet som foreldre. Måten man utøver foreldrerollen på er i stor grad preget av den sosiokulturelle bakgrunnen man selv vokser opp i. Mange overgrepsutsatte vokser opp i familier som preges av omsorgssvikt, dårlig trivsel og dårlig kommunikasjon, og de mangler gode rollemodeller som mor. Slike oppvekstvilkår påvirker den måten vedkommende selv håndterer foreldreskapet på (Lang et al. 2006).

For å hjelpe til en best mulig start i tilknytningen mellom moren og barnet bør jordmødre ha kunnskap om hvordan gravide og fødende med overgrepserfaringer føler og tenker i forhold til det å bli mor. I følge de Paúl & Domenech (2000) har kvinnene kanskje ikke noen forestilling om seg selv som mor. De har ofte en lav selvtillitt, en senskade, som gjør at de tviler på sine evner som foreldre. De mener videre at mangelen på gode rollemodeller som foreldre gjør det ofte vanskelig for overgrepsutsatte å kunne fungere som en omsorgsfull og støttende mor og utforme et handlemønster som imøtekommer barnets behov for nærhet og trygghet. Spesielt de som har blitt utsatt for overgrep av familiemedlemmer, har opplevd svikt i nære relasjoner, og de kan ha overveiende negative opplevelser i relasjoner til voksne personer. Angsten for å bli sviktet igjen blir en hinder til å skape tillitsfullt og nært forhold til andre. Hele tilknytningsevnen kan ha blitt traumatisert. Faren er at uheldige mønstre overføres fra generasjon til generasjon. Opplevelser om barndommens overgrep betraktes som en relativ risiko for overgrep mot barn i neste generasjon (de Paúl & Domenech 2000). Det er viktig at dersom gode rollemodeller ikke finnes i ens egen familie, må vedkommende prøve å finne rollemodeller i sin omgangskrets. For å fungere som foreldre viser undersøkelsen til Frandsen (2008) at enkelte overgrepsutsatte mødre bevisst velger å gjøre det motsatte av hva deres egne foreldre har gjort. Noen igjen observerer hvordan andre foreldre oppfører seg mot sine barn og noen henter kunnskap ved å lese. Disse kvinnene har tidligere fått sine grenser overskredet og dette har ført til at de ikke er klar over sine egne grenser. De kan ha vanskeligheter senere med å sette grenser i barneoppdragelsen, noe som igjen kan gjøre det vanskelig å signalisere til barnet hva som er akseptabel atferd (Frandsen 2008).

Tilknytningsprosessen mellom moren og den nyfødte kan bli svekket på grunn av at kvinner med overgrepserfaringer er overrepresentert blant personer som får en fødselsdepresjon (Frandsen 2008, Benedict, Paine, Paine, Brandt & Stallings 1999). En depresjon har en

negativ effekt på tilknytningsprosessen mellom moren og barnet. I tillegg kan ammingen bli problematisk på grunn av hud-mot-hud kontakt og at brystene blir gjort til gjenstand for oppmerksomhet og fysisk kontakt. Ammeproblemer kan igjen virke negativt på tilknytningsprosessen. Den nybakte moren kan havne i en vond sirkel, og hun trenger hjelp for å finne ut av dette. Imidlertid viser studien til Prentice, Lu, Lange, & Halfon (2002) fra USA at nybakte mødre med selvdefinerte seksuelle overgrep i barndommen ville amme barnet sitt mer enn to ganger oftere enn mødre uten overgrepserfaringer, denne forskjellen var signifikant. Barndommens psykiske og fysiske overgrep var derimot ikke signifikant assosiert med brystnærings. En forklaring i følge Prentice et al. (2002) kan være at mødre med erfaringer fra overgrep tar foreldreskapet alvorlig og vil være så omsorgsfulle mødre som mulig.

3. TEORETISK BAKGRUNN

Konsekvensene av *stress og traume* er mange og varierende. Noen er positive, for eksempel de som leder til selv-motivering og som kan føre til stimulering til å jobbe hardere og økende inspirasjon til å leve et bedre liv. Noen konsekvenser er igjen skadelige og farlige og kan forårsake sykdom hos vedkommende (Gibson, Ivancevich & Donnelly 1991).

Fødselsangst kan forringe livskvaliteten til kvinnen betydelig og den kan hemme en normal opplevelse av svangerskapet, fødselen og overgangen til foreldreskap (Salomonsson, Wijma & Alehagen 2008). Erfaringsmessig vet man at mange gravide med overgrepshistorie har fødselsangst i større eller mindre grad.

Synet på helse og helsefremmende arbeid har gjennomgått store endringer de siste årene. Hovedsakelig handler det om skifte fra vektlegging av opplysningsarbeid og påvirkning av atferd over mot dialog og brukermedvirkning (Sørensen & Graff-Iversen 2001). I den forbindelse bruker man ofte begrep *salutogenesis, empowerment og mestring*. De er viktige begrep å forstå i arbeid for å fremme helse hos mennesker og hjelpe dem til å se sine egne ressurser. Målet er at svangerskapet og fødselen blir livshendelser som fører til vekst, utvikling og styrket selvtillit hos vedkommende i stedet for en påminnelse om tidligere traumatiske hendelser eller retraumatisering.

En god *kommunikasjon* mellom jordmoren og den gravide er avgjørende for å kunne hjelpe den gravide. Følgelig er gode kommunikasjonsferdigheter i tillegg til faglig kunnskap viktige for jordmødre når de vil hjelpe den gravide til å takle svangerskapet, fødselen og det å bli mor, på best mulig måte. Kommunikasjon er et stort tema, og i denne oppgaven trekker jeg frem den empatiske kommunikasjonen. Konseptet for empatisk kommunikasjon er blitt prøvd ut ved fødeavdelingen, Buskerud sykehus. Psykolog Lisbeth Brudal arrangerte et kurs i empatisk kommunikasjon for ansatte. De ansatte erfarte at prinsippene bak empatisk kommunikasjon var nyttige verktøy i kommunikasjonen mellom leger/jordmødre og de gravide og fødende.

3.1 STRESS, TRAUME

Ved omsorgen for gravide og fødende som har vært utsatt for stresspåvirkning er det viktig å ha kjennskap til hvordan stress og traumatiske opplevelser påvirker vedkommende. Stressreaksjonene har en opplevelsesmessig, en fysiologisk og en atferdsmessig komponent. Mennesket forholder seg aktivt til den påvirkning det utsettes for. Vi tolker en gitt situasjon som truende fordi den setter så store krav til oss at vi ikke har kontroll på den (Helgesen 2008). De mest alvorlige og langvarige stressvirkningene finner vi hos mennesker som har vært utsatt for stressfaktorer av traumatiske karakter, som for eksempel grove overgrep (Helgesen 2008). I følge Helgesen har mennesker svært ulik sårbarhet for stressrelaterte sykdommer, noen har en høyere terskel før alarmtilstand iverksettes enn andre. To hormoner som er aktive under den fysiologiske stressresponsen (fight-or-flight) er kortisol og katekolaminer. Disse hormonene har evnen til å binde seg til cellene i immunsystemet og virke inn på cellenes funksjon. Kortisol har en sterkere og mer langvarig effekt, det hemmer immunsystemet og reduserer fettnedbrytingen og bidrar til blodpropp i arteriene. Motsatt har katekolaminer (adrenalin og noradrenalin) en gunstig virkning på immunsystemet. I en akutt belastende situasjon vil øket katekolaminfrigjørelse føre til mobilisering av ressurser slik at man kan håndtere situasjonen. Sårbarheten for stress er altså avhengig av hvilken av disse to hormonene som dominerer under stressresponsen (Helgesen 2008).

Fox et al. (2005) har gjort forskning på aper, og forskningen tyder på at det er to nettverk i hjernen som samspiller når det gjelder i hvilken grad et individ er åpen for å be om hjelp fra andre. De to systemene er lokalisert i amygdala og i den høyre prefrontale delen av hjernebarken. Amygdala er en ansamling av nerveceller i hjernens tinninglapp. Den er en del av det limbiske systemet og spiller en viktig rolle ved følelsesmessig aktivisering, for eksempel ved oppdagelse av trusler. Amygdala er også tilknyttet funksjoner som har med seksuell atferd, matinntak m.m. å gjøre. Den høyre prefrontale hjernebarken er viktig ved tilknytning til andre. Ved trygge relasjoner hvor man kan vise sin sårbarhet, minsker aktiviteten i amygdala og aktiviteten i den høyre prefrontale hjernebarken øker. Hvis man opplever utrygghet i relasjoner, øker aktiviteten i amygdala mens den minsker i den høyre prefrontale hjernebarken. Dette hemmer en til å be om hjelp. I dyreverdenen signaliserer det å be om hjelp også sårbarhet, noe som for eksempel kan tiltrekke seg rovdyr. I hvilken grad en person er åpen for å be om hjelp er avhengig av hvor støttende og trygg relasjonen oppleves. Kirkengen (2005) bruker ordet ”trampolineffekt” av situasjoner hvor en tidligere

traumeutsatt person blir utsatt for et nytt traume. Den tidligere erfaringen av en eksistensiell uttrygghet blir forsterket ved enhver bekreftelse av erfaringen. Opplevelsen av at verden er et farlig sted, blir fordypet. Gjentatte traumatiske opplevelser resulterer i at vår tolkning av verden endres i indre subjektive opplevelsesstrukturer. Når vi senere kommer i en lignende situasjon, aktiveres disse strukturene, og vi fortolker omgivelsene og det vi opplever gjennom disse (Røkenes & Hanssen 2002)

Menneskers sårbarhet og følsomhet i forhold til livshendelser er forskjellige, likeså reaksjoner og hvordan vedkommende tolker hendelsen. Traumer rammer ikke likt. I følge Anstorp, Benum & Jakobsen (2006) finnes det *pretraumatiske* risikofaktorer, som sosial og genetisk arv, tidligere psykisk sykdom og tidligere traumatiske opplevelser. *Peritraumatiske* faktorer er selve traumets art og opplevelsen av å være i livsfare i traumeøyeblikket. Om vedkommende får støtte og hjelp etter en traumatisk hendelse, *posttraumatisk*, er avgjørende for hvordan organismens helende krefter kommer til nytte (Anstorp et al. 2006). Generelt er det slik at å gå fra noe som kan predikeres til noe som ikke kan predikeres, er veldig stressende, og produksjon av kortikosteroider som stressrespons øker. I følge Lazarus & Folkman (1984) er et forhøyet angstnivå i seg selv med på å forstyrre kognitive funksjoner.

Flashbacks er det symptomet som er sterkest forbundet med traumerelaterte lidelser. Det betyr at traumatiske gjenopplevelser kan komme plutselig og nærmest av seg selv. De består av bilder, sanseintrykk og kroppslige reaksjoner. Det kjennes nesten som om den traumatiske hendelsen skjer igjen her og nå (Anstorp et al. 2006).

Heskestad (2001) skiller mellom eksplisitt og implisitt hukommelse. Den eksplisitte hukommelsen har vi en bevisst adgang til. Det er det vi vet at vi vet. Den implisitte hukommelsen rommer innlærte prosedyrer som å gå eller sykle. Studier tyder på at mennesker som har vært utsatt for ekstreme traumatiske påkjenninger, får en varig endring av sin hukommelsesevne. Det er gjort undersøkelser av overlevende fra konsentrasjonsleirer under den andre verdenskrigen og hos krigsveteraner fra Koreakrigen og Vietnamkrigen. Disse studiene tyder på at mennesker som har vært utsatt for alvorlig stress får en svekket eksplisitt hukommelse.

Brewin (2003) mener på bakgrunn av sine studier at det finnes to forskjellige hukommelsessystemer relatert til mental organisering av overveldende opplevelser: ”Verbally

Accessible Memory” (VAM-systemet) og ”Situationally Accessible Memory” (SAM-systemet). Han mener at VAM-systemet inneholder informasjon som blir lagret først i hippocampus for senere å bli lagret med andre minner i langtidshukommelse. Hippocampus er en bilateral struktur i hjernens tinningslapp og er en del av det limbiske systemet og viktig for minne og læring. Dette systemet fungerer fra dag til dag, også når det ikke skjer noe uventet. SAM-systemet inneholder uutslettelige, fryktbaserte minner som ikke lagres i hippocampus, men som går direkte til basale hjernestrukturer, som hjernestamme, thalamus og amygdala. Disse minnene blir ikke lagret sammen med andre minner. De aktiveres automatisk som en alt-eller-intet-respons, ofte som en intens gjenopplevelse. Det å gjenkjenne trusler og reagere raskt kan være livsviktig i gitte situasjoner, men når denne vaksomheten fremkaller symptomer i upassende situasjoner, kan den bli plagsom og forstyrrende for vedkommende (Anstorp et al. 2006, Brewin 2003). I følge Brewin veksler disse to hukommelsessystemene i å være aktiverte. Dette er viktig å huske på for dem som jobber for å hjelpe traumeutsatte personer. Mesteparten av tiden er ikke gjenopplevelsene til stede i bevisstheten, og en traumeutsatt person kan veksle mellom minst to grunntilstander: gjenopplevelse og ikke-gjenopplevelse.

Anstorp et al. (2006) beskriver en del endringer i hjernens struktur som følge av traumatiske hendelser. Blant annet er det blitt påvist at barndomstraumer kan affisere utviklingen av corpus callosum. Corpus callosum er hjernebjelken som binder sammen de to hjernehalvdelen. Andre har påvist et mindre totalt hjernevolum hos en gruppe barn og ungdom som har vært utsatt for overgrep og som utviklet dissosiative symptomer senere. Dissosiere betyr å spalte eller å holde atskilt, det motsatte av å assosiere. Heskestad (2001) referer til det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV som definerer dissosiativ amnesi som en eller flere episoder med manglende evne til å huske viktig personlig informasjon, vanligvis av traumatisk eller stressende karakter og når glemselen er mer omfattende enn at det kan forklares ved ordinær glemsomhet. Anstorp et al. (2006) referer til flere studier i forhold til dette og studiene viser en reduksjon på 5-12 prosent av venstre hippocampus hos kvinner som var utsatt for seksuelle overgrep i barndommen og som led av PTSD. Man antar derfor at traumatiske erfaringer som forårsaker PTSD, har en toksisk virkning på hjernestrukturer og spesielt på hippocampus. Det er også sannsynlig at det forhøyede nivået av kortisol etter traumatiske hendelser er årsaken til celledød og tap av hjernevev (Anstorp et al. 2006).

3.2 FØDSELSANGST

Fødselsangst er et tema innen fødselsomsorgen som har fått tiltakende oppmerksomhet de siste årene blant annet med forskning i flere land. Spesielt i Skandinavia har man hatt fokus på dette problemet og det er først og fremst her at vi har begynt å beskrive våre behandlingsmetoder (Førlossningsrådsla 2004). Paradokset er at det i vestlige land aldri har vært så trygt å føde, men likevel har en betydelig andel av gravide en plagsom angst for fødselen.

Årsaken til fødselsangst kan være redsel for smerte, manglende tillit til helsepersonell, manglende tillit til sin egen evne til å føde, redsel for å ”gå i stykker”, angsten for å dø eller miste kontrollen eller at barnet blir skadet (Førlossningsrådsla 2004).

Fødselsangst er en tilstand som kan deles i fire alvorlighetsgrader (Førlossningsrådsla 2004):

1. Fødselsfobi: kvinnen unnviker graviditet og vaginal forløsning.
2. Alvorlig fødselsangst: psykisk ubehag som forstyrrer kvinnens dagligliv eller tilknytningen til fosteret i vesentlig grad.
3. Moderat fødselsangst som innebærer en uro som kvinnen ikke kan håndtere uten hjelp og støtte, men som ikke betyr konstant psykisk ubehag.
4. Lett fødselsangst innebærer en uro som kvinnen kan håndtere selv og som gir henne muligheten til å forberede seg til fødselen.

Tidligere forskning viser at det finnes en sammenheng mellom fødselsangst, andre angstproblemer og depresjon. Mange sliter med sammensatte problemer. En kvinne som av en eller annen grunn er nedstemt føler ofte at hun ikke orker den anstrengelsen som fødselen innebærer (Førlossningsrådsla 2004).

Studien til Heimstad et al. (2006) viser at 5,5 % av gravide som bor i nedslagsfeltet til St. Olavs Hospital har en alvorlig fødselsangst. Erfaringsmessig vet man at angsten for fødselen kan være så sterk at vedkommende velger å avbryte svangerskapet på grunn av den (før 12. svangerskapsuke).

De fleste fødeavdelingene i Norge, i likhet med St. Olavs Hospital, har etter hvert opprettet egne team eller har jordmødre med spesialkunnskaper som jobber med gravide plaget av fødselsangst. De alvorligste tilfeller blir henvist til psykolog eller psykiater.

3.3 SALUTOGENESIS

Salutogenesis kommer fra de greske ordene *salus* (=helse) og *genesis* (=opprinnelse, kilde), og betyr kilden til helse. Salutogenetisk tilnærming fokuserer på ressurser som forbedrer helse i stedet for risikofaktorer for sykdom. Salutogenesis innebærer å tenke, handle og møte mennesker på en helsefremmende måte. Man ser på helse som en bevegelse på kontinuumet mellom alvorlig sykdom og total helse (Eriksson 2007).

I følge Antonovsky er kjernen i det salutogenetiske synet den filosofiske antakelsen at den menneskelige organismen normalt befinner seg i en dynamisk tilstand av ubalanse (Antonovsky 1991). Når man blir utsatt for stressende hendelser, oppstår det en spenningstilstand, som må håndteres. Om resultatet blir sykdom, helse eller noe der i mellom er avhengig av hvor vellykket håndteringen av spenningstilstanden er. Svangerskap og fødsel kan være slike stressende livshendelser for gravide med overgrepserfaringer og de trenger hjelp til å håndtere denne situasjonen på best mulig måte.

Et viktig begrep som Antonovsky bruker er ”generelle motstandsressurser”. Den menneskelige tilværelsen er full av hendelser som stresser oss. De fleste mennesker overlever og kan til og med klare seg bra på tross av motgang. Det er dette mysteriet den salutogenetiske retningen prøver å løse. Ut fra medisinsk synsvinkel er man interessert i hvorfor menneskene blir syke og havner i en viss sykdomskategori. I en salutogenetisk synsvinkel er man opptatt av hvorfor menneskene havner på den positive siden av kontinuum sykdom – helse, eller hva som får dem til å bevege seg mot helse.

Antonovskys påstand er at synet som mennesker har på livet sitt har en effekt på helse. Antonovsky har utviklet begrepet ”følelse av sammenheng”, ”Sense of coherence” eller ”KASAM” på svensk. De tre sentrale komponenter i KASAM består av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Antonovsky mener at den kognitive og følelsesmessige

evnen til å ordne sin persepsjon av stressende hendelser og viljen til å møte dem, bidrar til vellykket problemløsting. En annen side ved håndtering av følelsene er i hvilken grad vedkommende er bevisst sine følelser. Personer med sterk KASAM er oftere bevisst sine følelser, kan lettere beskrive dem og kjenner seg mindre truet av dem. Antonovsky hevder også at personer med sterk KASAM er i stand til å håndtere sine problemer på en bedre måte enn personer med svak KASAM, og at de, når problemet ikke kan løses, vil kunne fortsette å leve på en bedre og mindre smertefull måte (Antonovsky 1991).

Følelsen av sammenheng betyr ikke at alt er under kontroll, men at vedkommende selv er med på prosessen som skaper ens skjebne. Dess sterkere følelsen av sammenhengen er, dess mer adekvat vil en mestre stressende faktorer i livet, og dess mer vil en bevare eller forbedre sin posisjon på kontinuum helse – sykdom.

Det er vanlig å betrakte stressende hendelser som sykdomsfremkallende risikofaktorer som man i beste fall kan forebygge, begrense eller motvirke. Men Antonovsky mener at antakelsen om at stressende hendelser bare er ”av det onde”, er dårlig underbygd. Han mener at stressende hendelser kan ha en funksjonell karakter ved at de er med på å mobilisere organismen, og at de også kan ha en rehabiliterende effekt i menneskers liv. Antonovsky mener at ved å ha salutogenetisk innfallsvinkel slipper man å dikotomisere mennesker til de friske og de syke. I stedet for å spørre hva som var årsaken til en gitt sykdom, tar man hensyn til hele menneskets totale livshistorie, og fokuserer på det som skaper en bevegelse mot den friske enden av kontinuumet. Stressende hendelser betraktes ikke som noe ondt som alltid må bekjempes, men som noe allesteds nærværende. Anstrengelsene går mot å lete etter kilder som kan fremme vedkommendes aktive tilpasning til omgivelsene.

3.4. EMPOWERMENT OG MESTRING

WHO definerer (1998) empowerment som ”en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse”. Empowerment-begrepet står sentralt innen helsefremmende arbeid, og kan oversettes ”det å vinne større makt og kontroll over” (Mæland 2005). Empowerment kan også oversettes til ”myndiggjøring” og ”livsstyrketrening” (Sørensen & Graff-Iversen 2001).

