

Overgrep i barndommen og redsel i svangerskapet

En delstudie i Den norske mor og barn - undersøkelsen

Jorid Eide



Mastergradsoppgave

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Juni 2008

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	I
SAMMENDRAG	III
ABSTRACT	IV
OVERSIKT OVER FIGURER OG TABELLER	V
ORDFORKORTELSER	VI
1. INNLEDNING	1
1.1 Hvorfor er temaet valgt?	1
2. TEORIDEL.....	4
2.1 Redsel i svangerskapet	4
2.1.1 Historikk	4
2.1.2 Forekomst av redsel i svangerskapet.....	5
2.1.3 Hvordan kan redselen arte seg i svangerskapet?.....	6
2.1.4 Hvorfor er kvinnene redde i svangerskapet?	6
3. HENSIKT	12
4. TEORETISK ANALYSEMODELL	13
5. METODE OG UTVALG	15
5.1 Design	15
5.2 Utvalg	16
5.3 Datainnsamlingsprosess.....	17
5.3.1 Inklusjonskriterier/eksklusjonskriterier	17
5.3.2 Pilotundersøkelsen.....	18
5.3.3 Oppbevaring av data.....	18
5.3.4 Konesjon	18
5.3.5 Spørreskjemaene.....	19
5.4 Variabler	19
5.4.1 Avhengige variabler	19
5.4.2 Uavhengige variabler	20
5.4.3 Forklaringsvariabler.....	22
5.5 Statistiske analyser	25
6. RESULTATER.....	27
6.1 Forekomst.....	27
6.1.1 Å grue seg veldig til fødselen	27
6.1.2 Å bekymre seg for at barnet ikke er friskt og velskapt	28
6.1.3 Fysiske og seksuelle overgrep	28

7. Analyser.....	33
7.1 Overgrep før 18 år og redsel i svangerskapet	33
7.2 Forklaringsvariablene.....	34
7.3 Tabeller i multipel logistisk regresjonsanalyse.....	38
8. DISKUSJON	44
8.1 Sammendrag av resultater	44
8.2 Diskusjon av resultatene.....	45
8.2.1 Forekomst.....	45
8.2.2 Overgrep i barndommen og å grue seg til fødselen.....	49
8.2.3 Overgrep i barndommen og å bekymre seg for at barnet ikke er friskt og velskapt.....	50
8.2.4 Andre forklaringsvariabler	52
8.3 Metode - sterke og svake sider i MoBa.....	60
8.3.1 Befolkningsstudie	60
8.3.2. Seleksjon i befolkningen	61
8.3.3 Selvrapporterte opplysninger	62
8.3.4 Hukommelsesbias.....	63
8.3.5 Validitet og reliabilitet	63
8.3.6 Missing.....	64
8.3.7 Rekkefølge på spørsmål i samme skjema.....	65
8.3.8 Kvinner med flere enn ett svangerskap i studien	65
8.4 Etiske betraktninger	66
9. AVSLUTNING.....	68
9.1 Finner vi årsaken til redsel i svangerskapet?.....	68
9.2 Resultatenes betydning for klinisk praksis	69
9.3 Konklusjon	70
REFERANSELISTE.....	72
LISTE OVER VEDLEGG	80

Forord

Redsel i svangerskapet er et engasjerende og krevende tema. Gjennom samtaler med gravide og fødende kvinner har jeg tatt del i opplevelser som har bidratt til å forme meg som jordmor. I en periode på Sykehuset Asker og Bærum HF fikk jeg samtidig delta i rekrutteringen av gravide til et stort, norsk forskningsprosjekt - Den norske mor og barn undersøkelsen (MoBa). Så begynte jeg på Folkehelseinstituttet og fikk oppgaven med å følge opp 50 sykehus i Norge som deltar i rekrutteringen til MoBa. Det pågår en dugnadsinnsats hvor norske sykehus bidrar til at MoBa blir en studie som mangler sidestykke i norsk og internasjonal forskningssammenheng. Det er spennende å lære mer om forskning slik at ny kunnskap kan oppstå i møtet mellom klinisk jordmorfag og datamaterialet i MoBa. Tre år på masterstudiet i Helsefagvitenskap har, ved hjelp av stødige lærere og medstudenter, lært meg mye og satt sine spor. I denne oppgaven har jeg mange å takke - med overvekt på sterke kvinneskikkelser.

Takk til kvinnene som i svangerskapet og i forbindelse med fødselen delte sine personlige livserfaringer og tanker om redsel med meg. Uten dem kunne ikke denne oppgaven ha blitt skrevet.

Takk til gode kolleger ved Sykehuset Asker og Bærum HF hvor jeg har "vokst opp" som jordmor, og lært mye om redsel i svangerskapet.

På dag to i ny jobb på Folkehelseinstituttet i MoBa, sier Rannveig Nordhagen:

"Ja, Jorid, hvordan har du tenkt å bruke dataene i MoBa?"

Takk, Rannveig, fordi du har vært villig til å være min hovedveileder. Med raushet har du øst av dine kunnskaper, delt av din tid og vist meg en stor porsjon tålmodighet.

Ragnhild Hovengen, takk for at du "hentet" meg inn på Folkehelseinstituttet slik at jeg sammen med deg fikk jobbe med sykehusene i MoBa. Uten din inspirasjon hadde jeg ikke startet på masterstudiet. Takk for at du har vært villig til å være min biveileder.

Takk til Nina Vøllestad, leder ved masterstudiet for Helsefagvitenskap som har vært min kontaktperson i forbindelse med oppgaven. Jeg ser at jeg har mye å lære.

Per Magnus, takk for at du har inspirert meg til å se viktigheten av forskning, og for at du har gitt meg muligheten til å bruke noe av min arbeidstid på masterstudiet.

Takk til mine gode arbeidskolleger Kari Kveim Lie, Eli Saastad, Kirsten Laake og Borgny Wold (og alle på EPAM) som hver på sin måte bidrar til at det er fint å jobbe i prosjekt og med forskning.

Tre års skolegang ved siden av jobb består av nærmere 1000 arbeidsdager.
Min familie Tor Magne, Maria og Karoline: Tusen takk - jeg er så glad i dere!

Oslo, juni 2008

Jorid Eide

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Redsel i svangerskapet kan bestå av å grue seg til fødselen og å bekymre seg for barnet, og kan assosieres med kroppslige, psykiske og sosiale faktorer. En faktor kan være overgrep i barndommen. Studier på temaet er få, små og av varierende kvalitet. Hensikten med vår studie er å studere sammenhenger mellom fysiske og/eller seksuelle overgrep før 18 års alder og å grue seg til fødselen og/eller å bekymre seg for at barnet ikke er friskt og velskapt.

Metode: Dette er en delstudie i Den norske mor og barn undersøkelsen (MoBa), Folkehelseinstituttet, og inkluderer data fra to selvrapporterte spørreskjemaer besvart ved 17. og 30. svangerskapsuke. Databasen er koblet til Medisinsk Fødselsregister. Studien har en retrospektiv profil i en prospektiv kohortstudie. Ca 58 000 gravide har deltatt i tidsperioden 1999 - 2006 med en deltakerprosent på 42.7. Gravide med flere barn i magen utelates. Det benyttes en multippel logistisk regresjonsanalyse.

Resultater: 19.3 % gruer seg til fødselen og 11.3 % er bekymret for barnet i magen. 2.1 % rapporterer fysiske overgrep, 3.2 % oppgir press til seksuelle handlinger og 2.2 % rapporterer kombinasjon av fysiske og seksuelle overgrep før 18 år. Det er en sammenheng mellom alle tre former for overgrep før 18 års alder og å grue seg til fødselen og å bekymre seg for barnet. Sammenhengen er sterkest ved kombinasjonen av overgrep. Dette gjelder også for flergangsgravide som bekymrer seg for barnet. Hvis vi hos flergangsgravide korrigerer for tidligere negative fødselsopplevelser er det ingen signifikant sammenheng mellom de tre overgrepstypene som barn og å grue seg til fødselen. Sivilstand, bekkenløsning, overgrep som voksen, svangerskapsomsorg og mestringsopplevelse har sammenheng med å grue seg til fødselen og å bekymre seg for barnet.

Konklusjon: Studien viser sammenhenger mellom fysiske, seksuelle og kombinasjonen av overgrep før 18 år og å grue seg til fødselen og å bekymre seg for barnet, selv om sammenhengene ikke er så sterke. Tidligere negative fødselsopplevelser virker sterkere inn hos flergangsgravide som gruer seg til fødselen. Resultatene fra en stor norsk og noe selektert kohortstudie viser at redselen i svangerskapet er sammensatt og kan skyldes flere forhold. Det finnes få tilsvarende undersøkelser.

Abstract

Background and aim: Fear of pregnancy can be defined as worries about childbirth and anxiety for the health of the child. Bodily, psychological and social factors may influence the fear. Child abuse might be an element of risk. The quality of reports of pregnant women with a history of physical and sexual child abuse varies, they are few and small. The aim of our study is to look for associations in pregnant women between a history of sexual abuse and / or physical abuse before the age of 18 and fear of giving birth and/or anxiety for the health of the baby.

Material and method: This is a sub study in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). Two self administrated questionnaires answered around the 17th and 30th week include key data and are merged with data from the Medical Birth Registry of Norway. The main study is ongoing and prospective. Our study is partly retrospective and includes approximately 58 000 pregnant women in the period of 1999-2006. The participation rate is 42.7. Multiple logistic regressions are used.

Results: The prevalence of fear of childbirth is 19.3 %. 11.3 % is anxious for the health of the baby. 2.1 % reports physical abuse, 3.2 % tells about sexual abuse and 2.2 % reports both physical and sexual abuse before the age of 18. Physical, sexual and child abuse in combinations are associated with fear of giving birth and anxiety for the health of the baby. A combination shows the strongest associations. The same results exist for multi parous women who are anxious of the health of the baby. If we add earlier negative birth experiences, there is no association between physical, sexual and both types of child abuse and fear of giving birth. Marital status, adult abuse, pelvic pain, quality of antenatal care and self-efficacy are all associated with fear of giving birth and anxiety for the health of the baby.

Conclusions: Our study shows associations between physical, sexual and child abuse in combination and fear of giving birth and anxiety for the health of the baby even if the associations are not strong. Earlier negative birth experiences act stronger in multi pregnant women who fear childbirth. However, results from this huge, Norwegian, selected cohort study shows that fear in pregnancy is complex and associated with many elements of risk. There are few corresponding studies.

Oversikt over figurer og tabeller

Figurer	Side
Figur 1: Faktorer for redsel i svangerskapet	7
Figur 2: Hypoteser om overgrep i barndom og redsel i svangerskapet	13
Figur 3: Utvalg, fra spørreskjema 1, 3 og Medisinsk fødselsregister	16
Figur 4: Å grue seg veldig til fødselen, prosent	27
Figur 5: Å bekymre seg for barnet i magen, prosent	28
Tabeller	
Tabell 1: Oversikt over forklaringsvariablene	22
Tabell 2: Å grue seg veldig til fødselen, prosent og antall	27
Tabell 3: Å bekymre seg for barnet, prosent og antall	28
Tabell 4: Overgrep som barn og voksen, prosent og antall	29
Tabell 5: Demografiske data for 60 775 svangerskap	30
Tabell 6: Forklaringsvariabler etter recoding av kategorier, prosent og antall	31
Tabell 7: Overgrep og å grue seg veldig til fødselen, ujustert analyse	33
Tabell 8: Overgrep og å bekymre seg for at barnet ikke er friskt og velskapt, ujusterte analyse	34
Tabell 9: Andel gravide som gruer seg veldig til fødselen i relasjon til alder, utdanning, sivilstand, paritet, misbruk som barn og voksen, partnerforhold, svangerskapsomsorg, bekkenløsning, angst og depresjon og egen mestring	38
Tabell 10: Andel gravide som bekymrer seg for barnet i magen i relasjon til alder, utdanning, sivilstand, paritet, misbruk som barn og voksen, partnerforhold, svangerskapsomsorg, bekkenløsning, angst og depresjon og egen mestring	39
Tabell 11: Andel flergangsgravide som gruer seg veldig til fødselen i relasjon til alder, utdanning, sivilstand, misbruk som barn og voksen, partnerforhold, svangerskapsomsorg, bekkenløsning, angst og depresjon, egen mestring og tidligere fødselsopplevelse	41
Tabell 12: Andel flergangsgravide som bekymrer seg for barnet i magen i relasjon til alder, utdanning, sivilstand, misbruk som barn og voksen, partnerforhold, svangerskapsomsorg, bekkenløsning, angst og depresjon, egen mestring og tidligere fødselsopplevelse	42

Ordforkortelser

KI: Konfidensintervall

MFR: Medisinsk fødselsregister som mottar et lovpålagt skjema med opplysninger om svangerskap etter 16. uke og fødsler i Norge. En del av Folkehelseinstituttet

MoBa: Den norske mor og barn undersøkelsen

OR: Odds ratio

Paritet: Antall tidligere svangerskap etter 22. svangerskapsuke (Medisinsk fødselsregister 2004)

SD: Standard deviasjon (avvik)

SSB: Statistisk sentralbyrå

1. Innledning

1.1 Hvorfor er temaet valgt?

Det eksisterer en uhyggelig tvil hos en del gravide.

Makter jeg å komme gjennom svangerskapet og fødselen?

Det er naturlig å kjenne på en viss redsel for "kvindomsprøven". Men redsel for selve fødselen og for at det skal være noe galt med barnet kan være så sterk at den distraherer hverdagen - det blir vanskelig å leve.

Som jordmor har jeg møtt kvinner som er redde i svangerskapet. Det kan synes som at noe trigges i graviditeten og at tilstanden kan være kompleks. Kanskje er det ikke selve fødselen, men den enkeltes livserfaring som bidrar til å skape redselen?

Det finnes ingen entydig definisjon av fenomenet redsel i svangerskapet. Kroppslige, psykiske og sosiale faktorer kan assosieres både med å grue seg til fødselen og å bekymre seg for at barnet i magen ikke er friskt og velskapt. Eksempler kan være sykdom eller plager hos den gravide eller barnet, opplevd overgrep som barn eller voksen, angst og depresjon, manglende støtte fra partner, manglende tillit til svangerskapsomsorgen, egenopplevd negativ mestringsevne og tidligere dårlig fødselsopplevelse hos flergangsfødende. Å være redd for eller å grue seg til fødsel er angitt å ha en forekomst på 2.4 - 23 % (Areskog 1981, Zar et al 2002, Saisto og Halmesmäki 2003, Eriksson et al 2005, Heimstad et al 2006). Når det gjelder å bekymre seg for barnet i magen er forekomsten rapportert til å være 12-69 % (Geissbuehler og Eberhard 2002, Saisto og Halmesmäki 2003). Blant de mange eksponeringer kan overgrep i barndommen gjøre kvinner ekstra sårbare og redde i svangerskapet (Heimstad et al 2006). Vi ønsker å se om det er hold i denne hypotesen. Den rapporterte forekomsten av seksuelle og fysiske overgrep hos barn varierer mellom 2.9 - 37 % (Schei 1990, Schei et al 1994, Schou et al 2007). Variasjonen kan skyldes ulike definisjoner og målgrupper.

Det er ikke nødvendigvis de samme kvinnene som gruer seg til fødselen og som bekymrer seg for at barnet i magen ikke er friskt og velskapt. Disse to grupper kvinner vil i denne studien behandles atskilt. Gravide innenfor hver gruppe er antakelig heller

ikke homogene. Likevel belyses forekomst og likhetstrekk ved kvinnene for lettere å identifisere problemet. Vi ønsker å splitte fysiske og seksuelle overgrep for å vurdere eventuelle forskjeller med hensyn til redsel i svangerskapet. I tillegg ønsker vi å studere flergangsfødende som egen gruppe for å se hvordan tidligere fødselsopplevelser kan virke inn. Studier som viser sammenheng mellom fysiske og seksuelle overgrep i barndommen og redsel i svangerskapet er få, små og av varierende kvalitet. Det er behov for mer evidensbasert kunnskap i form av epidemiologiske studier som kan synliggjøre muligheter for forebyggende tiltak innen svangerskaps- og fødselsomsorg (NOU 1999:13; Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress 2005, Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten 2005, Leeners et al 2006 a, Retningslinjer for svangerskapsomsorg 2005, Eberhard-Gran 2008 a). Resultater fra Den norske mor og barn - undersøkelsen (MoBa) gir ingen fasit til den individuelle kliniske praksis, men kan gi en oversikt over sannsynlighet for å ha en redsel i svangerskapet på et gitt tidspunkt i svangerskapet i en begrenset populasjon. *Intensjonen er likevel at hvis vi så tidlig som mulig identifiserer gravide som strever med sin redsel, kan vi sammen tilrettelegge fødselen slik at opplevelsen bli god.*

NAKEN I LYS

NAKNARE
 ENN ALT
 ER
 JENTE
RYGGEN
 DEI
 TYNNE
 SKULDRENE
 I
 VERDA
 OG
 DER
 RYGGEN
SAMLAR
 SINE
 NERVAR
 OG
 VERT
EIN NAKKE
 SOM MÅ BERA
FRAMTIDA PÅ
 SINE LYSLETTE DUN

Helge Torvund 1994

2. Teoridel

2.1 Redsel i svangerskapet

De nordiske landene er en del av et vestlig velferdssamfunn med få syke mennesker og et helsevesen som vesentlig er offentlig finansiert. Komplikasjonsraten for mor og barn i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid i de nordiske land er av de laveste i verden (Eriksson et al 2006). Til tross for fokus på teknologi, smertelindring og rettigheter for brukere innen helsevesenet eksisterer redsel i svangerskapet også i vår tid. I klinisk praksis innen svangerskaps- og fødselsomsorg i Norge er det stadig flere sykehus, helsestasjoner og legekontorer som tilbyr ekstra oppfølging av redde gravide og av kvinner som lurer på om de skal våge å bli gravide. Det kan tyde på at behovet for oppfølging er mer synlig i vår tid. Redsel i svangerskapet er ingen entydig diagnose som vi kan finne i klassifikasjonssystemet for diagnoser (ICD-10) med objektive funn beskrevet ut ifra instrumentelle målinger (Saisto og Halmesmäki 2003). Hvorfor kvinnene er redde kan være et sammensatt fenomen. Opplevelsen er subjektiv hvor kvinnen selv bidrar til å definere redselen. For å kunne forberede seg til den kommende fødselen er det ikke uvanlig - og kanskje nødvendig - å være litt redd. Noen kvinner er likevel så redde at hverdagen og omgivelsene påvirkes negativt. Enkelte oppsøker helsevesenet, mens andre strever alene. Helsevesenets utfordring er å fange opp redde gravide på et tidlig tidspunkt, slik at forestående fødsel kan forberedes og danne grunnlag for en god fødselsopplevelse.

2.1.1 Historikk

Redsel i svangerskapet har eksistert til alle tider. Engelen Gabriel kom med budskap til jomfru Maria om at hun ikke måtte frykte for å bli med barn (Lukas 1, 29-31). Innen forskningslitteraturen er det et relativt nytt fenomen. De nordiske landene, og Nord Europa for øvrig, er godt representert når det gjelder kvantitativ forskning på området. Den svenske obstetrikeren Barbro Areskog intervjuet gravide og utarbeidet egne spørreskjemaer om redsel for å føde i et urbant, vestligorientert samfunn på begynnelsen av 1980 - tallet. Hun studerte en liten gruppe gravide i 3. trimester. Spørreskjemaene har senere blitt benyttet og utbedret i flere land. Hun hevdet at redselen kan skyldes den fysiske smerten ved en fødsel, redsel for skade på egen

kropp eller mangel på kontroll og bekymringen for å få et barn som var fysisk og mental skadet (Areskog 1981, 1982, 1984). Resultater fra den deskriptive spørreundersøkelsen har også blitt bekreftet i senere studier (Sjøgren 1997, Melender 2002, Saisto og Halmesmäki 2003, Rydin et al 2007, Eriksson et al 2005, Alehagen et al 2006). Det finnes også en del kvalitativ forskning, hovedsakelig amerikansk (Hobbians 2004, Rhodes og Hutchinson 1994). Det synes som kompleksiteten rundt redsel i svangerskapet ikke har endret seg mye i løpet av de siste 25 år.

2.1.2 Forekomst av redsel i svangerskapet

Å grue seg til fødselen

Areskog fant en forekomst på 17 % som var redde og 6 % som var svært redde for å føde (Areskog 1981). Nyere litteraturen viser også en variasjon i grad av redsel for å føde fordi kvinnen i stor grad definerer redselen selv. Zar et al hevder at 2.4 % har en ekstrem redsel for å føde (Zar et al 2002). En oversiktsartikkel av Saisto og Halmesmäki viser at 6 - 10 % av gravide i flere europeiske land opplever sterk redsel for å føde (Saisto og Halmesmäki 2003). Forfatterne hevder videre at det er vanskelig å sammenlikne studier fordi problemet og diagnosen ikke er entydig. De definerte en klinisk sterk redsel når kvinnen søkte om hjelp fra helsevesenet. Metodene i de ulike studiene varierer. Eriksson et al viste i en svensk retrospektiv tverrsnittsstudie at 23 % var redde for å føde (Eriksson et al 2005). Heimstad et al beskriver en forekomst på 5.5 % for sterk redsel for fødselen blant 1452 kvinner i en tverrsnittsundersøkelse fra St Olavs Hospital i Trondheim (Heimstad et al 2006).

Å bekymre seg for at barnet ikke er friskt og velskapt

Litteratur om bekymring for barnet i magen er hovedsakelig vist i undersøkelser som beskriver redsel for fødselen. Det kan være vanskelig å skille disse to temaene. I en oversiktsartikkel viser Saisto og Halmesmäki at forekomsten av bekymring for barnet hos den gravide varierer mellom 12-69 % (Saisto & Halmesmäki 2003). En deskriptiv sveitsisk spørreskjemaundersøkelse blant 8528 kvinner viser at 50 % bekymret seg for at det var noe galt med barnet i magen (Geissbuehler og Eberhard 2002). Szeverényi et al hevder i en ungarsk deskriptiv studie at 31.5 % er svært bekymret for barnets helse (Szeverényi et al 1998). Neuhaus et al hevder i en liten tysk deskriptiv

spørreskjemaundersøkelse at bekymring for barnet er hovedgrunnen til redsel ved fødselen. Eksakt forekomst er ikke oppgitt (Neuhaus et al 1994).

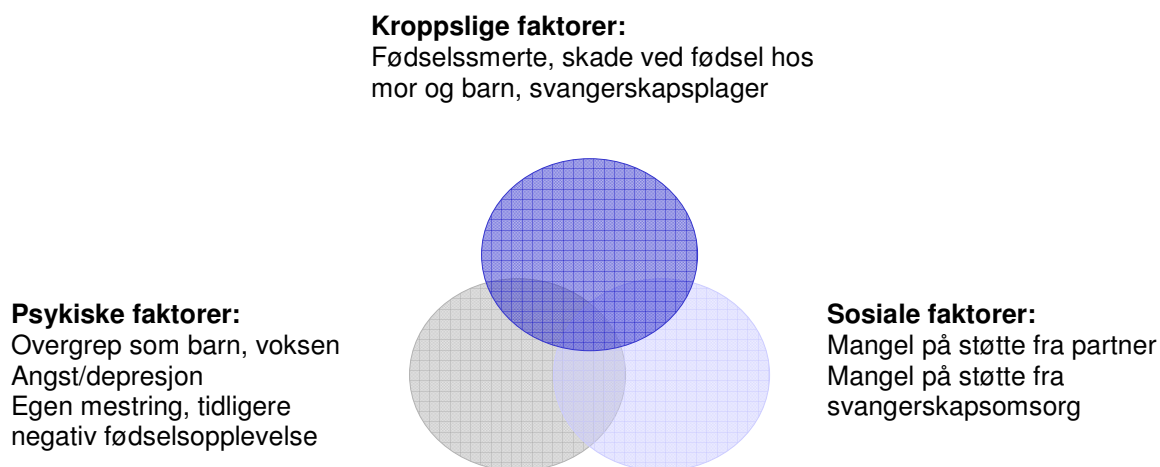
2.1.3 Hvordan kan redselen arte seg i svangerskapet?

Opplevelsen av redsel i svangerskapet kan variere fra synlige og umiddelbare tegn til mer dyptgripende problemer. Noen gravide opplever svangerskapet og et eventuelt møte med fødeavdelingen som overveldende. Umiddelbare stressreaksjoner kan være økende puls, hyperventilering, kvalme, blekhet, økt svette og skjelving (Kringlen 1982, Halvorsen et al 2008). I klinisk praksis beskrives også ulike svangerskapsplager og smerter som fører til hyppigere polikliniske kontroller (Grimstad og Schei 1999, Pikarinen et al 2007, Ryding et al 2007). Andre kan ha et stort behov for å prate og forteller om uro, utrygghet, søvnproblemer og at de har lett for å gråte. Videre beskrives konsentrasjonsvansker og en opplevelse av hjelpeløshet i hverdagen. Hvorfor kvinnene er redde kan være åpenbare. Andre ganger er det vanskeligere å forstå hva som ligger bak redselen (Areskog 1984, Melender 2002, Saisto og Halmesmäki 2003).

2.1.4 Hvorfor er kvinnene redde i svangerskapet?

Fenomenet redsel i svangerskapet kan ha mange fasetter. Det å grue seg til fødselen og å lure på om det er noe galt med barnet kan overskygge gleden og forventningen om å bli kjent med et nytt menneske. Kroppslige, psykiske og sosiale faktorer kan virke inn på redselen i svangerskapet og er videre delt inn i primære og sekundære faktorer (Saisto og Halmesmäki 2003).

Figur 1 Faktorer for redsel i svangerskapet



1. Primære faktorer

A: Kroppslige faktorer

Frykt for fødselssmerte kan bidra til at kvinnen gruer seg i svangerskapet. Saisto og Halmesmäki hevder at smerte og egenrapportert lav smertegrense er den mest vanlige grunn til redsel for å føde og at smerter i forbindelse med utdrivningsfasen fryktes mest (Saisto og Halmesmäki 2003). Smerte ved fødsel kan også assosieres med generell redsel for smerte (Sjøgren 1997). Den sveitsiske prospektiv fødselskohortstudien viste at 40 % var redde for fødselssmertene (Geissbuehler og Eberhart 2002).

Somatisk sykdom eller svangerskapsplager hos kvinnen kan antakelig bidra til redsel i svangerskapet. Det finnes lite litteratur som setter sykdom og svangerskapsplager i sammenheng med redsel i svangerskapet, men det er grunn til å tro at egenopplevd fysisk inkompetanse kan føre til at kvinner kan bli redde. Melender hevder i en finsk intervju- og spørreskjemaundersøkelse at sykdom, plager i svangerskapet og skade på egen kropp ved fødselen kan føre til at kvinnene blir redde i svangerskapet. Et eksempel er frykt for episiotomier og rupturer (Melender 2002). Eberhard-Gran et al har vist i en spørreskjemaundersøkelse med 2730 kvinner i 18-40 års alder at kvinner som har vært utsatt for vold er mer utsatt for fysiske sykdommer og plager enn andre kvinner. Dette gjelder blant annet plager i muskel og skjelettet

(Eberhard-Gran et al 2007). Bekkenløsning i svangerskapet er lite omtalt som en sammenheng med redsel i svangerskapet, men det er nærliggende å tenke, ut ifra klinisk praksis, at det kan finnes en sammenheng.

B: Psykiske faktorer

Psykiske plager som angst og depresjon er beskrevet som grunnlag for redsel i svangerskapet (Saisto et al 2001, Zar et al 2002, Ryding et al 2007, Laursen et al 2008, Eberhard-Gran 2008 b), og kan være en av grunnene til eget ønske om planlagt keisersnitt (Halvorsen et al 2008, Nerum et al 2006). Redsel i svangerskapet er ikke nødvendigvis et isolert problem, men kan assosieres med kvinnens personlighet og hennes personlige erfaringer. Angst og depresjon kan være like vanlig i svangerskapet som etter at barnet er født. Psykiske lidelser kan gi lav selvfølelse, en opplevelse av mangel på kontroll og en opplevelse av håpløshet. I tillegg kan konsentrasjonsvansker og en opplevelse av hjelpeløshet prege hverdagen (Eberhard-Gran og Slinning 2007). Kvinnens egen mor kan fortelle om sine negative fødselsopplevelser, omtalt som "kjøkkenkulturen", og kan gi datteren en psykologisk arv hvor hun bærer med seg en ekstrem redsel for å føde sitt eget barn. Denne tilstanden kalles primær tokofobi. (Hofberg & Ward 2004).

