

# Sammenheng mellom tidligere aborter og fødselsangst

En populasjonsbasert kohortstudie

Tone Breines Simonsen



Masteroppgave  
Seksjon for helsefag  
Institutt for helse og samfunn  
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2013

© Tone Breines Simonsen

2013

Sammenheng mellom tidligere aborter og fødselsangst

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

**Formål.** Abort angår mange kvinner og man vet lite om følgene av slike erfaringer for senere graviditeter. Hensikten med studien var å undersøke om tidligere spontanaborter og selvbestemte aborter har betydning for utvikling av fødselsangst. I analysene ble det justert for kvinnens psykiske helse, paritet, tidligere dødfødsler og sosiodemografiske faktorer.

**Materiale og metode.** Studien omfattet 2753 gravide kvinner med fødeplass på Akershus universitetssykehus. Informasjon ble innhentet ved hjelp av spørreskjemaer i svangerskapsuke 18 og 32, samt ved uttrekk fra sykehusets fødejournalsystem. Angst for å føde ble målt ved the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ).

**Resultater.** Åtte prosent av kvinnene rapporterte angst for å føde, definert som en W-DEQ skåre på 85 eller mer. Forekomsten av angst for å føde var 11,7 % blant kvinnene som hadde gjennomført 2 eller flere selvbestemte aborter og 7,8 % blant de som aldri hadde tatt abort. Denne trenden var ikke statistisk signifikant og forvant helt i de justerte analysene. Vi fant heller ingen sammenheng mellom spontanaborter og angst for å føde. Kvinnens psykiske helse var den faktoren som var sterkest assosiert med fødselsangst.

**Fortolkning.** I vår studie fant vi ingen samvariasjon mellom tidligere aborthistorie og fødselsangst, noe som kan tyde på at dagens behandling av aborterende og abortsøkende kvinner ikke virker traumatiserende med hensyn til senere reproduktive hendelser.

# Abstract

## **Fear of childbirth – the impact of a previous abortion history**

**Background.** Abortion is a matter that concerns many women, and we have little knowledge about the effects of such experiences with regard to later pregnancies. The objective of the study was to investigate whether a previous history of spontaneous and induced abortion has an effect on later development of fear of childbirth. In the analyses we adjusted for the women's mental health, parity, previous stillbirths and sociodemographic factors.

**Material and methods.** The study included 2 753 pregnant women from Akershus University Hospital. Information was collected with the aid of questionnaires in the 18th and 32nd week of gestation, as well as retrievals from the hospital's system of birth records. Fear of childbirth was measured on the the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ).

**Results.** Eight percent reported fear of childbirth, defined as W-DEQ-score of 85 or more. The prevalence of fear of childbirth amounted to 11.7 % among women who had undertaken two or more elective abortions and 7.8 % among those who had no previous abortions. This trend was not statistically significant and disappeared completely in the adjusted analyses. Nor did we find any correlation between spontaneous abortions and fear of childbirth. The mental health of the woman was the one factor that was most strongly associated with fear of childbirth.

**Interpretation.** In this study we found no co-variance between previous abortionhistory and fear of childbirth. This may indicate that today's treatment of women who experience abortion is not traumatizing with respect to subsequent reproductive events.

# Forord

Så er det tid for å takke alle som har lagt til rette for meg fram mot masteroppgaven. Takk til Universitetet i Oslo for studieplass på Avdeling for Helsefag.

En stor takk til min hovedveileder Astrid Klopstad Wahl på avdeling for Helsefag, UiO, jeg setter stor pris på all hjelp på veien frem mot ferdig masteroppgave, og jeg ser at jeg fortsatt har mye å lære.

Så vil jeg takke min prosjektleder og biveileder Malin Eberhard-Gran, takk for at du tok meg med i Favn om fødselen-studien. Takk for at jeg fikk anledning til å bruke data fra studien, og takk for god hjelp med artikkelen, jeg setter stor pris på å samarbeide med deg. Jeg må også takke mine kollegaer i Favn om fødselen-studien for gode faglige innspill. Jeg har også lært mye om forskning av mine kollegaer i Bekkenbunnsstudien.

En stor takk må også rettes til ledere og gode kollegaer ved Avdeling for helsetjenesteforskning (HØKH) og ved Kvinneklinikken på Akershus Universitetssykehus. Jeg er stolt av arbeidsplassen min! Jeg har vært privilegert som har fått økonomisk støtte i form av interne strategiske forskningsmidler på Ahus for å fullføre masteroppgaven min.

Tilslutt må jeg selvsagt takke mine nærmeste, takk til Idar og våre flotte barn og barnebarn, håper det blir mer tid til dere nå som masteroppgaven er levert!

Fjellhamar, mai 2013.

Tone Breines Simonsen

# Ordforkortelser

EPDS: The Edinburgh Postnatal Depression Scale

DSM-IV: American Psychiatric Associations Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD-10: WHO`s International statistical Classification of Disease

KI: Konfidensintervall

MFR: Medisinsk fødselsregister

NRS: Numeric Rating Scale

OR: Odds ratio

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

SCL-A: Hopkins Symptom Check List (SCL-25), de 10 første spørsmål som omhandler angst

SD: Standard deviasjon (avvik)

WHO: World Health Organization

W-DEQ: The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire

# Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon .....	1
1.1	Jordmorfaglig kontekst.....	3
2	Studiens problemstilling.....	5
3	Teoretisk referanseramme og begreper .....	6
3.1	Fødselsangst .....	6
3.1.1	Definisjon .....	6
3.1.2	Oppfølging ved fødselsangst.....	8
3.1.3	Tidligere forskning .....	8
3.1.4	Fødselsangst og mental helse .....	10
3.2	Spontanabort.....	12
3.2.1	Definisjon .....	12
3.2.2	Diagnose.....	13
3.2.3	Prevalens .....	13
3.2.4	Årsaker .....	13
3.2.5	Behandling .....	13
3.2.6	Spontanabort og mental helse – tidligere forskning.....	14
3.3	Selvbestemt abort .....	15
3.3.1	Lovverk .....	15
3.3.2	Diagnose.....	15
3.3.3	Prevalens .....	15
3.3.4	Behandling .....	16
3.3.5	Selvbestemt abort og mental helse – tidligere forskning .....	16
3.4	Spontanabort og selvbestemt abort – fellestrekk og ulikheter. ....	17
3.4.1	Skamfølelse ved abort. ....	17
4	Vurderinger knyttet til metode og forskningsetikk .....	19
4.1	Favn om fødselen-studien .....	19
4.2	Studiens design.....	19
4.3	Utvalg .....	20
4.4	Instrumenter .....	22
4.4.1	Administrering av spørreskjemaer .....	22
4.4.2	Spørreskjema 1 og 2.....	23

4.4.3	Beskrivelse av instrumenter i spørreskjemapakken .....	24
4.4.4	Variabelen Psykisk helse.....	26
4.4.5	Journaldata .....	27
4.5	Validitet.....	29
4.5.1	Intern validitet .....	29
4.5.2	Statistisk validitet .....	31
4.5.3	Ekstern validitet.....	35
4.6	Reliabilitet .....	36
4.7	Forskningsetiske retningslinjer .....	37
5	Resultater.....	39
6	Drøftelse av funn.....	40
7	Konklusjon .....	43
	Litteraturliste .....	44
	Vedlegg 1 .....	50
	Vedlegg 2 .....	63
	Vedlegg 3 .....	65
	Vedlegg 4 .....	66
	Vedlegg 5 .....	77
	Vedlegg 6 .....	89
	Vedlegg 7 .....	92
	Vedlegg 8 .....	93
	Vedlegg 9 .....	97



# 1 Introduksjon

Tema for denne masteroppgaven i helsefagvitenskap er fødselsangst og relaterte faktorer. I mitt daglige virke arbeider jeg som jordmor på en stor kvinneklinikk hvor jeg sammen med andre arbeider i et større prosjekt "Favn om fødsel", en stor kohortstudie som følger gravide kvinner med fødeplass på sykehuset fra midt i svangerskapet og inntil to år etter fødselen. Fødselsangst er et av flere fenomen som undersøkes i denne kohortstudien. Det er data fra denne studien som danner det empiriske grunnlaget for denne masteroppgaven.

Masteroppgaven består av en vitenskapelig artikkel og en utdypende diskusjon av denne (kappe). Artikkelen er skrevet for helsepersonell, og nylig publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening (1). I kappen vil jeg utdype teori som tema bygger på, drøfte vurderinger av metodiske forhold og fortolkning av funn ut over det som er mulig å gjøre i en artikkel. Tidsskriftet artikkelen ble publisert i hadde en begrensning på antall ord. Jeg har derfor valgt å skrive en lengre og grundigere kappe. Artikkelen ligger som vedlegg 1 til oppgaven.

Det blir stadig kortere liggetid i sykehus. Kort liggetid kan være positivt der det blir tilrettelagt for tett oppfølging av kvinnen og det nyfødte barnet etter hjemreise. I en rapport fra Helsetilsynet som bygger på tilsyn med barselsavdelinger blir det spesielt satt søkelys mot denne korte liggetiden og samhandlingsavtaler med helsesøstertjensten i kommune (1). Ser man 50 - 60 år tilbake i tid var det ikke uvanlig med 10 dagers liggetid på sykehus etter en normal fødsel, og når mor og barn kom hjem kunne hun ofte få tilbud om husmorvikar i to uker. For 25 år siden var det ikke uvanlig med 7 dagers liggetid for normale fødsler, og opptil 10 dager ved keisersnitt. I dag blir nyforløste og nyopererte kvinner sendt hjem etter to til tre dager på barselavdelingen, for de fleste er ikke ammingen etablert, og barselkvinnen er ikke restituert verken fysisk eller psykisk. Rapporten fra Helsetilsynet viser at det er et betydelig gap i barselomsorgen fra kvinnen skrives ut fra sykehus til helsestasjonen er på banen med tilbud om hjemmebesøk fra jordmor eller helsesøster (2). Retningslinjer for barselomsorgen er under utarbeiding, men per i dag er det ikke inngått forpliktende samarbeidsavtaler mellom de forskjellige helsetjenestenivåene (2). Vi vet at angst for å føde har vært assosiert med ammeproblemer, forstyrrelser i tilknytningsprosessen til barnet, samt barseldepresjon (3). Manglende kontinuitet og oppfølging i barselomsorgen vil spesielt ramme disse sårbare kvinnene, og det er betenkelig når vi vet at den første tiden etter fødsel er svært avgjørende både for kvinnen selv, tilknytningen til barnet, barnets utvikling og familiedannelsen (2-5).

Det fødes ca 60 000 barn i Norge årlig. Frykt eller angst for svangerskap og fødsel har eksistert til alle tider, men innen forskningslitteraturen må dette sies å være et relativt nytt tema (6). For leger og jordmødre som jobber med gravide og fødende kvinner på helsestasjon og på fødeklinikkene har dette lenge vært et kjent fenomen, men det er først i de senere år at oppfølgingen av disse kvinnene er satt i system. Det er i dag opprettet behandlingstiltak på flere norske sykehus med det formål å bearbeide fødselsangst. I Oslo-området har rundt 5-10 % av fødende kvinner hatt kontakt med slike behandlingstilbud. Imidlertid er effekten av denne type intervensjon ikke grundig nok dokumentert (3). Vi vet fortsatt lite om mekanismene bak denne frykten, og de fleste tidligere studier som omhandler fødselsangst er basert på data fra kvinner som er henvist til behandling pga sin fødselsangst (7;8). Dvs. at det finnes få populasjonsbaserte studier på dette feltet. Det er mulig at fokuset på angst for å føde har blitt tydeligere ettersom nettbaserte møtesteder har blitt tilgjengelige og populære blant kvinner i fertil alder. Det er heller ikke utenkelig at alt fokus fra media om alt som kan gå galt i helsevesenet kan påvirke kvinner som er usikre på den forestående fødselen.

Tidligere studier antyder at 5- 20 % av alle kvinner har sterk uro eller frykt for å føde (9;10), og en del elektive keisersnitt gjøres i dag på indikasjonen fødselsangst eller ”mors ønske” (9-11). Angst under svangerskapet har blitt relatert til en rekke negative følger slik som langvarig fødsel (12), økt behov for smertestillende, og økt risiko for keisersnitt (7;12). Faktorer som tidligere traumatiske fødsler hos flergangsfødende (8;13), frykt for smerte, sykdommer eller fysiske plager kan ha betydning for utvikling av fødselsangst. I tillegg kan også psykososiale faktorer og tidligere seksuelle overgrep ha en påvirkning (14;15). En fødsel er en familiebegivenhet. Problemer i tilknytning til fødsel og barseltid vil kunne føre til uønskede konsekvenser både for kvinnen selv, barnet og for videre samliv/parforhold (2).

De fleste kvinner erfarer at svangerskap og fødsel er en normal prosess. Det kan tenkes at kvinner som opplever fødselsangst føler at de ikke mestrer dette normale like bra som alle andre kvinner, og at de i den forbindelse føler skyld og skam.

I 2011 ble det utført 15 343 selvbestemte svangerskapsavbrudd i Norge. Omtrent hvert femte svangerskap ender med selvbestemt abort (16) og ca 50 % av alle påbegynte og 10-20 % av klinisk registrerte graviditeter ender som spontanabort (17). Både spontan- og selvbestemt abort kan oppleves som traumatisk (18).

Tidligere studier har vist at både spontanabort og selvbestemt abort er assosiert med økt risiko for angst og depresjon (19;20). Det er også vist at kvinner som har tatt abort har høyere risiko for å føle skyld og skam sammenlignet med kvinner som har opplevd spontanabort (19). En systematisk oversikt over forskning på selvbestemt abort fra 2011 kan imidlertid ikke bekrefte en sammenheng mellom selvbestemt abort og dårligere mental helse. Utfallsmål i denne oversiktsstudien var depresjon, angstlidelser, posttraumatisk stresslidelse og selvmord (21). I en fersk norsk studie viser det seg at majoriteten av kvinner med fødselsangst verken har angst eller depresjon (22).

For å kunne gi et optimalt tilbud til kvinner med fødselsangst er det viktig å forstå hvilke faktorer som er relatert til denne tilstanden. Så vidt vi vet har ingen tidligere studier undersøkt sammenhengen mellom aborthistorie og fødselsangst. Hensikten med denne studien er derfor å studere hvilken betydning tidligere aborter, både spontane og selvbestemte, har for utviklingen av fødselsangst, kontrollert for psykisk helsestatus, paritet, tidligere dødfødsler og sosiodemografiske faktorer.

## 1.1 Jordmorfaglig kontekst

Valg av tema henger sammen med min kliniske jordmorpraksis, og møtet med kvinner i fertil alder i ulike sammenhenger. Tradisjonelt har jordmorrollen vært knyttet til oppfølging av kvinnen under det normale svangerskap, fødsel og barseltid. Majoriteten av jordmødre arbeider fortsatt på føde/barselavdelinger eller i svangerskapsomsorgen. Jordmødre har også kompetanse innen kvinnehelse generelt og i dag er både gynekologi og reproduktiv helse en selvsagt del av jordmorutdanningen.

Reproduktiv helse har vært et av WHO's satsningsområder i de senere årene. I denne studien fokuseres det på kvinners reproduktive helse. Selve begrepet omfatter de reproduktive prosesser og de funksjoner som er knyttet til kvinner i fertil alder. Seksuell helse, reproduktiv frihet, og trygghet i forbindelse med svangerskap og fødsel er områder som inngår i begrepet reproduktiv helse. Jordmor har kompetanse til å ivareta det normale i denne prosessen, men skal også oppdage komplikasjoner og iverksette tiltak der det er nødvendig (23). Jordmors kompetanse benyttes i dag både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Noen jordmødre driver også egen privat praksis. De fleste jordmødre kommer i kontakt med kvinner som av ulike årsaker har frykt eller angst for den forestående fødsel. Noen jordmødre

jobber spesielt med denne type problemstillinger fordi det på flere norske sykehus er opprettet tilbud om oppfølging av kvinner med fødselsangst.

Ved kontakt med kvinner gjennom svangerskap og fødsel tas det alltid opp anamnese for å kunne gi et tilbud til kvinnen ut fra hennes forutsetninger og tidligere opplevelser. Tidligere fødsler, spontane og selvbestemte aborter er en del av denne anamnesen. Tradisjonelt har ikke jordmødrene jobbet mye med abortproblematikk, men bl.a. pga økt fokus på kvinnehelse i jordmorutdanningen og det at flere jordmødre arbeider på kvinneklinikkens poliklinikker, har også gynekologi og oppfølging i forbindelse med abort blitt en del av jordmødres arbeidsområde. På min arbeidsplass er det som regel jordmødre som gjennomfører abortsamtaler etter legekonsultasjonen der aborten bestemmes. Hensikten med en slik abortsamtale er i første omgang å informere om den praktiske gjennomføringen av selve aborten. Under disse samtalene opplever jeg ofte å få spørsmål om konsekvenser etter en abort. Denne studien kan bidra med ny kunnskap om evt. assosiasjoner mellom abort og fødselsangst.

Det er viktig å presisere at oppfølgingen av kvinner, enten det er svangerskap og fødsel eller abort, er tverrfaglig. Det er flere yrkesgrupper som er i kontakt med kvinnene, blant annet leger, jordmødre, sykepleiere, hjelpepleiere/barnepleiere, merkantilt personell, sosionomer, psykologer, med flere.

## 2 Studiens problemstilling

*”Er det sammenheng mellom tidligere aborter og fødselsangst?”*

Nullhypotese ( $H_0$ ): Det er ingen sammenheng mellom tidligere aborter og fødselsangst.

Hensikten med denne studien er å studere hvilken betydning tidligere spontane og selvbestemte aborter har for utviklingen av fødselsangst. Antallet tidligere aborter tas med i vurderingen, samt at det kontrolleres for psykisk helsestatus, tidligere dødfødsler og sosioøkonomiske faktorer.

# 3 Teoretisk referanseramme og begreper

## 3.1 Fødselsangst

### 3.1.1 Definisjon

Det kan se ut til at fødselsangst har blitt et samlebegrep for forskjellige former for diffus bekymring og angst hos kvinnen under graviditeten. Fødselsangst er ikke noe entydig begrep, og det er ingen felles definisjon for fødselsangst (3). Mange artikler innleder med at fødselsangst er vanlig eller ”a major women`s health issue”, men det finnes faktisk ingen klar konsensus om hva fødselsangst egentlig er. Det finnes heller ingen diagnosekode for tilstanden verken i ICD-10, WHO`s International statistical Classification of Disease eller i American Psychiatric Associations Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).

Følgende utsagn beskriver fødselsangst på tre forskjellige måter:

”Fødselsangst kan defineres som en sterk frykt for det ukjente man skal inn i. Frykten kan prege svangerskapet slik at man mister gleden over å være gravid” (24).

”Følelse av usikkerhet og engstelse kan oppstå ut fra kvinners erfaring av det å være ”fanget” i en situasjon der hun nærmer seg fødsel, som er ukjent, ukontrollerbar og uunngåelig. For noen kvinner er denne situasjonen så foruroligende at den genererer angst for å føde”(25).

”Å føle utrygghet, frykt eller redsel forut for forløsningen er normalt, men hos noen kan frykten for å føde bli urimelig sterk i forhold til den objektive faren. I ekstreme tilfeller kan det utvikles en fobisk tilstand hvor kvinnen unngår å bli gravid eller krever abort selv om hun egentlig ønsker seg barn. Det kan av og til være vanskelig å trekke grensen mellom frykt og patologisk angst”(3).

I en norsk studie fra 2008 (26) beskrives følgende symptomer på fødselsangst: Søvnvansker (uro og mareritt) og konsentrasjonsvansker som påvirker dagliglivet. Fysiologiske

manifestasjoner av angst, som skjelving, svetting, økt puls og respirasjon eller diffuse kroppslige smerter som reduserer livskvaliteten. Kvinnene beskrev liten eller manglende innsikt i hva fødselsangsten representerte, f.eks. ubearbeidede traumatiske livsopplevelser. De opplevde mangel på kontroll og forutsigbarhet ved den forestående fødselen, og de rapporterte angst for selv å dø i svangerskapet eller under fødselen. I denne studien ble fødselsangst definert som moderat ved tilstedeværelse av 3 av de nevnte symptomer. Ved 4 - 5 oppfylte kriterier ble fødselsangsten definert som alvorlig (26).

I en norsk lærebok for jordmødre beskrives følgende gradering av fødselsangst (23;27):

Fødselsfobi medfører at kvinnen pga redsel unngår graviditet eller vaginal forløsning
Alvorlig fødselsangst forstyrrer i vesentlig grad kvinnens hverdag, hennes funksjoner og/eller tilknytning til fosteret/barnet.
Moderat fødselsangst innebærer en uro som kvinnen kan ha vanskelig for å håndtere uten hjelp og støtte.
Lett fødselsangst innebærer en uro som gir henne mulighet til å forberede seg til fødselen

Av de nevnte eksempler ser vi at det er ulike måter å beskrive fenomenet fødselsangst på, men det er altså ingen konsensus på hvordan fødselsangst skal defineres. I denne studien forstår vi fødselsangst som følelse av usikkerhet og engstelse som oppstår ut fra kvinners erfaring av det å være fanget i en ukontrollerbar og uunngåelig situasjon i forbindelse med svangerskap og fødsel (25). Denne følelsen er operasjonalisert gjennom de 33 spørsmål i spørreskjemaet the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ). Skjemaet er det mest brukte innen forskning på fødselsangst, så det var et naturlig valg da studiens spørreskjemaer skulle utformes. I tillegg ble også en NRS-skala (numeric rating scale) med spørsmålsformuleringen ”Hvor redd er du for å føde” tatt med. I en artikkel som bygger på denne studien fra 2011 finner en at 8 % (137 av 1642) har fødselsangst målt ved W-DEQ, mens 6 % (94 av 1642) rapporterer fødselsangst målt ved NRS-skalaen (22).

### **3.1.2 Oppfølging ved fødselsangst**

Når jordmor eller lege i svangerskapsomsorgen får en forståelse av at den gravide frykter den forestående fødselen mer enn normalt, har vedkommende en mulighet til å henvise kvinnen videre til spesialisthelsetjenesten. Mange steder er det opprettet behandlingsgrupper som jobber spesielt mot kvinner med fødselsangst. I disse behandlingsgruppene er det gjerne flere yrkesgrupper involvert; erfaren jordmor og/eller gynekolog med spesiell interesse/utdanning på området er alltid inkludert. Gruppens mandat er å bearbeide fødselsangsten for at fødselsopplevelsen skal bli så positiv som mulig, uavhengig av forløsningsmetode. Det er også et mål å gi kvinnen økt trygghet, kunnskap og tro på egne ferdigheter (27). Ut fra henvisningen blir det vurdert om kvinnen skal til lege eller jordmor, noen ganger er begge deler nødvendig. Etter det første møtet på sykehuset bestemmes det om kvinnen/paret har behov for flere besøk. For noen holder det med et møte, men for mange kvinner blir det flere samtaler gjennom svangerskapet. For noen få kvinner er fødselsangsten så ekstrem at de må komme inn til samtaler før de våger å prøve å bli gravide.

Under samtalene lages det en plan for det videre opplegget rundt fødsel og barseltid. En slik plan kan inneholde alt fra informasjon om at kvinnen skal informeres grundig om alt som skjer med henne, til ønske om smertestillende under fødsel, avtale om keisersnitt hvis ikke fremgang, mulighet til at far skal bo sammen med henne på sykehuset, osv. Denne avtalen skal selvsagt være kjent for kvinnen, det dokumenteres også i pasientjournalen slik at avtalen følges uavhengig av hvem som tar i mot kvinnen når hun kommer i kontakt med sykehuspersonell i forbindelse med svangerskapet og fødselen.

Min erfaring fra klinisk praksis tilsier at det er liten seleksjon av disse kvinnene før henvisning, de som ønsker å få en samtale i spesialisthelsetjenesten blir stort sett henvist. Vi kan derfor ikke med sikkerhet si om det er fødselsangst, angst, depresjon eller andre årsaker som ligger bak et ønske om bedre kontroll over den uforutsigbare opplevelsen en fødsel kan være.

### **3.1.3 Tidligere forskning**

I forskningslitteraturen er fødselsangst beskrevet fra begynnelsen av 1980-tallet i en svensk artikkel (6). I en senere artikkel fant samme forsker at negative livserfaringer, inkludert erfaringer relatert til barndommen, negative seksuelle opplevelser i oppveksten og dårlig



psykisk helse var assosiert med angst for å føde (28). I en finsk studie slås det fast at kartleggingen av årsaksforholdene rundt fødselsangst er ufullstendige, og at studier av andre risikofaktorer enn tidligere fødselserfaringer er sjeldne. Her deles årsaksforholdene inn i 4 grupper; *De biologiske* som går på frykt for smerte, *psykologiske*, relatert til personlighet, tidligere traumatiske hendelser eller fremtidsfrykt. *Sosiale*, f. eks mangel på støtte, usikker økonomi og til slutt *sekundære årsaker* som for eksempel erfaringer fra tidligere barnefødsler (10).

Mulige årsaker til fødselsangst kan være tidligere traumatiske fødsler hos flergangsfødende, frykt for smerte, sykdommer eller fysiske plager, tapsopplevelser, liten støtte fra partner, spiseforstyrrelse, psykisk sykdom og tidligere seksuelle overgrep (23).

En annen finsk studie konkluderer med at fødselsangst målt ved hjelp av to forskjellige metoder var signifikant høyere hos førstegangsfødende enn hos flergangsfødende. Førstegangsfødende frykter for det ukjente, for smerte og mangel på kontroll. Hos de flergangsfødende er det tidligere fødselserfaringer som virker inn på graden av fødselsangst, bl.a. mangel på tillit, smerte, ensomhet, tap av kontroll og lange forløp, akutte keisersnitt og vakumforløsning (13;27).

I en nylig publisert artikkel konkluderes det med at kvinner med angst for å føde i gjennomsnitt bruker 47 minutter lengre tid på en normal vaginal forløsning enn kvinner uten angst for å føde(29). Forskjellen mellom de to gruppene ble ikke endret etter at det ble justert for faktorer som paritet, epiduralbedøvelse, indusert forløsning, keisersnitt og instrumentell forløsning. Forskeren mener denne tidsdifferansen har lite å si i klinikken. Funnene fra denne studien stemmer godt overens med en nylig publisert svensk studie som tar for seg sekundær fødselsangst, her er forskjellen i forløsningstid på de med og uten fødselsangst i gjennomsnitt 40 minutter (30). En annen norsk studie har tatt for seg medikamentbruk i svangerskapet, og hovedfunnet er at kvinner med angst for å føde har et økt forbruk av psykofarmaka i forhold til de som ikke har angst for å føde (31).

Opp mot en tredjedel av alle kvinner ser tilbake på sine fødsler som traumatiske. I en studie fra 2012 konkluderes det med at kvinnens subjektive fødselsopplevelse er av større betydning enn de objektive hendelsene når det gjelder utvikling av posttraumatisk stress-symptom etter en fødsel (32).

### 3.1.4 Fødselsangst og mental helse

#### Angst

Fra naturens side er vi utstyrt med frykt, et naturlig beskyttelsesfenomen mot farlige situasjoner. Når denne frykten oppstår uten grunn kalles det for angst. (33) Psykiske symptomer som for eksempel irritabilitet, konsentrasjonsvansker, søvnløshet og rastløshet kan være tilstede, men det er som oftest de somatiske symptomene som for eksempel hjertebank, pusteproblemer, svimmelhet, kvalme eller svetting som gjør at pasientene oppsøker lege (33).

Verdens Helseorganisasjon deler angsttilstandene inn i to hovedgrupper i ICD-10s klassifikasjonssystem; Fobiske angstlidelser og andre angstlidelser. Begge gruppene har flere undergrupper. Ved fobisk angst forekommer symptomene kun under spesielle forhold, for eksempel agorafobi, sosial fobi og spesifikke fobier (for eksempel flyskrekk, angst for dyr; edderkopper, slanger osv.) Ved andre angstlidelser er plagene mer diffuse, mer utbredte i tid, og fysiske plager kan være vel så fremtredende som de psykiske (33). Forekomsten av fobier er kjønnsnøytral, men når det gjelder generell angst ser det ut til å være mer utbredt hos kvinner enn hos menn. Ved de fleste angstforstyrrelser er behandlingen enten psykoterapeutisk, farmakologisk eller en kombinasjon av de to(33).