Kontroll over eget liv er viktig for å ha følelsen av en god livskvalitet. En forutsetning for kontroll er bevissthet i forhold til sin egen situasjon, behov og problemer. Det viktigste aspektet i empowerment er deltakelse. Sørensen & Graff-Iversen (2001) skriver at empowerment også kan oversettes som ”mobilisering”, fordi det dreier seg om å mobilisere ressurser, myndighet, kontroll og politisk makt til å råde over eget liv. Fokuset er på aktiv deltakelse og selvhjelp, mennesket selv må være en aktiv aktør som gjør valg i henhold til egne prioriteringer. Dette perspektivet krever et visst overskudd og ansvarsfølelse og at man allerede har kommet et stykke på vei i prosessen. Det kan være en lang vei å gå fra følelsen av maktesløshet til det stadiet der man tar kontroll, og ikke alle greier å gjennomføre denne prosessen (Sørensen & Graff-Iversen 2001).

Tveiten (2007) skriver at empowerment-begrepet er komplekst, og at det er lettere å beskrive det motsatte: fravær av empowerment er en reell eller innbilt maktesløshet, fremmedgjøring og en opplevelse av ikke å ha kontroll over eget liv. Gjennom empowerment-prosessen kan den enkelte oppnå større grad av kontroll over sitt liv. Denne prosessen involverer relasjonene til andre og deltakelse i sin egen behandling. I følge Tveiten (2007) må helsepersonalet komme bort fra sitt kontrollbehov og verdsette brukervedvirkning. Det må være gjensidig respekt, likeverd og tillit mellom brukeren og helsepersonalet. Dette kan føre til at helsepersonalet må være villig til å endre oppfatning av sin egen rolle, og se på brukeren som en likeverdig partner. Tveiten (2007) mener at paternalismen i hjelpeapparatet kommer til uttrykk når fagpersoner ikke bare gir hjelp, men også definerer hjelpebehovet ut fra sin kunnskap. Reell brukervedvirkning forutsetter samarbeid mellom en fagperson og en bruker.

I følge Gibson et al. (1991) må en del forutsetninger være til stede før en kan snakke om empowerment ut fra helsepersonalets perspektiv:

1. Helse tilhører menneskene selv. Menneskene har ansvaret for sin egen helse. Selv om helsepersonalet har ansvaret for å fremme helse, har de ikke et monopol på helse.
2. Menneskets kapasitet for vekst og selvutvikling bør respekteres. Menneskene har evne til å ta beslutninger som gjelder dem selv, men de trenger informasjon.
3. Helsepersonalet kan ikke gi klientene kontroll over sine liv. Klientene må ta kontrollen selv, men helsepersonalet kan hjelpe dem til å utvikle seg og bruke sine ressurser slik at de fremmer følelsen av kontroll og selvtillitt.

4. Helsepersonalet må verdsette klientmedvirkning og samarbeide og være forberedt på at klienten vil ta andre avgjørelser enn de som personalet anbefaler.
5. Kontakten mellom helsepersonalet og klienten må være likeverdig. Denne relasjonen er ikke ensidig hvor den ene er underordnet og inkompetent og den andre er overordnet og mer kompetent. Både helsepersonalet og klienten er aktive deltakere i denne relasjonen. Samarbeid er nødvendig.
6. Tillit er en nødvendig komponent i empowerment-prosessen.

”Mestring” innebærer og forutsetter en tillit til at situasjonen i noen grad vil la seg bringe under kontroll. Den retter seg mot kognitive, affektive og adferdsmessige prosesser. Mestring innebærer å forholde seg hensiktsmessig til situasjonen og egne reaksjoner. Det finnes ingen gode generelle svar på hva som er god mestring. Den er avhengig av situasjonen og individet selv og det er en nær sammenheng mellom følelser og mestring (Eide & Eide 2004). Det kan skilles mellom problemfokuset og følelsesfokuset mestring. Problemfokuset mestring har til hensikt å endre konkrete ytre forhold som forårsaker stress. Følelsesfokuset mestring omfatter kognitive mestringsforsøk, blant annet forsvar, og har til hensikt å endre oppmerksomheten og opplevelsen av mening (Lazarus & Folkman 1984).

Man kan dele mestringsstrategier i tre hovedtyper (Eide & Eide 2004):

1. Problemrettede strategier, hvor man gjennom handling og adferd prøver å løse eller utbedre det aktuelle problemet.
2. Vurderingsrettede strategier, hvor man prøver å endre den kognitive forståelsen av situasjonen til en mer adekvat og hensiktsmessig vurdering. Dette kan være grunnlag for konstruktiv handling.
3. Følelsesrettede strategier, hvor formålet er å bearbeide de følelser og reaksjoner som hendelsen har forårsaket og redusere de emosjonelle ettervirkningene.

I følge Eide & Eide (2004) kan hjelperen bidra til mestring ved å være en praktisk hjelper for å få de nødvendige ting gjort. Hjelperen kan også være en psykologisk støtte ved å lytte og ved å være en samtalepartner eller hjelperen kan bidra med et realistisk perspektiv på hva som bør og kan gjøres.

3.5 KOMMUNIKASJON

Kommunikasjon er utveksling av informasjon mellom objekter og utgjør en grunnleggende forutsetning for alt sosialt fellesskap og individets utvikling i følge Frandsen (2008). Vellykket kommunikasjon innebærer at senderen overfører et budskap til mottakeren på en slik måte at mottakeren oppfatter budskapet slik som senderen har tenkt at det skal oppfattes. Dette forutsetter at senderen har satt seg godt inn i mottakerens situasjon og at budskapet sendes på en slik måte at mottakeren greier å oppfatte det. Både avsender og mottaker er ansvarlige for at man forstår hverandre (Frandsen 2008).

I følge Røkenes og Hanssen (2002) er en av helsepersonalets viktigste oppgaver å fremme læring, utvikling, bevisstgjøring, frigjøring, vekst, mestring og/eller bedret funksjon hos klienten. I slike situasjoner er kvaliteten på relasjonen mellom helsepersonellet og klienten helt avgjørende for om klienten endrer seg i positiv retning. Røkenes og Hanssen refererer også til flere undersøkelser som viser at måten helsepersonellet møter klienten på, har betydning for utfallet av konsultasjonen og for klientens helse. Simkin og Klaus (2005) beskriver at en effektiv kommunikasjon forekommer når både faglig og ikke-faglig kommunikasjon blir brukt på riktig måte. Det å kjenne til forskjellen mellom disse er det første steget til å mestre en effektiv kommunikasjon. I tillegg må man være god til å lytte, spørre og gi tilbakemeldinger. På den måten reduserer man også sannsynligheten for misforståelser.

Faglig kommunikasjon omfatter å gi informasjon og råd, eller redegjøre for hvorfor og hvordan noe blir gjort. I denne situasjonen opptrer jordmoren som ekspert. Mange jordmødre mener at informasjon og rådgiving er det viktigste i kommunikasjonen med kvinnen, og mange kvinner stoler på jordmødre på grunn av deres kunnskap og ekspertise. For overgrepsutsatte er ofte ting mer komplekse: i forbindelse med svangerskap, fødsel og barselid blir følelsene sterkt involvert og i samtaler om angst og følelser er det ikke tilstrekkelig med faglige argumenter fra jordmørens side (Simkin & Klaus 2005).

Ikke-faglig kommunikasjon oppmuntrer kvinnen til å fortelle sin egen historie og sine følelser. Ikke-faglig kommunikasjon er nyttig når kvinnen har store bekymringer, sterke

følelser, har et problem å løse eller en konflikt på grunn av noen annens oppførsel (Simkin & Klaus 2005).

Psykolog Lisbeth Brudal (2006) bruker empatisk kommunikasjon som et verktøy i samtaler med klienter. Hun definerer empatisk kommunikasjon som ”En jevnbyrdig samskapning av nye virkeligheter gjennom fri utveksling av ideer og synspunkter”.

Empatisk kommunikasjon består av fire trinn:

1. Narrativ: den gravide får fortelle sin historie uforstyrret og med egne ord.
2. Øke følelsesbevissthet: jordmor spør hva den gravide følte da hun fortalte historien sin.
3. Normer, verdier, oppfatninger: jordmor spør om betydningen av det som er kommet frem.
4. Medforteller: jordmor spør om den gravide vil høre hans/hennes mening om det hun har fortalt.

Ved bruk av empatisk kommunikasjon velger jordmoren å se den gravide som hovedperson i samtalen, og det er hennes psykiske virkelighet som er det sentrale (Brudal 2006).

Hensikten med empatisk kommunikasjon er at

- Den enkelte blir bevisst sine egne følelser.
- Man får anledning til å sette ord på følelsene.
- Følelsene blir formidlet til en annen (Brudal 2006, s.31).

Det kan være til hinder for en god kommunikasjon med overgrepsutsatte at de ikke ber om hjelp når de trenger det. De har ofte erfaring med at de må klare seg selv, at det er ingen som hjelper. Mange har også så lav selvfølelse at de ikke er i stand til å fornemme hva som foregår (Frandsen 2008). I de tilfeller gir empatisk kommunikasjon vedkommende muligheten til bli bedre kjent med seg selv og sine følelser. Den gir vedkommende muligheten til å være et midtpunkt for en annens (jordmorens) oppmerksomhet. Den annen har satt seg selv til side og gitt vedkommende forrang, dette betyr en eksistensiell bekreftelse for vedkommende og er, i følge Brudal (2006) ett av de sentrale elementene i empatisk kommunikasjon.

Det er av stor betydning at den gravide får anledning til å fortelle sin historie etter prinsippene i empatisk kommunikasjon. Vår livsfortelling kan være fortalt eller ufortalt, men uansett

preger den oss. Det å fortelle vår livshistorie kan gi den et nytt perspektiv, det kan justere vårt selvbilde og vår oppfattelse av hvem vi er og hva vi kan bli (Eide & Eide 2004).

Tillit og selvkontroll er det viktigste for overgrepssatte. Tillitsbrudd mellom jordmoren og den gravide er den alvorligste feilen da det kan bli vanskelig, om ikke umulig, å opparbeide tillitt igjen. Autoritær oppførsel hos jordmoren kan redusere den overgrepssatte kvinnen til et sårbart barnestadium igjen (Grant 1992).

3.6 KOMMENTARER I FORHOLD TIL PROBLEMSTILLINGEN

Gravide og fødende med overgrepserfaringer i barndommen kan ha opplevd et traume som kanskje ha satt spor etter seg. Dette kan påvirke kontakten med helsevesenet og stille krav til jordmødres kunnskaper i forhold til omsorgen for gravide og fødende med overgrepserfaringer. Jordmødres oppgave er å bidra til en så god opplevelse av svangerskap og fødsel som mulig. På den måten kan den gravide komme styrket ut av denne livsfasen og får en god start med sitt nyfødte barn. Dette er en investering ikke bare i kvinnens helse, men også i hele familiens helse videre fremover. Det å forstå begrepene salutogenesis, empowerment og mestring er viktig grunnlagstenkning i jordmorfunksjon i forhold til kvinner med overgrepshistorie. Gode kommunikasjonsferdigheter er en forutsetning for en god kontakt med gravide og fødende. Mindre komplikasjoner og problemer i svangerskapet, under fødselen og den første tiden med det nyfødte barnet gir også en helseøkonomisk gevinst for hele samfunnet.

4. METODE

4.1 DEN PRIMÆRE STUDIEN OM FØDSELSANGST

Problemstillingens første del om kontakten med helsevesenet og fødselsutfall belyses gjennom et kvantitativt materiale som er fremskaffet på bakgrunn av en tidligere studie om fødselsangst (Heimstad et al. 2006). Denne studien har vært utgangspunktet for å rekruttere deltakere og for å få tilgang til fødejournaler i den foreliggende studien. Den primære studien om fødselsangst var en kvantitativ tverrsnittsstudie. Den pågikk fra juni 2001 til august 2002. Alle norsktalende gravide som sognet til St. Olavs Hospital og som mottok tilbudet om en ultralydundersøkelse i andre trimester av svangerskapet, ble inkludert. En slik ultralydundersøkelsen utføres rundt uke 18 i svangerskapet og er et tilbud til alle gravide i Norge. Cirka 98 % av alle gravide takker ja til undersøkelsen (Backe 1994).

Den primære fødselsangststudien ble utført av en prosjektleder og to prosjektmedarbeidere, og jeg var en av prosjektmedarbeiderne. For ikke å blande sammen studiene vil jeg videre i oppgaven skrive ”overgrepstudie” om det materialet som denne oppgaven bygger på.

I den primære fødselsangststudien ble det utarbeidet et informasjonsskjema og et spørreskjema som ble sendt i forkant til alle gravide som hadde fått time til ultralydundersøkelsen i andre trimester av svangerskapet. De gravide leverte selv skjemaet til ekspedisjon ved Svangerskapspoliklinikken da de kom til undersøkelsen. I følge Helsinkideklarasjonen skal all deltakelse i et forskningsprosjekt være frivillig (World Medical association Assembly 1964). Ved å levere et utfylt spørreskjema samtykket de gravide til å delta i studien. Spørreskjema ble sendt til 2680 kvinner og 1452 kvinner (54 %) svarte på spørsmålene. Det ble ikke foretatt purring. De 1-2 % av gravide som valgte å ikke utføre denne ultralydundersøkelsen og de som ikke leverte spørreskjemaet, ble ikke med i studien.

Spørreskjemaet i den primære studien besto av tre deler:

1. Spørsmål om tidligere fødsler og tidligere livshendelser, blant annet om seksuelle eller fysiske overgrep i barndommen.

2. W-DEQ (Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire), et anerkjent spørreskjema på 33 spørsmål for avdekking av fødselsangst.
3. STAI (State-Trait Anxiety Inventory). "State" inneholder 20 spørsmål om hvordan vedkommende har det nå og "trait" inneholder 20 spørsmål om hvordan vedkommende har det generelt.

Spørreskjemaene i den opprinnelige fødselsangststudien inneholdt spørsmålene: "Har du noen gang opplevd å bli utsatt for fysisk overgrep" og "Har du noen gang opplevd å bli presset til seksuelle handlinger". Svaralternativene var: "Nei, aldri", "Ja, som barn" og "Ja, som voksen".

Data ble analysert for å se om de som svarte på spørreskjemaet, var forskjellige fra alle som fødte ved St. Olavs Hospital den tiden undersøkelsen varte. Det viste seg at de som svarte på spørreskjemaet var noe eldre, det var flere gifte/samboere og flere flergangsfødende i forhold til hele populasjonen. Dette kan representere en skjevhet i studien siden det var flest gravide i en stabil livssituasjon som svarte på skjemaet mens flere som hadde mer ustabil livssituasjon ikke ville delta i studien.

Den primære studien ble godkjent av Regionalt Etisk Komitè i helseregion IV og studien ble tildelt økonomisk støtte fra Norske Kvinners Sanitetsforening. Data fra studien ble lagret i St. Olavs Hospitals datanettverk.

4.2 OVERGREPSSTUDIEN

4.2.1 Design

I overgrepstudien er det brukt en kvantitativ forskningsmetode og deskriptiv design. Kvantitativ metode er den metoden som egner seg best i denne studien der hensikten er å få frem tallmateriale for å svare på den første delen av oppgavens problemstilling om hyppigheten av kontakten med helsevesenet og om fødselsutfall. I følge Johannessen (2007) beskriver deskriptiv statistikk hvordan observasjonene fordeler seg enten i utvalg eller i populasjoner. Forskningsopplegget for studien er å beskrive deltakerne i forhold til enkelte variable.

4.2.2 Etiske overveielser

Alle nødvendige tillatelser ble innhentet før oppstarten av den primære fødselsangststudien. Ut fra dialog med Regionalt Etisk Komitè var det ikke nødvendig å søke om ny tillatelse for overgrepstudien (Vedlegg 1). Alle spørreskjemaene ble anonymisert, og bare prosjektmedarbeidere hadde adgang til deltakernes journaler.

4.2.3 Deltakerne

De gravide som ble deltakerne i overgrepstudien, hadde alle svart: ”Ja, som barn” på ett og/eller begge av de to spørsmålene om seksuelle og fysiske overgrep i den opprinnelige fødselsangststudien. Forskjellige studier har ulike grenser for hva som defineres som ”barndom”, det kan være < 11, 12, 14, 16 eller 18 år (Dube et al. 2003, Widom & Kuhns 1996, Hulme 2000). I fødselsangststudien var begrepet ”barn” selvdefinert. På samme måte var også ”fysiske overgrep” og ”presset til seksuelle handlinger” selvdefinert. Følgelig påvirket de gravidens egne tolkninger deres svar.

Av de 1452 som svarte på spørreskjemaet i den primære fødselsangststudien var det 99 som anga å ha vært utsatt for overgrep i barndommen. Dette var 7 % av alle som svarte på spørreskjemaet. Tidligere studier viser en stor variasjon, fra 6 til 36 %, i forhold til hvor mange kvinner som har opplevd overgrep i barndommen. Andelen i fødselsangststudien er følgelig i den nedre delen av variasjonen. Et forskningsmessig problem er at det ikke eksisterer noen standard definisjon på barndommens seksuelle overgrep og språkbruken kan være unøyaktig i litteraturen (Bachmann et al. 1988). Studiepopulasjonen i den primære fødselsangststudien var *alle* gravide som takket ja til en ultralydundersøkelse ved St. Olavs Hospital, det vil si i utgangspunktet ikke en risikogruppe. I følge tidligere studier som det blir referert til i denne oppgaven, viser det seg at prosentandelen av kvinner som har opplevd overgrep er større hvis man undersøker risikogrupper i stedet for hele populasjonen.

Av de 99 kvinnene som utgjorde utvalget i overgrepstudien manglet tilstrekkelige data for 15 av disse kvinnene på grunn av at de fødte på andre sykehus, hadde senabort, helsekortet manglet i journaler eller journaler var ikke å få tak i. Disse 15 ble av den grunn ekskludert fra

studien. Antall deltakere i studien ble dermed 84 kvinner. Dette antallet utgjør 85 % av de 99 som anga å ha vært utsatt for fysiske og seksuelle overgrep i barndommen.

Av de 84 deltakerne i overgrepstudien hadde 35 (42 %) vært utsatt for fysiske overgrep som barn, 24 (28 %) hadde vært utsatt for seksuelle overgrep og 25 (30 %) hadde vært utsatt for både fysiske og seksuelle overgrep

4.2.4 Gjennomføring av overgrepstudien

I den primære fødselsangststudien ble det gitt tillatelse av REK til at i alle deltakerne svarte med navn og fødselsdato. Dette gav muligheten til å rekruttere deltakere til overgrepstudien og å få tilgang til deres ”Helsekort for gravide”, fødejournaler, legejournaler og rapporter.

I overgrepstudien ble det laget et eget skjema (Vedlegg 2) som besto av i alt 34 spørsmål som omhandlet deltakernes svangerskap og fødsel. Dette skjemaet ble laget av prosjektmedarbeiderne i den primære studien. Målet var å lage et enkelt skjema for retrospektivt å registrere en del faktaopplysninger om svangerskapet, fødselen og barseltiden til de gravide som var med i den primære studien og som oppga å ha vært utsatt for fysiske og/eller seksuelle overgrep i barndommen. Skjemaene ble fylt ut av prosjektmedarbeidere etter fødselen fra fødejournaler, ”Helsekort for gravide” og eventuelt fra legejournalene. Svar på spørsmål om konsultasjoner i fødselsangstteamet ble hentet fra rapportene som teamet hadde utarbeidet.

4.2.5 Statistiske analyser

Data fra de 84 skjemaene i overgrepstudien er analysert i SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15 ved St. Olavs Hospitalets datanettverk. For å belyse kontakten med helsevesenet og fødselsutfallet er det utført statistiske analyser ut fra dette materialet. Med kontakten med helsevesenet menes svangerskapskontroller, ekstra ultralydundersøkelser, polikliniske undersøkelser, innleggelses og samtaler med fødselsangstteamet. Med fødselsutfall menes igangsetting av fødselen (induksjoner), bruken av smertestillende, fødselsmåte og liggetid. Den nyfødtes tilstand blir også beskrevet. De fleste variablene er kategorivariabler (Ja, Nei) og noen er kontinuerlige variabler, for eksempel antall

svangerskapskontroller (Ringdal 2007). De statistiske analysene i studien bygger på beskrivelsen av deskriptiv statistikk i boken "Principles and practice of research in midwifery" (Cluett & Bluff 2006). De kvantitative data er analysert ved hjelp av univariate analyser som frekvensfordelinger og mål på sentraltendens: gjennomsnitt, median og spredningsmål. For å undersøke mulige forskjeller er det også utført bivariate analyser i form av krysstabeller. Tabellene er satt opp etter APA-referentsystem (<http://www.vanguard.edu/uploadedFiles/psychology/table2.pdf>).