Fysiske og seksuelle overgrep i barndom eller voksen alder kan bidra til at kvinner blir redde i svangerskapet (Soet 2003, Hobbins 2004, Heimstad et al 2006). Egenrapportert forekomst av fysiske og seksuelle overgrep hos barn i Norge varierer mellom 2.9 - 19 % (Schei 1990; Schei et al 1994; Schou et al 2007). Finkelhor viser i en oversiktsartikkel over 21 land at forekomst av overgrep er opp mot 37 %, men at variasjonen skyldes ulike definisjoner av fenomenet med hensyn til hyppighet og alvorlighetsgrad og ikke variasjoner mellom land (Finkelhor 1994). I tillegg kan det være vanskelig å skille mellom ulike overgrepserfaringer (Hobbins 2004). Når et barn utsettes for press til seksuelle handlinger er sjansen stor for at opplevelsen også kan bære preg av vold. På samme måte kan voldelige handlinger oppleves som en krenkende invasjon av kroppen. Fysiske og seksuelle overgrep i barndommen kan ha påført barn synlige kroppslige funn. Overgrep kan også ha påført barn lite synlige psykiske og sosiale ettervirkninger etter å ha blitt holdt fast, lokket med og hindret i å forsvare seg mot smertefulle, respektløse og krenkende handlinger. Barn kan også selv ha blitt presset til å utføre seksuelle eller voldelige handlinger. Overgrep er

forbundet med skyld, skam og hemmelighold, og barn kan føle seg medansvarlig for handlingene. Engstelse, redsel og depresjon er beskrevet som langtidseffekter etter overgrep i barndommen (Beitchman et al 1992). Overgrep kan også senere virke negativt inn på kvinnens svangerskap og fødsel (Rhodes og Hutchinson 1994, Hobbins 2004, Leeners et al, 2006 a og Leeners et al 2006 b). Heimstad et al hevder i den norske tverrsnittundersøkelse ved 18.-20. svangerskapsuke at det er en sammenheng mellom overgrep i barndommen og redsel i svangerskapet. (Heimstad et al 2006). Leeners viser i en oversiktsartikkel at kvinnene som har opplevd overgrep og som oppsøker lege eller helsepersonell kan være svært forsiktige med å informere om tidligere overgrep. Til tross for at forekomst av overgrep mot barn kan være høy, er det gjort få studier som omhandler hvilken betydning overgrep har i forhold til svangerskap, fødsel og barseltid. Det er stor variasjon på studiene med hensyn til metode og antall respondenter. Det er sparsomt med studier på en frisk befolkning på dette området (Leeners et al 2006 a).

Egen opplevelse av mestring kan ha betydning for hvordan svangerskap takles. Bandura hevder at individet evaluerer sin egen kapasitet for å mestre ulike realiteter og for å utføre forventet oppførsel. Mestringsevnen er en personlig overbevisning om at man kan lykkes i å utføre forventet oppførsel i en potensiell framtidig situasjon (Lowe 2000, Røysamb 1997). Kvinner som har positive erfaringer med at de tidligere har taklet ulike utfordringer godt vil ofte ha en større tillit til egen mestring enn andre som har dårligere erfaringer. På samme måte kan kvinner med dårlig mestringserfaring sette seg lavere mål med hva de er i stand til å takle enn hvis de hadde en god mestringserfaring (Leganger et al 1999). En fødsel kan ses på som en truende situasjon som det er vanskelig å rømme fra. Samtidig kan det eksistere en forventning fra kvinnen selv og fra omgivelsene om å mestre fødselen (Eriksson et al 2005). De innerste og dypeste krefter må ofte hentes fram både mentalt og fysisk under fødselen. Opplevelsen av egenkontroll over situasjonen kan være svekket eller mangle helt. Saisto et al hevder at kvinner som har lav egenopplevd mestringsevne er mer redde i svangerskapet enn andre kvinner (Saisto et al 2001).

C: Sosiale faktorer

Forhold til partner kan være av betydning for om kvinner er redde i svangerskapet. I nyere tid legger samfunnet i større grad opp til at partneren er involvert i svangerskapet og forestående fødsel. Svangerskapet er en livshendelse som paret kan oppleve sammen. Eriksson et al hevder at forhold til partner er av stor betydning når det gjelder redsel i svangerskapet. De har studert både kvinnen og partnerens redsel (Eriksson et al 2005, 2006). Saisto et al hevder i sin studie at et godt forhold til sin partner virker beskyttende mot redsel i svangerskapet (Saisto et al 2001).

Svangerskaps- og fødselsomsorgen kan være med på å forme kvinnens opplevelse av trygghet i svangerskapet. Jordmor og lege i svangerskaps- og fødselsomsorgen kan bidra til å skape et tillitsforhold som underbygger kvinnens tro på at hun kan mestre fødselen. Sjøgren hevder at manglende tillit til helsepersonalet er en grunn til at kvinner er redde i svangerskapet. Kvinner stoler ikke på at helsepersonalet gjør en god nok jobb i overvåkningen av mor og barn under fødselen (Sjøgren 1997). Intervensjonsstudier i forhold til redsel i svangerskapet viser viktigheten av psykologisk støtte og mestringsstrategier gjennom svangerskap og fødsel (Eriksson et al 2006, Heimstad et al 2006). Nerum et al og Halvorsen et al viser at tett oppfølging i svangerskapet hos kvinner som er redde i svangerskapet kan bidra til å redusere kvinnens ønske om keisersnitt (Nerum et al 2006, Halvorsen et al 2008).

Sosioøkonomiske faktorer som alder, utdanning, bosted, sivilstand og paritet kan i varierende grad virke inn på kvinnens redsel i svangerskapet. Stanley et al hevder at yngre gravide med lavere utdanning er mer redde i svangerskapet enn andre. Dette kan skyldes mindre erfaring og opplevelse av å være mindre forberedt til fødselen (Standley et al 1979). Saisto et al hevder at alder og utdanning har ingen innvirkning på redsel i svangerskapet, men at førstegangsfødende er mer redde enn flergangsfødende (Saisto et al 2001). En studie fra Sverige hevder at eldre kvinner i urbane miljø er mer redde i svangerskapet (Eriksson et al 2005). Dette funnet står i motsetning til en italiensk deskriptiv spørreskjemastudie med 810 respondenter ved termin som fordelte seg på nordlige og sørlige del av Italia. Respondenter fra to byer i Sør Italia viste høyere frekvens av redsel for fødselen enn respondenter i to større byer i Nord Italia. Her var kvinner i urbane strøk mindre redde før fødselen enn i mer landlige strøk (Renzo et al 1983). Heimstad et al hevder at det er ingen forskjell når

det gjelder gift/samboende kontra enslige hos kvinner som er redde for å føde i forhold til kvinner som ikke var redde for å føde (Heimstad et al 2006). Her er det altså stor variasjon mellom ulike studier.

2. Sekundære faktorer

Tidligere negativ fødselsopplevelse kan føre til at kvinnen frykter for neste fødsel. Sjøgren hevder at en tidligere dårlig fødselsopplevelse kan være en av hovedgrunnene til at kvinnen er bekymret for kommende fødsel. I fødejournalen kan en tidligere fødselsopplevelse se ukomplisert ut, men kan for kvinnen ha vært en svært negativ erfaring (Sjøgren 1997). Opplevelsen kan skyldes konkrete og synlige komplikasjoner hos kvinnen eller hos barnet i form av instrumentelle forløsninger, atoni, skader og sykdom hos mor eller barn eller død hos barn. Erfaringene kan også bestå av mindre synlige opplevelser hvor fødselen ikke har fungert godt på grunn av egne negative tanker eller dårlig kommunikasjon og manglende tillit til jordmor, barnepleier eller fødselslege. (Saisto og Halmesmäki 2003, Melender 2002, Sjøgren 1997, Areskog 1981, 82, 83).

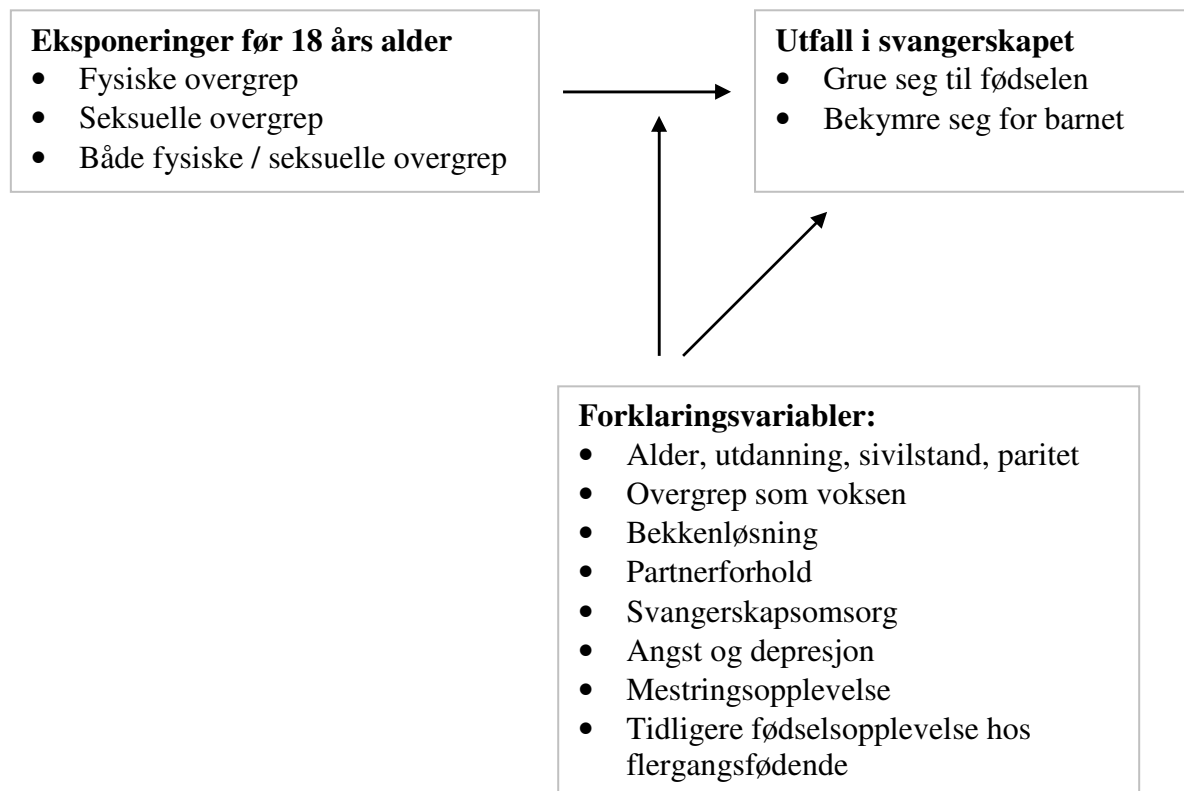
3. Hensikt

Hensikten med denne studien er å se om det kan være sammenhenger mellom fysiske overgrep og/eller press til seksuelle handlinger før 18 års alder og å grue seg veldig til fødselen og/ eller hele tiden å bekymre seg for om barnet ikke er friskt og velskapt. På denne bakgrunn er det viktig å se på følgende problemstillinger:

1. Er det en sammenheng mellom fysiske overgrep før 18 års alder og risiko for å grue seg til fødselen?
2. Er det en sammenheng mellom press til seksuelle handlinger før 18 års alder og risiko for å grue seg til fødselen?
3. Er det en sammenheng mellom fysiske overgrep før 18 års alder og risiko for hele tiden å bekymre seg for at barnet i magen ikke er friskt og velskapt?
4. Er det en sammenheng mellom press til seksuelle handlinger før 18 års alder og risiko for hele tiden å bekymre seg for at barnet i magen ikke er friskt og velskapt?

4. Teoretisk analysemodell

Figur 2 Hypotese om overgrep i barndommen og redsel i svangerskapet, en skjematisk oversikt over mulige sammenhenger.



Modeller kan bidra til å synliggjøre at livshendelser kan øke risikoen for helseproblemer (Dalgard et al 1995). Hvis vi konkretiserer en analysemodell i vår studie kan vi tenke at negative eksponeringer (overgrep i barndommen) kan bidra til negative utfall i svangerskapet (redsel). Fordi redsel i svangerskapet er et komplekst fenomen, kan andre faktorer modifisere (øke eller redusere) effekten mellom negativ eksponering og utfall.

Vent

KJÆRE, I DAG ER EG
KLEDD I SVART

FRÅ SKJORTE TIL HJARTA
FRÅ HJARTA TIL AUGA

VENT PÅ MEG
VED MIN SNURPA MUNN

VENT PÅ MEG
BAK MI SVARTE SKULDER

EG SKAL BARE GÅ VEGEN
FRÅ MIN BARNDOM

OG
HIT

Helge Torvund 1994

5. Metode og utvalg

5.1 Design

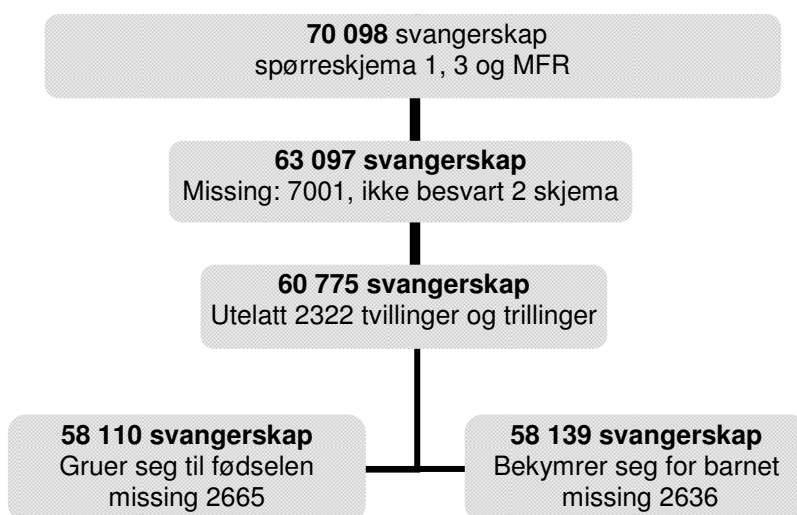
Datagrunnlaget for vår studie er hentet fra kohortstudien Den norske mor og barn – undersøkelsen (MoBa) ved Folkehelseinstituttet. Studien er prospektiv hvor 100 000 svangerskap blir rekruttert i ca 17. svangerskapsuke og følger mor, barn og parter med strukturerte spørreskjemaer, urinprøve og blodprøver flere år fram i tid. Formålet er å studere årsaker til sykdom og helseskade, og studien danner derfor grunnlaget for mange delstudier (Magnus et al 2006 a og b, Magnus 2007). Blod- og urinprøver samt opplysninger om barnet og partner vil ikke bli benyttet i denne studien. Navnet kohort er opprinnelig en gammel romersk betegnelse på en militær hærenhet på 196 menn som hadde en lik tilværelse i arbeid og fritid. I epidemiologiske studier benyttes samme terminologi på en gruppe mennesker som observeres over tid og ser hvem som utvikler sykdom. Det er derfor et ønske om at deltakerne (her gravide) har ulikt levesett (Magnus og Bakketeig 2003; Lang og Secic 2006).

Vår studie har en retrospektiv profil, fordi hovedeksponeringene er hentet fra barndommen (Polit og Beck 2004). Samtidig er utfallsvariablene og forklaringsvariablene hentet fra nåtid. Tidsangivelsen i vår studie gjelder et årsak - effektforhold. Vår studie kan også kalles en historisk kohortstudie fordi vi henter datamaterialet i et historisk datamateriale - barndommen (Magnus og Bakketeig 2003). Forekomsten av å grue seg til fødselen og å bekymre seg for barnet hos kvinner som har vært utsatt for fysiske og seksuelle overgrep i barndom sammenliknes med forekomst av å grue seg til fødselen og bekymre seg for barnet hos kvinner som ikke har vært utsatt for overgrep. I tillegg sammenliknes respondentene med resten av populasjonen i MoBa. Studien som vil vise forekomst er også analytisk fordi den beregner sammenhenger mellom utfall og eksponering. Det gjøres ingen intervensjon (Polit og Beck 2004).

5.2 Utvalg

Vår studie benytter data fra prosjektstart og framover i en seksårsperiode (1999 til 2006). Svangerskapet er enheten i studien, men enkelte kvinner deltar med flere enn ett svangerskap. I denne perioden finnes datafiler fra 70 098 svangerskap som inkluderer skjema 1 (17. svangerskapsuke) og 3 (30. svangerskapsuke) og meldeskjemaet fra Medisinsk fødselsregister - MFR (Irgens 2000). Deltakerprosenten er på 42.7 % av alle inviterte i denne tidsperioden (Magnus et al 2006). Ved 7001 svangerskap mangler opplysninger fra ett eller to spørreskjemaer. Disse respondentene tas ikke med i vår studie. Videre utelates 2322 svangerskap med flere enn ett barn i magen, fordi disse kvinnene gjennomfører et risikosvangerskap og kan ha tilleggsbekymringer som kan påvirke resultatet (Fisher og Stocky 2003). 60 775 svangerskap er derfor utgangspunktet for populasjonen i studien. I tillegg eksisterer en varierende missing ved de ulike spørsmålene. 58 110 har besvart spørsmålet om å grue seg til fødselen, og 58 139 har besvart spørsmålet om å bekymre seg for barnet. Antall respondenter vil også variere ved hovedeksponeringene og forklaringsvariablene.

Figur 3 Utvalg, fra spørreskjema 1 og 3 og Medisinsk Fødsels Register (MFR)



5.3 Datainnsamlingsprosess

Etter at de gravide har fått tilsendt et invitasjonsbrev om MoBa sammen med en timeavtale til ultralydscreening, mottar de en invitasjonspakke i posten ca tre uker før ultralyd i 17.-19. svangerskapsuke. Personopplysninger og dato for ultralydscreening oppgis til Folkehelseinstituttet fra 50 sykehus og noen privatpraktiserende spesialister som deltar i rekrutteringen. Personopplysningene er hentet fra henvisende lege, helsestasjonen eller fra kvinnen selv i forkant av ultralydscreeningen. Datatilsynet har godkjent oversendelsene. Listene danner grunnlag for antall potensielle deltakere, basis for oppslutningsprosent og analyse av seleksjon.

Brosjyre, invitasjonsbrev, informerte samtykkeerklæringer, strukturerte spørreskjemaer og frankerte svarkonvolutter sendes til den gravide og eventuelt hennes partner. Det informeres om hensikt, personvern og praktisk gjennomføring av studien. Studien er frivillig og deltakeren kan når som helst trekke seg. Data fra undersøkelsen kan ikke benyttes hvis informert samtykke ikke er undertegnet (vedlegg brev, samtykkeerklæring og deler av spørreskjemaene).

5.3.1 Inklusjonskriterier/eksklusjonskriterier i MoBa

Kvinner som gjennomfører ultralydscreening i 17.-19. svangerskapsuke får tilbud om deltakelse (Magnus et al 2006 a og b). Kun to sykehus med ultralydscreening for gravide og/eller fødeplass på landsbasis deltar ikke i studien. Alle 19 fylkene i Norge deltar, men populasjonen i MoBa er noe ujevnt representert i tid. Fordi rekrutteringen av landsdeler har pågått trinnvis over flere år, er ikke antall svangerskap jevnt representert ut over landet. Rekruttering startet i 1999. Hordaland og Akershus er godt representert fordi de har deltatt lengst. Oslo og Sør - Trønderlag kom først med i undersøkelsen i 2005. Informasjonsmateriell, samtykkeerklæringer og spørreskjemaer finnes på norsk, og er ikke oversatt til andre språk. Spørreskjemaene er såpass omfattende at hvis kvinnen ikke forstår språket kan deltakelse være vanskelig.

5.3.2 Pilotundersøkelsen

Det ble gjennomført en pilotundersøkelse på Sotra hvor erfaringene var gode med hensyn til besvarelse av spørreskjemaene. Rekruttering skjedde da via allmennpraktiserende leger. Etter pilotundersøkelsen ble sykehus og privatpraktiserende spesialister valgt, fordi noen allmennpraktiserende leger ikke ønsket å rekruttere av etiske grunner. Undersøkelsen ble vedtatt gjennomført av Stortinget i 1998 (Magnus et al 2006 a).

5.3.3 Oppbevaring av data

Persondatabasen inneholder navn, adresse og personnummer og registrerer alle mottak av spørreskjemaer. Her finnes ingen helseopplysninger utover opplysninger om aborter og dødfødsler. Disse opplysningene hindrer videre utsendinger. I spørreskjemadatabasen lagres alle innsamlede data. Det finnes ingen personidentifikasjon ut over et svangerskapsnummer som kan knyttes til persondatabasen. Det finnes en kobling mellom data fra det ordinære meldeskjemaet til MFR og databasen til MoBa. Datatilsynet har godkjent dette og kvinnen har gitt samtykke. Koblingen hindrer ny utsending ved dødfødsler.

5.3.4 Konesesjon

I 1996 (med fornyelse i 2003) fikk hovedstudien konsesjon fra Datatilsynet. Konesesjonen inkluderer opplysninger fra MFR. Koblingene mellom persondatabasen, spørreskjemadatabasen og meldeskjemaet til Medisinsk fødselsregister er begrenset. Kun et fåtall har tilgang til koblingen. Prosjektet omfatter personopplysninger som er sensitive, og har blitt behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Personopplysninger er nødvendig på grunn av postgang til og fra deltakerne og i datainnsamlingen. Data blir lagret med et løpenummer. Koblingen mellom personnummer og løpenummer er tilgjengelig i den grad det er nødvendig i selve datainnsamlingen og skal senere bare være tilgjengelig når koblinger med andre data skal foretas. Alle data som utleveres til forskere skal være aidentifiserte (Magnus et al 2006 a). Vår studie har søkt og fått godkjent tilgang på data til aktuelle problemstillinger (vedlegg kontrakt).

5.3.5 Spørreskjemaene

I MoBa studien besvares totalt syv spørreskjemaer. Spørreskjemaene i svangerskapet sendes til kvinnen i ca 17., 22. og 30. svangerskapsuke. Etter at barnet er født sendes spørreskjemaer ved 6, 18 og 36 måneder og ved 7 års alder. I tillegg sendes ett skjema til partner i ca 17. svangerskapsuke. Vår studie benytter svar fra to spørreskjemaer. Spørreskjema 1 (ca 17. svangerskapsuke) og spørreskjema 3 (ca 30. svangerskapsuke) omhandler sosioøkonomiske forhold, fysisk og psykisk helsetilstand, sosialt nettverk, oppfølging i svangerskapet, arbeidsforhold, kosthold og fysisk aktivitet (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2008, Den norske mor og barn undersøkelsen). Det sendes et påminnelsesbrev etter tre uker hvis spørreskjema 3 ikke er besvart. Spørreskjema 1 og 3 inneholder begge 16 sider med henholdsvis 139 og 137 hovedspørsmål.

5.4 Variabler

5.4.1 Avhengige variabler

1. *Jeg gruer meg veldig til fødselen*
2. *Jeg bekymrer meg hele tiden for at barnet ikke skal være friskt og velskapt*

Variablene er hentet fra spørreskjema 3 og er to av totalt ni spørsmålene som er satt sammen under temaet: *Hvor enig er du i beskrivelsene av dine tanker om forestående fødsel.* (Vedlegg: Spørreskjema 3, spørsmål 121) Spørsmålsrekken er konstruert spesielt for MoBa av forskere ved Folkehelseinstituttet i samarbeid med klinikere ved et norsk sykehus. Liknende spørsmål finnes også i en nederlandsk studie (Huizink et al 2004). Datatypene for begge utfallsvariablene er kategoriske. Målenivåene er ordinale med svaralternativene: 1: Svært enig, 2: enig, 3: litt enig, 4: litt uenig, 5: uenig og 6: svært uenig. De to utfallene er nært knyttet til hverandre, men blir behandlet atskilt fordi de kan omhandle ulike grupper gravide.

1. *Jeg gruer meg veldig til fødselen*

I spørreskjemaet gis det ingen ytterligere beskrivelse eller definisjon av hva betegnelsen innebærer. Dette betyr at skjønn og klinisk erfaring kan og bør anvendes

når variablene skal behandles og tolkes. For å kunne forberede seg til den kommende fødselen er det ikke uvanlig å være litt redd, og påstanden kan derfor omhandle de fleste gravide med de ulike svaralternativer. Variabelen ble først dikotomisert ved *svært enig* mot de andre alternativene. Målet var å fange opp de som *virkelig er redde*, og hvor hverdagen og omgivelsene kan påvirkes negativt. Vi valgte i tillegg å inkludere gruppen kvinner som var *enig* i at de gruer seg veldig til fødselen for å fange opp flest mulig gravide som gruer seg til fødselen. Videre har vi utelatt kvinner som er *litt enig* fordi vi mener disse innehar en "sunn" redsel.

2. Jeg bekymrer meg hele tiden for at barnet ikke skal være friskt og velskapt

Vi ønsker å kartlegge gruppen kvinner som er så bekymret for barnets velbefinnende at hverdagen og omgivelser kan bli negativt påvirket. Spørsmålet gir ingen ytterligere beskrivelse av hva kvinnen er bekymret for angående barnet. Ved å dikotomisere ved *svært enig* og resten av svaralternativene kan det være mulig å sile ut gravide som bekymrer seg mye for barnet. Vi valgte også her å inkludere gruppen kvinner som er *enig* i at de bekymrer seg for barnet for å fange opp flest mulig kvinner som er bekymret, men utelot å inkludere kvinner som var *litt enig*.

5.4.2 Uavhengige variabler

1. Å bli utsatt for fysiske overgrep

2. Å bli presset til seksuelle handlinger

Variablene er hentet fra spørreskjema 3 og er to av fire spørsmål under hovedspørsmålet: *Har du noen gang opplevd noe av det følgende:* (Vedlegg: Spørreskjema 3, spørsmål 132). Spørsmålsrekken er konstruert spesielt for MoBa av forskere tilknyttet Universitetet i Trondheim i samarbeid med forskere ved Folkehelseinstituttet. Datatypene for begge hovedeksponeringsvariablene er kategoriske. Målenivåene er nominale med svaralternativene: *1: nei, aldri og 2: ja, som barn (under 18 år)*. Svaralternativene inneholder også *ja, som voksen (over 18 år)*.

I spørreskjemaet er fysiske overgrep før 18 års alder ikke definert nærmere med hensyn til alder, alvorlighetsgrad og hyppighet av overgrep. Press til seksuelle

handlinger før 18 års alder vil også være en sammensatt, men spørsmålet kan gi en tydeligere tolkning. Spørsmålet henstiller til at offeret har blitt presset til en aktiv handling. Små barn som opplever en eller flere seksuelle handlinger og tenåringsjenter som opplever en voldtekt kan derfor innlemmes i denne gruppen. En del litteratur har ikke splittet fysiske og seksuelle overgrep fra hverandre (Sætre et al 1986; Finkelhor 1994). Vi ønsker å kartlegge om kategoriene gir ulike utslag. I tillegg ønsker vi å studere om kombinasjonen av begge typer overgrep kan forsterke redselen i svangerskapet (Springer et al 2007). Variablene ble rekodet til "rene" grupper for å kartlegge om kvinnene hadde vært utsatt for fysiske, seksuelle eller kombinasjonen av begge typer overgrep før 18 års alder. Fordi overgrep som voksen inngår i samme spørsmål, ble disse kategoriene behandlet som ved overgrep som barn. Vi får derfor seks "rene" kategorier med overgrep i tillegg til ingen overgrep i denne variabelen.

5.4.3 Forklaringsvariabler

Tabell 1 viser forklaringsvariablene som er hentet fra Medisinsk fødselsregister, spørreskjema 1 og 3. I tillegg vises datatyper og målenivåer (vedlegg: Spørreskjema 1 og 3).

Tabell 1. Oversikt over forklaringsvariabler

Kategori, innhold	Skjema Nummer	Spørsmål Nummer	Datatype	Målenivå
Alder		MFR	Numerisk	Heltall/intervall
Utdanning	1	50	Kategorisk	Nominal
Bosted		MFR	Kategorisk	Nominal
Sivilstand	3	116	Kategorisk	Nominal
Paritet		MFR	Kategorisk	Nominal
Overgrep i voksen alder	3	132	Kategorisk	Nominal
Partnerforhold - 10 spørsmål	1	127	Kategorisk	Ordinal
Svangerskapsomsorg - 5 spørsmål	3	1- 5	Kategorisk	Ordinal
Bekkenløsning (ukentlige plager)	1 og 3	38 og 55	Kategorisk	Nominal
Angst og depresjon	1	131, skala	Kategorisk	Ordinal
Opplevelse av egen mestring	3	125, skala	Kategorisk	Ordinal
Tidligere fødselsopplevelse	3	120	Kategorisk	Ordinal

Alder er rekodet i tre kategorier: ≤ 22 år (0), 23-37 år (1) og ≥ 38 år (2).

Utdanning ble dikotomisert i to grupper til >12 år (0) og ≤ 12 år (1)

Bosted ble likevel ikke tatt med som egen variabel i analysene fordi rekrutteringen på landsbasis foregikk trinnvis, populasjonsfordelingen endret seg mye i tidsperioden 1999-2006.

Sivilstand er kategorisert til gift (0), samboer (1) og enslig/annet (2) Enslig/annet inneholder alternativene enslig, skilt/separert, enke og annet.

Paritet ble dikotomisert til para 0 (0) og para ≥ 1 (1).

Overgrep som voksen (tidligere omtalt).

Partnerforhold består av 10 spørsmål som beskriver kvinnens forhold til sin partner. Rangering av svaralternativene på delspørsmål 2, 5 og 7 er snudd slik at positiv retning er lik i alle spørsmålene. Det er gjort en sumscore hvor høyeste og "dårligste" poengsum er 60 poeng. Ved dikotomisering er cut - off satt ved 10-persentilen. På denne måten studerer vi de ti prosent kvinner som har oppgitt dårligst forhold til sin partner. Det finnes ingen entydig validering på hvor cut-off skal settes i forhold til partnerforhold. Når det gjelder angst og depresjonsnivået i vår studie er cut- off validert til å bli satt ved 1.75 poeng (Winokur et al 1984, Tambs og Moum 1993). Dette utgjør et skille ved ca 10 og 90 % i vår populasjon. Vi har derfor valgt å sette et tilsvarende skille ved parterforhold. Gravide med bra forhold til sin partner får < 25 poeng (0) og gravide med dårligere forhold til sin partner får ≥ 25 poeng (1) (vedlegg: spørreskjema 3).