#### Assosiasjoner mellom fødselsangst og generell angst

Under utarbeidelsen av spørreskjemaet The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) testet forfatterne om det var mye overlapp mellom W-DEQ og to andre skjemaer som målte generell angst; STAI (Spielberger Trait Anxiety Inventory) og SRI (The S-R Inventory of Anxiousness). Konklusjonen ble at W-DEQ måler i samme domene som angst, men at det var nok varians til å kunne si at spørreskjemaet (W-DEQ) måler en annen dimensjon/et annet område enn generell angst. Forfatterne testet også W-DEQ opp mot skjemaet FQ (The Fear Questionnaire – FQ- childbirth) og fant at W-DEQ også måler aspekter relatert til angst for å føde og psykologiske symptomer når en tenker på en fødsel (25). Det finnes flere studier som har sett på overlapp mellom generell angst og angst for å føde, noen har funnet et moderat overlapp mens andre har funnet høy overlapp.

Sammenligning mellom disse studiene er imidlertid vanskelig da forskjellige spørreskjemaer og skalaer har blitt brukt for å sammenligne. Lav deltagelse og ikke validerte instrumenter gjør også at det er vanskelig å konkludere (22). I en artikkel basert på tall fra Favn om

fødselen-studien er det sett på forholdet mellom fødselsangst og angst og depresjon hos 1642 kvinner. Mens fødselsangst målt ved hjelp av Wijma-skalaen viser en normalfordelt kurve, viser histogrammet av SCL-anxiety en klar venstreforskyvning. For begge gruppene er det få som havner over terskel-verdien, men det kan se ut til at noen grad av fødselsangst er mer vanlig i populasjonen enn generell angst målt ved hjelp av SCL-anxiety (22).

## **Depresjon**

Depresjon kjennetegnes ved symptomer som nedstemthet, redusert selvfølelse og selvtillit, tretthet og nedsatt aktivitet og konsentrasjonsvansker. Andre symptomer kan være skyldfølelse, pessimisme, søvnforstyrrelser, nedsatt matlyst og tanker om selvskading og selvmord (33). Depresjon kjennetegnes som en tilstand der hverdagen oppleves som tung og grå (4). Ulike former for depressiv lidelse klassifiseres gjennom Verdens Helseorganisasjons ICD-10s klassifikasjonssystem. Depresjon kan forekomme som kortvarige depressive episoder, men depresjon er oftere kronisk enn forbigående. Depressive lidelser forekommer også hyppigere hos kvinner enn hos menn (33). Behandlingen av depresjon vil være avhengig av alvorlighetsgraden, hvilken forståelse man har av den depressive tilstanden, og hvilken fase pasienten er i, for eksempel akutt eller forebyggende. Forskjellige former for terapi og farmakologisk behandling er vanlig, og for de aller mest alvorlige tilstandene kan det noen ganger være aktuelt med elektroshokkbehandling (ECT – elektrokonvulsiv behandling) (33).

## **Assosiasjoner mellom fødselsangst og depresjon**

I artikkelen som beskriver utarbeidelsen av W-DEQ testet forfatterne om det var mye overlapp mellom W-DEQ og et skjema som måler depresjon, BDI (The Beck Depression Inventory). For de flergangsfødende korrelerte BDI like høyt med W-DEQ som angstskaalen, det var ikke tilfelle med de førstegangsfødende. Forfatterne konkluderte med at en korrelasjon på 0,26 hos de førstegangsfødende har sammenheng med deres mangel på erfaring med fødsel og fødselsarbeid. Etter fødsel ble de to gruppene mer like i forhold til korrelasjon.

I et svangerskap har ofte kvinner et svingende følelsesliv. Det kan være vanskelig å skille mellom hva som er normale graviditetsendringer og hva som kan være tidlige forløpere til mer alvorlig angst eller depresjon. Det er rapportert om en sammenheng mellom alvorlig angst og depresjon under svangerskapet og prematur fødsel, det er også vist at ubehandlet depresjon kan forsinke tilknytningsprosessen mellom mor og barn (4). Det er få studier som

ser på assosiasjonen mellom depresjon og angst for å føde, men det er funn som tyder på at depresjon gir en økt risiko for å utvikle fødselsangst i svangerskapet (34), noen antyder også at fødselsangst kan være et tegn på skjult depresjon. I en artikkel basert på Favn om fødselen studien fant forfatterne at fødselsangst definert ut fra W-DEQ korrelerte mer med depresjon målt ved EPDS enn angst målt ved SCL-A (35). Forfatterne av en annen norsk artikkel, også basert på dette datasettet, konkluderte med at tross for at både angst og depresjon øker prevalensen av fødselsangst, har de fleste kvinner som sliter med fødselsangst verken angst eller depresjon (22).

## **3.2 Spontanabort**

### **3.2.1 Definisjon**

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer spontanabort som svangerskap som går til grunne før uke 22, mens the Royal College of Obstetricians and Gynecologists i England definerer alt opptil uke 24 som spontanabort (36). I denne oppgaven tar jeg for meg spontanabort frem til utgangen av 12. graviditetsuke, da man i Norge definerer abort etter uke 12 som senabort, og behandling/oppfølging er mer omfattende enn ved spontanabort i første trimester.

Spontanabort er egentlig et samlebegrep på flere typer abort. Diagnosen spontanabort stilles når det foreligger positiv graviditetstest, enten fra urin eller serum, frisk vaginalblødning og en intrauterin graviditet som er gått til grunne. Ved en komplett spontanabort er det ingen intrauterine rester etter svangerskapet, ved en inkomplett spontanabort er det som regel gestasjonssekk. Diagnosen Missed abortion (abortus retentus) benyttes der det foreligger positiv graviditetstest, ingen eller svak blødning, ingen eller svake smerter, og den intrauterine graviditeten er gått til grunne. Diagnosen Blighted ovum eller Anembryonisk graviditet er det samme som missed abortion men med tom intrauterin gestasjonssekk og helt uten blødning (37).

### **3.2.2 Diagnose**

Diagnosen stilles ved hjelp anamnese, klinisk undersøkelse og vaginal ultralyd. Ved tvil om diagnosen sjekkes graviditetshormonet hCG flere ganger for å se om verdiene er fallende. Humant choriongonadotropin (hCG) er et hormon som produseres i placenta, ved ektrauterin eller abnorm intrauterin graviditet påvises lavere nivåer med en mer langsom stigning enn ved normale svangerskap, ved fosterdød ses fallende verdier (38).

### **3.2.3 Prevalens**

Ca 50 % av alle påbegynte og 10-20 % av klinisk registrerte graviditeter ender som spontanabort (17).

### **3.2.4 Årsaker**

De fleste kvinner som opplever en spontanabort vil aldri få et eksakt svar på hva den direkte årsaken til aborten er. Det er kun kvinner som opplever habituell abort som årsaksutredes, og selv da er det sjelden at årsaken finnes. Habituell abort er definert som tre eller flere påfølgende spontane aborter i klinisk erkjente svangerskap med samme partner (17).

Risikoen for spontanabort er økende ved økende alder, over 40 år er risikoen rundt 50 % (3;6). Årsaken til spontanabort kan være mange, genetiske defekter og misdannelser hos fosteret er det vanligste. Flere påfølgende tidligere aborter, flerlingesvangerskap, assistert befruktning, inneliggende spiral, myomer/misdannelser i uterus, og sykdom hos mor (f. eks diabetes, infeksjoner, thyroideasykdom, lupus, osv) er også mulige årsaker. Miljøfaktorer som røyking og bruk av alkohol eller narkotika øker også risikoen for spontanabort (17).

### **3.2.5 Behandling**

Ved fullstendig (komplett) spontanabort er det ikke behov for noen form for behandling. Ved ufullstendig (inkomplett) abort er behandlingen enten å avvente (ekspekterende behandling), kirurgisk utskraping (vacumaspirasjon) eller medisinsk. Avgjørelsen om metode gjøres ut fra en klinisk vurdering der ultralydfunn, blødningsmengde og smerte legges til grunn.

Ved en kirurgisk utskraping møter kvinnen fastende på morgenen, etter utskraping i narkose reiser kvinnen hjem samme dag. Både ved ekspekterende og medisinsk behandling oppholder kvinnen seg hjemme.

Ved medisinsk induksjon vil det bl.a. for en evt. modning av cervix gis mifepriston (Mifegyne), etter ca 48 timer tar kvinnen misoprostol (Cytotec) som stimulerer uterus til kontraksjon, noe som igjen fører til avstøtning av endometriet med påfølgende blødning (39). Mifepristone gis til kvinnen under jordmorsamtalen der også det praktiske forløpet av aborten gjennomgås. Mulige bivirkninger med dette medikamentet gjør at kvinnen skal være under oppsyn en stund etter inntak. Misoprostol administrerer kvinnen selv hjemme. Vanligvis er det ingen etterkontroll, men siden det ved svangerskapsrester vil det være en økt risiko for langvarig/kraftig blødning og infeksjon informeres kvinnen om å ha lav terskel for å ta kontakt etter aborten (17).

I en studie fra 2006 sammenlignes de tre metodene som brukes ved en inkomplett abort med hverandre i en randomisert kontrollert studie. Hovedfunnet i studien var at det ikke var forskjell på de tre metodene i forhold til gynekologisk infeksjon innen de første 14 dager etter aborten (40). I en Cochrane review fra 2010 konkluderes det med at ved inkomplett spontan abort er ekspekterende behandling eller medisinsk behandling likeverdig med kirurgisk utskraping, og at kvinnene derfor bør ha et informert valg angående metode (41). I dagens praksis er det den medisinske metoden som er den mest anbefalte metoden.

### **3.2.6 Spontanabort og mental helse – tidligere forskning**

Selv om svært mange kvinner gjennomgår en spontanabort i løpet av sin fertile periode, er det en del kvinner som ser på hendelsen som en slags privat ulykke som svært få andre enn nærmeste familie og venner blir orientert om. Spontanabort kan for noen kvinner oppleves som en vanskelig og stressende hendelse som kan føre til angst og depresjon, det kan også oppleves som en traumatisk livshendelse (42). En norsk studie fra 2006 finner at kvinner som har hatt spontanabort har et signifikant høyere angst og depresjonsnivå (HADS anxiety og HADS depression) enn resten av befolkningen 10 dager etter aborten. Etter 6 måneder var verdiene signifikant lavere (42). En oversiktsartikkel fra USA viser at kvinner som har hatt spontanabort rapporterer forhøyet angstnivå rett etter aborten, angstplagene avtar gradvis i løpet av de første 6 måneder, og etter et år er kvinnene fullt restituert. Forfatteren mener at legene rutinemessig bør screene kvinner som har spontanabortert på angst og depresjon, og på

den måten kunne iverksette tiltak for å minske kvinners stress i løpet av det første halve året etter aborten (43). Når det gjelder depresjon etter spontanabort er det flere undersøkelser som finner økt risiko for depresjon i inntil et halvt år etter aborten, også her konkluderes det med at depresjons-screening bør være en selvsagt del av oppfølgingen etter en spontanabort (44).

## **3.3 Selvbestemt abort**

### **3.3.1 Lovverk**

Kvinner som ønsker svangerskapsavbrudd kan etter Lov om svangerskapsavbrudd (45) gjennomføre abort fram til utgangen av graviditetsuke 12. Loven er utdypet i Forskrift om svangerskapsavbrudd (46). Er svangerskapet over 12 uker blir det gjort en vurdering i nemnd om aborten kan gjennomføres (47).

### **3.3.2 Diagnose**

Graviditetsdiagnosen stilles i dag for det meste av kvinnen selv ved hjelp av en graviditetstest for hjemmebruk. Kvinner som ønsker abort kan ta kontakt med sykehuset enten direkte eller via fastlege, dette er regulert i forskrift om svangerskapsavbrudd (47). Graviditetslengde og endelig graviditetsdiagnose stilles på sykehuset ved hjelp av anamnese, klinisk undersøkelse og vaginal ultralyd. Forskrift om svangerskapsavbrudd definerer at med utgangen av 12.graviditetsuke menes 12 fullgatte uker, dvs. 84 dager. Det er også definert hvilke ultralyd mål et fullgått 12ukers foster har (Her måles biparietaldiameter (BPD), crown-rumplengde (CRL) og femurlengde (FL))(47).

### **3.3.3 Prevalens**

I 2011 ble det utført 15 343 svangerskapsavbrudd i Norge. Omtrent hvert femte svangerskap ender med selvbestemt abort (48). I følge Folkehelseinstituttets statistikk er det flest kvinner i alderen 20 – 24 år som gjennomfører selvbestemt abort, aldersgruppen 25 – 29 år følger deretter. Ser en på gjennomsnittsalderen på førstegangsfødende finner en at den er på 30 år i Oslo, på landsbasis 27,7 (49). For Norge har tallet de siste fem årene vært stabilt på om lag 245 aborter per 1000 fødsler.

Våre nordiske naboland Danmark og Sverige har også selvbestemt abort, mens lovene i Finland og Island krever at lege skal innvilge abortsøknaden. De nordiske landene er på om lag samme nivå som andre vesteuropeiske land når det gjelder antall aborter, mens Russland og enkelte andre østeuropeiske land har betydelig høyere antall aborter per 1000 fødsler enn landene i Vest- og Sør-Europa (48).

### **3.3.4 Behandling**

Ca 80 % av de vel 15000 abortene som gjennomføres hvert år finner sted før niende fullgatte svangerskapsuke (39). I 2011 var opp mot 80 % av alle abortene medisinsk induuerte, men noen aborterer fortsatt også ved hjelp av vacuumspirasjon i generell anestesi (48). Velges kirurgisk abort møter kvinnen fastende på morgenen, etter utskraping i narkose reiser kvinnen hjem etter noen timer. Ved medisinsk induksjon settes aborten i gang med mifepriston (Mifegyne tabletter). De fleste medisinske aborter foregår hjemme hos den enkelte kvinne ved hjelp av at Misoprostol (Cytotec) settes vaginalt to dager etter Mifepristoninntak. Mifepriston er et antiprogesteron, i tillegg til oppbløtende og dilaterende effekt på cervix, virker det slik at endometriet i uterus nedbrytes og fosteret avstøtes. Misoprostol er et syntetisk fremstilt prostaglandinlignende stoff. Det mykgjør cervix, og stimulerer til kontraksjon av uterus. Avstøtning av endometriet og kvittering av graviditetsprodukter er virkningen (39). Det er vanligvis ingen etterkontroll etter en medisinsk hjemmeabort, men den enkelte kvinne oppfordres til å ta en graviditetstest som en egenkontroll 4 uker etter inngrepet.

### **3.3.5 Selvbestemt abort og mental helse – tidligere forskning**

Det har vært forsket en del på selvbestemt abort og mental helse i de senere år. Flere norske studier konkluderer med at kvinner som har gjennomgått en selvbestemt abort har en forhøyet risiko for å få psykiske senvirkninger. Kvinnene i de nevnte studier er fulgt over flere år (19;42;50). En dansk undersøkelse fra 2011 fant at kvinner som gjennomgikk selvbestemt abort hadde hyppigere kontakt med det psykiatriske helsevesenet enn kvinner som fødte sitt første barn. De fant likevel ingen signifikant økning av kontakt med det psykiatriske helsevesenet etter den første aborten sammenlignet med før aborten (20). En amerikansk oversiktsartikkel fra 2011 finner at for kvinnene som hadde gjennomgått en selvbestemt abort, opplevde 81 % økt risiko for mentale problem, og at ca 10 % av forekomsten av mentale problemer kunne tilskrives aborten (18). Samtidig har en engelsk systematisk oversikt fra



2011 konkludert med at kvinnens mentale helseproblemer i forbindelse med et uønsket svangerskap var de samme enten svangerskapet endte med abort eller en fødsel til termin. Det var altså det uønskede svangerskapet som var assosiert med mentale helseproblemer, ikke utfallet av svangerskapet. For kvinner i den generelle befolkningen fant man ingen forskjell når det gjelder faktorer som var assosiert med økt forekomst av mentale helseproblemer etter fødsel og abort (21). En nylig publisert norsk studie om psykiske senvirkninger etter selvbestemt abort, konkluderer med at det er relativt få kvinner som ønsker å delta i langtidsundersøkelser etter abort. Blant kvinnene som svarte nei til deltagelse, var det dominerende funnet at de ønsket å glemme hendelsen. Resultatet gjør at forskeren i denne studien undres over om de kvinnene som ble inkludert i tidligere studier virkelig er representative for gruppen kvinner som velger å ta abort.

### **3.4 Spontanabort og selvbestemt abort – fellestrekk og ulikheter.**

Selvbestemt abort og spontanabort har flere fellestrekk men også mange ulikheter. Rent fysiologisk er det den samme prosessen med å få tømt uterus for graviditetsprodukter som skjer ved begge abortmetodene, enten det nå er ved hjelp av medisiner eller det er et kirurgisk inngrep. Felles for begge er også at kvinnen aborterer etter et kort svangerskap. Selv om begge abortformer er en relativt vanlig opplevelse for mange kvinner ser det ut til å være en svært privat opplevelse for den enkelte kvinne, kun få nære personer blant familie og venner blir inkludert i opplevelsen. En forskjell på opplevelsen av de to abortformene er at mens spontanabort skaper et problem for kvinnen som opplever det, vil selvbestemt abort ofte løse et problem (42;51). Selvbestemt abort er som regel vel gjennomtenkt og planlagt, de fleste kvinner gjør en grundig vurdering før de tar den endelige beslutningen om abort. For kvinner som opplever spontanabort kommer aborten ofte som et sjokk når hun får bekreftet diagnosen på sykehuset.

#### **3.4.1 Skamfølelse ved abort.**

For noen kvinner kan det å gjennomføre en selvbestemt abort være forbundet med skam. For kvinner som spontanaborterer er naturlig nok ikke skamfølelse like fremtredende. Forskjellen er selvsagt at kvinner som tar abort tar et aktivt valg om å avslutte svangerskapet, kvinner som spontanaborterer opplever at et ønsket svangerskap avsluttes. I boka ”Skam i det

medisinske rom” skriver Edvin Schei at seksualitet kan assosieres med synd og lettsindighet og at det er sterkt privatisert og skambelagt (52). Graviditet er i dette tilfellet en uønsket konsekvens av denne seksualiteten. Det kan være at abortsøkende føler skam fordi det i dagens samfunn forventes at voksne mennesker med et seksualliv opptrer ansvarlig og benytter seg av prevensjon hvis graviditet ikke er ønskelig. Skammen kan forstås som en slags beskyttelse som trer inn i vanskelige situasjoner, det er en grunnleggende selvsentrert følelse, en slags grensesetting for det som er privat (53). For helsearbeideren som møter den abortsøkende kvinnen og partner, er abort en hverdagslig affære. Skam er ikke et vanlig tema i en abortkonsultasjon, men når helsearbeideren oppfatter at skammen er tilstede er det viktig å være klar over at pasienten kan være distraheret, noe som kan redusere kommunikasjonen og føre til feiltolkninger (52).

Den sosiale, moralske og psykologiske konteksten for kvinner som velger selvbestemt abort kan oppleves mer komplisert enn hos de som opplever spontanabort, og kan derfor resultere i forskjellige psykologiske reaksjoner (19).

# 4 Vurderinger knyttet til metode og forskningsetikk

## 4.1 Favn om fødselen-studien

Favn om fødselen-studien er en populasjonsbasert prospektiv kohortstudie finansiert av Norges forskningsråd. Studien er et samarbeid mellom Kvinneklinikken og Forskningscenteret (HØKH) på Akershus universitetssykehus, samt Nasjonalt folkehelseinstitutt (22;29;54). I tillegg til prosjektleder er det to doktorgradsstipendiater, to postdoktorstillinger, en prosjektkoordinator og fire mastergradsstudenter som er tilknyttet prosjektet. Akershus Universitetssykehus er lokalisert i Lørenskog kommune, opptaksområdet dekker Romerike, Follo, to Østfoldkommuner og tre bydeler i Oslo. Sykehuset leverer helsetjenester til totalt ca 455 000 mennesker. Antall fødsler per år ved sykehuset har økt i prosjektperioden på grunn av utvidelse av opptaksområdet. Ved prosjektets oppstart i 2008 var det 4207 fødsler ved sykehuset, mens det ved prosjektets slutt i 2011 var det 5130 fødsler pr år. Kvinnene ble rekruttert i forbindelse med rutineultralydundersøkelse i svangerskapsuke 17-20. De som ønsket å delta skrev under på en samtykkeerklæring før de fikk utlevert første spørreskjema. Favn om fødselen-studien er en prospektiv studie som følger kvinnene ved hjelp av fire spørreskjemaer over en periode fra midt i svangerskapet til to år etter fødsel. I tillegg til spørreskjemaer ble data fra sykehusets elektroniske fødejournalssystem, Partus, benyttet. Studiens hovedfokus var kvinnens mentale helse i perinatalperioden og flere ulike måleinstrumenter for psykisk helse var derfor inkludert i spørreskjemaene (22;29;54).

I Favn om fødselen-studien er det mulighet for å se på mange forskjellige problemstillinger hos kvinner med og uten fødselsangst i perinatalperioden, f. eks mental helse, fødselsutfall, hodepineproblematikk, søvnproblematikk, medikamentbruk, alkoholbruk, spiseforstyrrelser og fysisk aktivitet. Ved studiens oppstart meldte jeg inn mitt interesseområde abort, jeg fikk dermed anledning til å skrive om tidligere aborterfaringer og fødselsangst.

## 4.2 Studiens design

Siden datagrunnlaget for denne mastergradsoppgaven er hentet fra Favn om fødselen-studien, vil også denne studien være en kohortstudie med et epidemiologisk studiedesign.

I en kohortstudie tas det utgangspunkt i individer som følges over en tidsperiode, formålet er å undersøke gruppen med henblikk på sykdomsfremkallende faktorer (55).

Epidemiologi kan sies å være en systematisk leting etter årsaker til sykdom i en befolkningsgruppe hvor en ser på forekomst av sykdom, og hvilke faktorer som påvirker forekomsten (56). I tillegg til at studien har en prospektiv design kan den samtidig også sies å ha en retrospektiv profil, fordi hovedforklaringsvariablene, opplysninger om tidligere spontanabort og selvbestemt abort, er hentet fra tiden før studien startet (57).

Ved en epidemiologisk studie analyserer man forekomsten av sykdom ut fra mange kjennetegn (eks kjønn, alder, sivilstand, utdanning, yrke osv.). Man beregner altså sammenhenger mellom utfall og eksponering (56). For å få svar på om kvinner som har erfart spontan eller selvbestemt abort har en større risiko for å utvikle fødselsangst i et senere svangerskap, ble et epidemiologisk studiedesign valgt.

## 4.3 Utvalg

Datainnsamlingen foregikk fra november 2008 til april 2011. Alle kvinner som fikk fødeplass på Akershus Universitetssykehus i prosjektperioden fikk tilsendt en informasjonsbrosjyre om studien sammen med brev om fødeplass og brev med time til rutineultralyd. I brosjyren ble kvinnen informert om studiens hensikt, gjennomføring og personvern.

Totalt kom 6244 kvinner til ultralyd i den aktuelle perioden. 152 kvinner ønsket ikke å delta. Ytterligere 1088 kvinner behersket ikke norsk godt nok til å fylle ut et spørreskjema, og ble derfor ikke invitert til å delta i studien. 342 kvinner ble ikke invitert fordi jordmor eller lege glemte å spørre vedkommende, eller fordi spørsmål om prosjektdeltagelse ikke var på sin plass på grunn av at ultralydfunn kunne gi mistanke om patologi. Bortsett fra de kvinnene som ikke var i stand til å svare på et spørreskjema på grunn av manglende språkforståelse, ble alle kvinner som hadde fødeplass på sykehuset i perioden invitert til deltagelse. En kan stille spørsmål om studiens resultater hadde vært annerledes dersom det ble lagt til rette for at kvinner med et annet språk enn norsk også hadde vært inkludert. Det kan være en svakhet ved studien at vi mangler data fra denne gruppen.

Til denne masteroppgaven ble data fra spørreskjema i henholdsvis uke 18 og uke 32 benyttet. Åtti prosent av kvinnene som samtykte til deltagelse besvarte spørreskjema 1. Av de som fikk

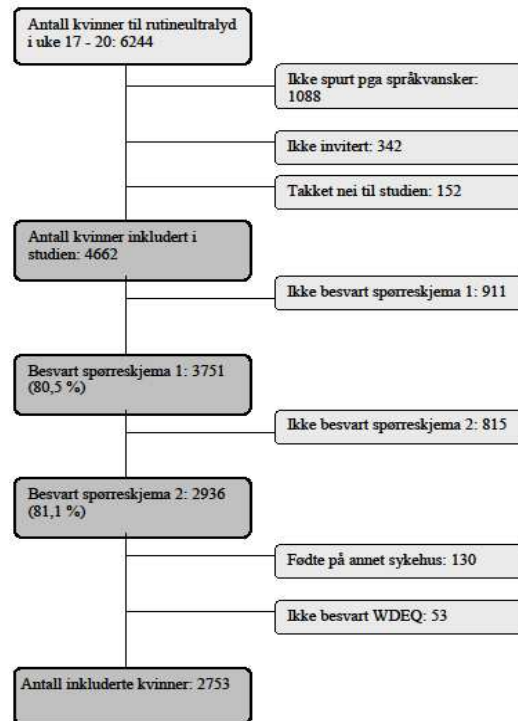
tilsendt skjema 2 svarte 81 % (63 % av alle kvinner inkludert i studien). I tillegg ble det gjort et datauttrekk fra det elektroniske fødejournalsystemet (Partus). Totalt har vi informasjon fra 2753 gravide kvinner (44 % av kvinnene innkalt til rutineultral lyd og 61 % av de som var invitert til å delta i studien).

Når det gjelder studiens frafall kjenner vi ikke til hvorfor noen av kvinnene som i utgangspunktet takket ja til deltagelse i studien likevel valgte å la være å svare på skjemaene. Vi har et frafall på skjema 1 på 911, og på skjema 2 er det 815 deltagere som avstod fra å svare. Det kan være flere årsaker til frafallet, vi vet blant annet at mange av kvinnene i denne livsfasen flytter til større boliger, og manglende informasjon om ny adresse kan være en mulig årsak. En annen årsak kan være at kvinnene takket ja til deltagelse uten at de forsto hva det innebar.

Datainnamlingsperioden strakk seg over en periode på ca to og et halvt år. Vi kan derfor ikke utelukke at noen kvinner har deltatt flere ganger i studien med forskjellige svangerskap. Dette har trolig lite å si for resultatene, da hvert svangerskap ble sett på som en egen observasjonsenhet.

Flytdiagram for studien finnes i Figur 1. Totalt ble 4662 kvinner inkludert i hele kohorten.

**Figur 1.** Flytdiagram over masteroppgavens inklusjon av respondenter.



Figur 1. Oversikt over inkluderte kvinner i studien.

## 4.4 Instrumenter

### 4.4.1 Administrering av spørreskjemaer

I Favn om fødselen-studien var det i utgangspunktet tre spørreskjemaer som skulle besvares av deltagerne. Første spørreskjema fikk kvinnen med seg ved inklusjon i studien i svangerskapsuke 17-20, skjema to og tre ble sendt hjem til kvinnen i svangerskapsuke 32 og 8 uker etter fødsel. I 2011 ble studien utvidet med et fjerde spørreskjema som ble sendt ut to år etter barnets fødsel. Alle spørreskjemaer hadde vedlagt frankert svarkonvolutt. Trykking av spørreskjemaer, utsendelse, purringer og skanning av utfylte skjemaer ble ivaretatt av firmaet Cognito i Oslo. Det ble skrevet en avtale med dette firmaet ved studiens oppstart som bl.a. tok for seg den praktiske gjennomføringen og pris. Firmaet skrev også under på en

taushetserklæring. Selve skanningen av spørreskjemaene ble utført ved hjelp av programvaren Eyes & Hands for forms fra Readsoft AB. Firmaet leverte de ferdigskannede skjemaene i SPSS-filer til prosjektleder.

