

Traumatiske Fødselsoplevelser

– *Et mixed methods studie af traumatiserende faktorer og intervention*



Foto: Pernille Ringsing fra artiklen "Det var traumatisk for mig at føde" af Schneidermann (ALT.dk, 05.02.15)

Astrid Søgaard Larsen, Studienummer: 20163390

Vejleder: Chalotte Glintborg

Rapportens samlede antal tegn: 190.966

Svarende til antal normalsider: 79,57

10. Semester, Psykologi,
Kandidatspeciale

Aalborg Universitet

Dato: 31.10.21



AALBORG
UNIVERSITET

Abstract

This research is a mixed methods study of birth trauma, that is focused on intervention and the factors, leading to traumatization. The methods used; a survey that explores the symptoms and consequences of birth trauma, the factors leading to traumatization and experiences with different kinds of interventions. The second method used is phenomenological research interviews with three women, who has had a traumatic birth experience.

The results indicate that women, who have more than six defined symptoms of birth trauma, are significantly more likely to develop a psychiatric illness after the birth. The number of symptoms this group of women developed were not associated by differences in demographics such as age, education level or a previous psychiatric illness. These women are, however, more likely to suffer from six or more symptoms of birth trauma, if they had a self-perceived poor psychological health before the birth of their child. Women with six or more symptoms of birth trauma tended to attribute their trauma to subjective and relational factors during birth more than objective and obstetric factors. These factors often consisted of an overall feeling of a humiliating, non-including, cold, technical and mechanical experience, which did not meet their expectations and lacked cooperation and communication from the health staff. Many of the women attributed this experience to a lack of resources at the birth ward and a non-person-centered standardization of treatment. No particular intervention was found to have considerable better effect in treating birth trauma than others, but psychotherapy and extra visits from the health nurse showed the most promise.

The discussion led to interesting topics for further research, on whether the subjective and relational experiences of the women might be mediated by an insecure attachment style, which make it harder to feel secure in the hands of the health staff, complicate the birth and make it even more painful. Furthermore, how intervention might be improved by screening methods specifically developed for birth trauma, a clear referral procedure for treatment, and more preventive treatment to avert the ripple effects, birth trauma can create for the whole family.

Keywords: *birth trauma, traumatizing factors, intervention, psychiatric illness*

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING	1
2. BEGREBSAFKLARING	4
2.1. En traumatisk fødselsoplevelse - en definition af begrebet.....	4
2.2. Forveksling med fødselsdepression.....	4
3. METODOLOGI OG METODE.....	6
3.1. Mixed methods.....	6
3.1.1. Tesen om inkompatibilitet og epistemologiske udfordringer.....	6
3.1.2. Argumentation for brug af mixed methods metodologi	7
3.2. Den kvantitative komponent	8
3.2.1. Forskningskriterier for god kvantitativ metode	8
3.2.2. Spørgeskemaet som metode	9
3.2.3. Opbygning af spørgeskema	10
3.2.4. Rekruttering til spørgeskema.....	11
3.2.5. Metode til kvantitativ analyse	11
3.3. Den kvalitative komponent	12
3.3.1. Forskningskriterier for god kvalitativ forskning	12
3.3.2. Det kvalitative forskningsinterview som metode	13
3.3.3. Rekruttering til interview	14
3.3.5. Valg foretaget ift. opbygning af interview	15
3.3.6. Metode til kvalitativ analyse	16
4. REDEGØRELSE	17
4.1. Risikofaktorer for en traumatisk fødselsoplevelse	17
4.1.1. Diatese-stress-modellen	17
4.1.2. Præinatale faktorer	18
4.1.2.1. Personlighed, psykiatriske udfordringer og andre sårbarhedsfaktorer	18
4.1.2.2. Tilknytningsstil.....	19
4.1.2.3. Traumatiske eksterne begivenheder	19
4.1.3. Perinatale faktorer	20
4.1.3.1. Obstetriske risikofaktorer og fødselsmetoder.....	20
4.1.3.2. Kvindernes eget syn på traumatisering under fødslen.....	21
4.1.3.3. Dissociation	23
4.1.4. Postnatale faktorer.....	24
4.1.4.1. Personlighedstræk, insomni og coping-strategier	24
4.2. Konsekvenser af en traumatisk fødselsoplevelse.....	24
4.2.1. Konsekvenser i forhold til barnet.....	24
4.2.1.1. Barnets tilknytning	24
4.2.1.2. Barnets udvikling	25
4.2.1.3. Amning.....	26
4.2.2. Konsekvenser i forhold til partner	27

4.2.2.1. Relation til partner.....	27
4.2.3. Konsekvenser for den fødende kvinde.....	28
4.2.3.1. Konsekvenser for kvinden.....	28
4.2.3.2. Fysiologiske ændringer i hjernen og dets konsekvenser.....	28
4.2.4. Ripple effekt af konsekvenser.....	30
4.2.4.1. Ripple effekt-modellen.....	30
4.2.4.2. Kausale sløjfer.....	31
4.3. Behandling af en traumatisk fødselsoplevelse.....	32
4.3.1. Forebyggelse af traumatiske fødselsoplevelser.....	32
4.3.1.1. Prænatal tilknytning.....	32
4.3.2. Interventioner efter traumatiske fødselsoplevelser.....	32
4.3.2.1. Debriefing og efterfødselssamtaler.....	32
4.3.2.2. Vejledning af hud-mod-hud kontakt og amning.....	33
4.3.2.3. Psykoterapi.....	33
4.3.2.4. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).....	34
5. ANALYSE.....	36
5.1. Kvantitativ analyse af faktorer.....	36
5.1.1. Demografi.....	36
5.1.1.1. Alder, uddannelsesniveau og beskæftigelse.....	36
5.1.1.2. Psykisk sårbarhed før fødslen.....	38
5.1.1.3. Obstetrisk demografi.....	39
5.1.2. Faktorer medvirkende til traumatisering.....	39
5.1.2.1. De hyppigste symptomer på traumatisering efter fødsel.....	39
5.1.2.2. Fordeling i symptomgrupper.....	40
5.1.2.3. Sammenligning af symptomgrupper: Diagnoser før og efter fødslen.....	40
5.1.2.4. Sammenligning af symptomgrupper: Demografi.....	42
5.1.2.5. De hyppigste faktorer.....	43
5.1.2.6. De mest traumatiserende faktorer.....	45
5.1.2.7. Sammenligning af symptomgrupper: Psykisk helbred og frygt.....	47
5.1.2.8. Sammenligning af symptomgrupper: Obstetriske faktorer.....	48
5.1.3. Opsummering.....	49
5.2. Kvalitativ analyse af faktorer.....	50
5.2.1. Traumatiserende faktorer.....	50
5.2.1.1. Akut skift i fødselsforløbet og forventninger til fødslen.....	50
5.2.1.2. Manglende agens og kontrol over krop.....	53
5.2.1.3. Manglende kommunikation og tillid til sundhedspersonalet.....	55
5.2.1.4. Ressourcemangel.....	58
5.2.1.5. Relationer samt fysiske og psykiske konsekvenser.....	61
5.2.1.6. Standardisering.....	63
5.2.1.7. Opsummering.....	66
5.3. Intervention og behandling.....	66
5.3.1. Kvantitativ analyse af intervention.....	66
5.3.1.1. Erfaring med forskellige typer intervention.....	66
5.3.1.2. Effekt af intervention.....	68

5.3.2. Kvalitativ analyse af intervention	69
5.3.2.1. Debriefing/Efterfødselssamtale	69
5.3.2.2. Sundhedsplejerske	69
5.3.2.3. Egen læge	70
5.3.2.4. Ammevejleder	70
5.3.2.5. Psykologforløb	70
5.3.2.6. Familiebehandling	70
5.3.2.7. Online fora	71
5.3.2.8. Andre observationer i forhold til behandling	71
5.3.3. Opsummering	72
6. DISKUSSION	73
6.1. Metodisk diskussion	73
6.1.1. Konstruktvaliditet	73
6.1.2. Politiske agendaer	74
6.1.3. Følelsesmæssigt bias	74
6.1.4. Tilknytningsstil som confounder	76
6.1.5. Symptomgrupper	77
6.1.6. Ekstern validitet	78
6.1.7. Påvirkning af Covid-19 pandemien – en historie effekt?	80
6.2. Hvilke faktorer bør man screene for?	81
6.2.1. Diatese-stress modellen	81
6.2.2. Traumatiserende faktorer	81
6.1.3. De relationelle faktorer	82
6.3. Hvilken behandling bør man tilbyde?	83
6.3.1. Forebyggelse og henvisning til behandling	83
6.3.2. Debriefing/efterfødselssamtaler	84
6.3.3. Sundhedsplejerske	85
6.3.4. Ammevejledning og familiebehandling	85
6.3.5. Ekspressive skriveøvelser	86
6.3.6. Psykoterapi	86
6.4. Perspektivering	87
7. KONKLUSION	89
REFERENCELISTE	92

APPENDIX 1: SPØRGESKEMA

APPENDIX 2: INTERVIEWGUIDE

APPENDIX 3: INTERVIEW M. IA

APPENDIX 4: INTERVIEW M. IB

APPENDIX 5: INTERVIEW M. IC

APPENDIX 6: DATA FRA SURVEYXACT

APPENDIX 7: OVERSIGT: SIGNIFIKANSANALYSER

1. Indledning

I starten af det 20. århundrede udviklede de tyske fødselslæger Bernhard Krönig og Karl Gauss en revolutionerende ny metode med det formål at forbedre fødselsoplevelsen for kvinder. Gennem en blanding af den smertestillende og bedøvende medicin scopolamin og morfin kunne kvinderne vågne op uden at huske hverken deres fødsel eller smerterne derfra (Pollesche, 2018). Metoden blev kaldt *Dammersclaf* eller *Twilight Sleep* og fik stor betydning for den måde, vi anskuer fødselsmetoder i dag og diskussionen mellem fødende kvinder og sundhedspersonalet om samtykke og retten til at tage beslutninger i en fødselsproces. I USA udspillede der sig en politisk diskussion kort efter udbredelsen af *Twilight Sleep*-metoden, hvor mange læger nægtede at benytte metoden på trods af stor efterspørgsel. Dette på baggrund af risikoen for den fødende kvinde og barnet, samt det faktum at metoden gik imod religiøse værdier om kvindens pligt til en smertefuld fødsel. På den anden side kæmpede suffragetter og feministiske organisationer for kvinders ret til medbestemmelse i deres fødsel og for metoden som et smertefrit valg for kvinder (MacIvor Thompson, 2019, p. 67). På den anden side har historikere med nutidige øjne klassificeret metoden som starten på medikalisering og depersonalisering i fødselsprocessen på baggrund af kvindernes manglende kontrol i processen (MacIvor Thompson, 2019, p. 67). Metoden og de diskussioner det medførte er et godt eksempel på de værdikampe og udfordringer, der også eksisterer indenfor feltet i dag.