Svangerskapsomsorg: Fem av seks spørsmål er satt sammen om hvordan gravide opplever støtte og oppfølging i svangerskapet. Det sjette (og siste) spørsmålet omhandler helsevesenet generelt og er derfor utelatt her. Det er gjort en sumscore hvor høyeste og "dårligste" poengsum utgjør 30 poeng. Cut - off er satt ved 10-persentilen. På den måten studerer vi de ti prosent kvinnene som har oppgitt at de ikke synes at svangerskapsomsorgen fungerer godt. Det finnes heller ikke her en entydig validering på hvor cut-off skal settes. Vi har derfor som ved partnerforhold valgt å sette cut - off ved 10-persentillen. Kvinner som opplever at svangerskapsomsorgen ikke fungerer godt får > 14 poeng (1) og kvinner som opplever god svangerskapsomsorg får ≤ 14 poeng (0)(vedlegg: spørreskjema 3).

Bekkenløsning: Gravide blitt stilt ett spørsmål om bekkenløsning i løpet av alle uker av svangerskapet. De som en eller flere ganger har besvart at de har bekkenløsning kommer i denne kategorien (1). Det er ikke gitt noen definisjon for hva det innebærer å ha bekkenløsning. Kvinner uten angitt bekkenløsning betegnes med 0 (Vedlegg: spørreskjema 1 og 3).

Angst og depresjon: Symptom check list - 5 "Questions anxiety and depression" (SCL-5) består opprinnelig av 25 spørsmål. Skalaen er redusert til fem spørsmål hvor tre spørsmål omhandler symptomer på depresjon og to spørsmål omhandler symptomer på angst i løpet av de siste to ukene. (Tambs og Moum 1993, Winokur et al 1984). Skalaen er validert. Sumscore har en maksimalgrense på 20 poeng. Antall poeng er delt på antall spørsmål. Cut - off for symptomer på angst og depresjon er også i denne studien satt ved ≥ 1.75 poeng (1). Kvinner som ikke defineres i denne gruppen betegnes med 0 (vedlegg: Spørreskjema 1).

Opplevelse av egen mestring: Generalised self-efficacy-GSE er en skala som opprinnelig består av 10 spørsmål og som er kortet ned til fem spørsmål. Skalaen skal fange opp gravidens generelle opplevelse av egen mestring målt ved 30. svangerskapsuke. (Røysamb et al 2000). Total poengsum er maksimalt 20 poeng hvor en lav poengsum gir dårlig egenopplevd mestringsopplevelse. Vi ønsker å fange opp de ti prosent kvinner som har lavest egenopplevd mestringssevne. Dette er kvinner som skårer en lav poengsum (≤ 10 poeng)(1). En høyere poengsum defineres til å ha en bedre egenopplevd mestringssevne (0). Cut - off er satt ved 10-persentillen på lik linje med partnerforhold og svangerskapsomsorg og etter mal fra angst og depresjonsvariabelen. Det finnes ingen entydig validering på hvor cut - off skal settes (jfr partnerforhold). I tillegg er denne beslutningen tatt på bakgrunn av muntlig anbefaling fra Espen Røysamb ved Folkehelseinstituttet (Vedlegg: Spørreskjema 3)

Tidligere fødselsopplevelse besvares ut ifra ett enkelt spørsmål. Variabelen ble først dikotomisert i to kategorier. Kvinnen blir spurt om hvordan hennes opplevelse var av selve fødselen i det store og hele. Hvis hun krysser av i rubrikkene med *svært dårlig* eller *dårlig* defineres hun til å ha opplevd en negativ fødselsopplevelse i kategorien (1). Andre svaralternativer (sånn passe, god, veldig god) plasseres i den andre kategorien (0). Dette spørsmålet viste seg å ha en stor missing på 52.5 % hos flergangsfødende. Vi valgte derfor å rekode missingen til en egen kategori innen variabelen, slik at vi fikk tre kategorier (Vedlegg: Spørreskjema 3).

5.5 Statistiske analyser

Statistikkprogrammet SPSS 15.0 for Windows ble benyttet for å utføre statistiske analyser. Ved hjelp av histogram og qq-plott ble dataene vurdert til å være normalfordelte. Studien har sett på frekvenser, mean, median, minimum og maksimumsverdi og standard deviasjon (avvik) (SD). Videre er krysstabeller utført med Chi Square-test for å se på forskjeller mellom grupper. "Independent samle-test" ble benyttet for å se på sumscore av skalaer i forhold til utfallsvariablene. Studien benytter en logistisk regresjonsanalyse fordi avhengige og uavhengige variabler er kategoriske datatyper. Ved å sette cut - off på en sumscore ble kontinuerlige variabler rekodet til kategoriske datatyper. I den ujusterte logistiske regresjonsanalyse studerer vi styrken på sammenhengen mellom et utfall og en eksponering, også kalt en bivariat analyse. Variablene er recodet til to eller flere grupper innen hver kategorisk variabel. Vi ønsker å studere styrken på sammenheng mellom utfalls- og eksponeringsvariablene og kontrollerer for flere variabler (forklaringsvariabler). En multippel logistisk regresjonsanalyse blir brukt for å studere sammenhengen mellom to eller flere kategoriske eksponeringsvariabler og en utfallsvariabel (Long og Secic 1997).

Odds Ratio (OR) er benyttet fordi studien har retrospektive hovedeksponeringer. I den ujusterte analysen viser OR sjansen eller oddsen for sammenheng i to grupper (for eksempel overgrep eller ikke overgrep). Hvis det ikke er noen forskjell i risiko mellom disse to gruppene i forhold til utfallet (for eksempel å grue for fødsel) vil OR være lik 1. Konfidensintervallet (KI) viser spredningen mellom de "sanne verdiene" eller beskrevet som usikkerheten i estimatet. Hvis konfidensintervallet på 95 % ikke krysser, men ligger klart utenfor 1, er forskjellen signifikant på (i denne studien) 5 % nivå ($p < 0.05$) (Polit og Beck 2004). Nullhypotesen som sier at det ikke er en sammenheng mellom overgrep som barn og å grue for fødsel kan forkastes med 95 % sannsynlighet dersom estimatet er signifikant. I den multiple logistiske regresjonsanalysen vil OR kontrollere for andre variabler i analysen ved å øke eller redusere verdien.

Blokkanalyse er ikke vist i oppgaven, men ble benyttet for å kunne se hvordan den enkelte variabel virker inn i analysen. Variabler blir da systematisert i blokker. Hver

blokk legges ujustert inn i analysen og blir justert etter hvert som andre blokker legges til. På denne måten vises trinnvis om noen variabler påvirkes av andre variablene i analysen. Metoden ble benyttet for å kontrollere hvordan en enkelt variabel (angst og depresjonsnivået) virket inn på de andre variablene i analysen.

Signifikante variabler har blitt markert med en blå farge på skriften i tabellene. Noen variabler i den ujusterte og den justerte analysen er ikke signifikante. De er likevel inkludert for å vise at funn i denne studien ikke alltid stemmer overens med funn i litteraturen.

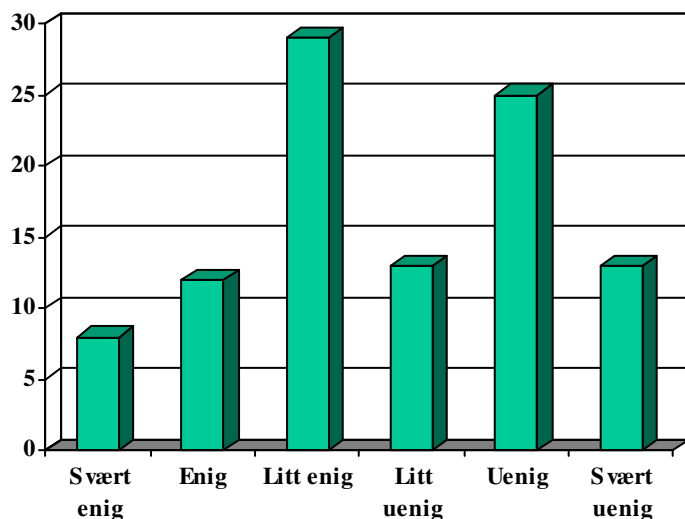
6. Resultater

6.1 Forekomst

6.1.1 Å grue seg veldig til fødselen

Vi har i 30. svangerskapsuke stilt spørsmålet: Hvor enig er du i beskrivelsene av dine tanker om forestående fødsel: *Jeg gruer meg veldig til fødselen*. Et av formålene med denne studien er å fange opp gravide som preges av sin redsel for å føde og hvor hverdagen og omgivelsene derfor kan påvirkes negativt. Figur 4 og tabell 2 viser at hvis vi studerer gravide som sier at de er *svært enig* i at de gruer seg veldig til fødselen utgjør dette 7.6 prosent (n = 4620) av kvinnene i MoBa. Dette kan være en gruppe kvinner som plages aller mest av sin redsel. Samtidig ser vi at 11.7 % (n = 7 080) også er enige i at de gruer seg veldig til fødselen. Vi har i videre analyser samlet disse gruppene som totalt utgjør 19.3 prosent (n = 11 700) for å fange opp flest mulig gravide i populasjonen som er redde i svangerskapet. 58 110 kvinner i MoBa har svart på dette spørsmålet.

Figur 4. Å grue seg veldig til fødselen



Tabell 2. Å grue seg veldig til fødselen

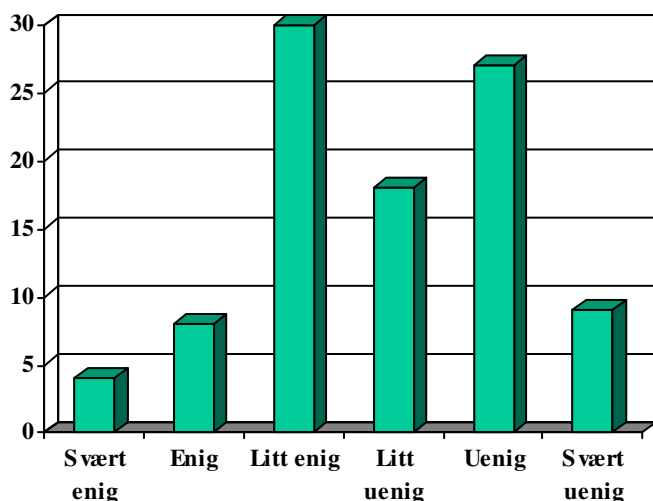
Grue fødsel	%	antall
Svært enig	7.6	4 620
Enig	11.7	7 080
Litt enig	27.8	16 886
Litt uenig	12.2	7 434
Uenig	24.1	14 622
Svært uenig	12.3	7 468

Figur 4 og tabell 2 viser hvordan gravide ved 30. svangerskapsuke i MoBa populasjonen fordeles i prosent og antall i forhold til å grue seg veldig til fødselen.

6.1.2 Å bekymre seg for at barnet ikke er friskt og velskapt

Et annet spørsmål besvart i 30. svangerskapsuke inngår også i hovedspørsmålet: Hvor enig er du i beskrivelsene av dine tanker om forestående fødsel: *Jeg bekymrer meg hele tiden for at barnet ikke er friskt og velskapt*. Figur 5 og tabell 3 viser at 3.9 % (n = 2356) er aller mest plaget med denne bekymringen. Samtidig ser vi at 7.4 % (n = 4523) er enige i at de bekymrer seg for barnet. Vi har i videre analyser samlet disse gruppene som totalt utgjør 11.3 % (n = 6879) for å fange opp flest mulig kvinner som bekymrer seg for barnet i magen. 58 139 kvinner i MoBa har svart på dette spørsmålet.

Figur 5. Bekymre seg for barnet i magen



Tabell 3. Bekymre seg for barnet i magen

Bekymring for barnet	%	Antall
Svært enig	3.9	2 356
Enig	7.4	4 523
Litt enig	30.3	18 403
Litt uenig	18.3	11 100
Uenig	27.2	16 542
Svært uenig	8.6	5 215

Figur 5 og tabell 3 viser hvordan gravide i 30. svangerskapsuke fordeler seg i MoBa populasjonen i prosent og antall i forhold til hele tiden å bekymre seg for at barnet ikke er friskt og velskapt.

6.1.3 Fysiske og seksuelle overgrep

Vi ønsket å studere hvor mange gravide i MoBa populasjonen som har oppgitt at de har vært utsatt for overgrep i barndommen. Studien har i 30. svangerskapsuke spurt kvinnene om de noen gang har opplevd noe av det følgende: 1. *Å bli utsatt for fysiske overgrep som barn (under 18 år)* og 2. *Å bli presset til seksuelle handlinger som barn (under 18 år)*. I tillegg til de to nevnte overgrepstypene har vi valgt å studere hvor mange gravide som har rapportert kombinasjonen av fysiske overgrep og seksuelle handlinger. Tabell 4 viser at 2.1 prosent (n = 1287) av de gravide har

blitt utsatt for fysiske overgrep før 18 år og 3.2 prosent (n = 1971) har presset til seksuelle handlinger før 18 års alder. Kvinner som har svart at de har blitt utsatt for kombinasjonen av fysiske og seksuelle overgrep før 18 år utgjør 2.2 prosent (n = 1348). Vi har her beskrevet forekomst i "rene" grupper. Hvis vi skulle beskrevet forekomst av kvinner som har krysset av på fysiske overgrep og press til seksuelle handlinger ville vi fått en høyere prosent på henholdsvis 6.5 % for fysiske overgrep og 5.1 % på press til seksuelle handlinger. Kvinnene har i samme spørsmål blitt spurt om overgrep i voksen alder. Tabellen viser også overgrep i voksen alder. 80.1 prosent (n = 48 654) rapporterer at de ikke hadde vært utsatt for overgrep. Dette inkluderer overgrep både som barn og voksen. Det totale antall gravide som hadde besvart dette spørsmålet var 57 677 kvinner.

Tabell 4. Overgrep som barn og voksen

Variabel		%	Antall
Ikke overgrep	Ikke overgrep	80.1	48 654
Overgrep barn	Fysiske overgrep	2.1	1287
	Seksuelt press	3.2	1971
	Fysisk / seksuelt	2.2	1348
Overgrep voksen	Fysiske overgrep	2.7	1646
	Seksuelt press	2.6	1578
	Fysisk / seksuelt	2.0	1193
Missing		5.1	3098

Forekomst av fysiske overgrep, press til seksuelle handlinger og fysiske/seksuelle overgrep før 18 års alder i prosent og antall. Tabell viser også overgrep som voksen.

For å bli kjent med MoBa populasjonen viser tabell 5 en oversikt over fordeling av forklaringsvariablene i antall og prosent slik svar alternativene er gitt i spørreskjemaene.

Tabell 5 Demografiske data for 60 775 svangerskap

Variabler	%	Antall
Alder (år)		
< 20 år	1.1	669
20-24 år	10.9	6 623
25-29 år	33.8	20 542
30-34 år	38.0	23 094
35-39 år	14.4	8 751
≥ 40 år	1.8	1 094
Utdanning		
9-årig grunnskole	3.4	1 910
1-2-årig videregående	5.6	3 409
Videregående yrkesfaglig	13.2	8 010
3-årig videregående allmennfag, gymnas	15.1	9 171
Distriktshøyskole, universitet ≤ 4 år (cand. Mag, sykepleier, lærer, ingeniør)	37.4	22 750
Universitet, høyskole > 4 år (hovedfag, embetseksamen)	17.8	10 845
Missing	7.7	4 680
Paritet		
P0	44.1	26 828
P1	36.0	21 904
P2	15.9	9 639
P3	3.2	1 919
≥ P4	0.8	484
Sivilstand		
Gift	48.1	29 233
Samboer	45.4	27 607
Skilt / separert /enke	0.3	208
Enslig	2.2	1 308
Annet	1.0	579
Missing	2.9	1 740
Morsmål (kvinnen eller partneren)		
Norsk	82.3	50 002
Annet morsmål	9.4	5 701
Missing	8.3	5 072

Hver enkelt forklaringsvariabel er her fordelt i mange kategorier. Vi vil videre vise prosentfordeling (og antall respondenter) ut ifra hvordan foerklaringsvariablene har blitt dikotomisert i studien.

Tabell 6 Forklaringsvariabler etter rekoding av kategorier

Forklaringsvariabler	%	Antall
Alder		
≤ 22 år	5.7	3 488
23-37 år	89.4	54 331
≥ 38 år	4.9	2 956
Utdanning		
>12 år	55.3	33 595
≤ 12 år	37.0	22 500
Missing	7.7	4 680
Sivilstand		
Gift	48.8	29 640
Samboer	44.8	27 205
Enslig/annet	2.6	1 606
Missing	3.8	2 324
Paritet		
Para 0	44.1	26 828
Para ≥ 1	55.9	33 947
Partnerforhold, dikotomisert sumscore (høyest poengsum viser dårligst utslag)		
1-24 cut-off	81.9	49 803
25-60	9.8	5 936
Missing	8.3	5 036
Svangerskapsomsorg, dikotomisert sumscore (høyest poengsum viser dårligst utslag)		
1-14 cut-off	86.5	52 537
15-30	9.1	5 558
Missing	4.4	2 680
Bekkenløsning		
Ikke bekkenløsning	56.0	34 049
Bekkenløsning	44.0	26 726
Angst og depresjon, dikotomisert sumscore (høyest poengsum viser dårligst utslag)		
1-8 cut-off	86.4	52 481
9-20	10.1	6 132
Missing	3.6	2163
Egenopplevelse av mestring, dikotomisert sumscore (lavest poengsum viser dårligst utslag)		
1-10, cut-off	12.7	7 718
11-20	83.8	50 904
Missing	3.5	2153
Fødselsopplevelse		
Tidligere negativ fødselsopplevelse	7.6	2 603
Ingen negativ fødselsopplevelse	39.9	13 793
Missing	52.5	16 570

Kvinnene i studien har en gjennomsnittsalder lik 29.95 år med Standard Deviation (SD) \pm 4.59 og median lik 30.00 år. Aldersspredningen er minimum 14 år og maksimum 47 år (Range 33). Tabell 6 viser at de fleste kvinnene befinner seg i aldersgruppen 22-37 år. Antall år med utdanning er fordelt i to kategorier som betegnes som høy og lav utdanning. 2/3 har høy utdanning i MoBa. Type sivilstand fordeler seg jevnt mellom gifte og samboende kvinner. Kategorien enslig/annet inneholder skilte, separerte, enker og annet. Det er færre førstegangsfødende i forhold til flergangsfødende i studien. Noen deltar med flere svangerskap. 9.7 % av kvinnene som har oppgitt dårligst forhold til sin partner ut ifra besvarelse av 10 sammensatte spørsmål er skilt ut (vedlegg: spørreskjema 1). Videre er også 10.1 % av de gravide som har oppgitt dårligst oppfølging og støtte i svangerskapsomsorgen ut ifra fem sammensatte spørsmål blitt skilt ut (vedlegg: spørreskjema 3, spørsmål 5). Nesten halvparten oppgir at de en eller flere uker i svangerskapet har bekkenløsning ut ifra en subjektiv definisjon. 10.3 prosent har opplevd symptomer på angst og depresjon i løpet av de siste 14 dagene tidlig i svangerskapet (spørreskjema 1, spørsmål 131). 12.9 % som har oppgitt dårligst egenopplevd mestringsevne ved 30. svangerskapsuke ut ifra fem sammensatte spørsmål er silt ut (spørreskjema 3, spørsmål 128). 7.6 % av flergangsfødende har oppgitt en tidligere dårlig fødselsopplevelse (Spørreskjema 3, spørsmål 120). Svært mange har ikke besvart dette spørsmålet. Missing er lagt til som egen kategori for å se hvordan denne gruppen fordeler seg i forhold til de to utfallene i videre analyser.

Spørreskjemaene er kun tilgjengelig på norsk, men stiller spørsmål om morsmål: *Har du eller barnets far et annet morsmål?* 9.4 prosent (n = 5701) av totalt 55 703 svarer at de har et annet morsmål enn norsk. 8.3 prosent (n = 5072) har ikke besvart spørsmålet. De fleste som deltar i studien er trolig nordiske siden de har klart å fylle ut spørreskjemaene. Studien har ikke oppfordret til bruk av tolketjeneste. Vi har valgt å utelate denne variabelen.

7. Analyser

7.1 Overgrep før 18 år og redsel i svangerskapet

Ujusterte analyser

Sammenhenger mellom overgrep før 18 år og redsel i svangerskapet

Gravide som har vært utsatt for overgrep før 18 års alder er mer utsatt for å grue seg til fødselen enn hvis kvinner som ikke har vært utsatt for overgrep. Dette gjelder ved 30. svangerskapsuke i analyser som ikke er justert for andre variabler. Tabell 7 viser en signifikant sammenheng mellom å grue seg og alle tre former for overgrep. Selv om sjansen ikke er så stor, er den størst ved kombinasjonen av fysiske og seksuelle overgrep. Konfidensintervallet viser usikkerheten i estimatet og p-verdien viser signifikansnivået. Tabellen viser også sammenhenger mellom overgrep i voksen alder og å grue seg til fødselen.

Tabell 7 Overgrep og å grue seg veldig til fødselen, ujustert analyse

	Variabler	Totalt N	Grue seg N (%)	Ujustert OR (KI)	P-verdi
	Totalt (svangerskap)	58 110	19.3 (11 700)		
	Ikke overgrep	48 654	19.1 (9 162)	1.0	
Barn	Fysiske overgrep	1 287	23.6 (300)	1.31 (1.15, 1.49)	< 0.001
	Seksuelle handlinger	1 971	22.5 (439)	1.23 (1.10, 1.37)	< 0.001
	Fysiske og seksuelle overgrep	1 348	29.1 (389)	1.74 (1.54, 1.96)	< 0.001
Voksen	Fysiske overgrep	1646	24.4 (397)	1.36 (1.21,1.53)	< 0.001
	Seksuelle handlinger	1578	21.2 (331)	1.14 (1.01, 1.29)	0.034
	Fysiske og seksuelle overgrep	1193	27.9 (326)	1.63 (1.44,1.86)	< 0.001

Sammenheng mellom overgrep og å grue seg veldig til fødselen. Krysstabell og logistisk regresjonsanalyse er benyttet. OR = Odds ratio, KI = konfidensintervallet.

Sammenhenger mellom overgrep før 18 år og å bekymre seg for barnet

Gravide som har vært utsatt for overgrep som barn er mer bekymret for at det er noe galt med barnet enn kvinner som ikke har vært utsatt for overgrep. Dette gjelder i ujusterte analyser ved 30. svangerskapsuke. Tabell 8 viser en signifikant sammenheng mellom å bekymre seg for barnet og alle tre former for overgrep før 18 års alder. Sjansen for sammenheng er ikke så stor, men den er størst ved

kombinasjonen av fysiske og seksuelle overgrep. Konfidensintervallene viser usikkerheten i estimatene og p-verdien viser signifikansnivået. Tabellen viser også sammenheng mellom overgrep i voksen alder og å bekymre seg for barnet.

Tabell 8. Overgrep og å bekymre seg for at barnet ikke er friskt og velskapt, ujustert analyse

	Variabler	Totalt N	Bekymre seg N (%)	Ujustert OR (KI)	P-verdi
	Totalt (svangerskap)	58 110	11.3 (6879)		
	Ikke overgrep	48 654	10.9 (5 262)	1.0	
Barn	Fysiske overgrep	1 287	16.2 (205)	1.57 (1.34, 1.82)	< 0.001
	Seksuelle handlinger	1 971	13.2 (258)	1.24 (1.08, 1.41)	< 0.002
	Fysiske og seksuelle overgrep	1 348	18.1 (241)	1.79 (1.55, 2.06)	< 0.001
Voksen	Fysiske overgrep	1646	15.5 (252)	1.49 (1.29, 1.71)	< 0.001
	Seksuelle handlinger	1578	13.2 (206)	1.23 (1.06, 1.43)	0.006
	Fysiske og seksuelle overgrep	1193	19.1 (225)	1.97 (1.66, 2.23)	< 0.001

Sammenheng mellom overgrep og å bekymre seg for at barnet ikke er friskt og velskapt. Krysstabell og logistisk regresjonsanalyse er benyttet. OR = Odds ratio, KI = konfidensintervallet.

Justerte analyser

For gravide i vår studie er det en sammenheng mellom fysiske overgrep, seksuelle handlinger og kombinasjonen av fysiske og seksuelle overgrep før 18 år og å grue seg til fødselen og å bekymre seg for barnet også når vi justerer for forklaringsvariablene. Tabell 9 viser en signifikant sammenheng mellom alle tre former for overgrep og å grue seg for fødselen. Selv om sammenhengene ikke er så sterke, er den sterkest ved kombinasjonen av fysiske og seksuelle overgrep. Tabell 10 viser en signifikant sammenheng mellom alle tre former for overgrep og å bekymre seg for barnet i magen. Også her er kombinasjonen av overgrep sterkest.

7.2 Forklaringsvariablene

Alder

I vår studie har alder ingen betydning for om kvinnen gruer seg til fødselen eller er bekymret for barnet i magen. Tabell 9 viser ingen sammenheng mellom kvinnens alder og å grue seg til fødselen. Tabell 10 viser heller ingen sammenheng mellom aldersfordeling hos kvinnene og bekymring for barnet. Alder ble forsøkt delt inn i

andre alderskategorier uten at dette gav utslag på resultatene. Når alder ble justert for de andre variablene var det fremdeles ingen sammenheng.

Utdanning

Hos kvinnene i vår studie har utdanningslengde ingen betydning for om kvinnene gruer seg til fødselen eller bekymrer seg for barnet. Tabell 9 viser ingen sammenheng mellom kortere eller lengre utdanning og å grue seg til fødselen. Tabell 10 viser ingen sammenheng mellom antall år med utdanning og om kvinnen er bekymret for barnet i magen. Resultatene for alder er uforandret etter justering for andre variabler.

Sivilstand

Hvis kvinnen ikke er gift, virker dette inn på hennes forventninger til fødselen og barnets velbefinnende i følge vår studie. Tabell 9 viser at det er en sammenheng mellom å være samboer eller å være enslig/annet og det å grue seg til fødselen i forhold til kvinner som er gift. Når kvinnens sivilstand justeres for andre variabler er det fremdeles en signifikant sammenheng. Selv om sjansen for sammenheng ikke er så stor, er den størst hvis kvinnen er enslig/annet. Tabell 10 viser at det er en sammenheng mellom å være samboende eller enslig/annet og å bekymre seg for barnet i forhold til kvinner som er gift. Når kvinnens sivilstand justeres for andre variabler er det fremdeles en signifikant sammenheng selv om den ikke er så stor. Kvinner som er enslige/annet har størst sjanse for å bekymre seg for barnet. Det er minimale forandringer på verdiene fra ujustert odds ratio (OR) og konfidensintervall (KI) til justert OR og KI.

Paritet

Antall barn (eller svangerskap etter 22. uke) som kvinnen har gjennomført før dette svangerskapet har ingen betydning for om hun gruer seg til fødselen eller er bekymret for barnet i magen. Tabell 9 viser ingen sammenheng mellom paritet og å grue seg til fødselen. Likeledes viser tabell 10 ingen sammenheng mellom paritet og å bekymre seg for barnet i magen. Paritet holder seg på samme nivå ved justering for andre variabler i den multiple analysen.

Overgrep som voksen

Kvinner som har vært utsatt for overgrep i voksen alder har større sjanse for å grue seg til fødselen og å bekymre seg for barnet enn kvinner uten denne erfaringen. Vi har i tabell 7 vist sammenheng mellom alle tre former for overgrep som voksen og å grue seg til fødselen i ujusterte analyser. Tabell 9 viser at når vi korrigerer for andre variabler er det fremdeles en sammenheng mellom fysiske overgrep og kombinasjonen av fysiske og seksuelle overgrep, men det er ingen signifikant sammenheng ved seksuelle overgrep. Sjansen for sammenheng er størst mellom kombinasjonen av overgrep og å grue seg selv om den ikke er så stor. I tabell 8 har vi vist at det er sammenheng mellom alle tre former for overgrep som voksen og å bekymre seg for barnet i ujusterte analyser. Tabell 10 viser at når vi justerer for andre variabler er det sammenheng mellom fysiske overgrep og kombinasjonen av begge typer overgrep som voksen. Sjansen for sammenheng mellom kombinasjonen av overgrep som voksen og å bekymre seg for barnet er størst selv om den ikke er så stor. Det er ingen signifikant sammenheng mellom press til seksuelle handlinger som voksen og bekymring for barnet i de justerte analysene.

Partnerforhold

I vår studie har det ingen betydning hva slags forhold de gravide har til sin partner tidlig i svangerskapet og om de gruer seg til fødselen (tabell 9). På samme måte er det ingen sammenheng mellom å bekymre seg for barnet og forhold til partneren (tabell 10). Selv om vi justerer for andre variabler er det ingen forandring.