#### **4.4.2 Spørreskjema 1 og 2**

Denne masterstudien benytter data fra spørreskjema 1 og 2 (Se Figur 1).

Spørreskjema 1 som ble utdelt ut i svangerskapsuke 17 – 20 inkluderte spørsmål om tidligere svangerskap og fødsler. Skjemaet inneholdt også spørsmål om psykisk helse, sykdommer, medisinbruk, levesett og fysisk aktivitet.

Hovedforklaringsvariablene i vår studie, tidligere spontanaborter og selvbestemt aborter, ble besvart i spørreskjema 1.

Spørsmålene om spontanaborter var formulert slik: Har du noen gang opplevd ufrivillig abort (ja/nei)? Hvor mange ganger? Svarene ble kodet ”aldri/ 1 gang/ 2 eller flere ganger”.

Spørsmålene om selvbestemt abort var formulert slik: Har du noen gang tatt abort (ja/nei)? Hvor mange ganger? Svarene ble kodet ”aldri/ 1 gang/ 2 eller flere ganger”.

For å kunne ta stilling til i hvilken grad vårt utvalg var representativt i forhold til den generelle populasjonen av fødende kvinner på sykehuset, ble andelen rapporterte aborter i ”Favn om fødselen-studien” sammenlignet med andelen registrerte aborter i sykehusets elektroniske fødejournaler. De selvrapporterte dataene i studien vår stemte svært godt overens med tall fra den generelle fødepopulasjonen.

Andre kontrollvariabler som antall tidligere fødsler og tidligere dødfødsler ble også hentet fra spørreskjema 1. Tidligere fødsler delte vi inn i to grupper, førstegangs fødende og flergangsfødende. Kontrollvariabelen dødfødsel var definert som senaborter og dødfødsel etter 16.svangerskapsuke.

Spørreskjema 2 ble delt ut i svangerskapsuke 32 og inkluderte informasjon om helseplager og levesett i svangerskapet, i tillegg til spørsmål om forventninger til fødselen. Andre temaer som det ble spurt om i spørreskjema 2 var søvn, arbeidssituasjon, livshendelser og fødselsforberedelser. Også i dette skjemaet ble det spurt om psykisk helse og skjemaet inneholder flere måleinstrumenter for psykisk helse W-DEQ, EPDS og SCL-A.

### 4.4.3 Beskrivelse av instrumenter i spørreskjemapakken

#### **Fødselsangst: the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ)**

Den avhengige variabelen angst for å føde ble målt ved hjelp av the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire, (W-DEQ) versjon A, en selvvurderingsskala som består av 33 spørsmål (25). Hvert spørsmål har seks svaralternativer, som rangeres på en skala fra 0 til 5. Summen på hele skalaen varierer fra 0 til maksimum 165, der høyere skåre indikerer mer angst for å føde. Vi valgte å dikotomisere ved å bruke en sumskår på 85 eller mer som definisjon på fødselsangst, dette i henhold til tidligere studier (7). W-DEQ finnes i en versjon A og en versjon B. Versjon A fylles ut i graviditeten og versjon B fylles ut etter fødsel. I vår undersøkelse på Ahus har vi kun benyttet skjemaet i svangerskapsuke 32. Dette skjemaet ble valgt fordi det er det mest benyttede skjemaet innen forskning på fødselsangst, og det er vist at skalaen har gode psykometriske egenskaper (13;22;25;35;58).

W-DEQ bygger på Lazarus sine teorier (cognitiv appraisal), han skriver bl.a. at egen forventning til en stressfaktor er viktig for utvikling og vedlikehold av angst til den stressfaktoren. Forfatteren bak W-DEQ overfører denne teorien til gravide, og skriver bl.a. at de forventninger en gravid kvinne har om den fremtidige forløsning, er høyst relevante både for hennes erfaring og oppførsel gjennom fødselen (25). En annen artikkel fra 2006 støtter denne teorien, og henviser til at flere studier har vist at positive forventninger gjennom svangerskapet er assosiert med positive erfaringer fra fødsel, rapportert post partum (59).

Den engelske utgaven av W-DEQ ble oversatt til norsk av prosjektleder (Malin Eberhard-Gran). Deretter ble skjemaet oversatt tilbake til engelsk av en forsker på Folkehelseinstituttet med engelskspråklig bakgrunn. Skjemaet ble så sammenlignet med den engelske versjonen i tillegg til den originale svenske utgaven (22;25)

Det som vanskeliggjør uttesting av et spørreskjema om fødselsangst er at det ikke er noen konsensus om hva fødselsangst egentlig er, det finnes ingen gullstandard å teste opp mot (29). Med sine 33 spørsmål vil bruk av skjemaet i klinikken trolig være for tidkrevende i forhold til tiden som er satt av til en vanlig svangerskapskonsultasjon. Så langt jeg kjenner til finnes det ikke i dag noe screeninginstrument på fødselsangst i klinikken. Ut fra min kliniske erfaring er det ulikt nivå på fødselsangsten hos de kvinnene som i dag får tilbud om oppfølging.



Oppfølging av kvinnene som blir henvist til spesialisthelsetjenesten pga fødselsangst har vært omdiskutert, tilbudet er ikke godt nok evaluert, og vi vet ikke om de kvinnene som blir henvist er de som virkelig har fødselsangst. En intervensjonsstudie med uttesting av de forskjellige instrumenter som benyttes for å kartlegge fødselsangst er derfor ønskelig.

### **Depresjon: the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**

The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) måler symptomer på depresjon gjennom siste uke (60;61). Dette er et mye brukt måleinstrument, det inneholder ingen kroppslige symptomer som kan forveksles med normale plager i svangerskap og barseltid, og det er validert for å oppdage små og store depresjoner både i svangerskapet og i tiden etter fødsel (60;62). EPDS består av 10 spørsmål. Skalaen måler intensiteten i de depressive symptomene i uken som har gått. Summen på hele skalaen varierer fra 0 til 30, der høy skåre indikerer depresjon. Basert på funn fra tidligere undersøkelser og for å sikre en høy spesifisitet, ble depresjon definert som en skåre på 12 eller mer (60;61). Den norske versjonen av EPDS er validert opp mot DSM-IV kriterier (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) for alvorlig depresjon (63). Her ble diagnostisk intervju benyttet for å sjekke kriterievaliditet. Begrepsvaliditet ble også sjekket ved hjelp av sammenligning mellom EPDS med to skjemaer som måler depresjon, SCL-25 og MADRS (63).

### **Angst: the Hopkins Symptom Checklist (SCL-A)**

Symptomer på angst gjennom siste uke ble målt ved hjelp av the Hopkins Symptom Checklist (SCL-A). The Hopkins Symptom Checklist-25 er en selvvurderingsskala som omhandler både angst og depresjon. (64;65) I vår studie har vi kun brukt de første ti påstander i SCL-25 som omfatter angstsymptomer (SCL-A). Summen på hele skalaen for angstspørsmålene varierer fra minimum 10 til maksimum 40, der høy skåre indikerer angst. Basert på funn fra tidligere undersøkelser så ble nærvær av angst definert som en skåre på 18 eller mer på SCL-A skalaen (66-68). The Hopkins Symptom Checklist har vært brukt i mange store befolkningsundersøkelser de siste årene, bl.a. TOPP-studien (69) og den norske mor og barnundersøkelsen (MOBA) (70). Den norske versjonen av SCL-25 er validert opp mot ICD-10 kriterier for angst og depresjon (71). Resultatene fra spørreskjemaet SCL-25 ble sammenlignet med resultatene fra diagnostiske intervjuer basert på ICD-10 kriterier.

**Tabell 1.** Oversikt over instrumenter

	Spørsmål	Innhold	Svaralternativer	Skår	Chronbachs Alfa	Referanse
<b>W-DEQ</b> (1998)	33	Fødsels-angst	6 svaralternativer organisert i en skala fra 0 (ikke i det hele tatt) til 5 (ekstrem)	Sum skår rangeres fra 0 til 165, $\geq 85$ er definert som fødselsangst.	0,90	Wijma K, et al Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. J of Psychosom Obstet Gynecol 1998; 19: 84-97.
<b>EPDS</b> (1987)	10	Depresjon	4 svaralternativer organisert fra 0 (fravær av symptomer) til 3 (maksimal alvorlighetsgrad)	Sum skår rangeres fra 0 til 30, $\geq 12$ er definert som depresjon.	0,80	Cox JL, et al Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J of Psychiatry 1987; 150: 782-6.
<b>SCL-A (angst)</b> (1980)	10	Generell angst	5 svaralternativer organisert fra 0 (ikke i det hele tatt) til 4 (ekstrem)	Sum skår rangeres fra 10 til 40, $\geq 18$ er definert som angst.	0,84	Hesbacher PT, Rickels K, Morris RJ, et al. Psychiatric illness in family practice. J Clin Psychiatry 1980; 41: 6-10.
<b>Spontanaborter</b>	1	Har du noen gang opplevd ufrivillig abort	Ja/nei? Hvor mange ganger?	Svarene ble kodet "aldri/ 1 gang/ 2 eller flere ganger".		
<b>Selvbestemte aborter</b>	1	Har du noen gang tatt abort	Ja/nei? Hvor mange ganger?	Svarene ble kodet "aldri/ 1 gang/ 2 eller flere ganger".		

#### 4.4.4 Variabelen Psykisk helse

I denne studien ble de to skjemaene EPDS og SCL-A slått sammen til variabelen psykisk helse for å kunne si noe om deltagernes mentale helse (60;84). I begge instrumentene bes kvinnen fylle ut spørsmål med en rekke svaralternativer som skal si noe om kvinnens

psykiske helse de siste syv dagene. Når en kvinne kun rapporterer hvordan hun har hatt det de siste syv dagene er det en viss risiko for at en alvorlig angst eller depresjon ikke blir oppdaget. Det er på den andre siden mulig at hun skårer positivt fordi hun tilfeldigvis har en dårlig dag, det vil si at måleinstrumentet gir mange falske positive. I vår studie benyttet vi en relativt høy terskelverdi for både EPDS og SCL-A, hvilket gir en høy spesifitet og dermed høy sannsynlighet for at de som blir definert som syke også er det.

Vi ønsket å se om det var forskjell på de som verken hadde angst eller depresjon, de som bare hadde angst eller depresjon, eller de som hadde både angst og depresjon. Psykisk helse ble kodet: ”Hverken angst eller depresjon / angst / depresjon/ både angst og depresjon”.

**Tabell 2.** Psykisk helse hos 2753 kvinner i ”Favn om fødselen”-studien.

	<b>Frekvens</b>	<b>Prosent</b>
Verken angst eller depresjon	2397	87,1
Depresjon	106	3,9
Angst	121	4,4
Både angst og depresjon	120	4,4
Missing	9	0,3
Total	2753	

#### **4.4.5 Journaldata**

I Favn om fødselen-studien ble demografiske data som alder, sivilstand og utdanning, samt informasjon om svangerskap, fødsel og det nyfødte barnet innhentet fra det elektroniske fødejournalssystemet Partus. I denne masteroppgaven ble også demografiske data som alder, sivilstand og utdanning hentet fra Partus. Alder ble det regnet ut fra kvinnens fødselsdato. For sivilstand hadde Partus følgende svaralternativ: gift, samboer, ugift og ukjent. Svarene ble kodet ”gift/samboer, singel/enslig, mangler informasjon”. For variabelen utdanning hadde Partus følgende svaralternativ: grunnskole, videregående utdanning, høyere utdanning og ukjent. Svarene ble kodet ”grunnutdanning og videregående utdanning, universitet og høyskole, manglende informasjon”.

Partus er en programvare som er designet for å følge kvinnen gjennom svangerskap, fødsel og barseltid, der finnes også opplysninger om det nyfødte barnet. Systemet er kompatibelt med sykehusets øvrige journalsystem Dips. Det er jordmødrene og legene ved fødeenhetene på de enkelte sykehusene som fyller ut denne journalen i forbindelse med fødselen og oppholdet på barselavdelingen. Dette er en plikt i følge Helsepersonelloven (72) og Medisinsk fødselsregisterforskriften (73). I Helse Sør Øst ble det gjort en avtale om bruk av fødejournalsystemet Partus i 2009, Akershus universitetssykehus har benyttet systemet siden 2002 (<http://www.csamhealth.com/about-us/references>).

Uttrekk av data på prosjektdeltagerne fra fødejournalsystemet Partus ble utført av datafangstgruppen på Forskningsavdelingen på Akershus Universitetssykehus. Gjennom hele rekrutteringsperioden ble det ukentlig registrert lister over nye deltagere. Disse listene lå til grunn for de ukentlige uttrekkene fra Partus og påfølgende utsendelse av spørreskjemaer etter fødsel. Journaldata ble tilslutt koblet sammen med spørreskjemadata. Det var prosjektleder som hadde ansvar for denne koblingen. Disse aidentifiserte dataene ble oppbevart på en forskningsserver på Akershus universitetssykehus.

Ved datauttrekk fra Partus fant vi at det var en del som var mangelfullt utfylt eller feilregistrert. For den aktuelle studien ble det vanskelig å trekke ut variabelen paritet/tidligere fødsler. Sett i forhold til tall fra medisinsk fødselsregister ble fordelingen mellom første og flergangsfødende feil i vårt datauttrekk. Årsaken til denne feilregistreringen var at dataprogrammet ikke telte manuelt registrerte tidligere fødsler fra andre sykehus enn Akershus Universitetssykehus. Andelen flergangsfødende ble derfor mye mindre enn det som var forventet. Jeg valgte derfor å bruke opplysninger fra spørreskjemaene når det gjelder variabelen paritet.

Datamaterialet i denne studien baserer seg i stor grad på selvrapporterte data hentet fra to spørreskjemaer. Opplysninger fra den elektroniske fødejournalen er til en viss grad også basert på selvrapporterte data. Det er både fordeler og ulemper knyttet til bruk av selvrapporterte data, en av ulempene er at det kan føre til informasjonsbias (75).

## 4.5 Validitet

Validitet - eller gyldighet – er knyttet til hvorvidt undersøkelsen virkelig måler det den har til hensikt å måle, viser resultatene det de er ment å vise, og om resultatene er generaliserbare? Dekker spørsmålene i spørreskjemaet det vi er ute etter å kartlegge (74;75). Det er ulike former for validitet, i denne studien har jeg i det følgende valgt å se nærmere på intern, statistisk og ekstern validitet. Når resultatene fra epidemiologiske studier skal tolkes er det spesielt tre feilkilder som må vurderes: Informasjonsskjevhet, seleksjonsskjevhet og konfundering (55). Disse feilkildene har betydning både for intern, statistisk og ekstern validitet.

### 4.5.1 Intern validitet

Intern validitet sier noe om vi kan trekke gyldige slutninger til den studiepopulasjonen utvalget er trukket fra (55;75). Dersom det ikke er noen feil i innhenting av data, analyse eller fortolkning av en studie kan den sies å ha høy intern validitet. Intern validitet kan trues av skjevheter i utvalget, dvs. hvis personene i utvalget avviker fra studiepopulasjonen, og informasjonsskjevhet, dvs. at personer i studien bevisst eller ubevisst oppgir feilaktig informasjon. Bevisst feilaktig informasjon virker usannsynlig i denne studien der kvinnene deltar på frivillig basis etter å ha skrevet under på samtykkeerklæring.

Bruk av riktige effektmål og bruk av riktig statistikk spiller også inn når det gjelder den interne validiteten (75).

Informasjonsskjevhet kan defineres som feilaktig registrering av eksponering eller sykdom (55). Noe informasjonsskjevhet vil det være i alle epidemiologiske studier siden det vil være tilnærmet umulig å registrere eksponering av sykdom uten målefeil (55). Målefeil kan igjen defineres som forskjellen mellom observert og sann verdi, målefeil kan være tilfeldig eller systematisk (75). Mens de systematiske feilene fører til skjevheter (bias) som kan påvirke validiteten, vil tilfeldige feil føre til økt variasjon, dette virker nødvendigvis ikke inn på validiteten (75). Seleksjonsskjevhet kan defineres som en skjevhet som oppstår som følge av at utvalget ikke er representativt for en studiepopulasjon. Lav deltagelse eller frafall under oppfølgingen kan føre til seleksjonsskjevhet i kohortstudier (55).

For å unngå informasjonsskjevhet og seleksjonsskjevhet ble det i forkant av datainnsamlingen gjennomført en pilotundersøkelse der ca 20 gravide kvinner testet ut spørreskjemaet. I tillegg til gjennomgang av selve spørreskjemaet, fylte de også ut et eget skjema der de svarte på flere spørsmål, bl.a. om forståelsen av spørsmålene og utformingen av spørsmålene i skjemaene. Ut fra disse tilbakemeldingene ble de endelige spørreskjemaene utformet. På hvert spørreskjema var prosjektkoordinators telefonnummer og e-postadresse ført opp, tiltross for at skjemaet var forhåndstestet av noen kvinner var det en god del som tok kontakt pga usikkerhet rundt forståelsen og utfyllingen av spørsmålene. I vår studie kan det se ut til at en prosjektkoordinator med ansvar for pasientkontakt som er tilgjengelig på e-post og telefon har betydning for svarprosenten.

Firmaet Cognito benytter optisk lesing eller skanning til registrering av respons, og for å unngå feil er det viktig å kvalitetssikre dette arbeidet med gode rutiner. Skjemaene leses inn ved hjelp av en skanner, programvaren tilknyttet skanneren gjenkjenner skjemaet, og de forhåndsdefinerte feltene. Skannere leser maskinskrift, håndskrift og avkrysningsbokser. For å unngå feil i skanningen var det lagt inn en del kriterier for å unngå feilregistreringer og eventuelle feilføringer her førte til melding om manuell kontroll av skjemaet. Prosjektkoordinator hadde som oppgave å kvalitetssikre alle innkomne skjemaer manuelt før de ble sendt til firmaet Cognito for skanning.

Store datamengder krever god logistikk for innlesning av data. Ved å kvalitetssikre skanningen gjennom gode rutiner mener jeg at vi har gjort det som var mulig for å unngå informasjonsskjevhet i vårt materiale.

I originalartikkelen om W-DEQ har forfatterne undersøkt skalaen med tanke på begrepsvaliditet. Dette innebærer å se på hvorvidt resultatene fra en test er relatert til resultatene av andre tester med antatt samme underliggende teoretiske begrep (74). W-DEQ versjon A ble sammen med 7 andre skjemaer delt ut til 196 gravide i svangerskapsuke 32. De andre skjemaene som ble fylt ut samtidig omhandlet bl.a. angst/frykt, personlighet, depresjon og kontroll/mangel på kontroll. Korrelasjon mellom gruppene viste at W-DEQ overlapper litt med de andre angst- og depresjonsskjemaene, men samtidig er det nok varians til å kunne måle et litt annet område. Litt overlapp mellom skjemaene er gunstig da man ut fra det kan se at skjemaene er relatert til de samme områdene (25). Til tross for at W-DEQ er et mye brukt skjema i forskningen på fødselsangst, finner jeg kun to andre studier (35;58) i tillegg til forfatterne som har testet skjemaet videre for underliggende dimensjoner. I en artikkel fra

2002 finner forfatterne at W-DEQ kan grupperes ut fra fire komponenter; "Fear, lack of positive anticipation, isolation and riskiness" (58). En norsk metodeartikkel fra 2011 konkluderer derimot med at de 33 leddene i spørreskjemaet kan grupperes i 6 dimensjoner; "Fear, negativ appraisal, loneliness, lack of self-efficacy, concerns for the child and lack of positive anticipation (35). "The fear factor" var den faktoren som er mest relatert til angst for å føde (35).

Bruk av en enkel NRS-skala i forbindelse med fødselsangst har også vært testet. Kvinnene svarte på hvor mye de fryktet fødselen på en skala fra 0 til 10, der fødselsangst var definert som 9 eller mer. Forfatterne konkluderer med at det var relativt høy korrelasjon mellom NRS-skalaen og W-DEQ, og at NRS-skalaen i noen sammenhenger kan erstatte W-DEQ (22).

For å undersøke om svarene på de to spørsmålene om selvbestemt og spontan abort var representative valgte vi å sjekke svarene i vår studie opp mot hele populasjonen av fødekvinne i samme periode. Det ble gjort et datauttrekk fra Partus for alle kvinner som fødte ved sykehuset i prosjektperioden. Svarene i de to gruppene var svært like, det så ikke ut til at det forelå noen underrapportering av antall aborter i studien.

Ut fra mine vurderinger er den interne validiteten akseptabel i denne studien. Spørreskjemaet som måler den avhengige variabelen fødselsangst er testet opp mot andre skjemaer på begrepsvaliditet. Det store antallet deltagere i studien gjør at sannsynligheten for informasjonsskjevhet er liten, og påliteligheten av abortspørsmålene er kvalitetssikret opp mot sammenlignbare data.

#### **4.5.2 Statistisk validitet**

Statistisk validitet er knyttet til om vi har tilstrekkelig statistisk grunnlag for å trekke de konklusjonene vi gjør. Den statistiske validiteten er avhengig av datagrunnlaget og at riktige effektmål og statistiske metoder er valgt. Justering for konfunderende variabler er også viktig. (75). Signifikansnivået vi velger å bruke i en studie sier noe om den risikoen vi er villige til å akseptere for å begå en bestemt type feil. Statistisk signifikans ble i denne studien ble definert ved en p-verdi  $< 0,05$ . Et signifikansnivå på 5 % indikerer at vi godtar at det er en sjanse på 5 % for at vi feilaktig forkaster nullhypotesen selv om den er riktig. Denne type feilmåling av en "falsk positiv" kalles for type 1 feil. Jo flere observasjoner som gjøres, jo sikrere er man på å unngå type 1 feil (75). En annen målefeil er type 2 feil, her aksepteres nullhypotesen selv

om den er feil, ”falsk negativ”(55;57). Denne type feil skyldes ofte at materialet vi ser på er for lite, noe som er viktig å ta høyde for i planleggingen av en undersøkelse(55). Med 2752 respondenter i studien anser jeg sannsynligheten for at denne type feil oppstår som liten.

Missing data er uunngåelig i epidemiologiske og kliniske studier, og det er viktig å være klar over at manglende data kan føre til målefeil og at de kan undergrave validiteten av resultatene (76).

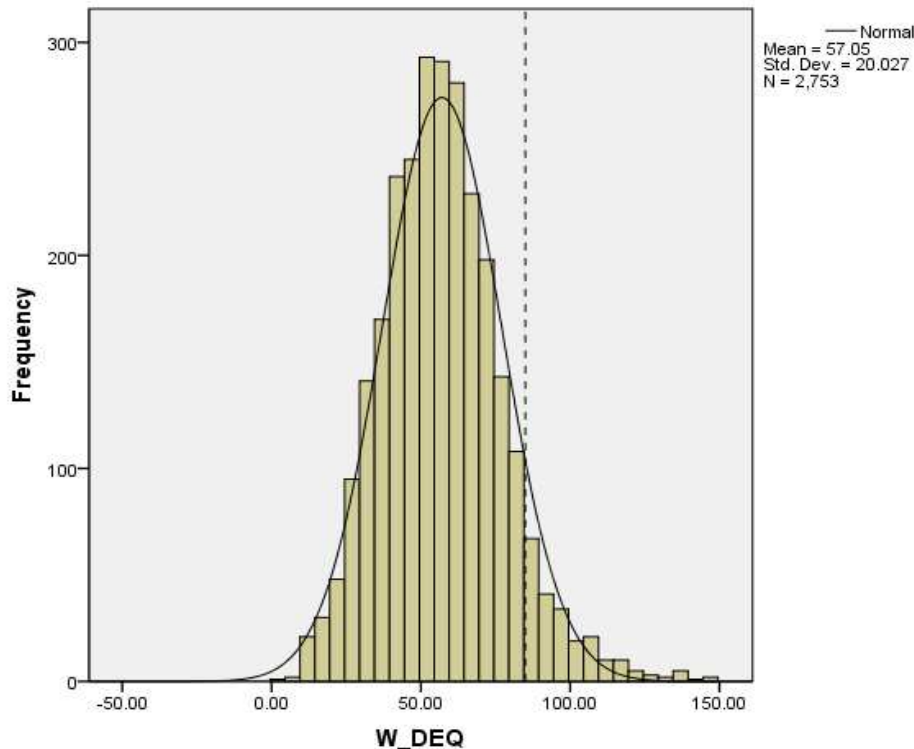
I denne studien er det benyttet spørreskjemaer i papirversjon, det vil si at det er lettere for den som fyller ut et skjema å hoppe over spørsmål som en ikke forstår eller som en av andre årsaker ikke ønsker å svare på. I studier der en benytter elektroniske spørreskjemaer kan en legge inn sperrer som informerer om at det mangler svar på et spørsmål, deltagerne får ikke gått videre i skjemaet før alt er fylt ut. Med så lange spørreskjemaer, og med mange sensitive spørsmål er det forventet at det blir en del missing. I Favn om fødselen-studien ble det tatt en beslutning om å sette en terskelverdi på 4 missing for å kunne godta svarene på de 33 spørsmålene som utgjør W-DEQ. Det vil si at de kvinnene som ikke ble inkludert pga manglende svar hadde 5 missing eller mer på denne skalaen. 53 kvinner (1.1 % av 4662 inkluderte kvinner) ble ikke inkludert i mitt datamateriale pga manglende svar på 5 eller flere spørsmål i W-DEQ. For EPDS og SCL-A var det satt en terskelverdi på 2 missing for å kunne godta svarene, kvinner med 3 manglende svar på disse skalaene ble ikke tatt med. Totalt mangler det opplysninger fra 9 kvinner (0,3 % av 2753 kvinner) angående mental helse. Av studiens demografiske data mangler vi opplysninger fra 23 kvinner (0,8 %) angående sivilstatus, vi mangler også opplysninger fra 105 kvinner (3,8 %) angående utdanningsnivå.

På grunn av det høye antallet inkluderte i denne studien kan vi konkludere med at missing ikke er en stor trussel for den statistiske validiteten i studien. Papirspørreskjema som fylles ut hjemme hos den enkelte kvinne gir ingen kontroll på utfyllingen. Det er mulig at antallet missing hadde vært mindre ved bruk av elektronisk spørreskjema.

Den avhengige variabelen angst for å føde, målt ved hjelp av W-DEQ, er vurdert til å være normalfordelt (55).