For å si noe om bruken av helsetjenester i denne gruppen er det nødvendig å sammenligne resultatene med andre gravide og fødende. For å hente opplysninger om andre gravide og fødende har jeg benyttet meg av 5 forskjellige kilder ut fra hvor opplysningene har vært tilgjengelige. Når opplysningene er sammenlignet med alle kvinner som fødte i Norge eller i Sør-Trøndelag i 2002 er hentet fra statistikkbanken til Medisinsk fødselsregister (www.mfr.no). For sammenligning med alle kvinner i Norge er databasen til Statistisk sentralbyrå brukt (www.ssb.no). Det ble også gjort noen sammenligninger i forhold til alle som fødte ved St. Olavs Hospital i 2002. Opplysningene er hentet fra den primære fødselsangststudien. Det var ikke tilgjengelig data på antall polikliniske undersøkelser eller sykehusinnleggelses blant alle gravide i 2002. Jeg har da trukket ut et tilfeldig utvalg på 84 fødende fra fødselsprotokollen fra 2002. Opplysningene om disse er hentet fra datanettverket ved St. Olavs Hospital. Der hvor data ikke er tilgjengelig relaterer jeg resultatene til egne erfaringer.

For å få et utfyllende bilde av den konteksten deltakerne lever i har jeg valgt å undersøke to typer bakgrunnsvariabler: sosioøkonomiske variabler og helsevariabler. Sosioøkonomiske variabler er sivilstatus, utdanning og yrkesaktivitet. Helsevariabler er tidligere fødsler, tidligere helse og røyking. Overgrepstype behandles som en egen variabel på grunn av at den er så grunnleggende i denne studien og for å undersøke om det er forskjellige hensyn som jordmødre må ta i forhold til disse to typer overgrep. Ut fra studien til Leeners et al. (2006 b) kan man anta at seksuelle overgrep har større innvirkning på svangerskap og fødsel enn fysiske overgrep. Av den grunn er variablene "Presset til seksuelle handlinger" og "Utsatt for både seksuelle og fysiske overgrep" slått sammen i noen tilfeller.

Dette er ikke et tilfeldig utvalg og av den grunn gjelder funn i studien for bare denne gruppen. Studien gir ikke grunnlag for statistisk generalisering, men ut fra andre studier er det mulig å

sannsynliggjøre at funn i overgrepstudien også gjelder for andre gravide og fødende med overgrepserfaringer. Funn i studien er interessante likevel fordi det finnes lite kunnskap om dette, og det er viktig å beskrive denne gruppen for å skaffe mer kunnskap på et område vi vet lite om.

Alle analysene gjengis ikke i oppgaven. Jeg trekker frem de viktigste resultatene og tendenser. I forhold til sammenligninger gjengis resultatene bare hvis det er forskjeller.

4.2.6 Apgar-skåre

I resultatene er det beskrevet de nyfødtes tilstand straks etter fødselen. Denne vurderingen utføres som oftest av en jordmor ved hjelp av Apgar-skåre, oppkalt etter Victoria Apgar. Hun introduserte i 1953 dette enkle systemet for evaluering av den nyfødte. Første vurdering gjøres etter 1 minutt. Hjerterefrekvens, respirasjon, reflekser, tonus og farge blir vurdert og poeng fra 0 til 2 blir gitt for hver observasjon. Maksimum poengsum er 10 (Bergsjø, Maltau, Molne & Nesheim 2006).

Følgende tabell viser beregningen av Apgar-skåre ved fødselen. Apgar-skåre beregnes etter ett og fem minutter hos alle nyfødte.

Beregning av Apgar-skåre

Symptom	Poeng		
	0	1	2
Hjerterefrekvens	0	< 100	≥ 100
Respirasjon	0	Langsom, uregelmessig	God
Tonus	Slapp	Noe fleksjon	God fleksjon
Refleks	0	Enkelte bevegelser	Aktiv, skrik
Farge	Blek, blå	Rosa, ekstremiteter blå	Helt rosa

4.2.7 Studiens begrensninger

Svarprosenten i den primære fødselsangststudien var nokså lav (54 %). En lav svarprosent kan gi seleksjonsskjevhet og føre til tilfeldige feil, man kan anta at det er flere tidligere overgrepsutsatte som ikke svarte på spørreskjemaet. Dette må man ta hensyn til i tolkningen av resultatene. Man antar også at det generelt vil være en underrapportering i studier som tar for seg hendelser i barndommen på grunn av at man var for liten til å huske hendelsen, eller man har fortrent det som er skjedd (Mullen et al. 1994). Noen forskere påpeker også at en del av overgrepsutsatte er så syke eller invalidiserte at deltagelsen i en studie blir umulig (Irving & Ferraro 2006). Overgrep er ofte forbundet med skyld- og skamfølelse hos den utsatte (Grimstad & Schei 1999). Man kan anta at enkelte velger å ikke delta i slike studier på grunn av disse følelsene.

I denne studien var det ikke spørsmål om psykiske overgrep i barndommen. Det finnes lite forskning spesifikt om psykiske overgrep i barndommen i forhold til svangerskap og fødsel. Man kan anta at konsekvensene er nokså lik følgene av seksuelle og fysiske overgrep da det er grunn til å tro at mange barn blir utsatt for ikke bare én type overgrep, men for kombinasjoner av forskjellige typer overgrep og de vokser opp i et generelt negativt oppvekstmiljø (Springer et al. 2007).

I studier om konsekvenser av overgrep i barndommen forsker man ofte på dette som isolert hendelse uten å ta hensyn til den strukturelle konteksten for hendelsesforløpet. Man kan tenke seg at det kan ha vært flere uheldige faktorer i oppveksten til disse barna, for eksempel foreldrenes alkohol- eller rusmisbruk, arbeidsløshet og inadekvat familiestruktur. Dårlige sosioøkonomiske forhold hjemme og familieproblemer kan føre til både overgrep i barndommen og blant annet til dårlig psykisk helse i voksen alder (Horwitz, Widom, McLaughlin & White 2001). Det forekommer også tilsynelatende flere typer overgrep innen samme familie (Springer, Sheridan, Kuo & Carnes 2003). På den annen side er det allment kjent at overgrepsproblematikk eksisterer i alle samfunnslag og i alle slags familiestrukturer (Bachmann et al. 1988).

I overgrepsstudien er det brukt sekundære data. Formålet med den primære fødselsangststudien var ikke å undersøke effekten av barndommens overgrep.

Innholdsvaliditeten, om spørsmål er representative for det vi ønsker å måle, i denne studien kan være påvirket av at allerede innsamlet materiale brukes retrospektivt til et annet formål enn opprinnelig tiltenkt. Man bruker de variablene som fins og man kan ikke konstruere de best egnede spørsmålene.

Studiens reliabilitet kan påvirkes av at data er fra 2001 og 2002. Barndommens overgrep har fått tiltagende oppmerksomhet i de senere årene, og flere og flere av overgrepsutsatte står etter hvert frem med sin historie. Det kan derfor tenkes at svarprosenten hadde blitt noe høyere hvis man hadde spurt de samme spørsmålene nå.

Forskning på barndommens traumatiske hendelser kan være problematisk også på grunn av at man må forholde seg til det som har vært (fortiden) i tillegg til alle plagene som vedkommende sliter med nå (nåtiden). Det kan også være lett å legge skyld på overgrep for plager som er oppstått senere (Horwitz et al. 2001). Det har gått mange år etter at overgrep fant sted. Det blir lett å huske feil og studien kan bli påvirket av "recall-bias". På den annen side kan man hevde at hvis man husker hendelser mange år tilbake, så har disse hendelsene virkelig vært alvorlige og betydningsfulle for vedkommende.

En utfordring i overgrepsstudien er utfyllingen av "Helsekort for gravide". Det viste seg at helsekortene ofte var mangelfyllt utfylte. Dette er med på å forklare hvorfor det mangler opplysninger på mange deltakerne når analysene i SPSS ble gjort. I de senere årene har utfyllingen av helsekortene blitt noe bedre på grunn av skjerpet oppmerksomhet fra jordmødre og leger.

5. KONTAKT MED HELSEVESENET OG FØDSELSUTFALL

Dette kapitlet handler om kontakten med helsevesenet og utfallet av fødselen blant gravide og fødende som har erfart fysiske og/eller seksuelle overgrep i barndommen. Jeg belyser dette spørsmålet ved hjelp av det empiriske materialet i studien.

Kontakten med helsevesenet er undersøkt i form av antall svangerskapskontroller, ekstra ultralydundersøkelser, polikliniske undersøkelser eller innleggelser ved sykehuset i løpet av svangerskapet og samtalene med fødselsangstteamet. Fødselsutfallet er analysert ved hjelp av induksjon, fødselsvarighet, bruk av smertestillende midler, fødselstidspunktet (til termin eller prematur/overtidig), og om fødselen var normal eller operativ. Den nyfødtes tilstand er beskrevet i forhold til Apgar-skåre og vekt. Liggetiden i sykehuset er beskrevet i forhold til fødselsmåten.

Som tidligere nevnt blir funn sammenlignet med andre gravide og fødende. Jeg har benyttet meg av sammenlignbare data fra 2002 i den grad det har vært mulig. Data er da lastet ned i 2009.

For å se konteksten deltakerne lever i er det analysert noen sosioøkonomiske variabler: sivilstatus, utdanning og yrkesaktivitet. Av helsevariablene er tidligere helseproblemer, tidligere fødsler og røyking analysert. Overgrepstype er undersøkt som en egen variabel. Kontakten med helsevesenet i svangerskapet og under fødselen er da undersøkt ut fra sosioøkonomisk status, helse og type overgrep.

For oversiktighetens skyld har jeg valgt å kommentere funnene når det gjelder bruk av helsevesenet i tilknytning til presentasjonene av disse funnene. Implikasjoner for jordmorfunksjonen er den andre delen av problemstillingen og vil bli drøftet i et eget kapittel på bakgrunn av de empiriske funnene i overgrepstudien.

5.1 SOSIOØKONOMISKE VARIABLER

5.1.1 *Sivilstatus*

Tidligere studier viser at kvinner med overgrepshistorie kan ha problemer med å leve i et parforhold (Roberts et al. 2004, Anda et al. 2006, Rodgers et al. 2004, Widom & Kuhns 1996). Det var derfor interessant å undersøke hvordan det var med de kvinnene som deltok i studien. Det viste seg at 99 % av deltakerne var gifte eller samboende og 1 % var enslig. Til sammenligning var 94 % gifte eller samboere og 5 % var enslige av alle fødende i Sør-Trøndelag i 2002 (www.mfr.no). Dette vil si at det var flere gifte/samboere og færre enslige med i studien sammenlignet med alle gravide/fødende i Sør-Trøndelag i 2002. Dette funnet er overraskende og kan bety for mange av deltakerne at de hadde en god sosial støtte og stabilitet i sin livssituasjon. Videre kan man anta at dette fører til at behovet for kontakten med helsevesenet og støtten derfra ikke var større enn hos andre gravide. Det kan også tyde på at det er lettere for overgrepsofrettede kvinner i et stabilt parforhold å delta i en undersøkelse om svangerskap og fødsel enn for enslige.

5.1.2 *Utdanning*

Utdanningsnivået er en viktig del av de levekår og den konteksten man lever i. I denne studien er utdanning delt i to nivåer, lavere: utdanning ved grunn- og videregående skole og høyere: utdanning ved høyskole eller universitet. Utdanningsnivået blant deltakerne er sammenlignet med utdanningsnivået blant alle kvinnene i Norge.

Tabell 1 viser utdanningsnivået i overgrepstudien og på landsbasis i 2002.

Tabell 1

Utdanningsnivå i overgrepstudien (N=80) og på landsbasis i 2002.

	Overgrepstudien	Landsbasis 2002*
	%	%
Grunn- eller videregående skole	45	76
Høyskole- eller universitet	50	24
Annet	5	-
Totalt	100	100

* Utdanningsstatistikken ved Statistisk sentralbyrå (www.ssb.no).

Tabellen viser at halvparten av de som deltok i overgrepstudien har en høyere utdanning. Andelen av kvinner med høyere utdanning var betydelig større i overgrepstudien enn i landet for øvrig. Dette kan tyde på at det er lettere for overgrepsutsatte kvinner med høyere utdanning å delta i et forskningsprosjekt enn kvinner med lavere utdanning.

5.1.3 Yrkesaktivitet

I analysen av konteksten til deltakerne er det også relevant å kartlegge hvor mange av deltakerne er yrkesaktive og hvor mange er hjemmeværende. Antallet er blitt sammenlignet med alle kvinnene på landsbasis i 2002.

Tabell 2 viser yrkesaktiviteten blant studiedeltakerne og blant alle kvinnene i hele landet i 2002.

Tabell 2

Yrkesaktivitet blant deltakerne (N=81) og blant alle kvinnene på landsbasis.

	Overgrepstudien	Landsbasis 2002*
	%	%
Yrkesaktiv	76	70
Hjemmeværende	20	30
Annet	4	-
Totalt	100	100

* Statistisk sentralbyrå (www.ssb.no)

Tabellen viser at $\frac{3}{4}$ av studiedeltakerne var yrkesaktive, noe som er en større andel enn i landet for øvrig. Dette indikerer at det var overvekt av sosioøkonomisk ressurssterke kvinner som svarte på spørreskjemaet.

5.2 HELSEVARIABLER

5.2.1 Tidligere helse

Tidligere helseproblemer kan gi problemer også i svangerskapet og under fødselen. Derfor var det viktig å kartlegge hvor mange av deltakerne som hadde helseproblemer som ikke var direkte relatert til graviditeten.

Ved utfylling av "Helsekortet for gravide" blir den gravide spurt om tidligere generelle helseproblemer, som hjertesykdom, forhøyet blodtrykk, problemer med nyrene eller urinveiene, epilepsi, diabetes, psykiske problemer, gynekologiske sykdommer, astma, allergi og om eventuelle andre helseplager. 63 % av deltakerne hadde eller har hatt problemer med helsen før graviditet. Sammenlignbare tall for alle gravide er ikke tilgjengelig, men erfaringsmessig kan man si at 63 % er et nokså høyt tall på grunn av at gravide og fødende er unge kvinner i fertil alder som kan antas å være nokså friske. Som nevnt tidligere har flere studier påvist at barndommens overgrep har en negativ virkning på helsen senere i livet (Hilden et al. 2004, Kirkengen, Schei & Steine 1997, Romans et al. 2007, Heritage 1997). Dette resultatet er således i tråd med tidligere studier.

5.2.2 Tidligere fødsler

Erfaringsmessig vet man at tidligere svangerskaps- og fødselsopplevelser kan ha en innvirkning på et nytt svangerskap og en ny fødsel. Dårlige fødselsopplevelser øker engstelsen ved neste svangerskap. Det er derfor interessant å undersøke fordelingen mellom første- og flergangsfødende i studien. Disse tall er sammenlignet med alle fødende i Sør-Trøndelag i 2002.

Tabell 3 viser denne fordelingen.

Tabell 3

Fordelingen mellom første- og andregangsfødende i overgrepstudien (N=84) og i Sør-Trøndelag i 2002.

	Overgrepstudien	Sør-Trøndelag 2002*
	%	%
Førstegangsfødende	38	42
Flergangsfødende	62	58
Totalt	100	100

*Medisinsk fødselsregister (www.mfr.no)

Denne tabellen viser at langt over halvparten av deltakerne i overgrepstudien var flergangsfødende. Andelen av flergangsfødende var høyere enn blant alle fødende i Sør-Trøndelag. Følgelig var prosentandelen av førstegangsfødende mindre enn blant alle fødende i Sør-Trøndelag i 2002. Dette kan tyde på at mange av kvinnene deltok i studien på grunn av tidligere fødselsopplevelser.

5.2.3 Røyking

Røyking i svangerskapet har en rekke kjente medisinske skadevirkninger, blant annet kan røyking føre til vekstretardasjon hos fosteret og til for tidlig fødsel (Rasmussen, S. & Irgens, L.M. 2006). Tabell 4 viser prosentandelen av deltakere som røykte ved svangerskapets begynnelse og som fortsatt røykte ved fødselen. Tabellen viser også andelen av røykende gravide og fødende på landsbasis i 2002.

Tabell 4

Andelen av røykende gravide i studien (N=25) sammenlignet med røykende gravide på landsbasis.

	Overgrepstudien	Landsbasis 2002*
	%	%
Røyking ved svangerskapets begynnelse	30	22
Røyking ved fødselen	20	15

*Medisinsk fødselsregister (www.mfr.no)

Tabell 4 viser at 30 % av deltakerne røykte i svangerskapet. 10 % oppga å ha sluttet å røyke i løpet av svangerskapet. Det var større andel av røykere blant deltakerne i studien enn på landsbasis, og er i tråd med funn fra en norsk studie fra 1998, som viste at 35 % av gravide

med overgrepshistorie røykte ved første svangerskapskontroll (Grimstad, Backe, Jacobsen, & Schei 1998). Flere tidligere studier viser at overgrepsutsatte oftere har tendens til risikoatferd, blant annet røyking (Leeners et al. 2006 b, Anda et al. 2006, Dube et al. 2003).

Den største andelen av røykere (65 %) røykte forholdsvis lite, under 10 sigaretter daglig. Det var likevel ca en tredjedel (35 %) som røykte 10 eller flere sigaretter daglig. Dette er et høyt tall i forhold til at det var overvekt av ressurssterke kvinner, flergangsfødende, i stabile livssituasjoner og med god tilgang til informasjon som deltok i overgrepsstudien.

Det viste seg at det er forskjell mellom ikke røykere og røykere når det gjelder fødselsmåten: ikke-røykere hadde en normal fødsel noe oftere enn røykere, 71 % versus 64 %.

Funn i studien viser at deltakerne er sterkere på sosioøkonomiske variabler enn kvinnene i sammenlignbare grupper. Derimot når det gjelder variablene tidligere helse og røyking var det flere med helseproblemer og flere røykere med i studien.

Neste punktet handler om bruken av helsetjenester i svangerskapet, svangerskapskontroller, ekstra ultralydundersøkelser, polikliniske undersøkelser, innleggelses og samtaler med fødselsangstteamet.

5.3 SVANGERSKAPET

5.3.1 Svangerskapskontroller

I 2002 fulgte leger og jordmødre et handlingsprogram som anbefalte et standardprogram med 11 svangerskapskontroller for friske førstegangsfødende og 7 kontroller for friske flergangsfødende (Perinatal omsorg i Norge, NOU 1984). Etter termin dato ble det anbefalt en kontroll i svangerskapsuke 41, og deretter overtidskontroll i uke 42 ved sykehusets poliklinikk.

I overgrepsstudien hadde 65 % av førstegangsfødende flere enn de anbefalte 11 kontroller. Av alle de som hadde flere enn 11 kontroller, hadde 54 % 12-17 kontroller og 11 % hadde 20-31

kontroller. De fleste førstegangsfødende hadde følgelig behov for flere kontroller enn det som er anbefalt i retningslinjene.

Det anbefalte kontrollantallet for flergangsfødende var 7. I overgrepstudien hadde 89 % flere kontroller enn det som er anbefalt i retningslinjene (NOU 1984). Det var det bare 11 % av flergangsfødende som hadde 7 eller færre kontroller. Dette viser at flergangsfødende hadde et betydelig større behov for kontroller enn det som er anbefalt.

Gjennomsnitt og median som deler en fordeling i to like store mengder kan utfylle bildet av materialet (Ringdal 2007). Derfor angis det i fortsettelsen noen gjennomsnitts- og medianverdier.

Bjørn Backe (2002) gjorde en undersøkelse om antallet svangerskapskontroller i Norge. Kontrollantallet i overgrepstudien ble sammenlignet med kontrollantallet i studien til Backe.

Tabell 5 viser det gjennomsnittlige kontrollantallet for første- og flergangsfødende i overgrepstudien, gjennomsnittantallet i studien til Backe (2002) på landsbasis og det anbefalte kontrollantallet i retningslinjene (NOU 1984).

Tabell 5

Gjennomsnittlig antall svangerskapskontroller i overgrepstudien, i studien til Backe (2002) og det anbefalte antallet i retningslinjene (NOU 1984).

	Gjennomsnitt i studien	Landsbasis 2000*	Anbefalt i retningslinjene**
Førstegangsfødende	14	12,4	11
Flergangsfødende	12	11,7	7

*Backe 2002

**NOU 1984

Tabellen viser at både første- og flergangsfødende i overgrepstudien hadde behov for flere kontroller enn det anbefalte kontrollprogrammet tilsier. Tabellen viser også at kontrollhyppigheten på landsbasis (Backe 2002) var høyere enn anbefalt, mens kontrollhyppigheten hos deltakerne i studien var *enda* høyere enn landsgjennomsnittet.

Spredning på kontrollantallet var 7 til 31 kontroller hos førstegangsfødende og fra 4 til 23 kontroller hos flergangsfødende i studien.

Når det gjelder antall svangerskapskontroller og sosioøkonomiske variabler ble det ikke funnet noen forskjell i forhold til sosioøkonomiske variabler og type overgrep. Derimot hadde de med tidligere helseproblemer noen flere kontroller enn friske gravide. De med tidligere helseproblemer hadde 13 kontroller (median) og de friske gravide hadde 12 (median) kontroller. Denne forskjellen er forventet på grunn av at tidligere helseproblemer kan gi problemer også i svangerskapet.