Svangerskapsomsorg

Kvinner i vår studie som opplever at svangerskapsomsorgen ikke gir tilstrekkelig støtte og oppfølging gruer seg mer for å føde og er mer bekymret for barnet enn kvinner som er fornøyd med svangerskapsomsorgen. Dette gjelder i tredje trimester. Tabell 9 viser en sammenheng mellom manglende støtte og oppfølging i svangerskapsomsorgen og å grue seg til fødselen i forhold til de som mener å få tilstrekkelig støtte. Når analysen justeres for andre risikofaktorer er det fremdeles en sammenheng selv om den ikke er så sterk. Tabell 10 viser en sammenheng mellom manglende støtte og oppfølgingen i svangerskapsomsorgen og bekymring for barnet. Det er fremdeles en sammenheng når analysen justeres for andre variabler. Det er små forandringer i odds ratio og konfidensintervall fra ujustert til justerte analyser.

Bekkenløsning

Gravide som oppgir at de har bekkenløsning gruer seg mer for fødselen og bekymrer seg mer for barnet i magen enn kvinner uten bekkenløsning. Tabell 9 viser en sammenheng mellom bekkenløsning og å grue seg til fødselen. Når analysen justeres for andre variabler er det fremdeles en sammenheng selv om den ikke er så sterk. Tabell 10 viser også en sammenheng mellom bekkenløsning og å bekymre seg for barnet. Når andre faktorer trekkes inn er det fremdeles en sammenheng selv om den ikke er så sterk. Forandringene er små mellom ujusterte og justerte analyser.

Angst og depresjon

Om gravide har symptomer på angst og depresjon tidlig i svangerskapet har ingen betydning for om de gruer seg til fødselen eller bekymrer seg for barnet i magen. Tabell 9 viser ingen sammenheng mellom symptomer på angst og depresjon tidlig i svangerskapet og å grue seg til fødselen. Tabell 10 viser heller ingen sammenheng mellom symptomer på angst og depresjon i tidlig i svangerskapet og å bekymre seg for barnet. Selv om vi justerer for andre variabler er det ingen endring. En blokkanalyse ble benyttet for å se om symptomer på angst og depresjon virket inn på de andre variablene. I blokkanalysen ble angst og depresjonsvariabelen isolert for å synliggjøre mulige endringer på de andre variablene. Symptomer på angst og depresjon tidlig i svangerskapet hadde liten innvirkning på de andre variablene. Det ble også gjort en "independent sample test" hvor angst og depresjon ble behandlet som en kontinuerlig variabel (sumscore) i forhold til å grue seg til fødselen og bekymring for barnet. Vi fant ingen sammenheng mellom symptomer på angst og depresjon tidlig i svangerskapet og de to utfallene i studien.

Opplevelse av egen mestring

Gravide som opplever at de har en dårlig mestringsevne gruer seg mer for å føde og er mer bekymret for barnet enn kvinner med god mestringsopplevelse. Tabell 9 viser en sammenheng mellom lav egenopplevd mestringsevne og å grue seg til fødselen. Når analysen korrigeres for andre faktorer er det fremdeles en sammenheng selv om den ikke er sterk. Tabell 10 viser en sammenheng mellom lav egenopplevd mestringsevne og å bekymre seg for barnet. Når analysen justeres for andre variabler er det fremdeles en sammenheng hvor det er små forandringer på odds ratio og konfidensintervall.

7.3 Tabeller i multippel logistisk regresjonsanalyse

Tabell 9. Andel gravide som gruer seg veldig til fødselen i relasjon til alder, utdanning, sivilstand, paritet, misbruk som barn og voksen, partnerforhold, svangerskapsomsorg, bekkenløsning, angst og depresjon og egen mestring.

Variabler	Ujusterte analyser			Justerte analyser	
	Antall (n)	% (n) grue	P-verdi	OR	KI (95 %)
Totalt	58 110	19.3 (11700)			
Alder					
≤ 22 år	3297	20.3 (670)		1.0	
23-37år	51994	20.2 (10482)	0.625	1.00	0.90, 1.11
≥ 38år	2819	19.4 (548)		0.94	0.81, 1.08
Utdanning					
> 12 år	32943	20.1 (7223)		1.0	
≤ 12 år	22109	20.2 (4477)	0.587	1.00	0.91, 1.11
Sivilstand					
gift	29132	18.8 (5473)		1.0	
samboer	26841	21.1 (5659)		1.14	1.09, 1.19
enslig/annet	1570	27.3 (429)	< 0.001	1.49	1.31, 1.69
Paritet					
0	25740	20.0 (5144)		1.0	
≥ 1	32370	20.3 (6556)	0.422	1.00	0.96, 1.05
Misbrukt barn					
Nei	48045	19.1 (9162)		1.0	
fysisk	1270	23.6 (300)		1.20	1.05, 1.38
seksuelt	1950	22.5 (439)		1.23	1.10, 1.38
fysisk/seksuelt	1338	29.1 (389)	< 0.001	1.61	1.42, 1.83
Misbrukt, voksen					
fysisk	1631	24.3 (397)		1.29	1.14, 1.46
seksuelt	1560	21.2 (331)		1.10	0.97, 1.25
fysisk/seksuelt	1170	27.9 (326)	< 0.001	1.50	1.30, 1.72
Partnerforhold					
godt	48856	20.1 (9805)		1.0	
dårlig	5836	20.7 (1206)	0.283	1.02	0.95, 1.10
Svangerskapsomsorg					
god	51754	19.3 (10013)		1.0	
dårlig	5462	27.5 (1502)	< 0.001	1.46	1.37, 1.56
Bekkenløsning					
nei	31829	18.7 (5943)		1.0	
ja	26281	21.9 (5757)	< 0.001	1.22	1.17, 1.28
Angst og depresjon					
nei	51487	20.1 (10348)		1.0	
ja	6027	20.2 (1218)	0.839	0.99	0.92, 1.07
Egen mestring					
god	50300	18.7 (9430)		1.0	
dårlig	7591	29.1 (2209)	< 0.001	1.71	1.62, 1.82

Tabellen viser antall (n), prosent og P-verdi i de ujusterte analysene. Odds ratio (OR) og 95 % Konfidensintervall (KI) vises i de justerte analysene. Det var liten endring fra ujusterte OR og KI til justerte analyser. De er derfor ikke tatt med i denne analysen hvor en multippel logistisk regresjonsanalyse er benyttet. Ujusterte OR og KI for hovedeksponeringer er tidligere vist i resultatdel. Signifikante sammenhenger markeres med blått.

Tabell 10. Andel gravide som hele tiden bekymrer seg for at barnet ikke er friskt og velskapt i relasjon til alder, utdanning, sivilstand, paritet, misbruk som barn og voksen, partnerforhold, svangerskapsomsorg, bekkenløsning, angst og depresjon og egen mestring.

Variabler	Ujusterte analyser			Justerte analyser	
	Antall	% (n) bekymret for barnet	P-verdi	OR	KI (95 %)
Totalt (svangerskap)	58 139	11.3 (6879)			
Alder					
≤ 22 år	3299	11.7 (387)		1.0	
23-37år	52018	11.9 (6198)		1.03	0.91, 1.18
≥ 38år	2822	10.4 (294)	0.500	0.90	0.75, 1.08
Utdanning					
> 12 år	36 028	11.8 (4253)		1.0	
≤ 12 år	22111	11.9 (2626)	0.795	0.95	0.82, 1.04
Sivilstand					
gift	29168	10.2 (2969)		1.0	
samboer	26837	13.0 (3483)		1.27	1.20, 1.35
enslig/annet	1570	22.5 (353)	< 0.001	2.23	1.95, 2.56
Paritet					
0	25757	12.0 (3084)		1.0	
≥ 1	32382	11.7 (3795)	0.346	0.97	0.91, 1.02
Misbrukt barn					
Nei	48084	10.9 (5262)		1.0	
fysisk	1267	16.2 (205)		1.42	1.20, 1.67
seksuelt	1950	13.2 (258)		1.22	1.06, 1.41
fysisk/seksuelt	1334	18.1 (241)	< 0.001	1.59	1.36, 1.85
Voksen					
fysisk	1628	15.5 (252)		1.41	1.22, 1.63
seksuelt	1566	13.2 (206)		1.15	0.98, 1.35
fysisk/seksuelt	1175	19.1 (225)	< 0.001	1.68	1.44, 1.97
Partnerforhold					
godt	48885	11.8 (5752)		1.0	
dårlig	5835	12.1 (707)	0.433	1.03	0.94, 1.13
Svangerskapsomsorg					
god	51775	11.1 (5767)		1.0	
dårlig	5468	18.3 (1001)	< 0.001	1.66	1.54, 1.80
Bekkenløsning					
nei	31851	11.1 (3521)		1.0	
ja	26288	12.8 (3358)	< 0.001	1.16	1.01, 1.23
Angst og depresjon					
nei	51514	11.8 (6074)		1.0	
ja	6026	12.0 (725)	0.585	1.01	0.92, 1.10
Egen mestring					
god	50355	10.9 (5469)		1.0	
dårlig	7575	18.1 (1372)	< 0.001	1.74	1.62, 1.86

Tabellen viser antall (n), prosent og P-verdi i de ujusterte analysene. Odds ratio (OR) og 95 % Konfidensintervall (KI) vises i de justerte analysene. Det var liten endring fra ujusterte OR og KI til justerte analyser. De er derfor ikke tatt med i denne analysen hvor en multipl logistisk regresjonsanalyse er benyttet. Ujusterte OR og KI for hovedeksponeringer er tidligere vist i resultatdel. Signifikante sammenhenger markeres med blått.

Tidligere fødselsopplevelser hos flergangsfødende

Flergangsfødende som har en tidligere negativ fødselsopplevelse gruer seg betydelig mer til fødselen og er mer bekymret for barnet i magen enn kvinner uten negative fødselsopplevelser. Tabell 11 viser en signifikant sammenheng mellom tidligere dårlig fødselsopplevelse og å grue seg til fødselen i ujusterte analyser. Missing ble vurdert som egen kategori og omtales i "Metode - sterke og svake sider i MoBa under overskriften "missing". Når analysen justeres for andre variabler virker negative fødselsopplevelser så sterkt at det ikke lenger er en sammenheng mellom fysisk overgrep, press til seksuelle handlinger og kombinasjonen av fysiske og seksuelle overgrep før 18 års alder og å grue seg til fødselen. Videre er det en sammenheng mellom type sivilstand, utilstrekkelig svangerskapsomsorg, negativ mestringsopplevelse, tidligere negativ fødselsopplevelse og å grue seg til fødselen. Det synes ikke å være noen sammenheng mellom alder, utdanning, misbruk i voksen alder, partnerforhold, bekkenløsning, symptomer på angst og depresjon tidlig i svangerskapet og å grue seg til fødselen hos flergangsfødende.

Tabell 12 viser en sammenheng mellom tidligere negativ fødselsopplevelse og å bekymre seg for barnet hos flergangsfødende, men sammenhengen er ikke så sterk som ved å grue seg til fødselen. Når analysen justeres for andre variabler er det fremdeles en sammenheng selv om den ikke er så sterk. Videre er det en sammenheng mellom fysiske, seksuelle og kombinasjonen av fysiske og seksuelle overgrep før 18 års alder og å bekymre seg for barnet selv om tidligere negativ fødselsopplevelse er lagt til. Det er også en sammenheng mellom type sivilstand, fysiske og kombinasjonen av overgrep som voksen, utilstrekkelig svangerskapsomsorg, bekkenløsning, negativ mestringssevne, tidligere negativ fødselsopplevelse og å bekymre seg for barnet. Det synes ikke å være en sammenheng hos flergangsfødende mellom alder, utdanning, press til seksuelle handlinger som voksen, negativt partnerforhold, definert angst og depresjon og bekymring for barnet.

Tabell 11. Andel flergangsfødende som gruer seg veldig til fødselen i relasjon til alder, utdanning, sivilstand, misbruk som barn og voksen, partnerforhold, svangerskapsomsorg, bekkenløsning, angst og depresjon, egen mestring og tidligere fødselsopplevelse.

Variabler	Ujusterte analyser			Justerte analyser	
	Antall	% (n) grue	P-verdi	OR	KI (95 %)
Totalt (svangerskap)	32 966	19.0 (6 674)			
Alder					
≤ 22 år	488	18.6 (91)		1.0	
23-37år	30215	20.4 (6151)		1.03	0.73, 1.51
≥ 38år	2263	19.2 (434)	0.272	0.88	0.58, 1.33
Utdanning					
> 12 år	19856	20.3 (4029)		1.0	
≤ 12 år	13110	20.2 (2647)	0.824	1.17	0.92, 1.48
Sivilstand					
gift	16564	19.1 (3158)		1.0	
samboer	15226	21.0 (3202)		1.14	1.04, 1.24
enslig/annet	884	27.6 (244)	< 0.001	1.82	1.31, 2.53
Misbrukt barn					
Nei	27245	19.2 (5219)		1.0	
fysisk	748	24.2 (181)		0.90	0.68, 1.19
seksuelt	1122	24.5 (275)		1.19	0.95, 1.48
fysisk/seksuelt	760	27.5 (209)	< 0.001	1.26	0.97, 1.63
Voksen					
fysisk	909	23.8 (216)		1.04	0.80, 1.35
seksuelt	910	22.2 (202)		1.01	0.78, 1.29
fysisk/seksuelt	642	27.6 (177)	< 0.001	0.99	0.74, 1.32
Partnerforhold					
godt	26857	20.2 (5415)		1.0	
dårlig	4281	21.2 (908)	0.114	1.04	0.92, 1.18
Svangerskapsomsorg					
god	29354	19.4 (5694)		1.0	
dårlig	3098	28.3 (877)	< 0.001	1.30	1.12, 1.50
Bekkenløsning*					
nei	16776	18.9 (3175)		1.0	
ja	16190	21.6 (3501)	< 0.001	1.05	0.96, 1.14
Angst og depresjon					
nei	29401	20.2 (5934)		1.0	
ja	3224	20.5 (661)	0.668	1.03	0.89, 1.20
Egen mestring					
god	28549	19.0 (5422)		1.0	
dårlig	4297	28.5 (1226)	< 0.001	1.54	1.37, 1.72
Fødselsopplevelse					
Positiv	13793	14.3 (1968)		1.0	
Negativ	2603	61.9 (1610)	< 0.001	9.80	8.88, 10.81

Tabellen viser antall (n), prosent og P-verdi i de ujusterte analysene. Odds ratio (OR) og 95 % Konfidensintervall (KI) vises i de justerte analysene. Det var liten endring fra ujusterte OR og KI til justerte analyser. De er derfor ikke tatt med i denne analysen hvor en multipl logistisk regresjonsanalyse er benyttet. Ujusterte OR og KI for hovedeksponeringer er tidligere vist i resultatdel. Signifikante sammenhenger markeres med blått.

Tabell 12. Andel flergangsfødende som hele tiden bekymrer seg for at barnet ikke er friskt og velskapt i relasjon til alder, utdanning, sivilstand, misbruk som barn og voksen, partnerforhold, svangerskapsomsorg, bekkenløsning, angst og depresjon, egen mestring og tidligere fødselsopplevelse.

Variabler	Ujusterte analyser			Justerte analyser	
	Antall	% (n) bekymret for barnet	P-verdi	OR	KI (95 %)
Totalt (svangerskap)	32 983	11.0 (3860)			
Alder					
≤ 22 år	487	13.1(64)		1.0	
23-37år	30229	11.8 (3558)		0.91	0.60, 1.39
≥ 38år	2267	10.5 (238)	0.117	0.78	0.49, 1.25
Utdanning					
> 12 år	19870	11.6 (2312)		1.0	
≤ 12 år	13113	11.8 (1548)	0.639	1.11	0.84, 1.47
Sivilstand					
gift	16597	10.2 (1694)		1.0	
samboer	15214	12.7 (1937)		1.13	1.01, 1.26
enslig/annet	883	22.0 (194)	< 0.001	1.69	1.17, 2.43
Misbrukt					
Nei	27261	10.7 (2920)		1.0	
barn					
fysisk	746	17.2 (128)		1.40	1.04, 1.90
seksuelt	1126	14.8 (167)		1.30	1.00, 1.67
fysisk/seksuelt	757	16.6 (126)	< 0.001	1.45	1.08, 1.93
Voksen					
fysisk	909	16.5 (150)		1.53	1.16, 2.02
seksuelt	912	12.3 (112)		0.96	0.70, 1.31
fysisk/seksuelt	648	19.8 (128)	< 0.001	1.77	1.32, 2.38
Partnerforhold					
godt	26873	11.6 (3124)		1.0	
dårlig	4279	12.2 (520)	0.319	1.13	0.97, 1.31
Svangerskapsomsorg					
god	29359	11.0 (3242)		1.0	
dårlig	3112	17.9 (556)	< 0.001	1.54	1.31, 1.80
Bekkenløsning					
nei	16789	11.1 (1856)		1.0	
ja	16194	12.4 (2004)	< 0.001	1.12	1.01,1.25
Angst og depresjon					
nei	29419	11.7 (3435)		1.0	
ja	3223	12.0 (387)	0.579	0.97	0.81, 1.16
Egen mestring					
god	28583	10.8 (3096)		1.0	
dårlig	4287	17.3 (742)	< 0.001	1.51	1.32, 1.72
Tidligere fødselsopplevelse					
god	13811	9.8 (1351)		1.0	
dårlig	2618	18.3 (480)	< 0.001	1.96	1.73, 2.22

Tabellen viser antall (n), prosent og P-verdi i de ujusterte analysene. Odds ratio (OR) og 95 % Konfidensintervall (KI) vises i de justerte analysene. Det var liten endring fra ujusterte OR og KI til justerte analyser. De er derfor ikke tatt med i denne analysen hvor en multippel logistisk regresjonsanalyse er benyttet. Ujusterte OR og KI for hovedeksponeringer er tidligere vist i resultatdel. Signifikante sammenhenger markeres med blått.

Rygg
søyla
sin
sving
Den store
dansen
er i gang
Vridningen på
kroppen
når fosteret
si skulder
pressar
seg
ut
Den store
dansen
som svingar vidare
og vidare gjennom
regn og hav
morgonbad
Ein kropp
i dans
i vatn
i luft
i lys

Helge Torvund: I vatn, i lys Dikt i utval, Samlaget

8. Diskusjon

8.1 Sammendrag av resultater

Vi fant at 19.3 % av gravide i vår studie med ett barn i magen gruer seg veldig til fødselen. Videre fant vi at 11.3 % av kvinnene med ett barn i magen er hele tiden bekymret for at barnet ikke er friskt og velskapt. Fysiske overgrep før 18 års alder ble identifisert hos 2.1 % av kvinnene. Videre oppgav 3.2 % at de har opplevd press til seksuelle handlinger i barndommen. Kvinner som rapporterer at de har vært utsatt for kombinasjonen av fysiske og seksuelle overgrep før 18 år utgjorde 2.2 %.

Alle gravide som oppgir at de har vært utsatt for fysiske overgrep, press til seksuelle handlinger og kombinasjonen av fysiske og seksuelle overgrep før 18 års alder er mer utsatt for å grue seg til fødselen og er mer bekymret for barnet i magen enn kvinner som ikke har vært utsatt for overgrep som barn. Kvinner som er samboere og enslige er mer utsatt enn gifte, gravide med bekkenløsning og kvinner som har opplevd fysisk og kombinasjonen av fysisk og seksuelle overgrep som voksne gruer seg mer til fødselen og er mer bekymret for barnet. Samtidig fant vi at det ikke lenger var forskjell på kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep som voksne og kvinner uten opplevd overgrep når vi korrigerer for andre faktorer. Gravide som har negative erfaringer med svangerskapsomsorgen er mer utsatt for å grue seg for fødselen og å bekymre seg for barnet. Kvinner som opplever at de har en dårlig mestringsevne gruer seg og er mer bekymret for barnet enn gravide som opplever at egen mestringsevne er god. Kvinnens alder, utdanningslengde, paritet, partnerforhold og symptomer på angst og depresjon tidlig i svangerskapet synes ikke å ha betydning for om hun gruer seg til fødselen eller er bekymret for barnet i magen.

Vi studerte **flergangsfødende** og fant at hvis vi korrigerer for tidligere negative fødselsopplevelser er det ikke signifikant sammenheng mellom fysiske overgrep, press til seksuelle handlinger og kombinasjonen av fysiske og seksuelle handlinger som barn og å grue seg til fødselen. Kvinner med tidligere dårlige fødselsopplevelser er betydelig mer utsatt for å grue seg til fødselen enn kvinner uten slike erfaringer. Flergangsfødende som er samboere og enslige er mer utsatt enn gifte, og hvis kvinnene har liten tro på egen mestringsevne gruer de seg mer til fødselen enn andre som har en god mestringsopplevelse. Flergangsfødende som opplever at oppfølging

i svangerskapsomsorgen ikke er god gruer seg mer enn kvinner som opplever at de får god oppfølging. Kvinnens alder, utdanningslengde, misbruk i voksen alder, partnerforhold, bekkenløsning og symptomer på angst og depresjon synes ikke å ha betydning for om flergangsfødende gruer seg til fødselen.

Vi fant også hos flergangsfødende at selv om vi korrigerer for tidligere negative fødselsopplevelser er det en sammenheng mellom fysiske overgrep, press til seksuelle handlinger og kombinasjonen av fysiske og seksuelle handlinger som barn og å bekymre seg for barnet i magen. Tidligere negativ fødselsopplevelse har også en sammenheng med bekymring for barnet selv om vi korrigerer for andre variabler. Andre tilsvarende variabler for flergangsfødende er ellers så godt som identiske med våre funn blant alle gravide når det gjelder bekymring for barnet.

8.2 Diskusjon av resultatene

8.2.1 Forekomst

Å grue seg til fødselen

Vi fant at en av fem kvinner i MoBa gruer seg til fødselen. Dette utgjør 11 700 av 58 100 kvinner i 30. svangerskapsuke. Gravide som gruer seg til fødselen er en sammensatt gruppe hvor redselen kan skyldes mange forhold. I vår studie har vi sammenfallende resultater som i studier tilbake til 80-tallet. Areskogs banebrytende studie likner vår ved at 17 % var redde og 6 % var svært redde for fødselen i 31.-32. svangerskapsuke (Areskog 1981). Hvis vi i vår studie deler gruppen gravide som gruer seg til fødselen i to, utgjør de som gruer seg aller mest 7.6 % og de som gruer seg noe mer moderat 11.7 % (tabell 1). Selv om det er ulikheter mellom studiene er de målt på samme tidspunkt i svangerskapet, i en nordisk befolkning og består begge av spørreskjemabesvarelser. I Geissbuehler & Eberhards sveitsisk studie med et stort antall respondenter (n=8 528) svarte 5.3 % at de gruet seg intenst til fødselen (Geissbuehler & Eberhards 2002). Den kan til en viss grad sammenliknes med vår fordi begge studiene har pågått over flere år, og har en identisk gjennomsnittsalder på ca 30 år. Vår studie registrert redselen noe senere i svangerskapet og støtter derfor hypotesen om at gravide kan grue seg mer utover i tredje semestret enn tidlig i

svangerskapet (Hofberg og Ward 2003). Deltakerprosenten i vår studie er lavere (42.73 %) enn i den sveitsiske (79.1 %), samtidig er MoBa undersøkelsen mer omfattende med spørsmål på flere områder. Vår resultater er identisk med Saisto og Halmesmäkis funn fra flere europeiske land hvor 20 % av gravide i den vestlige verden er redde for å føde (Saisto og Halmesmäki 2003). Studiene har ulike metoder og kvalitet. Heimstad et al viser i sin norsk spørreskjemaundersøkelse (n= 1 321) at 5.5 % av gravide er svært redde for å føde (Heimstad et al 2006). Spørsmålet er besvart tidligere i svangerskapet, men sammenfaller med gruppen kvinner i vår studie som er aller mest redde for å føde. Laursen et al viser ved resultater fra den dansk prospektiv kohortstudie (n= 30 480 med ett barn i magen) at 7.4 % gruer seg veldig til fødselen i 32. svangerskapsuke (Lauren et al 2008). Vår studie ser på resultater fra alle gravide mens Laursen et al kun studerer førstegangsfødende. I vår studie finner vi ingen forskjell på forekomst av redsel hos første- og flergangsfødende og har derfor en mer omfattende studie. Den danske og norske studien kan til en viss grad sammenliknes (Magnus et al 2006 a). Samtidig har de utviklet noe ulik metode hvor den danske studien benytter strukturerte telefonintervju (Bedre sundhed for mor og barn (2008), dansk kohortstudie) Begge studiene er koblet mot opplysninger fra Medisinsk fødselsregister i sitt hjemland. Ved spørsmålene rundt redsel i svangerskapet har MoBa gitt flere alternative kategorier som svaralternativer. Laursen gir kun opplysninger om *mye* redsel for fødselen. Norge og Danmark har en temmelig lik populasjon, fordi nasjonene består av en liten og homogen befolkning med lav forekomst av immigranter (Eriksson et al 2006). Det som er nytt i vår studie i forhold til alle de andre studiene er at vi har en omfattende gruppe av friske første- og flergangsfødende som i større grad kan representere kvinnepopulasjonen. I tillegg kan vi differensiere grad av å grue seg for fødselen.

Å bekymre seg for at barnet ikke er friskt og velskapt

Vi fant at drøye en av ti gravide i vår studie er bekymret for at barnet i magen ikke er friskt og velskapt. Dette utgjør 6 879 av 58 139 kvinner. Hvis den gravide opplever at hun *hele tiden* er bekymret for at barnet ikke er friskt og velskapt kan dette oppleves stressende og kanskje påvirke hverdagen. Areskog viste ingen egen forekomst av bekymring for barnet i magen, men beskrev at redselen i svangerskapet blant annet kan skyldes bekymringen for å få et barn som er fysisk og mentalt skadet. (Areskog

1981). Sjøgren hevder i en kasus -kontrollstudie (n=100) at over 30 % var redde for at barnet skulle dø. Det er i studien ikke angitt grad av bekymring for barnet (Sjøgren 1998). Szeverényi et al hevder i sin ungarske studie at 31.5 % er svært bekymring for barnets helse (Szeverényi et al 1998). Geissbuehler og Eberhard hevder at opp til 50 % av gravide i deres kohort var bekymret for barnet i magen. Svaret var et av flere alternativ for hvorfor gravide var redde for å føde. Grad av bekymring for barnet i magen er derfor også her uklar (Geissbuehler og Eberhard 2002). Eriksson et al har i en svensk retrospektiv tverrsnittsundersøkelse viste at 35 % av kvinnene som gruet seg til fødselen var redde for at barnet skulle være sykt eller handikappet. Seks prosent var redde for at barnet skulle dø under fødselen (Eriksson et al 2006). Hvis vi i vår studie ser på forekomst av gravide som har svart at de er litt enig, enig eller svært enig i bekymring for barnet utgjør dette 41.6 % av gravide i MoBa (Tabell 2). Vi nærmer oss derfor den sveitsiske, den ungarske og de to svenske studiene i forekomst med forbehold om at grad av bekymring er uklar. Eksisterende litteratur har stor variasjon i forekomst og er i tillegg hovedsakelig deskriptive. I vår studie er bekymringen for barnet i magen et selvstendig utfall. I tillegg er vår studie mer spesifikk i sine funn ved at respondentene er gitt flere svaralternativer med hensyn til grad av bekymring. Vår studie gir derfor ny kunnskap om gravides bekymring for barnet i magen.

Overgrep i barndommen

Vi fant i vår studie at mellom 2.2 - 3.2 % av kvinnene har vært utsatt for fysiske, seksuelle eller kombinasjonen av begge typer overgrep før 18 års alder. Vi kjenner ikke til alvorlighetsgraden av overgrepene fordi det ikke er gitt noen definisjoner i spørreskjemaet. Forekomsten av overgrep i barndommen fordeler seg temmelig likt mellom gruppene og ligger i lavere sjikt i forhold til annen litteratur som viser stor variasjon. Vi valgte å lete etter "rene" grupper av fysiske og seksuelle overgrep som barn. Metodisk har vi delt opp gruppen utsatte barn i tre deler selv om de i spørreskjemaet besvarer to overgrepstyper. Vi vurderte derfor kun fysisk, kun seksuelt og kun kombinasjonen av begge typer overgrep. Hvis vi primært hadde ønsket å se på antall avkryssninger for de to overgrepsformene uavhengig av om de hadde satt kryss for flere overgrepstyper ville vi fått en høyere forekomst på begge på mellom 5 - 6.5 %. Få studier benytter "vår" metode, og de fleste studier oppnår

derfor en blanding hvor det er uklart om respondenten har vært utsatt for en eller flere overgrepstyper. Dette kan bidra til at vi ser en lavere forekomst av overgrep i vår studie. En norsk forekomststudie blant 510 kvinnelige studenter viste at 19 % hadde opplevd seksuelle overgrep, og 5 % hadde opplevd et eller flere alvorlige overgrep før 18 års alder (Schei et al 1994). Sætre et al fant i en norsk landsomfattende spørreskjemaundersøkelse med 539 kvinner at 19 % var utsatt for ulike typer seksuelle overgrep før 18 år (Sætre et al 1986). En helseundersøkelse blant 7977 15-16 årige jenter i seks norske fylker i perioden 2000-2004 viste selvrapportert vold og seksuelle overgrep siste året. 4.6 % var blitt utsatt for vold fra voksne og 11.8 % fra annen ungdom. 6.1 % var blitt utsatt for seksuelle overgrep fra voksne eller ungdom (Schou et al 2007). Normann et al hevder i en oversiktsartikkel at i Norge er ca 5 % av barn utsatt for alvorlig former for overgrep (Normann et al 1992). Regstad et al hevder at det finnes mørketall i Norge når det gjelder overgrep mot barn. De beskrev i en spørreundersøkelse i Nordland med 129 respondenter tilknyttet psykiatrisk behandling at det eksisterer en stor diskrepans mellom diagnostisert forekomst av overgrep mot barn registrert i ICS-10 systemet og i behandlingsapparatet (Regstad et al 2006). I en internasjonal oversiktsartikkel over 21 land fant Finkelhor en forekomst av seksuelle overgrep på mellom 7-36 %. Finkelhor mangler opplysninger på hvilken aldersgruppe av barn dette gjelder, men hevder at variasjonen i forekomst ikke skyldes forskjell mellom land, men mellom definisjoner av overgrep (Finkelhor 1994).