**Figur 3.** Histogram W-DEQ, Angst for å føde.



I studien har vi sett på frekvenser, mean, median, minimum og maksimumsverdi og standard deviasjon (SD – avvik). Independent Sample T-test er benyttet for å se på forskjellen mellom grupper på den kontinuerlige variabelen alder. Forutsetningene for ett-utvalgs t-test er at alle data er uavhengige (stokastiske) og at man har normalfordelte data (55). Krysstabeller er utført med Kji-kvadrat-test for å se på om det er uavhengighet mellom to kategoriske variabler. Kji-kvadrat-test er en ikke-parametrisk test, den stiller ikke like strenge krav til fordelig og målenivå som en parametriske test (55). De kategoriske variablene ble rekodet til to eller flere grupper både for å forenkle, men også for å få store nok tall i hver enkelt kategori. På de kontinuerlige variablene ble det satt en terskelverdi ut fra det som har vært tidligere praksis, variabelen blir dikotomisert til to mulige verdier, og kan derfor sies å ha blitt rekodet til kategoriske datatyper. Det å sette en terskelverdi er vanlig på alle de skjemaer som er benyttet i denne studien, både W-DEQ, EPDS og SCL-A (se kap.1.4.3). Dersom det blir store ulikheter i antallet i gruppene etter dikotomisering må dette tas høyde for når resultatene skal tolkes. Med kategoriske datatyper (dikotome) lå det til rette for å benytte en logistisk regresjonsanalyse. Ved logistisk regresjon ser vi om det er sammenheng mellom en eller flere uavhengige variabler og en kategorisk avhengig variabel (55;57). Først ble det kjørt en

ujustert logistisk regresjonsanalyse, også kalt bivariat analyse. Her er det styrken på sammenhengen mellom utfall og eksponering som studeres. En multipl logistisk regresjonsanalyse gir et mere robust resultat fordi flere forklaringsvariabler blir analysert samtidig (55;57). Odds Ratio er et effektestimert som uttrykker sammenheng mellom eksponering og respons (75). I den bivariante analysen viser Odds Ratio sjansen for sammenheng mellom to grupper, i den multiple logistiske regresjonsanalysen vil Odds Ratio kontrollere for flere andre variabler i analysen. Hvis oddsratio er høyere enn 1,0 er risikoen økt i forhold til referansekategorien som er gitt verdien 1,0. Hvis oddsratio er lavere enn 1,0 er risikoen redusert. Konfidensintervallet (KI) viser spredningen mellom verdiene, det dekker den ukjente verdien av effektmålet vil med 95 % sikkerhet. Dersom 95 % konfidensintervallet ligger utenfor 1 er forskjellen signifikant på 5 % nivå (57;77). I denne studien var det naturlig å ta inn variabler som alder, sivilstand, utdanning, osv fordi det er vanlig å kontrollere for slike faktorer for å få frem helseulikheter i ulike grupper. Vi valgte å ta med variabelen psykisk helse, ettersom dette er en faktor som kan vise samvariasjon både med utfallet fødselsangst og forklaringsvariablene spontanabort og selvbestemt abort (19;20;22). Det kan imidlertid ikke utelukkes at det finnes andre konfunderende faktorer som vi ikke har hatt mulighet å kontrollere for.

En konfunderende faktor er en forklaringsvariabel som viser samvariasjon med både utfall og en eller flere forklaringsvariabler (75). Det er viktig å innhente opplysninger om mulige konfunderende faktorer, slik at det kan justeres for disse i de statistiske analysene. Dersom det ikke tas høyde for konfunderende faktorer kan det føre til feilaktige resultater. Dersom størrelsen endrer seg vesentlig (20 – 25 %) fra det ujusterte til det justerte estimatet, vil det sannsynligvis kunne forklares av konfundering (75).

De statistiske analysene ble gjennomført ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS 18.0 for Windows.

Ut fra de nevnte begrunnelser for valg av statistiske metoder, effektmålene og at vi har justert for en mulig viktig konfunderende faktor (psykisk helse), mener jeg at vi kan oppsummere med at den statistiske validiteten i denne studien er akseptabel.

### 4.5.3 Ekstern validitet

Ekstern validitet er knyttet til generaliserbarheten av resultatene, samtidig er også intern validitet en forutsetning for at vi skal kunne generalisere resultatene av en studie (75). Våre data i Favn om fødselen-studien er hentet fra et utvalg av kvinner som fødte ved Akershus universitetssykehus i prosjektperioden. Er det sannsynlig at våre funn fra vårt utvalg gravide også er gjeldende for hele fødepopulasjonen? Det sies at valg av studiedesign er avgjørende for å kunne trekke valide konklusjoner fra en studie. Jeg mener det er en styrke for resultatene at dette er en epidemiologisk kohortstudie der hele populasjonen av kvinner med fødeplass på sykehuset fikk tilbud om deltagelse. Tidligere studier er i hovedsak basert på data fra selekterte grupper som får oppfølging pga fødselsangst (7;8). I Favn om fødselen-studien samtykket 75 % av de kvinnene som var til ultralydundersøkelse i uke 17 – 20 til deltagelse.

Vi kan ikke utelukke at en skjevhet i seleksjonen av kvinner kan ha ført til en skjevhet i resultatet. Vi har et frafall på 911 kvinner som ikke har besvart skjema 1 og 815 som ikke besvarte skjema 2. Årsaken til at kvinnene valgte å ikke besvare skjema 1 og 2 kjenner vi ikke. Vi har heller ikke tilgang på Partusdata på de kvinnene som valgte å ikke delta. Vi kan derfor ikke si noe om hva som karakteriserer disse. Ytterligere 130 kvinner fødte ved andre sykehus enn det som opprinnelig var planlagt, og på grunn av manglende Partusdata er heller ikke disse kvinnene med videre i studien

Hvis en tenker seg at de som takket nei og de som ikke besvarte spørsmålene i skjema 1 og 2 er kvinner som sliter mentalt, kan en stille spørsmål om dette kan ha påvirket resultatene. Dersom det kun er de friskeste og mest ressurssterke kvinnene som deltar i studier vil vi ikke kunne generalisere resultatene til kvinner generelt. Vi mangler dessverre informasjon på de 152 kvinnene som takket nei til å delta i studien. Når vi sammenligner utdanningsnivå på kvinner som deltar i studien med den generelle fødepopulasjonen ved Akershus universitetssykehus ser vi at studiepopulasjonen vår har et høyere utdanningsnivå (62,7 % kontra 46,7 %).

Målet med å beregne statistisk signifikans er å finne ut om et funn er framkommet ved tilfeldigheter. Tallene er oftere signifikante i større undersøkelser enn i mindre fordi et stort datamateriale "visker ut" variasjoner som er rene tilfeldigheter, i store studier er det derfor vanligere med et signifikansnivå på 0,001 (1 %). Favn om fødselen-studien hadde til hensikt å undersøke aspekter ved fødselsangst, i følge litteraturen er det noe som forekommer hos 6 til

10 % av kvinnene(10;13). Med tanke på det store antallet deltagere i studien, var det ikke så stort fokus på det å gjøre styrkeberegninger ved oppstart.

Den eksterne validiteten kan reduseres som en følge av seleksjonsskjevhet, muligheten til å generalisere funn kan svekkes (55). Vi har et stort antall kvinner med i studien, 2753 kvinner er 44 % av alle kvinner som ble innkalt til ultralyd i perioden, det er 61 % av alle kvinner som ble invitert til å delta i studien. Vi har også sammenlignet vårt utvalg med hele fødepopulasjonen som fødte på sykehuset i prosjektperioden, og finner at de to gruppene er relativt like. Vi kan kanskje ikke generalisere og si at funnene fra vår studie er gjeldene for alle gravide i Norge, men vår funn kan være viktige å ta med som et slags bakteppe i møtet med den enkelte kvinne i klinikken.

## 4.6 Reliabilitet

Reliabilitet eller pålitelighet, sier noe om nøyaktighet og konsistensen av informasjonen som er innhentet i en studie, i hvor stor grad man får samme resultater når en måling eller undersøkelse gjentas flere ganger, repeterbarhet (57;75). Det finnes ulike typer reliabilitet. Ved test-retest reliabilitet finner man korrelasjonen mellom 2 målinger av samme test på to forskjellige tidspunkt. Split-half reliabilitet finner en ved å dele materialet i to like deler som testes separat, mens intern konsistens reliabilitet måler korrelasjon mellom de forskjellige leddene i en skala ved hjelp av Cronbachs Alfa (57).

Forfatterne av W-DEQ beskriver to metoder som er benyttet for å teste skjemaets reliabilitet. Intern konsistens reliabilitet var målt ved Cronbachs Alfa. Denne metoden måler om det er korrelasjon/samvariasjon mellom de 33 ledd i W-DEQ, om alle måler den underliggende dimensjonen angst for å føde (57;77). I denne studien er intern konsistens målt ved Cronbachs alfa funnet høy for alle måleinstrumenter, både W-DEQ (0,90), SCL-A (0,84) og for EPDS (0,80). Dette stemmer godt overens med andre artikler publisert på Favn om fødselen-studien (22;29;35).

Ved hjelp av Split and half-metoden ble materialet inndelt i to vilkårlige grupper for så å korrelere resultatene. En av ulempene med Split and half-metoden er at man ikke kan være sikker på at de to gruppene er like. I følge Terwee er  $>0,7$  en akseptabel korrelasjon. De fleste verdier i Wijmas tabell ligger over 0,9 (25;74).

Det er ikke utenkelig at stedet der kvinnen fyller ut spørreskjemaet har betydning for reliabiliteten. I pilotundersøkelsen til Favn om fødselen-studien fylte de fleste kvinnene ut det omfattende spørreskjemaet i en travel poliklinikk. Vi kom derfor frem til at det var best at kvinnene fylte ut skjemaet hjemme. Skjemaene var omfattende og hvert skjema besto av ca 80 spørsmål. Mange av spørsmålene var av en slik karakter at vi vurderte det som riktig at de ble fylt ut i litt mer private omgivelser enn et travelt ventrom. Det var bl.a. spørsmål om psykisk helse, spiseforstyrrelser og tidligere mishandling. Det er ikke utenkelig at det for noen kvinner vil være vanskelig å svare på slike sensitive spørsmål.

Med tilfredsstillende verdier på Chronbachs Alfa og terskelverdier på samtlige benyttede skalaer i tråd med tidligere studier mener jeg at vi kan konkludere med at reliabiliteten er akseptabel i denne delstudien.

## **4.7      Forskningsetiske retningslinjer**

Favn om fødselen-studien som denne masteroppgaven er en del av, er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst A, 12.02.08. Det foreligger godkjenning fra personvernombud ved Akershus universitetssykehus, datert 23.04.08. Studien er gjennomført i henhold til Helseforskningsloven (78) og Helsinkideklarasjonen, sist revidert i 2008 (79). Helsinkideklarasjonen bygger igjen på Nürnbergkodeksen der bl.a. informert samtykke står helt sentralt. Forskrift om organisering av helseforskning (80), Helsepersonelloven (72), Helseforetaksloven (81), Personopplysningsloven (82) og Helseregisterloven (83) er alle sentrale i forhold til forskning på pasienter.

Deltagere i Favn om fødselen-studien fikk utdelt informasjon der det fremkommer at deltagelse er frivillig. Deltagerne ble også informert om retten til å trekke seg fra studien til enhver tid (selvbestemmelsesprinsippet). I studiens informasjonsbrosjyre fremgikk det også at data vil bli behandlet strengt konfidensielt og anonymisert. Databasene i epidemiologiske studier er underlagt strenge sikkerhetskrav pga omfattende datamengder, gjerne med sensitivt innhold (75). Alle data som brukes i studien er anonymisert og disse oppbevares på en sikker forskningsserver på Akershus universitetssykehus (forsvarlighetsprinsippet).

I en så stor studie som Favn om fødselen er det viktig å gjøre noen vurderinger rundt risikonytteprinsippet. På den ene siden er det jo slik at jo flere svar en har fra en populasjon, jo sikrere blir resultatene, så kan en jo spørre seg hvor mange svar som er nødvendig for at en skal kunne stole på resultatene. I tillegg er det viktig å ha klart for seg at mange inngående spørsmål om mental helse kan sette i gang prosesser hos den enkelte kvinne. For forskerne som ser på svarene vil det ikke være mulig å identifisere kvinner som gir uttrykk for å ha det vanskelig. Forskeren må derfor stole på at disse kvinnene blir ivaretatt av den tilgjengelige helsetjenesten. Samtidig kan en jo stille spørsmål om de kvinnene som sliter mest med store mentale problem deltar i slike undersøkelser.

# 5 Resultater

Resultater fra studien med figur og tabeller presenteres i den vedlagte artikel (1).

## 6 Drøftelse av funn

I det følgende vil jeg foreta en utdypende drøftelse av studiens funn, samt belyse implikasjoner for videre forskning og klinisk praksis. Basert på resultatene fra denne studien blant 2753 gravide på Akershus universitetssykehus fant vi ingen assosiasjon mellom tidligere aborthistorie og fødselsangst. Det vil si at nullhypotesen ble bekreftet.

I denne studien finner vi at 8 % av kvinnene i har fødselsangst ut fra W-DEQ. I tidligere nordiske studier har en funnet at prosentandelen for fødselsangst ligger mellom 6 – 10 % (6;10;13;22;29). På det grunnlaget mener jeg at en kan ha tiltro til at 8 % fødselsangst i vårt utvalg kan være riktig.

Blant de kvinnene som hadde gjennomført to eller flere selvbestemte aborter hadde en større andel angst for å føde enn blant de som aldri hadde tatt abort, men forskjellene var ikke statistisk signifikante. Når det ble tatt høyde for psykisk helsestatus forsvant denne forskjellen helt. Den faktoren som viste sterkest samvariasjon med fødselsangst var kontrollvariabelen psykisk helse. Hos kvinner med både angst og depresjon fant vi en høysignifikant sammenheng. Dette er i tråd med tidligere publiserte funn fra det samme datamaterialet (22). Sett i lys av de metodiske vurderinger som er gjort i kapittel 4, der vi finner at intern, statistisk og ekstern validitet er tilfredsstillende, mener jeg at vi kan konkludere med at vi kan ha tiltro til funnene fra denne studien.

Det er ikke enkelt å konkludere med hva som er normale endringer i en kvinnes psyke i forbindelse med svangerskap og fødsel. Vi vet at den gravide kvinne er mer psykisk sårbar, det er ikke uvanlig å være følelsesmessig labil, urolig og nedstemt i graviditeten og barseltiden uten at dette er patologisk (4). Psykiske endringer og eventuelle problemer rundt dette i graviditet og barseltid er på mange måter tabubelagt. Det ligger en forventning om at graviditet og fødsel er noe som er forbundet med positive forventninger og glede, spesielt de mange nettsidene for gravide og ikke minst ”mammablogger” er med på å skape dette inntrykket. Når den blivende mor ikke strutter av lykke og harmoni, men sliter med bekymringer og søvnproblemer kan en tenke seg at dette for noen oppleves stigmatiserende (4). Også rett etter fødselen er det vanlig med endringer i en kvinnes psyke. Hos 50 til 80 % av alle nyforløste kvinner oppstår en tilstand som kalles barseltårer (maternity blues). Dette er



en helt normal tilstand som trolig oppstår pga plutselig fall i hormonnivået rett etter fødsel, eller det kan være en reaksjon etter en periode med lite søvn i tillegg til at det kan være en utmattelsesreaksjon etter en slitsom fødsel (4). Når en forsker på kvinner i fertil alder er det viktig å være klar over at grensen for hva som er normalt og hva som er patologi ikke alltid er like klar i forbindelse med svangerskap og fødsel. Også for klinikerne er denne grensen for hva som er normalt og hva som er patologi viktig. Vi vet at ubehandlet angst og depresjon kan få store konsekvenser både for mor, barn og familiedannelsen (2-5), samtidig ønsker vi ikke å gripe inn unødvendig i naturlige prosesser. For helsearbeiderne i en travel fødeavdeling eller på et barselhotell er det ikke lett å observere en nyforløst kvinnes psykiske helse den korte tiden hun er innlagt. Gode samarbeidsavtaler mellom sekundær og primærhelsetjenesten i tråd med Samhandlingsreformen er derfor nødvendig for å kunne nå frem til de kvinnene som trenger hjelp i denne perioden.

Graden av assosiasjon vil ofte forandre seg når flere faktorer trekkes inn i sammenhengen. I denne studien fant vi en tendens til at kvinner som hadde tatt to eller flere aborter utviklet angst for å føde. Denne tendensen forsvant når det ble justert for psykisk helse i de multivariate analysene. Tidligere studier har vist at en større andel av de som har tatt selvbestemt abort har psykiske problemer enn de som ikke har tatt abort (19;20). Abortshistorie har vært assosiert med skyld, skam og dårlig psykisk helse, samtidig som psykisk helse er en risikofaktor for fødselsangst (22). I tillegg til psykisk helse har vi i denne studien tatt høyde for paritet, tidligere dødfødsler og sosiodemografiske faktorer som alder, utdanning og sivilstand. Vi kan likevel ikke utelukke at det finnes konfunderende faktorer som vi ikke har hatt mulighet å kontrollere for.

Abort angår mange kvinner i Norge (16). Mulige konsekvenser for kommende svangerskap er derfor viktig informasjon, både for kvinnene selv, men også for helsepersonell som jobber med disse kvinnene. I de senere år har det vært mange studier som har sett på psykiske senvirkninger etter abort og konklusjonene har ikke vært entydige (19;20;50;85-87). Majoriteten av kvinner får ingen psykiske reaksjoner etter et abortinngrep, og det er heller ikke gitt at det er selve abortinngrepet som utløser eventuelle psykiske reaksjoner (87). Tidligere studier har vist at kvinner som har hatt obstetriske komplikasjoner i forbindelse med fødsel har en økt risiko for å utvikle fødselsangst i påfølgende svangerskap (8;13). For noen kvinner kan en abort oppleves som skremmende, enten den er selvbestemt eller spontan.

Det er behov for videre forskning for å gi kvinner som sliter med mental helse et mer kunnskapsbasert helsetilbud i forbindelse med svangerskap og fødsel. Disse kvinnene befinner seg i et skjæringspunkt mellom psykiatrien og obstetrikken, og vi helsearbeidere sliter ofte med at det er svært vanntette skott mellom de forskjellige spesialiteter, selv innen samme helseforetak. Manglende konsensus for en enhetlig diagnostisering av fødselsangst vanskeliggjør det å trekke konklusjoner i studier om dette emnet. En egen diagnose for fenomenet fødselsangst ville lette diagnostiseringen, og igjen bidra til at de kvinnene som sliter med dette får adekvat hjelp. Svangerskap og fødsel er i utgangspunktet helt normale prosesser, og et tegn på god helse, likevel ser vi i klinikken at det brukes mye tid og ressurser på å følge opp kvinner med frykt eller bekymringer for fødsel. Det er ikke foretatt noen grundig evaluering av den eksisterende praksisen som finnes ved de fleste fødeinstitusjoner i dag, videre forskning på temaet fødselsangst vil derfor være nødvendig. Mulig videre forskning kan være å teste ut en kortversjon av the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire. Skalaen som består av 33 ledd er langt og omfattende, og det ville ta for mye tid av en svangerskapskonsultasjon dersom dette skulle brukes til å avdekke fødselsangst. Dersom en ved hjelp av funn fra tidligere studier (35;58) kunne lage et enklere verktøy som fungerte i klinikken ser jeg for meg at dette vil være til stor nytte for helsepersonell som sitter med ansvaret for de gravide i primærhelsetjenesten. Et slikt instrument ville også bidra til at de kvinnene som virkelig har fødselsangst er de som får oppfølging i sekundærhelsetjenesten. Jeg tenker at dette ville være av stor interesse både for å sikre en pasientgruppe riktig behandling og hjelp, men også ut i fra et samfunnsperspektiv i forhold til ressursbruk og økonomi.

## 7 Konklusjon

I denne studien har vi sett på om tidligere aborterfaringer har innvirkning på utviklingen av fødselsangst. Vi fant ingen slik sammenheng, verken for de kvinnene som tidligere hadde opplevd spontanabort eller selvbestemt abort. I vårt materiale rapporterte 8 % av 2753 kvinner fødselsangst. Den faktoren som så ut til å ha størst betydning for utviklingen av fødselsangst var psykisk helse. Dette er viktig kunnskap, både for kvinner med aborterfaringer og fødselsangst, men også for helsearbeidere som jobber med disse kvinnene.

# Litteraturliste

1. Simonsen TB, Wahl AK, Vangen S, et al. Gir tidligere aborter fødselsangst. Tidsskr Nor Laegeforen 2013; 6: 635-9.
2. Helsetilsynet. Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til barselkvinna og det nyfødde barnet i barseltida? 2011 Feb.
3. Eberhard-Gran M. Vi vet for lite om fødselsangst. Tidsskr Nor Laegeforen 2008; 128:1378.
4. Eberhard-Gran M, Slinning K. Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Folkehelsinstituttet, 2007.
5. Hjälmhult E. Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt. Sykepl Forskn 2012; 224-30.
6. Areskog B. Fear of childbirth in late pregnancy Gynecol Obstet Invest 1981;12: 262-6.
7. Ryding EL, Wijma B, Wijma K, et al. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand 1998; 77: 542-7.
8. Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmaki E. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. Obstet & Gynecol 1999; 94:679-82.
9. Kolas T, Hofoss D, Daltveit AK, et al. Indications for cesarean deliveries in Norway. Am J Obstet Gynecol 2003; 188: 864-70.
10. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. Acta Obstet Gynecol Scand 2003; 82: 201-8.
11. Sjogren B, Thomassen P. Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 76: 948-52.
12. Barnett B, Parker G. Possible determinants, correlates and consequences of high levels of anxiety in primiparous mothers. Psychol Med 1986; 16: 177-85.
13. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, et al. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. BJOG: 2009; 116:67-73.
14. Heimstad R, Dahloe R, Laache I, et al. Fear of childbirth and history of abuse: Implications for pregnancy and delivery. Acta Obstet Gynecol Scand 2006; 85: 435-40.

15. Eberhard-Gran M, Slinning K, Eskild A. Fear during labor: The impact of sexual abuse in adult life. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2008; 29: 258-61.
16. Rapport om svangerskapsavbrudd for 2011. Folkehelseinstituttet 2012 June 15. [www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5565&MainArea\\_5661=5565:0:15](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15)
17. Den norske legeforening. Veileder i generell gynekologi 2009. 2009.
18. Coleman PK, Reardon DC, Strathan T, et al. The psychology of abortion: A review and suggestions for future research. *Psychol Health* 2005; 237-71.
19. Broen AN, Moum T, Bodtker AS, et al. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Med* 2005; 3: 18.
20. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, et al. Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *N Engl J Med* 2011; 364:332-9.
21. Academy of Medical Royal Colleges. Induced abortion and mental health. [http://www.nccmh.org.uk/publications\\_SR\\_abortion\\_in\\_MH.html](http://www.nccmh.org.uk/publications_SR_abortion_in_MH.html)
22. Storksén HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, et al. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91: 237-42.
23. Brunstad A, Tegnander E. *Jordmorboka*. Akribes, 2010.
24. Fødselsangst.OUS\_hjemmesider. <http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/fodeavdelingen/sider/fodselsangst.aspx>
25. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1998; 19: 84-97.
26. Halvorsen L, Nerum H, Oian P, et al. Is there an association between psychological stress and request for caesarian section? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2008; 128:1388-91.
27. Svensk Förenings för Obstetrik och Gynekologi, Sjöberg N-Or. *Förlossningsrådsla*. Svensk förenings för obstetrik og gynekologi; 2004.
28. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Background factors in pregnant women with and without fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1983; 102-8.
29. Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG* 2012; 119: 1238-46.
30. Sydsjö G, Angerbjörn L, Palmquist S, et al. Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; 92: 210-4.
31. Nordeng H, Hansen C, Garthus-Niegel S, et al. Fear of childbirth, mental health, and medication use during pregnancy. *Arch Women Ment Health* 2012; 15:203-9.

32. Garthus-Niegel S, Soest T, Vollrath M, et al. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health* 2012; 16: 1-10.
33. Engelstad Snoek J, Engedal K. *Psykiatri, Kunnskap.Forståelse. Utfordringer*. Akribe, 2004.
34. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, et al. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG* 2001; 108:492-8.
35. Garthus-Niegel S, Størksen H, Torgersen L, et al. The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire - a factor analytic study. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2011;32: 160-3.
36. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. *The Investigation and Treatment of Couples with Recurrent First-trimester and Second-trimester Miscarriage*. 2012.
37. Dansk Selskab for Obsterrik og Gynækologi. *Gynekologiske guidelines*. [http://www.dsog.dk/hindsgavl/120105%20spontan-og missed abortion 1st trimester.pdf](http://www.dsog.dk/hindsgavl/120105%20spontan-og%20missed%20abortion%201st%20trimester.pdf)
38. Laboratoriemedisinske undersøkelser ved Oslo-sykehusene i Helse Øst - BLÅBOKA. <http://www.uus.no/labus/index.asp?Bok=1&Kap=2&Par=35&Boknavn=Laboratoriemedisinske%20unders%F8kelsler%20ved%20Oslo-sykehusene>
39. Iversen OE, Midbøe G, Johnsen SL, et al. Medikamentell abort - de første norske erfaringene. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2003; 123: 2422-4.
40. Trinder J, Brocklehurst P, Porter R, et al. Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of randomised controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). *BMJ* 2006; 332:1235-40.
41. Neilson JP, Gyte GM, Hickey M, et al. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; 1:CD007223.
42. Broen AN, Moum T, Bodtger AS, et al. Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: a longitudinal five-year follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 85:317-23.
43. Brier N. Anxiety after miscarriage: a review of the empirical literature and implications for clinical practice. *Birth* 2004;31:138-42.
44. Klier CM, Geller PA, Neugebauer R. Minor depressive disorder in the context of miscarriage. *J Affect Disord* 2001; 59:13-21.
45. Lov om svangerskapsavbrudd. <http://lovdata.no/all/hl-19750613-050.html>
46. Forskrift om svangerskapsavbrudd. <http://lovdata.no/for/sf/ho/ho-20010615-0635.html>

47. Lovdata. Lov om svangerskapsavbrudd (Abortloven). [http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19750613-050.html&emne=abort\\*&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19750613-050.html&emne=abort*&)
48. Folkehelseinstituttet. Abort - Faktaark med statistikk. <http://www.fhi.no/om-fhi/a-aa-finn-frem/faktaark>
49. Folkehelseinstituttet. Medisinsk fødselsregisters statistikkbank. <http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/>
50. Pedersen W. Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women. *Scand J Public Health* 2008; 36:424-8.
51. Broen AN, Moum T, Bodtger AS, et al. Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: a 2-year follow-up study. *Psychosom Med* 2004; 66:265-71.
52. Guldbrandsen P, Stang G, Wilmar B, et al. Skam i det medisinske rom. Gyldendal Akademisk, 2006.
53. Skårderud F. Uro En reise i det moderne selvet. Aschehoug, 1998.
54. Storksens HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, et al. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013;92 : 318-324.
55. Aalen O, Frigessi A, Moger T, et al. Statistiske metoder i medisin og helsefag. Gyldendal Akademisk, 2008.
56. Magnus P, Bakketeig LS. Epidemiologi. Gyldendal Akademisk, 2010.
57. Polit D, Beck C. Nursing research. 8th. utg. Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
58. Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *BJOG: An International J Obstet Gynaecol* 2002; 109:1213-21.
59. Alehagen S, Wijma B, Wijma K. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85:56-62.
60. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-6.
61. Cox JL, Chapman G, Murray D, et al. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in non-postnatal women. *J Affect Disord* 1996; 39: 185-9.
62. Murray D, Cox JL. Screening for Depression During Pregnancy With the Edinburgh Depression Scale (EPDG). *J Reprod Infant Psychol* 1990; 8: 99-107.
63. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, et al. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation in a Norwegian community sample. *Nord J Psychiatry* 2001; 55: 113-7.

64. Hesbacher PT, Rickels K, Morris RJ, et al. Psychiatric illness in family practice. *J Clin Psychiatry* 1980; 41: 6-10.
65. Winokur A, Winokur DF, Rickels K, et al. Symptoms of emotional distress in a family planning service: stability over a four-week period. *Br J Psychiatry* 1984; 144:395-9.
66. Eberhard-Gran M, Tambs K, Opjordsmoen S, et al. A comparison of anxiety and depressive symptomatology in postpartum and non-postpartum mothers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38:551-6.
67. Mathiesen KS, Tambs K, Dalgard OS. The influence of social class, strain and social support on symptoms of anxiety and depression in mothers of toddlers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 61-72.
68. Nettelbladt P, Hansson L, Stefansson CG, et al. Test characteristics of the Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25) in Sweden, using the Present State Examination (PSE-9) as a caseness criterion. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993; 28:130-3.
69. Folkehelseinstituttet. Rapport 2007:5 Trivsel og oppvekst - barndom og ungdomstid. 2007.
70. Adams SS, Eberhard-Gran M, Hofoss D, et al. Maternal emotional distress in pregnancy and delivery of a small-for-gestational age infant. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011; 90:1267-73.
71. Sandanger I, Moum T, Ingebrigtsen G, et al. Concordance between symptom screening and diagnostic procedure: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview I. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33:345-54.
72. Helsepersonelloven. <http://lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>
73. Medisinsk fødselsregisterforskrift. <http://lovdata.no/for/sf/ho/xo-20011221-1483.html>
74. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol* 2007; 60:34-42.
75. Laake, Hjartåker, Telle, et al. Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder. Gyldendal Akademisk, 2007.
76. Sterne JA, White IR, Carlin JB, et al. Multiple imputation for missing data in epidemiological and clinical research: potential and pitfalls. *BMJ* 2009; 338:b2393.
77. Pallant J. SPSS Survival Manual. 4th edition. utg. McGraw-Hill Education, 2010.
78. Helseforskningsloven. <http://lovdata.no/all/hl-20080620-044.html>
79. Reuter K, Førde R, Solbakk JH. Medisinsk og helsefaglig etikk. 2nd. utg. Gyldendal Akademisk, 2010.