De fødendes vilkår har indenfor de seneste par år fået opmærksomhed i Danmark grundet et væld af artikler og opslag på sociale medier fra kvinder, der har fortalt om deres traumatiske fødselsoplevelser med overskrifter som; “Det var traumatisk for mig at føde”(Alt for damerne, 2015), “Når det der skulle være så smukt, ender som et traume” (Kristeligt dagblad, 2015), “Jeg følte ikke, at jeg var til stede under min egen fødsel” (Femina, 2018) og “Endnu en mor med en traumatisk fødsel på Rigshospitalet: Herfra bliver alt sløret, fragmenteret og uvirkeligt. Til det mareridt som igen og igen vender tilbage” (Politiken, 2021).

Disse artikler opstår som et led i debatten om jordemødres arbejdsvilkår. I et åbent brev til regeringen skrives følgende: “*Jordemodergruppen på rigshospitalet tager skarpt afstand fra yderligere besparelser i Obstetrik Klinik, Rigshospitalet. Vi tilslut-*

ter os klinikledelsens alvorlige bekymringer for såvel faglig kvalitet, service og arbejdsmiljø, og deler frygten for at den skitserede besparelse for 2018 vil få store negative konsekvenser for såvel patienter som personale.” I en artikel fra DR har man fået aktindsigt i arbejdstilsynets rapport fra 2020, hvor man har undersøgt flere fødeafdelinger i hovedstadsområdet. Artiklen citerer fra rapporten: *“Daglig brug for “benhård prioritering” af fødende grundet manglende jordemoder hænder. Fx udskydes der planlagte igangsættelser, og kvinder i aktiv fødsel bliver længere i Fødemodtagelsen grundet manglende jordemoderhænder på Fødegangen, hvilket ledelsen genkender”* (Ejbye-Ernst et al., 2021). Derudover beskriver rapporten fra arbejdstilsynet, hvordan travlheden risikerer at medføre fejl: *“Den manglende mulighed for at orientere sig i journalen forud for en undersøgelse, behandling, eller aktiv fødsel medfører risiko for fx medicinfejl. Ifølge de ansatte er der konkrete eksempler på sådanne medicinfejl grundet arbejdspress”* (Ejbye-Ernst et al., 2021). Et voksende antal kvinder i Danmark risikerer således at få traumatiske fødselsoplevelser grundet jordemødrenes arbejdspress og de manglende ressourcer på fødeafdelingerne, idet jordemødrene hverken har tid eller ressourcer til at sætte sig ind i den enkelte kvindes behov. Samtidig er antallet af psykisk sårbare mødre, der er i risikogruppen for at udvikle efterfødselsreaktioner som PTSD eller PDD efter en fødsel, steget fra ca. 2000 til ca. 9000 kvinder i perioden 2009-2016 (Balch & Østergaard, 2021). Dette kan risikere at medføre både et endnu større arbejdspress for jordemødrene, og flere kvinder med højere risiko for at få en traumatisk fødselsoplevelse.

Internationale undersøgelser af fødselstraumer arbejder ud fra en definition om et traume, som opstår efter kvinder har haft en negativ fødselsoplevelse og oplever symptomer på PTSD uden nødvendigvis at opfylde de diagnostiske kriterier for PTSD. Selvom en fødsel ofte anses i samfundet som en positiv oplevelse for de fleste kvinder, er det ikke tilfældet for alle. Undersøgelser fra udlandet viser, at prævalensen af kvinder med traumatiske fødselsoplevelser kan være op til 30 % af alle fødende kvinder (Byrne et al., 2017, p. 1; Ponti et al., 2020, p. 1). En traumatisk fødselsoplevelse kan medføre store konsekvenser – eksempelvis frygt for at blive gravid igen, valg af kejsersnit som fødselsmetode til efterfølgende børn, og kan i værste tilfælde medføre selvmordstanker eller moderens drab af sit eget barn (Byrne et al., 2017, p. 1f; Nesca & Dalby, 2011). En traumatisk fødselsoplevelse kan også medføre forhøjet risiko for udvikling af en fødselsdepression (PDD), hvilket kan forekomme komor-

bidt med fødselstraumer (Byrne et al, 2017, p. 2). Idet der ikke systematisk screenes for specifikt fødselstraumer i Danmark, kan det være svært at vurdere det præcise omfang af kvinder med traumatiske fødselsoplevelser i Danmark. De særlige omstændigheder og udfordringer indenfor fødeområdet i Danmark åbner således for risikoen for et skyggetal af kvinder, der muligvis aldrig får hjælp til at bearbejde deres fødselstraume.

Selvom området omkring traumatiske fødsler først for nylig har fået stor opmærksomhed i Danmark, har det været et forskningsområde i udlandet i de seneste 25 år. I 1995 udgav Ballard, Stanley & Brockington en den første artikel om fødselstraumer i form af en artikel om casestudier af kvinder, der har udviklet posttraumatisk stress syndrom (PTSD) efter en fødsel. Dette skabte voksende interesse for undersøgelsesfeltet (König et al., 2016, p. 2). Der er således foretaget en del forskning siden 1995 af prævalenser, risikofaktorer og effekten af diverse behandlingsmetoder i forhold til traumatiske fødselsoplevelser. Denne undersøgelse har til formål at opnå en bred viden om risikofaktorer, konsekvenser og intervention i forbindelse med traumatiske fødselsoplevelser i en dansk kontekst, der kan bidrage med viden til klinisk praksis.

Dette har resulteret i følgende problemformulering:

Hvilke faktorer bør man screene for hos mødre med en traumatisk fødselsoplevelse i en dansk kontekst, og hvilken behandling bør man tilbyde disse mødre for at forhindre konsekvenserne af en traumatisk fødselsoplevelse?

Den brede forståelse af risikofaktorer, konsekvenser og interventioner efter traumatiske fødselsoplevelser efterstræbes gennem en sammenligning af internationale forskningsresultater med den fundne danske empiri i denne undersøgelse. Denne empiri opnås gennem en bred spørgeskemaundersøgelse i en større del af den danske population af kvinder med traumatiske fødselsoplevelser, og en dybere forståelse af området efterstræbes gennem semistrukturerede interviews med disse kvinder. Emnet undersøges således gennem en mixed methods metodologi og et eksplanatorisk sekventielt design.

2. Begrebsafklaring

2.1. En traumatisk fødselsoplevelse - en definition af begrebet

Der findes ingen overenstemmig afklaring af begrebet traumatisk fødselsoplevelse eller *Birth Trauma*. Der er dog en bred forståelse af begrebet indenfor forskningsfeltet. Begrebet refererer til kvinder, der oplever symptomer på PTSD efter en fødselsoplevelse, men som ikke nødvendigvis opfylder de diagnostiske kriterier for PTSD. De PTSD-symptomer, der opstår i forbindelse med fødselstraumer, kan være flashbacks, mareridt, en følelse af at være fastlåst i fortiden, undgåelse af påmindelser om fødslen, angst, vrede og isolation (Ayers et al., 2008 in Byrne et al., 2017, p. 1). Det anslås, at op til 30 % af kvinder beskriver deres fødsel som traumatisk, hvoraf nogle af disse vil udvikle svære PTSD-lignende symptomer på grund af dette traume (Byrne et al., 2017, p. 1). Heraf er prævalensen af kvinder, der opfylder de diagnostiske kriterier for PTSD efter en traumatisk fødsel på 3,1 % iblandt alle fødende kvinder og 15,7 % i risikogrupper (McKenzie-McHarg et al., 2015, p. 221). PTSD efter en traumatisk fødsel er ætiologisk meget lig PTSD efter andre typer traumer. Kvinderne med PTSD efter en traumatisk fødsel rapporterer dog oftere om flere symptomer på genoplevelse frem for undgående symptomer (Ayers et al., 2007, p. 177). Traumatiske fødselsoplevelser kan have vidtrækkende konsekvenser for både den fødende kvinde, hendes partner og barnet (König et al., 2016, p. 8).

2.2. Forveksling med fødselsdepression

Der er en tydelig sammenhæng mellem en traumatisk fødselsoplevelse og fødselsdepression. Udover at flere af symptomerne på tilstandene er de samme, har de begge også mange risikofaktorer til fælles (Byrne et al., 2017, p.2). Man ser derfor en stor komorbiditet mellem traumatiske fødselsoplevelser og fødselsdepression, hvilket tilsammen gør det svært at adskille de to efterfødselsreaktioner fra hinanden. Der er dog mange tilfælde af traumatiske fødselsoplevelser uden fødselsdepression, hvilket berettiger eksistensen af traumatiske fødselsoplevelser som et fænomen i sig selv (Byrne et al., 2017, p.2). I en enkelt undersøgelse af Parfitt & Ayers (2008) fandt man, at 74 % af kvinderne, der led af diagnosticeret PTSD efter en fødsel også havde en fødselsdepression (p. 137). Komorbiditet af PTSD-symptomer og depression er generelt associeret med en højere sværhedsgrad af symptomer og dårligere funktion

(Parfitt & Ayers, 2008, p. 128). Der er ligeledes samme komorbiditet mellem PTSD efter andre typer traumer end fødsel og en depression urelateret til fødsel (Campbell et al., 2007, p. 712). Sommetider fejldiagnosticeres en traumatisk fødselsoplevelse som en fødselsdepression, idet fødselsdepressioner er bredere kendt, og der er stor anvendelse af validerede screeningsværktøjer i praksis - eksempelvis Edinburgh Postnatale Depressionsscore (Byrne et al., 2017, p. 2). Der er forskel på, hvordan man mest effektivt behandler de to typer efterfødselsreaktion, hvilket understreger vigtigheden af korrekt diagnosticering (Byrne et al., 2017, p. 2).