Antakelig er vår studie mest sammenliknbar med Folkehelseinstituttets helseundersøkelse blant ungdom som har lavest forekomst, fordi respondentene også besvarer flere andre temaer i spørreskjemaene (Schou et al 2007). Samtidig ser ingen av de sammenliknende studiene på forekomst i en gravid populasjon. Noen kvinner som har vært utsatt for overgrep blir ikke gravide og er derfor ikke med i vår studie. Dette kan påvirke resultatene. Samtidig kan forekomsten i vår studie ha blitt lavere fordi den er "vannet ut" ved å søke etter flere "rene" grupper av overgrep. Likevel etterlyses longitudinelle studier hvor flere overgrepstyper belyses samtidig (Sætre et al 1986, Springer et al 2007). Fordelen med vår studie er derfor at den skiller mellom ulike overgrepstyper i en stor populasjon, og danner et godt utgangspunkt for å se eventuelle forskjeller på utfall ved ulike overgrepstyper.

8.2.2 Overgrep i barndommen og å grue seg til fødselen

Vi har vist at det er en sammenheng mellom fysiske, seksuelle og kombinasjonen av begge typer overgrep før 18 års alder og å grue seg til fødselen. Sammenhengen er ikke svært stor, men den eksisterer ved alle tre overgrepstypene. Tabell 7 viser at sjansen for å grue seg er litt større hvis den gravide har vært utsatt for fysiske overgrep enn for press til seksuelle handlinger selv om forskjellen er liten i hele vår populasjon i de ujusterte analysene. Forskjellen mellom fysiske overgrep og press til seksuelle handlinger med hensyn til å grue jevnes helt ut når vi korrigerer for de andre risikofaktorene i de justerte analysene (tabell 9). Sjansen for å grue seg til fødselen er størst hvis den gravide har vært utsatt for både fysiske overgrep og presset til seksuelle handlinger i barndommen. Det å være utsatt for flere typer overgrep forsterker effekten av sammenheng mellom utfall og eksponering (Springer et al 2007). Vi kan i vår studie ikke si noe om alvorlighetsgrad av overgrep, men vi kan si noe om grad av å grue seg i forhold til overgrep. Vi kan i tillegg se på sammenheng mellom gruppen gravide i vår studie som gruer seg aller mest til fødselen (7.6 %, tabell 1, ikke vist i analysene). Sjansen for sammenheng mellom å grue seg er litt større ved alle tre overgrepstypene som barn enn hos de totalt 19.3 % gravide som vi i hovedsak har valgt å beskrive. Vår studie viser at overgrep som barn kan forsterke graden av å grue seg til fødselen. Kanskje kan fødselen reaktivere tanker om overgrep i barndommen (Eberhard-Gran et al 2008, Leeners et al 2006 a, Hobbins 2003, Rhodes og Hutchinson 1994). Gruppen flergangsfødende omtales under kapittelet: tidligere negative fødselsopplevelser.

Heimstad et al viste en signifikant sammenheng mellom fysiske og seksuelle overgrep som barn og redsel for å føde. Det var også her sterkest sammenheng mellom press til fysiske overgrep og redsel for å føde. Gjennomsnittsalderen tilsvarte vår studie på 29.6 år. (Heimstad et al 2006). Nerum et al fant i en norsk intervensjonsstudie blant gravide med fødselsangst at 63 % var blitt utsatt for overgrep. Det var en sammenheng mellom fødselsangst og overgrep. Det er uklart om overgrep fant sted som barn eller voksen (Nerum et al 2006). Leeners et al har gjort en tysk spørreskjemaundersøkelse hvor 226 kvinner deltok etter fødsel av et friskt barn. Studien hevder at overgrepet kan ha negativ effekt på fødselen, men har ikke gjort egne analyser på temaet (Leeners et al 2006 b). Soet et al gjennomførte en

amerikansk prospektiv studie blant 103 respondenter med tilsvarende gjennomsnittsalder. 67 % var hvite, og 69.7 % hadde høyere utdanning. 34 % opplevde fødselen som traumatisk, og det var en signifikant sammenheng mellom tidligere seksuelle overgrep og negativ opplevelse ved fødselen (Soet et al 2003). Springer et al fant i en longitudinell amerikansk populasjonsstudie med 2050 respondenter over en 20 års periode at deltakerne som hadde vært utsatt for fysiske overgrep i barndommen var mer utsatt for å få mentalt helseutfall i form av redsel i forhold til de som ikke hadde vært utsatt for fysiske overgrep (Springer et al 2007).

Våre funn bekrefter tidligere studier, men varierer i størrelse og metode. Studien til Heimstad et al er mest sammenliknbar fordi populasjonen er norsk, gjennomsnittsalderen er lik og de har også sett på sammenheng med både seksuelle og fysiske overgrep og å grue seg til fødselen. Vår studie har en større populasjon og i tillegg sett på den forsterkede effekten av begge typer overgrep. Vår studie kan sammenliknes med Springers studie ved at begge er longitudinelle samtidig som at utfalls- og hovedeksponeringsvariablene finnes i samme spørreskjema. Studiene har derfor en design med en retrospektiv profil. Begge studiene benytter logistisk regresjonsanalyse. Vår studie er mer omfattende fordi Springer kun studerer fysiske overgrep i barndommen, men hevder at det er stor sannsynlighet for at effekten av overgrep ville forsterke sammenheng med utfallet hvis ulike typer overgrep i barndommen var tatt med i studien. Vår studie er spesiell fordi det eksisterer overraskende få epidemiologiske studier som omhandler overgrep i barndommen som en risikofaktor og mulige helseutfall. Springer hevder at det er et tema med åpenbare sannsynlige kausale sammenhenger (Springer et al 2007).

8.2.3 Overgrep i barndommen og å bekymre seg for at barnet ikke er friskt og velskapt

Vi fant en sammenheng mellom fysiske, seksuelle og kombinasjonen av begge typer overgrep før 18 års alder og å bekymre seg for at barnet ikke var friskt og velskapt. Det er en sammenheng ved alle tre overgrepsformene selv om sjansen for sammenheng ikke er så stor. Tabell 8 viser at sjansen for bekymring er litt større hvis den gravide har vært utsatt for fysiske overgrep enn for press til seksuelle handlinger selv om forskjellen er liten. Forskjellen i odds mellom fysiske overgrep og press til

seksuelle handlinger holder seg selv om vi korrigerer for de andre faktorene (tabell 10). Sjansen for å bekymre seg for barnet er størst hvis den gravide har vært utsatt for kombinasjonen av både fysiske overgrep og presset til seksuelle handlinger i barndommen. Kanskje kan barnet i magen vekke minner om en tilstand hvor kvinnen selv ikke lenger har kontroll over egen kropp (Leeners et al 2006 a, Hobbins 2003, Rhodes og Hutchinson 1994)

Heimstad et al hevder at redsel for fødselen kan skyldes bekymring for at det kan være noe galt med barnet, men har ikke spurt direkte om bekymring for barnet (Heimstad et al 2006). Leeners et al har i en internasjonal oversiktsartikkel studert hvordan seksuelle overgrep kan virke inn på svangerskap, fødsel og barseltid. De fant at selv om aktuelle studier var mangelfulle og lite homogene kan det finnes sammenhenger (Leeners et al 2006 a). Farber et al hevder i en amerikanske retrospektiv studie tilknyttet en poliklinikk for gravide med psykiatriske problemer at manglende tiltro til egen evne om å beskytte barnet i magen kan bli vendt mot kvinnen selv slik at hun får tanker om selvmord. Når det gjaldt overgrep var sjansen størst hvis kvinnen var blitt utsatt for både seksuelle og fysiske overgrep (Farber et al 1996). Douglas fant i en skotsk kasus-kontrollstudie en sammenheng mellom kvinner som var blitt utsatt for seksuelle overgrep som barn og opplevelse av stress og engstelse overfor eget barn. Hun hevdet at mødrene kan bli redde for å berøre barnet sitt på intime områder på kroppen, og kan videre distansere seg fra barnet (Douglas 2000). Saisto og Halmesmäki har gjort en oversiktsstudie på redsel for fødselen hvor bekymring for barnet er en del av redselen. Bekymringen for barnet er likevel ikke satt i sammenheng med fysiske eller seksuelle overgrep i barndommen (Saisto og Halmesmäki 2003). Andre studier som tidligere er omtalte har ikke sett på sammenheng med overgrep i barndommen hos den gravide (Areskog 1981, Geissbuehler og Eberhard 2002, Eriksson et al 2006, Neuhaus et al 1994, Szeverényi et al 1998, Hofberg og Ward 2004).

På dette feltet er vår studie særegen i sitt slag. Her brøyter vi ny mark! Det finnes knapt noen - små eller store - studier som kan vise til analytiske resultater som omhandler overgrep i barndommen og bekymring for barnet i magen. Litteraturen som er omtalt er mangelfull, og det nærmeste som finnes av deskriptive studier, omhandler ikke spesifikt vårt tema. Selv om sjansen for sammenheng ikke er så

sterk, kan resultatene i vår studie bidra til ny innsikt på befolkningsnivå. Vi kan i større grad forstå hvorfor noen gravide er så redde i svangerskapet.

8.2.4 Andre forklaringsvariabler

Vår studie viser at det er sammenheng mellom fysiske og seksuelle overgrep og å grue seg til fødselen og å bekymre seg for barnet i magen. Men de lave oddsene vi har vist, må det eksistere andre forklaringer i tillegg. Vi ønsket derfor å inkludere andre faktorer som kan virke inn på redselen i svangerskapet.

Alder

I vår studie har alder ingen betydning for om kvinnene gruer seg til fødselen eller er bekymret for at barnet ikke er friskt og velskapt. Vi tredelte alder for å se om de yngste (≤ 23 år) og de eldre (> 37 år) var mer redde i svangerskapet enn hovedvekten av gravide som befinner seg i gruppen i midten. De aller yngste i vår studie er i mindretall. Saisto et al bekrefter våre funn med at alder ikke er av betydning for redsel i svangerskapet (Saisto et al 2001). Zarsloff et al og Standley et al hevder at de yngste kvinnene (ofte i gruppen yngre enn 20 år) var mest bekymret for barnet i magen. Både de eldste (ofte i gruppen over 35 år) og de yngste kvinnene var mer redde for selve fødselen enn referansegruppen (Zarloff et al 2007, Laursen et al 2007, Standley et al 1979). Vi forsøkte å variere inndelingen av alder uten at dette virket inn på resultatet. Vi inkluderer både første- og flergangsfødende slik at gjennomsnittsalderen i vår studie er noe høyere enn i Laursen et als studie. Kanskje kan resultatet i vår studie skyldes at effekten av redsel i svangerskapet i de ulike aldersgruppene gjensidig opphever hverandre?

Utdanning

Det synes ikke som at kort eller lang utdanning har noen betydning for om de gruer seg til fødselen eller om de er bekymret for barnet i magen i vår studie. Saisto et al hevder også at utdanningslengde ikke er av betydning for redsel i svangerskapet (Saisto et al 2001). Annen litteratur viser at lavt utdannede kvinner kan være mer redde i svangerskapet og for fødselen enn andre kvinner (Laursen et al 2007, Standley et al 1979). Samtidig viser annen litteratur at kvinner med høy sosioøkonomisk status i urbane strøk er mer redde for å føde (Eriksson et al 2005).

Kvinnene i vår studie kan i hovedsak ha lengre utdanning enn Norges befolkning. Lang utdanning kan bidra til at kvinnen er mer kjent med å tilegne seg kunnskap og forbereder seg ved å sette seg inn i litteratur om fødselen. Kanskje kan tilegning av kunnskap redusere redselen? Samtidig er sjansen tilstedet for at mer kunnskap om svangerskap og fødsel kan føre til at kvinnene i vår studie får mer oversikt over "alt som kan skje" og på den måten er mer redde i svangerskapet.

Sivilstand

Kvinnene i MoBa som er gift kommer best ut i forhold til å grue seg til fødselen og til å bekymre seg for at barnet ikke er friskt og velskapt. Samboerskap kommer noe dårligere ut selv om forskjellen er liten, og kvinner som er enslige (eller annet) har størst sjanse for å grue seg til fødselen og for å være bekymret for barnet i magen. Svangerskapet kan hos gravide skape et behov for støtte og nærhet i en ny livsfase. Det kan oppleves utrygt å være alene om å gjennomgå fødselen. Bekymringen for å takle framtiden hvis noe skulle være galt med barnet kan oppleves større for enslige. Dette bekreftes i flere studier (Melender 2002, Saisto et al 2001). Det er overraskende at kvinner i vår studie som er samboere kommer dårligere ut enn gifte gravide. Samboerskap er en vanlig samlivsform i Norge. Forskjellen kan skyldes at et giftemål i større grad enn samboerforhold kan gi en juridisk, økonomisk og følelsesmessig trygghet for framtiden. På den andre side kan et samboerskap være så godt at det ikke er nødvendig med formelle rettigheter. Forskjellen mellom samboerskap og gifte i MoBa er likevel liten. Flere studier innen samme tema har valgt å slå sammen disse to samlivsformene (Huizink et al 2004, Eriksson et al 2006, Ryding et al 2007). Heimstad et al har slått sammen gifte og samboere i en gruppe, og finner ingen forskjell mellom gifte/samboere og enslige når det gjelder redsel i svangerskapet (Heimstad et al). Samtidig har få studier sett på forskjellen mellom gifte og samboende, noe som gjør at vi må vise til resultatet. Vår studie viser likevel at det å være enslig er en større risikofaktor når det gjelder å være redd i svangerskapet.

Paritet

Det er ingen forskjell på første- og flergangsfødende når det gjelder redsel for å føde eller bekymring for at barnet ikke er friskt og velskapt. Dette bekreftes av andre studier (Heimstad et al 2006, Saisto og Halmesmäki 2003). Fødsler kan være svært

forskjellige og selv om kvinner har opplevd en tidligere fødsel kan en ny fødsel bli annerledes. På samme måte kan førstegangsfødende ha hørt om andre kvinners fødselserfaringer, men deres egen fødsel blir en ny opplevelse. Hofberg og Ward hevder i en oversiktsartikkel at førstegangsfødende kan være mer redde for å føde enn flergangsfødende fordi dette er en ny opplevelse (Hofberg og Ward 2003). Våre funn er sammenfallende med hovedvekten av litteratur på området.

Overgrep som voksen

Gravide som har vært utsatt for fysiske overgrep og for kombinasjonen av fysiske og seksuelle overgrep som voksen gruer seg mer til fødselen og er mer bekymret for barnet i magen enn andre som ikke har vært utsatt for overgrep. Når det gjelder press til seksuelle handlinger alene er det ingen forskjell når vi korrigerer for andre faktorer. Kanskje kan fysiske overgrep som er preget av vold føre til "skader" både fysisk og mentalt slik at kvinnen overfører tidligere opplevelser til fødselen og til bekymring for barnet i magen? Kvinner som har vært presset til seksuelle handlinger i voksen alder gruer seg ikke mer til fødselen og er ikke mer bekymret for barnet enn kvinner som ikke har vært utsatt for overgrep. Kan det skyldes at voksne kvinner blir mer "robuste"? Kanskje må kvinnen i større grad tåle press til seksuelle handlinger i et forhold hvor hun selv er en part? Samtidig ser vi den forsterkede effekten av at kvinnene som har vært utsatt for kombinasjonen av fysiske og seksuelle overgrep gruer seg mer for fødselen og er mer bekymret for barnet enn fysiske overgrep alene. Vår studie kan vise til funn som er mer spesifikke og som ikke er så kjent i litteraturen selv om sammenhengene ikke er så sterke. I motsetning til vår studie fant Eberhard-Gran et al, i en helt ny retrospektiv studie, signifikante sammenhenger mellom seksuelle overgrep som voksen og ekstrem redsel for å føde, men har ikke studert fysiske overgrep (Eberhard-Gran et al 2008 b). Heimstad et al fant ingen sammenheng mellom fysiske overgrep og press til seksuelle handlinger i voksen alder og redsel for å føde i sin studie (Heimstad et al 2006). Andre studier har ikke skilt mellom fysiske og seksuelle overgrep som barn og som voksen og i tillegg ikke sett på effekt av kombinasjonen av typer overgrep (Saisto og Halmesmäki 2003, Nerum et al 2006). Våre funn viser at fysiske og seksuelle overgrep skiller lag hvis vi ser på sammenheng for å grue seg veldig til fødselen og bekymring for barnet i magen selv om forskjellene ikke er store. Resultater fra vår studie står nokså alene

om å vise at ulike overgrepstyper i voksen alder kan gi ulike utslag i forbindelse med redsel i svangerskapet selv om forskjellene er små.

Forhold til partner

Hva slags forhold kvinnene har til sin partner tidlig i svangerskapet har ingen betydning for om de gruer seg til fødselen eller er bekymret for barnet i 30. svangerskapsuke. Noe litteratur hevder at partnerens rolle er viktig for kvinnen slik at de kan støtte hverandre i en ny livsfase (Brudal 2000, Cigoli et al 2006). I disse studiene angis ikke tidspunkt for når partnerforholdet i svangerskapet er undersøkt. Hvis vi ser hva "våre" kvinner har svart i forhold til sivilstand er dette et overraskende resultat fordi vi lett kan settes likhetstegn mellom sivilstand og partnerforhold. Likestilling har kommet langt i de nordiske landene sett i forhold til verden for øvrig. Barnefar er ofte tilstedet under fødselen og har lovmessige rettigheter til foreldrepermisjon etter fødselen (Eriksson et al 2006). Den gravide og hennes partner blir spurt om deltakelse i MoBa studien på samme tidspunkt. Kan dette bidra til at vi rekrutterer en overvekt av kvinner med et godt forhold til sin partner? Kvinnene er spurt om forholdet til partneren i ca 17. svangerskapsuke. Gravide kan være optimistiske og ved godt mot i en tidlig fase av graviditeten hvor mange er ferdig med den verste kvalmeperioden. Rofe et al og Saisto et al antyder at redsel for fødselen og for barnet øker utover i svangerskapet og er høyest i tredje trimester (Rofe et al 1993, Saisto et al 2003). Eberhart-Gran et al hevder at mange kvinner blir gravide når de har det godt med sin partner (Eberhard-Gran et al 2002). Overskudd og en glede over å være gravid kan virke positivt inn på forholdet til partneren. Vår studie bekrefter derfor kun partnerforhold på et tidlig tidspunkt i svangerskapet.

Oppfølging i svangerskapet

Dersom gravide i MoBa opplever at svangerskapsomsorgen ikke gir tilstrekkelig oppfølging og støtte gruer de seg mer til fødselen og er mer bekymret for barnet i magen. Hvis vi velger å se funnet på en annen måte, kan vi snu resultatene slik at vi ser at det er en sammenheng mellom en god svangerskapsomsorg og mindre sjanse for redsel i svangerskapet. En god svangerskapsomsorg virker derfor beskyttende på redsel i svangerskapet. Jordmor og lege lykkes trolig ikke med å fjerne redselen i svangerskapet, men en god oppfølging kan ha en positiv påvirkningskraft og innflytelse på gravide som er redde. Brudal hevder at på samme måte som at

kvinnen kan være mer sensibel overfor signaler fra barnet i magen kan hun være mer mottakelige for veiledning i svangerskapet enn ellers (Brudal 2000). Hvordan kvinnene blir møtt, lyttet til og ivaretatt er av stor betydning for hvordan de klarer å håndtere sin redsel i svangerskapet. (Nerum et al 2006, Sjøgren 1997, Eriksson et al 2006, Saisto et al 2006). Nerum et al og Halvorsen et al hevder også at en tett oppfølging i svangerskapet av redde gravide kan påvirke deres syn på forløsningsmetode (Nerum et al 2006, Halvorsen et al 2008). Vi har tidligere sett at hvilket forhold MoBa kvinnene har til sin partner har ingen sammenheng med redsel i svangerskapet. Hvordan gravide i vår studie blir møtt i svangerskapsomsorgen kan være av større betydning for redselen enn hvilket forhold de har til sin partner. Det er viktig å identifisere kvinner som har ekstra behov for støtte og som tviler på sin egen kapasitet ved fødselen (Eriksson et al 2006). Gravide som har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn kan ha et hyppigere behov for kontakt med svangerskaps- og fødselsomsorgen enn andre gravide (Grimstad og Schei 1999, Pirkarinen et al 2007, Hobbins 2004, Leeners et al 2006 a, Heimstad et al 2005). Våre funn stemmer overens med andre resultater og understreker krav om årvåkenhet innen svangerskaps- og fødselsomsorg slik at redde gravide blir fanget opp. Samtidig synliggjøres et behov og et ansvar for den gravide som kan være vanskelig å tilfredsstille i vår tid hvor bevilgninger til "friske" gravide reduseres.

Bekkenløsning

Gravide som oppgir at de har bekkenløsning gruer seg mer til fødselen og er mer bekymret for barnet i magen enn kvinner som ikke har bekkenløsning. Det finnes lite litteratur som viser sammenheng mellom bekkenløsning og redsel i svangerskapet. Mer generell litteratur beskriver en sammenheng mellom fysiske plager og redsel i svangerskapet (Saisto et al 2003, Melender 2002). Laursen et al hevder at kvinner som frykter fødselen har en lavere selvdefinert helse enn andre gravide (Laursen et al 2007). Annen litteratur hevder at det finnes sammenhenger mellom fysiske plager og fysiske og seksuelle overgrep (Grimstad og Schei 1999, Eberhard-Gran et al 2007). Walker et al hevder i en kasus-kontroll intervjustudie at det er en sammenheng mellom kroniske smerter i bekkenpartiet og seksuelle overgrep som barn eller voksen (Walker et al 1997). Kanskje kan sammenhenger mellom misbruk og bekkenløsning være et steg på veien til redsel i svangerskapet? Resultatene i vår studie kan være interessante fordi sammenheng mellom bekkenløsning og redsel i

svangerskapet er lite studert. Forekomst av bekkeløsning er høy i vår studie. Definisjonen på hvordan bekkenløsning diagnostiseres er ikke gitt i studien. Kvinnene rapporterer selv om de har bekkenløsning. Gravide som har krysset av for at de en eller flere uker i løpet av graviditeten har angitt at de har bekkeløsning kommer i denne kategorien. Hvor lenge svangerskapsplagen har pågått kan derfor variere fra en uke til samtlige uker fram til 30. svangerskapsuke. Resultatet som omhandler bekkenløsning er derfor svært grovmasket, og bør tolkes med forsiktighet.

Angst og depresjon kontra svangerskapsrelatert redsel

Kvinner i vår studie som opplever symptomer på angst og depresjon tidlig i svangerskapet gruer seg ikke mer til fødselen og er ikke mer bekymret for barnet i magen enn andre gravide i vår studie. Resultatet er noe overraskende i forhold til litteratur som hevder at det kan være en sammenheng mellom symptomer på angst og depresjon og redselen i svangerskapet (Saisto et al 2001, Zar et al 2002, Heimstad et al 2006, Nerum et al 2006, Ryding et al 2007, Halvorsen et al 2008, Laursen et al 2008, Eberhard-Gran et al 2008 b). Eberhard-Gran et al hevder i en tidligere artikkel at hovedvekten av kvinner som blir gravide i Norge har en god psykisk helse (Eberhard-Gran et al 2002). Kvinner i Norge velger ofte å bli gravide i en periode av livet hvor de har det godt. Huizink et al har i en prospektiv longitudinell nederlandsk studie med 230 respondenter vist som i vår studie at kvinner som gruer seg til fødselen og er bekymret for barnet ved ca 30. svangerskapsuke ikke har mer angst og depresjon enn andre gravide kvinner (Huizink et al 2004). Denne studien som har svært like spørsmål om utfall som vår studie bestod av lavrisikogravide fra en hvit middelklasse med en gjennomsnittsalder på ca 30 år og med ett barn i magen. Saisto et al hevder i en oversiktsartikkel at på den ene side kan kvinner som er redde i svangerskapet ofte ha en generell angst. På den andre side kan det være *uklare skillelinjer mellom symptomer på angst/depresjon og redsel i svangerskapet*. Dette til tross for at egne spørreskjemaer er laget primært for redsel i svangerskapet (Saisto et al 2003, Areskog 1981, 1982, 1983). Vår studie har, i motsetning til Laursen et als tilsvarende kohortstudie, holdt atskilt spørsmål som omhandler redsel i svangerskapet i uke 30 og spørsmål om symptomer på angst og depresjon i 17. svangerskapsuke (Laursen et al 2008). Vår studie kan derfor i større grad speile nyansene. Vi har benyttet en anerkjent angst- og depresjonskala (SCL-5). Skalaen omhandler både angst og depresjon fordi symptomene ofte er knyttet sammen

(Eberhard-Gran og Slinning 2007). Det kan stilles spørsmål ved om en skala på fem spørsmål om angst og depresjon kan fange opp kvinnens mentale tilstand. Kanskje ville en annen svangerskapsrelatert skala gitt et annet bilde av kvinnens mentale status. Samtidig er skalaen validert og gir derfor resultatet tyngde (Tambs og Moum 1993). Vår studie kan derfor i større grad enn de fleste andre studier skille mellom symptomer på angst og depresjon og svangerskapsrelatert redsel. Resultatene kan derfor tydeliggjøre uklarheter i litteraturen og peker på verdien av å ta utgangspunktet i en stor og frisk kvinnebefolkning.

Vi har tidligere vist at en god svangerskapsomsorg kan virke beskyttende på redsel i svangerskapet. Hvordan svangerskapsomsorgen oppleves kan derfor ha større betydning for den gravide enn om hun opplever symptomer på angst og depresjon i svangerskapet. Vår studie bidrar igjen til å synliggjøre hvor stor betydning det er for kvinnen hvordan hun blir møtt av jordmødre og leger i sitt svangerskap.

Egenopplevd mestringsevne

Gravide i vår studie som opplever at de har lav mestringsevne er utsatt for å grue seg til fødselen og til å bekymre seg for at barnet ikke er friskt og velskapt. Her bekrefter studien resultater fra tidligere studier. Saisto et al hevder at det er en sammenheng mellom redsel i svangerskapet og lav selvaktelse i 30. svangerskapsuke (Saisto et al 2001) Eriksson hevder at manglende tro på egen kapasitet har en sammenheng med redsel i svangerskapet. (Eriksson et al 2006). Lowe hevder i en amerikansk kasus-kontrollstudie at gravide i en høyrisikogruppe opplevde en større hjelpeløshet og lav selvfølelse i forhold til lavrisikogruppen. I tillegg var de mer redde for å miste kontrollen, at noe skulle gå galt med barnet og redde for selve fødselen. Kvinnene var høyt utdannede middelklassekvinner som besvarte ett spørreskjema i tredje trimester (Lowe 2000). Alehagen et al hevder i en liten svensk undersøkelse at negativ fokus og forventning til fødselen i svangerskapet kan bidra til en ond sirkel og føre til en negativ fødselsopplevelse (Alehagen et al 2006).

Vår studie viser at gravide med lav egenopplevd mestringsevne ikke har tillit til at de kan takle fødselen eller tro på at egne krefter kan løse barnet trygt gjennom fødselskanalen. Heiberg og Biørnstad hevder at selve fødekraften, det å gi liv er i alle kulturer tillagt enorm verdi (Heiberg og Biørnstad 2003). Dette kan være et godt

utgangspunkt som kan gi den gravide kvinnen status og skape positive forventninger til fødselen. Negative erfaringer som ulike former for krenkelses kan hindre kvinnenes positive forventninger i svangerskapet (Hobbins 2004). Tilliten til andre mennesker kan ha blitt brutt og virke inn på mestringsevnen. Selv om sammenhengen ikke er så sterk viser vår studie hvor viktig det kan være at jordmødre og leger er bevisst på kvinnens mestringsopplevelse slik at en tillit kan bygges opp før og under fødselen.