80. Forskrift om organisering av helseforskning. <http://lovdata.no/for/sf/ho/ho-20090701-0955.html>
81. Helseforetaksloven. <http://lovdata.no/all/hl-20010615-093.html>
82. Personopplysningsloven. <http://lovdata.no/all/hl-20000414-031.html>
83. Helseregisterloven. <http://lovdata.no/all/hl-20010518-024.html>
84. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, et al. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. Behav Sci 1974; 19:1-15.
85. Broen AN, Moum T, Bodtker AS, et al. Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study. Gen Hosp Psychiatry 2005; 27:36-43.
86. Iversen GA, Løkeland M, Fjereide AK, et al. Er senvirkningene etter provosert abort forskbare. Tidsskr Nor Laegeforen 2012; 132: 1450-2.
87. Løkeland M. Gir abort seinverknader? Tidsskr Nor Laegeforen 2013; 606.

# Vedlegg 1

## Artikkel: Gir tidligere aborter fødselsangst?

**Tone Breines Simonsen**

[tone.breines.simonsen@ahus.no](mailto:tone.breines.simonsen@ahus.no)

- 1) Forskningscenteret HØKH Akershus Universitetssykehus, 1478 Lørenskog
- 2) Kvinneklinikken, Akershus Universitetssykehus, 1478 Lørenskog
- 3) Avdeling for Helsefag, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 0317 Oslo

**Astrid Klopstad Wahl**

[a.k.wahl@medisin.uio.no](mailto:a.k.wahl@medisin.uio.no)

Avdeling for Helsefag, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 0317 Oslo

**Siri Vangen**

[sirvan@ous-hf.no](mailto:sirvan@ous-hf.no)

- 1) Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, 0310 Oslo
- 2) Divisjon for epidemiologi, Folkehelseinstituttet, 0403 Oslo

**Malin Eberhard-Gran**

[Malin.Eberhard.Gran@fhi.no](mailto:Malin.Eberhard.Gran@fhi.no)

- 1) Divisjon for psykisk helse, Folkehelseinstituttet, 0403 Oslo
- 2) Forskningscenteret HØKH Akershus Universitetssykehus, 1478 Lørenskog

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Abort angår mange kvinner og man vet lite om følgene av slike erfaringer for senere graviditeter. Hensikten med studien var å undersøke om tidligere aborthistorie har betydning for utvikling av fødselsangst, justert for kvinnens psykiske helse, parietet, tidligere dødfødsler og sosiodemografiske faktorer.

**Materiale og metode.** Studien omfattet 2753 gravide kvinner fra Akershus universitetssykehus. Informasjon ble innhentet ved hjelp av spørreskjemaer i svangerskapsuke 18 og 32, samt ved uttrekk fra sykehusets fødejournalssystem. Angst for å føde ble målt ved Wijma-skalaen (W-DEQ).

**Resultater.** Forekomsten av angst for å føde (definert som  $W-DEQ \geq 85$ ) var 11,7 % blant kvinnene som hadde gjennomført 2 eller flere selvbestemte aborter og 7,8 % blant de som aldri hadde tatt abort. Denne trenden var ikke statistisk signifikant og forsvant helt i de justerte analysene. Vi fant heller ingen sammenheng mellom spontanaborter og angst for å føde. Kvinnens psykiske helse var den faktoren som var sterkest assosiert med fødselsangst, en assosiasjon som vi også har funnet tidligere ved analyser av en mindre andel av kohorten.

**Fortolkning.** Vi fant ingen samvariasjon mellom tidligere aborthistorie og fødselsangst.

Studier antyder at 5- 20 % av alle kvinner har sterk uro eller frykt for å føde (1;2), og mange elektive keisersnitt gjøres i dag på indikasjonen fødselsangst (1-3). Angst under svangerskapet har blitt relatert til en rekke negative følger slik som langvarig fødsel (4;5) , økt behov for smertestillende, og økt risiko for keisersnitt (6;7). Frykt for svangerskap og fødsel har nok eksistert til alle tider, men innen forskningslitteraturen må dette sies å være et relativt nytt tema, og vi vet fortsatt lite om mekanismene bak denne frykten. Faktorer som tidligere obstetriske komplikasjoner hos flergangsfødende (8-10), frykt for smerte, sykdommer eller fysiske plager kan ha betydning for utvikling av fødselsangst, men også psykososiale faktorer og tidligere seksuelle overgrep (11;12). Både spontan- og selvbestemt abort kan for noen kvinner oppleves som traumatisk (13). Som oftest er slike mentale reaksjoner av kort varighet (14). Det er imidlertid mulig at et nytt svangerskap kan gjenoppfriske et traume. Det er derfor av interesse å undersøke hvorvidt tidligere aborthistorie kan spille en rolle med hensyn til utvikling av fødselsangst.

I 2011 ble det utført 15 343 svangerskapsavbrudd i Norge. Omtrent hvert femte svangerskap ender med selvbestemt abort (15) Ca 50 % av alle påbegynte og 10-20 % av klinisk registrerte graviditeter ender som spontanabort (16). Tidligere studier har vist at både spontanabort og selvbestemt abort er assosiert med økt risiko for angst og depresjon (17;18). Det er også vist at kvinner som har tatt abort har høyere risiko for å føle skyld og skam sammenlignet med kvinner som har opplevd spontansbort (17). En systematisk oversikt fra 2011 kunne imidlertid ikke bekrefte en sammenheng mellom selvbestemt abort og dårlig psykisk helse (19). Utfallsmål i denne oversiktsstudien var depresjon, angstlidelser, posttraumatisk stresslidelse og selvmord (19). Det er heller ikke gitt at kvinner med fødselsangst har dårlig psykisk helse. I en fersk norsk undersøkelse hadde majoriteten av kvinner med fødselsangst verken angst eller depresjon (20). Kvinner som i utgangspunktet var plaget av angst eller depresjon hadde imidlertid en økt risiko for fødselsangst, særlig hvis de var plaget av både angst og depresjon samtidig (20).

Så vidt vi vet har ingen tidligere studier undersøkt sammenhengen mellom aborthistorie og fødselsangst. Hensikten med denne studien er derfor å studere hvilken betydning tidligere aborter har for utviklingen av fødselsangst, kontrollert for psykisk helsestatus, parietet, tidligere dødfødsler og sosiodemografiske faktorer.

## **Materiale og metode**

### *Metode og utvalg*

Datamaterialet er hentet fra studien "Favn om fødselen", som er en kohortstudie av gravide ved Akershus universitetssykehus (10;20;21). Datainnsamlingen foregikk fra november 2008 til april 2011. Kvinnene ble rekruttert i forbindelse med rutineultralydundersøkelse i svangerskapsuke 17-20. Totalt kom 6244 kvinner til ultralyd i den aktuelle perioden. 152 kvinner ønsket ikke å delta. Ytterligere 1088 kvinner behersket ikke norsk godt nok til å fylle ut et spørreskjema, og ble derfor ikke invitert til å delta i studien. 342 kvinner ble ikke invitert fordi jordmor eller lege glemte å spørre vedkommende, eller fordi spørsmål om prosjektdeltagelse ikke var på sin plass da ultralydundersøkelsen ga mistanke om patologiske forhold. Totalt ble 4662 kvinner inkludert i hele kohorten (Figur 1). Data ble innsamlet ved hjelp av to spørreskjemaer. Åtti prosent av kvinnene som samtykte til deltagelse besvarte spørreskjema 1 utdelt i uke 18. Dette skjemaet inneholdt bl.a. spørsmål om reproduktiv historie. Spørreskjema 2 ble tilsendt i uke 32 til de som hadde besvart spørreskjema 1, og inneholdt bl.a. spørsmål om angst/depresjon samt fødselsangst. Av dem som fikk tilsendt dette

skjemaet svarte 81 % (63 % av alle kvinner inkludert i studien). I tillegg ble det gjort et datauttrekk fra det elektroniske fødejournalssystemet (Partus). Totalt har vi informasjon fra 2753 gravide kvinner (44 % av kvinnene innkalt til rutineultralød, og 61 % av de som ble invitert til å delta).

Deltagerne fikk skriftlig informasjon om studien, og det ble innhentet skriftlig samtykke. Studien er godkjent av personvernombudet og av Regional etisk komité for medisinsk forskningsetikk.

## *Variabler*

### *Avhengig variabel*

Angst for å føde ble målt i svangerskapsuke 32 ved hjelp av The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire, (W-DEQ) versjon A, en selvverurderingsskala som består av 33 spørsmål (22). Hvert spørsmål har seks svaralternativer, som rangeres på en skala fra 0 til 5. Summen på hele skalaen varierer fra 0 til maksimum 165, der høyere skåre indikerer mer angst for å føde. Vi valgte å bruke sumskår på 85 eller mer som definisjon på fødselsangst i henhold til tidligere studier (7). Den engelske utgaven av W-DEQ ble oversatt til norsk av prosjektleder (M.E-G). Deretter ble skjemaet oversatt tilbake til engelsk av en forsker på Folkehelseinstituttet med engelskspråklig bakgrunn. Skjemaet ble så sammenlignet med den engelske versjonen i tillegg til den originale svenske utgaven (20;22).

### *Uavhengige variabler*

Hovedforklaringsvariabler var tidligere spontanaborter og provoserte aborter.

- 1) Spørsmålene om spontanaborter var formulert slik: Har du noen gang opplevd ufrivillig abort (ja/nei)? Hvor mange ganger? Svarene ble kodet "aldri/ 1 gang/ 2 eller flere ganger".
- 2) Spørsmålene om selvbestemt abort var formulert slik: Har du noen gang tatt abort (ja/nei)? Hvor mange ganger? Svarene ble kodet "aldri/ 1 gang/ 2 eller flere ganger".

For å kunne ta stilling til i hvilken grad vårt utvalg er representativt i forhold til den generelle populasjonen av fødende kvinner på sykehuset, ble andelen rapporterte aborter i "Favn om fødselen-studien" sammenlignet med andelen registrerte aborter i sykehusets elektroniske fødejournaler (Partus).

### *Kontrollvariabler*

Symptomer på depresjon gjennom siste uke ble målt i svangerskapsuke 32 ved hjelp av "the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (23;24). EPDS er en vurderingskala som består av 10 spørsmål, designet for å oppdage symptomer på depresjon etter fødsel. Summen på hele skalaen varierer fra 0 til 30, der høy skåre indikerer depresjon. Basert på funn fra tidligere undersøkelser ble depresjon definert som en skåre på 12 eller mer (23;24). Den norske versjonen er validert opp mot DSM-IV kriterier (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) for alvorlig depresjon (25). Symptomer på angst gjennom siste uke ble målt i svangerskapsuke 32 ved hjelp av "the Hopkins Symptom Checklist (SCL-25)". SCL-25 er en selvvrderingsskala, hvor de første ti påstander omfatter angst symptomer. Summen på hele skalaen for angstspørsmålene varierer fra minimum 10 til maksimum 40, der høy skåre indikerer angst. Basert på funn fra tidligere undersøkelser så ble nærvær av angst definert som en skåre på 18 eller mer på SCL-angst skalaen (26-28). Den norske versjonen av SCL er validert opp mot ICD-10 kriterier for angst og depresjon (29). Psykisk helse ble kodet: "Hverken angst eller depresjon / angst / depresjon/ både angst og depresjon".

Andre variabler som ble inkludert var alder, sivilstand, utdanning, antall tidligere fødsler og tidligere dødfødsler. Disse dataene ble hentet fra skjema.1 og Partus.

### *Statistikk*

Deskriptiv statistikk presenterer datamaterialet i gjennomsnitt, for de kontinuerlige variablene, og frekvens (antall og prosent) for de kategoriske. Intern-konsistensreliabilitet i de forskjellige skjemaer måles ved hjelp av Cronbachs alfa. Ujusterte og justerte oddsratioer ble estimert i logistiske regresjonsmodeller. Statistisk signifikans ble definert ved p-verdi < 0,05. Analysene ble foretatt med statistikkprogrammet SPSS, versjon 18.

## **Resultater**

Tabell 1 viser demografiske data i studien sammenlignet med alle fødsler på Akershus universitetssykehus i perioden 2009-2011. Andelen av både spontan- og selvbestemte aborter var nærmest identisk i de selvrapporterte dataene med det som var registrert i sykehusets elektroniske fødejournaler i løpet av prosjektperioden (Tabell 2). Antallet pasienter som kom til ultralydundersøkelse ved sykehuset (n = 6244) var lavere enn datauttrekket fra fødejournalene (n=9587). Dette skyldes at antallet fødsler økte i løpet av datainnsamlingsperioden pga utvidet opptaksområde. I tillegg omfatter datauttrekket fra fødejournalene en litt lengre periode enn datainnsamlingen i Favn om fødselen-studien.

8 % (220/2753) av kvinnene rapporterte angst for å føde. Forekomsten av depresjon var 8,3 % (228/2750), og forekomsten av angst var 8,8 % (243/2747). 4,4 % (120/2744) av kvinnene rapporterte både angst og depresjon. Disse resultatene stemmer godt overens med tidligere analyser på det samme datamaterialet (20). Intern konsistens, målt ved Cronbachs alfa, var høy for alle psykometriske måleinstrumenter (0,90 for Wijma-skalaen, 0,84 for SCL-angstskalaen og 0,80 for EPDS). Disse resultatene tilfredsstiller kravene for akseptabel reliabilitet (30).

Blant kvinnene som hadde opplevd 2 eller flere spontanaborter rapporterte 9,9 % angst for å føde, sammenlignet med 7,5 % blant de som aldri hadde opplevd spontanabort (justert oddsratio, 1,4; 95 % KI, 0,8-2,2). Blant kvinner med to eller flere selvbestemte aborter hadde 11,7 % angst for å føde, sammenlignet med 7,8 % av de som aldri hadde tatt abort (justert OR, 1,6; 95 % KI, 0,9-2,9 (Tabell 3). Når det ble justert for psykisk helsestatus, paritet, tidligere dødfødsler og sosiodemografiske faktorer minket oddsratioene for fødselsangst for både spontanabort og selvbestemt abort og ingen av analysene nådde statistisk signifikans. Derimot var det en sterk assosiasjon mellom kontrollvariabelen psykisk helsestatus og fødselsangst. Kvinner som var plaget av angst eller depresjon hadde en økt risiko for fødselsangst, særlig hvis de var plaget av både angst og depresjon samtidig (justert OR, 12,6; 95 % KI, 8,1-19,8).

## Diskusjon

Basert på resultatene fra denne studien blant 2753 gravide på Akershus universitetssykehus fant vi ingen assosiasjon mellom tidligere aborthistorie og fødselsangst. Blant de kvinnene som hadde gjennomført to eller flere selvbestemte aborter hadde en større andel angst for å føde enn blant de som aldri hadde tatt abort, men forskjellene var ikke statistisk signifikante. Når det ble tatt høyde for psykisk helsestatus forsvant denne forskjellen helt. Vi fant heller ingen sammenheng mellom spontanaborter og angst for å føde. Den faktoren som viste sterkest samvariasjon med fødselsangst var angst og depresjon, noe som også er i tråd med tidligere publiserte funn fra det samme datamaterialet (20). Tidligere resultater var imidlertid basert på 1642 kvinner, mens denne studien er basert på et større antall (n=2753).

En styrke i denne studien er at alle gravide kvinner som kom til rutineultral lyd ble invitert til å delta. Tidligere studier er hovedsakelig basert på selekterte data fra kvinner som får oppfølging på grunn av fødselsangst (7;9).

Wijmaskalaen er for tiden det mest hyppig brukte instrumentet for å måle angst for å føde. Skalaen er funnet valid og reliabel (8;22;31;32), og har gode psykometriske egenskaper. Vi har i denne studien brukt terskelverdi på 85, som er den mest brukte terskelverdien for å skille mellom

kvinner med og uten fødselsangst (7). I noen artikler om ekstrem fødselsangst benytter man seg imidlertid av en terskelverdi på 100 (8;11).

For noen kvinner kan selvbestemt abort være forbundet med skyld og skam (14), og en viss underrapportering i våre selvrapporterte data kunne forventes. Andelen rapporterte aborter i denne studien er imidlertid nesten helt lik med andelen registrerte aborter i sykehusets fødejournaler.

Det er mulig at deltagerne i studien er noe mer ressurssterke enn gjennomsnittet i populasjonen. I vår studie hadde 63 % høyere utdanning, sammenlignet med 47 % blant alle som fødte på sykehuset i prosjektperioden. Deltakerne var også noe eldre enn gjennomsnittet av alle som fødte på Akershus universitetssykehus i løpet av prosjektperioden (31,1 år versus 30,3). Kun kvinner som behersket norsk godt nok til å fylle ut et spørreskjema deltok, noe som også kan være en mulig svakhet ved undersøkelsen.

Graden av assosiasjon vil ofte forandre seg når flere faktorer trekkes inn i sammenhengen slik at den bivariante analysen justeres. I denne studien fant vi en tendens til at kvinner som hadde tatt to eller flere aborter utviklet angst for å føde. Denne tendensen forsvant når det ble justert for psykisk helse i de multivariate analysene. Våre resultater samsvarer med funn fra tidligere studier som har vist at en større andel av de som har tatt abort har psykiske problemer enn de som ikke har tatt abort (17;18). Aborthistorie har vært assosiert med skyld, skam og dårlig psykisk helse, samtidig som psykisk helse er en risikofaktor for fødselsangst (20). I tillegg til psykisk helse har vi i denne studien tatt høyde for paritet, tidligere dødfødsler og sosiodemografiske faktorer. Allikevel kan det finnes konfunderende faktorer som vi ikke har hatt mulighet å kontrollere for.

Abort angår mange kvinner i Norge (15). Mulige konsekvenser for kommende svangerskap er derfor viktig informasjon, både for kvinnene selv, men også for helsepersonell. Tidligere studier har vist at kvinner som har hatt obstetriske komplikasjoner i forbindelse med fødsel har en økt risiko for å utvikle fødselsangst i påfølgende svangerskap (8;9). En abort kan for noen også oppleves som skremmende, enten den er selvbestemt eller spontan. Våre resultater tyder imidlertid ikke på at slike erfaringer fører til økt risiko for fødselsangst.

### **Hovedbudskap:**

- Åtte prosent av kvinnene rapporterte angst for å føde.
- Det var ingen samvariasjon mellom tidligere aborthistorie og utvikling av fødselsangst.
- Psykisk helse var den faktoren som viste sterkest samvariasjon med angst for å føde.



## Litteratur

1. Kolas T, Hofoss D, Daltveit AK, et al. Indications for cesarean deliveries in Norway. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:864-70.
2. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:201-8.
3. Sjogren B, Thomassen P. Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 948-52.
4. Adams SS, Eberhard-Gran M, Sandvik AR, et al. Mode of delivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55,814 women. *BJOG* 2012;119:298-305.
5. Sydsjö G, Angerbjörn L, Palmquist S, et al. Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; (publisert online).
6. Barnett B, Parker G. Possible determinants, correlates and consequences of high levels of anxiety in primiparous mothers. *Psychol Med* 1986;16:177-85.
7. Ryding EL, Wijma B, Wijma K, et al. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:542-7.
8. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, et al. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG* 116:67-73.
9. Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmaki E. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstet Gynecol* 1999;94:679-82.
10. Storksens HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, et al. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; (In press).
11. Heimstad R, Dahloe R, Laache I, et al. Fear of childbirth and history of abuse: Implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:435-40.
12. Eberhard-Gran M, Slinning K, Eskild A. Fear during labor: The impact of sexual abuse in adult life. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2008;29:258-61.
13. Coleman PK, Reardon DC, Strathan T, et al. The psychology of abortion: A review and suggestions for future research. *Psychol Health* 2005;20:237-71.

14. Broen AN, Moum T, Bodtker AS, et al. Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: a longitudinal five-year follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:317-23.
15. Rapport om svangerskapsavbrudd for 2011. Folkehelseinstituttet 2012 June 15. [www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5565&MainArea\\_5661=5565:0:15](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15)
16. Den norske legeforening. Veileder i generell gynekologi 2009. 2009.
17. Broen AN, Moum T, Bodtker AS, et al. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine* 2005;3:18.
18. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, et al. Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *New England Journal of Medicine* 2011; 364(4):332-9, 2011 Jan 27.: -9, 2011.
19. Academy of Medical Royal Colleges. Induced abortion and mental health. 2011. [www.nccmh.org.uk/publications\\_SR\\_abortion\\_in\\_MH.html](http://www.nccmh.org.uk/publications_SR_abortion_in_MH.html)
20. Storksen HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, et al. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91:237-42.
21. Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labor: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG* 2012;119:1238-46.
22. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1998;19:84-97.
23. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.
24. Cox JL, Chapman G, Murray D, et al. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in non-postnatal women. *J Affect Disord* 1996;39:185-9.
25. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, et al. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation in a Norwegian community sample. *Nord J Psychiatry* 2001;55:113-7.
26. Eberhard-Gran M, Tambs K, Opjordsmoen S, et al. A comparison of anxiety and depressive symptomatology in postpartum and non-postpartum mothers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:551-6.
27. Mathiesen KS, Tambs K, Dalgard OS. The influence of social class, strain and social support on symptoms of anxiety and depression in mothers of toddlers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:61-72.

28. Nettelblatt P, Hansson L, Stefansson CG, et al. Test characteristics of the Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25) in Sweden, using the Present State Examination (PSE-9) as a caseness criterion. *Soci Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993;28:130-3.
29. Sandanger I, Moum T, Ingebrigtsen G, et al. Concordance between symptom screening and diagnostic procedure: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview I. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:345-54.
30. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol* 2007;60:34-42.
31. Garthus-Niegel S, Størksen H, Torgersen L, et al. The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire - a factor analytic study. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2011;32:160-3.
32. Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *BJOG* 2002;109:1213-21.

## Tabeller og figurer fra artikkelen.

**Tabell 1** Demografiske data i Favn om fødselen-studien sammenliknet med alle fødsler registrert i elektroniske fødejournaler (Partus) på Akershus universitetssykehus i perioden 2009–11

	Favn om fødselen	Fødejournal
<b>Antall kvinner</b>	2 753	9 587
<b>Alder (år), gjennomsnitt (SD)</b>	31,1 (4,7)	30,3 (5,1)
<b>Sivilstatus, antall (%)</b>		
Gift/samboer	2 657 (96,5)	8 964 (93,5)
Singel/enslig	73 (2,7)	551 (5,7)
Manglende informasjon	23 (0,8)	72 (0,85)
<b>Høyest fullførte utdanning, antall (%)</b>		
Grunnutdanning og videregående utdanning	921 (33,5)	4 483 (46,8)
Universitet/høyskole	1 727 (62,7)	4 478 (46,7)
Manglende informasjon	105 (3,8)	627 (6,5)
<b>Paritet, antall (%)</b>		
Førstegangsfødende	1 369 (49,7)	–
Flergangsfødende	1 384 (50,3)	–
<b>Dødfødsler, antall (%)</b>	27 (1,0)	–

**Tabell 2** Andel selvrapporterte aborter blant 2 753 gravide i Favn om fødselen-studien sammenliknet med andelen registrerte aborter i elektroniske fødejournaler på Akershus universitetssykehus i perioden 2009–11 der totalt 9 587 gravide var registrert

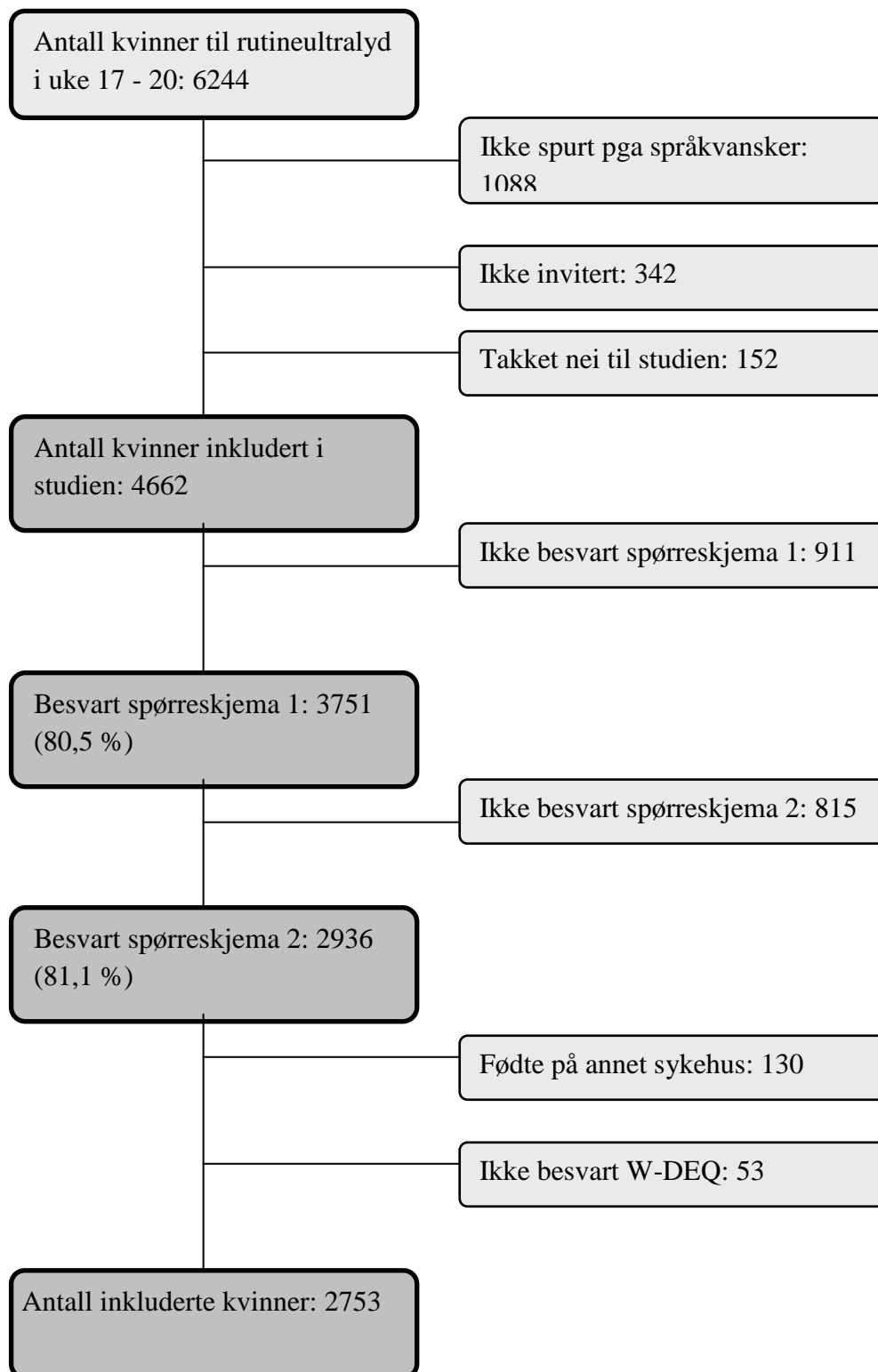
	Spontane (%)		Selvbestemte (%)	
	Favn om fødselen	Fødejournal	Favn om fødselen	Fødejournal
Ingen	75,9	75,5	81,2	82,9
1 abort	16,8	17,6	14,8	13,1
2 eller flere	7,3	6,8	4,0	3,9

**Tabell 3** Ujustert og justert oddsratio med 95 % konfidensintervaller (KI) for angst for å føde i forhold til aborthistorie og psykisk helse blant 2 753 gravide på Akershus universitetssykehus. Angst for å føde ble definert som W-DEQ > 85. Justert oddsratio innebærer justering for alder, sivilstand, utdanning, paritet og tidligere dødfødsler

	Angst for å føde			Ujustert odds-ratio (95 % KI)	Justert odds-ratio (95 % KI)
	Ja n (%)	Nei n (%)	Totalt		
<b>Spontanabort</b>					
Ingen	156 (7,5)	1 933 (92,5)	2 089	1,0	1,0
1 tidligere	44 (9,5)	418 (90,5)	462	1,3 (0,9–1,8)	1,2 (0,8–1,8)
2 eller flere	20 (9,9)	182 (90,1)	202	1,4 (0,8–2,2)	1,2 (0,7–2,1)
<b>Selvbestemt abort</b>					
Ingen	174 (7,8)	2 061 (92,2)	2 235	1,0	1,0
1 tidligere	33 (8,1)	374 (91,9)	407	1,0 (0,7–1,5)	1,0 (0,6–1,5)
2 eller flere	13 (11,7)	98 (88,3)	111	1,6 (0,9–2,9)	1,1 (0,6–2,3)
<b>Psykisk helse</b>					
Ingen depresjon eller angst	133 (5,5)	2 264 (94,5)	2 397	1,0	1,0
Angst	13 (10,7)	108 (89,3)	121	2,0 (1,1–3,7) <sup>1</sup>	2,5 (1,3–4,7) <sup>1</sup>
Depresjon	29 (27,4)	77 (72,6)	106	6,4 (4,0–10,2) <sup>2</sup>	6,9 (4,2–11,3) <sup>2</sup>
Både angst og depresjon	44 (36,7)	76 (63,3)	120	9,9 (6,5–14,9) <sup>2</sup>	12,6 (8,1–19,8) <sup>2</sup>
Manglende informasjon			9		

<sup>1</sup> P < 0,05 <sup>2</sup> P < 0,001

**Figur 1. Oversikt over inkluderte kvinner i studien**



# Vedlegg 2

## Kjære vordende mor

I løpet av svangerskapet går du til helsekontroll for å undersøke om du selv og barnet er fysisk frisk. Blodtrykket kontrolleres, urinprøve undersøkes og barnet undersøkes med ultralyd.