3. Metodologi og metode

I dette afsnit vil der blive redegjort og argumenteret for de metodiske valg, der er foretaget i forbindelse med denne undersøgelse. Først vil der blive redegjort for videnskabsteorien omkring mixed methods og dernæst følger et afsnit, der beskriver argumentationerne for brug af denne metode. Derefter er der en beskrivelse af, hvordan den kvantitative komponent af undersøgelsen er gennemført i form af rekrutteringsprocesser, eksklusionskriterier, spørgeskemaet som metode og indholdet af spørgeskemaet. Efterfølgende afsnit indeholder en beskrivelse af forskningsinterviewet som metode, udvælgelse af informanter fra spørgeskemaet, baggrunden for indhold i interviewguiden og valg af metode til kvalitativ analyse.

3.1. Mixed methods

3.1.1. Tesen om inkompatibilitet og epistemologiske udfordringer

I mange årtier har forskere debatteret hvilket forskningsparadigme, der bedst egner sig til socialvidenskaberne. Kvalitative forskere har argumenteret for de interpretivistiske og konstruktivistiske paradigmer, mens kvantitative forskere har argumenteret for positivistiske og post-positivistiske paradigmer, hvilket har skabt en “...*krig mellem paradigmer*” (Hall, 2020, p. 19). På baggrund af denne debat, blev der skabt en tese om inkompatibilitet mellem paradigmerne, der medførte at forskere oftest gennemførte deres forskning ud fra kun én af paradigmerne. Kombineret af metoder fra forskellige paradigmer er dog ikke et nyt fænomen i socialvidenskaberne, idet kendte forskere som Max Weber og Émile Durkheim ligeledes gjorde brug af disse, men der er de seneste årtier opstået en international interesse for mixed methods (Frederiksen et al., 2014, p. 10; Hall, 2020, p. 19). Dermed er tesen om inkompatibilitet blevet udfordret. Det har resulteret i nogle metodiske udfordringer, idet kombinationen af metoder tilhørende forskellige paradigmer sætter spørgsmålstejn ved, hvilke regler og antagelser forskeren bygger sin forskning på (Hall, 2020, p. 19f; Frederiksen et al., 2014, p. 9).

For at udbedre disse udfordringer fremlagde flere mixed methods forskere det pragmatiske paradigme som fundament for mixed methods forskning. Pragmatisme byg-

ger på tankerne af amerikanske filosoffer Charles Pierce, John Dewey og William James og peger på, at et koncepts relevans og betydning bør bygge på konceptets brugbarhed og praktiske konsekvenser (Hall, 2020, p. 23). Dermed retfærdiggøres brugen af mixed methods ved at fokusere på det praktiske ved metoden frem for de epistemologiske udfordringer. Definitionen af pragmatisk for hvem og med hvilket formål er dog svært at definere, hvilket skaber nye epistemologiske udfordringer at forholde sig til (Hall, 2020, p. 23).

En anden udvikling der yderligere har legitimeret brugen af mixed methods, er den metodediskussion, der har foregået de seneste 20 år, der har resulteret i udviklingen af begreber, typologier og metodologiske strategier indenfor mixed methods for at løse disse medfølgende epistemologiske udfordringer (Frederiksen et al., 2014, p. 9).

3.1.2. Argumentation for brug af mixed methods metodologi

Denne undersøgelse er bygget efter et eksplanatorisk sekventielt design, hvor de kvalitative og kvantitative komponenter er adskilt sekventielt under dataindsamlingen. Den kvalitative komponent er bygget på viden fra den kvantitative komponent med det formål at forklare og uddybe resultaterne fra den kvantitative komponent (Creswell & Plano Clark, 2011 in Hall, 2020, p. 85). Problemformuleringen er således ikke todelt, da målet er, at både den kvantitative og kvalitative komponent kan bidrage til begge spørgsmål, der indgår i det samlede forskningsspørgsmål om hhv. relevante faktorer og behandling. Metoden er valgt med et komplementært formål for at få en bred forståelse af oplevelsen af en traumatisk fødselsoplevelse og fællestræk ved oplevelsen, der kan anvende klinisk. Samtidig giver det mulighed for en fortolkningsintegration af teori fra internationale studier med dansk empiri fra et bredere udsnit af populationen og uddybende viden om den fænomenologiske oplevelse af en traumatisk fødsel (Hall, 2020, p. 84; Frederiksen, 2014, p. 21). Anvendelsen af en mixed methods metodologi til udforskning traumatiske fødselsoplevelser kan yderligere retfærdiggøres, idet den eksisterende litteratur om emnet er bygget på både kvantitative, kvalitative og mixed methods paradigmer. Dertil findes der flere studier om emnet med et lignende mixed methods forskningsdesign fx Byrne et al. (2017) og Tatano Beck & Gable (2012), samt et lignende kvalitativt eksplorativt forskningsdesign i Koster et al. (2019), og et lignende survey design i Hollander et al. (2017).

Disse studier er dog alle fra udlandet, og der findes til dato ikke lignende studier om traumatiske fødselsoplevelser i en danske population.

3.2. Den kvantitative komponent

3.2.1. Forskningskriterier for god kvantitativ metode

Ved vurderingen af god kvantitativ forskning forholder man sig til forskningskriterier som reliabilitet og validitet. For at sikre reliabilitet skal undersøgelsen kunne generaliseres, replikeres og falsificeres. Empirien skal således bekræftes ved at vise, at det er muligt at udføre samme eksperiment igen for at sikre, at effekten findes og ikke kun er opstået den enkelte gang. Når man undersøger mennesket og dets adfærd, kan dette være særlig vigtigt, idet mennesker er komplekse og meget varierende (Coolican, 2014, p. 15f). Derfor kan det være en fordel at have et højt antal deltagere i sit sample og forholde sig til power og effektstørrelse for at forstørre muligheden for, at effekten er sand og kan replikeres. For at sikre at undersøgelsen og dets resultater kan replikeres, bør man rapportere alle detaljer om data, procedurer og andre foranstaltninger (Coolican, 2014, p. 15f). En anden værdi ved videnskabelig metode er, at man altid bør undersøge falsificerbarheden af ens undersøgelse, således at man forsøger at eliminere alternative forklaringer på den effekt, der eventuelt er fundet. Disse alternative forklaringer kan være confounding variable, der er andre variabler end de undersøgte, der muligvis påvirker effekten og leder til de resultater, der er fundet (Coolican, 2014, p. 67). For at sikre falsificerbarhed og at effekten opstår på grund af en bestemt variabel, kan det ligeledes være fordelagtigt at gøre brug af kontrolgrupper (Coolican, 2014, p. 70). Falsificerbarhed er ligesom replikation en proces, der har til formål at sikre at effekten, der er fundet, faktisk er sand og ikke kan forklares af en anden effekt (Coolican, 2014, p. 19).

En anden af de overordnede værdier god kvantitativ forskning er at forholde sig til forskningens validitet, der omhandler, hvorvidt der undersøges det, der er målet at undersøge (Coolican, 2014, p. 40). Validitet vurderes ud fra en række forskellige typer. Et af disse er konstruktvaliditet, der beskæftiger sig med, hvorvidt den værdi, man gerne vil måle, er den samme eller stemmer overens med den værdi, man faktisk måler i undersøgelsen (Coolican, 2014, p. 37) I tilfældet af denne undersøgelse vil

det eksempelvis være en vurdering af, om sværhedsgraden af en traumatisk fødselsoplevelse kan måles ud fra antallet af posttraumatiske symptomer. Der skal således være tydelige og klare definitioner og måleredskaber for at opnå konstruktvaliditet (Coolican, 2014, p. 37). En anden type validitet er den interne validitet, der omhandler, hvorvidt der er en kausal forbindelse mellem variablene, idet en korrelation ikke nødvendigvis afspejler virkeligheden. Den interne validitet kan blive påvirket, hvis der fx er en sampling bias, nogle bestemte deltagere, der enten tilmelder sig undersøgelsen eller undgår at deltage, eller historie-effekter, hvor resultaterne påvirkes af historiske begivenheder, der påvirker mange i samplet (Coolican, 2014, p. 96). En tredje type validitet er den eksterne validitet, der undersøger om, hvorvidt effekten kan generaliseres til et andet miljø og andre populationer, hvilket kaldes hhv. økologisk validitet og populationsvaliditet. Derudover kan den historiske validitet vurderes i forhold til, om effekten også viser sig i andre tidsperioder.

3.2.2. Spørgeskemaet som metode

Den første komponent af undersøgelsen består af et spørgeskema med det formål at opsamle deskriptiv information om traumatiserende faktorer, symptomer og konsekvenser af en traumatisk fødselsoplevelse. Derudover har spørgeskemaet i denne undersøgelse yderligere til formål at sortere og udvælge relevante informanter til anden komponent af undersøgelsen. Fordelene ved denne metode er, at den kan samle information fra et større sample end andre metoder, samt at demografisk information kan påvise nogle eventuelle sammenhænge (Hall, 2020, p. 67). Begrænsningerne ved denne metode er, at der kan være fejl i resultaterne, hvis respondenterne misforstår spørgsmålene grundet dårlig formulering af spørgsmål og svarmuligheder, samt at respondenternes rapportering kan være fejlbarlig (Hall, 2020, p. 68). Denne udfordring er eksisterende i alle former for selv-rapportering, der generelt kan være påvirket af "*social desirability*"-bias (Hall, 2020, p. 69). I denne undersøgelse kan det fx være svært at indrømme overfor sig selv og andre, hvis man føler, at det at føde har været ekstremt hårdt, når andre kvinder ikke har samme oplevelse, eller at man fx har negative følelser overfor sit barn.

3.2.3. Opbygning af spørgeskema

Spørgeskemaet indeholder i starten en samtykkeerklæring formuleret ud fra en standardblanket fra Psykologi-uddannelsen på Aalborg Universitet. På denne side samt ved tryk på link, der fører til spørgeskemaet, er der udtrykt et tydeligt eksklusionskriterie om, at deltagelse kræver, at man har oplevet en selv-defineret traumatisk fødsel indenfor det seneste år. Dette har til formål at undgå bias med henblik på evnen til at genkalde sig traumet og eventuelle symptomer. En kopi af spørgeskemaet kan findes i appendix 1.