Tidligere negative fødselsopplevelser

Flergangsfødende i vår studie som har erfart tidligere negative fødselsopplevelser er mer utsatt for å grue seg til fødselen og er mer bekymret for barnet enn andre flergangsfødende. Studien bekrefter derfor annen litteratur som viser sammenhenger mellom en tidligere negativ fødselsopplevelse og å grue seg til fødselen (Hofberg & Ward 2004, Saisto og Halmesmäki 2003, Melender 2002, Sjøgren 1997, Areskog 1981, 82, 83). Bekymring for barnet er sjelden beskrevet. Vår studie viser at sammenhengen mellom tidligere negative fødselsopplevelser og å grue seg til fødselen er så sterk at det ikke er en signifikant sammenheng mellom det å grue seg til fødsel og fysiske overgrep, press til seksuelle handlinger og kombinasjonen av fysiske og seksuelle overgrep som barn. For kvinner som har tidligere negative fødselsopplevelser er sammenhengen med å grue seg til fødselen en sterkere faktor hos flergangsfødende enn faktoren overgrep som barn. Vi vet lite om hvorfor kvinnene har opplevd tidligere fødsler som negative. I vår studie er kun ett spørsmål stilt om tidligere fødselsopplevelser. Selv om kvinnen har besvart at opplevelsen var negativ vet vi lite om hva de negative erfaringene består av. Sjøgren et al hevder at tidligere negative fødselsopplevelser er en av de viktigste grunnene til at kvinnene gruer seg til fødselen. Redselen for fødselen kan skyldes en kompleksitet av hendelser ved tidligere opplevelser (Sjøgren 1997). En tidligere negativ fødselsopplevelse kan bestå av en samling elementer hvor misbruk som barn også kan være tilstede (Halvorsen et al 2008). Opplevelsen kan, som et overgrep fra barndommen, gi "flashback" ved forestående fødsel (Ryding et al 2007). Mange flergangsfødende har ikke besvart dette spørsmålet. Dette omtales i "Metode - sterke og svake sider i MoBa under overskriften "missing". Videre ser vi i vår studie at det er sammenheng mellom type sivilstand (samboer og enslig), god svangerskapsomsorg og negativ egenopplevd mestringsevne og det å grue seg til fødselen til tross for at vi har korrigert for tidligere negativ fødselsopplevelse. Det tyder på at disse faktorene er

robuste. Faktorer som kvinnens alder, utdanningslengde, misbruk i voksen alder, partnerforhold, bekkenløsning og symptomer på angst og depresjon synes hos flergangsfødende ikke å virke inn i forhold til å grue seg til fødselen.

Vår studie viser at selv om vi korrigerer for tidligere fødselsopplevelser hos flergangsfødende er det en sammenheng mellom bekymring for barnet og overgrep i barndommen. Tidligere negative fødselsopplevelser har også en sammenheng med bekymringen for barnet men er ikke så sterk som når det gjelder å grue seg til fødselen. Det kan tyde på at den tidligere fødselsopplevelsen ikke i så stor grad bunner i frykt for komplikasjoner hos barnet. Det er også hos flergangsfødende en sammenheng mellom sivilstand (samboer og enslig), bekkenløsning, god svangerskapsomsorg og negativ egenopplevd mestringsevne og bekymring for barnet. Det finnes lite sammenliknbar litteratur. Ryding et al etterlyser flere studier som omhandler sammenheng mellom fysisk og seksuelle overgrep som barn og negative fødselserfaringer (Ryding et al 2007). Vår studie er derfor nyskapende når den viser at forskjellen mellom første- og flergangsfødende når det gjelder å grue seg til fødselen kan skyldes en tidligere negativ fødselsopplevelse. Våre funn viser mindre forskjeller mellom første- og flergangsfødende når det gjelder bekymring for barnet.

8.3 Metode - sterke og svake sider i MoBa

8.3.1 Befolkningsstudie

Målet med MoBa er å kartlegge ulike årsakssammenhenger som kan føre til helseutfall hos mor og barn (Magnus et al 2007). En stor fordel er at studien fanger opp eksponeringer ved hjelp av spørreskjema-besvarelser fra en stor befolkning. Designet skaper avgrensninger med hensyn til type resultater. Vår studies målsetning er å finne forekomst og sammenhenger knyttet til redsel i svangerskapet. Studien har ingen målsetning om å utdype forståelsen av redsel i svangerskapet, noe som kun er mulig i en mindre populasjon. MoBa består av spørsmål og temaer som kan kartlegge mange forhold i kohorten. Svaralternativene er ikke alltid finmasket og tilpasset den enkelte kvinne. Dette kan gi unøyaktigheter fordi svaralternativene kan

være noe overfladiske berørt. Det er ingen underspørsmål knyttet til å grue seg til fødselen og bekymring for barnet. Vi vet ikke om redselen i svangerskapet hemmer den gravides hverdag og omgivelser, eller om hun har fått ekstra oppfølging av helsevesenet. Kanskje kunne denne informasjonen ha ført til at temaet ble bedre definert og belyst. Flere opplysninger om grad av overgrep, tidspunkt og hyppighet av overgrepene kunne også vært bedre belyst. Samtidig er sjansen liten for at en studie kun bestående av temaet redsel i svangerskapet ville fått tilgang til opplysninger fra en så stor populasjon. Nord Europa, og spesielt de nordiske landene, er godt representert når det gjelder befolkningsstudier. Sannsynligvis skyldes dette at landene er små med en homogen befolkning som har personnummer. Likevel er MoBa undersøkelsen unik i nasjonal og internasjonal sammenheng fordi det finnes få tilsvarende studier i en så stor befolkningsgruppe (Magnus et al 2006 a).

8.3.2 Seleksjon i befolkningen

Deltakelse i MoBa er 42.7 % i nevnte seksårsperiode. En potensiell deltakerprosent på 80 % kunne teoretisk sett ha ført til en dobling eller halvering av forekomsten av redsel i svangerskapet. Vi har ikke tilstrekkelig kunnskap om hvorfor deltakerprosenten er lav, men vil vise til noen antakelser. På grunn av personvernet gir Datatilsynet oss ingen rettigheter til å studere forskjeller mellom kvinnene som deltar i studien, i forhold til kvinner som ikke deltar, selv om en del opplysninger om alle potensielle deltakere finnes i Medisinsk fødselsregister. Det kan likevel tyde på at det finnes en viss seleksjonbias (Polit og Beck 2004). Den viktigste er sannsynligvis at kvinnene ikke er motivert til å delta. Utfylling av spørreskjemaene kan oppleves tidkrevende. Informasjonen og spørreskjemaene er kun på norsk. MoBa studiens webside (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2008, Den norske mor og barn undersøkelsen) inneholder noe engelsk informasjon i tillegg til engelske spørreskjemaer. Denne informasjonen benyttes av engelsktalende forskere, og de engelske spørreskjemaene kan ikke besvares. MoBa har en epidemiologisk tilnærming hvor vi leter i en stor og tilsynelatende frisk befolkning (Magnus og Bakketeig 2003). Noen kvinner er imidlertid primært utelatt fra deltakelse i MoBa fordi de er innsatt i fengsel eller er institusjonsbeboere. I tillegg kan sosialt marginaliserte kvinner være underrepresentert (Hjemmen et al 2002). Litteratur viser at barn som har opplevd overgrep kan være utsatt for å utvikle senvirkninger som stressrelaterte plager,

generelle fysiske plager, angst og depresjon (Regstad et al 2007, Eberhard-Gran et al 2007, Beitchman et al 1990). Disse kvinnene kan være underrepresentert i vår studie. Andre studier på vårt tema kan i større grad ha hentet respondenter fra en slik populasjon. For å få kartlagt temaet redsel i svangerskapet kan det derfor være viktig å studere variasjoner i type populasjon.

Populasjonen i MoBa viser en viss systematisk skjevfordeling. Dette kan ses ut ifra Statistisk Sentralbyrås oversikt over utdanningsnivået i den norske kvinnebefolkning kontra MoBa befolkningen. I følge SSB har 26.1 % av kvinner over 16 år i Norge fullført høyere utdanning utover 12 år (Statistisk sentralbyrå, 2008, utdanning). I vår studie har 55.3 % fullført mer enn 12 års skolegang. Likevel er disse populasjonene ikke helt sammenliknbare, fordi MoBa kun består av en gravid populasjon. Magnus et al hevder at ved å sammenlikne data fra Medisinsk fødselsregister (totale fødselstall) og populasjonen i MoBa er forskjellene minimale. MoBa kvinnene er litt eldre når de blir mødre, de får færre barn med lav fødselsvekt og det er færre enslige mødre enn i befolkningen (registrert i MFR). Det kan tyde på at bekymringen for et selektert utvalg kan være noe overdrevet. I tillegg er studien primært ikke en prevalensstudie, men ønsker å se på sammenhenger innen sin populasjon (Magnus et al 2006). Resultater fra studien kan ikke generaliseres fullstendig, men hovedsakelig representere gruppen kvinner som deltok i MoBa i tidsperioden 1999-2006. Hvis vi sammenlikner vår studie med andre studier ser vi at MoBa representerer en betydelig større gruppe uselekterte kvinner. I mangel av nøyaktig kunnskap om hele den norske kvinnebefolkning på samme alder er populasjonen i vår studie en god erstatning.

8.3.3 Selvrapporterte opplysninger

MoBa undersøkelsen er basert på selvrapporterte opplysninger. Dette kan gi en informasjonsbias (Podsakoff et al 2003). Fordi det ikke finnes en klar definisjon av redsel i svangerskapet kan det eksistere et gap mellom helsevesenets og kvinnens tolkning av redsel i svangerskapet. Den heterogene kvinnegruppen tolker spørsmålene ut ifra sitt subjektive erfaringsgrunnlag. Spørsmålene rundt press til seksuelle handlinger og fysiske overgrep i barndommen kan oppleves ulikt. Studien vil kun fange opp kvinner som ønsker å fortelle om overgrepene til andre. Kvinnene må *stole på* at opplysningene de gir behandles konfidensielt. Studien utelater svar fra kvinner som

hopper over spørsmålene fordi de er for ubehagelige og nærgående å svare på. Samtidig vil studien fange opp kvinner som mener de har vært utsatt for overgrep i barndommen, men hvor omgivelsene ikke vil være enige fordi det ikke foreligger noen juridisk dom. I tillegg vil sannsynligvis noen utsatte kvinner være mer opptatt av å besvare spørsmålene enn andre kvinner som mener at dette temaet ikke berører dem. Selvrapporterte opplysninger kan på samme måte som opplysninger fra helsevesenet alene være ensidig og mangelfulle. Samtidig kan spørreskjemabesvarelsen i en lukket konvolutt uten navn appellere til en ærlighet som ingen andre behøver å kjenne til.

8.3.4 Hukommelsesbias

Hovedstudien er longitudinell, hvilket betyr at kvinnene hovedsakelig har svart på spørsmål (eksponeringer) i nåtid. I vår undersøkelse er hovedeksponeringene besvart retrospektivt. Kvinnene må huske tilbake til mulige overgrep før 18 års alder. Det kan være vanskelig å svare nøyaktig om fortiden. Erfaringsgrunlaget farger hukommelsen og kan bidra til at respondentene har et selektert minne (Magnus & Bakketeig 2003). Spørsmålene som omhandler overgrep er formulert kategorisk med nominale datatyper (ja og nei). Kanskje kan minnene om overgrepene være såpass sterke at respondenten ikke har problemer med huske det hun måtte ønske å dele. Studien må ta forbehold om dette.

8.3.5 Validitet og reliabilitet

Spørsmålene tilknyttet vår studies utfall og hovedeksponeringer er ikke validert eller reliabilitetstestet. Spørsmålene er formulert spesielt for MoBa, og de repeteres ikke flere ganger i studien. Vi kan ikke identifisere sensitiviteten slik at vi med større sikkerhet kan sile ut kvinner som har vært utsatt for overgrep i barndommen og som er redde i svangerskapet. I tillegg ville studien få større tyngde hvis vi var sikrere på spesifisiteten eller de "sanne negative" som ikke er har vært utsatt for overgrep og som ikke er redde i svangerskapet (Magnus & Bakketeig 2003). Samtidig finnes det sparsomt med litteratur som omhandler validerte spørsmål spesifikt myntet på å grue seg til fødselen og bekymring for barnet. To av forklaringsvariablene i vår studie består av validerte skalaer. Dette gjelder SCL - 5 skalaen (angst og depresjon) i spørreskjema 1 og self-efficacy scale (egenopplevd mestringsevne) i spørreskjema

3. Resultatene fra disse skalaene kan sammenliknes med andre studier og styrker derfor resultatene i vår studie. Fordi de fleste besvarelser krever en subjektiv vurdering hos respondenten, vil våre valg av hvordan variablene skal måles og operasjonaliseres være avgjørende for resultatene (Svensson et al 2006). Et eksempel er hvordan vi har valgt å definere grad av å grue seg til fødselen. Tabell 2 viser en oversikt over besvarte kategorier. Vi valgte å sette cut-off mellom de som var *enig/svært enig* i at de gruer seg veldig til fødselen og resten av besvarelsene. Tabell 11 viser at det ikke er signifikant sammenheng mellom overgrep som barn og å grue til fødselen hos flergangsfødende i justerte analyser. Vi kunne også ha valgt å sette en strengere cut-off hos flergangsfødende, slik at de som kun har svart *svært enig* i at de gruer seg veldig til fødselen ble silt ut. Vi finner her en signifikant sammenheng mellom fysiske og kombinasjonen av fysiske og seksuelle overgrep som barn og å grue seg til fødselen selv om vi korrigerer for tidligere fødselsopplevelser. Dette viser at måling og operasjonalisering av variablene har betydning for resultatet, og at det eksisterer små marginer for hvilke variabler som er signifikante i denne studien.

8.3.6 Missing

I vår studie har vi to former for missing. For det første er dataene til studiet hentet fra to spørreskjemaer i tillegg til meldeskjemaet til Medisinsk fødselsregister (MFR). Når disse opplysningene kobles til én datafil får vi en missing, fordi noen respondenter kun har svart på ett av de to spørreskjemaene og må derfor utelukkes fra studien. I tillegg utelates tvilling- og trillingsvangerskap. Denne missingen er konstant. For det andre har noen respondenter ikke svart på enkeltspørsmål som inngår i analysene. Denne missingen vil derfor varierende. Vi har valgt å selektere ut kvinnene som har besvart alle aktuelle spørsmål for denne studien. Missing er derfor ikke inkludert i analysene. På spørsmålet om tidligere fødselsopplevelser, hadde vi en større missing enn på noen av de andre spørsmålene. Vi lurte derfor på om dette kunne gi utslag i analysene, siden denne variabelen har en meget høy odds ratio. Ved å velge missing som egen kategori i variabelen, så vi imidlertid at andelen av dem som hadde gruet seg i denne kategorien, var tilnærmet lik middelveiden i gruppen som hadde svart på spørsmålet. Vi antok derfor at missing kategorien representerte et

tilfeldig utvalg både av de som gruet seg og de som ikke gruet seg, og således influerte lite på det endelige resultatet i analysen.

8.3.7 Rekkefølge på spørsmål i samme skjema

Spørsmålene knyttet til utfallene og hovedeksponeringer er stilt i samme spørreskjema. Det er en mulighet for at spørsmål kan påvirke hverandres resultater når de besvares på samme tidspunkt (Springer et al 2007). Det kan være uklart hvilken vei effekten går på spørsmålene (Hill 1965). I vår studie er hovedeksponeringene så konkrete at sjansen for sammenblanding med utfallene er minimale. Videre er ikke respondentene kjent med studiens ønske om å lete etter sammenhenger mellom overgrep i barndommen og redsel i svangerskapet. Vår studie har likevel tatt visse forholdsregler når det gjelder spørsmålene som omhandler kvinnens angst- og depresjonsnivå og hennes forhold til partner. Studien har kun valgt å benytte spørsmålene om kvinnens symptomer på angst og depresjonsnivå og forhold til partner i 17. uke selv om de samme spørsmålene finnes i 30. svangerskapsuke. Det kan ved noen spørsmål i samme spørreskjema være vanskelig å vurdere eksponering og effektmål (Hill 1965). Eller mer folkelig: "Hva kommer først av høna og egget?". Vi ønsker å hindre sammenblanding med utfallene i 30. svangerskapsuke.

8.3.8 Kvinner med flere enn ett svangerskap i studien

Vår studie har pågått over seks år. Dette betyr at noen kvinner har deltatt med flere enn ett svangerskap. Kvinnene som gruer seg til å føde og som hele tiden er bekymret for at barnet ikke er friskt og velskapt kan derfor ha svart på de samme spørreskjemaene flere ganger. Dette kan ha ført til at forekomsten er noe forhøyet. Likevel ser vi at antall kvinner som deltar flere ganger er liten (Magnus et al 2006).

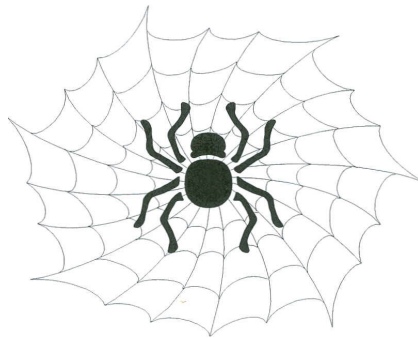
8.4 Etiske betraktninger

Studien er godkjent av Datatilsynet og vurdert av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Respondentene til pilotstudien i MoBa ble rekruttert via allmennpraktiserende leger. Hovedstudiens rekruttering skjer via sykehusene fordi en gruppe leger protesterte og mente at spørsmålene fokuserer på risiko for sykdom og kunne skape unødvendig engstelse blant gravide (Magnus et al 2006 a). Studien ble vedtatt gjennomført av Stortinget i 1998. Det gjøres ingen intervensjon og studiens formål er å forebygge sykdom og skade. Det kan likevel være en viss fare for at noen gravide kan oppleve å bli påført unødvendig uro ved måten spørsmålene er stilt på. De gravide skriver under på en informert samtykkeerklæring som bekrefter at materialet behandles konfidensielt og at tilbakemeldinger ikke gis. Respondentene deler sine sensitive opplysninger om overgrep, og selv om undersøkelsen gjennom sine prosedyrer sikres mot feil og misbruk av materialet, må respondentene stole på at opplysningene behandles varsomt og med respekt. Fordi det er mennesker som håndterer datamaterialet, kan vi aldri sikre oss 100 % mot at feil kan bli begått. Det viser seg at få respondenter har trukket seg fra studien i svangerskapet. Deltakelse ved spørreskjema 1 og 3 er på henholdsvis 94.9 % og 91.8 % (Magnus et al 2006 a).

For forskeren kan det kan være lett å "gå seg bort" i store datafiler. Det kreves nøyaktighet og presisjon. Et tastetrykk som er feil kan få konsekvenser for analyseresultatet. Videre kan det være fristende å pynte på en analyse som gir et annet resultat enn det som var forventet å finne selv om prosedyrer også her skal fange opp denne fall graven. Det gjelder å holde fokus slik at resultatene blir "sanne" og ikke nødvendigvis revolusjonerende nye. Det skylder vi de gravide kvinnene som deltar i studien.

**Epidemiology and the web of causation:
Has anyone seen the spider?**

(Krieger 1994)



9. Avslutning

9.1 Finner vi årsaken til redsel i svangerskapet?

En statistisk signifikant assosiasjon er ikke nødvendigvis det samme som en årsakssammenheng. Dette er spesielt viktig å ha i mente i vår undersøkelse. I følge Bradford Hill finnes visse kriterier for å kunne vurdere årsakssammenhengen (eller kausaliteten) i tilsvarende studier (Hill 1965). Det viktigste og avgjørende kravet må være at årsakssammenhengen kommer før effekten. Vi må vite at kvinnene i vår studie virkelig har vært utsatt for overgrep *før* de utvikler en redsel i svangerskapet. I tillegg er styrken i assosiasjonen av betydning. Jo sterkere assosiasjonen er mellom overgrep og redsel i svangerskapet - målt i odds ratio - jo større er sannsynligheten for at det finnes en sammenheng (Magnus og Bakketeig 2003).

Vi ønsker i vår studie å forkaste nullhypotesen om at det ikke finnes en sammenheng mellom overgrep i barndommen og redsel i svangerskapet. Det kan vi til en viss grad gjøre. Sammenhengene er ikke sterke, men vi kan med 95 % sannsynlighet hevde at blant alle gravide er det en sammenheng mellom fysiske overgrep, press til seksuelle handlinger og kombinasjonen av fysiske og seksuelle overgrep før 18 års alder og å grue seg veldig til fødselen. På samme måte er det en signifikant sammenheng mellom de tre overgrepstypene og hele tiden å bekymre seg for at barnet ikke er friskt og velskapt. Vi kan også hevde at dette gjelder for flergangsfødende som er bekymret for barnet i magen. Det er sterkest sammenheng mellom utfallene hvis kvinnene har vært utsatt for kombinasjonen av fysiske og seksuelle overgrep. Når det gjelder flergangsfødende som gruer seg til fødselen er det ingen signifikant sammenheng med de tre overgrepstypene i barndommen. Vi kan derfor ikke her kaste nullhypotesen. Tidligere negative fødselsopplevelser virker så sterkt inn i sammenhengen at overgrep i barndommen ikke lenger er signifikant. En tidligere negativ fødselsopplevelse kan nok skyldes mange forhold, deriblant overgrep i barndommen.

Det er sjelden, eller kanskje aldri, at ett negativt helseutfall bunner i én årsak. Lite tyder på at det finnes én årsak til at kvinner er redde i svangerskapet. Graden av assosiasjon (målt i styrke) vil ofte forandre seg når flere faktorer trekkes inn i

sammenhengen slik at den bivariate analysen justeres. Vi har vist at type sivilstand, overgrep i voksen alder, bekkenløsning, svangerskapsomsorg, egenopplevd mestringsevne og tidligere negativ fødselsopplevelse også virker inn på oddsene for redsel i svangerskapet. Vår teoretiske analysemodell (s.13) viste mulige sammenhenger mellom eksponering og utfall, i tillegg til andre faktorer som kan virke inn. Resultatene våre er preget av operasjonaliseringen av variablene, men viser liknende sammenhenger med unntak av noen faktorer (alder, utdanning, paritet, symptomer på angst og depresjon og forhold til partner). Sjansen er stor for at det finnes andre faktorer som påvirker redselen. Utfordringen i denne studien har vært å vise at overgrep i barndommen kan være ett ledd i en komplisert årsaksrekke som fører til redsel i svangerskapet. Kanskje skal vi ikke engang kalle det en årsaksrekke, men en assosiasjonsrekke i sammensatte menneskeliv.

9.2 Resultatenes betydning for klinisk praksis

“It has been said that a fellow with one leg frozen in ice and the other leg in boiling water is comfortable - on average”.

J. M. Yancy (Lang og Secic 2006, innledning)

Det kan raskt bli en felle å blande statistisk signifikante løsninger og klinisk relevant praksis. En spissformulering vil være at en statistisk konklusjon kan oppleves som meningsløs for jordmor og lege som forholder seg til den enkelte gravide kvinne. De statistiske resultatene i denne studien er basert på en viss sannsynlighet for sammenheng og er ikke skreddersydd den enkelte kvinne som har en redsel i svangerskapet. I tillegg er studien kun et statistisk bilde av en gitt kvinnebefolkning i det øyeblikk spørreskjemaene ble besvart.

Rent teknisk kan det store antall respondenter lettere gi smale konfidensintervall og dermed statistisk signifikante resultater enn hvis undersøkelsen bestod av færre respondenter. Fordi populasjonen i vår studie er stor vil en grafisk framstillinger av materialet lett gi normalfordelte kurver. Med et konfidensintervall på 95 % vil det være 2.5 % av populasjonen på hver ytterkant av histogrammet som ikke er statistisk normal. Normalitetsbegrepet kan da bli en matematisk og teoretisk utregning og faller

på sin egen urimelighet når det gjelder en klinisk tilnærming (Boorse 1979). Det er derfor helt nødvendig å benytte klinisk skjønn ved tolkning av resultatene. Innen klinikken er normalitetsbegrepet i større grad benyttet for å beskrive hva som er helsemessig bra, i tillegg til å beskrive hva som er mest vanlig og akseptert i en gitt tidsperiode (Lang og Secic 2006). Hvis vi kun ser på vår studie med et statistisk normalitetsblikk betyr det at kvinner som har vært utsatt for overgrep i barndommen ikke er "normale" hvis de opplever at de ikke er redde i svangerskapet! På den andre side er det viktig å løfte blikket på befolkningsnivå og forsøker å skape en oversikt over fenomenet redsel i svangerskapet. MoBa studien med et så stort antall respondenter er et unikt datamateriale, og er for tiden kanskje en av vår sterkeste kilde til kvantitativ kunnskap om redsel i svangerskapet innen norsk og til en viss grad internasjonal forskning. Selv om resultatene i vår studie sannsynligvis ikke kan generaliseres til å gjelde alle gravide i Norge og i utlandet, kan de danne et bakteppe for den individuelle kliniske utøvelse. Det er da fristende å reflektere over studiens relevans til praksis. Studien styrker den fundamentale oppfatning innen jordmorfaget om at en god (og individuell) oppfølging i svangerskapsomsorgen virker beskyttende på redselen i svangerskapet. Som jordmødre og leger må vi være bevisst på, ha mulighet - og tid - til å få øye på gravide som strever med sin redsel *uansett eksponering*. Sammen med den gravide kan vi da legge et godt grunnlag for fødselen.

9.3 Konklusjon

Vi har blant alle gravide i vår studie funnet sammenheng mellom fysiske overgrep, press til seksuelle handlinger og kombinasjonen av fysiske og seksuelle overgrep før 18 års alder og å grue seg veldig til fødselen. Det er også sammenheng mellom de tre overgrepstypene og hele tiden å bekymre seg for at barnet ikke er friskt og velskapt. Det samme gjelder for flergangsfødende som er bekymret for barnet i magen. Sammenhengene er ikke så sterke, men det er sterkest sammenheng mellom utfallene hvis kvinnene har vært utsatt for kombinasjonen av fysiske og seksuelle overgrep. Hvis vi hos flergangsfødende korrigerer for tidligere negative fødselsopplevelser er det ingen signifikant sammenheng mellom de tre overgrepstypene i barndommen og å grue seg til fødselen. En tidligere negativ

fødselsopplevelse kan nok skyldes mange forhold, deriblant overgrep i barndommen. Det kan synes som at redsel i svangerskapet er et sammensatt fenomen som også kan skyldes type sivilstand, misbruk som voksen, svangerskapsomsorg, bekkenløsning og egen mestringsopplevelse. Fordi sammenhengene ikke er så sterke bør resultatet tolkes med forsiktighet. Selv om studien bærer preg av en viss seleksjon, finnes det få studier som er sammenliknbare. Resultatene i vår studie må derfor bekreftes av andre studier. Vi har bare så vidt begynt!

Referanseliste

Alenhagen, S., B. Wijma og K. Wijma (2006). Fear of childbirth before, during and after childbirth. *Acta Obstretica et Gynecologica*. 85: 56-62.

Areskog, B., N. Uddenberg og B. Kjessler (1981). Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecologic Obstretic Investigation* 12:262-266.

Areskog, B., N. Uddenberg og B. Kjessler (1982). Identification of women with significant fear of childbirth during late pregnancy. *Gynecologic Obstretic Investigation* 13:98-107.

Areskog, B., N. Uddenberg og B. Kjessler (1984). *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 28. No.3, pp 213-220.

Bedre sundhed for mor og barn (2008) Dansk kohortstudie
URL: <http://www.ssi.dk/sw3825.asp> (lesedato 11.06.08).

Beitchman, JH., K. Zucker, JE. Hood, GA. DaCosta, D. Akman og E. Cassavia (1992) A review of the long-term effects of child abuse *Child Abuse & Neglect*, Volume 16, pp,101-118.

Blomberg, W. (2000) *Vade me cum*, Liten kokebok for kildehenvisnings- og litteraturlisteskrivere. Universitetet i Oslo. Studie- og forskningsadministrativ avdeling. Seksjon for læringsmiljø og studiekvalitet.

Boorse, C. (1979) "Health as a theoretical concept", I *Philosophy Science* 4 (1) ss 542-573.

Brudal, LF. (2000). *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Cigoli, V., G. Gilli og E. Saita (2006). Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, June, 27 (2): 91-97.

Dalgard, OS., E. Døhlie og M. Ystgaard (1995). *Sosialt nettverk, helse og samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Douglas, AR. (2000) Reported anxieties concerning intimate parenting in women sexually abused as children. *Child Abuse & Neglect*, Volume 24, No.3, pp 425-434.

Eberhard-Gran, M., A. Eskild, K. Tambs og S. Opjordmoen (2002) Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106:426-233.

Eberhard-Gran, M., B. Schei og A. Eskild (2007) Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence. *Journal of General Internal Medicine* 10.1007/s 11606-007-389-8.

Eberhard-Gran, M., og A. Eskild (2007) Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, Nordberg trykk AS.

Eberhard-Gran, M. (2008 a) Vi vet for lite om fødselsangst. Leder. *Tidsskrift for Den Norske lægeforening* nr 12, 128: 1378.

Eberhard-Gran, M., K. Slinning og A. Eskild (2008 b) Fear of labor: the impact of sexual abuse in adult life. *Journal of Psychosomatic Obstetrics et Gynecology*, 1-4, First article

Eriksson, C., G. Westman og K. Hamberg (2005) Experimental factors associated with childbirth-related fear in swedish women and men: A population based study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, March; 26 (1): 63-72.

Eriksson, C., G. Westman og K. Hamberg (2006) Content of childbirth-related fear in swedish women and men-analysis of an open-ended question. *Journal Midwifery & Women`s Health*; Volume 51:No. 2, March/April 112-118.