Det har vært gjort svært få undersøkelser av kvinners psykiske helse og velvære under svangerskapet og i barseltiden. Denne studien på Kvinneklivnikken på Akershus universitetssykehus er den første i sitt slag i Norge.

Hensikten med studien er å undersøke hvilke faktorer som påvirker psykisk helse i denne perioden? For å få vite mer om dette, er dine erfaringer viktige. Vi håper derfor at du vil delta i denne studien.

Dersom du aksepterer å delta, vil du få utdelt et spørreskjema når du kommer til din første ultralydundersøkelse på sykehuset. Vi håper at du vil ta deg tid til å besvare det og legge det i lukket konvolutt i forskningssprosjektets boks for du går. Videre vil du få tilsendt ett spørreskjema i posten mot slutten av svangerskapet og ett i barseltiden.

Det er frivillig å delta. Du kan trekke deg fra studien på et hvilket som helst tidspunkt, uten begrunnelse. Det er kun prosjektleder som får vite hva du har svart. Prosjektleder har absolutt taushetsplikt, også overfor din lege og jordmor/ fødselslege.

AHUS  STUDIEN



”Favn om fødselen”

Prosjektet gjennomføres i samarbeid med Kompetansesenter for helsejernetforskning, Helse Sør-Øst samt Nasjonalt folkehelseinstitutt og er godkjent av personvernombudet og av Regional komité for medisinsk forskningsetikk. Hvis du har noen spørsmål er du hjertelig velkommen til å ta kontakt med undertegnede.

Vi håper at så mange som mulig vil delta. En god oppslutning gir sikrere resultater. Resultatene kan bidra til å skape en bedre svangerskapsomsorg.

Med vennlig hilsen

Malin Eberhard-Gran  
Lege / prosjektleder  
tel: 21 07 82 33

Tone Breines Simonsen  
Jordmor / kontaktperson  
tel: 67960522

Deltakerne er med i loddrekning av gavekort:

- besvarelse av første skjemaet - gavekort til barnebutikk à 2000 kr
- besvarelse av andre skjemaet - gavekort til barnebutikk à 5000 kr
- besvarelse av tredje skjemaet - reisegevækort à 15 000 kr



# Vedlegg 3



## SAMTYKKE-ERKLÆRING

Hvis du vil være med på AHUS-studien, ber vi deg om å skrive navn og adresse nedenfor. Denne informasjonen trenger vi for å kunne sende deg ett spørreskjema mot slutten av svangerskapet og ett i barselperioden.

Vennligst legg den utfylte samtykkeerklæringen i den merkede postkassen.

Ditt fulle navn:.....  
( i blokkbokstaver)

Din adresse:.....

Postnr./sted.....

Mobilnummer:.....

Din fødselsdato:..... Personnummer:.....

Når har du termin (ifølge ultralyd)?.....

Løpenummer:

.....

# Vedlegg 4

T

T



## AHUS- STUDIEN

### FAVN OM FØDSELEN

I løpet av svangerskapet går du til helsekontroll for å undersøke om du selv og barnet er fysisk friske. Blodtrykket kontrolleres, urinprøve undersøkes og barnet undersøkes med ultralyd. Det har vært gjort svært få undersøkelser av kvinners psykiske helse og velvære under svangerskapet og i barseltiden. Denne studien på Kvinneklivnikken på Akershus universitetssykehus er den første i sitt slag i Norge.

**Hvordan har kvinner det under svangerskapet og barseltiden?**

Hva påvirker psykisk helse i denne perioden? For å få vite mer om dette, er dine erfaringer viktige. Vi håper du vil dele dem ved å delta i denne studien. Resultatene kan bidra til å skape en bedre svangerskapsomsorg.

**Det er frivillig å delta**

Alle data vil bli behandlet strengt konfidensielt og anonymisert. Du har anledning til å trekke deg fra studien når som helst. Studien er godkjent av personvernombudet og av Regional komité for medisinsk forskningsetikk.

**Praktisk gjennomføring**

Vennligst fyll ut spørreskjemaet og svar så fullstendig du kan. Er det spørsmål du ikke ønsker å svare på, kan du selvsagt la det være. Spørreskjemaet kan legges i vedlagte konvolutt i forskningsprosjektets boks før du går. Du kan også ta med skjemaet hjem og returnere det i ferdigfrankert konvolutt.

Dersom du aksepterer å delta, vil du få tilsendt ett spørreskjema i posten mot slutten av svangerskapet og ett i barseltiden. Håper du tar deg tid til å fylle ut skjemaet. Hvis du har noen spørsmål (evt hvis du lurer på noe), er du hjertelig velkommen til å kontakte undertegnede.

*På forhånd takk og lykke til*

Malin Eberhard-Gran  
lege / prosjektleder  
tel: 21 07 82 33

Tone Breines Simonsen  
jordmor / kontaktperson  
tel: 67 96 05 12

**Alle deltakere er med i loddtrekning av gavekort:**

Besvarelse av første skjema – gavekort til barnebutikk å 2000 kroner

Besvarelse av andre skjema – gavekort til barnebutikk å 5000 kroner

Besvarelse av tredje skjema – reisegavekort å 15 000 kroner

T

1

T

T

T

**SLIK FYLLER DU UT SKJEMAET**

Skjemaet vil bli lest maskinelt, det er derfor viktig at du krysser av riktig:

- Riktig
- Galt
- Galt
- Om du krysser feil, retter du ved å fylle boksen slik

Skriv tydelige tall 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

7	4	Riktig
7	4	Galt

Bruk kun sort eller blå penn, bruk ikke blyant eller tusj

T

2

T

T

T

1 Dato for utfylling  (dag)  (mnd)  (år)

**MENSTRUASJON OG TIDLIGERE SVANGERSKAP**

2 Hvor gammel var du da du fikk menstruasjon første gang?  år

3 Pleier du å ha regelmessig menstruasjon? (omtrent likt antall dager mellom hver menstruasjon)  
 Nei  Ja

4 Har det noen gang gått minst 3 måneder uten menstruasjon uten at du har vært gravid eller har brukt prevensjon som inneholder hormoner?  
 Nei  Ja

5 Pleier du å føle deg nedtrykt (deprimert) eller irritabel før menstruasjon?  
 Nei  Ja, merkbart  
 Ja, men ubetydelig  Ja, plagsomt mye

6 Hvis ja, forsvinner denne følelsen etter at menstruasjonen er kommet igang?  
 Nei  Ja

7 Hvor sterke smerter pleier du å ha i forbindelse med menstruasjon:  
 Ingen smerte  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Den sterkeste smerten du kan forestille deg

8 Har du hatt migrene i forbindelse med menstruasjon?  
 Nei  Ja, men ved mindre en halvparten av menstruasjonene  
 Ja, ved mer enn halvparten av menstruasjonene  
 Ja, omtrent 2 av 3 ganger jeg har menstruasjon  
 Hver gang jeg har menstruasjon

9 Hvis du har født, fyll ut barnets fødselsår.

Barn	Fødselsår	Barn	Fødselsår	Barn	Fødselsår
1	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>

10 Har du noen gang opplevd abort eller dødfødsel?  
 Nei  Ja, ufrivillig abort .....  (antall ganger)  
 Ja, tatt abort (selvbestemt) .....  (antall ganger)  
 Ja, dødfødsel (etter 16 ukers svangerskap) ...  (antall ganger)

11 Har du noen gang opplevd graviditet utenfor livmoren?  
 Nei  Ja .....  (antall ganger)

12 Hvor lenge hadde dere regelmessige samleier uten prevensjon før du ble gravid?  
 Antall måneder .....  (omtrent)  Vet ikke  Brukte prevensjon da jeg ble gravid

13 Var dette svangerskapet planlagt?  
 Nei  Ja

14 Har du vært i kontakt med helsevesenet på grunn av barnløshet/ønske om barn?  
 Nei  Ja  Dette svangerskapet er blitt til etter behandling for barnløshet

T

3

T

T

T

Følgende spørsmål gjelder bare hvis du har fått barn tidligere. Spørsmålene gjelder ditt siste svangerskap. Hvis du ikke har født barn, kan du gå direkte til spørsmål nr. 30

### OM SISTE FØDSEL

15 Når fikk du ditt siste barn?  (dag)  (mnd)  (år)

16 Var det tvillinger (trillinger)?  Nei  Ja

17 Hvordan ble barnet født?  
 Vanlig vaginal fødsel  Setefødsel  Akutt keisersnitt  
 Med tang / vakuum  Planlagt keisersnitt

18 Hva slags bedøvelse fikk du under fødselen? (sett ett eller flere kryss)  
 Ingen  Petidin / morfin  Annet  
 Akupunktur  Epidural / spinal (bedøvelse i ryggen)  Vet ikke  
 Lystgass  Full narkose

19 Hvor sterke smerter hadde du under fødselen?  
 Ingen smerte  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Den sterkeste smerten du kan forestille deg

20 Hvor redd var du under fødselen?  
 Overhodet ikke redd  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Ekstremt redd

21 Hvor sliten var du rett etter fødselen?  
 Overhodet ikke sliten  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Ekstremt sliten

22 Hvordan var din opplevelse av fødselen i det store og det hele?  
 Veldig god  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Ekstremt dårlig

23 Hvor ivarett følte du deg? Svært godt Godt Dårlig Svært dårlig  
 Under fødselen.....      
 På barselavdelingen.....

24 For noen kan en fødsel oppleves som påkjening i lang tid etterpå. Les hver påstand under og sett kryss i ruten som best beskriver følelsene du har hatt knyttet til din siste fødsel i løpet av siste uke.

	Ikke i det hele tatt	Sjelden	Av og til	Oftre
Jeg har hatt vonde følelser knyttet til forrige fødsel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har hatt vanskelig for å sove p.g.a. vonde tanker og bilder om fødselen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ting jeg har sett og hørt har minnet meg om fødselen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ikke tillatt meg å bli følelsesmessig berørt når jeg tenker på fødselen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tanker om fødselen har trengt seg på også når jeg ikke har villet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har opplevd det uvirkelig, som om fødselen ikke har hendt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har holdt meg unna ting eller situasjoner som minner meg om fødselen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilder fra fødselen har plutselig dukket opp i tankene mine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ikke tillatt meg selv å ha tanker om fødselen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg vet at mange uforløste følelser rundt fødselen er der, men har skjøvet dem bort .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mine følelser rundt fødselen er nærmest lammet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har hatt perioder med sterke følelser om fødselen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ønsket å bli kvitt minner fra fødselen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har hatt vonde drømmer om fødselen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har forsøkt å la være å snakke om fødselen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T

4

T

T

T

25 Hadde du noe av det følgende i svangerskapet eller rett etter fødselen?

<input type="checkbox"/> Kraftig blødning	<input type="checkbox"/> Svangerskapsforgiftning
<input type="checkbox"/> Morkaken satt fast og måtte hentes ut	<input type="checkbox"/> Blodpropp mens jeg var gravid eller etter fødselen
<input type="checkbox"/> Alvorlig infeksjon	
<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Annet .....	<input type="text"/>

26 Fikk du rifter under forrige forløsning? (besvares hvis du ikke hadde keisersnitt)

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

27 Hvordan var barnets helse rett etter fødselen? (sett ett eller flere kryss)

<input type="checkbox"/> Barnet var friskt	
<input type="checkbox"/> Barnet ble innlagt på barneavdeling, men var ikke alvorlig syk	
<input type="checkbox"/> Barnet ble innlagt på barneavdeling og var alvorlig syk .....	(årsak) <input type="text"/>

28 Hvordan er barnets helse nå? (sett ett eller flere kryss)

<input type="checkbox"/> Barnet er friskt	
<input type="checkbox"/> Barnet er sykt .....	(type sykdom) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Barnet døde	

29 Hvor lenge ammet du etter fødselen?  (antall måneder)  Ammet ikke

**PSYKISK VELVÆRE**

30 Har det noen gang i livet ditt vært sammenhengende perioder på 2 uker eller mer, da du:

	Ja	Nei
Følte deg deprimert, trist eller nedfor .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hadde problemer med matlysten eller spiste for mye .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var plaget av kraftløshet eller mangel på overskudd .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virkelig bebreidet deg selv og følte deg verdiløs .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hadde problemer med å konsentrere deg eller vanskelig for å ta beslutninger .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hadde minst tre av de problemene som er nevnt ovenfor samtidig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31 Har du svart ja på siste spørsmål (tre problemer samtidig), vil vi gjerne vite når dette var?

<input type="checkbox"/> i løpet av de første 3 månedene etter en tidligere fødsel
<input type="checkbox"/> i løpet av siste måneden
<input type="checkbox"/> Annet tidspunkt

32 Har du i perioder vært engstelig nesten daglig, uten at bekymringen har vært knyttet til bestemte situasjoner? (sett ett eller flere kryss)

<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja, i løpet av de første 3 månedene etter en tidligere fødsel
<input type="checkbox"/> Ja, i løpet av siste måneden	<input type="checkbox"/> Andre perioder i livet
<input type="checkbox"/> Ja, i løpet av siste halvåret før jeg ble gravid	

33 Hvis ja, stemmer noe av det følgende? (sett ett eller flere kryss)

<input type="checkbox"/> Bekymringene er av og til overdrevne eller urimelige
<input type="checkbox"/> Det er vanskelig å skyve disse bekymringene unna
<input type="checkbox"/> Bekymringene skaper problemer slik at jeg ikke får konsentrert meg om det jeg holder på med

34 Hvis du har vært bekymret eller engstelig, har du da hatt noen av følgende følelser? (sett ett eller flere kryss)

<input type="checkbox"/> Rastløs, oppskrudd	<input type="checkbox"/> Irritabel
<input type="checkbox"/> Utslitt, svak eller utmattet	<input type="checkbox"/> Anspent, øm i musklene
<input type="checkbox"/> Konsentrasjonsvansker	<input type="checkbox"/> Søvnvansker

T

5

T

T

T

<p>35 Føler du deg engstelig på steder eller i situasjoner hvor det å kunne trekke seg tilbake er vanskelig? (eks. i en stor menneskemengde, i en kø eller alene borte fra hjemmet)</p> <p><input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>36 Hvis ja, frykter du disse situasjonene så mye at du prøver å unngå dem, eller trenger en ledsager for å kunne utsette deg for dem?</p> <p><input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja</p>												
<p>37 Har du hatt anfall hvor du plutselig følte frykt eller panikk? (sett ett eller flere kryss)</p> <p><input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, i løpet av de første 3 månedene etter en tidligere fødsel</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, i løpet av siste måneden <input type="checkbox"/> Andre perioder i livet</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, før jeg ble gravid</p>													
<p>38 Hvis ja, hadde du da noen av følgende symptomer? (sett ett eller flere kryss)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hjerterbank, hurtig puls eller brystsmerte</td> <td><input type="checkbox"/> Kvalme, mageproblemer</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Svettetokter</td> <td><input type="checkbox"/> Svimmelhet</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Skjelving eller risting i kroppen</td> <td><input type="checkbox"/> Prikking, nummenhet i huden</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Åndenød eller pustevansker</td> <td><input type="checkbox"/> Hete- eller kuldetokter</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Frykt for å miste kontrollen eller forstanden</td> <td><input type="checkbox"/> Frykt for å dø</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Hjerterbank, hurtig puls eller brystsmerte	<input type="checkbox"/> Kvalme, mageproblemer	<input type="checkbox"/> Svettetokter	<input type="checkbox"/> Svimmelhet	<input type="checkbox"/> Skjelving eller risting i kroppen	<input type="checkbox"/> Prikking, nummenhet i huden	<input type="checkbox"/> Åndenød eller pustevansker	<input type="checkbox"/> Hete- eller kuldetokter	<input type="checkbox"/> Frykt for å miste kontrollen eller forstanden	<input type="checkbox"/> Frykt for å dø		
<input type="checkbox"/> Hjerterbank, hurtig puls eller brystsmerte	<input type="checkbox"/> Kvalme, mageproblemer												
<input type="checkbox"/> Svettetokter	<input type="checkbox"/> Svimmelhet												
<input type="checkbox"/> Skjelving eller risting i kroppen	<input type="checkbox"/> Prikking, nummenhet i huden												
<input type="checkbox"/> Åndenød eller pustevansker	<input type="checkbox"/> Hete- eller kuldetokter												
<input type="checkbox"/> Frykt for å miste kontrollen eller forstanden	<input type="checkbox"/> Frykt for å dø												
<p>39 Hvis du har hatt slike anfall:</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: right;">Nei</th> <th style="text-align: right;">Ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Utviklet anfall seg til et toppnivå i løpet av 10 minutter? .....</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kommer anfallene noen ganger uten forvarsel? (i situasjoner hvor du ikke forventer å være nervøs eller føle ubehag) .....</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Har du vært bekymret for å få nye anfall, eller for at det skulle være noe i veien med deg? .....</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			Nei	Ja	Utviklet anfall seg til et toppnivå i løpet av 10 minutter? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kommer anfallene noen ganger uten forvarsel? (i situasjoner hvor du ikke forventer å være nervøs eller føle ubehag) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har du vært bekymret for å få nye anfall, eller for at det skulle være noe i veien med deg? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nei	Ja											
Utviklet anfall seg til et toppnivå i løpet av 10 minutter? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Kommer anfallene noen ganger uten forvarsel? (i situasjoner hvor du ikke forventer å være nervøs eller føle ubehag) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Har du vært bekymret for å få nye anfall, eller for at det skulle være noe i veien med deg? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<p>40 Utløser noen av følgende gjenstander eller situasjoner frykt eller panikk hos deg? (sett ett eller flere kryss)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Flyreiser</td> <td><input type="checkbox"/> Skarpe gjenstander (sprøyter, kniver)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Småkryp (eks. insekter, edderkopper, mus)</td> <td><input type="checkbox"/> Lukkede eller trange rom</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Høyder</td> <td><input type="checkbox"/> Sykdom eller død</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Underslivsundersøkelse</td> <td><input type="checkbox"/> Blod eller skader</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Undersøkelse hos tannlege</td> <td><input type="checkbox"/> Mørke</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Værfenomener (eks. tordenvær)</td> <td><input type="checkbox"/> Annet..... <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Flyreiser	<input type="checkbox"/> Skarpe gjenstander (sprøyter, kniver)	<input type="checkbox"/> Småkryp (eks. insekter, edderkopper, mus)	<input type="checkbox"/> Lukkede eller trange rom	<input type="checkbox"/> Høyder	<input type="checkbox"/> Sykdom eller død	<input type="checkbox"/> Underslivsundersøkelse	<input type="checkbox"/> Blod eller skader	<input type="checkbox"/> Undersøkelse hos tannlege	<input type="checkbox"/> Mørke	<input type="checkbox"/> Værfenomener (eks. tordenvær)	<input type="checkbox"/> Annet..... <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Flyreiser	<input type="checkbox"/> Skarpe gjenstander (sprøyter, kniver)												
<input type="checkbox"/> Småkryp (eks. insekter, edderkopper, mus)	<input type="checkbox"/> Lukkede eller trange rom												
<input type="checkbox"/> Høyder	<input type="checkbox"/> Sykdom eller død												
<input type="checkbox"/> Underslivsundersøkelse	<input type="checkbox"/> Blod eller skader												
<input type="checkbox"/> Undersøkelse hos tannlege	<input type="checkbox"/> Mørke												
<input type="checkbox"/> Værfenomener (eks. tordenvær)	<input type="checkbox"/> Annet..... <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>												
<p>41 Hvis ja, stemmer noe av det følgende? (sett ett eller flere kryss)</p> <p><input type="checkbox"/> Redselen er av og til overdreven eller urimelig</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg prøver å unngå slike situasjoner</p> <p><input type="checkbox"/> Redselen kan forstyrre meg i arbeid eller sosiale aktiviteter</p>													
<p>42 Har du i løpet av den siste måneden vært redd eller flau for å være iaktatt, i sentrum av oppmerksomheten eller redd for å bli ydmyket? (eks. å snakke overfor mange eller å være i sosiale situasjoner)</p> <p><input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>45 Hvis ja på siste spørsmål, stemmer noe av det følgende:</p> <p><input type="checkbox"/> Disse tankene kommer tilbake selv om jeg prøver å la være å tenke på dem</p> <p><input type="checkbox"/> Disse tankene oppstår i mitt eget hode</p>												
<p>43 Hvis ja, stemmer noe av det følgende:</p> <p><input type="checkbox"/> Redselen er av og til overdreven eller urimelig</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg prøver å unngå slike situasjoner</p> <p><input type="checkbox"/> Redselen kan forstyrre meg i arbeid eller sosiale aktiviteter</p>	<p>46 Har du i løpet av den siste måneden gjort noe om og om igjen uten å kunne la det være? (eks. rengjøring eller vasking, telle eller kontrollere ting om og om igjen)</p> <p><input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja</p>												
<p>44 Har du i løpet av den siste måneden vært plaget av tilbakevendende tanker eller fantasier som er uønskede eller urovekkende? (eks. frykt for smitte/sykdom, overdreven grubling eller aggressive og seksuelle tanker)</p> <p><input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>47 Hvis ja, stemmer noe av det følgende:</p> <p><input type="checkbox"/> Disse handlingene er av og til overdrevne eller urimelige</p> <p><input type="checkbox"/> Disse handlingene kan forstyrre mine vanlige aktiviteter eller oppta mer enn 1 time i løpet av en dag</p>												

T

6

T

T

T

48 Har du noen gang opplevd eller selv vært involvert i en dramatisk og skremmende hendelse?

(eks. ulykke, vold/overgrep mot deg selv eller andre)

- Nei  
 Ja, og jeg reagerte med intens frykt, hjelpeløshet eller forferdelse  
 Ja, men jeg lot det ikke gå inn på meg

49 Hvis du har opplevd en dramatisk hendelse, stemmer noe av det følgende? (sett et eller flere kryss)

I løpet av siste måneden har jeg:

- gjenopplevd hendelsen (eks. i drømmes, mereritt, intense erindringer, «flashbacks»)  
 unngått å tenke eller snakke om hendelsen  
 hatt problemer med å huske hendelsen  
 følt meg fjern eller distansert  
 hatt problemer med å sove  
 hatt konsentrasjonsproblemer  
 vært skvetten  
 i betydelig grad vært forstyrret av hendelsen i mitt arbeid og sosiale aktiviteter

Følgende spørsmål gjelder de siste 7 dagene

50 Har du siste 7 dager kunnet le og se det komiske i en situasjon?

- Like mye som vanlig  
 Ikke riktig så mye som jeg pleier  
 Klart mindre enn jeg pleier  
 Ikke i det hele tatt

51 Har du siste 7 dager gledet deg til ting som skulle skje?

- Like mye som vanlig  
 Noe mindre enn jeg pleier  
 Klart mindre enn jeg pleier  
 Nesten ikke i det hele tatt

52 Har du siste 7 dager bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt?

- Ja, nesten hele tiden  
 Ja, av og til  
 Ikke særlig ofte  
 Nei aldri

53 Har du siste 7 dager vært nervøs eller bekymret uten grunn?

- Nei, slett ikke  
 Nesten aldri  
 Ja, iblant  
 Ja, veldig ofte

54 Har du siste 7 dager vært redd eller fått panikk uten grunn?

- Ja, svært ofte  
 Ja, noen ganger  
 Sjelden  
 Nei, aldri

55 Har du siste 7 dager følt at det har blitt for mye for deg?

- Ja, jeg har stort sett ikke fungert i det hele tatt  
 Ja, i blant har jeg ikke klart å fungere som jeg pleier  
 Nei, for det meste har jeg klart meg bra  
 Nei, jeg har klart meg like bra som vanlig

56 Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har hatt vanskeligheter med å sove?

- Ja, for det meste  
 Ja, i blant  
 Ikke særlig ofte  
 Nei, ikke i det hele tatt

57 Har du siste 7 dager følt deg nedfor eller ulykkelig?

- Ja, det meste av tiden  
 Ja, ganske ofte  
 Ikke særlig ofte  
 Nei, ikke i det hele tatt

58 Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har grått?

- Ja, nesten hele tiden  
 Ja, veldig ofte  
 Ja, det har skjedd iblant  
 Nei, aldri

59 Har tanken på å skade deg selv streift deg, de siste 7 dagene?

- Ja, nokså ofte  
 Ja, av og til  
 Ja, såvidt  
 Aldri

T

7

T



T

T

**60** Nedenfor er det en liste over problemer folk av og til har. Vurder hvor mye hvert problem var til plage eller ulempe for deg de siste 7 dagene.

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Plutselig frykt uten grunn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadig redd eller engstelig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matthet eller svimmelhet.....	<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"/>
Hjertebank.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skjelving.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg ansent eller oppjaget.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodepine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfall av angst eller panikk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Så rastløs at det er vanskelig å sitte stille.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SYKDOMMER, MEDISINER, LEVESETT**

**61** I tiden før du ble gravid:  
Hadde du langvarige eller stadig tilbakevendende smerter som hadde vart i 3 måneder eller mer?  
 Nei  Ja

**62** Hvor sterke var disse smertene vanligvis?  
Ingen smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Den sterkeste smerten du kan forestille deg

**63** Har du vært plaget av smerter de siste to ukene?  
 Nei  Ja

**64** Hvor sterke er smertene vanligvis?  
Ingen smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Den sterkeste smerten du kan forestille deg

**65** Hvor mange dager har du hatt hodepine i løpet av det siste året?  
 Ingen  
 Mindre enn halvparten av dagene  
 Mer enn halvparten av dagene

**66** Omtrent antall dager med hodepine:  
Ingen 1 dag 2-6 dager 7-14 dager Mer enn 14 dager  
I løpet av den siste måneden.....       
I løpet av siste måneden før jeg ble gravid.....