Strukturen af spørgeskemaet er derefter bygget ud fra fem kategorier; demografisk data, prænatal data, perinatal data, postnatal data/konsekvenser og intervention/behandling. Kategorierne demografisk data, prenatal data og perinatal data er inspireret af Akershus Birth Cohort, der eksempelvis er brugt i Garthus-Niegel et al. (2015) og Garthus-Niegel et al. (2017a), der indeholder relevante spørgsmål om demografi og obstetriske faktorer. De resterende spørgsmål er baseret på resultaterne fra et væld af artikler fra international forskning om emnet, der peger på forskellige faktorer, konsekvenser og effekten af forskellige typer intervention. Især faktorer der kan være medvirkende til traumatiseringen under fødslen og symptomer på en traumatisk fødselsoplevelse er vigtige i forhold til analysen. De 22 foreslåede medvirkende faktorer er foreslået ud fra følgende artikler; Hollander et al. (2017), Garthus-Niegel et al. (2015), Koster et al. (2020), van Heumen et al. (2018), Byrne et al. (2017), McKenzie-McHarg et al. (2015) og Rodríguez-Almagro et al. (2019). Eksempler på disse er; Ingen eller dårlig støtte fra sundhedspersonalet, oplevelse af at være i livsfare, komplikationer underfødslen fx svangerskabsforgifning.

De 21 symptomer på en traumatisk fødselsoplevelse er foreslået ud fra følgende artikler; Koster et al. (2020), Byrne et al. (2017), McKenzie-McHarg et al. (2015), Rodríguez-Almagro et al. (2019) og Tatano Beck & Watson (2019). Eksempler på disse er; flashbacks fra fødslen, isolation og manglende følelser af kærlighed overfor sit barn. Spørgeskemaet afsluttes med en beskrivelse af muligheden for at deltage i anden komponent af undersøgelsen.

3.2.4. Rekruttering til spørgeskema

Respondenter er rekrutteret gennem *convenience sampling* i relevante grupper på det sociale medie Facebook (Hall, 2020, p. 105). Disse grupper har omhandlet køb og salg af baby-remedier, internetbaserede terminsgrupper, grupper der kæmper for bedre fødsels- og barselsrettigheder og støttegrupper for kvinder, der har oplevet fødslen som traumatisk. Rekrutteringsmetoden kan have resulteret i, at respondenterne var påvirket af en potentiel bias, idet nogle af respondenterne har en politisk holdning om, at forholdene for fødende kvinder i Danmark bør forbedre. Alternativt kunne man have rekrutteret respondenter ved et samarbejde med en fødeafdeling, men dette er ikke valgt på baggrund af, at denne metode havde været for tidskrævende i forhold til undersøgelsens rammer. Derudover ville udlevering af spørgeskemaet kort efter fødslen ikke give relevant data for de symptomer, der kan opstå langt senere, og erfaring med den behandling og intervention, der efterspørges i undersøgelsen. Eksklusionskriterier for undersøgelsen var; at barnet var dødfødt, at barnet døde kort efter fødslen, eller at barnet blev indlagt på neonatal-afdelingen. Disse ulykkelige udfald af fødsler er et forskningsemne i sig selv og kan resultere i traumer med en potentielt anden oprindelse og manifestation end ved traumatiske fødselsoplevelser, hvor barnet forblev ved godt helbred.

3.2.5. Metode til kvantitativ analyse

I alt har 57 respondenter besvaret spørgeskemaet. Efterfølgende er 24 respondenter blevet ekskluderet fra undersøgelsen, da de opfyldte et af de førnævnte eksklusionskriterier. Således var der 33 respondenter tilbage, der opfyldte alle kriterierne. 27 af disse respondenter har udfyldt hele spørgeskemaet, mens 6 af respondenterne har udfyldt størstedelen af spørgeskemaet. Dataindsamlingen er foregået gennem SurveyXact. En kopi af spørgeskemaet kan findes i appendix 6, hvor sensitive oplysninger som mailadresser er blevet skjult. Den kvantitative analyse er foretaget i *Graphpad Prism*, der er et program til dataanalyse og skabelsen af grafer, bygget til videnskabelig forskning. Ved kontinuert data som alder ved fødselstidspunktet og fødselens varighed er der foretaget et valg om, at anvende Shapiro-Wilk testen til at analysere normalfordeling.

For at undersøge hvilke faktorer man bør screene for hos mødre med en traumatisk fødselsoplevelse, er målet i den kvantitative analyse at identificere faktorer, der ofte

er involveret hos de respondenter, der oplever flest symptomer. Dette mål er sat ud fra den antagelse om, at de respondenter, der oplever flest symptomer, er dem der lider mest af deres traumatiske fødselsoplevelse og dermed har størst behov for intervention. Respondenternes enkeltvise antal af symptomer er således blevet optalt. Dernæst er alle respondenterne blevet fordelt i den halvdel med flest symptomer på traumatisering og resten er fordelt i den gruppe med færrest symptomer på traumatisering. Disse grupper er således opdelt i en lav- og høj symptomgruppe og er derefter blevet sammenlignet i forhold til forskellige faktorer og informationer fra spørgeskemaet med det formål at undersøge sammenhænge af, om visse faktorer er mere traumatiserende end andre.

3.3. Den kvalitative komponent

3.3.1. Forskningskriterier for god kvalitativ forskning

I forhold til kriterier for god kvantitativ forskning, blev der tidligere redegjort for den typiske forståelse af begreberne validitet og reliabilitet. Ved kvalitativ forskning lægges der ikke lige så meget vægt på disse koncepter, men konceptet om validitet og reliabilitet kan stadig medvirke til vurderingen af kvalitativ forskning (Coolican, 2014, p. 324). Man kan stadig forholde sig til værdier som transferens og generalisering, men på en anderledes måde, idet man eksempelvis kan overveje, om der er visse diskursive strategier i datamaterialet, og om der dermed kan findes nogle sammenhænge (Coolican, 2014, p. 326). Disse gennemgående sammenhænge kan være en værdi ved god kvalitativ forskning ligeså, idet man således kan evaluere om, der fremstår en underliggende teori, der kan integreres i helheden af empirien (Coolican, 2014, p. 326).

Forskellen ved kvalitative forskningskriterier er dog, at man accepterer subjektiviteten og refleksiviteten frem for at efterstræbe ren objektivitet (Coolican, 2014, p. 325). I stedet er fokus på andre værdier. Et af disse kan være respondent validering, hvor man efter sin analyse kan konsultere med sine deltagere om, hvorvidt de fortolkninger, der er formet, stemmer overens med deres oplevelser. Denne form for validering kan dog være problematisk, hvis respondenterne ikke kan genkende det samlede billede eller respondenterne har meget forskellige oplevelser, og derfor ikke kan genkende fortolkningen (Coolican, 2014, p. 324). En anden mulighed for at un-

dersøge kvaliteten af en kvalitativ undersøgelse er triangulering, hvor man sammenligner flere forskellige syn eller perspektiver på det samme emne fx gennem forskellige metoder eller respondenter med forskellige roller i forhold til fænomenet. Der vil ofte være en form for enighed omkring nogle emner. Dette kan give et samlet billede med flere perspektiver på den underliggende sandhed om emnet (Coolican, 2014, p. 324). Derudover er en anden værdi ved kvalitativ forskning, at det skal være muligt for andre at gennemskue de slutninger og fortolkninger, der er foretaget, ved at gå tilbage til det originale data, ved at beskrive rationaler og ved at give eksempler. (Coolican, 2014, p. 325). Til sidst kan man gøre brug af en metode, der kan have ligheder med falsificerbarhed. Ved at gennemgå data for at finde negative eksempler, der modsiger fortolkningerne, kan man på en lignende måde efterstræbe at udelukke alternative forklaringer (Coolican, 2014, p. 325).

3.3.2. Det kvalitative forskningsinterview som metode

Ved den anden komponent af undersøgelsen er der gjort brug af kvalitative forskningsinterviews som metode. Det kvalitative forskningsinterview kan betragtes som en manifestation af Merleau-Pontys (1962) beskrivelser om en fænomenologisk videnskab, hvor menneskets beskrivelse af sin livsverden kan bruges til at skabe modeller og teorier ud fra (Tanggaard & Brinkmann, 2015, p. 31). I denne undersøgelse er der gjort brug af den semi-strukturerede interviewstil. Denne metode kræver en grundig baggrundsviden om forskningsemnet, og nogle fastlagte spørgsmål, der fungerer som styrende samtalen (Tanggaard & Brinkman, 2015, p. 37f). Disse spørgsmål kan dog afviges fra og andre relevante spørgsmål kan tilføjes under foretagelsen af interviewet. Sommetider kan informanten trække samtalen i en anden retning end tiltænkt, men alligevel nå rundt om besvarelsen af spørgsmålene (Tanggaard & Brinkmann, 2015, p. 38). Dette er eksempelvis tilfældet i denne undersøgelse i interviewet med en af informanterne, der kommer med en lang beretning af sin fødselsoplevelse ved første spørgsmål, der viser sig at besvare mange af de efterfølgende spørgsmål. Det bliver hermed nødvendigt at undvige fra interviewguiden, idet det ikke ville resultere i en naturlig samtale, og informanten potentielt kan føle, at hun ikke bliver hørt. I denne undersøgelse er spørgsmålene generelt præget af åbenhed, idet forskellige dele af fødselsoplevelsen kan være mere relevante end andre for de forskellige informanter.

3.3.3. Rekruttering til interview

Formålet med forskningsinterviewet i denne undersøgelse er at finde relevante faktorer, der har betydning for den enkelte kvindes traumatisering og erfaringer med behandling af deres traume. Informanterne er rekrutteret via det førnævnte spørgeskema, hvor der ved sidste spørgsmål var beskrevet at ved interesse i at deltage yderligere i undersøgelsen i form af et interview over Zoom, bedes man skrive sin mail i det medfølgende tekstfelt. Interviewet er foretaget over Zoom af flere grunde. Et af disse grunde er af sikkerhedsmæssige årsager i forhold til Covid19-epidemien. Derudover gør det internetbaserede interview det muligt at rekruttere informanter fra hele landet. Samtidig kan det fremstå mere overskueligt for informanterne at deltage i undersøgelsen, da de ikke er nødsaget til at forlade hjemmet med et spædbarn.

Målet var at opnå tre eller fire informanter. Efter de respondenter, der opfyldte eksklusionskriterierne blev fjernet fra data, var der i alt 6 mulige informanter, der havde opgivet deres mail. Yderligere to potentielle informanter blev ekskluderet, idet de er i perifer omgangskreds af undertegnede. Således var der fire mulige informanter, der fik tilsendt en mail om deres ønske om fortsat at deltage i undersøgelsen. Tre af disse svarede tilbage med en tilkendegivelse om, at de fortsat gerne ville deltage. Den fjerde svarede først tilbage på mailen få uger før aflevering af undersøgelsen, og det var således for sent at inkludere denne kvindes oplevelse i undersøgelsen. De tre informanter blev anonymiseret til IA (Informant A), IB (Informant B) og IC (Informant C) navngivet efter rækkefølgen af, hvornår interviewet blev foretaget. Disse interviews har været af varierende længde, idet det længste interview har varet 45 min, og det korteste 25 min, afhængigt af, hvor meget kvinderne har haft at fortælle.