5.3.2 Ekstra ultralydundersøkelser

Konsensuskonferansen i 1986 om bruk av ultralyd i svangerskapet ble arrangert av Norsk institutt for sykehusforskning i samarbeid med Sosialdepartementet, Helsedirektoratet og SIFF's gruppe for helsetjenesteforskning. Konferansen anbefalte et tilbud om en ultralydundersøkelse i svangerskapsuke 17-21 for alle gravide (NIS 1986). En ny konsensuskonferanse i 1995 vurderte de etiske sidene ved ultralydundersøkelsen og foreslo at man skulle fortsette med dette tilbudet. På indikasjon kan gravide bli henvist av leger eller jordmødre til flere undersøkelser (Komitéen for teknologivurdering 1995).

Som nevnt får alle gravide tilbud om ultralydundersøkelse av fosteret i svangerskapsuke 17-19 (NIS 1986). Hensikten med denne undersøkelsen er å påvise antall fostre, fastslå fosterets alder, lokalisere morkaka og utføre en orienterende undersøkelse av fosterets anatomi. Leger og jordmødre henviser den gravide til ekstra ultralydundersøkelser for eksempel ved smerter, blødning, for liten eller stor livmor eller ved uro for at svangerskapet ikke utvikler seg normalt (Komitéen for teknologivurdering 1995).

Tabell 6 viser prosentandelen av gravide som hadde én ultralydundersøkelse eller ekstra ultralydundersøkelser i overgrepstudien og på landsbasis i 1994 ut fra studien til Backe.

Tabell 6

Andel av gravide med én ultralydundersøkelse og med ekstra undersøkelser i overgrepstudien og på landsbasis 1994.

	Overgrepstudie	Landsbasis 1994*
	%	%
En ultralydundersøkelse	26 %	46 %
Ekstra ultralydundersøkelser	74 %	54 %
Totalt	100	100

* Backe 1994

Tabellen viser at $\frac{3}{4}$ av deltakerne hadde ekstra ultralydundersøkelser. Dette er en betydelig større andel enn blant alle gravide på landsbasis. Dette tyder på at det var behov for flere ultralydundersøkelser hos deltakerne. Forklaringen kan være at de gravide som har opplevd fysiske eller seksuelle overgrep i barndommen hadde generelle helseproblemer og komplikasjoner i svangerskapet som førte til ekstra undersøkelser. Forklaringen kan også være at disse gravide var mer engstelige for fosterets velbefinnende enn andre gravide og ble henvist til undersøkelse av den grunn.

Gjennomsnittlig antall ultralydundersøkelser var 3 i overgrepstudien og 2,2 i studien til Backe (1994) inklusive ultralydundersøkelsen rundt 17 uker i svangerskapet. I overgrepstudien varierte antallet ekstra undersøkelser fra 1 til 9.

5.3.3 Polikliniske undersøkelser

I nedslagsfeltet til St. Olavs Hospital går alle friske gravide til kontroll hos fastlegen og/eller jordmoren i primærhelsetjenesten. Risikogravide og gravide med komplikasjoner som oppstår i svangerskapet henvises til spesialisthelsetjenesten ved svangerskapspoliklinikken ved sykehuset.

Over halvparten (56 %) av deltakerne i overgrepstudien ble henvist til polikliniske undersøkelser ved Svangerskapspoliklinikken, St. Olavs Hospital. Antall undersøkelser som hver enkelt hadde, varierte fra 1 til 16. I gjennomsnittet var det 3 undersøkelser per gravid, median for undersøkelsesantallet var 2. Av alle gravide som sognet til St. Olavs Hospital i

2002 ble 67 % henvist til polikliniske undersøkelser (St. Olavs Hospital 2002, et tilfeldig trukket utvalg). Det var forventet at deltakerne hadde flere polikliniske undersøkelser enn andre gravide ut fra at de har mer generelle helseproblemer (Hilden et al. 2004, Kirkengen et al. 1993, Romans et al. 2007, McCauley et al. 1997) som igjen kan føre til komplikasjoner i svangerskapet. I overgrepstudien var dette ikke tilfellet. Prosentandelen av deltakerne som var til polikliniske undersøkelser var ikke større enn av alle gravide som sognet til St. Olavs Hospital.

På grunn av at vi har så lite kunnskap om gravide og fødende med overgrepserfaringer var det interessant å undersøke hva som var de hyppigste årsakene til henvisning til St. Olavs Hospital. I forhold til henvisningsårsakene er ikke sammenlignbare data tilgjengelig slik at dette blir en beskrivelse av henvisningsårsakene til disse gravide.

Tabell 7 viser de hyppigste henvisningsårsakene til polikliniske undersøkelser ved sykehuset.

Tabell 7

Årsaker til henvisning til poliklinisk undersøkelse ved St. Olavs Hospital (N=47), absolutte tall og prosentandel av alle henvisningene.

Årsak til henvisning	n (%)
Smerter	8 (17)
Truende fortidlig fødsel	5 (11)
Blødning	5 (11)
Preeklampsi	4 (10)
Annet	25 (51)
Totalt	47 (100)

Tabellen viser at den hyppigste enkeltdiagnosen var smerter. Dette er i tråd med studien til van der Hulst et al. (2006) som viser at kvinner med overgrepserfaringer oftere lider av forskjellige smertetilstander enn kvinner uten overgrepserfaringer. Seng et al. (2004) fant i sin undersøkelse at kvinner med overgrepshistorie kontaktet helsevesenet oftere med plager som er klinisk signifikante, men medisinsk uforklarlige. Somatisering spiller en viktig rolle når det oppstår plager hos mennesker med overgrepshistorie. Kirkengen (2005) sier at alle former for grensekrenkelser forårsaker smerte hos den krenkede, det ligger i krenkelsens natur.

De som kom til poliklinisk undersøkelse på grunn av smerter, hadde gjennomsnittlig én undersøkelse ved sykehuset. Dette kan tyde på at smertene ikke alltid representerte alvorlige medisinske tilstander.

Halvparten (51 %) av de som hadde polikliniske undersøkelser kom på grunn av ”annet”. ”Annet” betyr mange flere diagnoser, men som det ikke var så mange av hver enkelte. De diagnosene som er nevnt i tabell 7 var de enkeltdiagnosene som det var flest av.

Når det gjelder helsevariabler var det en tendens til at de med tidligere helseproblemer ble henvist til polikliniske undersøkelser oftere enn friske deltakere, 60 % versus 47 %. De som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep ble henvist oftere enn de som hadde erfaringer av fysiske overgrep, 61 % versus 49 %.

5.3.4 Innleggelser i løpet av svangerskapet

Ved alvorlige komplikasjoner eller helseproblemer i svangerskapet blir den gravide innlagt på fødeavdelingens observasjonspost. Av deltakerne i studien ble 27 % innlagt på sykehuset i løpet av svangerskapet. Til sammenligning ble 11 % av alle gravide som sognet til St. Olavs Hospital i 2002 innlagt i løpet av svangerskapet (St. Olavs Hospital 2002, et tilfeldig trukket utvalg). Det var med andre ord betydelig større andel av gravide med overgrepserfaringer som hadde behov for innleggelse enn av andre gravide.

For å få mer kunnskap om denne gruppen gravide var det interessant å undersøke årsakene til innleggelser. De hyppigste årsakene til innleggelse vises i tabell 8. I forhold til innleggelsesårsaker er ikke sammenlignbare data tilgjengelig og dermed viser tabell 8 innleggelsesårsakene i overgrepstudien.

Tabell 8

De viktigste årsakene til innleggelsene ved St. Olavs Hospital før fødselen (N=23), absolutte tall og prosentandel av innleggelsene.

Årsak til innleggelse	n (%)
Preeklampsi	6 (26)
Truende fortidlig fødsel	5 (22)
Smerter	3 (13)
Blødning	1 (4)
Kombinert	2 (9)
Annet	5 (26)
Totalt	22 (100)

Tabellen viser at preeklampsi (svangerskapsforgiftning) var den viktigste årsaken til innleggelsene. Dette utgjør ca 7 % av alle deltakerne. Preeklampsi er en komplikasjon som rammer 3-4 % av alle gravide i Norge (Brække 2007). Den nest viktigste årsaken var en truende for tidlig fødsel. Dette er ikke overraskende da tidligere studier viser at gravide med overgrepserfaringer har en større risiko for tidlig fødsel (Noll et al. 2007, Horan et al. 2000). 4 % av alle deltakerne ble innlagt på grunn av smerter. "Annet", 26 %, består av de som ble lagt inn av flere forskjellige grunner, blant annet komplikasjoner grunnet en tidligere sykdom hos den gravide eller vekstretardasjon hos fosteret.

Når det gjelder bakgrunnsvariabler ble de med grunn- eller videregående skole lagt inn oftere enn de med høyskole/universitetsutdanning, 34 % versus 17 %. Flere hjemmeværende hadde innleggelser sammenlignet med yrkesaktive, 47 % versus 22 %. Dette kan tyde på at overgrepsutsatte gravide med høyere utdanning, yrkeskarriere og dermed bedre økonomi har bedre helse i svangerskapet enn hjemmeværende og de med lavere utdanning og dårligere økonomi. Flere av de som hadde tidligere helseproblemer ble innlagt enn av de som var friske i utgangspunktet, 32 % versus 17 %. Dette er et forventet funn da en vet at tidligere helseproblemer også kan forårsake komplikasjoner i svangerskapet. I forhold til type overgrep ble de som hadde opplevd fysiske overgrep lagt inn oftere enn de som hadde opplevd seksuelle overgrep, 31 % versus 22 %. Dette var et interessant funn som indikerer at følgene etter fysiske overgrep kan være like alvorlige som etter seksuelle overgrep.

5.3.5 Samtaler med fødselsangstteamet

St. Olavs Hospital har en personalgruppe som utgjør et fødselsangstteam. Denne gruppa består av jordmødre og gynekologer som har tett samarbeid med psykologene ved Familievernkontoret. Teamet har samtaler med gravide som er plaget av fødselsangst. Erfaringsmessig vet man at en nokså hyppig årsak til fødselsangst er tidligere traumatiske livshendelser.

Tabell 9 viser prosentandelen som hadde kontakt med fødselsangstteamet i overgrepstudien sammenlignet alle gravide som sognet til St. Olavs Hospital i 2002.

Tabell 9

Kontakt med fødselsangstteamet i overgrepstudien (N=31) og blant alle gravide ved St. Olavs Hospital.

Kontakt med teamet	Overgrepstudie	St. Olavs Hospital 2002*
	%	%
Ja	37	9
Nei	63	91
Totalt	100	100

* Databasen ved St. Olavs Hospital

Tabellen viser at 37 % av deltakerne hadde kontakt med fødselsangstteamet. Dette er en langt større andel enn blant alle gravide som sognet til St. Olavs Hospital i 2002.

Studien til Heimstad et al. (2006) viser at kvinner som har vært utsatt for seksuelle eller fysiske overgrep i barndommen har høyere fødselsangstskåre enn kvinner som ikke har overgrepshistorie. Behovet for bearbeiding av opplevelsene og planlegging av fødselen var betydelig større hos gravide i denne studien enn hos alle gravide.

Av de gravide som var deltakerne i overgrepstudien var det 37 % som hadde behov for samtaler. Det at så mange hadde behov for samtaler med fødselsangstteamet, kan tyde på at gravide med overgrepshistorie er klar over sin situasjon og erkjenner at de må ha hjelp til å gjennomføre fødselen. Imidlertid betyr dette også at de fleste (63 %) ikke hadde behov for samtaler med fødselsangstteamet. Det kan være flere årsaker til det. Erfaringsmessig vet man imidlertid at en av årsakene er at mange av disse kvinnene har gjennomgått et

behandlingsopplegg tidligere og har fått bearbeidet opplevelser fra barndommen på en slik måte at fødselen ikke virker skremmende. Dette betyr at bearbeiding av opplevelsene i en terapeutisk sammenheng er til hjelp. En annen årsak kan være at minnene om overgrep ikke plager vedkommende i vesentlig grad, og at svangerskapet og fødselen ikke skremmer, men heller blir en bekreftelse på det normale. En forklaring kan også være at de ikke kjente til samtaletilbudet med fødselsangstteamet. Årsaken kan også være at de ikke ville snakke om sine opplevelser på grunn av skam- og skyldfølelse.

Blant de som hadde kontakt med fødselsangstteamet var 26 % førstegangsfødende og 74 % flergangsfødende. Man kunne tenke seg at denne kontakten er viktigere for de som skal føde for første gang. Imidlertid viste det seg i studien at det var flest flergangsfødende som hadde samtaler med fødselsangstteamet.

Man kunne også tenke seg at kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep ville ha større sannsynlighet for å utvikle fødselsangst enn kvinner som har vært utsatt for fysiske overgrep (Leeners et al. 2006 b). Tabell 10 viser imidlertid at behovet for samtaler i fødselsangstteamet var like stort i alle gruppene.

Tabell 10

Kontakt med fødselsangstteamet ut fra overgrepstype. N=84.

Kontakt med teamet	Utsatt for fys. overgrep	Utsatt for seks. overgrep	Utsatt for begge
	(n=35)	(n=23)	(n=25)
	n (%)	n (%)	n (%)
Ja	13 (37)	7 (29)	11 (44)
Nei	22 (63)	17 (71)	14 (56)
Totalt	35 (100)	24 (100)	25 (100)

Det viste seg at det var større andel av de som hadde opplevd fysiske overgrep som hadde kontakt med fødselsangstteamet enn av de som hadde opplevd seksuelle overgrep. Dette kan, som nevnt tidligere, tyde på at fysiske overgrep kan representere et like stort problem i svangerskapsomsorgen som seksuelle overgrep. Det er imidlertid mer fokus på seksuelle overgrep både i forskning og i media, noe som kan føre til at kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep, generelt får et bedre hjelpetilbud enn kvinner som har vært utsatt for andre

typer overgrep. Behovet for å kontakte fødselsangstteamet vil dermed ikke være så stort hvis man allerede har et hjelpetilbud eller at man tidligere har fått bearbeidet sine opplevelser.

Årsakene til kontakten med fødselsangstteamet ble også undersøkt. Det var heller ikke her sammenlignbare data tilgjengelig og dermed viser tabell 11 årsakene hos deltakerne i overgrepstudien.

Tabell 11

Årsak til kontakt med fødselsangstteamet (N=31), absolutte tall og prosentandel av samtalene.

Årsak til kontakt med fødselsangstteamet	n (%)
Tidligere traumatisk fødselsopplevelse	13 (42)
Bearbeiding av overgrepsopplevelser	5 (19)
Angst og depresjon	3 (9)
Kombinert	3 (9)
Andre årsaker	7 (21)
Totalt	31 (100)

Tabellen viser at den hyppigste årsaken til kontakt med fødselsangstteamet var tidligere traumatiske fødselsopplevelser. Jeg kommer tilbake til dette i neste kapittel om jordmorfunksjonen. Den nest vanligste årsaken var bearbeiding av overgrepsopplevelser, som kan indikere at mange ikke får bearbeidet sine opplevelser tilstrekkelig og disse opplevelsene blir et problem når kvinnen blir gravid. Det kan være problematisk å påpeke én årsak til behovet for samtaler eller vise til direkte årsakssammenhenger. Man kan anta at selv om en gravid oppgir angst og depresjon som årsak til samtale, kan overgrepsbakgrunnen være årsak til nettopp angst og depresjon. Angst og depresjon kan igjen føre til mindre følelse av mestring og til fødselsangst.

Det er den gravides behov som bestemmer hvor mange samtaler hun trenger. Av de som kontaktet fødselsangstteamet hadde 16 % én samtale, mens resten hadde 2-7 samtaler. De som kom til samtale hadde gjennomsnittlig 1,9 samtaler hver. Tidspunktet for samtalene varierte. Noen kom tidlig i svangerskapet og noen like før fødselen. Enkelte kom allerede før de var gravide for å få informasjon og for å planlegge en eventuell graviditet og fødsel.

Flere nordiske studier (Förlossningsrådsla 2004) har vist at uansett hvilken type hjelp de gravide med fødselsangst får, så er den til nytte og de gravide blir fornøyde. 46-62 % av de som ønsket keisersnitt i utgangspunktet, endret sitt ønske. Studiene har sammenlignet behandlingstyper som psykoterapi, kognitiv terapi, eksistensiell terapi og støttesamtaler hos jordmor.

5.3.6 Oppsummering

Tabell 12 og 13 oppsummerer kontakten som deltakerne i overgrepstudien hadde med helsevesenet i løpet av svangerskapet. Oversikten viser at gravide med overgrepsbakgrunn hadde hyppigere kontakt med helsevesenet i svangerskapet. Dette innebærer at barndommens overgrep ikke har betydning bare for den enkelte gravide, men også for helsevesenet og for samfunnsøkonomien generelt.

Tabell 12

Oppsummering av kontakt som deltakerne i overgrepstudien og alle gravide som sognet til St. Olavs Hospital i 2002 hadde med helsevesenet i løpet av svangerskapet.

	Overgrepstudie	St. Olavs Hospital*
	%	%
Svangerskapskontroller	100	100
Ekstra ultralydundersøkelser	74	54**
Polikliniske undersøkelser	56	67
Innleggelser	27	11
Fødselsangstteam	37	9

*Databasen ved St. Olavs Hospital

** Landsbasis (Backe 1994)

Tabell 13 viser kontakthypigheten med helsevesenet i overgrepstudien og går nærmere innpå for å vise spredningen.

Tabell 13

Oppsummering av kontakten i svangerskapet mellom deltakerne i overgrepstudien og helsevesenet.

	Overgrepstudien			
	Prosentvis av deltakerne	Minimum	Maksimum	Median
Svangerskapskontroller	100	4	31	13
Ekstra ultralydundersøkelser	74	1	9	1
Polikliniske undersøkelser	56	1	16	2
Innleggelser	27	1	3	1
Fødselsangstteam	37	1	7	3

Neste punktet handler om fødselen, herunder ønske om keisersnitt, igangsetting, smertelindring, fødselstidspunkt, fødselsmåte, fødselens varighet, rifter og liggetid.

5.4 FØDSELEN

5.4.1 Ønske om keisersnitt

I overgrepstudien hadde 2 % av deltakerne i utgangspunktet ønske om keisersnitt som fødselsmåte. Andelen av de som ønsket keisersnitt i utgangspunktet i overgrepstudien var betydelig lavere enn på landsbasis. I 2003 ble 8 % av keisersnitt på landsbasis utført på grunn av et ønske fra moren uten at det forelå en medisinsk indikasjon for keisersnittet (www.fhi.no). Mors ønske, uten medisinsk indikasjon, er en nokså hyppig årsak til keisersnitt i følge en australsk studie (Gamble & Creedy 2001). I følge studien til Gamble & Creedy (2001) ønsket 6,4 % av gravide et keisersnitt som fødselsmåte. Erfaringsmessig vet man at mange gravide med overgrepsbakgrunn ikke kommer til samtale for å be om et keisersnitt, men for å få hjelp og støtte til å gjennomføre en normal fødsel. Kvinner med overgrepsbakgrunn har ofte et ønske om å få en bekreftelse på at kroppen deres fungerer normalt. Å gjennomføre en vanlig fødsel representerer for dem det normale. Dette kan være årsaken til at det ikke var flere i overgrepstudien som ønsket keisersnitt som fødselsmåte.

5.4.2 Igangsetting (induksjon) av fødsel

Med induksjon av fødsel menes at man med farmakologiske midler eller med mekaniske tiltak fremkaller fødselen før den har startet spontant (Faxelid, Hogg, Kaplan & Nissen, red. 2001).

23 % av fødslene i overgrepstudien ble indusert. Data fra Medisinsk fødselsregister angir at på landsbasis ble 11-12 % av alle fødslene indusert i 2002 (www.mfr.no). Det var følgelig en betydelig større andel av induserte fødsler i overgrepstudien enn på landsbasis.

Vannavgang og preeklampsi var de viktigste årsakene til induksjon. En annen viktig grunn til induksjon i overgrepstudien var smerter/sliten mor. Smerter i svangerskapet var også en hyppig årsak til polikliniske undersøkelser ved sykehuset. Som tidligere nevnt viser tidligere forskning at kvinner med overgrepserfaringer oftere lider av forskjellige smertetilstander enn kvinner uten overgrepserfaringer (van der Hulst et al. 2006). Smertetilstander fører også til at den gravide blir fortere sliten, motivasjonen til å fortsette svangerskapet blir borte og hun ønsker igangsetting av fødselen.

5.4.3 Smertelindring

Mange gravide med overgrepserfaringer sier at de er redd for smerter i forbindelse med fødselen, men enda oftere er de redd for å miste kontrollen (Frandsen 2008). Smertelindring kan være en måte å oppnå større kontroll over situasjonen på. Av den grunn kan man anta at fødende med overgrepserfaringer har et stort behov for smertelindring under fødselen, spesielt epiduralbedøvelse som er den mest effektive typen for smertelindring. Derfor var det interessant å undersøke hvordan det var med smertelindring i studiegruppen. Data på bruken av smertestillende er hentet fra fødselsjournaler.