**67** Har du noensinne hatt migrene?  
 Nei, aldri  
 Ja, men ikke i løpet av siste året  
 Ja, også i løpet av det siste året

**68** Hvis du har hatt hodepine, hvor sterk har den vært?  
Ingen smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Den sterkeste smerten du kan forestille deg

**69** Hvor mange dager (omtrent) har du tatt medisin mot hodepine:  
Ingen 1 dag 2-9 dager 10-14 dager Mer enn 14 dager  
I løpet av den siste måneden.....       
I løpet av siste måneden før jeg ble gravid.....

T

8

T

T

T

**70 Kryss av for ditt forbruk av medisiner siste 4 måneder før du ble gravid:**

	Nei	Ja	Navn på medisiner du brukte	Daglig (fast)	Antall dager brukt
Medisin mot hodepine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Migrenemedisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Smertestillende for annet enn hodepine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sove- eller innsovningstabletter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Beroligende medisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Medisin mot depresjon /angst .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Annen nervemedisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Naturmedisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**71 Kryss av for ditt forbruk av medisiner i svangerskapet frem til nå:**

	Nei	Ja	Navn på medisiner du brukte	Daglig (fast)	Antall dager brukt
Medisin mot hodepine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Migrenemedisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Smertestillende for annet enn hodepine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sove- eller innsovningstabletter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Beroligende medisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Medisin mot depresjon /angst .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Annen nervemedisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Naturmedisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

En alkoholenhet = 1 flaske rusbrus/ cider eller  
 1 glass (1/3 liter) øl eller  
 1 vinglass rød eller hvitvin (1.2 dl) eller  
 1 hetvinsglass, sherry eller annen hetvin eller  
 1 dramme glass brennevin eller likør

**72 Hvor mange enheter (glass) alkohol kan du vanligvis drikke før du begynner å merke det?**  antall enheter (glass)  Drikker aldri alkohol

**73 Hvor ofte drakk/drikker du 5 enheter (glass) eller mer på en dag/kveld:**

	Flere ganger i uken	1 gang i uken	1-3 ganger /mnd	Under 1 gang /mnd	Aldri
i tiden før svangerskapet? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
før du skjønte at du var gravid? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
etter at du skjønte at du var gravid? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**74 Hvis du har endret drikkemønster i forbindelse med graviditeten, når skjedde endringen?**

Før jeg ble gravid  Da jeg skjønte at jeg var gravid

T

9

T

T

T

75	Hvor ofte drakk/driker du alkohol:	4 ganger i uken eller mer	2-3 ganger i uken	2-4 ganger /mnd	Månedlig /sjeldnere	Aldri		
	i tiden før svangerskapet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	før du skjønte at du var gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	etter at du skjønte at du var gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
76	Hvor mange enheter (glass) drakk/driker du vanligvis (en «typisk» dag) når du nyter alkohol?		10 eller flere	7-9	5-6	3-4	1-2	0
	i tiden før svangerskapet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	før du skjønte at du var gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	etter at du skjønte at du var gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77	Hva veier du nå?	<input type="text"/> (antall kilo)						
78	Hvilke av følgende påstander passer best på deg? <b>Vekt eller kroppsform:</b>							
	<input type="checkbox"/> påvirker overhodet ikke hva jeg synes om meg selv	<input type="checkbox"/> betyr mye for hva jeg synes om meg selv						
	<input type="checkbox"/> betyr noe for hva jeg synes om meg selv	<input type="checkbox"/> betyr alt for hva jeg synes om meg selv						
	<input type="checkbox"/> betyr en del for hva jeg synes om meg selv							
79	I tiden før du ble gravid (siste 6 mnd), brukte du noen av følgende metoder for å kontrollere vekten?	Aldri	Noen ganger	Flere ganger i uken	Daglig			
	Fremkalle brekninger for å kaste opp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Ta avføringsmidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Trene mer enn to timer per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Faste eller ikke spise i 24 timer eller mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
80	I denne perioden, hendte det at du hadde perioder med overspising? <i>(dvs. anfall der du spiser store mengder i løpet av kort tid)</i>							
	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja						
Hvis du ikke har hatt anfall med overspising kan du gå direkte til spørsmål om fysisk aktivitet, nr. 85								
81	Hvis du overspiste i tiden før du ble gravid, følte du da at du ikke kunne kontrollere spisingen?							
	<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt							
	<input type="checkbox"/> Litt							
	<input type="checkbox"/> Noe							
	<input type="checkbox"/> Mye							
	<input type="checkbox"/> Veldig mye							
82	Hvor mange ganger i måneden skjedde dette?							
	<input type="text"/> (antall ganger i måneden)	<input type="checkbox"/> Vet ikke						
83	Hvor lenge hadde perioden med overspising vart?							
	<input type="checkbox"/> 1-2 måneder							
	<input type="checkbox"/> 3-5 måneder							
	<input type="checkbox"/> 6-12 måneder							
	<input type="checkbox"/> Lengre enn et år							
84	Førte episodene med overspising til at du ble oppørt eller ulykkelig?							
	<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt							
	<input type="checkbox"/> Litt							
	<input type="checkbox"/> Noe							
	<input type="checkbox"/> Mye							
	<input type="checkbox"/> Veldig mye							

T

10

T

T

T

### FYSISK AKTIVITET

85 Hvor ofte, etter at du ble gravid, har du drevet mosjon?

(f.eks. gått tur, gått på ski, syklet til og fra jobb eller drevet trening/idrett)

- Aldri  
 Sjeldnere enn en gang i uken  
 1 gang i uken  
 2 ganger i uken  
 3 ganger i uken  
 Mer enn 3 ganger i uken

86 Hvis du har drevet mosjon, hvor hardt mosjonerer du?

- Blir ikke andpusten og svett  
 Blir andpusten og svett  
 Tar meg nesten helt ut

87 Hvis du driver mosjon, hvor lenge holder du vanligvis på?

- 10 minutter  
 11-20 minutter  
 21 minutter-1 time  
 Mer enn 1 time

### LITT MER OM DEG SELV

88 Beskriv deg selv slik du generelt er: (kryss av for hver linje)

	Svært uenig	Nokså uenig	Verken eller	Nokså enig	Svært enig
Liver opp i et selskap .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har medfølelse med andre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får oppgaver unnagjort med en gang .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ofte humørsvingninger .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har en livlig fantasi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snakker ikke mye .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er ikke interessert i andres problemer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glemmer ofte å sette ting tilbake på plass .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er avslappet mesteparten av tiden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er ikke interessert i abstrakte idéer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snakker med mange mennesker i selskaper .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er oppmerksom på andres følelser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liker orden og ryddighet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blir lett opprørt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har problemer med å forstå abstrakte idéer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Holder meg i bakgrunnen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er egentlig ikke interessert i andre mennesker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roter ofte til ting .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler meg sjelden nedfor .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ikke god forestillingsevne .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Tusen takk for innsatsen!**

T

11

T

# Vedlegg 5

T

T



## AHUS- STUDIEN

- DEL II -



FAVN OM FØDSELEN

T

1

T

T

T

**SLIK FYLLER DU UT SKJEMAET**

Skjemaet vil bli lest maskinelt, det er derfor viktig at du krysser av riktig:

Riktig

Galt

Galt

Om du krysser feil, retter du ved å fylle boksen slik

Skriv tydelige tall 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

Riktig

Galt

Bruk kun sort eller blå penn, bruk ikke blyant eller tusj

T

2

T

T

T

1 Dato for utfylling

 (dag)

 (mnd)

 (år)

**HELSEPLAGER OG LEVESETT I SVANGERSKAPET**

2 Er du plaget av noe av det følgende?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Magesmerter                           | <input type="checkbox"/> Hjerterbank                              |
| <input type="checkbox"/> Ryggsmerter                           | <input type="checkbox"/> Pustebesvær                              |
| <input type="checkbox"/> Smerter i armer, ben/ledd             | <input type="checkbox"/> Forstoppelse, løs mage/fordøyelsesbesvær |
| <input type="checkbox"/> Smerter eller problemer under samleie | <input type="checkbox"/> Følelse av tretthet/ manglende energi    |
| <input type="checkbox"/> Hodepine                              | <input type="checkbox"/> Søvnproblemer                            |
| <input type="checkbox"/> Brystsmerter                          | <input type="checkbox"/> Underlivsplager                          |
| <input type="checkbox"/> Svimmelhet                            | <input type="checkbox"/> Jeg har ikke hatt noen av disse plagene  |
| <input type="checkbox"/> Besvimelsesanfall                     |   |

3 Er eller har du vært plaget av kvalme? (sett ett eller flere kryss)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nei             | <input type="checkbox"/> Jeg var sykmeldt på grunn av kvalme                   |
| <input type="checkbox"/> Ja, litt plaget | <input type="checkbox"/> Jeg ble innlagt på sykehus på grunn av kvalme/vekttap |
| <input type="checkbox"/> Ja, mye plaget  |  |

4 Hvis ja, når i svangerskapet? (sett ett eller flere kryss)

- Første 3 mnd  
 Nå, i løpet av siste måneden  
 Midt i svangerskapet

5 Hva veier du nå?

 (antall kilo)

6 Har fosteret/barnet vært undersøkt med ultralyd?

- Nei     Ja..... 
 (antall ganger)

7 Har du vært sykmeldt i løpet av svangerskapet?

- Nei     Ja..... 
 (antall uker)

8 Hvis ja, når i svangerskapet? (sett ett eller flere kryss)

- Første 3 mnd  
 Nå, i løpet av siste måneden  
 Midt i svangerskapet

9 Hvis du har vært sykmeldt, hva var grunnen?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bekkenløsning         | <input type="checkbox"/> Trett/ sliten /søvnproblemer  |
| <input type="checkbox"/> Ryggproblemer/smerter | <input type="checkbox"/> Angst /depresjon  |
| <input type="checkbox"/> Kvalme                | <input type="checkbox"/> Komplikasjoner i svangerskapet (eks. blødning, høyt blodtrykk etc.) |

Annet .....

10 Er du hoven i beina? (sett ett eller flere kryss)

- Nei                       Ja, om morgenen  
 Ja, om kvelden

11 Hvor hoven er du når det er som verst?

- Får på meg skoene    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Beina er som tømmerstokker
- 

12 Har du vært plaget av langvarige eller stadig tilbakevendende smerter de siste to ukene?

- Nei     Ja

T

3

T

T

T

## 13 Hvor sterke er disse smertene vanligvis?

Ingen smerte  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Den sterkeste smerten du kan forestille deg

## 14 Hvor mange dager har du hatt hodepine i løpet av den siste måneden:

Ingen  7-14 dager  
 1 dag  Mer enn 14 dager  
 2-6 dager

## 15 Hvor mange dager har du hatt migrene siste måned?

Ingen  7-14 dager  
 1 dag  Mer enn 14 dager  
 2-6 dager

## 16 Hvis du har hatt hodepine, hvor sterk har den vært?

Ingen smerte  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Den sterkeste smerten du kan forestille deg

## 17 Hvor mange dager har du tatt medisin mot hodepine den siste måneden?

Ingen  10-14 dager  
 1 dag  Mer enn 14 dager  
 2-9 dager

## 18 Kryss av for ditt forbruk av medisiner siden ultralydundersøkelsen

i uke 17-20 og frem til nå:

Nei

Ja

Navn på medisiner du brukte

Daglig (fast)

Antall dager brukt

Medisin mot hodepine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrenemedisin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smertestillende for annet enn hodepine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sove- eller innsovningstabletter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beroligende medisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisin mot depresjon/angst .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen nervemedisin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naturmedisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 19 Hvor ofte har du hatt samleie i løpet av de siste fire ukene?

Daglig  1-2 ganger hver 14. dag  
 5-6 ganger i uken  Sjeldnere  
 3-4 ganger i uken  Ingen ganger  
 1-2 ganger i uken

## RYGGSMERTER/ BEKKENLØSNING

## 20 Har du vondt i korsryggen nå?

Nei  Ja

## 21 Har du hatt vondt i korsryggen tidligere?

Nei

Ja

Før første svangerskap.....    
 i tidligere svangerskap.....    
 Mellom svangerskap.....

## 22 Har du smerter i bekkenet (bekkenløsning) nå?

Nei  Ja

T

4

T



T

T

Dersom du ikke har smerter i bekkenet (bekkenløsning), kan du gå direkte til spørsmål nr. 27

23 Dersom du har bekkenløsning nå, hvor er det vondt? (sett ett eller flere kryss)

- Foran i bekkenet (ved kjønnsbenet/symfysen)  
 På venstre side bak i bekkenet.  
 På høyre side bak i bekkenet

24 Bruker du stokk eller krykker på grunn av bekkensmerter?

- Nei  Ja

25 Våkner du om natten på grunn av bekkensmerter?

- Nei, aldri  
 Ja, ofte  
 Ja, en sjelden gang

26 Hvor sterke er bekkensmertene på det verste?

- Ingen smerte  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Den sterkeste smerten du kan forestille deg

27 Har du hatt bekkenløsning i tidligere svangerskap?

- Nei  Ja

28 Hvis ja, hvor mange måneder etter fødselen hadde du bekkenløsning?

 (antall måneder)

#### FORVENTNINGER OM FØDSELEN

29 Hvor redd er du for å føde?

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

30 Hvor mye gleder du deg til å føde?

- Gleder meg overhodet ikke  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Gleder meg ekstremt mye

31 Hvor smertefull tror du at fødselen vil være for deg?

- Ingen smerte  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Den sterkeste smerten du kan forestille deg

32 Hvor enig er du i disse beskrivelsene av dine tanker om forestående fødsel? (sett kun et kryss for hver linje)

- |   | Svært enig               | Enig                     | 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"/> |
| Jeg gruer meg veldig til fødselen.....  | <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"/> |
| Jeg vil helst ha epidural (ryggmargsbedøvelse) uansett.....                                 | <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"/> |
| Hvis jeg fikk velge, ville jeg helst føde med keisersnitt.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg mener at den gravide selv må få bestemme om det skal gjøres keisersnitt.....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg bekymrer meg for om vaginal fødsel vil endre min seksuelle nytelse.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg bekymrer meg for om vaginal fødsel vil endre utseendet av mine kjønnsorganer.....       | <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 velkapt.....             | <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"/> |

33 Hvis du føler redsel, frykt for å føde, har du delt disse tankene med noen?

- Nei  Ja, med fastlege  
 Ja, med jordmor/lege på sykehuset  Ja, med psykolog /psykiater  
 Ja, med kommunejordmor  Ja, med venn/familie

Annet.....

T

5

T

T

T

34 Hvis du har deltatt i EMBLA-samtale(r) (samtaler om fødselsangst), hvem har du vært hos?

- Jordmor                                       Både leger og jordmor  
 Lege     Har ikke deltatt i slike samtaler

35 Hvis du har hatt kontakt med helsepersonell p.g.a. angst for å føde, hvor langt var du kommet i svangerskapet?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(antall uker)

36 Hvis du har hatt kontakt med helsepersonell p.g.a. angst for å føde, hvor mange ganger?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(antall ganger)

Noen av spørsmålene nedenfor er nesten like spørsmålene over. Likevel håper vi du vil svare, siden svarene dine vil bidra til å belyse sammenhengen mellom følelser og fødselen.

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

- |                                  | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |                        |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| Overhodet ikke fantastisk .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Helt fantastisk  |
| Overhodet ikke forferdelig ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Helt forferdelig |

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

- |                                  | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |                            |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Overhodet ikke ensom .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Ekstremt ensom       |
| Overhodet ikke sterk .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Ekstremt sterk       |
| Overhodet ikke sikker .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Ekstremt sikker      |
| Overhodet ikke redd .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Ekstremt redd        |
| Overhodet ikke forlatt .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Ekstremt forlatt     |
| Overhodet ikke svak .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Ekstremt svak        |
| Overhodet ikke trygg .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Ekstremt trygg       |
| Overhodet ikke selvstendig ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Ekstremt selvstendig |
| Overhodet ikke oppgitt .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Ekstremt oppgitt     |
| Overhodet ikke anspent .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Ekstremt anspent     |
| Overhodet ikke glad .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Ekstremt glad        |
| Overhodet ikke stolt .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Ekstremt stolt       |
| Overhodet ikke sviktet .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Ekstremt sviktet     |
| Overhodet ikke fattet .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Ekstremt fattet      |
| Overhodet ikke avslappet .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Ekstremt avslappet   |
| Overhodet ikke lykkelig .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Ekstremt lykkelig    |

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

- |  | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Overhodet ingen panikk .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Ekstrem panikk                     |
| Overhodet ingen håpløshet .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Ekstrem håpløshet                  |
| Overhodet ingen lengsel etter barnet ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Ekstremt stor lengsel etter barnet |
| Overhodet ingen selvtilit .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Ekstremt stor selvtilit            |
| Overhodet ingen tillit .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Ekstremt stor tillit               |
| Overhodet ingen smerte .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... Ekstrem smerte                     |

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

- |   | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| Jeg kommer ikke til å oppføre meg dårlig .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jeg kommer til å oppføre meg ekstremt dårlig                      |
| Jeg kommer ikke til å våge overgi meg til det som skjer i kroppen ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jeg kommer til å våge overgi meg helt til det som skjer i kroppen |
| Jeg kommer ikke til å miste kontrollen over meg selv .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jeg kommer til å totalt miste kontrollen over meg selv            |

T

6

T

T

T

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

	0	1	2	3	4	5	
Overhodet ikke gledelig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... Ekstremt gledelig
Overhodet ikke naturlig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... Ekstremt naturlig
Overhodet ikke selvfølgelig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... Ekstremt selvfølgelig
Overhodet ikke farlig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... Ekstremt farlig

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

	0	1	2	3	4	5	
Aldri .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... Svært ofte

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

	0	1	2	3	4	5	
Aldri .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... Svært ofte

### PSYKISK HELSE GENERELT

De følgende spørsmålene har du svart på i tidligere skjema. Vi stiller disse på nytt for å kunne studere stabilitet og endringer i løpet av svangerskapet.

44. Har du i løpet av siste måneden vært engstelig nesten daglig, uten at bekymringen har vært knyttet til bestemte situasjoner?  Nei  Ja

45. Hvis ja, stemmer noe av det følgende? (sett ett eller flere kryss)

- Bekymringene er av og til overdrevne eller urimelige
- Det er vanskelig å skyve disse bekymringene unna
- Bekymringene skaper problemer slik at jeg ikke får konsentrert meg om det jeg holder på med

46. Hvis du har vært bekymret eller engstelig, har du da hatt noen av følgende følelser? (sett ett eller flere kryss)

- Rastløs, oppskrudd
- Utslitt, svak eller utmattet
- Konsentrasjonsvansker
- Irritabel
- Anspent, øm i musklene
- Søvnvansker

47. Føler du deg engstelig på steder eller i situasjoner hvor det å kunne trekke seg tilbake er vanskelig? (eks. i en stor menneskemengde, i en kø eller alene borte fra hjemmet)

- Nei  Ja

48. Hvis ja, frykter du disse situasjonene så mye at du prøver å unngå dem, eller trenger en ledsager for å kunne utsette deg for dem?

- Nei  Ja

49. Har du i løpet av den siste måneden hatt anfall hvor du plutselig følte frykt eller panikk? (sett ett eller flere kryss)

- Nei  Ja

50. Hvis ja, hadde du da noen av følgende symptomer? (sett ett eller flere kryss)

- Hjertebank, hurtig puls eller brystsmerte
- Svetteokter
- Skjelving eller risting i kroppen
- Åndenød eller pustevansker
- Frykt for å miste kontrollen eller forstanden
- Kvalme, mageproblemer
- Svimmelhet
- Prikking, nummenhet
- Hete- eller kuldetokter
- Frykt for å dø

T

7

T

T

T

- 51 Hvis du har hatt slike anfall siste måneden:
- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Utviklet anfall seg til et toppnivå i løpet av 10 minutter?.....   | Nei                      | Ja                       |
| Kommer anfallene noen ganger uten forvarsel? (i situasjoner hvor du ikke forventer å være nervøs eller føle ubehag)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har du vært bekymret for å få nye anfall, eller for at det skulle være noe i veien med deg?.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 52 Utløser noen av følgende gjenstander eller situasjoner frykt eller panikk hos deg? (sett ett eller flere kryss)
- Flyreiser
  - Småkryp (eks. insekter, edderkopper, mus)
  - Høyder
  - Underlivsundersøkelse
  - Undersøkelse hos tannlege
  - Værfenomener (eks. tordenvær)
  - Skarpe gjenstander (sprøyter, kniver)
  - Lukkede eller trange rom
  - Sykdom eller død
  - Blod eller skader
  - Mørke
  - Annet.....
- 53 Hvis ja, stemmer noe av det følgende? (sett ett eller flere kryss)
- Redselen er av og til overdreven eller urimelig
  - Jeg prøver å unngå slike situasjoner
  - Redselen kan forstyrre meg i arbeid eller sosiale aktiviteter
- 54 Har du i løpet av den siste måneden vært redd eller flau for å være iaktatt, i sentrum av oppmerksomheten eller redd for å bli ydmyket? (eks. å snakke overfor mange eller å være i sosiale situasjoner)
- Nei       Ja
- 55 Hvis ja, stemmer noe av det følgende:
- Redselen er av og til overdreven eller urimelig
  - Jeg prøver å unngå slike situasjoner
  - Redselen kan forstyrre meg i arbeid eller sosiale aktiviteter

Hvis du ikke har født tidligere kan du gå direkte til spørsmål nr. 57

- 56 For noen kan en fødsel oppleves som pågjenning i lang tid etterpå. Les hver påstand under og sett kryss i ruten som best beskriver dine følelser siste uke omkring din siste fødsel.
- |  | Ikke i det hele tatt     | Sjelden                  | Au og til                | Oftre                    |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Jeg har hatt vonde følelser om forrige fødsel.....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg har hatt vanskelig for å sove p.g.a. vonde tanker og bilder om fødselen.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ting jeg har sett og hørt minnet meg om fødselen.....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg har ikke tillatt meg å bli følelsesmessig berørt når jeg tenker på fødselen.....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tanker om fødselen har trengt seg på også når jeg ikke har villet.....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg har opplevd det uvirkelig, som om fødselen ikke har hendt.....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg har holdt meg unna ting eller situasjoner som minner meg om fødselen.....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bilder fra fødselen har plutselig dukket opp i tankene mine.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg har ikke tillatt meg selv å ha tanker om fødselen.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg vet at mange uforløste følelser rundt fødselen er der, men har skjøvet dem bort..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mine følelser rundt fødselen er nærmest lammet.....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg har hatt perioder med sterke følelser om fødselen.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg har ønsket å bli kvitt minner fra fødselen.....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg har hatt vonde drømmer om fødselen.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg har forsøkt å la være å snakke om fødselen.....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

T

8

T

T

T

Følgende spørsmål gjelder de siste 7 dagene.

57 Har du siste 7 dager kunnet le og se det komiske i en situasjon?

- Like mye som vanlig  
 Ikke riktig så mye som jeg pleier  
 Klart mindre enn jeg pleier  
 Ikke i det hele tatt

58 Har du siste 7 dager gledet deg til ting som skulle skje?

- Like mye som vanlig  
 Noe mindre enn jeg pleier  
 Klart mindre enn jeg pleier  
 Nesten ikke i det hele tatt

59 Har du siste 7 dager bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt?

- Ja, nesten hele tiden  
 Ja, av og til  
 Ikke særlig ofte  
 Nei aldri

60 Har du siste 7 dager vært nervøs eller bekymret uten grunn?

- Nei, slett ikke  
 Nesten aldri  
 Ja, iblant  
 Ja, veldig ofte

61 Har du siste 7 dager vært redd eller fått panikk uten grunn?

- Ja, svært ofte  
 Ja, noen ganger  
 Sjelden  
 Nei, aldri

62 Har du siste 7 dager følt at det har blitt for mye for deg?

- Ja, jeg har stort sett ikke fungert i det hele tatt  
 Ja, i blant har jeg ikke klart å fungere som jeg pleier  
 Nei, for det meste har jeg klart meg bra  
 Nei, jeg har klart meg like bra som vanlig

63 Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har hatt vanskeligheter med å sove?

- Ja, for det meste  
 Ja, i blant  
 Ikke særlig ofte  
 Nei, ikke i det hele tatt

64 Har du siste 7 dager følt deg nedfor eller ulykkelig?

- Ja, det meste av tiden  
 Ja, ganske ofte  
 Ikke særlig ofte  
 Nei, ikke i det hele tatt

65 Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har grått?

- Ja, nesten hele tiden  
 Ja, veldig ofte  
 Ja, det har skjedd iblant  
 Nei, aldri

66 Har tanken på å skade deg selv streift deg, de siste 7 dagene?

- Ja, nokså ofte  
 Ja, såvidt  
 Ja, av og til  
 Aldri

67 Nedenfor er det en liste over problemer folk av og til har. Vurder hvor mye hvert problem var til plage eller ulempe for deg de siste 7 dagene.

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Plutselig frykt uten grunn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadig redd eller engstelig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matthet eller svimmelhet.....	<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"/>
Hjertebank.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skjelving.....	<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"/>
Hodepine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfall av angst eller panikk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Så rastløs at det er vanskelig å sitte stille.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T

9

T

T

T

68 Har du tidligere søkt hjelp for psykiske helseplager? (sett et eller flere kryss)

- Nei  
 Ja, jeg har mottatt hjelp tidligere  
 Ja, jeg får hjelp nå

69 Hvis ja, av hvem? (sett et eller flere kryss)

- Fastlege  
 Psykolog  
 Helseøster  
 Psykiater  
 Annet .....

70 Hvilke av følgende påstander passer best på deg?

Vekt eller kroppsform:

- påvirker overhodet ikke hva jeg synes om meg selv  
 betyr noe for hva jeg synes om meg selv  
 betyr en del for hva jeg synes om meg selv  
 betyr mye for hva jeg synes om meg selv  
 betyr alt for hva jeg synes om meg selv

71 Bruker du nå for tiden noen av følgende metoder for å kontrollere vekten?

	Aldri	Noen ganger	Flere ganger i uken	Daglig
Fremkaller brekninger for å kaste opp .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tar avføringsmidler .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trener mer enn to timer per dag .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faster eller ikke spiser i 24 timer eller mer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

72 Hender det nå for tiden at du har perioder med overspising? (dvs. anfall der du spiser store mengder i løpet av kort tid)

- Nei  Ja

Hvis du ikke har hatt anfall med overspising kan du gå direkte til spørsmål om søvn, nr. 77

73 Hvis ja, føler du da at du ikke kan kontrollere spisingen?

- ikke i det hele tatt  Mye  
 Litt  Veldig mye  
 Noe

74 Hvor mange ganger siste måned har det skjedd?

(antall ganger i måneden)  Vet ikke

75 Hvor lenge har perioden med overspising vart?

- 1-2 måneder  6-12 måneder  
 3-5 måneder  Lengre enn et år

76 Fører episodene med overspising til at du blir opprørt eller ulykkelig?

- ikke i det hele tatt  Mye  
 Litt  Veldig mye  
 Noe

T

10

T

T

T

**SØVN, ARBEIDSSITUASJON OG LIVSHENDELSER**
**77 Hvordan har ditt søvnmønster vært i løpet av den siste måneden?**

Vanlig leggetid: .....    (klokkeslett – eks. 22:30)

Vanlig tid å stå opp: .....    (klokkeslett – eks. 07:30)

Omtrent antall timer med søvn per natt (kan være forskjellig fra hvor mange timer du har oppholdt deg i sengen): .....  (timer)  (minutter)

**78 I løpet av den siste måneden, hvor ofte (antall dager per uke) har du opplevd noe av det følgende?**
*(sett ett kryss for hver linje)*

	Ingen dager	1	2	3	4	5	6	Hver dag
Brukt mer enn 30 minutter for å sovne inn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært våken mer enn 30 minutter innimellom søvnen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Våknet mer enn 30 minutter tidligere enn du ønsket uten å få sove igjen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg lite utvilt etter å ha sovet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært så søvrig at det har gått ut over skole/jobb eller privatlivet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært misfornøyd med søvnen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**79 Er arbeidsforholdene dine blitt tilpasset dine behov i graviditeten?**
 Nei     Ja     Er ikke i lønnet arbeid nå

**80 Hvis nei, hvorfor er ikke arbeidsforholdene blitt tilpasset dine behov?**

- Det har ikke vært nødvendig fordi jeg har et ikke-belastende arbeid
- Det er umulig eller nesten umulig
- Det er vanskelig å spørre
- Jeg har bedt om tilpasninger, men ikke fått det

 Annet .....