3.3.4. Informanter

De tre informanter blev således ikke udvalgt på baggrund af nogle særlige kriterier udover metodiske og etiske retningslinjer. Alle informanterne havde det tilfælles, at de var førstegangsfødende, de havde en vaginal fødsel, de har gennemført en lang videregående uddannelse, og ingen var nogensinde blevet diagnosticeret med en psykisk lidelse inden fødslen. Her følger en beskrivelse af forskellene mellem de tre informanter:

IA er en 31-årig kvinde, der beskriver, at hun havde et godt psykisk helbred inden fødslen, hun var i arbejde, led ikke af nogen fysiske smerter og havde en lav grad frygt for fødslen. IA lider i dag af 10 symptomer på en traumatisk fødselsoplevelse

og er dermed placeret i den høje symptomgruppe. Hun fik en 4. grads bristning under fødslen og mener selv, at hun lider af en belastningsreaktion. Fødslen har i høj grad påvirket hendes forhold til hendes barn i en negativ retning. Interviewet med IA kan findes i appendix 3.

IB er en 27-årig kvinde, der havde et hverken godt eller dårligt psykisk helbred inden fødslen. Hun var sygemeldt eller på en velfærdsydelse, led ikke af nogen smerter og havde ingen frygt for fødslen. IB lider i dag af 9 symptomer på en traumatisk fødselsoplevelse og er dermed placeret i den høje symptomgruppe. Hun fik en 1. grads bristning under fødslen og er blevet diagnosticeret med en fødselsdepression. Fødslen har i mindre grad påvirket hendes forhold til hendes barn i en negativ retning. Interviewet med IB kan findes i appendix 4.

IC er en 29-årig kvinde, der ligeledes havde et hverken godt eller dårligt psykisk helbred inden fødslen. Hun var i arbejde, led i mindre grad af fysiske smerter inden fødslen og havde en lav grad af frygt for fødslen. IC lider i dag af 4 symptomer på en traumatisk fødselsoplevelse og er dermed placeret i den lave symptomgruppe. Hun fik en labia bristning under fødslen og mener ikke selv, at hun lider af nogen psykisk lidelse efter fødslen. Den traumatiske fødselsoplevelse har påvirket hendes forhold til hendes barn i en positiv retning. Her skal det tilføjes, at IC har været i en længerevarende familiebehandling, der har fokuseret på at forbedre forholdet mellem hende og hendes barn. Interviewet med IC kan findes i appendix 5.

Der er således ligheder men også forskelle mellem de tre informanter.

3.3.5. Valg foretaget ift. opbygning af interview

Interviewene er foretaget med samme grundlæggende opbygning, hvilket kan ses i interviewguiden i appendix 2. Opbyggelsen af det semistrukturerede interview indledes med information om optagelse af interviewet, anonymisering, og informantens rettigheder og samtykke. Derefter bedes informanten berette om sin fødselsoplevelse fra start til slut med en selvvalgt detaljegrad. Under dette specifikke spørgsmål har undertegnede foretaget et valg om ikke at stille opfølgende spørgsmål før efter beretningen for ikke at dreje fortællingen i en retning, der ikke synes relevant for informanten. Dernæst tilspørges informanterne om, de enkeltvist kan uddybe, hvordan de faktorer, de har afkrydset i spørgeskemaet, var medvirkende til deres traumatiserende oplevelse. Derefter spørges der til de mest fremtrædende symptomer og konsekven-

ser af fødselsoplevelsen og erfaringer med behandling og intervention af disse. Til sidst har informanten mulighed for at selv at tilføje, hvad de ellers finder relevant i forhold til fænomenet.

3.3.6. Metode til kvalitativ analyse

De kvalitative forskningsinterviews er efterfølgende blevet kodet og analyseret ud fra metoden *Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)*. Metoden er udviklet af Jonathan Smith i 1990'erne ud fra hermeneutiske og fænomenologiske metodologier. Ved metoden lægges der mindre vægt på beskrivelse og stor vægt på fortolkning af, hvad informanten fortæller (Langdrige, 2007, p. 55). Ved IPA er fokus derudover at forstå, hvordan mennesker opfatter deres oplevelse, og hvad det har haft af betydning for dem og deres livsverden (Langdridge, 2007, p. 107). Dette fokus er, hvad der gør metoden relevant for denne undersøgelse, idet en traumatisk fødselsoplevelse er en meget subjektiv oplevelse, der kan påvirke kvinder og deres liv meget forskelligt. Idet denne metode har fokus på den semantiske betydning af, hvad der bliver fortalt, er disse interviews ikke blevet transskriberet til at indeholde detaljerede konversationsinformationer, da det ikke synes relevant for formålet med metoden (Langdridge, 2007, p. 110).

4. Redegørelse

I dette afsnit vil der blive redegjort for risikofaktorer for at opleve fødslen som traumatisk. Disse risikofaktorer vil først omhandle anskuelsen af fænomenet i forhold til diatese-stress-modellen og dernæst vil prænatale, perinatale og postnatale risikofaktorer blive redegjort for. Efterfølgende afsnit indeholder en beskrivelse af de typiske konsekvenser ved en traumatisk fødselsoplevelse – dertil konsekvenserne for forskellige personer omkring den fødende. Til sidst vil der blive redegjort for de typiske interventioner og deres effekt ud fra, hvad der er undersøgt i internationale forskningsartikler.

4.1. Risikofaktorer for en traumatisk fødselsoplevelse

4.1.1 Diatese-stress-modellen

For at forklare sammenhængen mellem posttraumatiske symptomer og dets risikofaktorer efter en fødsel har forskere indenfor feltet (Ayers et al, 2016; König et al., 2016) valgt at anskue dette i en diatese-stress-model, der beskriver, hvordan den enkelte kvindes prædisponerede sårbarhed interagerer med den stressfulde begivenhed, som en fødsel kan være (Ayers et al., 2016, p. 1121). Hermed interagerer de prænatale sårbarhedsfaktorer med den subjektive opfattelse af fødslen, obstetriske komplikationer og social støtte. Disse kan risikere at vedligeholdes af en række postnatale faktorer (Ayers et al., 2016, p. 1122).

Anskuelsen af fænomenet i forhold til modellen understøttes af diverse metaanalyser samt fund i litteraturen. I en britisk undersøgelse af Ford & Ayers (2011) finder man en sammenhæng mellem lav støtte fra sundhedspersonalet og postnatale posttraumatiske symptomer hos kvinder med en tidligere traumer (p. 1553). Derudover kan støtte under fødslen mediere forholdet mellem en tidligere traumehistorie og fødselsrelateret PTSD og dermed mindske risikoen for at opfatte fødslen som traumatiserende (Ford & Ayers, 2011, p. 1553). Disse fund støtter op om teorien, der peger på, at sårbarhed i form af tidligere traumer eller psykiske udfordringer forstørrer risikoen

for at få en traumatisk fødselsoplevelse og posttraumatisk stress efter en fødsel. I næste afsnit vil der blive redegjort for sårbarhedsfaktorer, der kan forhøje risikoen for at udvikle posttraumatiske symptomer efter fødsel.

4.1.2. Prænatale faktorer

4.1.2.1. Personlighed, psykiatriske udfordringer og andre sårbarhedsfaktorer

I sidstnævnte undersøgelse af Ford & Ayers (2011) fandt man ligeledes diverse sårbarhedsfaktorer for udvikling af PTSD efter fødsel, der også var associeret med hinanden. Blandt disse var depression under graviditeten, *self-efficacy* samt *powerful others*-dimensionen af *locus of control*. Sidstnævnte faktor indebærer en stærk tro på eksternt kontrol fra magtfulde andre, fx at sundhedsprofessionelle er alvidende, og man bør følge alt, hvad de siger (Ross et al., 2015, p. 892).

I en italiensk undersøgelse har Cigoli et al. (2006) forsket i de relationelle faktorer, der er relateret til udviklingen af PTSD efter fødsel. Her fandt man at førstegangs-fødsel, opfattelsen af lav social støtte fra familie og sundhedspersonalet, angst for sit barn og tidligere depression var prædikative faktorer for PTSD 3-6 måneder efter fødslen (p. 91). I den tidligere nævnte britiske metaanalyse af Ayers et al. (2016) fandt man ligeledes nogle sårbarhedsfaktorer for udvikling af posttraumatisk stress efter fødsel. Disse var depression under graviditeten, frygt for fødslen, dårligt helbred eller komplikationer under graviditeten, tidligere PTSD samt behandling for enten graviditet eller fødsel (p. 1121).

I en hollandsk undersøgelse af van Heumen et al. (2018) har man undersøgt psykosociale prædiktorer for PTSD efter en traumatisk fødselsoplevelse. Resultaterne viste, at kvinderne med et lavt eller moderat niveau af *sense of coherence* rapporterede om flere PTSD-symptomer end kvinderne med et højt niveau (p. 5). Konstruktet *sense of coherence* refererer til, i hvor høj grad en person anser verden som forståelig, håndterbar og meningsfuld, hvor et højt niveau indikerer, at personen har effektive coping-strategier (van Heumen et al., 2018, p. 3). Derudover fandt forskergruppen, at kvinderne med lav social støtte oftere blev diagnosticeret med PTSD efter en traumatisk fødselsoplevelse frem for de kvinder med god social støtte. Der blev ligeledes

fundet en sammenhæng mellem niveauet af frygt for fødslen og antallet af PTSD-symptomer (van Heumen et al., 2018, p. 5).