Farber, EW., S. Herbert og S. Reviere (1996) Childhood abuse and suicidality in obstetrics patients in a hospital-based urban prenatal clinic. *General Hospital Psychiatry* 18, 56-60.

Finkelhor, D. (1994) The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, Volume 18, NO. 5, pp. 409-417.

Fisher, J. og A. Stocky (2003) Maternal perinatal mental health and multiple birth: implications for practice. (Review). *Twin Research and Human Genetics* 6 (6): 506-13, December.

Førde, R. og E. Cappelen Smith (2006). "Svangerskapet som livsfase". I: *Svangerskapsomsorg*. Bergsjø, P., J. Telje og J. Thesen (red). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Geissbuehler, V. og J. Eberhard (2002) Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 23 (4): 229-235. December.

Grimstad, H. og B. Schei (1999) Pregnancy and delivery for women with a history of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, Volume 23. No 1, pp. 81-90.

Halvorsen, L., H. Nerum, P. Øian og Tore Rørli (2008) Er det sammenheng mellom psykiske belastninger og ønske om keisersnitt. *Tidsskrift for Den Norske lægeforening* nr 12, 128: 1388-91.

Heiberg, E. og N. Biørnstad (1999) *Fødsel – kraft og kjærlighet*. Oslo:Cappelen akademiske forlag.

Heimstad, R., R. Dahloe, I. Laache, E. Skogvoll og B. Schei (2006) Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 85: 435-440.

Hill AB. (1965) The environment and disease: Association or causation? *Journal of the Royal Society of Medicine*. 58:295-300, May

Hjemmen, A., OS. Dalgard og S. Graff-Iversen (2002) Volden som rammer kvinner og volden som rammer menn - to ulike verdener? *Norsk Epidemiologi* 12 (3):275-280.

Hobbins, D. (2004) Survivors of childhood sexual abuse: Implications for Perinatal nursing care *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 33, 485-497.

Hofberg, K. og MR. Ward (2003) Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*; 79:505-510.

Hofberg, K. og MR. Ward (2004) Fear of childbirth, tocophobia, and mental health in mothers: the Obstetric-Psychiatric Interface. *Clinical Obstetrics and Gynecology* Volume 47, Number 3, 527-534.

Huizink, AC., EJH. Mulder, PG. Robles de Medina, GHA. Visser og JK. Buitelaar (2004) Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development* Volume 79, Issue 2, September page 81-91.

Irgens, LM. (2000) The Medical Birth Registry of Norway. Epidemiological research and surveillance throughout 30 years. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 79: 435-439.

Krieger, N. (1994) Epidemiology and the web of causation: Has anybody seen the spider? *Social Science & Medicine* Volume 39, No. 7, pp 887-903.

Kringlen, E. (1982) *Psykiatri*. Bergen - Oslo - Tromsø: Universitetsforlaget.

Lang, TA. og M. Secic (2006) *How to report statistics in Medicine. Annotated guidelines for authors, editors, and reviewers*. Philadelphia: American college of Physicians.

Laursen, M., M. Hedegaard og C. Johansen (2008) Fear of childbirth: Predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 115:354-360.

Leeners, B., P. Beumair-Wagner, AF. Quarg og W. Rath (2006 a) 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.

Leeners, B., P. Beumair-Wagner, AF. Quarg og W. Rath (2006 b) Childhood sexual abuse (CSA) experiences: an underestimated factor in perinatal care. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 85: 971-976.

Leganger, A., P. Kraft og E. Røysamb (2000) Perceived self-efficacy in health behaviour research: Conceptualisation, measurement and correlates. *Psychology and Health*. Volume 15, pp 51-69.

Lowe, NK. (2000) Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21:4, 219-224.
Lukas Evangelium 1, 29-31. I: Bibelen, Det norske bibelselskap.

Magnus, P. og LS. Bakketeig (2003) *Epidemiologi* 3.utgave Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Magnus, P., LM. Irgens, K. Haug, W. Nystad, R. Skjærven, C. Stoltenberg and The MoBa group (2006 a) Cohort profile: The Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa) *International Journal of Epidemiology*, 35:1146-1150.

Magnus, P., K. Haug, W. Nystad og R. Skjærven (2006 b) Mor - og barn - undersøkelsen skal gi nye svar. *Tidsskrift for Den Norske lægeforening* nr. 13 - 14,126:1747-9.

Magnus, P. (2007) The Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa) - new research possibilities. *Norsk Epidemiologi* 17 (2): 107-110.

Medisinsk fødselsregister (2004) Fødsler i Norge 2001-2002. Nasjonalt folkehelseinstitutt i samarbeid med Universitetet i Bergen. Årsrapport.

Melender, H-L. (2002) Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A Study of 329 Pregnant Woman *Birth* 29:2 June.

Nasjonalt folkehelseinstitutt (2008) Den norske mor og barn undersøkelsen, til forskere, full protokoll. URL: <http://www.fhi.no/morogbarn> (lesedato: 11.06.08)

Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten (2005) Svangerskap og psykisk helse. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 2. ISBN 82 - 8121 - 027 - 3, ISSN 1503-9544.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2005) Epidemiologiske undersøkelser, programbeskrivelse.

Nerum, H., L. Halvorsen, T. Sørli og P. Øian (2006) Maternal request for cesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth* 33:3 September.

Neuhaus, W., S. Scharkus, W. Hamm og A. Bolte (1994) Prenatal expectations and fear in pregnant women. *Journal Perinatal Medicine* 22, 409-414.

Normann, EK., K. Tambs og P. Magnus (1992) Seksuelle overgrep mot barn - et folkehelseproblem? *Nordisk Medicin* Volume 107,12.

NOU (1999) "Kunnskap om voldens omfang i Norge og Norden". I: *Kvinnens helse i Norge* 13.

Pikarinen, U., T. Saisti, B. Schei, K. Swahnberg og E. Halmasmäki (2007) Experiences of physical and sexual abuse and their implications for current health. *Obstetrics & Gynecology* Volume 109:1116 - 22.

Podsakoff, P.M., S.B. MacKenzie og J.-Y. Lee (2003) Common method biases in behavioural research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, Volume 88, No. 5, 879-903.

Polit, D.F. og Beck C.T. (2004) *Nursing Research. Principles and Methods*. Seventh edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Regstad, B., K. Jørgensen og L. Wichstrøm (2006) Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: Prevalences and correlates. *Nordic Journal of Psychiatry*. 60 (1): 58-66.

Renzo, G.C., P.M. Polito, A. Volpe, M.M. Anceschi og R. Guidetti (1983) A multicentric study of fear of childbirth in pregnancy women at term. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 3, 155-163.

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen (2005). IS-1179. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Rhodes, N. og S. Hutchinson (1994) Labor experiences of childhood sexual abuse survivors. *Birth* 21:4 December.

Rofé, Y., M. Blittner og I. Lewin (1993) Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy. *Journal of Clinical Psychology*. 49 (1): 3-12 January.

Roussillon, J.A. (1998) Adult survivors of childhood sexual abuse: Suggestions for perinatal caregivers. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners* Volume 2, No 6.

Røysamb, E. (1997) Adolescent risk making: behaviour patterns and the role of emotions and cognitions. Doctoral theses, University of Oslo.

Ryding, E.L., E. Wirfelt, I.-B. Wångborg, B. Sjögren og G. Edman (2007) Personality and fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 86: 814 -820.

Saisto, T., K. Salmela-Aro, J.-E. Nurmi og E. Halmesmäki (2001) Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* Volume 108, pp. 492-498.

Saisto, T. og E. Halmesmaki (2003) Fear of Childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* 82:201-208.

Saisto, T., R. Toivanen, K. Salmela-Aro, og E. Halmesmaki (2006) Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 2006; 85: 1315-1319.

Schei, B. (1990) Prevalence of sexual abuse history in a random sample of Norwegian women. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 18 (1): 63-68.

Schei, B., KM. Muus og M. Bendixen (1994) Forekomst av seksuelle overgrep blant studenter i Trondheim. *Tidsskrift for Den Norske lægeforening* 114 (21): 2491-4, Sept 10.

Scou, L., G. Dyb, S. Graff-Iversen (2007): Voldsutsatt ungdom i Norge - resultater fra helseundersøkelser i seks fylker. Rapport 8, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress og Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo.

Sjögren, B. (1997) Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women *Journal Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 18 266-272.

Soet, JE., GA. Brack og C. Dilorio (2003) Prevalence and Predictors of Women`s Experience of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth* 30:1 March.

Springer, KW., J. Sheridan, D. Kuo og M. Carnes (2007) Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Result from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect* 31, 517-530.

Standley, K., B. Soule og SA. Copans (1979) Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* Volume 135, Number 1.

Statistisk sentralbyrå (2008) Utdanning, utdanningsnivå, utdanning i befolkningen, tabell 3. URL: http://www.ssb.no/utdanning_tema (lesedato 11.06.08).

Svensson, E., A. Hjartåker og P. Laake (2006) "Hva skal måles og hvordan?" I: *Statistiske metoder i medisin og helsefag*. Aalen OO., A. Frigessi, TA. Moger, I. Scheel, E. Skovlund og MB. Veierød. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Szeverényi, P., R. Póka, M. Hetey og Z. Tőrök (1998) Contents of childbirth-related fear among couples wishing the partner's presence at delivery. *Journal Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 19:38-43.

Sætre, M., H. Holter og E. Jebsen (1986) Tvang til seksualitet. En undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn. Otta: J. W. Cappelens Forlag AS.

Tambs K. og T. Moum (1993) How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 87:364-367.

Torvund, H. (1994) I vatn, i lys. Dikt i utval. Oslo: Det norske Samlaget.

Winokur, A., D. Winkur, K. Rickels og DS. Cox (1984) Symptoms of emotional distress in a family planning services: Stability over four – week period. *British Journal of Psychiatry*; 144:395-399.

Walker, EA., WJ Katon, J. Hansom, J. Harrop-Griffiths, L. Holm, ML Jones, LR. Hickok og J. Russo (1997) Psychiatric diagnoses and sexual victimization in women with chronic pelvic pain. *Psychosomatics* January-February; 38 (1):84.

Zar, M., K. Wijma og B. Wijma (2002) Relations between anxiety disorders and fear of childbirth during late pregnancy. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 9, 122-130.

Zasloff, E., E. Schytt og U. Waldenström (2007) First time mothers` pregnancy and birth experiences varying by age. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 86: 1328-1336.

Liste over vedlegg

- | | |
|-----------|---|
| Vedlegg 1 | Kontrakt for tilgang på data for analyse og publisering |
| Vedlegg 2 | Invitasjonsbrev til mor |
| Vedlegg 3 | Samtykkeerklæring til mor |
| Vedlegg 4 | Spørreskjema 1 og 3, utvalgte sider |
| Vedlegg 5 | Melding om avsluttet svangerskap etter 12. uke -
Fødsel, dødfødsel og spontanabort (Medisinsk Fødselsregister) |

KONTRAKT FOR TILGANG PÅ DATA FOR ANALYSE OG PUBLISERING

PROSJEKTLEDER

Navn: **Jorid Eide** Stilling/tittel: **Jordmor**

Arbeidssted: **Nasjonalt Folkehelseinstitutt** Tlf./fax: **23408233**

Adresse: **PB 4404 Nydalen** Postnr./sted: **0403 Oslo**

Arkivnr.: _____ E-post: **jorid.eide@fhi.no**

MEDARBEIDERE

- **Rannveig Nordhagen, Nasjonalt folkehelseinstitutt**
- **Ragnhild Hovengen, Nasjonalt folkehelseinstitutt**
- **Nina Vøllestad, Universitetet i Oslo**

PROSJEKTITTEL

Fødselsangst og seksuelle overgrep / vold i oppveksten

PROBLEMTILLING

1. Er det en sammenheng mellom fysiske overgrep og / eller press til seksuelle handlinger før 18 års alder og grad av redsel for å føde (som voksen)?
2. Er det en sammenheng mellom fysiske overgrep og /eller press til seksuelle handlinger før 18 års alder og grad av redsel for at barnet i magen ikke er friskt og velskapt?

KONTRAKTPERIODE

Data leveres ut midlertidig. Etter at kontraktperioden er avsluttet, skal data slettes. Det gis skriftlig beskjed til ledergruppen i MOBA om at sletting er foretatt.

Det kan søkes om forlengelse av perioden.

Kontraktperiode: **01.07.2006 - 01.07.2009**

DATAOPPLYSNINGER

Versjon av datafil: **versjon II**

Skjema som inngår: **1, 3, 4**

Andre data koblet til: **MFR**

Ønsker forsker datafil i SPSS eller SAS? _____ *

Ønsket leveranse (via CD eller e-post): _____ *

Fil for analyse tilrettelagt av: **ELAL EPMO**

ALMINNELIGE VILKÅR

Det må foreligge en prosjektbeskrivelse med angivelse av hvilke variable som skal inngå i analysene. Bruken av data må være i samsvar med prosjektbeskrivelsen.

Datasett fra undersøkelsene lånes ut midlertidig. Etter at kontraktperioden er avsluttet, skal data slettes. Det gis skriftlig beskjed til kontraktpartner/e om at sletting er foretatt.

Filer kan ikke koples på nytt. Filer/variable kan ikke overleveres til andre personer eller institusjoner.

Før arbeider publiseres skal disse forelegges kontraktpartnerne. Kontraktpartnerne gir tilbakemelding til forfatter innen to uker etter mottatt arbeid. Hvis forfatter ikke får tilbakemelding kan arbeidet sendes til publisering.

Ved publisering av data skal forfatter følge Vancouver-reglene.

Søker forplikter seg ved publisering av resultater til enhver tid å oppgi følgende:

- 1) Hvilke institusjoner som har samlet inn de aktuelle data.
- 2) Hvilke institusjoner som formelt er eiere av materialet.

For øvrig forplikter søker seg til å følge retningslinjene til den norske mor- og barnundersøkelsen.

BETALING

Det avkreves ingen avgift for utlevering av data, jf. retningslinjene.

Sted/dato, Oslo 28/9-06

Jord Tiede
Prosjektleder

Per Magnus
På vegne av ledergruppen,
Per Magnus

Bergen, 17. juni 2008

Vi vil gjerne invitere deg til å bli med i Den norske mor og barn undersøkelsen.

Deltar du allerede med tidligere svangerskap eller har blitt invitert før, håper vi at du vil delta med dette nye svangerskapet. Data om søsken er viktig for å belyse samspillet mellom arv og miljø.

Undersøkelsen retter seg mot gravide og vil følge 100 000 kvinner, barna og deres partnere i lang tid fremover. Undersøkelsen startet i Hordaland 1999 og pågår nå i hele landet. Til nå deltar over 80 000 kvinner. Studien er det største norske forskningsprosjektet gjennom tidene for mors og barns helse.

Målet med undersøkelsen er å få mer kunnskap om hvordan livsstil, yrke, miljøforurensning og andre faktorer påvirker mors helse i svangerskapet og barnets helse senere. Denne kunnskapen er nødvendig for å styrke helsearbeid i fremtiden. Du kan lese mer om undersøkelsen i den vedlagte informasjonsbrosjyren. Ytterligere informasjon om undersøkelsen og Medisinsk fødselsregister finner du på vår webside <http://www.fhi.no/morog barn>.

Vi ber deg lese gjennom og skrive under på samtykkeerklæringen, samt fylle ut spørreskjemaet. Samtykkeerklæringen og spørreskjemaet legges i vedlagte konvolutt og sendes tilbake til oss, helst før du skal til ultralyd. Porto er betalt.

Med vennlig hilsen



Per Magnus
prosjektleder, professor dr.med.
per.magnus@fhi.no

Spørsmål kan rettes til:

Patricia Schreuder
enhetsleder
tlf: 53 20 40 12
pat.schreuder@fhi.no

Jorid Eide
prosjektrådgiver, jordmor
tlf: 21 07 82 07
jorid.eide@fhi.no

Samtykke fra mor

Jeg har lest informasjonsbrosjyren om Den norske mor og barn undersøkelsen og er kjent med at opplysningene jeg gir vil bli behandlet strengt fortrolig. Jeg er informert om at undersøkelsen er vurdert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk og godkjent av Datatilsynet.

Deltakelse i Den norske mor og barn undersøkelsen innebærer følgende:

- at jeg fyller ut spørreskjemaer, under og etter svangerskapet, om min egen og barnets helse og levekår
- at jeg gir en blodprøve og en urinprøve i svangerskapet og en blodprøve etter fødselen, og at det tas en blodprøve fra barnets navlesnor etter fødselen
- at blodprøvene/urinprøven fra meg, og blodprøven fra mitt barn lagres i en biobank på Nasjonalt folkehelseinstitutt. Prøvene blir aidentifisert og lagres med et prøvenummer. Blod/urinprøver skal kun benyttes til forskning i forbindelse med årsaker til sykdom, herunder samspill mellom arvelige faktorer og miljøpåvirkninger. Dette vil bli gjort i laboratorier i Norge og i andre land, etter at den aktuelle bruken av blodprøven er vurdert av Regional etisk komité og godkjent av Datatilsynet
- at resultatet fra ultralydundersøkelsen i svangerskapet blir stilt til rådighet for prosjektet
- at blodprøven som blir tatt av barnet til undersøkelse på Føllings sykdom kan stilles til disposisjon for prosjektet
- at det ikke meldes noen resultater tilbake til meg om min eller mitt barns helse, heller ikke resultater fra blodprøvene
- at opplysninger om meg og barnet kan hentes fra andre kilder, slik som Medisinsk fødselsregister og sykehusregistre, etter Datatilsynets godkjennelse
- at jeg kan bli spurt om å bli med i undersøkelser som innebærer innsamling av nye opplysninger (herunder prøver). Slike delprosjekter vil separat bli vurdert av Datatilsynet og Regional etisk komité. Deltakelse er frivillig, og er ikke nødvendig for videre deltakelse i hovedprosjektet
- at det ikke er satt noen tidsbegrensning for hvor lenge opplysningene og blodprøvene kan lagres. Prosjektet er langvarig og kan også inkludere årsaker til sykdom som oppstår i voksen alder. Mitt barn vil bli informert om prosjektet ved 15-års alder, og vil bli spurt om samtykke til fortsatt deltakelse når han eller hun er 18 år
- at ingen opplysninger eller prøver stilles til rådighet for forskere uten at navn og fødselsnummer er fjernet
- at jeg på et hvilket som helst tidspunkt kan trekke meg fra videre deltakelse ved å skrive eller ringe til Den norske mor og Barn undersøkelsen. I tillegg kan jeg be om at innsamlede opplysninger og blodprøver blir slettet/destruert, uten å oppgi noen grunn.

Jeg har lest informasjonen ovenfor og samtykker i å delta i Den norske mor og barn undersøkelsen.

Navn: _____

Fødselsnr (11 sifre): _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Min adresse på invitasjonsbrevet er feil, korrekt adresse er:

+

+

Spørreskjema 1

Skjemaet skal leses av en maskin. Det er derfor viktig at du legger vekt på følgende ved utfyllingen:

- Bruk blå eller sort kulepenn.
- I de små avkrysningsboksene setter du *ett kryss* for det svaret som du mener passer best, slik:
- Hvis du mener at du har satt kryss i feil boks, kan du rette det ved å fylle boksen helt, slik
- I de store, grønne boksene skriver du *tall* eller *store bokstaver*.

Det er viktig at du bare skriver i det hvite feltet i boksene, slik:

Tall:

Bokstaver:

- Tallboksene har to eller flere ruter. Når du skriver et ett-sifret tall bruker du den høyre ruten. Eksempel: 5 skrives slik
- Flere steder i skjemaet ber vi om at du angir svaret i forhold til antall svangerskapsuker. *Eksempel: Hvis du skal angi noe som skjedde 5 uker etter siste menstruasjon, krysser du av for uke 5.*
- Spesielle opplysninger som f.eks. medikamenter og yrke skriver du fritt inne i boksene eller på de åpne linjene.
Vennligst skriv tydelig med STORE BOKSTAVER.
- Husk å fylle ut dato for utfylling av skjemaet

Så snart du har fylt ut dette skjemaet, ber vi om at du sender det tilbake til oss i den vedlagte, frankerte svarkonvolutten.

+

Oppgi dag, måned og år for utfyllingen av skjemaet

dag

måned

år

(skriv årstall med 4 tall f.eks. 2000)

+

Menstruasjon

1. Hvor gammel var du da du fikk din første menstruasjon?

år

2. Hvor lang tid går det vanligvis mellom to menstruasjoner, dvs. fra første dag i en menstruasjon til første dag i den neste?

dager

3. Pleier du å være nedtrykt (deprimert) eller irritabel før menstruasjonen?

- Nei Ja, merkbart
 Ja, men ubetydelig Ja, plagsomt mye

4. Hvis ja, forsvinner denne følelsen etter at menstruasjonen er kommet i gang?

- Nei
 Ja

5. Hadde du regelmessige menstruasjoner det siste året før du ble gravid?

- Nei
 Ja

6. Har du i løpet av det siste året før du ble gravid mistet menstruasjonen i mer enn tre måneder?

- Nei
 Ja, på grunn av tidligere svangerskap
 Ja, på grunn av andre forhold

7. Oppgi datoen for første blødningsdag i din siste menstruasjon.

dag

måned

år

8. Kom din siste menstruasjon til ventet tid?

- Nei
 Ja

9. Er du sikker eller usikker på datoen for første blødningsdag i din siste menstruasjon?

- Sikker
 Usikker

10. Hvordan var varighet, blødningsmengde og smerter i din siste menstruasjon?

	Som vanlig	Mer enn vanlig	Mindre enn vanlig
Varighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blødningsmengde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

38. Har du opplevd noen av følgende sykdommer eller helseplager i dette svangerskapet? Hvis du har brukt medisiner i forbindelse med disse plagene, oppgi navn på medisin, i hvilke svangerskapsuker du brukte medisiner og antall dager du brukte dem. (Dette gjelder alle typer medikamenter, både faste og ikke-faste og naturmedisiner. Ikke før inn vitaminer og kosttilskudd - disse spør vi om senere i skjemaet.)

Sykdommer / helseplager i dette svangerskapet		Bruk av medisiner i dette svangerskap									
		I svangerskapsuker				Navn på medisiner du brukte	I svangerskapsuker				Antall dager brukt
Sykdom/helseplage	+	0-4	5-8	9-12	13+		+	0-4	5-8	9-12	
1	Bekkenløsning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Magesmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Vondt i ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Nakke-/skuld smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Kvalme med brekninger/oppkast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Soppinfeksjon i skjeden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Skjedekatarr/uvanlig utflod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Svangerskapskløe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Treg mage/forstoppelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Diaré/omgangssyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Uvanlig tretthet/søvnighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	Halsbrann/sure oppstøt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	Hevelse i kroppen (ødem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	Feber med utslett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	Feber over 38,5oC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	Forkjølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	Halsbetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	Bihule-/ørebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	Influensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	Lungebetennelse/bronkitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	Sukker i urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	Eggehvite (protein) i urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
+											+

+

47. Oppgi fullstendig produktnavn på alle de vitaminer eller kosttilskudd du bruker. Ta også med naturmedisiner og slankepulver. (Skriv tydelig med blokkbokstaver da det skal leses maskinelt.)

F.eks V I T A P L E X M E D J E R N

1

2

3

4

5

6

48. Hvis du bruker multivitamin (med eller uten mineraler), inneholder disse folat/folsyre? +

- Ja
 Nei
 Vet ikke

Sivilstand og utdanning

49. Hvilken sivilstand har du nå? +

- Gift Skilt/separert
 Samboer Enke
 Enslig Annet

50. Hvilken utdanning har du og barnets far? (Sett kun ett kryss for den høyeste utdannelsen dere har fullført. Kryss også av for den utdannelsen dere eventuelt holder på med.)

	Deg		Barnets far	
	Fullført	Holder på med	Fullført	Holder på med
1 9-årig grunnskole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 1-2-årig videregående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Videregående yrkesfaglig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 3-årig videregående allmennfaglig, gymnas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Distriktshøyskole, universitet inntil 4 år (cand. mag., sykepleier, lærer, ingeniør)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Universitet, høyskole, mer enn 4 år (hovedfag, embetseksamen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Annen utdanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arbeid og fritid

51. Hva var arbeidssituasjonen for deg og barnets far da du ble gravid? (Sett eventuelt flere kryss.)

	Deg	Barnets far
1 Skoleelev/student	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Hjemmeværende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Yrkespraksis/lærling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Militærtjeneste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Arbeidssøkende/permittert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Attføring/ufør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Ansatt i offentlig virksomhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Ansatt i privat virksomhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Selvstendig næringsdrivende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Familien medlem uten fast lønn i familiebedrift (f.eks. gårdsbruk, forretning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

71. Hvis ja, hva slags dyr og hvor ofte pr. uke er du i kontakt med dyr?

	Daglig	3-6 ganger pr. uke	1-2 ganger pr. uke	Mindre enn 1 gang pr. uke
1 Hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Katt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Marsvin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Hamster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Kanin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Undulat o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Akvariefisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Ku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Gris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Sau, geit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Hest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Fjærkre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

Bolig og husholdning

72. Hvem deler du husholdning med? (Sett eventuelt flere kryss.)

- Ektefelle/samboer
 Foreldre
 Svigerforeldre
 Barn
 Ingen
 Andre, beskriv _____

73. Hvor mange personer er det i husholdningen.

(Tell med deg selv.)

Antall personer over 18 år

Antall personer 12-18 år

Antall personer 6-11 år

Antall personer under 6 år

74. Hvor mange av barna går regelmessig i barnehage?
 barn

+

75. Har du eller barnets far et annet morsmål enn norsk?

- Nei
 Ja

76. Hvis ja, hvilket morsmål?

	Deg	Barnets far
Samisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urdu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engelsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis annet, hvilket? _____

77. Har dine foreldre eller foreldre til barnets far et annet morsmål enn norsk?

- Nei
 Ja

+

78. Hvis ja, hvilket morsmål?

	Din egen mor	Din egen far	Mor til barnets far	Far til barnets far
Samisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urdu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engelsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis annet, hvilket? _____

79. Hva var brutto årsinntekt (før skatt) det siste året for deg og barnets far? (Inkl. barnebidrag, arbeidsledighetstrygd, kontantstøtte, osv.)

Din brutto årsinntekt	Brutto årsinntekt til barnets far
<input type="checkbox"/> Ingen inntekt	<input type="checkbox"/> Ingen inntekt
<input type="checkbox"/> Under 150.000 kr.	<input type="checkbox"/> Under 150.000 kr.
<input type="checkbox"/> 150-199.999 kr.	<input type="checkbox"/> 150-199.999 kr.
<input type="checkbox"/> 200-299.999 kr.	<input type="checkbox"/> 200-299.999 kr.
<input type="checkbox"/> 300-399.999 kr.	<input type="checkbox"/> 300-399.999 kr.
<input type="checkbox"/> 400-499.999 kr.	<input type="checkbox"/> 400-499.999 kr.
<input type="checkbox"/> over 500.000 kr.	<input type="checkbox"/> over 500.000 kr.
	<input type="checkbox"/> Vet ikke

80. Kan din husholdning klare seg økonomisk uten at du har inntekt?

- Nei
 Ja, men med problemer
 Ja, uten problemer

+

81. Hvilken type bolig bor du i?

- Enebolig
 Gårdsbruk
 Tomannsbolig
 Firemannsbolig
 Rekkehus
 Terrasseleilighet
 Kjellerleilighet/hageleilighet
 Blokk
 Bygård/leiegård. Hvilken etasje? etg.
 Annet _____

82. Har det vært fuktskader, synlig sopp-/muggvekst eller mugglukt i boligen din i løpet av de siste 3 månedene? (Sett eventuelt flere kryss.)

- Nei
 Ja, fuktskader
 Ja, synlig sopp- /muggvekst
 Ja, mugglukt

83. Hva slags drikkevann er det der du bor?

- Vann fra offentlig eller privat vannverk
 Vann fra egen vannforsyning (f.eks. egen brønn)

84. Hvor mange ganger har du flyttet i løpet av de siste 3 årene?
 ganger

85. Har noen du bor sammen med hatt influensa, langvarig hoste, barnesykdom eller feber med utslett etter at du ble gravid?

- Nei
 Ja

86. Hvis ja, kryss av for hvilken sykdom. (Sett eventuelt flere kryss.)

- Røde hunder
 Vannkopper
 Meslinger
 4. Barnesykdom
 Annen feber med utslett
 Influensa
 Langvarig hoste
 Tuberkulose
 Munn-hånd- og fot sykdom
 Annet

+

128. Har du noen utenom din ektefelle/samboer/partner som du kan søke råd hos i en vanskelig situasjon?

- Nei
 Ja 1-2 personer
 Ja flere enn to personer

129. Hvor ofte treffer du eller snakker i telefonen med familie (utenom husholdningen) eller nære venner?

- 1 gang i måneden eller sjeldnere
 2-8 ganger i måneden
 Mer enn 2 ganger i uken

130. Føler du deg ofte ensom?

- Nesten aldri
 Sjelden
 Av og til
 Som regel
 Nesten alltid

131. Har du i løpet av de to siste ukene vært plaget med noe av det følgende? (Kryss av for hver linje.)

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

132. Har du noen gang som voksen opplevd at noen har gitt deg en ørefik, slått eller sparket deg eller plaget deg fysisk på annen måte? (Sett eventuelt flere kryss.)