Av deltakerne brukte 78 % smertelindring under fødselen, enten varme, lystgass, steriltvannspapler, Petidin injeksjon, akupunktur eller epiduralbedøvelse. Av alle fødende i studien brukte 26 % epiduralbedøvelse. Til sammenligning hadde 76 % av alle som fødte ved St. Olavs Hospital og Orkdal Sanitetsforeningens sykehus (OSS) i 2004 behov for smertelindring. 25 % ville ha epiduralbedøvelse. Disse opplysningene stammer fra et

upublisert fagutviklingsprosjekt som ble utført i 2004 i fødeavdelingene ved St. Olavs Hospital og OSS. Det var følgelig ikke forskjell i bruken av smertestillende mellom fødende med overgrepserfaringer og alle fødende ved St. Olavs Hospital og OSS i 2004. Det var et overraskende funn i studien at det ikke var flere blant deltakerne enn blant andre fødende som brukte smertelindring. Behovet for epiduralbedøvelse var heller ikke større.

Når det gjelder bakgrunnsvariabler var det ingen forskjell mellom bruken av smertelindring under fødselen og forhold til utdanningsnivå eller yrkesaktivitet. Derimot brukte de med tidligere helseproblemer smertelindring noe oftere enn friske fødende, 81 % versus 74 %.

Av de som hadde erfaringer om fysiske overgrep, hadde 82 % behov for smertelindring under fødselen, og av de med erfaringer av seksuelle overgrep brukte 74 % smertelindring.

5.4.4 Fødselstidspunktet i forhold til termin

Tidligere studier viser at kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen har en større risiko til å føde for tidlig (Noll et al. 2007, Horan, Hill & Schulkin 2000). Det var interessant å undersøke om dette også var tilfelle i overgrepstudien.

Termin ble i denne studien definert som svangerskapslengde fra 37 uker + 0 dager til 42 uker + 2 dager. Av alle 84 deltakerne fødte 91 % til termin, 8 % hadde en prematur fødsel og 1 % gikk over termin. En av grunnene til at de aller fleste fødte til termin kan være at 23 % av fødslene ble igangsatt. Igangsetting skjer som regel rundt termindatoen eller litt før.

8 % fødte altså før svangerskapsuke 37. Det er like mange som blant alle fødende i Sør-Trøndelag i 2002 (www.mfr.no 2009). Studien er følgelig ikke i tråd med tidligere funn om hyppigere premature fødsler blant fødende med overgrepsbakgrunn (Noll et al. 2007, Horan et al. 2000).

5.4.5 Fødselsmåte

Det var interessant å vite om at fødende i overgrepstudien hadde flere problemer og komplikasjoner i forbindelse med fødselen enn andre fødende. Av den grunn er fødselsmåten undersøkt i denne studien. I forhold til begrep blir ”normal fødsel” brukt for spontan vaginal fødsel og ”komplisert fødsel” defineres som operativ forløsning: vakuumbakgrunn, akutt eller planlagt keisersnitt.

Tabell 14 viser hvor stor andel av fødende på landsbasis og i studien hadde en normal fødsel og en operativ forløsning.

Tabell 14

Andelen av fødende med normal og operativ forløsning i overgrepstudien og blant alle fødende på landsbasis i 2002.

	Overgrepstudien	Landsbasis 2002*
	%	%
Normal fødsel	68	76
Operativ forløsning	32	24
Totalt	100	100

*Medisinsk fødselsregister (www.mfr.no)

Tabellen viser at 32 % av deltakerne hadde en operativ forløsning. Denne andelen er større enn andelen blant alle fødende på landsbasis. Dette kan indikere at fødende med overgrepsopplevelser har en operativ forløsning noe oftere enn fødende i en uselektert populasjon. Det kan ha en sammenheng med at fødende med overgrepsbakgrunn har mer helseproblemer i utgangspunktet og at disse problemene har en innvirkning på fødselsmåten.

Data for Sør-Trøndelag i 2001 (www.mfr.no) viser at andelen av akutte keisersnitt var 9 % av alle fødslene. I overgrepstudien var andelen for akutt keisersnitt 14 %. Dette kan tyde på at andelen av akutte keisersnitt er større blant fødende med overgrepsbakgrunn enn blant alle fødende. Dette indikerer at det skjer uventete og dramatiske ting under fødslene til overgrepsutsatte kvinnene. Forskjellen i forhold til andelen av vacuum- og tangforløsninger var ikke så stor i overgrepstudien og på landsbasis, 9 % versus 11 %. Det var heller ikke

forskjell mellom andelen av planlagt keisersnitt i de to gruppene, 7 % versus 5 % (www.mfr.no).

Den hyppigste årsaken til operativ forløsning var langsom fremgang og utgjorde ved 33 % av alle operative forløsningene. En operativ forløsning på grunn av langsom fremgang utføres hvis fremgangen i fødselsforløpet ikke er innenfor gitte kriterier. Nest hyppigste årsak var truende intrauterin asfyksi (mistanke om surstoffmangel hos fosteret) som utgjorde 22 % av de operative forløsningene. Fødselsangst var årsaken hos 7 % av operative forløsningene.

Bakgrunnsvariablene og fødselsmåte er undersøkt. Av fødende som hadde vært utsatt for fysiske overgrep, hadde 72 % en normal fødsel mens det samme tallet var 67 % for de som hadde vært presset til seksuelle handlinger. Følgelig var det flere av de som hadde erfaringer av seksuelle overgrep som hadde en operativ forløsning enn av de som hadde vært utsatt for fysiske overgrep. Dette var et forventet funn ut fra studien til Leeners et al (2006 b).

5.4.6 Fødselens varighet

Hobbins (2004) skriver at en måte å mestre fødselen på for fødende med overgrepshistorie, er å ”kjempe mot” fødselskreftene. Dette kan føre til et forlenget fødselsforløp.

I overgrepstudien var fødselens varighet i gjennomsnitt 5,5 timer, median var 5 timer. Erfaringsmessig kan man si at disse fødslene ikke var langvarige i forhold til det som er vanlig. Den korteste fødselsvarighet i studien var 0,5 timer og den lengste tok 20 timer. I læreboken ”Obstetikk og gynekologi” er grensen for en protrauert (forlenget) fødsel 20 timer for førstegangsfødende og 15 timer for flergangsfødende (Bergsjø et al. 2006). I overgrepstudie hadde ingen en fødselsvarighet *over* 20 timer. Gjennomsnittlig fødselsvarighet var også godt under grensen til en protrauert fødsel. Ut fra denne studien kan man ikke si at fødende med en overgrepshistorie har mer langvarige fødsler enn andre fødende.

Det var ingen forskjell i gjennomsnittlig fødselsvarighet mellom fødende som hadde vært utsatt for fysiske overgrep og fødende med erfaringer av seksuelle overgrep: 5,3 timer versus 5,5 timer.

5.4.7 Liggedøgn

Den vanlige liggetiden på barselavdelingen etter fødselen i 2002 var 3-5 døgn. De nybakte mødrene bruker disse dagene til å komme seg etter fødselen, bli kjent med barnet, komme i gang med ammingen og lære å stille barnet.

Blant deltakerne varierte antall liggedøgn i forbindelse med fødselen og barseltiden fra 1 til 31 døgn, 68 % hadde liggetid mellom 1-5 døgn.

Det er naturlig å tenke seg at man trenger flere dager til å komme seg etter en operativ forløsning enn etter en normal fødsel. Tabell 15 viser at det var forskjeller i liggetid i forhold til fødselsmåten.

Tabell 15

Antall liggedøgn etter fødselsmåte. N=83.

Liggetid	Normal fødsel	Operativ forløsning
	%	%
1 – 5 døgn	83	35
6 – 31 døgn	17	65
Total	100	100

De fødende med en operativ forløsning har en lengre liggetid på fødeavdelingen i forbindelse med fødselen enn fødende med en normal fødsel. Både fra menneskelig og samfunnsøkonomisk synspunkt er det et viktig arbeid å forebygge komplikasjoner slik at fødselen forblir normal.

Det var et interessant funn at 17 % av deltakerne som hadde en normal fødsel, hadde en lengre liggetid enn det som er vanlig. Jeg kommer tilbake til dette i kapittelet om implikasjoner for jordmorfunksjonen.

5.4.9. Oppsummering

Tabell 16 viser hendelser i forbindelse med fødselen blant deltakerne og blant alle fødende enten på landsbasis, i Sør-Trøndelag eller ved St. Olavs Hospital og OSS. Kilden er oppgitt tidligere og gjentas ikke i tabellen.

Tabell 16

Oppsummering og sammenlikning av hendelser i forbindelse med fødselen.

	Overgrepstudie	Sammenlikning
	%	%
Ønske om keisersnitt	2	6,4
Induksjon av fødsel	23	11-12
Smertelindring	78	76
For tidlig fødsel	8	8
Vacuum- og tangforløsning	11	11,8
Keisersnitt	21	12,2

Tabell 16 viser at det var flere induksjoner og flere keisersnitt blant studiedeltakerne enn i sammenlignbare grupper. Alle disse inngrep og håndtering av dem krever ekstra ressurser i helsevesenet.

5.5 BARNET

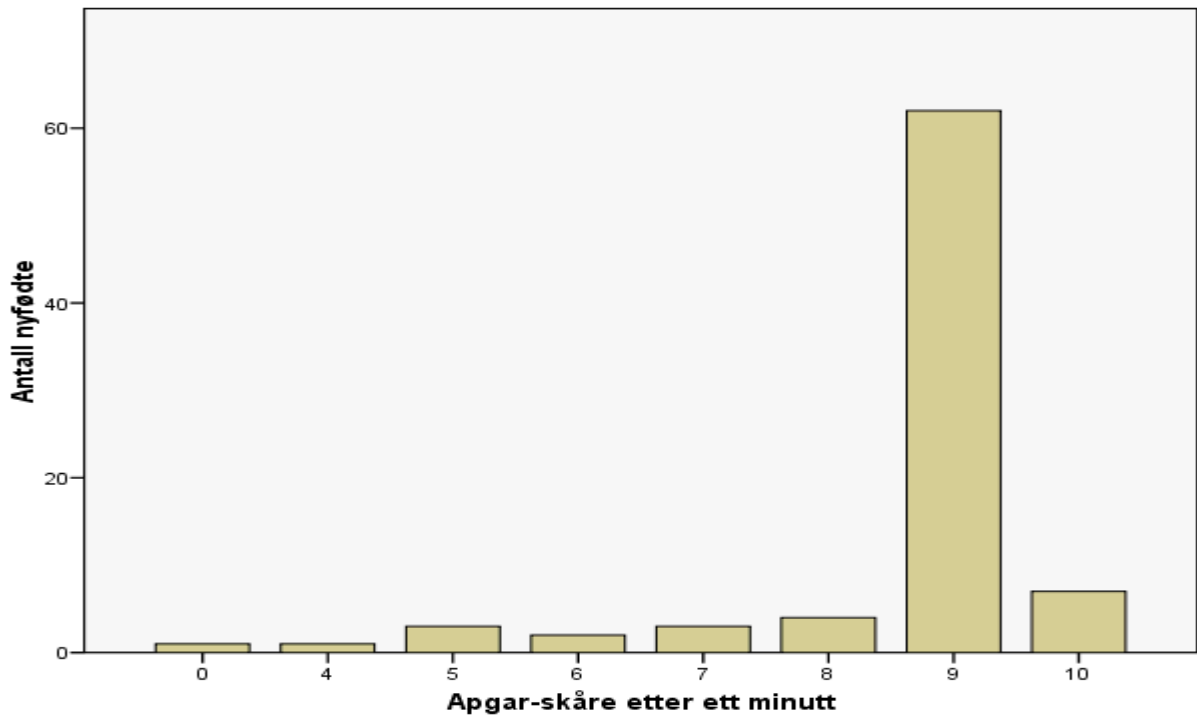
Barnets tilstand har en tett sammenheng med morens velvære og helse. En målemetode av den nyfødtes tilstand er Apgar-skåre, som forteller hvordan barnet har det i de første minuttene etter fødselen. Vekt er en annen viktig målemetode på hvordan barnet har hatt i fosterlivet. En normal fostervekst i svangerskapet signaliserer at barnet trives, har det bra og får nok næring og surstoff via moren.

5.5.1 Apgar-skåre

Apgar-skåre brukes til å bedømme barnets tilstand etter ett og fem minutt. Det er som oftest

jordmor som gjør denne vurderingen. De aller fleste vil få 8, 9 eller 10 poeng, som er tegn på full vitalitet (Bergsjø et al. 2004).

Figur 7 illustrerer Apgar-skåre etter ett minutt hos nyfødte i overgrepstudien. I denne undersøkelsen var Apgar-skåre etter ett minutt i gjennomsnitt 8,6. Median var 9, minimum 0, maksimum 10.



Figur 1: Apgar-skåre etter ett minutt. $N=83$.

Etter 5 minutter fikk de fleste nyfødte i overgrepstudien i gjennomsnitt Apgar 9,4, median 10. Minimum var 0 og maksimum 10.

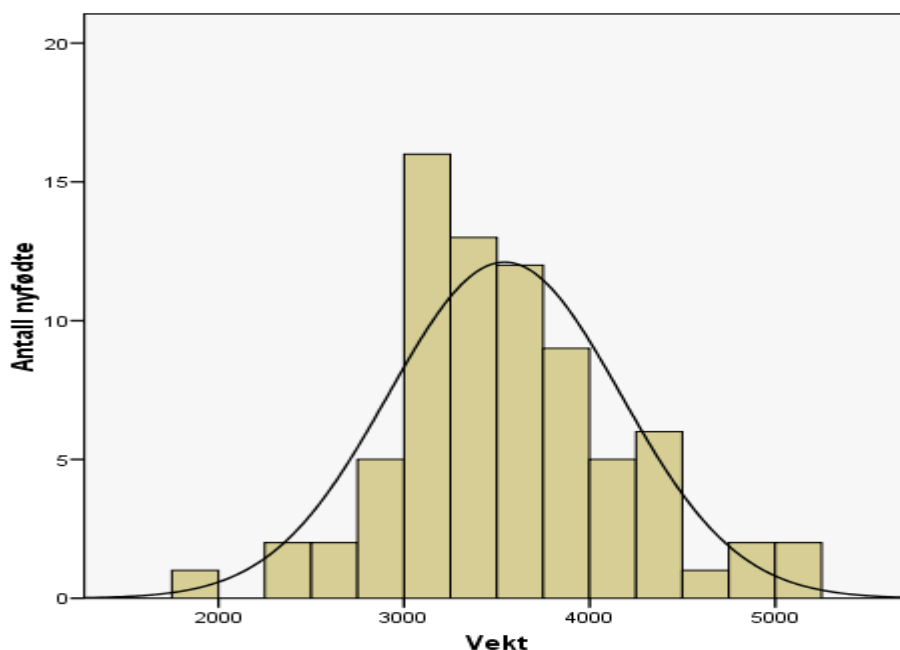
I overgrepstudien fikk de fleste nyfødte Apgar 9 etter ett minutt og 10 etter 5 minutter. Det er altså ingenting som tyder på at disse nyfødte hadde det dårligere under fødselen enn nyfødte i en uselektert populasjon. Sammenlignbare data er ikke tilgjengelig, men erfaringsmessig vet man at de fleste nyfødte får Apgar 9 etter ett minutt og 10 etter 5 minutter.

5.5.2 Vekt

Ut fra Medisinsk fødselsregister var gjennomsnittvekt ved fødselen i 2002 på 3540 gram på landsbasis. I studien varierte vekten til de nyfødte som ble født til termin fra 1900 g til 5220 g. Gjennomsnittsvekt var 3542 g, median var 3470 g. De nyfødte i studien var følgelig like store som landsgjennomsnittet. Dette betyr at vektøkningen under svangerskapet har vært bra selv om mange av mødrene hadde helseproblemer og komplikasjoner.

En tidligere studie (Grimstad & Schei 1999) viser også at det ikke er sammenheng mellom tidligere overgrep og vekten på nyfødte.

Figur 2 viser de nyfødtes vekt ved fødselen i forhold til normalfordelingskurven.



Figur 2: Barnas fødselsvekt i forhold til normalfordelingskurven (N=76).

30 % av gravide i studien røykte. Ut fra Medisinsk fødselsregister har barn av røykende mødre gjennomsnittlig 200 g lavere fødselsvekt enn barn av ikke-røykende mødre (www.mfr.no 2009). Det var likevel ikke noen forskjell i denne studien i forhold til vekt på barn av røykende og ikke-røykende mødre.

Avslutningsvis kommer en oppsummering når det gjelder ulikheter i bruk av helsetjenester og fødselsutfall ut fra sosialøkonomiske og helsevariabler og type overgrep.

5.6 SOSIOØKONOMISKE OG HELSEVARIABLER OG TYPE OVERGREP OG KONTAKTEN MED HELSEVESENET

5.6.1 Sosioøkonomiske og helsevariabler

Det ble ikke funnet noen forskjeller med hensyn til utdanning og kontakten med helsevesenet i form av svangerskapskontroller, ekstra ultralydundersøkelser, polikliniske undersøkelser ved sykehuset eller samtaler med fødselsangstteamet og fødselsutfallet. Det var imidlertid en tendens til at gravide med lavere utdanning som var hjemmeværende ble innlagt oftere enn gravide med høyere utdanning som var i yrkeslivet.

Det var en tendens til at de som hadde tidligere helseproblemer hadde oftere polikliniske undersøkelser og innleggelse ved sykehuset i svangerskapet og operative forløsninger under fødselen.

Funn i denne studien tyder på at de med høyere utdanning og bra økonomi hadde like stort behov for helsetjenester som de med dårligere utdanning og økonomi. Helsevariablene hadde en betydning for både svangerskapet og fødselen. Både helseproblemene og røyking kan være konsekvenser av tidligere overgrep, og denne studien bekrefter at disse problemene får konsekvenser i svangerskapet og under fødselen.

5.6.2 Type overgrep

Da man ofte antar at seksuelle overgrep har en større innvirkning på svangerskap og fødsel enn fysiske overgrep er variablene ”presset til seksuelle handlinger” og ”utsatt for begge typer overgrep” slått sammen i noen analyser.

Det var ingen forskjell mellom overgrepstype og utdanning, paritet (antall tidligere fødsler), tidligere helse, antall svangerskapskontroller, ekstra ultralydundersøkelser eller samtaler med fødselsangstteamet. Det var en tendens til at de med erfaringer av seksuelle overgrep hadde flere polikliniske undersøkelser enn de med erfaringer av fysiske overgrep, 61 % versus 49 %. Det var også tendens til at de med seksuelle overgrep hadde noe oftere operativ forløsning, 35 % versus 29 %. De hadde også flere liggedøgn i forbindelse med fødselen. Derimot ble flere av de med erfaringer av fysiske overgrep innlagt i løpet av svangerskapet, 31 % versus 22 %. Det var også flere av de hvor fødselen ble indusert, 31 % versus 18 %. De med erfaringer av fysiske overgrep hadde oftere en for tidlig fødsel enn de med erfaringer av seksuelle overgrep, 11 % versus 6 %, og de hadde mer behov for smertelindring i forbindelse med fødselen, 83 % versus 74 %. Disse funn viser at fysiske overgrep i barndommen hadde like alvorlige negative konsekvenser som seksuelle overgrep i forbindelse med svangerskap og fødsel.

Neste kapittelet handler om hvilke implikasjoner disse funn får for jordmorfunksjonen. Hensikten er å drøfte hvordan jordmødre kan forholde seg til noen av funnene i overgrepsstudien i sin praksis.

6. IMPLIKASJONER FOR JORDMORFUNKSJONEN

Funnene i forrige kapittelet sier at gravide og fødende med overgrepshakgrunn hadde behov for mer kontakt med helsevesenet i svangerskap enn andre gravide. De hadde også flere inngrep i forbindelse med fødselen enn andre fødende. Dette bør ha implikasjoner for jordmorfunksjonen.

I yrkesutøvelsen skal en jordmor ha som grunnlag, i tillegg til generelle jordmorfaglige kunnskaper, også kunnskaper om gravide og fødende med overgrepshakgrunn. Sentralt er tanken om helsefremming. Jordmor bidrar til helsefremming ved å øke empowerment og mestringsforventning hos den gravide og fødende og ved å hjelpe henne til å se sammenhengen i livet sitt (salutogenese).

6.1 DEFINISJONER

For å forstå jordmorens funksjon er det viktig å kjenne til definisjonen av jordmor:

En jordmor er en person som, etter å ha blitt tatt opp etter gitte opptakskriterier ved den jordmorutdanningen som er godkjent i det landet der den er lokalisert, har fullført og bestått foreskrevet studieprogram for jordmorfaget og har skaffet seg nødvendige kvalifikasjoner for å bli autorisert og/eller tildelt lisens til å utøve jordmorvirksomhet.