4.1.2.2. Tilknytningsstil

I en britisk undersøgelse har Ayers et al. (2013) undersøgt sammenhængen mellem posttraumatisk stress efter fødsel og kvindens tilknytningsstil før fødslen målt ud fra *Adult Attachment Questionnaire*. Her blev der fundet en sammenhæng med utrygt undgående (*Avoidant*) tilknytningsstil og PTSD efter en traumatisk fødselsoplevelse. For at forklare dette fænomen refererer forfatterne til en teori af Charuvastra & Cloitre (2008), der peger på, at en persons tilknytningsstil, tidlig misbrug i barndommen samt andre negative livsbegivenheder påvirker, hvordan personen reagerer på stress og traumer ved, at personens forventninger til støtte og evnen til at regulere følelser er anderledes (Ayers, 2013, p. 295). I en lignende britisk undersøgelse af Quinn et al. (2015) fandt man, at kvinder med en utryg undgående tilknytningsstil oftere rapporterede om, at de ikke havde følt sig respekteret af sundhedspersonalet. Derudover fandt man en sammenhæng mellem alle tre utrygge tilknytningsstile og større akut traumatisk stress under fødslen, samt at kvinderne med en ængstelig ambivalent tilknytningsstil (*anxious/preoccupied*) rapporterede om større smerter end kvinderne med andre tilknytningsstile (p. 256). I en britisk artikel af Iles et al. (2010) fandt man, at en mindre tryk tilknytningsstil og utilfredshed med støtten fra partneren var associeret med højere risiko for posttraumatisk stress og fødselsdepression (p. 520). Derudover var der en signifikant sammenhæng mellem parrets mængde af posttraumatiske symptomer (Iles et al., 2010, p. 524).

4.1.2.3. Traumatiske eksterne begivenheder

Nyere forskning indenfor området har undersøgt eksterne faktorer og stressfulde begivenheder, der kan forhøje risikoen for posttraumatiske symptomer efter en fødsel. I et amerikansk og israelsk studie har Mayopoulous et al. (2021) undersøgt, om Covid-19-pandemien medfører større risiko for traumatiske fødselsoplevelser. Her fandt forskergruppen, at kvinder i Covid-19-ramte lokalsamfund havde signifikant højere akut stress respons under fødslen end kontroller fra før epidemien, hvilket førte til flere traumatiske fødselsoplevelser. Derudover påvirkede det også kvindernes evne

til at tilpasse sig livet efter fødslen, hvor disse kvinder havde flere problemer med tilknytning og amning i den tidlige tid efter fødslen (p. 124). Forfatterne beskriver, hvordan dette kan skyldes, at kvinderne har en subjektiv opfattelse af situationen, som mere farlig under pandemien end ellers, på grund af faktorer som frygt for virus-sen, følelsen af lavere social støtte på grund af besøgsrestriktioner på hospitalet og diskrepans mellem forventning og virkelighed af fødslen efter pandemiens indtog (Mayopoulous et al., 2021, p. 124).

4.1.3. Perinatale faktorer

4.1.3.1. Obstetriske risikofaktorer og fødselsmetoder

I en hollandsk artikel af Söderquist et al. (2002) har man undersøgt traumatisk stress efter fødsel i forhold til forskellige obstetriske variable. Der blev fundet en signifikant sammenhæng med PTSD symptomer og uplanlagt kejsersnit (6,3 gange højere risiko end normal vaginal fødsel), og en signifikant sammenhæng mellem PTSD-symptomer og instrumentel vaginal fødsel (4,8 gange højere risiko end normal vaginal fødsel) (p. 31). Et planlagt kejsersnit medførte ingen højere risiko for PTSD-symptomer, og der blev ligeledes ikke fundet nogen sammenhæng mellem langvarigheden af fødslen eller brug af smertestillende eller bedøvende medicin (Söderquist et al., 2002, p. 34f). Der blev fundet en sammenhæng mellem de kvinder med højest PTSD-symptomer af gruppen, der har haft en normal vaginal fødsel, og tidligere psykiatriske udfordringer. Resultaterne i undersøgelsen peger på, at normal vaginal fødsel er den mest skånsomme fødselsmetode ift. udvikling af PTSD-symptomer, men at selv den mest skånsomme fødselsmetode kombineret med psykisk sårbarhed stadig kan resultere i en traumatisk fødselsoplevelse (Söderquist et al., 2002, p. 36). Forskerne i undersøgelsen reflekterer dog over, at resultaterne kan være et udtryk for, at det ofte er de komplicerede og traumatiserende fødsler, der resulterer i procedurer som uplanlagt kejsersnit og instrumentel vaginal fødsel (Söderquist et al., 2002, p. 36f).

I den tidligere nævnte britiske metaanalyse af Ayers et al. (2016) fandt man følgende faktorer relateret til fødslen, der var relateret til symptomer på posttraumatisk stress; negativ subjektiv fødselsoplevelse, operativ fødsel (assisteret vaginal fødsel eller

kejsersnit), manglende støtte og dissociation (p. 1121). De faktorer, der bidrog til en negativ subjektiv fødselsoplevelse var negative følelser under fødslen samt manglende kontrol og agens (Ayers et al., 2016, p. 1127).

I en anden tidligere nævnt hollandsk undersøgelse af van Heumen et al. (2018) fandt man ligeledes, at oplevelsen af, at man selv er i fare for at dø, eller at ens barn var i fare for at dø under fødslen, er signifikante faktorer, der påvirker antallet af PTSD-symptomer efter en traumatisk fødselsoplevelse (p. 6).

4.1.3.2. Kvindernes eget syn på traumatisering under fødslen

I et hollandsk studie af Hollander et al. (2017) har man gennem et retrospektivt spørgeskema undersøgt, hvor ofte forskellige risikofaktorer fra litteraturen medvirker til at gøre fødselsoplevelsen traumatisk. Undersøgelsen havde 2192 respondenter og viste, at de mest hyppige risikofaktorer var *tab af kontrol* (54,6%), *frygt for barnets liv/helbred* (49,9%) samt *høj intensitet af smerte/fysisk ubehag* (47,4%). Derudover var dårlig kommunikation også en vigtig risikofaktor i fødselsprocessen, hvor mange af kvinderne manglede følgende; *kommunikation/forklaring* (39,1 %), *lytte til mig mere* (36,9%) samt *støt mig mere/bedre emotionelt/praktisk* (29,8%). Til sidst spillede kvindernes eget ønske om, at have *bedt om en intervention* (26,9%) eller *afvist intervention* (16,5%) en rolle i forhold til følelsen af traume (p. 515). Hos førstegangsfødende var det især *høj intensitet af smerte/fysisk ubehag*, *lang tid i fødsel* og *diskrepans mellem forventning og virkelighed*, der påvirkede kvindernes oplevelse af traume. Hos flergangsfødende var det primært *frygt for eget liv/helbred*, *at fødslen ender dårligt (fx barnets dødsfald)* og *at fødslen gik for hurtigt*, der påvirkede kvindernes oplevelse af traume (Hollander, 2017, p. 515). Derudover havde flere kvinder i en mulighed for tilføje *Andet*, skrevet lignende kategorier, som de mener, har medført at fødselsprocessen traumatiserede dem. Disse var *adskilt fra barn efter fødsel* samt *ikke været ved bevidsthed under fødslen på grund af medikamenter* (Hollander, 2017, p. 517). Af de kvinder der angav, at deres traume bl.a. skyldtes diskrepans mellem forventningen og virkeligheden af fødslen, blev der fundet en signifikant sammenhæng mellem dette og fødselsforberedelse-metoder som *hypno fødsel* og *læsning af bøger eller på internettet* (Hollander, 2017, p. 517). En lille del af kvinderne (12,4%) mente ikke, at nogen kunne have gjort noget for at forhindre fødsels-traumet (Hollander, 2017, p. 517). Flere af respondenterne beskrev, at de følte, at de

sundhedsprofessionelle kunne have hjulpet dem ved grundigt at gennemgå og evaluere fødselsoplevelsen med dem, og dernæst henvist dem til behandling af traumat (Hollander, 2017, p. 520).

I en hollandsk kvalitativ undersøgelse har Koster et al. (2019) interviewet kvinder for at forstå, hvordan de sundhedsprofessionelle (i denne sammenhæng refererer dette til jordemødre, fødselslæger og andre aktører involveret i fødselsprocessen) kan forhindre traumatiske oplevelser under fødslen. Her blev der fundet forskellige faktorer, der har medført, at de interviewede kvinder fik traumatiske fødselsoplevelser (p. 792). Et af de primære faktorer var *manglende information og samtykke*. Mange af kvinderne oplevede, at de sundhedsprofessionelle ofte tog beslutninger uden at konsultere kvinderne, uden at informere dem om det, og uden at få kvindernes samtykke, hvilket resulterede i, at forskellige interventioner under fødslen sommetider kom som en overraskelse eller et chok for kvinderne (Koster et al., 2019, p. 794). Kvinderne manglede at de sundhedsprofessionelle støttede dem og respekterede deres autonomi og værdier samt levede op til, hvad de havde forventet (Koster et al., 2019, p. 795).

En af de andre faktorer var *følelse af ekskludering*, hvor kvinderne beskrev, at de følte sig emotionelt distanceret og fremmedgjort fra fødselsprocessen. Manglende information til kvinderne kunne resultere i, at kvinderne følte sig passive og ikke følte sig involveret i processen (Koster et al., 2019, p. 795). Derudover oplevede kvinderne, at mange af interventionerne i fødselsprocessen blev besluttet og foretaget i et hurtigt tempo, hvilket skabte frygt og gjorde fødselsprocessen upersonlig, objektiviseret og dehumaniseret. Kvinderne ønskede at fødselsprocessen kunne være baseret på fælles beslutningstagning, optimal kommunikation og fokus på, at den fødende kvinde føler sig involveret og empowered (Koster et al., 2019, p. 796).

Den sidste faktor, der spillede en rolle for kvindernes oplevelse af traumatisering under fødslen var *uoverenstemmelse mellem forventning og virkelighed*. De kvinder, der oplevede diskrepans mellem forventningen og virkeligheden af fødslen oplevede følelser af tristhed, lavere selvværd samt mindre glæde, hvilket også er påvist i andre studier. Når en kvindes fødsel afviger fra den internaliserede idé om den perfekte fødsel kan det resultere i følelser af skyld, skam og fiasko (Liss et al., 2013 in Koster et al., 2019, p. 796). Kvinderne i artiklen ønskede, at de sundhedsprofessionelle havde samtaler med de fødende kvinder om forventninger, tro, kultur og personlige vær-

dier for at reducere de negative følelser, der medfølger, når fødslen ikke går som forventet (Koster et al., 2019, p. 796).