	I dette svangerskap	Siste 6 mnd før svangerskap	Tidligere
Nei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husker ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

133. Har du noen gang opplevd at du ble presset eller tvunget til seksuell omgang? (Sett eventuelt flere kryss.)

	+	I dette svangerskap	Siste 6 mnd før svangerskap	Tidligere
Nei, aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, presset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, utøvd makt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, voldtatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

134. Hva slags oppfatning har du av deg selv? (Kryss av for hver linje.)

	Svært enig	Enig	Uenig	Svært uenig
Jeg har en positiv holdning til meg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg virkelig ubrukelig til tider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg ikke har mye å være stolt av	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg er en verdifull person i alle fall på lik linje med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

135. Har du noen ganger tidligere i livet i en sammenhengende periode på 2 uker eller mer: (Kryss av for hver linje.)

	Nei	Ja
Følt deg depriment, trist, nedfor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt problemer med matlysten eller spist for mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært plaget av kraftløshet eller mangel på overskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virkelig bebredet deg selv og følt deg verdiløs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt problemer med å konsentrere deg eller hatt vanskeligheter for å ta beslutninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt minst 3 av de problemene som er nevnt ovenfor samtidig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

136. Hvis du har hatt 3 eller flere av disse problemene samtidig, hvor mange uker varte den lengste perioden?

uker

137. Var det en spesiell grunn til dette?

- Nei, ingen spesiell grunn
 Ja (f.eks. dødsfall, skilsmisse, abort, ulykke)

Er det noe du gjerne vil fortelle oss om dette svangerskapet eller tidligere fødsler/svangerskap, som ikke er omhandlet i dette spørreskjemaet, setter vi stor pris på om du noterer det på neste side.

+

+

den norske *Mor & barn undersøkelsen*

+

Spørreskjema 3 – ca. svangerskapsuke 30

+

Dette spørreskjemaet gjelder for det meste tiden etter svangerskapsuke 12. Vi stiller deg en del spørsmål som du kanskje vil kjenne igjen fra det første spørreskjemaet. Vi gjør dette fordi vi ønsker å følge din og barnets utvikling videre. Det vil være en fordel om du finner frem ditt Helsekort for gravide før du begynner å besvare spørsmålene, slik at du kan benytte opplysningene som står der under utfyllingen av spørreskjemaet. Hvis du synes at et spørsmål er for ubehagelige eller vanskelig å svare på kan du la være å svare på det spørsmålet og gå videre til det neste.

Skjemaet skal leses av en maskin. Det er derfor viktig at du legger vekt på følgende ved utfyllingen:

- Bruk blå eller sort kulepenn.
- I de små avkrysningsboksene setter du *et kryss* for det svaret som du mener passer best, slik:
- Hvis du mener at du har satt kryss i feil boks, kan du rette det ved å fylle boksen helt, slik:
- I de store, grønne boksene skriver du *tall* eller *store blokkbokstaver*.

+

Det er viktig at du bare skriver i det hvite feltet i boksene, slik:

Tall: Bokstaver:

- Tallboksene har to eller flere ruter. Når du skriver et ett-sifret tall bruker du den høyre ruten. *Eksempel: 5 skrives slik*
- Flere steder i skjemaet ber vi om at du angir svaret i forhold til antall svangerskapsuger. *Eksempel: Hvis du skal angi noe som skjedde 14 uker etter siste menstruasjon, krysser du av for uke 13-16.*
- Spesielle opplysninger som *f.eks. medikamenter* skriver du fritt inne i boksene eller på de åpne linjene.
- Husk å fylle ut dato for utfylling av skjemaet

+

Så snart du har fylt ut skjemaet, sender du det tilbake til oss i den vedlagte frankerte svarkonvolutten.

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

dag

måned

år

(skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2001)

Svangerskapskontroll og helse

1. Hvor har du gått til svangerskapskontroll? (Du kan sette flere kryss). Oppgi hvor mange ganger på hvert sted.

- Helsestasjon ganger
- Legekantor/legesenter ganger
- Sykehusets poliklinikk ganger

2. Hvem har du gått til svangerskapskontroll hos? (Du kan sette flere kryss). Oppgi hvor mange ganger.

- Jordmor ganger
- Allmennpraktiserende lege ganger
- Gynekolog ganger
- Helsesøster ganger

3. Er legen du har gått til mann eller kvinne? Hvor mange ganger har du gått til ham/henne?

- Allmennpraktiserende lege Kvinne ganger
- Mann ganger
- Gynekolog Kvinne ganger
- Mann ganger

4. Hvis du går eller har gått til svangerskapskontroll hos privatpraktiserende gynekolog eller på poliklinikk, hva er eller var grunnen?

- Henvist på grunn av komplikasjoner i dette svangerskapet
- Henvist på grunn av tidligere sykdom eller komplikasjoner i tidligere svangerskap
- På eget initiativ uten henvisning
- Henvist av annen grunn

+

5. Hvor enig er du i følgende påstander om svangerskapskontrollene du har gått til?

	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
Jeg har fått tilstrekkelig råd og informasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har blitt godt ivaretatt som person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ikke fått nok tid under kontrollene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har følt meg trygg under kontrollene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kunne snakke om det jeg har hatt behov for	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Totalt sett er jeg fornøyd med helsevesenets oppfølging av meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Har du kontaktet jordmor eller lege utenom de vanlige kontrollene?

	Nei	Ja
Jordmor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Hvis ja, var det vanskelig å komme til?

	Jordmor	Lege
Ikke vanskelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litt vanskelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svært vanskelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Er det blitt gjort gynekologisk undersøkelse (innvendig undersøkelse av underlivet) av deg mens du har vært gravid? Hvis ja, hvor mange ganger?

- Nei
- Ja ganger

9. Hvor mange ganger i svangerskapet har du fått utført ultralydundersøkelse?

Utenpå magen ganger

I skjeden ganger

10. Hvor mange barn venter du?

11. Har du fått tilbud om fostervanns- eller morkakeprøve?

- Nei (gå til spørsmål 16)
- Ja

12. Hvis ja, ble prøven(e) utført, og hva viste den/de.

	Ble prøven(e) utført?		Viste prøven(e) normale forhold?	
	Ja	Nei	Ja	Nei
Fostervannsprøve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morkakeprøve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom prøven(e) ikke viste normale forhold beskriv:

13. Hvis det ble utført fostervannsprøve/morkakeprøve, hva var grunnen?

- På grunn av min alder (vanligvis 38 år eller eldre ved termin)
- Tidligere barn med kromosomsykdom
- Tidligere barn med nevrالرrørdefekt (ryggmargsbrokk)
- Epilepsi (medisiner mot epilepsi)
- Funn ved ultralyd
- Annet

14. Oppsto det komplikasjoner de nærmeste 2 ukene etter fostervannsprøven ble tatt?

- Nei
- Ja

15. Hvis ja, hvilke komplikasjoner?

- Blødning fra skjeden
- Fostervannsløkkasje
- Magesmerter (menstruasjonsliknende eller sterkere)

Annet _____

16. Er det blitt tatt røntgenbilder av deg under svangerskapet?

- Nei
- Ja

17. Hvis ja, hva ble det tatt bilde av? Oppgi hvor mange ganger og i hvilke svangerskapsuker (Du kan sette flere kryss.)

	I svangerskapsuker						Antall ganger
	0-12	13-16	17-20	21-24	25-28	29+	
Tenner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>
Lunger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>
Armer og bein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>
Bekken/mage/rygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>

18. Har du fått behandling for å stoppe for tidlig (prematur) fødsel i dette svangerskapet? (Du kan sette flere kryss.)

- Nei
- Ja, måtte ta det med ro eller ligge
- Ja, fikk medisiner

Hvilke medisiner? _____

19. Har du blitt vaksinert i dette svangerskapet?

- Nei
- Ja

Hvilken vaksine? _____

20. Har jordmor eller lege sagt på svangerskapskontroll at du har/har hatt høyt blodtrykk i dette svangerskapet?

- Nei
- Ja

21. Hvis ja, hvor høyt var det på det høyeste i dette svangerskapet? (Med høyt blodtrykk menes ett eller begge tall over 140/90) (Se i Helsekortet ditt.)

/ Eks. /

- Vet ikke

22. Har du hatt høyt blodtrykk uten å være gravid?

- Nei
- Ja
- Vet ikke

23. Hvis ja, hvor høyt var det på det høyeste utenom svangerskapet?

/ Eks. /

- Vet ikke

Hvordan har du hatt det siden sist?

Nå følger noen spørsmål som handler om tiden etter 13. svangerskapsuke.

50. Har du hatt en eller flere blødninger fra skjeden etter 13. svangerskapsuke? +

- Nei
 Ja

51. Hvis ja, kryss av for hvor mye du blødde, i hvilke svangerskapsuker og hvor mange dager blødningen varte. (Hvis mer enn 2 blødninger, beskriv de 2 siste.)

	Kryss av for blødningsmengde (sporblødning betyr noen dråper)	I hvilke svangerskapsuker hadde du blødningen?					Blødningen varte i antall dager	
		13-16	17-20	21-24	25-28	29+		
1. <input type="checkbox"/> Sporblødning	<input type="checkbox"/> Mer enn sporblødning	<input type="checkbox"/> Større mengder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> Sporblødning	<input type="checkbox"/> Mer enn sporblødning	<input type="checkbox"/> Større mengder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hvis mer enn 2 blødningsepisoder, angi antall			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

52. Kjenner du årsaken til at du blødde? +

- Nei
 Ja

53. Hvis ja, hva var årsaken(e)? (Du kan sette flere kryss.)

- Morkaken ligger for langt nede (vanskelig plassert/ placenta prævia)
 For tidlig løsning av morkaken (abruptio/ablatio placenta)
 Truende abort/for tidlig fødsel
 Sår på livmorhalsen, slimhinneblødning
 Etter samleie
 Annen årsak

54. Har du vært plaget av kynnere / forveer? +

- Nei
 Ja, litt plaget
 Ja, mye plaget

55. Har du eller har du hatt noen av de følgende sykdommene eller helseplagene etter 13. svangerskapsuke? Hvis du har brukt tabletter, miksturer, stikkpiller, inhalasjoner, salver osv. i forbindelse med sykdommen eller helseplage, oppgi navnet på medisinen(e) og når du brukte dem og hvor lenge. (Du kan sette flere kryss.) (Dette gjelder alle typer medikamenter, både faste og ikke-faste og naturmedisiner. Ikke før inn vitaminer og kost-tilskudd - disse spør vi om senere i skjemaet.)

+	I hvilke svangerskapsuker var du plaget?					Navn på medisiner du brukte	I hvilke svangerskapsuker brukte du medisiner?					Antall dager brukt	
	13-16	17-20	21-24	25-28	29+		13-16	17-20	21-24	25-28	29+		
1 Bekkenløsning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ryggsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Andre smerter i muskler/ledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Langvarig kvalme med brekninger/oppkast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Soppinfeksjon i skjeden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Annen skjedekatarr/ uvanlig utflod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Svangerskapskløe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Treg mage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Diaré/omgangssyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsettelse...

+	Ant. kopper/ glass	Økologisk (kryss av)
12. Saft/juice	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
13. Saft/juice light	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
14. Søtmeik (skummet, lett, hel) .	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
15. Cultura, alle typer	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
16. Biola, alle typer	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
17. Annen surmelk (kefir, yoghurt e.l.)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
18. Annet	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

114. Hvor ofte drakk du alkohol før, og hvor ofte drikker du nå?

	Siste 3 måneder før siste mens	I dette svangerskapet		
		Svangerskapsuke		
		0-12	13-24	25+
Omtrent 6-7 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 4-5 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 2-3 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 1 gang pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 1-3 ganger pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjeldnere enn 1 gang pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enheter alkohol

For å sammenligne ulike typer alkohol, spør vi etter det vi kaller alkoholenheter (= 1,5cl ren alkohol). I praksis betyr dette følgende:

1 glass (1/3 liter) øl	= 1 enhet
1 vinglass rød eller hvit vin	= 1 enhet
1 hetvinsglass, sherry eller annen hetvin	= 1 enhet
1 drammeglass brennevin eller likør	= 1 enhet
1 flaske rusbrus/cider	= 1 enhet

115. I perioden rett før du ble gravid og i dette svangerskapet, hvor mange ganger har du drukket 5 eller flere enheter? (Se forklaring om enheter alkohol.)

	Siste 3 måneder før siste mens	I dette svangerskapet		
		Svangerskapsuke		
		0-12	13-24	25+
Flere ganger i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 gang i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-3 ganger pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Under 1 gang pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

116. Hvor mange enheter drikker du vanligvis når du nyter alkohol? (Se forklaring ovenfor om enheter alkohol.)

	Siste 3 måneder før siste mens	I dette svangerskapet		
		Svangerskapsuke		
		0-12	13-24	25+
10 eller flere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Færre enn 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

117. Dersom du har endret ditt alkoholbruk før eller under dette svangerskapet, når skjedde endringen? (Du kan sette flere kryss.)

	Endring til mindre mengder	Endring til større mengder
Siste 3 måneder før siste menstruasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I svangerskapsuker 0-6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I svangerskapsuker 7-12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I svangerskapsuker 13-24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etter svangerskapsuke 25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

118. Hvis du har endret ditt alkoholbruk, hvor viktig var de følgende faktorene? (Du kan sette flere kryss.)

	Ikke aktuelt	Lite viktig	Ganske viktig	Viktig	Svært viktig
Kvalme/ubehag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endret smak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For fosterets skyld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresjon/vansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre grunner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Litt mer om deg selv og hvordan du har det nå

119. Hvilken sivilstand har du nå?

- Gift
 Samboer
 Enslig
 Skilt/separert
 Enke
 Annet

+

120. Har du noen utenom ektefelle/ samboer/ partner som du kan søke råd hos i en vanskelig situasjon?

- Nei
 Ja, 1-2 personer
 Ja, flere enn to personer

121. Hvor ofte treffer du, eller snakker i telefonen med familie (utenom husholdningen) eller nære venner?

- En gang i måneden eller sjeldnere
 2-8 ganger i måneden
 Mer enn 2 ganger i uken

+

122. Føler du deg ofte ensom?

- Nesten aldri
 Sjelden
 Av og til
 Som regel
 Nesten alltid

+

123. Dersom du har født tidligere, hvordan var din opplevelse av selve fødselen i det store og hele?

- Veldig god
 God
 Sånn passe
 Dårlig
 Veldig dårlig

+

124. Hvor enig er du i disse beskrivelsene av dine tanker om forestående fødsel? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
Jeg vil gjerne ha en så naturlig fødsel som mulig uten smertestillende og uten inngrep. . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg gruer meg veldig til fødselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg vil gjerne ha så mye bedøvelse at fødselen blir helt smertefri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg vil helst ha epidural (ryggmargsbedøvelse) uansett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg vil helst ha epidural (ryggmargsbedøvelse) hvis jordmoren også er enig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis jeg fikk velge ville jeg helst ta keisersnitt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg mener kvinnen selv må bestemme om det skal gjøres keisersnitt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bekymrer meg hele tiden for at barnet ikke skal være friskt og velskapt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg gleder meg til barnet kommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

125. Hvor enig er du i disse beskrivelsene av ditt parforhold? (Besvares bare dersom du er i et parforhold.) (Sett kun ett kryss for hver linje.)

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

+

+

126. Har du i løpet av de 2 siste ukene vært plaget med noe av det følgende? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Stadig redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsitet, indre uro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykt, tungsindig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mye bekymret eller urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av at alt er et slit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg anspent eller oppjaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plutselig frykt uten grunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

127. Hvor ofte opplever du følgende i ditt daglige liv? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Sjelden/aldri	Nokså sjelden	Noen ganger	Ofte	Veldig ofte
Føler deg glad for noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg lykkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg oppstemt, som om alt legger seg til rette for deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler at du vil skrike til noen eller slå løs på ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg sint, irritert eller ergerlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg rasende på noen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

128. Hvor riktige er disse utsagnene for deg? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Ikke riktig	Litt riktig	Nesten riktig	Helt riktig
Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis noen motarbeider meg, finner jeg en måte å oppnå det jeg vil på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er sikker på at jeg kan mestre uventede hendelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er rolig når jeg møter vanskeligheter, fordi jeg stoler min evne til å klare meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dersom jeg er i en knipe, finner jeg vanligvis en løsning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

129. Kryss av om du er enig eller uenig i de følgende påstandene. (Sett kun ett kryss for hver linje.)

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

130. Hva slags oppfatning har du av deg selv? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Svært enig	Enig	Uenig	Svært uenig
Jeg har en positiv holdning til meg selv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg virkelig ubrukkelig til tider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg ikke har mye å være stolt av	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg er en verdifull person, iallfall på lik linje med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

131. Har du i løpet av de siste 12 månedene opplevd noe av det følgende? Hvis ja, hvor vondt eller vanskelig var dette for deg?

(Kryss av for hver linje.)

	Nei	Ja	Hvis ja		
			Ikke så ille	Vondt/ vanskelig	Veldig vondt/ vanskelig
Har du hatt problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hatt økonomiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ble du skilt, separert eller avbrøt du samlivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hatt problemer eller konflikter med familie, venner eller naboer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har en av dine nærmeste vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært utsatt for alvorlig trafikkulykke, boligbrann eller grovt tyveri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du mistet en som sto deg nær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

132. Har du noen gang opplevd noe av det følgende: (Kryss av for hver linje.)

	Nei, aldri	Ja, som barn (under 18 år)	Ja, som voksen (over 18 år)	Hvem eller hvilke personer var det som utsatte deg for det?			Har dette skjedd deg det siste året?	
				Fremmed person	Familie eller slektning	Annen kjent person	Nei	Ja
At noen systematisk og over lengre tid har forsøkt å kue, fornedre eller ydmyke deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At noen har truet med å skade deg eller noen som står deg nær?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å bli utsatt for fysiske overgrep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å bli presset til seksuelle handlinger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annet

133. Har noen du bor sammen med hatt noen av de følgende sykdommer i løpet av dette svangerskapet? (Kryss av og angi tidspunkt.)

	I hvilke svangerskapsuker?			
	0-9	10-19	20-29	30+
<input type="checkbox"/> Influensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Barnesykdom (feber med utslett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Langvarig hoste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annen infeksjonssykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

134. Har det vært noen tilfeller av krybbedød i din familie eller i barnefarens familie?

- Nei
 Vet ikke
 Ja, i min familie, (se spørsmål 132)
 Ja, i barnefarens familie, (se spørsmål 133)

135. Barnet som døde i krybbedød i min familie var:

- Min søster
 Min bror
 Min søsters barn
 Min brors barn
 Min mors søsken
 Min fars søsken
 Andre
- Gutt Pike
 Gutt Pike
 Gutt Pike Kjønn ukjent
 Gutt Pike Kjønn ukjent



Melding om avsluttet svangerskap etter 12. uke - Fødsel, dødfødsel, spontanabort

Se utfyllingsinstruks for blanketten på baksiden

Sosial- og helsedirektoratet

A - Sivile opplysninger

B - Om svangerskap og mors helse

C - Om fødselen

D - Om barnet

Institusjonsnr: <input type="text"/>	Institusjonsnavn: <input type="text"/>	Fødsel utenfor institusjon: <input type="checkbox"/> Hjemme, planlagt <input type="checkbox"/> Hjemme, ikke planlagt <input type="checkbox"/> Under transport <input type="checkbox"/> Annet sted	Mors fulle navn og adresse: <input type="text"/>
Mors sivilstatus: <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Ugift/enslig <input type="checkbox"/> Skilt/separert/enke <input type="checkbox"/> Annet	Slektskap mellom barnets foreldre? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, hvis ja, hvorledes: <input type="text"/>	Mors bokommune: <input type="text"/>	Pikenavn (etternavn): <input type="text"/>
Fars fødselsdato: <input type="text"/>	Fars fulle navn: <input type="text"/>	Mors fødselsnr.: <input type="text"/>	

Siste menstr. 1. blødn.dag: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sikker <input type="checkbox"/> Usikker	Mors tidligere svangerskap/fødte: <input type="text"/>	Levende-fødte: <input type="text"/>	Dødfødt (24. uke og over): <input type="text"/>	Spontanabort/Dødfødt (12.-23. uke): <input type="text"/>	Spontanaborter (under 12. uke): <input type="text"/>	
Ultrasound utført? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja UL termin: <input type="text"/>	Annen prenatal diagnostikk? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, angi type: <input type="text"/>	Patologiske funn ved prenatal diagnostikk? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, hvis bekreftet - spesifiser: <input type="text"/>	Spesifikasjon av forhold før eller under svangerskapet: <input type="text"/>				
Spesielle forhold for svangerskapet: <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Allergi <input type="checkbox"/> Tidligere sectio <input type="checkbox"/> Res. urinveisinfeksjon <input type="checkbox"/> Intet spesielt	Kronisk nyresykdom <input type="checkbox"/> Kronisk hypertensjon <input type="checkbox"/> Reumatoid artritt <input type="checkbox"/> Hjertesykdom <input type="checkbox"/> Hypertensjon alene <input type="checkbox"/> Preeklamsi lett <input type="checkbox"/> Preeklamsi alvorlig <input type="checkbox"/> Preeklamsi før 34. uke <input type="checkbox"/> HELLP syndrom	Epilepsi <input type="checkbox"/> Diabetes type 1 <input type="checkbox"/> Diabetes type 2 <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «B» <input type="checkbox"/> Eklamsi <input type="checkbox"/> Hb < 9.0 g/dl <input type="checkbox"/> Hb > 13.5 g/dl <input type="checkbox"/> Trombose, beh. <input type="checkbox"/> Infeksjon, spes. i «B»	Regelmessig kosttilskudd: <input type="checkbox"/> Nei For sv.sk. I sv.sk. <input type="checkbox"/> Multivitaminer <input type="checkbox"/> Folat/Folsyre <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «B»	Legemidler i svangerskapet: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja - spesifiser i «B»			

Røyking og yrke Forutsetter mors samtykke - se retledning på baksiden <input type="checkbox"/> Skriftlig orientering gitt til mor <input type="checkbox"/> Samtykker ikke for røykeoppl.	Røykte mor ved sv.sk. begynnelse? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Daglig Ant. sig. dagl.: <input type="text"/>	Mors yrke <input type="checkbox"/> Samtykker ikke for yrkesoppl. <input type="checkbox"/> Ikke yrkesaktiv <input type="checkbox"/> Yrkesaktiv heltid <input type="checkbox"/> Yrkesaktiv deltid	Mors yrke: <input type="text"/>
---	---	---	---------------------------------

Leie/presentasjon: <input type="checkbox"/> Normal bakhode <input type="checkbox"/> Sefe <input type="checkbox"/> Tverrleie <input type="checkbox"/> Avvikende hodefødsel <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «C»	Fødselstart: <input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Indusert <input type="checkbox"/> Sectio	Ev. induksjonsmetode: <input type="checkbox"/> Prostaglandin <input type="checkbox"/> Oxytocin <input type="checkbox"/> Amniotomi <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «C»	Indikasjon for inngrep og/eller induksjon: <input type="checkbox"/> Komplikasjoner som beskrevet nedenfor <input type="checkbox"/> Foster misdannelser <input type="checkbox"/> Overtid <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «C»	
Inngrep/tiltak: <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Utskj. tang, hodeleie <input type="checkbox"/> Annen tang, hodeleie <input type="checkbox"/> Vakuumeksikator <input type="checkbox"/> Episiotomi	Fremhj. ved setefødsel: <input type="checkbox"/> Vanlig fremhjelp <input type="checkbox"/> Ultrækning <input type="checkbox"/> Tang på etterk. hode	Sectio: <input type="checkbox"/> Var sectio planlagt før fødsel? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Utført som elektiv sectio <input type="checkbox"/> Utført som akutt sectio	Spesifikasjon av forhold ved fødselen/andre komplikasjoner: <input type="text"/>	
Komplikasjoner: <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Vannavg. 12-24 timer <input type="checkbox"/> Vannavg. > 24 timer <input type="checkbox"/> Mekaniske misforhold <input type="checkbox"/> Vanskelig skulderforløsning	Placenta previa <input type="checkbox"/> Abruptio placentae <input type="checkbox"/> Perinealruptur (grad 1-2) <input type="checkbox"/> Sphincteruptur (gr. 3-4)	Blødning > 1500 ml, transf. <input type="checkbox"/> Blødning 500-1500 ml <input type="checkbox"/> Eklamsi under fødsel <input type="checkbox"/> Navlesnorfremfall	Truende intrauterin asfyksi <input type="checkbox"/> Risvekkelse, stimulert <input type="checkbox"/> Langsom fremgang <input type="checkbox"/> Uterus atoni <input type="checkbox"/> Annet:	
Anestesi/analgesi: <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Lystgass <input type="checkbox"/> Petidin	Epidural <input type="checkbox"/> Spinal	Pudendal <input type="checkbox"/> Infiltrasjon	Paracervical blokk <input type="checkbox"/> Narkose <input type="checkbox"/> Annet:	
Placenta: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hinnerester <input type="checkbox"/> Ufullstendig <input type="checkbox"/> Infarkter <input type="checkbox"/> Koagler <input type="checkbox"/> Utskraping <input type="checkbox"/> Manuell uthenting <input type="checkbox"/> Placenta-vekt: <input type="text"/>	Navlesnor: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Velamentøse fester <input type="checkbox"/> Marginalt feste <input type="checkbox"/> Karanomalier	Omslyng rundt hals <input type="checkbox"/> Annet omslyng <input type="checkbox"/> Ekte knute <input type="checkbox"/> Navlesnorlengde: <input type="text"/>	Fostervann: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Polyhydramnion <input type="checkbox"/> Oligohydramnion <input type="checkbox"/> Misfarget <input type="checkbox"/> Stinkende, infisert <input type="checkbox"/> Blodtilblandet	Komplikasjoner hos mor etter fødsel: <input type="checkbox"/> Intet spesielt <input type="checkbox"/> Feber > 38.5° <input type="checkbox"/> Trombose <input type="checkbox"/> Eklamsi post partum <input type="checkbox"/> Mor overflyttet <input type="checkbox"/> Mor intensivbeh. <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser

Fødselsdato: <input type="text"/>	Klokken: <input type="text"/>	Pluralitet: <input type="checkbox"/> Enkeltfødsel <input type="checkbox"/> Flerfødsel	For flerfødsel: Nr. <input type="text"/> Av totalt <input type="text"/>	Kjønn: <input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Pike	Barnets vekt: <input type="text"/>	Total lengde: <input type="text"/>	Apgar score: <input type="text"/>
Barnet var: <input type="checkbox"/> Levendefødt <input type="checkbox"/> Dødfødt/sp. abort Oppgi dødsårsak i «D»		For dødfødt: <input type="checkbox"/> Død før fødsel <input type="checkbox"/> Død under fødselen <input type="checkbox"/> Ukjent dødsstidspunkt	For dødfødt, oppgi også: <input type="checkbox"/> Død for innkomst <input type="checkbox"/> Død eller innkomst	Levendefødt, død innen 24 timer Livet varte: <input type="text"/> Timer <input type="text"/> Min.	Død senere (dato): <input type="text"/>	Klokken: <input type="text"/>	Eventuelt sele-issemål: <input type="text"/>

Overfl. barneavd.: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Dato: <input type="text"/>	Overfl. til: <input type="text"/>	Indikasjon for overflytting: <input type="checkbox"/> Respirasjonsproblem <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Medfødte misd. <input type="checkbox"/> Perinatale infeksjoner <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser	Behandlingskoder: <input type="checkbox"/> Systemisk antibiotika <input type="checkbox"/> Respiratorbeh. <input type="checkbox"/> CPAP beh.	Icterus behandlet: <input type="checkbox"/> Lysbehandlet <input type="checkbox"/> Utskifting <input type="checkbox"/> Årsak: <input type="text"/>	
Neonatale diagn.: (Fylles ut av lege/pedialater) <input type="checkbox"/> Intet spesielt	Hypoglyk. (< 2 mmol/l) <input type="checkbox"/> Medf. anemi (Hb < 13.5 g/dl) <input type="checkbox"/> Hofteleddsdispl. beh. m/pute	Transit. tachypnoe <input type="checkbox"/> Resp. distress syndr. <input type="checkbox"/> Aspirasjonssyndrom <input type="checkbox"/> Intrakraniell blødning	Cerebral irritasjon <input type="checkbox"/> Cerebral depresjon <input type="checkbox"/> Abstinens <input type="checkbox"/> Neonatale krampes	Konjunktivitt beh. <input type="checkbox"/> Navle/hudinf. beh. <input type="checkbox"/> Perinat. inf. bakterielle <input type="checkbox"/> Perinat. inf. andre	Fract. claviculae <input type="checkbox"/> Annen fraktur <input type="checkbox"/> Facialisparese <input type="checkbox"/> Plexusskade

Tegn til medfødte misdannelser: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Spesifikasjon av skader, neonatale diagnoser og medfødte misdannelser - utfylles av lege: <input type="text"/>	Årsak: <input type="checkbox"/> ABO uforlik. <input type="checkbox"/> RH immunisering <input type="checkbox"/> Fysiologisk <input type="checkbox"/> Annen årsak
--	--	--

Kryss av hvis skjema er oppfølgings skjema

Jordmor v/fødsel: Utskrivningsdato:

Jordmor v/utskrivning: Mor:

Protokollnr.: Lege: Barn:

Lege barse/barneavd.:

IS-1002 6893, 11.03. Ansvord Grafisk