Jordmoren er anerkjent som en ansvarsbevisst og ansvarlig profesjonell fagutøver som arbeider sammen med kvinnen for å gi henne den nødvendige støtte, omsorg og rådgivning i løpet av svangerskap, fødsel og barseltid. Jordmor skal på eget ansvar bistå og lede kvinnen under fødsel og ha omsorg for det nyfødte barn og spedbarnet. Denne omsorgen omfatter forebyggende tiltak, fremming av normal fødsel, oppdagelse av komplikasjoner hos mor og barn, tilgang til medisinsk eller annen relevant assistanse og utførelse av nødtiltak.

Jordmoren har en viktig oppgave i helserådgivning og undervisning, ikke bare for kvinner, men også for familien og lokalsamfunnet. Dette arbeidet bør omfatte fødselsforberedende undervisning og forberedelse til foreldrerollen, og kan utvides til kvinnehelse, seksuell eller reproduktive helse og spedbarnspleie.

En jordmor kan praktisere i alle typer miljøer, inkludert hjem, lokalsamfunn, sykehus, fødestue eller helsestasjon.

En annen viktig definisjon å kjenne til er formålet med svangerskapsomsorgen i Norge:

Sikre at svangerskap og fødsel foreløper på en naturlig måte, - slik at morens somatiske og psykiske helse blir mest mulig ivaretatt.

Sikre fosterets helse slik at det kan fødes levedyktig uten skade eller sykdom som kunne vært forhindret.

Oppdage og behandle sykdom og andre helsetruende forhold hos moren eller fosteret, slik at svangerskapet medfører minst mulig risiko for dem begge.

NOU-84:17
Perinatal omsorg i Norge

6.2 VEIEN TIL EMPOWERMENT, MESTRING OG SALUTOGENESIS

Jordmødre har en sentral rolle ved utførelsen av svangerskapskontrollene. Tall fra 2000 viste at nesten halvparten av alle kontrollene ble utført av jordmødrene (Backe 2002). Den andre halvparten gikk til kontroll hos legen. Man kan anta at antallet av svangerskapskontroller som jordmødre utfører er høyere i dag på grunn av at kvinnene har fått bedre valgmulighet i og med at de aller fleste kommunene har i dag ansatt en jordmor. Kvinnen kan også velge selv om hun vil gå til kontroll hos legen eller jordmoren eller hos begge (Sosial- og helsedirektoratet 1995).

Svangerskapsomsorgen representerer en viktig mulighet for inngripen da jordmødre har en langvarig relasjon med kvinnen, og i denne relasjonen er oppmerksomheten rettet mot vanlige emosjonelle forandringer og utviklingsbehov når kvinnen forbereder seg til å bli mor. I løpet av disse månedene kan relasjonen inneholde oppdagelse og støttende inngripen relatert til overgrep (Seng 2004). Hvordan hun blir tatt vare på av sine nærmeste og leger og jordmødre kan utgjøre forskjellen mellom det å bli styrket i sin selvfølelse eller det å oppleve traumatisering på nytt. Kontakten med legen eller jordmoren er den viktigste kontakten

kvinnen har, i tillegg til sine nærmeste, i løpet av svangerskapet og fødselen. Legen/jordmoren har ansvaret for morens og barnets velbefinnende. Kvinnen må kunne stole på denne personen for å kunne gjennomføre et trygt svangerskap og fødsel. Hvis relasjonen er sterk og positiv, vil dette føre til større åpenhet og respekt og på den måten forbedre også de fysiske konsekvensene. I denne situasjonen er det et stort potensial til helbredelse (Simkin & Klaus 2005). Erfaringsmessig vet man at en god svangerskaps- og fødselsopplevelse kan bety mye for livet videre: kvinnen har blitt kjent med nye sider av seg selv og har oppdaget at hun tør og greier mer enn hun har trodd før. Følelsen av å ha mestret svangerskapet og fødselen fører til økt selvtillit.

Noen gravide med overgrepserfaringer gjennomfører sitt svangerskap og fødsel uten problemer eller behov for ekstra oppfølging av jordmor. For disse gravide representerer svangerskapet og fødselen det normale. De føler at kroppen har evne til å gjøre noe riktig og normalt og at overgrepene ikke har ødelagt alt. De føler trygghet og bedre kontakt med kroppen sin. For andre igjen vil svangerskapet bli en påminnelse om tidligere overgrep (Frandsen 2008). Det er forvirrende for en gravid å gjenoppleve eller oppdage tidligere trauma i en tid hvor hun forbereder seg til å ta i mot en ny baby. Svangerskap kan bli en utløser for minner på grunn av dets mange psykologiske og fysiske innvirkninger. Erfaringsmessig vet man at en gravid kvinne som gjenopplever overgrep, ofte trenger ekstra følsomhet og oppmerksomhet fra jordmødre og dermed en hyppigere oppfølging i svangerskapet.

Avgjørende for samarbeidet og tilliten mellom kvinnen og jordmor er at jordmor ikke avviser kvinnens fortelling om overgrep og hva de betyr for henne. Å kunne prinsippene i empatisk kommunikasjon (Brudal 2006) er til hjelp for jordmor i denne situasjonen. Det å ikke ta den gravidens historie på alvor, kan være en ny krenkelse mot vedkommende. Jordmor er en autoritet som forventes å forstå og gi en omsorgsfull respons. Overgrepshistorie, spesielt hvis kvinnen ikke har fått delt den i terapeutisk sammenheng, vil ha en påvirkning på kvinnen selv om hun kanskje ikke er klar over det (Heritage 1998). Hvis jordmor ikke kjenner til kvinnens overgrepshistorie, kan dette skape et gap i kommunikasjonen mellom det kvinnen *prøver* å si og hva jordmoren er i stand til å høre. Hvis den gravidens behov og ønsker ikke blir oppfattet av jordmoren, er det likevel viktig at hun alltid lytter aktivt og gir konstruktive tilbakemeldinger. Da blir det muligheter til en klarere kommunikasjon og mer behagelig relasjon, uansett utfallet av svangerskapet og fødselen.

Det er viktig at jordmoren er interessert og ikke dømmer vedkommende eller overreagerer. Når en gravid med overgrepserfaringer får fortelle sin historie og snakke om sine følelser i forhold til graviditet, kan hun kanskje begynne å forstå sammenhengen mellom sine plager og tidligere livserfaringer. Det å forstå sammenhengen kan bidra til mestring.

6.3 SPØRSMÅL OM TIDLIGERE OVERGREP

I og med at de gravide med overgrepsbakgrunn ser ut til å ha behov for ekstra oppfølging gjennom svangerskapet, er den første utfordringen å identifisere disse gravide. Det har vært diskutert om jordmødre rutinemessig bør spørre alle gravide om de er eller har vært utsatt for overgrep eller andre former for vold. Ut fra samtaler med gravide som har opplevd overgrep vet man erfaringsmessig at de ønsker å bli spurt. For å kunne hjelpe kvinnen i forhold til svangerskap og fødsel er det nødvendig at jordmødre vet om disse erfaringene. Det viser seg likevel at det finnes en del jordmødre som kvier seg for å spørre om overgrep. Grunnen kan være at jordmødre er usikre på reaksjonen hos vedkommende og at de selv ikke har nok kunnskap om dette. I løpet av de siste årene har det likevel blitt mer og mer vanlig at jordmødre innlemmer dette spørsmålet som en naturlig del av samtalen når man fyller ut ”Helsekort for gravide”.

Courtois og Riley (1992) skriver i sin artikkel at alle gravide bør bli spurt om tidligere overgrep på grunn av at tidligere erfaringer kan påvirke kvaliteten på svangerskapet og fødselen og dermed på kontakt med helsevesenet. Studien til Leeners et al. (2006 b) påpeker også viktigheten av at spørsmålet om tidligere overgrepserfaringer blir stilt så tidlig som mulig i svangerskapet. Den enkleste måten for jordmor å identifisere overgrepsbakgrunn på er å spørre ”ansikt til ansikt”, samtidig som man ufarliggjør spørsmålet med å si at dette blir spurt til alle. Bohn og Holz (1996) mener at det ikke er tilstrekkelig å spørre om dette bare én gang, men at alle gravide bør bli spurt om overgrepserfaringer minst tre ganger i løpet av et svangerskap. Skam- og skyldfølelse og redsel for ikke å bli trodd gjør at det er vanskelig å fortelle om disse erfaringene, og iblant blir erfaringene benektet også på direkte spørsmål (Heskestad 2001). Det kan være viktig for den gravide å opprette en tillitsfull relasjon til jordmoren først. Hvis jordmoren har en sterk mistanke om tidligere overgrep, men den

gravide benekter dette, må hun respekteres for det. Den gravides spesielle behov og bekymringer må da også bli tatt alvorlig (Simkin & Klaus 2005, Heritage 1998).

I overgrepstudien var det flere som hadde vært utsatt for fysiske overgrep enn for seksuelle overgrep, 42 % versus 28 %, mens 30 % var utsatt for begge typer overgrep. Tidligere forskning og litteratur handler oftest om seksuelle overgrep, men denne studien viser at fysiske overgrep i barndommen kan være et like stort problem. Gravide og fødende med erfaringer av fysiske overgrep hadde behov for like mye hjelp i forbindelse med svangerskap og fødsel. Følgelig vil det også være viktig å spørre den gravide om eventuelle tidligere fysiske overgrep i tillegg til de seksuelle. Imidlertid kan man anta at det kan være vanskelig å skille mellom disse overgrepstypene; seksuelle overgrep kan også tolkes som fysiske overgrep. Overgrepstudien viser at det var forskjeller både til den ene og den andre retningen i forhold til kontakten med helsevesenet og utfallet av fødselen mellom de som hadde vært utsatt for seksuelle og de med erfaringer av fysiske overgrep. Dette tyder på at det er behov for lik jordmorsomsorg i svangerskapet og under fødselen uansett hvilken type overgrep vedkommende har blitt utsatt for.

6.4 INFORMASJON

Når overgrep er kjent er det viktig at de gravide får informasjon og forklaring på forhånd om hva som blir gjort under svangerskapet og fødselen. De kan ha behov for mer omfattende informasjon om de fysiske aspektene under svangerskap og fødsel enn det som er vanlig på grunn av at mange er fremmedgjort med sin kropp som følge av overgrepene og mange er ambivalente eller negative til kroppens reproduktive kapasitet (Courtois & Riley 1992). Selv om den gravide forbereder seg godt, kan svangerskap og fødsel likevel bli en smertefull opplevelse. Kvinner må bli informert om denne realiteten, spesielt siden de ofte har høye forventninger og kan bli urimelig selvkritiske. Overgrepsutsatte kan bruke kjente forsvarsmekanismer, for eksempel å distansere seg fra det som skjer for å mestre fysisk og psykisk smerte. "Flashbacks" under fødselen kan uforvarende utsette kvinnen til hendelser som er relatert til den opprinnelige trauma. Jordmødre kan forvente seg slike reaksjoner og må være forberedt på å hjelpe kvinnen i å bli værende i nåtiden, lage et skille mellom nåtid og fortid og forsikre henne om at hun er i trygge hender (Courtois & Riley 1992).

6.5 BAKGRUNNSVARIABLER

6.5.1 *Sivilstatus, tidligere fødsler og yrkesaktivitet*

Det var et overraskende funn at større andel i overgrepstudien levde i stabile forhold, enten gift eller samboende, sammenlignet med alle som fødte ved St. Olavs Hospital. Det var også større andel av flergangsfødende i studien en blant alle fødende. Dette kan være uttrykk for at disse kvinnene tar oppgaven om å stifte familie og å være foreldre på alvor. Jordmødre skal vurdere helhetssituasjonen for gravide ved kontrollene og bestemme om det er aktuelt å kontakte hjelpeapparat etter fødselen. Det er en betryggende faktor at den blivende mammaen lever i stabile sosiale relasjoner. På den andre siden ser det ut til at det var de ressurssterke kvinnene som levde i stabile sosiale og økonomiske forhold som svarte på spørreskjemaene. Det er derfor viktig for jordmødre å huske på de forskningsresultatene som viser at mange av kvinnene med overgrepsbakgrunn strever med nære relasjoner i motsetning til mange som svarte på spørreskjemaet. Jordmødre bør identifisere disse kvinnene slik at de kan få adekvat hjelp.

6.5.2 *Utdanning*

Som nevnt tidligere er ikke kvinner med overgrepsbakgrunn noen ensartet gruppe. De kommer fra alle samfunnslag og mange forskjellige sosioøkonomiske forhold. Denne studien viste at mange av deltakerne hadde en høyere utdanning. Dette stiller krav til jordmødre om å identifisere omsorgs- og kontrollbehov individuelt hos hver enkel gravid. Det er viktig at jordmødre også spør om tidligere overgrep til gravide med høyere utdanning og ikke tenker at disse ikke kan ha vært utsatt for overgrep eller at de takler overgrep bedre enn de med lavere utdanning. Jordmoren må være klar over sin egen forforståelse som er farget av kulturelle oppfatninger. Det er viktig å se forbi den dominerende kulturoppfatningen om at overgrepsutsatte er ressursvake.

6.5.3 Tidligere helse

Over halvparten av deltakerne hadde helseproblemer før de ble gravide. Det var forskjell i forhold til tidligere helseproblemer og bruk av helsetjenester i svangerskapet og under fødselen. Spørsmålet om tidligere helse er viktig å ta opp allerede ved første kontakt med den gravide. Erfaringsmessig vet man at det ofte er behov for langsiktig planlegging i forhold til helseproblemene og det er nødvendig med samarbeid mellom forskjellige yrkesgrupper. Det er vanligvis jordmor som organiserer dette samarbeidet i svangerskapet.

6.5.4 Røyking

30 % av deltakerne i overgrepstudien røykte ved svangerskapets begynnelse og det var bare 10 % som klarte å slutte etter at de hadde blitt gravide. Mange av deltakerne i denne studien var høyt utdannede med god tilgang til informasjon og likevel var det flere røykere enn på landsbasis. Jordmødrenes oppgave er å motivere røykende gravide til røykeslutt eller i hvert fall til å redusere antall sigaretter. Det kan være en ekstra vanskelig for jordmødre til å bidra til røykeslutt hos gravide med overgrepsbakgrunn. Man kan også tenke seg at kanskje en reduksjon i antall sigaretter daglig kan være et tilstrekkelig mål hos disse gravide.

6.6 SVANGERSKAPET

6.6.1 Svangerskapskontroller

Antall svangerskapskontroller var høyere blant deltakerne i overgrepstudien enn det som er anbefalt i retningslinjene. Dette betyr at kontrollene må individualiseres ut fra den enkelte gravides behov. Studien til Grimstad og Schei (1999) viste at gravide med overgrepsopplevelser brukte helsetjenester oftere i svangerskapet enn gravide uten overgrepserfaringer. Overgrepstudien bekrefter dette funnet og kan tyde på at det er behov å ta disse gravide ut av det anbefalte kontrollprogrammet og at jordmødre må individualisere kontrollprogrammet etter den gravides behov.

I 2005 kom nye ”Retningslinjer for svangerskapsomsorgen” som anbefaler 8 kontroller i svangerskapet. Dette innebærer en reduksjon i kontrollantallet spesielt for førstegangsfødende sammenlignet med kontrollantallet da data til denne studien ble samlet inn. Med færre kontroller kreves det at jordmødre er enda mer oppmerksomme med tanke på å identifisere gravide med overgrepserfaringer og vurdere hvilken innvirkning disse erfaringene har på den aktuelle graviditeten, fødselen og barseltiden. Jordmoren må støtte det unike hos hver fødende og spesielt viktig er dette for gravide og fødende med overgrepserfaringer. Jordmødre må kjempe mot generalisering, de må skape rom for individuelle ønsker, gi støtte til alternative modeller av omsorg og tilstrebe normal prosess under svangerskapet og fødselen. For å oppnå dette, trenger jordmødre åpenhet for det unike hos hver enkelt kvinne(Lundgren & Berg 2007).

6.6.2 Ekstra ultralyd i svangerskapet

Resultatene i overgrepstudien viser at andelen av ekstra ultralydundersøkelser var høyere blant deltakerne i studien enn blant alle gravide på landsbasis. Årsaken til dette kan være at gravide med overgrepserfaringer har mye helseproblemer fra før og da er man mer utsatt for komplikasjoner i svangerskapet. Årsaken kan også være at moren engster seg for barnets velbefinnende.

Erfaringsmessig vet man at gravide med overgrepserfaringer kan ha problemer med å knytte seg til barnet eller at de distanserer seg fra svangerskapet. I de tilfeller kan visualisering av fosteret ved hjelp av ultralyd være til hjelp. Det å se barnet sitt, skaper en følelse av virkelighet og kan være til hjelp i tilknytningsprosessen. For jordmødre kan det være viktig å tenke på at det kan være lurt å sende en gravid som strever med tilknytningen og virkelighetsfølelsen til en ekstra ultralydundersøkelse. Det er jordmødre og leger som vurderer behovet og henviser til ultralydundersøkelser, og det er som oftest spesialutdannede jordmødre som utfører disse undersøkelsene. De jordmødre som utfører ultralydundersøkelser bør ved kjent overgrep benytte anledningen til å skape en positiv kontakt mellom den gravide og fosteret under undersøkelsen. I følge studien til Gudex, Nielsen & Madsen (2006) var både de kliniske og psykologiske aspektene ved ultralyd viktige for gravide, og de mener at også den gravides ønsker, og ikke bare medisinske fakta, må tas hensyn til i forhold til henvisning til ultralydundersøkelser.

6.6.3 Smertes og bekymringer

Den hyppigste årsaken til polikliniske undersøkelser i denne studien var smerter. Det kan være vanskelig å finne årsaken til smertene og vanskelig å vite hvordan man kan lindre. Medisinske årsaker til smertene må selvfølgelig først utelukkes, men det kan være aktuelt å tenke på at psykiske smerter og stress kan forårsake fysiske smerter. Uforklarlige plager i svangerskapet kan være et resultat av gjenopplevde, ubearbeidede psykiske smerter (Grant 1992). Slike situasjoner kan være en anledning til å ta opp tidligere livserfaringer med den gravide. Det å se sammenhengen mellom sine plager og traumatiske livserfaringer kan være til hjelp. Antonovsky (1991) påpeker viktigheten av å se sammenhengen i livet og av å være med i prosessen som styrer ens liv. Dette bidrar til en bedre livskvalitet og bedre helse.

Kroppsforandringene i svangerskapet er ofte en kilde til problemer hos gravide med overgrepserfaringer, og de etterlyser trygge samtaler med helsepersonellet hvor de kan sette ord på dette ubehaget (Frandsen 2008). Svangerskapet kan bli en slitsom tid på grunn av at mange overgrepsutsatte tar forskjellige svangerskapsplager alvorlig og blir bekymret. De er vant med at kroppen deres er en kilde til smerte og bekymring og derfor kan de føle disse symptomene som fortsettelse på det unormale. Dette kan også være årsaken til henvisning til polikliniske undersøkelser ved sykehuset. Det viste seg at gjennomsnittet for antall polikliniske undersøkelser i overgrepsstudien var 3, det vil si at det ofte ikke var alvorlige medisinske problemer som var årsakene til henvisninger. Jordmødre bør imidlertid ta disse bekymringene på alvor og det kreves diagnostisk kompetanse fra jordmødrene sin side slik at de enten kan avkrefte bekymringene eller henvide vedkommende til videre undersøkelser.

6.6.4 Fødselsangstteam og fødselsplan

Den primære fødselsangststudien (Heimstad et al. 2006) viser en signifikant sammenheng mellom fysiske og seksuelle overgrep og redselen for å føde. Funn fra overgrepsstudien verifiserer dette, da så mange som 37 % av deltakerne hadde behov for kontakt med fødselsangstteamet. Det viser seg at førstegangsfødende er mer redd for fødselen, men flergangsfødende står for majoriteten av den alvorligste fødselsangsten (Førlossningsrådsla 2004). Et annet interessant funn var at den hyppigste årsaken til kontakt med fødselsangstteamet var en tidligere traumatisk fødselsopplevelse. 13 (42 %) av dem som var i

kontakt med fødselsangstteamet, kom til samtale på grunn av tidligere traumatiske fødselsopplevelser. Disse 13 utgjør 25 % av alle flergangsfødende som deltok i overgrepstudien. Denne studien viser at mange fødende med tidligere overgrepserfaringer opplever sine fødsler som vanskelig å takle og kanskje som et nytt traume. En opplevelse av en traumatisk fødsel kan skape problemer ved neste graviditet eller den kan føre til at kvinnen kanskje unngår å bli gravid på nytt. Erfaringsmessig vet man at de objektive fakta om svangerskap og fødsel ikke alltid er sammenfallende med kvinnens subjektive opplevelser. En traumatisk fødselsopplevelse kan handle om andre ting enn hva som skjedde under fødselen medisinsk sett.

Mange gravide med overgrepsopplevelser er redd for situasjoner som minner dem om tidligere overgrepsopplevelser. Derfor gruer de seg ofte for vaginale undersøkelser i forbindelse med fødselen (Førlossningsrådsla 2004). Jordmødre må ta hensyn til dette, og tilrettelegge til så få vaginale undersøkelser under fødselen som mulig. Jordmødre bør også være oppmerksomme på at deltagelse i foreldreforberedende gruppe kan føles vanskelig. Erfaringsmessig vet man også at for noen er det vanskelig at jordmor tar på magen deres i forbindelse med måling av størrelsen på livmoren, symfyse-fundus-mål og ved undersøkelse av fosterets leie. Jordmoren må være flink til å informere hva hun til enhver tid gjør og utføre undersøkelsene i samarbeid med kvinnen.