4.1.3.3. Dissociation

I en irsk artikel af Byrne et al. (2017) har man interviewet flere kvinder om deres traumatiske fødselsoplevelser, hvor man fandt, at dissociation spiller en rolle i traumatiske fødsler. Artiklen beskriver, hvordan flere af kvinderne håndterede den manglende agens i deres egen fødsel og svære smerter ved at dissociere for ikke at blive overvældet. Også i ugerne efter fødslen kunne kvinderne føle sig fraværende og beskriver sig selv som en robot (p. 6). På samme måde oplevede flere af kvinderne en afstandstagen til fødslen ved ikke at have lyst til at snakke om den, og en generel undgåelse af at se eller tænke tilbage på fødslen. Kvinderne oplevede, at de undgik følelser og forsøgte at holde sig aktive for at kunne udføre deres nye rolle som mor. Kvinderne blev således nødt til at dissociere i tiden efter fødslen også for at klare sig igennem hverdagen (Byrne et al., 2017, p. 6). Olde et al. (2005) har ligeledes fundet, at perinatale dissociative reaktioner er prædikative for PTSD-symptomer 3 måneder efter fødslen, hvilket peger på, at dissociation under fødslen kan resultere i både højere risiko for PTSD-symptomer samt udfordringer med mental tilstedeværelse efter fødslen (p. 125). Kronisk dissociation kan risikere at forhindre processering og indkodning af traumet i hukommelsen, hvilket kan forhøje risikoen for posttraumatisk stress (Thiel & Dekel, 2020, p. 194). Ligeledes har Thiel & Dekel (2020) fundet at kvinder, der havde en assisteret vaginal fødsel eller uplanlagt kejsersnit havde større risiko for peritraumatisk dissociation end kvinder, der havde en normal vaginal fødsel eller planlagt kejsersnit (p. 189).

I en anden artikel af Tatano Beck & Watson (2019) beskrives et lignende fænomen, hvor der yderligere uddybes, at denne dissociering også påvirker kvindernes efterfølgende interaktion med deres børn. Kvinderne oplevede sig selv som emotionelt flade og udfordret i at tilknytte sig til deres børn, der ikke føltes som deres. Deres oplevelse af amning, var ligeledes emotionelt flad og blev oplevet som mekanisk (p. 342). I stedet kunne nogle af kvinderne mærke mange følelser af vrede, angst og grådlibilitet (Tatano Beck & Watson, 2019, p. 342). På den anden side, kan dissociation anses som en adaptiv coping strategi til håndtering af smerte og stress under fødslen. Thiel & Dekel (2020) fandt eksempelvis, at kvinder med perinatal dissociation havde et

lavere niveau af depression, psykotisme, fjendtlighed og interpersonel sensitivitet, end kvinder med samme niveau af posttraumatisk stress og mindre perinatal dissociation (p. 193).

4.1.4. Postnatale faktorer

4.1.4.1. Personlighedstræk, insomni og coping-strategier

I en tysk undersøgelse, der har fulgt kvinder gennem to år, har Garthus et al. (2014) undersøgt vedligeholdende faktorer for posttraumatiske symptomer efter fødsel. Her fandt man en signifikant sammenhæng mellem posttraumatiske stress symptomer og insomni i op til to år efter fødslen. I de første 8 uger efter fødslen var antallet af PTSD-symptomer også associeret med personlighedstræk som samvittighedsfuldhed og neuroticisme samt andre faktorer som støtte og tidligere negative livsbegivenheder, heriblandt fysisk misbrug og seksuelle overgreb (p. 149).

I en britisk metaanalyse fandt Ayers et al. (2016) følgende faktorer relateret til posttraumatiske symptomer i forhold til tiden efter fødslen; dårlige coping-strategier og stress samt komorbiditet med depression (p. 1121).

4.2. Konsekvenser af en traumatisk fødselsoplevelse

4.2.1. Konsekvenser i forhold til barnet

4.2.1.1. Barnets tilknytning

En del studier af traumatiske fødselsoplevelser har fokuseret på konsekvenserne for tilknytningen mellem mor og barn, og mange af disse studier har fundet en traumatisk fødselsoplevelse som en signifikant risikofaktor for udviklingen af en utryg tilknytning mellem mor og barn (Smorti et al., 2020, p. 3; Parfitt & Ayers, 2008, p. 137). Derudover viser en undersøgelse af Dekel et al. (2019), at PTSD efter en fødsel medfører mindre tilknytning mellem mor og barn end ved PTSD efter andre typer traumer. Dette menes at skyldes dysregulering af hormonerne involveret i HPA-aksen, der skaber dårligere betingelser for tilknytningsprocessen (p. 121).

Sandoz et al. (2019) peger derudover på, at et lavt kortisolniveau hos kvinden kan gøre det sværere for hende at aflæse barnets behov, hvilket efterfølgende kan påvirke barnets evne til at håndtere stressfulde begivenheder senere i sit liv (p. 3). Dette understøttes af en undersøgelse af Ionio & Di Blasio (2014), der fandt, at mødre med PTSD-symptomer havde en anden form for interaktion med deres børn, end mødre uden PTSD-symptomer, hvilket de tolker som et resultat af PTSD-symptomerne; undgåelse og følelsesmæssig tilbagetrækning (p. 163). Dette er undersøgt gennem Still-face paradigmet, hvor de så, at børn af mødre med mange PTSD-symptomer havde mere undgåelsesadfærd, og kiggede oftere væk, forsøgte at holde en fysisk distance til mødrene, var mere desorganiserede og tilbagetrukkede (Ionio & Di Blasio, 2014, p. 177f). I forhold til mødre med mange PTSD-symptomer blev der ikke fundet mindre interesse i at interagere med barnet, men disse kvinder var mere fysiske i deres stimulation af barnet og havde sværere ved at empatisere med deres barn (Ionio & Di Blasio, 2014, p. 178). Traume-eksponerede kvinder har generelt en tendens til at vise mere undgåelse, vrede, kontrollerende og overbeskyttende adfærd, emotionel tilgængelighed og mindre sensitivitet overfor barnet end ikke-traume-eksponerede kvinder (Erickson, 2019, p. 249). Dermed kan traumatiske fødselsoplevelser og utrygge tilknytningsmønstre potentielt have negative konsekvenser for flere generationer gennem både genetik og epigenetik (Erickson, 2019, p. 249). Disse utrygge tilknytningsmønstre kan, som tidligere nævnt, både manifestere sig som enten en undgående eller overbeskyttende adfærd overfor barnet (Parfitt & Ayers, 2008, p. 128; Ayers et al., 2008, p. 389). Den undgående adfærd overfor barnet kommer til udtryk, idet barnet kan minde kvinden om traumet, og et typisk PTSD-symptom er, at undgå minder om traumet. Den overbeskyttende adfærd kan skyldes overdreven frygt på barnets vegne på grund af overaktivering af amygdala (Niemi-nen, 2016, p. 289).

4.2.1.2. Barnets udvikling

Derudover har forskere fundet en moderat association mellem mødre ramt af postnatal PTSD og et lavere kognitivt niveau hos barnet, hvilket tyder på, at PTSD-symptomer også kan påvirke barnets udvikling (Parfitt et al., 2014, p. 360). Samtidig er barnet i højere risiko for emotionelle og behavioristiske problemer, der kan vise sig som et svært temperament, søvnproblemer, separationsangst, aggression, over-

opmærksomhed på fare samt både internaliserede og eksternaliserende problemer (Erickson, 2019, p. 249). En undersøgelse af Garthus-Niegel et al. (2017a) fandt ligeledes dårligere socio-emotionel udvikling hos børn af mødre med PTSD-symptomer to år efter fødslen, hvoraf især drengebørn og børn med et svært temperament var særligt udsat (p. 161). Barnets temperament i denne undersøgelse var dog vurderet af mødrene selv, hvilket kan være en relevant faktor at have in mente, idet en undersøgelse af Davies et al. (2008) viser, at psykologisk stress efter en fødsel kan påvirke, hvordan moderen anskuer sit barn. De beviste i deres undersøgelse, at kvinderne med PTSD-symptomer anså deres forhold med deres barn mere negativt og anså barnet som mindre varm og mere invasiv. Derudover anså kvinderne deres barn for mere temperamentsfuld og sværere at trøste (p. 537). Senere begivenheder og praktik relateret til barnet, kan ligeledes påvirkes af en traumatisk fødselsoplevelse, fx kan barnets fødselsdag opleves som en traumatisk begivenhed for mødre med traumatiske fødselsoplevelser (Tatano Beck, 2015, p. 6).

4.2.1.3. Amning

Amning anbefales af World Health Organization (WHO) som den optimale eksklusive metode til næring i de første 6 måneder af barnets liv og anbefales yderligere som supplement i de første 2 år af barnets liv. Fordelene ved amning er mindre risiko for smitsomme sygdomme, overvægt og højt blodtryk og har derudover vist en sammenhæng med positiv udvikling af hjernen, intelligens samt sproglige og motoriske evner. Derudover oplever børn, der er blevet ammet færre adfærds- og psykiske problemer samtidig med flere sundhedsmæssige fordele for moderen og faciliterer tilknytningen mellem mor og barn (Garthus-Niegel et al., 2017b, p. 193f & 199). Flere studier har undersøgt konsekvensen af PTSD på processen med amning af barnet, heriblandt Garthus-Niegel et al. (2017b), der har fundet en signifikant sammenhæng mellem kvinder med fødselsrelateret PTSD og problemer med at påbegynde amning, hvor især undgåelsessymptomer var relateret til ammeproblemer (p. 193). Der kan være flere grunde til disse udfordringer med amning for kvinder med fødselsrelaterede PTSD-symptomer, fx kan en kompliceret og stresset fødsel resultere i forsinket laktogenese, og dermed forsinket udskillelse af mælk (Garthus-Niegel et al., 2017, p. 194). Tatano Beck & Watson (2008) har udført en fænomenologisk undersøgelse af mødres oplevelser med amning efter en traumatisk fødselsoplevelse, hvor de fandt, at

en traumatisk fødselsoplevelse kan give enten positive eller negative resultater i forhold til amning (p. 228). Nogle af kvinderne oplevede et behov for at gøre op for den svære fødsel overfor barnet og havde dermed en beslutsomhed omkring amning. Nogle kvinder oplevede amning som beroligende og genoprettende for selvtillid og tro på egen krop (Tatano Beck & Watson, 2008, p. 233). Andre kvinder oplevede amning som traumatiserende, idet de følte det som endnu et overgreb eller nedværdigende og dermed havde behov for kontrol over deres krop igen. Nogle kvinder oplevede også svær fysisk smerte ved amning, og nogle fik ukontrollable flashbacks fra fødslen under amning, og nogle følte sig distanceret fra deres barn (Tatano Beck & Watson, 2008, p. 234).