**81 Hvordan opplever du at din graviditet har blitt mottatt på arbeidsplassen?**

	0	1	2	3	4	5	
Svært negativt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Svært positivt

**82 Har du i løpet av de siste 12 månedene opplevd noe av det følgende?**
**I så fall, hvor vondt eller vanskelig var det for deg?**
*(hvis følgende ikke passer på deg setter du ikke noe kryss)*

	Ikke så ille	Vondt/vanskelig	Velg vondt vanskelig
Ble skilt, separert eller avbrøt samlivet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har hatt alvorlige samlivsproblemer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har hatt problemer eller konflikter med familie, venner eller naboer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har hatt problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har hatt økonomiske problemer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har vært alvorlig syk eller skadet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En av dine nærmeste har vært alvorlig syk eller skadet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har vært utsatt for trafikkulykke, brann eller tyveri .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mistet en nær pårørende .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Annet .....

T

T

## FØDSELSFORBEREDELSE

83 Nedenfor følger en liste over forskjellige måter å forberede seg til fødselen på.

Har du gjort noe av det følgende i løpet av dette svangerskapet?

Hvis ja, hvordan har det påvirket deg?

			Hvis ja		
	Nei	Ja	Har beroliget meg	Har gjort meg urolig	Har ikke påvirket meg
Har vært på fødselsforberedende kurs .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har fått informasjon via TV-program .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har søkt informasjon via bøker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har søkt informasjon via internett .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har deltatt i diskusjonsforum på internett .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snakket med venner og familie om fødselsopplevelser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

84 Har du noen gang vært tilstede under en fødsel? (utenom når du selv har født)

Nei  Ja

85 Har du noen gang vært tilstede under en dyrefødsel? (eks. hund, katt eller hest)

Nei  Ja

86 De følgende setningene beskriver tanker og følelser kvinner kan oppleve i svangerskapet. Les hver påstand under og sett kryss i ruten som best beskriver dine erfaringer den siste måneden.

	Nesten alltid	Ofte	Noen ganger	Nesten aldri
Jeg lurer på hvordan barnet ser ut nå .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tenker at barnet mitt allerede har en personlighet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg planlegger ting jeg skal gjøre sammen med barnet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg forestiller meg hvilken del av barnet jeg tar på .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg vet når barnet sover .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kjøper ting og ordner i stand til barnet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg prøver å forestille meg hva barnet driver med der inne .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg drømmer om barnet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tar på magen min for å stryke barnet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Tusen takk og lykke til!**



# Vedlegg 6

Senter for E-helse, IKT og Medisinsk utstyr		Utgitt av IKT-sikkerhet, SFHM
Opprette register ifm forskning		Faktaark nr: 12 B
Godkjent av:	Gjelder fra:	Utarbeidet av: Eilif Mørk

Dette skjema skal fylles ut av prosjektansvarlig ved etablering av et nytt forskningsregister (se Faktaark Forskningsprosjekt).  
 Skjema sendes som vedlegg til e-post til direktør forskningscenter for godkjenning.  
 Etter godkjenning vidresender direktør forskningscenter skjema til personvernombudet som foretar en vurdering og melder resultatet tilbake til avsender.

Beskrivelse av system/register (fylles ut av prosjektansvarlig)			
Prosjektansvarlig:	Navn: Malin Eberhard-Gran		
Arbidssted:	Stilling: forsker	Telefon / e-postadresse: megr@fhi.no	Dato: 01.04.2008
Beskriv forskningsprosjekts tittel:	Angst for å føde: forekomst og risikofaktorer		
Beskriv formål med forskningsprosjektet: Innhold: (Bakgrunn, hovedtrekk i innhold og forventer hovedfunn)	Hensikten med prosjektet er å studere 1) risikofaktorer for angst relatert til fødsel og 2) hvordan angst påvirker fødselen og barnet Angst under svangerskapet har blitt assosiert med for tidlig fødsel, økt behov for anestesi, økt risiko for akutt keisersnitt, intrauterin vekstretardasjon og asfyxi hos det nyfødte barnet. Til tross for at kvinners angst for fødselen kan ha alvorlige konsekvenser, vet man lite om årsaksforhold.		
Hvem skal ha tilgang til forskningsdata:	Interne medarbeidere på AHUS		
Prosjektomfang	<input checked="" type="checkbox"/> Eget helseforetak <input type="checkbox"/> Nasjonalt studie – oppgi øvrige deltakere:  <input type="checkbox"/> Internasjonalt studie Hvor mange personer skal inngå/registreres i forskningsregisteret:		
Er prosjektet fremleggelsespliktig for Regional komite for medisinsk forskningsetikk:	<input checked="" type="checkbox"/> Ja – legg ved eller ettersend kopi av tilråding / tillatelse <input type="checkbox"/> Nei		
Er det søkt Regional komite for medisinsk forskningsetikk om opprettelse av forskningsbiobank:	<input type="checkbox"/> Ja – legg ved eller ettersend kopi av tilråding / tillatelse <input checked="" type="checkbox"/> Nei		
Er det nødvendig med melding til Statens legemiddelverk:	<input type="checkbox"/> Ja – legg ved eller ettersend kopi av tilråding / tillatelse <input checked="" type="checkbox"/> Nei		
Finansiering:	<input type="checkbox"/> Norges forskningsråd <input checked="" type="checkbox"/> Internt budsjett <input type="checkbox"/> Andre – oppgi hvem:		
Behandles det sensitive personopplysninger:	<input checked="" type="checkbox"/> Ja, kryss av hvilke: <input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, straffet, tiltalt, eller dømt for en straffbar handling <input checked="" type="checkbox"/> Helseforhold <input checked="" type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforening  <input type="checkbox"/> Nei		

Beskrivelse av system/register (fylles ut av prosjektansvarlig)			
Kreves behandling av helse- og personopplysninger samtykke fra den registrerte (evt. foresatte):	<input checked="" type="checkbox"/> Ja - beskriv hvordan samtykke skal innhentes samt tilfak som må iverksettes: skriftlig samtykke innhentes i forbindelse med utdeling av spørreskjema 1. <input type="checkbox"/> Nei - angi begrunnelse for hvorfor samtykke ikke er nødvendig:		
Behandles det opplysninger om tredjeperson:	<input type="checkbox"/> Ja, hvordan blir tredjepart informert om behandlingen: <input type="checkbox"/> Får skriftlig informasjon <input type="checkbox"/> Får muntlig informasjon <input type="checkbox"/> Blir ikke informert <input checked="" type="checkbox"/> Nei		
Hvor hentes helse- og personopplysninger fra (kryss av):	<input type="checkbox"/> Personlig intervju <input checked="" type="checkbox"/> Spørreundersøkelser <input checked="" type="checkbox"/> Åhus registre <input type="checkbox"/> Annet - spesifiser:	<input type="checkbox"/> Tester <input type="checkbox"/> Innhente fra offentlige registre	
Hvis uttrekk av forskningsdata, hvem er ansvarlig for uttrekk og anonymisering/ deidentifisering av data:	<input checked="" type="checkbox"/> HØKH <input type="checkbox"/> SEIM <input type="checkbox"/> Andre - oppgi hvem:		
Hvem har godkjent uttrekk av forskningsdata (kryss av):	<input checked="" type="checkbox"/> Systemer <input type="checkbox"/> Ekstern databehandlingsansvarlig Anne Marie Lyngås (Parus)		
Oppgi hvordan direkte personidentifiserbare opplysninger registreres:	<input checked="" type="checkbox"/> Personidentifiserbare opplysninger erstattes med referansenummer <input type="checkbox"/> Personidentifiserbare opplysninger lagres sammen med det svige referanaset <input type="checkbox"/> Annet - spesifiser:		
Hvor skal forskningsdata lagres (server/katalog):	<input checked="" type="checkbox"/> Fgen forskningsserver Åhus <input type="checkbox"/> Lokal PC <input type="checkbox"/> Annen virksomhet - oppgi hvem: <input type="checkbox"/> Annet - beskriv hvor:		
Beskriv hvordan forskningsdata er beskyttet mot at uvedkommende får innsyn i opplysningene:	Henviser til Dahl's dokument om anonymisering (se vedlegg)		
Overføres identifiserbare personopplysninger i eksterne nettverk:	<input type="checkbox"/> Ja - beskriv hvilke sikringstiltak som er iverksett: <input checked="" type="checkbox"/> Nei		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre:	<input type="checkbox"/> Ja - til hvem: <input checked="" type="checkbox"/> Nei		
Startdato for forskningsprosjekt:	Juni 2008	Sluttdato for forskningsprosjekt:	Desember 2009
Hvor lenge skal forskningsdata lagres:	15 år		

Beskrivelse av systemregister (fylles ut av prosjektansvarlig)	
Hva skal skje med forskningsdata ved prosjektslutt:	<input type="checkbox"/> Slettes <input checked="" type="checkbox"/> Arkiveres – oppgi hvordan: <input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet skal anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon. Beskriv hvorfor datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon?  Oppgi hvor datamaterialet skal oppbevares? Forskningsserver på AHUS
Tilleggsopplysninger	

Godkjenning av nytt IT-system (fylles ut av direktør forskningssenter)	
Anmodning om opprettelse av forskningsregister er (kryss av)	<input type="checkbox"/> Godkjent (Skjema sendes personvernombud) <input type="checkbox"/> Avslått (Skjema returneres avsender)
Navn direktør forskningssenter:	Dato:

Behandling av personvernombud	
Skal det sendes søknad om konsesjon til Datatilsynet	<input type="checkbox"/> Ja, det må sendes søknad om konsesjon til Datatilsynet. Jfr POU § 33 <input checked="" type="checkbox"/> Nei, ikke nødvendig - oppgi begrunnelse: <i>Personer er frikjent av ZPR og personvernombud</i>
Dato sendt konsesjonsøknad:	Dato mottatt konsesjon:
Opprette nytt forskningsprosjekt / oversikt:	<input type="checkbox"/> Ja
Navn personvernombud:	Dato: <i>23.04.08</i>

# Vedlegg 7



## UNIVERSITETET I OSLO DET MEDISINSKE FAKULTET

Forsker Dr. med Malin Eberhard-Gran  
Helse Øst kompetansesenter for helsetjenesforskning  
Akershus Universitetssykehus  
1474 Lørenskog

Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk Sør-Øst A (REK Sør-Øst  
Postboks 1130 Blindern  
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 84 45 66

Telefaks: 22 85 05 90

E-post: [jorgen.hardang@medisint.uio.no](mailto:jorgen.hardang@medisint.uio.no)

Nettadresse: [www.etikkom.no](http://www.etikkom.no)

Dato: 12.02.08

Deres ref.:

Vår ref.: S-08013a

### S-08013a Angst for å føde: forekomst og risikofaktorer [1.2007.407]

Vi viser til søknad mottatt 26.11.07 med følgende vedlegg: Prosjektbeskrivelse; informasjonsskriv med samtykkeerklæring; spørreskjemaer (3); følgebrev til REK, datert 22. november 2007.

Komiteen behandlet søknaden i sitt møte torsdag 31. januar 2008. Komiteen behandlet søknaden i sitt møte torsdag 31. januar 2008. Prosjektet er vurdert etter lov om behandling av etikk og redelighet i forskning av 30. juni 2006, jfr. Kunnskapsdepartementets forskrift av 8. juni 2007 og retningslinjer av 27. juni 2007 for de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Hensikten med prosjektet er å studere 1) risikofaktorer for angst relatert til fødsel og 2) hvordan angst påvirker forløsningsen og barnet. De ca 4000 som føder ved Akershus Universitetssykehus i løpet av et år, forespørres om å være med på studien. Deltakere skal fylle ut tre spørreskjemaer (uke 17, 34, samt 6 uker etter fødselen). Opplysninger om fødselen innhentes ved kopling til elektroniske fødejournaler ved sykehuset. Datainnsamlingen planlegges å begynne i mars 2009.

#### Vedtatt:

Komiteen godkjenner at prosjektet gjennomføres i samsvar med det som framgår av søknaden.

Med vennlig hilsen

Astrid Nørdby Heiberg (sign.)  
Professor dr. med.  
Neurolektur

*Jørgen Hardang*  
Jørgen Hardang  
Sekretær

# Vedlegg 8

Dokument 5697 "Gynekologi - Abortus provocatus - Medikamentell metode" Ver. 1.2... Page 1 of 4

---

## Gynekologi - Abortus provocatus - Medikamentell metode

Versjon: 1.2 Godkjent av: Schjønsby, Pernille (Seksjonsoverlege)

Dato: 02.06.2011

---

### 1.0 Hensikt

Trygg og effektiv behandling ved medikamentell metode for abortus provocatus.

### 2.0 Omfang

Medikamentell abort <9 uker dagbehandling

Medikamentell abort <9 uker hjemme

Medikamentell abort 9-12 uker dagbehandling/innleggelse

Medikamentell abort >12 uker innleggelse i sengepost

### 3.0 Grunnlagsinformasjon

#### 3.1 Grunnlagsdokumenter

Pubmed.

Cochrane databasen.

Felleskatalogen.

Seth Granberg& co

#### 3.2 Definisjoner

Provosert abort: Avbrytelse av svangerskapet med medikamenter eller kirurgisk metode.

Medikamentell provosert abort: Avbrytelse av svangerskapet med medikamenter.

### 4.0 Arbeidsbeskrivelse

#### 4.1 Ansvar

Leger, jordmødre og sykepleiere ved kvinneklinikken.

#### 4.2 Handling

Fastsette svangerskapslengden:

Den beste metoden er å måle CRL med vaginal ultralyd.

NB! Dersom det ikke er intrauterin tydelig graviditet, men positiv gravitest, administreres mifegyne og cytotec etter vanlig prosedyre, men det tas s-HCG før aborten finner sted og en uke etterpå for å utelukke ektopisk svangerskap.

Mifegyne (mifepristone, "abortpillen"):

Antiprogesteron, blokkerer progesteronets reseptorer på myometrium og endometrium.

Øker sensitiviteten for prostaglandiner i myometriet og gir oppmykning av cervix.

Bivirkninger: Kvalme, oppkast, diarre, utslett, hodepine, vaginalblødning.

**Cytotec (misoprostol) :**

Prostaglandin-analog. Gir uterine kontraksjoner.

Bivirkninger: Kvalme, hodepine, feber

**Forsiktighetsregler:**

Alvorlig astma, alvorlig komorbiditet, bruk av blodfortynnende medikamenter

**Forventet forløp:**

De fleste blør kraftig den dagen de aborterer, deretter avtar blødningen. De fleste er blødningsfrie etter 3 uker, men en kan ha småblødning frem til neste menstruasjon. Neste menstruasjon kommer etter 4-6 uker.

Ved småblødninger uten infeksjonstegn er det ikke nødvendig med ny undersøkelse før etter neste menstruasjon. Hvis de fortsetter med småblødninger etter menstruasjonen, skal det tilbys gynekologisk undersøkelse med vaginal UL.

Gravitetest kan være positiv opp til 6 uker etter aborten, det avhenger av nivået på HCG ved aborttidspunktet. Pasienten har selv ansvaret for å ta gravitetest etter 4 uker. Ved positiv urin- HCG, skal hun gå til fastlegen og få målt serum-HCG. ved s- HCG<1000 IU/L er graviditeten avsluttet og ingen flere kontroller er nødvendig. Ved s-HCG 1000-5000 IU/L henvises pasienten til KK pol Ahus på vanlig måte. Ved s-HCG >5000 IU/L henvises pasienten snarest til KK pol Ahus.

Ved tegn på infeksjon eller ved sterke vaginalblødninger utover det forventede, skal hun kontakte poliklinikken eller vakthavende lege på KK.

**Rh-profylakse :**

(Guidelines May 2002 ; Use of Anti-D immunoglobulin for Rhesus prophylaxis. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.)

Risiko for sensitivisering er neglisjerbar før 12 uker.

Føtomaternelle blødning oppstår ved utskrapning.

Anti-D skal gis :

1. Der det er foretatt kirurgisk intervensjon ved abort.
2. Ved abort etter 12 uker gestasjonsalder.

Anti-D gis ikke ved medikamentell abort < 12 uker.

**Sykmelding:** Egenmelding evt 1-3 dager.

**Prevensjon:** P-pille fra den dagen hun får Cytotec.

**Chlamydiaprøve:** Alle under 25 år skal undersøkes for chlamydia trachomatis dersom det ikke er gjort av henvisende lege.

**Smertestillende:**

Kan gis sammen med Cytotec.

NSAIDS er ikke kontraindisert og forsinker ikke ekspulsjonen.

Forslag til smertestillende:

Samtidig som cytotec settes: 1 x Paralgin major supp + 400 mg ibuprofen (eller tilsvarende NSAID) .

Videre forløp: Paralgin forte supp eller per os 1-2 inntil x 4 + ibuprofen (eller tilsvarende) 400mg x 3.

**Informasjon:** Det skal gis god informasjon om forventet forløp, spesielt om forventet smerte og blødning. Det anbefales at pasientene ikke er alene ved hjemmeabort.

### **Abortus provocatus, medikamentell metode, før 9. uke:**

#### **Dagbehandling**

1 tablett (200 mg) mifepristone (Mifegyne) per os.

4 tabletter (0,8 mg) misoprostol (Cytotec) vaginalt 36-48 timer etter inntak av Mifegyne.

Pasientene møter på poliklinikken for å få satt cytotec og oppholder seg der de første timene. De fleste aborterer i løpet av 4-6 timer, men noen aborterer ikke før neste dag.

#### **Hjemmebehandling:**

Samme som dagbehandling, men cytotec settes selv hjemme etter instruks utdelt på poliklinikken. Sykepleier fra poliklinikken kontakter pasienten påfølgende dag. Pasientene kan ringe til gynekologisk poliklinikk mellom 08 og 1530.

**Kontroll:** Pasienten tar selv urin HCG hjemme etter 4 uker. Dersom denne er positiv, skal hun kontakte fastlege for blodprøve (serum-HCG). Fastlege henviser til gynekologisk poliklinikk ved s-HCG > 500

### **Abortus provocatus, medikamentell metode, 9-12 uker:**

Dagbehandling evt innleggelse i sengepost.

1 tablett (200 mg) mifepriston (Mifegyne) per os.

4 tabletter (0,8 mg) misoprostol (Cytotec) vaginalt 36-48 timer etter inntak av Mifegyne.

Ved tvil om aborten har funnet sted gjøres ultralyd.

Dersom ingen abort etter 4 timer: 3 tabletter cytotec vaginalt hver tredje time inntil 4 ganger.

Ikke hjemreise før aborten har funnet sted! Ved tvil, kontroller med ultralyd.

### **Abortus provocatus, medikamentell metode, etter 12. uke:**

Pasienten skal være innlagt på sengepost.

1 tablett (200 mg) mifepriston (Mifegyne) per os.

4 tabletter (0,8 mg) misoprostol (Cytotec) vaginalt 36-48 timer etter inntak av Mifegyne.

Etter 3 timer: 3 tabletter Cytotec vaginalt.

Etter 6 timer: 3 tabletter Cytotec vaginalt.

Etter 9 timer: 3 tabletter Cytotec vaginalt.

Etter 12 timer: 3 tabletter Cytotec vaginalt.

Dersom pasienten ikke har kvittert, får hun 1 tablett Mifegyne ved midnatt og prosedyren med Cytotec gjentas fra neste morgen.

Det skal gis smertestillende behandling ved behov, eventuelt epiduralanestesi.

Pasientene behøver ikke faste.

Ved mistanke om placentarester (Vedvarende kraftig blødning og inkomplett placenta) etter at fosteret og placenta er kvittert, skal det gjøres revisio.

Rhesusprofylakse: Anti D ved Rh-negativ mor.

**Vedlegg:**

TVS\_o\_fynd\_etter\_abort\_2001\_(2).pdf [Spectrum of Normal Intrauterine Cavity Sonographic Findings after First-Trimester abortion](#)



# Vedlegg 9

---

## Gynekologi - Spontanabort

Versjon: 1.1 Godkjent av: Schjønby, Pernille (Seksjonsoverlege) Dato: 19.01.2011

---

Utgått: Frist for revisjon av dette dokumentet er passert.

### 1.0 Hensikt

Veiledning til behandling av pasienter med spontanabort

### 2.0 Omfang

O03 Abortus spontaneus, completus/incompletus

O02.0 Anembryonalt svangerskap, abortus inhibitus

O02.1 Abortus retentus, retensjon av dødt foster, abortus inhibitus

O20.0 Abortus imminens, truende abort, vitalt foster, sparsom blødning

### 3.0 Grunnlagsinformasjon

#### 3.1 Grunnlagsdokumenter

NGFs veileder i gynekologi 2008 + avdelingens egne prosedyrer

#### 3.2 Definisjoner

Svangerskap som spontant går til grunne før fullgatte 22 uker iflg. WHO

### 4.0 Arbeidsbeskrivelse

#### 4.1 Ansvar

Leger, sykepleiere og jordmødre på KK

#### 4.2 Handling

### Spontan abort

#### Forekomst

- Ca 50 % av alle påbegynte og 10-20 % av klinisk registrerte graviditeter
- Ca 80 % skjer i første trimester

#### Etiologi

- Offest ukjent
- Føtale (III)
  - Genetisk defekt ca 50-60 % (kromosomale avvik, hyppigst trisomier)
  - Utviklingsanomalier
- Placentasykdom
- Maternelle
  - Hormonelle (corpus luteumsvikt)
  - Anatomiske (uterine malformasjoner, cervixinsuffisiens)
  - Generell infeksjon (rubella, CMV, varicella, toksoplasmose, parvovirus B19)
  - Genital infeksjon: BV, Chlamydia, GBS (III)

#### Risikofaktorer

- Alder >35 år (III)
- Infertilitet, assistert fertilisering (III)
- Flere påfølgende tidligere aborter
- Flerlingsvangerskap
- Myoma uteri
- Inneliggende spiral
- Kromosomavvik hos foreldre
- Sykdom hos mor
  - Autoimmun sykdom, diabetes mellitus, thyroideaforstyrrelser, PCOS, trombofilier, antifosfolipid antistoffsyndrom, hyperhomocysteinemi, folatmangel (III)
- Miljøfaktorer
  - Røyk, alkohol, narkotika, kaffe, teratogener (mutagener), traume (III)

### Diagnostikk

- Sykehistorie
  - Amenoré, graviditetstest positiv/negativ, blødning per vaginam, smerter, vannavgang, avtagende svangerskapssymptomer
- Gynekologisk undersøkelse
  - Inspeksjon (blødning, graviditetsprodukter, åpen mormunn), eksplorasjon (uteri størrelse og konsistens)
- hCG i urin og/eller serum
  - 4-210.000 IE/l i 1. trimester, 210.000-41.000 IE/l 2. trimester
  - Gjentas innen en uke ved usikker vitalitet, forventet hCG-stigning i serum i løpet av 48 t >50-60 %
- Ultrasonografisk underøkelse
  - Intrauterin fostersekk, synlig/vitalt foster, hematom, lukket/åpen indre mormunn/-cervikalkanal

### Differensialdiagnoser

- Tidlig intrauterin intakt graviditet
- Ekstrauterin graviditet
- Partiell mola
- Cancer corporis uteri

### Behandling

#### Ved truende abort

- Antibiotika ved infeksjon, ingen tokolyse
- Medikamentell behandling ikke dokumentert effekt (progesteron- eller hCG-injeksjon, salisylater, ataraksika, sedativa)
- Salisylater vurderes ved antifosfolipid antistoff
- Sykmelding vurderes
- Sengeleie har ikke dokumentert effekt

#### Første trimester

- Abortus completus
  - Ingen, evt. sykmelding ca tre dager (Ib, III)
- Abortus incompletus

- **Ekspetans.** Normalt forløp av spontanabort er smerter og (kraftig) blødning under ekspulsjonen, deretter avtagende blødning i 1-3 uker. Dersom blødning utover det forventede, kommer hun til kontroll. Gi god informasjon om forventet forløp og bruk av smertestillende.
- **Medisinsk behandling med misoprostol** kan vurderes, eks 800 µg vaginalt, kan gjentas med 400 µg etter seks timer (Ib)
- **Evacuatio cavi uteri** ved uttalt blødning (utover det forventede), infeksjonstegn.
- **Abortus retentus og anembryonalt svangerskap**
  - Medisinsk (hjemme) behandling med *mifepriston* og *misoprostol*. ( 1 tablett Mifegyne 200mg dag 1, deretter 4 tabletter Cytotec 0,2 mg 36-48 timer vaginalt eller per os etter inntak av Mifegyne.) Kontroll etter 1-2 uker på gynekologisk poliklinikk.
  - Evacuatio uteri med evt. sykmelding ca tre dager (Ib, IIa, IIb, III)
- **Abortus imminens**
  - Evt. sykmelding til blødningsstopp
  - Utskrap til histologisk undersøkelse ved tvil om ekstrauterint svangerskap

Gi god informasjon, både skriftlig og muntlig, se egen pasientinformasjon [Gynekologi - spontanabort pasientinformasjon](#)

#### Andre trimester

- **Abortus completus**
  - Ingen, evt. sykmelding og behov for laktasjonshemming vurderes
- **Abortus incompletus**
  - Evt. lokal prostaglandinapplikasjon (*misoprostol*)
  - Evacuatio cavum uteri vurderes
  - Laktasjonshemming vurderes (III)
- **Abortus retentus.** Behandlingen avhenger av fosterets størrelse. Ved foster med størrelse > 9 uker bør pasienten få cytotec på sykehuset (dagbehandling eller innleggelse slik som ved abortus provocatus).

*Mifepristone* (Mifegyne) 200 mg po, Etter 36-48 timer gis 4 tabletter *misoprostol* (Cytotec) 0,2 mg vaginalt, som evt gjentas hver tredje time til fosteret er kvittert (Se prosedyre [Gynekologi - Abortus provocatus - Medikamentell metode](#)).

- **Abortus imminens**
  - Infeksjonsstatus, baktus urin/cervix vurderes
  - Dersom cervixinsuffisiens og fravær av blødning kan cerclage vurderes
  - Autopsi/karyotyping ved påfallende makroskopisk undersøkelse

#### Rhesusprofylakse

- **Abortus imminens**
  - Til ikke-sensitisererte Rh-negative og svangerskapsvarighet > 12 uker og frisk vaginalblødning i løpet av siste 72 timer (IV)
- **Abortus incompletus**
  - Til alle Rh-negative ved gestasjonsalder >12 uker. Ved evacuatio uansett gestasjonsalder (IV)

#### Komplikasjoner

- **Inkomplett abort** (infeksjon, langvarig blødning)
- **Hormonforstyrrelser** med uregelmessige blødninger

- Intrauterine synekier, evt. amenoré etter kirurgisk behandling

#### Forløp

- Oftest ukomplisert

#### Prognose

- God, liten risiko for komplikasjoner som påvirker fertilitet
- Liten risiko for gjentakelse (etter en til to aborter), de fleste oppnår vellykket svangerskap senere
- Økt abortrisiko ved abortus imminens

#### Råd

- Ved sparsom vaginalblødning og god allmentilstand kan undersøkelse hos gynekolog med fordel utsettes til neste dag

#### Pasientinformasjon

- Småblødning og fluor kan ventes i 3-4 uker etter komplett abort eller evacuatio uteri
- Noe mer blødning og smerter forekommer ved ekspekterende behandling
  - Kontakte lege ved feber, illeluktende fluor, uttalt blødning eller sterke smerter
- Menstruasjon kan ventes etter fire til seks uker
- Nytt graviditetsforsøk kan anbefales etter første sikre menstruasjon (IV)
- Utredning for habituell abort etter 3 påfølgende aborter.