Studien til Jackson & Fraser (2007) viser at jordmødre vet for lite om ivaretakelsen av gravide og fødende med overgrepsbakgrunn og dermed er det mange som ikke føler seg ivaretatt under fødselen og opplever den som traumatisk. Overgrepstudien bekrefter denne studien og viser at jordmødre har behov for mer kunnskap om svangerskap og fødsler til kvinner med overgrepsbakgrunn slik at de kan forbygge traumatiske fødselsopplevelser. Studien understreker viktigheten av å identifisere gravide med overgrepsbakgrunn i svangerskapet og at jordmødre har kunnskap om ivaretakelsen av disse gravide og fødende allerede i deres første svangerskap og fødsel. Det å kunne forberede den gravide til fødselen blir en viktig forebyggende faktor.

Seks gravide hadde kontakt med fødselsangstteamet på grunn av angst og depresjon eller av kombinerte årsaker. Depresjon i svangerskapet kan være en risikofaktor i forhold til å utvikle depresjon etter fødselen. Wikberg i Sjögren (2005) sier at 25-30 % av depresjoner etter fødselen starter allerede i svangerskapet. En depresjon etter fødselen kan ha en negativ

konsekvens på tilknytningen mellom mor og barn. Det kreves en årvåkenhet hos jordmødrene for å identifisere disse gravide og eventuelt henvise til videre behandling.

Det er nødvendig at jordmødre setter seg inn i kvinnens situasjon, og at de skaffer opplysninger om hva som er viktig for akkurat denne kvinnen under svangerskapet og fødselen. Tid viser seg å være en viktig faktor: det må settes av nok tid til kontakt og samtaler. Jordmødrene og legene i primærhelsetjenesten har ofte knapphet på tid. Det kan være nødvendig å henvise gravide med overgrepserfaringer til samtaler med fødselsangstteamet, slik at de blir tatt hånd om av jordmødre, leger og psykologer som har trening og den ekstra kunnskap som kreves i omsorgen for disse gravide.

Det er vanlig at når den gravide kommer til samtale med fødselsangstteamet, så lages det en fødselsplan. Jordmødre i fødselsangstteamet har en unik mulighet til å vurdere innvirkningen av livshistorien under graviditeten og lage en koordinert intervensjonplan, plan for fødselen (Benedict, Paine, Paine, Brandt & Stallings 1999). Hensikten med planen er at den gravide får skrevet ned sine ønsker og behov i forhold til fødselen. For å skape kontroll og forutsigbarhet under fødselen er en individuell fødselsplan et nyttig verktøy. Fødselsplanen handler om å oppnå en større kontroll over det som skjer. Å ha kontroll er spesielt viktig for fødende med overgrepserfaringer. Kvinnenes tilfredshet med fødselsopplevelsen har sammenheng med om hun har følt at hun er en aktiv deltaker under fødselen. Å ha en ”vellykket” fødsel har en sterk korrelasjon med følelsen og bevaringen av kontroll, både selvkontroll og kontroll over det som blir gjort (Heritage 1998).

I løpet av en graviditet og fødsel kan flere jordmødre bli involvert i omsorgen for kvinnen, og da kan denne skriftlige fødselsplanen være til hjelp. Den gravide kan skrive denne planen selv eller i samarbeid med jordmoren. Hvis jordmoren skriver planen er det en forutsetning at kvinnen vet hva jordmoren skriver og dokumenterer i journalen hennes, og at dette blir godkjent av kvinnen selv. Jordmoren kan også se til at planen for fødselen er realistisk og dermed gjennomførbar. Hensikten er at selv om fødselen skulle avvike fra det normale, føler den fødende likevel at hun har kontroll. Kvinnen bestemmer selv om hennes overgrepshistorie blir nedtegnet i planen. Dette dokumentet blir tatt hensyn til på fødeavdelingen under fødselen uansett hva som er grunnen til at det ble skrevet.

På grunn av at følelsen av kontroll er viktig kan jordmødre prøve å avklare hva vedkommende mener med ”kontroll” og informere om hvor mye kontroll det er realistisk å ha under fødselen (Heritage 1998). Kontroll er et komplekst begrep og kan ha forskjellig betydning fra kvinne til kvinne. Forsøk på å bevare kontrollen over sitt liv og sin kropp kan for eksempel være viktig i forhold til forskjellige medisinske prosedyrer, bruken av smertelindring og operative inngrep (Grant 1992). Waldenström, Olsson, Skold & Wall (1996) beskriver det slik at det som kan hjelpe vedkommende til å ha kontroll er å være en aktiv subjekt i stedet for en passiv objekt i forhold til en hendelse.

Kvinnene må gjøres oppmerksomme på muligheten for flashbacks og opplevelser av dissosiasjon og av å miste kontrollen (Simpkins 2005). Det er individuelt hva som utløser vonde minner, reaksjoner og flashbacks hos overgrepssatte gravide. Årsakene for hver utløser er forskjellige fra kvinne til kvinne. Neste steg er å finne ut hvorfor, hva var det som skjedde som virket opprivende akkurat der og da. På grunn av kjennskapen til dette er det nyttig å lage en plan for å unngå eller minimalisere virkningen av trigger. Under fødselen kan det være viktig at jordmor kjenner til hva vedkommende opplever som problematisk, og på hvilken måte vedkommende reagerer på i forhold til det som utløser vonde minner eller flashbacks. Hvis jordmor kjenner vedkommende eller har en fødselsplan å forholde seg til, er det lettere å håndtere en eventuell akutt situasjon uten at den blir farlig for moren eller barnet (Simkin & Klaus 2005) eller at situasjonen oppfattes som truende av moren.

Samtalene med moren etter fødselen er også av betydning. Disse samtalene bør helst være med den samme jordmoren som hadde fødselen. Samtalene gir den nybakte moren anledning til å fortelle om sine fødselsopplevelser og sette ord på sine følelser. Det er også viktig at eventuelle misforståelser, som kan ha oppstått under fødselen, blir oppklart. Alle jordmødre bør tilstrebe og ha tid og anledning til disse samtalene, spesielt med de fødende som har opplevd traumatiske livshendelser tidligere.

6.7 FØDSELEN

6.7.1 *Ønske om keisersnitt*

Som tidligere nevnt er mors ønske en viktig årsak til at et keisersnitt blir utført i følge

Medisinsk fødselsregister (www.mfr.no). En norsk studie hvor gravide ble spurt om keisersnittønske ved 30 ukers svangerskap, viste at en av ti gravide ønsket keisersnitt som forløsningsmåte (Kringeland, Daltveit & Møller 2009).

Fødselsangst hos den gravide leder ofte til spørsmål om keisersnitt som fødselsmåte (Saisto & Halmesmäki 2003). I de tilfeller blir keisersnitt utført på grunn av mors ønske og uten medisinsk indikasjon. I 2008 ble cirka 8 % av alle keisersnitt i Norge utført som følge av mors ønske (www.fhi.no). Tallet på selvvalgt keisersnitt er økende i hele verden (Saisto & Halmesmäki 2003) og kvinnen har en stor medbestemmelsesrett i forhold til fødselsmåte. Imidlertid anses keisersnitt som et inngrep med en nokså høy komplikasjonsfare. Derfor er det en viktig jobb for jordmødre å informere om hva keisersnitt innebærer og foreslo tiltak rundt en normal fødsel slik at den gravide vil heller velge den. Som tidligere nevnt kan jordmødre i helsestasjonene henvise den gravide til jordmødre ved sykehusets fødselsangstteam til videre samtaler. Forskning viser at mange ombestemmer seg i forhold til et keisersnittønske og at de som ombestemmer seg er like fornøyde etter fødselen som de som ikke ønsket keisersnitt i utgangspunktet (Sjögren 1998).

Praksisen ved St. Olavs Hospital er slik at de som ønsker keisersnitt uten medisinsk indikasjon har samtaler med fødselsangstteamet før avgjørelsen om keisersnitt tas. Det er viktig å skille ut de kvinnene som har risiko å utvikle en alvorlig psykisk belastning - posttraumatisk stressreaksjon – etter en normal fødsel (Førlossningsrådsla 2004). I de tilfeller kan keisersnitt være en riktig forløsningsmåte, men som tidligere nevnt, nokså mange ombestemmer seg som følge av disse samtalene.

Disse samtalene kan også være årsaken til at det var bare to som ønsket seg keisersnitt i overgrepstudien. En annen årsak kan være at mange av kvinnene i studien hadde fått bearbeidet sine opplevelser på en slik måte at fødselen ikke virket skremmende enten før graviditet eller som følge av at de ble fulgt opp av fødselsangstteamet.

6.7.2 Igangsetting av fødsel

Det var mange fødsler som ble igangsatt (indusert) i studien. Fødselsinduksjon er en medisinsk inngripen i en naturlig prosess som fødselen er, og følgelig er det ønskelig å kunne

hjelp den gravide på en annen måte. En hyppig årsak til induksjoner var smerter hos den fødende og at hun var sliten. Her er jordmorens rolle viktig i forhold til å ha kunnskap om gravide med overgrepshistorie, blant annet om hvilke plager de ofte sliter med, slik at man kan forsøke å forebygge dem og påfølgende medisinske intervensjoner.

6.8 BARSELTIDEN

6.8.1 Amming

Jordmødre bør allerede før fødselen avklare hvilke tanker den gravide har om amming. Det viser seg at mange gravide med overgrepshistorie er innstilt på å amme barnet sitt (Leeners et al. 2006 b). Amming kan imidlertid fremkalle uventete følelser hos kvinnen. Minnene kan utløses av selve utdrivningsrefleksjonen eller av hud-mot-hud kontakt med babyen (Leeners et al. 2006 b).

Hvis kvinnen med ukjent overgrepshistorie har uforklarlige problemer med ammingen, kan dette være en god anledning til å spørre om tidligere overgrep. Hvis overgrepshistorie er kjent, kan jordmor forberede henne på forhånd på muligheten om at amming kan fremkalle vonde minner og lage en konkret plan på hvordan man unngår overveldende følelser (Heritage 1998). Det er viktig at ikke bare jordmødre, men også andre profesjoner som kommer i kontakt med moren i forbindelse med amming, vet om hennes overgrepshistorie slik at de også kan ta hensyn til den.

6.8.2 Psykisk helse

I studien var det ikke spørsmål om psykisk helse, men det viste seg at 9 % av de som hadde samtaler med fødselsangstteamet, tok kontakt på grunn av angst og depresjon. Tidligere forskning viser at gravide som har vært utsatt for seksuelle overgrep < 18 års alder har vist seg å ha signifikant mer depressive symptomer enn gravide uten overgrepsopplevelser (Benedict et al. 1999). Skåren for depressive symptomer var høyest hos gravide som hadde opplevd vold i forbindelse med seksuelle overgrep eller hvis overgriperen var et

familiemedlem. Disse gravide ble utsatt oftere for fysisk vold og verbale overgrep også under svangerskapet, og dette bør man være oppmerksom på i svangerskapsomsorgen og i barseltiden. Også undersøkelsen til Lang et al. (2006) viser, at overgrep i barndommen er generelt assosiert med dårligere mental helse og mer psykopatologi i svangerskapet og i det første året etterpå. Det er viktig at jordmødre identifiserer disse gravide og henviser til videre behandling ved behov.

6.8.3 Liggetid

Studien viser at de fødende som har hatt en operativ forløsning har behov for å være på barselavdelingen flere dager enn de som hadde en normal fødsel. I 2002, da datamaterialet til denne studien ble samlet inn, var 4-5 døgn en vanlig liggetid ved barselavdelingene. Senere har liggetiden blitt stadig kortere, og er nå på 1-2 døgn ved ukompliserte, normale fødsler og også betydelig kortere ved operative forløsninger. I løpet av den tiden moren og den nyfødte er på sykehuset skal det gis mye informasjon, moren skal lære mange nye ting og personalet skal observere om den nye familien har det bra og er beredt til å starte livet med et nytt familiemedlem.

Fødende med overgrepshistorie har ofte helseplager fra før de ble gravide. De har tendens til litt flere operative forløsninger og store rifter sammenlignet med alle fødende på landsbasis og ved St. Olavs Hospital. En del var også plaget av angst og depresjon allerede før de ble gravide. Den korte tiden ved barselavdelingen stiller følgelig store krav til jordmødre, barnepleiere og leger til å identifisere de som trenger en lengre liggetid og hjelp etter utskrivelsen.

På grunn av at 17 % av de fødende med en normal fødsel hadde behov for ekstra dager ved barselavdelingen kan det være aktuelt å tenke på individualisering i forhold til barseltiden også. Personalet ved barselavdelingen må vurdere individuelle behov og det må være aksept på at noen trenger ekstra dager ved avdelingen. I disse tider med nedbemanning og plassmangel ved fødeavdelingene er dette også er samfunnsanliggende og ikke bare opp til hver barselavdeling. Det er som oftest en jordmoroppgave å identifisere de kvinnene som trenger ekstra dager ved barselavdelingen.

6.8.4 Videre oppfølging, samarbeid med andre profesjoner

Tiden etter fødselen er en sårbar tid og hele det første året etter fødselen er en utfordring for kvinner som har opplevd overgrep i barndommen. Forskjellige symptomer kan oppstå i løpet av denne tiden (Lang et al. 2006). Oppfølgingen av disse mødre bør ikke stoppe ved fødselen, men jordmødrene og helsesøstrene må gi støtte til dem hele den første tiden som mor. En viktig oppgave for jordmødre er å ta kontakt og samarbeide med andre yrkesgrupper som har omsorgen for moren og barnet etter utskrivelsen fra barselavdelingen.

6.9 JORDMORENS FUNKSJON GENERELT

I følge Courtois & Riley (1992) er det angivelig behov for ekstra kunnskaper for å hjelpe gravide med overgrepserfaringer gjennom svangerskapet og fødselen. Mange av disse kvinnene trenger ekstra hjelp for å overvinne sin redsel for fødselen og det å bli foreldre. Det viste seg også i denne overgrepstudien at gravide med overgrepsopplevelser hadde behov for hyppigere kontakt med helsevesenet enn det som er anbefalt. Jordmødre har en enestående mulighet til å ha en positiv innvirkning på en av de mest fantastiske opplevelser som en kvinne kan ha: svangerskap og fødsel. En kunnskapsrik og respektfull jordmor kan positivt påvirke mor – barn tilknytningen og starten på foreldreskapet, og kan fremme helsefremmende prosesser hos overgrepsutsatte ved å lære vedkommende til å stole på, respektere og ta vare på kroppen sin.

Frandsen (2008) mener at det er flere viktige ting som jordmødre må tenke på når overgrepsutsatte blir gravide:

- Jordmødre må ha kunnskap om de følelsesmessige reaksjoner og problemer som kan oppstå i svangerskapet.
- De gravide har behov for informasjon og samtaler med jordmødre om disse reaksjonene.
- Informasjon om undersøkelser som blir utført under svangerskapet.
- Kontinuitet med samme jordmor under hele svangerskapet og fødselen må tilstrebes.

Lundgren og Berg skriver i sin artikkel (2007) hvordan jordmor må ha tillit til kvinnen, ha tro på kvinnens kapasitet og på at hun greier å gjennomføre en normal fødsel. En slik tillit kan

styrke kvinnens selvfølelse og gi henne sikkerhet. Jordmor må hjelpe kvinnen til å stole på sin egen styrke, slik at hun er i stand til å lytte til signaler fra kroppen sin. Alle kvinner har en iboende styrke som jordmor må støtte for å fremme en normal fødsel.

Jordmødre bør være oppmerksomme på at det ikke finnes noen ”typisk” overgrepsutsatt, men at det dreier seg om forskjellige typer kvinner i alle samfunnslag, noe som også denne studien viser. Gravide med overgrepsbakgrunn kan ha mange typer symptomer på forskjellige fysiske og psykiske plager. Ofte behandler man de fysiske symptomene istedenfor å behandle selve årsaken (Hobbins 2004). Å hjelpe overgrepsutsatte gravide er et arbeid som krever mye energi og tålmodighet. Ofte går stegene mot helbredelse med så små skritt at man nesten ikke ser dem. Det er da viktig å huske at en hver kvinne, hvis hun får mulighet, vil velge helbred. Jordmødre å huske at når de hjelper den gravide, blir også den gravidens fremtidige familie påvirket positivt. Jordmødre må telle fremgangen som overgrepsutsatte gravide og fødende oppnår, i små skritt: en overgrepsutsatt som tåler medisinske prosedyrer uten å distansere seg fra dem; en mor som ammer en uke istedenfor ikke i det hele tatt; en kvinne som søker terapeutisk hjelp for første gang. Varsom og respektfull oppfølging av en overgrepsutsatt gjennom svangerskapet og fødselen hjelper henne å ta et nytt steg mot selvrespekt, mestring og tillit (Heritage 1998).

Følelse av mening og sammenheng er en vesentlig faktor for å kunne mestre svangerskapet og fødselen. En viktig komponent til å bidra til utvikling av sterk KASAM er en god samarbeidsrelasjon mellom jordmor og den gravide, jordmor bør være lydhør for hennes personlige og kulturelle stil, definere problemet som en utfordring og skape en følelse av nysgjerrighet og eventyr (Antonovsky 1991).

7. KONKLUSJON OG VEIEN VIDERE

Alle jordmødre kommer før eller siden i løpet av sin yrkeskarriere i kontakt med gravide og fødende som har opplevd overgrep i barndommen. Denne studien viser viktigheten av at jordmødre har kunnskap om overgrep og om hvordan overgrep kan påvirke svangerskapet og fødselen og hvordan kunnskap om dette kan gjøre jordmor i stand til å forebygge en eventuell negativ svangerskaps- og fødselsopplevelse.

Overgrepstudien indikerer at den anbefalte kontrollhyppigheten ikke er tilpasset gravide og fødende med opplevelser av seksuelle og fysiske overgrep i barndommen. For disse bør kontakten med helsevesenet individualiseres. Kvinnene krever ekstra ressurser i form av tettere oppfølging under svangerskapet, som flere kontroller, flere ultralydundersøkelser og polikliniske undersøkelser ved sykehuset. Resultatene tyder også på at mange har behov for samtaler med fødselsangstteamet i tillegg til svangerskapskontrollene. Samtalene bør være spesielt målrettet mot de problemer som gravide med overgrepserfaringer har. For å tilstrebe en normal fødsel bør jordmødre være åpne for fleksible individuelle løsninger i forbindelse med fødselen, for eksempel i forhold til smertestillende og fødestillinger. En samtale med moren etter fødselen bør prioriteres for å identifisere de som trenger hjelp til å bearbeide fødselsopplevelsen slik at de ikke utvikler fødselsangst ved et eventuelt senere svangerskap.

Deltakerne i studien var en ressurssterk gruppe kvinner med overgrepserfaringer: 99 % var enten gifte eller samboende og de var litt oftere flergangsfødende enn alle fødende ved St. Olavs Hospital i 2002. Halvparten av deltakerne hadde enten høyskole- eller universitetsutdanning. Selv om deltakerne var ressurssterke kvinner, var det behov for ekstra oppfølging i svangerskapet. Analyse av bakgrunnsvariabler kan tyde på at de mest vanskeligstilte ikke deltok i undersøkelsen. Av den grunn kan man anta at gravide og fødende med overgrepsbakgrunn trenger enda mer ressurser i helsevesenet og hos jordmødrene enn denne studien viser.

Et overraskende funn var at fysiske overgrep i barndommen kan ha like store konsekvenser på svangerskap og fødsel som seksuelle overgrep. Dette må jordmødre være oppmerksomme på,

og kanskje det er behov å forandre spørsmålene om overgrep som jordmødre stiller til de gravide, også til å omfatte spørsmål om tidligere fysiske overgrep.

Man bør også ha fokus på de samfunnsmessige og økonomiske ulempene som overgrep påfører, blant annet i form av mange besøk i helsevesenet generelt og i svangerskapet spesielt. Barndommens overgrepsopplevelser kan også føres videre til neste generasjon i form av uheldig start på mor-barn-tilknytning og manglende gode modeller i rollen som mor. Dette understreker viktigheten av en god omsorg og ivaretagelse under svangerskap og fødsel. Det er god samfunnsøkonomi og en god ivaretagelse av hele familien å gi støtte til gravide og fødende med overgrepserfaringer. En god støtte forutsetter at de som jobber med gravide og fødende har kunnskap om følgene av overgrepserfaringer, og at det forskes videre på hva som bidrar til et godt svangerskap og en god fødselsopplevelse. De ressursene man bruker til svangerskap og fødsel hos gravide og fødende med overgrepserfaringer, kommer fremtiden til gode.

For å få et utdypende brukerperspektiv er det behov for mer forskning om selvopplevd livskvalitet hos disse gravide og fødende. Et interessant spørsmål er hva de gravide selv mener er den beste kontrollhyppigheten og hva kan jordmødre bidra med slik at de føler seg tryggere og får en følelse av mestring og økt selvtillit som følge av svangerskap og fødsel.

Vi vet i dag en del om gravide og fødende med overgrepsbakgrunn, men fortsatt må jordmødre bli flinkere i ivaretagelsen av disse gravide. I en tid hvor man i helsevesenet i økende grad setter fokus på helsefremmende perspektiver, er et interessant forskningstema hva som gjør at flere av overgrepsutsatte kvinner gjennomfører et helt normalt svangerskap og fødsel uten noen form for komplikasjoner og ekstra oppfølging.

REFERANSELISTE

- Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, J.D., Walker, J.D., Whitfield, C., Perry, B.D. et al. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 174-186.
- Anstorp, T., Benum K., & Jakobsen, M. (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Köping: Bokförlaget Natur og Kultur.
- Bachmann, G.A., Moeller, T.P., & Benett, J. (1988). Childhood sexual abuse and the consequences in adult women. *Obstetrics & Gynecology*, 71(4), 631-664.
- Backe, B. (1994). Rutinemessige ultralydundersøkelser i svangerskapsomsorgen i Norge. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 117, 2314-2315.
- Backe, B. (2002). Svangerskapsomsorgen i Norge – mange unødvendige kontroller. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 122, 1989-1992.
- Bailey, J.A., & McCloskey, L.A. (2005). Pathways to Adolescent Substance Use Among Sexually Abused Girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(1), 39-53.
- Benedict, M.I., Paine, L.L., Paine, L.A., Brandt, D., & Stallings, R. (1999). The association of childhood sexual abuse with depressive symptoms during pregnancy, and selected pregnancy outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 23(7), 659-670.
- Bergsjø, P., Maltau, J.M., Molne, K., & Nesheim, B-J. (2006). *Obstetrikk og gynekologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Bifulco, A., Brown, G.W., & Adler, Z. (1991). Early Sexual Abuse and Clinical Depression in Adult Life. *British Journal of Psychiatry*, 159,115-122.
- Bisson, J. (2007). Post-traumatic stress disorder. *BMJ Clinical Evidence*.
- Bohn, D.K., & Holz, K.A. (1996). Sequelae of Abuse: Health Effects of Childhood Sexual Abuse, Domestic Battering, and Rape. *Journal of Nurse-Midwifery*, 41(6), 442-456.
- Brewin, C.R. (2003). *Posttraumatic stress disorder: malady or myth?* London: Yale University Press.
- Brudal, L. (2006). *Positiv psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Brække, K. (2007). *Preeclampsia – biomarkers in fetal circulation*. Fakultetsdivisjon Ullevål universitetssykehus. Oslo.
- Cluett, E.R., & Bluff, R. (2006). 2. ed. *Principles and practice of research in midwifery*. Churchill Livingstone Elsevier.
- Courtois, C., & Riley, C.C. (1992). Pregnancy and childbirth as triggers for abuse memories: Implications for care. *Birth*, 19, 4, 222-223.
- Dube, S., Felitti, V., Dong, M., Chapman, D., Giles, W., & Anda, R. (2003). Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572.
- Eide, T., & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis. Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Enns, M.W., Cox, B.J., Afifi, T.O., De Graaf, R., Ten Have, M., & Sareen, J. (2006). Childhood adversities and risk for suicidal ideation and attempts: a longitudinal population-based study. *Psychological Medicine*, 36, 1769-1778.

- Eriksson, M. (2007). *Unravelling the mystery of salutogenesis*. Turku: Åbo Akademis Tryckeri.
- Faxelid, E., Hogg, B., Kaplan, A., & Nissen, E. (red.) 2.uppl. (2001). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18(5), 409-417.
- Fiscella, K., Kitzman, H.J., Cole, R.E., Sidora, K.J., & Olds, D. (1998). Does child abuse predict adolescent pregnancy? *Pediatrics*, 101(4), 620-624.
- Folkhelseinstituttet, lastet ned juni 2009 fra www.fhi.no.
- Fosse, G.K., & Holen, A. (2007). Reported maltreatment in childhood in relation to the personality features of Norwegian adult psychiatric outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(1), 79-82.
- Fox, A.S., Oakes, T.R., Shelton, S.E., Converse, A.K., Davidson, R.J., & Kalin, N.H. (2005). Calling for help is independently modulated by brain systems underlying goal-directed behaviour and threat perception. *PNAS* 102(102), 4176-4179.
- Frandsen, LM. (2008). *At blive mor*. København: Servicestyrelsen.
- Gamble, J.A., & Creedy, D.K. (2001). Women`s preference for a cesarean section: incidence and associated factors. *Birth* 28(2), 101-110.
- Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., & Donnelly, J.H. jr. (1991). *Organizations: Behavior, structure, processes*. Boston: IRWIN.
- Grant, L.J. (1992). Effects of childhood sexual abuse: Issues for obstetric caregivers. *Birth*, 19,(4), 220-221.

- Grimstad, H., Backe, B., Jacobsen, G., & Schei, B. (1998). Abuse history and health risk behaviors in pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 77(9), 893-897.
- Grimstad, H., & Schei, B. (1999). Pregnancy and delivery for women with a history of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23(1), 81-90.
- Gudex, C., Nielsen, B.L., & Madsen, M. (2006). Why women want prenatal ultrasound in normal pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 27, 145-150.
- Heim, C., Wagner, D., Maloney, E., Papanicolaou, D.A., Solomon, L., Jones, J.F. et al. (2006). Early Adverse Experience and Risk for Chronic Fatigue Syndrome: results from a population-based study. *Archives of General Psychiatry*, 63(11), 1258-1266.
- Heimstad, R., Dahloe, R., Laache, I., Skogvoll, E., & Schei, B.(2006). Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85, 435-440.
- Helgesen, L.A. (2008). *Menneskets dimensjoner*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Heritage, C. (1998). Working with childhood sexual abuse survivors during pregnancy, labor, and birth. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 27(6), 671-677.
- Heskestad, S. (2001). Mistet og funnet – minner om seksuelle overgrep i barndommen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121, 2386-2389.
- Hilden, M., Schei, B., Swahnberg, K., Halmesmäki, E., Langhoff-Roos, J., Offerdal, K. et al. (2004). A history of sexual abuse and health: a Nordic multicentre study. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111, 1121-1127.

- Hillis, S., Anda, R.F., Dube, S.R., Felitti, V.J., Marchbanks, P.A., & Marks, J.S. (2004). The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences and fetal death. *Pediatrics*, *113* (2), 320-327.
- Hobbins, D. (2004). Survivors of childhood sexual abuse: implications for perinatal nursing care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *33*(4), 485-497.
- Horan, D.L., Hill, L.D., & Schulkin, J. (2000). Childhood sexual abuse and preterm labor in adulthood: an endocrinological hypothesis. *Womens Health Issues* *10*(1), 27-33.
- Horwitz, A.V., Widom C.S., McLaughlin, J., & White, H.R. (2001). The Impact of Childhood Abuse and Neglect on Adult Mental Health: A Prospective Study. *Journal of Health and Social Behavior*, *42*(2), 184-201.
- Hulme, P.A. (2000). Symptomatology and health care utilization of women primary care patients who experienced childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, *24*(11), 1471-1484.
- van der Hulst, L.A.M., Bonsel, G.J., Eskes, M., Birnie, E., van Teijlingen, E., & Bleker O.P. (2006). Bad experience, good birthing: Dutch low-risk pregnant women with a history of sexual abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *27*(1), 59-67.
- Irving, S.M., Ferraro, K.F. (2006). Reports of abusive experiences during childhood and adult health ratings: personal control as a pathway? *The New England Journal of Medicine*, *18*, 458-485.
- Jackson, K.B. & Fraser, D. (2007). A study exploring UK midwives' knowledge and attitudes towards caring for women who have been sexually abused. *Midwifery*, *Published online: doi:10.1016/j.midw.2007.05.006*.

- Johannessen, A. (2007). *Introduksjon til SPSS*. 3. utg. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kempe, C.H., Silverman, F.N., Cincinnati, B., Steele, B.F., Droegemueller, W., & Silver, H.K. (1962). The battered-child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, *181*, 17-24.
- Kirkengen, A.L., Schei, B., & Steine, S. (1993). Indicators of childhood sexual abuse in gynecological patients in a general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *11*(4), 276-280.
- Kirkengen, A.L. (2005). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Konsensuskonferanse 1986. *Bruk av ultralyd i svangerskapet*. NIS-rapport 8 /86.
- Konsensuskonferanse 1995. *Bruk av ultralyd i svangerskapet*. Rapport 9 fra Komitéen for medisinsk teknologivurdering.
- Kringeland, T., Daltveit, A.K., & Møller, A.(2009). What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section? *Scandinavian Journal of Public Health*, *00*, 1-8.
- Lang, A.J., Rodgers, C.S., & Lebeck, M.M. (2006). Associations between maternal childhood maltreatment and psychopathology and aggression during pregnancy and postpartum. *Child Abuse & Neglect*, *30*(1), 17-25.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Leeners, B., Neumaier-Wagner, P., Quarg, A.F., & Rath, W. (2006 a). Childhood sexual abuse: an underestimated factor in perinatal care. *Acta Obstetrica et gynecologica Scandinavica*, *85*(8), 971-976.

- Leeners, B., Richter-Appelt, H., Imthurn, B., & Rath W. (2006 b). Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. Review article. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 139-151.
- Lundgren, I., & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 220-228.
- McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Dill, L., Schoeder, A.F., DeChant, H.K. et al. (1997). Clinical characteristics of women with history of childhood abuse: unhealed wounds. *JAMA*, 277(17), 1362- 1368.
- Medisinsk fødselsregister. Statistikkbank. Lastet ned mai 2009 fra www.mfr.no.
- Mezey, G., Bacchus, L., Bewley, S., & White, S. (2005). Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 112, 197-204.
- Morland, L., Goebert, D., Onoye, J., Frattarelli, L.A., Derauf, C., Herbst, M. et al. (2007). Posttraumatic Stress Disorder and Prenancy Health: Preliminary Update and Implications. *Psychosomatics*, 48, 304-308.
- Mullen, P.E., Martin, J.L., Anderson, J.C., Romans, S.E., & Herbison, G.P. (1994). The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual adult life. *British Journal of Psychiatry*, 164, 35-47.
- Mæland, J.G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2005). *Post-traumatic stress disorder*. Gaskell and the British Psychological Society.

- Noll, J.G., Schulkin, J., Trickett, P.K., Susman, E.J., Breech, L., & Putnan F.W. (2007). Differential pathways to preterm delivery for sexually abused and comparison women. *Journal of Pediatric Psychology* 32(10), 1238-1248.
- de Paúl, J., & Domenech, L. (2000). Childhood history of abuse and child abuse potential in adolescent mothers: a longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 24, 701-713.
- Prentice, J.C., Lu, M.C., Lange, L., & Halfon, N. (2002). The Association Between Reported Childhood Sexual Abuse and Breastfeeding Initiation. *Journal of Human Lactation*, 18(3), 219-226.
- Rasmussen, S., & Irgens, L.M. (2006). The effects of smoking and hypertensive disorders on fetal growth. *BMC Pregnancy Childbirth*, 6, 16. Published online: doi: 10.1186/1471-2393-6-16.
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Roberts, R., O'Connor, T., Dunn, J., & Golding, J. (2004). The ALSPAC Study Team. The effects of child abuse in later family life; mental health, parenting and adjustment of offspring. *Child Abuse & Neglect*, 28(5), 525-545.
- Rodgers, C.S., Lang, A.J., Laffaye, C., Satz, L.E., Dresselhaus, T.R., & Stein, M.B. (2004). The impact of individual forms of childhood maltreatment on health behaviour. *Child Abuse & Neglect*, 28, 575-586.
- Rogal, S.S., Poschman, K., Belanger, K., Howell, H.B., Smith, M.V., Medina, J. et al. (2007). Effects of posttraumatic stress disorder on pregnancy outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 102, 137-143.
- Romans, S., Belaise, C., Martin, J., Morris, E. & Raffi, A. (2002). Childhood abuse and later medical disorders in women. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 141- 150.

- Røkenes, O.H., & Hanssen, P.H. (2002). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjoner i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Saisto, T., & Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 82, 201-208.
- Salomonsson, B., Wijma, K., & Alehagen, S. (2008). Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*. Published online: doi:10.1016/j.midw.2008.07.003.
- Schilling, E.A., Aseltine, R.H. Jr, & Gore, S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health*, 7, 30.
- Seng, J.S., Oakley, D.J., Sampsel, C.M., Killion, C., Graham-Bermann, S. & Liberzon, I. (2001). Posttraumatic Stress Disorder and Pregnancy Complications. *Obstetrics & Gynecology*, 97, 17-22.
- Seng, J.S., Low, L.K., Sparbel, K.J., & Killion, C. (2004). Abuse-related post-traumatic stress during the childbearing year. *Journal of Advanced Nursing*, 46(6), 604-613.
- Simkin, P., & Klaus, P. (2005). *When survivors give birth: Understanding and healing the effects of early sexual abuse on childbearing women*. USA: Classic Day Publishing.
- Simpkins, R. (2005). The effects of sexual abuse on childbearing: Antenatal care. *British Journal of Midwifery*, 14(3), 162-163.
- Sjögren, B. (1998). Fear of childbirth and psychosomatic support. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 77, 819-825.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*. Nasjonale Faglige retningslinjer.

- Springer, K.W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2003). The long-term health outcomes of childhood abuse. An overview and a call to action. *The New England Journal of Medicine*, 18, 864-870.
- Springer, K.W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), 517-530.
- Statistisk sentralbyrå, lastet ned juni 2009 fra www.ssb.no.
- Stenson, K., Heimer, G., Lundh, C., Nordström, M.L., Saarinen, H., & Wenker, A. (2001). The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22, 189-197.
- Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (2004). *Förlossningsrädsla*.
- Sørensen, M., & Graff-Iversen, S. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 121, 720-724.
- Thompson, J. (1990). Postnatal depression. *Community outlook*: 28-29. England.
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Waldenström, U., Borg, I., Olsson, B., Skold, M., & Wall, S. (1996). The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth*, 23(3), 144-153.
- Widom, C.S. & Kuhns, J.B. (1996). Childhood victimization and subsequent risk for promiscuity, prostitution and teenage pregnancy: A prospective study. *American Journal of Public Health*, 86(11), 1607-1613.

Wickberg, B. (2005). Psykologiska insatser under graviditet og postpartumtid – en metod för mödrahälsovården. I: Sjögren, B., red. *Psykosocial obstetrik*. Lund: Studentlitteratur.

WHO (1998). Health promotion glossary. Hentet fra <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.

World Medical Association Assembly: *Helsinki-deklarasjonen*. Helsinki, Finland 1964.

Vedlegg 1

Kommunikasjon med REK:

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Arild Hals [mailto:arild.hals@ntnu.no]

Sendt: 7. desember 2007 12:29

Til: Raija H. T. Dahlø

Kopi: Arne Sandvik

Emne: Re:

Raija H. T. Dahlø wrote:

>
> Hei,
>
> Spørsmålet jeg sendte til dere er om jeg må legge fram masteroppgaven
> min for REK.
>
> Presisering ang. spørsmålet: spørreskjemaet blir IKKE sendt til de 99
> deltakere. Opplysningene i det nye spørreskjemaet blir samlet inn fra
> journalene og "Helsekort for gravide", altså det er vi som er
> prosjektmedarbeidere som fyller disse spørreskjemaene.
>
> mvh
> Raija Dahlø//
> Telefon 73558956//
> Mobil 93035388//
> E-post: raija.h.dahlo@hist.no//
>

Raija H.T. Dahlø,

Vi har sett på dette og har følgende kommentar:

Når det gjelder bruk av journalopplysninger kan dette gjøres ved at den som i utgangspunktet har innsynsrett tar ut de opplysninger som dere skal bruke i prosjektet. Dette for å unngå krav eller spørsmål om å fritak fra taushetsplikten.

For øvrig ser vi ingen store problemer med gjennomføringen av dette slik det er lagt opp. Vi legger til grunn at formålet med denne undersøkelsen er slik at det faller inn under det samtykke som er gitt opprinnelig.

Mvh

Arild Hals

Vedlegg 2

Prosjekt-nummer		Vårt reg. nr.	
Utdanning	Grunnskole/videregående=1	Høyskole/universitet=2	
Æra	numerisk		
Gravida	numerisk		
Røyking	1=nei 2=ja		
Antall sigaretter Sluttet i sv.sk.	Numerisk 1=ja 2=nei		
Sivilstand	Gift/samboer = 1	Enslig = 2	Skilt/Separert/annet =3
Yrkesaktiv	1=ja 2=nei		
Sm.	1=Nei 2=Ja		
Sm. Delvis uker	Numerisk		
Sm. 100% uker	Numerisk		
Antall kontroller i helsekortet	Numerisk		
Antall ekstra UL blåskjema			
Helse tidligere	1=Intet spes. 2=Anmerkning		
Hjertesykdom	1=Nei 2=Ja		
Hypertensjon	1=Nei 2=Ja		
Nyre/urinveier	1=Nei 2=Ja		
Diabetes	1=Nei 2=Ja		
Allergi	1=Nei 2=Ja		
Epilepsi	1=Nei 2=Ja		
Gyn.sykdom/opr.	1=Nei 2=Ja		
Psykisk sykdom	1=Nei 2=Ja		
Annet	1=Nei 2=Ja		
Faste medisiner	1=nei 2=ja		
Konsultasjoner SOHO	1=Nei 2=Ja		
Antall kons.			
Preeklampsi	1=nei 2=ja		
k-S merter	1=nei 2=ja		

Vedlegg 2

k-Truende prematur fødsel	1=nei 2=ja		
k-Blødning	1=nei 2=ja		
k-Vekstavvik	1=nei 2=ja		
k-Fosterieie	1=nei 2=ja		
k-Kombinert	1=nei 2=ja		
k-Annet	1=nei 2=ja		
Innleggelser SOHO	1=nei 2=ja		
Antall innl.			
Preeklampsi	1=nei 2=ja		
Smerter	1=nei 2=ja		
Truende prematur fødsel	1=nei 2=ja		
Blødning	1=nei 2=ja		
Flere	1=nei 2=ja		
Annet	1=nei 2=ja		
Konsultasjoner, fødselsangstteamet	1=nei 2=ja		
Antall kfa			
Tidligere overgrep	1=nei 2=ja		
Tidligere fødsel	1=nei 2=ja		
Angst/depresjon	1=nei 2=ja		
Kombinert	1=nei 2=ja		
Annet	1=nei 2=ja		
Ønske om sectio	1=nei 2=ja		
Reversert sectioønske	1=ja 2=nei		
Fødsel til termin 37.0 - 42.2	1=ja 2=nei		
Prematur fødsel	1=nei 2=ja		
Overtidig fødsel	1=nei 2=ja		
Indusert	1=nei 2=ja		
Prostaglandin	1=nei 2=ja		
IH/RO	1=nei 2=ja		

Vedlegg 2

i-Overtid	1=nei 2=ja		
i-Vannavgang	1=nei 2=ja		
i-Vekstavvik	1=nei 2=ja		
i-Preeklampsi	1=nei 2=ja		
i-Smerter/sliten mor	1=nei 2=ja		
i-Kombinert	1=nei 2=ja		
Annet	1=nei 2=ja		
Operativ forløsning	1=nei 2=ja		
Asfyksi	1=nei 2=ja		
Langsom framgang	1=nei 2=ja		
Tidligere obstetrisk historie	1=nei 2=ja		
Fødselsangst	1=nei 2=ja		
Vekstavvik	1=nei 2=ja		
Kombinert	1=nei 2=ja		
Annet	1=nei 2=ja		
Andre komplikasjoner	1=nei 2=ja		
Ak-Blødning	1=nei 2=ja		
Ak-Rifter 3. og 4. grads	1=nei 2=ja		
Ak-Manuell uthenting	1=nei 2=ja		
Ak-Kombinasjon	1=nei 2=ja		
Ak-Annet	1=nei 2=ja		
Liggedøgn	Numerisk		
Før fødsel	Numerisk		
PP	Numerisk		
Smertelindring i fødsel	1=ingen 2=ja		
Varme	1=nei 2=ja		
Akupunktur	1=nei 2=ja		
Lystgass	1=nei 2=ja		

Vedlegg 2

Epidural	1=nei 2=ja		
Annen smertelindring	1=nei 2=ja		
Fødselsvarighet	Timer		
Åpningstase	Minutter		
Utdrivningsfase	Minutter		
Barnets vekt			
Apgar 1 min			
Apgar 5 min			
Navlesn. PH			
Overflytting til BK	1=nei 2=ja		
Annet pp	1=nei 2=ja		
Post partum henvendelser	1=nei 2=ja		
Diagnosekoder			
Epikrise			
Normal	1=ja 2=nei		
Vac/tang	1=nei 2=ja		
Elektiv sectio	1=nei 2=ja		
Øhj.sectio	1=nei 2=ja		
Setefødsel, vag.	1=nei 2=ja		