4.2.2. Konsekvenser i forhold til partner

4.2.2.1. Relation til partner

En traumatisk fødselsoplevelse kan have flere konsekvenser for forælderparrets relation. I et britisk systematisk review har Delicate et al. (2018) undersøgt konsekvenserne af posttraumatisk stress efter en traumatisk fødselsoplevelse på forælderparrets forhold. Alle undersøgelserne, der blev medtaget i reviewet viste, at parrene havde en opfattelse af, at posttraumatisk stress efter en fødsel påvirkede deres forhold negativt (p. 107). Parrene oplevede forholdet som belastet, hvor frustrationer kunne lede til, at man kom til at behandle sin partner dårligt, og nogle par endte med at gå fra hinanden (Delicate et al., 2018, p. 107). Derudover oplevede mange par, at deres forhold var præget af negative følelser såsom vrede, skyld, uenigheder, depressivt humør, emotionel følelsesløshed, følelse af at være tom eller uden sjæl og suicidale tanker (Delicate et al., 2008, p. 108). Et andet tema, der gik igen i undersøgelserne var en oplevelse af manglende forståelse og støtte fra partneren, hvilket manifesterede sig som apati, partnere der ikke kunne forstå, hvad kvinderne gennemgår, partnere, der viser irritation over kvindernes langvarige lidelse, kvinderne der følte sig forladt af sin partner (Delicate et al., 2018, p. 108; Ayers et al., 2006, p. 304). Derudover var der flere, der havde oplevet, at partneren forsøgte at hjælpe kvinderne, men ikke hjalp på den rigtige måde, og dermed blev afvist af kvinderne. Kvinderne forsøgte at hjælpe deres partnere men havde ikke overskud eller ressourcerne til det (Delicate et al., 2018, p. 108f). Der var dermed mindre kommunikation mellem parterne grundet

manglende forståelse for hinanden og fordi det kan være smertefuldt at snakke om. Parrene oplevede dertil mindre intimitet, heriblandt seksuel intimitet på grund af frykten for at blive gravid igen samt flashbacks til fødslen (Delicate et al., 2018, p. 109; Parfitt & Ayers, 2008, p. 128). I den forbindelse oplevede parrene mindre kærlighed og nærhed, idet dynamikkerne i forholdet var blevet ændret (Delicate et al., 2018, p. 109). Der var ligeledes to studier, der dokumenterede at par, der valgte at håndtere og arbejde sammen gennem den belastede periode, efterfølgende kunne opleve at få et bedre og stærkere forhold end før fødslen (Delicate et al., 2018, p. 107).

4.2.3. Konsekvenser for den fødende kvinde

4.2.3.1. Konsekvenser for kvinden

I en artikel af Ayers et al. (2006) har man interviewet kvinder med PTSD efter en traumatisk fødselsoplevelse. Kvinderne beskrev, at forløbet havde haft en del forskellige konsekvenser for dem. Kvinderne oplevede langvarige fysiske konsekvenser af fødslen, hvor nogle kvinder havde svære smerter og nogle skulle igennem rekonstruktive kirurgiske indgreb (p. 392). Nogle af kvinderne følte sig fysisk trætte og uden energi fra smerterne, og nogle fik forvrængede opfattelser af deres krop (Ayers et al., 2006, p. 393). Mange af kvinderne oplevede store fluktuationer i deres humør og adfærd, der ændrede sig fra dag-til-dag samt ændringer i deres syn på sig selv (Ayers et al., 2006, p. 393). Nogle af kvinderne fik en frygt for at skulle føde igen (tokofobi) samt seksuelle dysfunktioner (Ayers et al., 2006, p. 393f). Derudover påvirkede traumatet deres lyst til social interaktion og deres tillid til andre (Ayers et al. 2006, p. 394).

4.2.3.2. Fysiologiske ændringer i hjernen og dets konsekvenser

En traumatisk oplevelse kan aktivere HPA(hypothalamic-pituitary-adrenal) - aksen, der starter en hormonel reaktion, hvor kortisol udledes fra celler i den adenale cortex. Derudover aktiveres det autonome nervesystem, der udleder norepinephrine fra nerveterminaler i det sympatiske nervesystem samt epinephrine og norepinephrine fra den adenale medulla. Langvarig aktivering af HPA-aksen kan medføre dys-

funktion af det normalt adaptive og velfungerende system (Sandoz et al., 2019, p. 2). Derudover hyper-aktiveres amygdala til at reagere på stimuli, der kan minde om traumet, hvilket resulterer i vagtsomhed og undgåelses-symptomerne, som man ser ved typisk PTSD (Witteveen et al., 2019, p. 318). Samtidigt hypo-aktiveres den mediale præfrontale korteks, der således nedsætter muligheden for at vedligeholde top-down kontrol over amygdala. Dette resulterer i, at den traumatiserede person får svært ved undertrykke opmærksomheden på irrelevant stimuli og hæmme reaktionen på det (Witteveen et al., 2019, p. 318). Moderens dysfunktion i HPA-aksen kan ligeledes påvirke barnets senere evne til stress-regulering (Sandoz et al., 2019, p. 2). Derudover er der evidens for at dysfunktion i de biologiske stress-reguleringssystemer medfører udfordringer ved at være en optimal forælder (Erickson, 2019, p. 249). I de tidligere afsnit er udfordringer med tilknytning og amning nævnt som mulige konsekvenser af en traumatisk fødselsoplevelse. Disse udfordringer kan forklares fysiologisk, idet begge funktioner samt anden moderlig adfærd styres af oxytocin-systemet i kroppen (Witteveen et al., 2019, p. 317). Et af konsekvenserne ved at være udsat for en traumatisk hændelse er neurobiologiske ændringer i oxytocin-systemet, hvilket kan forklare mødrenes udfordringer med at have kærlige følelser overfor deres børn (Witteveen et al., 2019, p. 317). Efter at være blevet udsat for et traume, har kvinder oftere højere endogene niveauer af oxytocin. Denne biologiske proces kan anses som en adaptiv mekanisme, der har til formål at motivere kvinderne til at opsøge kontakt og social støtte fra andre for at reducere stressreaktioner. Hvis dette resulterer i positiv social stimuli, får kvinderne en positiv stigning i endogen oxytocin (Witteveen et al., 2019, p. 320). Dette kan forklare, hvorfor oplevelsen af social støtte kan påvirke sværhedsgraden af PTSD-symptomer. Kvinders højere niveau af oxytocin efter en traumatisk hændelse medfører dog stadig hyperaktivering af amygdala, hvilket kun forværres ved exogen tilføjelse af oxytocin. Kvinderne oplever dermed stadig større emotionel reaktion på stimuli i modsætning til mænd, hvis aktivering af amygdala nedsættes ved exogen stigning i niveauet af oxytocin (Witteveen et al., 2019, p. 320). Oxytocin-systemet interagerer ligeledes med dopamin gennem det mesolimbiske system, der ved normal funktion giver mødrene følelser af belønning ved interaktion med deres barn. Strathearn et al. (2009) har dertil fundet en sammenhæng mellem niveauet af oxytocin, kvaliteten af tilknytning, og aktivitet i belønnings-relaterede neuroanatomiske områder som striatum, insula og nucleus accumbens (Witteveen et al., 2019, p. 319). Sammenhængen mellem perina-

tal stress og uhensigtsmæssig moderlig adfærd er bl.a. fundet i dyreforsøg (Gatta et al., 2018 in Witteveen et al., 2019, p. 317).

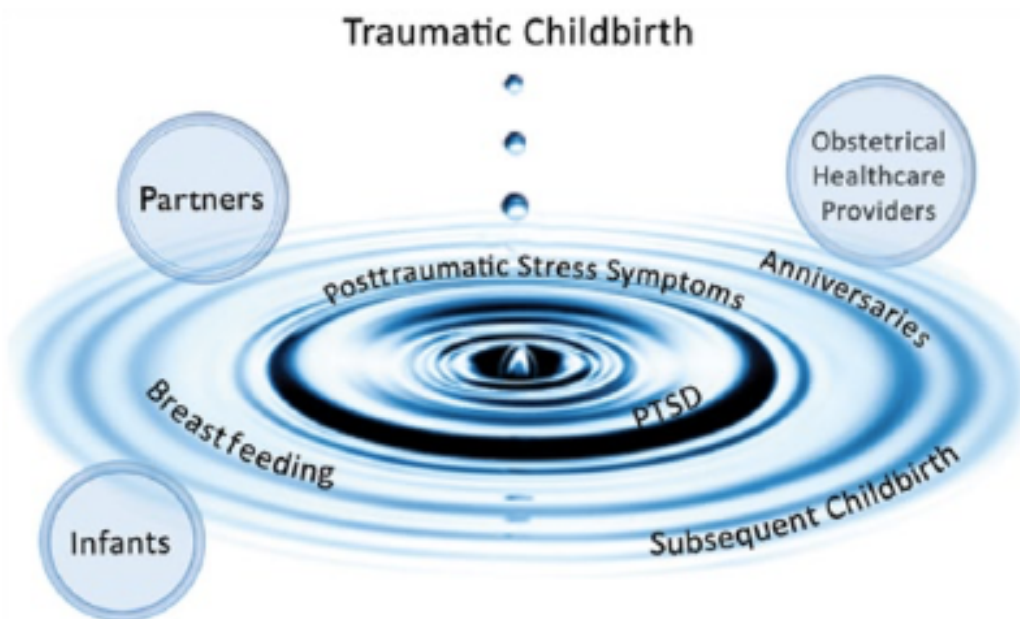
4.2.4. Ripple effekt af konsekvenser

4.2.4.1. Ripple effekt-modellen

I en artikel har Tatano Beck (2015) udviklet teorien *Middle range theory of traumatic childbirth* om de langsigtede og potentielt kroniske konsekvenser af en traumatisk fødselsoplevelse. Disse konsekvenser beskrives som en *ripple effect*, hvor en handling/konsekvens/effekt skaber en strøm af en række forskellige konsekvenser (p. 1).

Model I

The ever-widening ripple effect (Tatano Beck, 2015, p. 9)



Disse konsekvenser påvirker ikke kun den fødende kvinde men også hendes partner og interaktionerne med barnet, hvilket ligeledes er beskrevet i et tidligere afsnit (Tatano Beck, 2015, p. 8). Model I viser, hvordan aktører som de sundhedsprofessio-

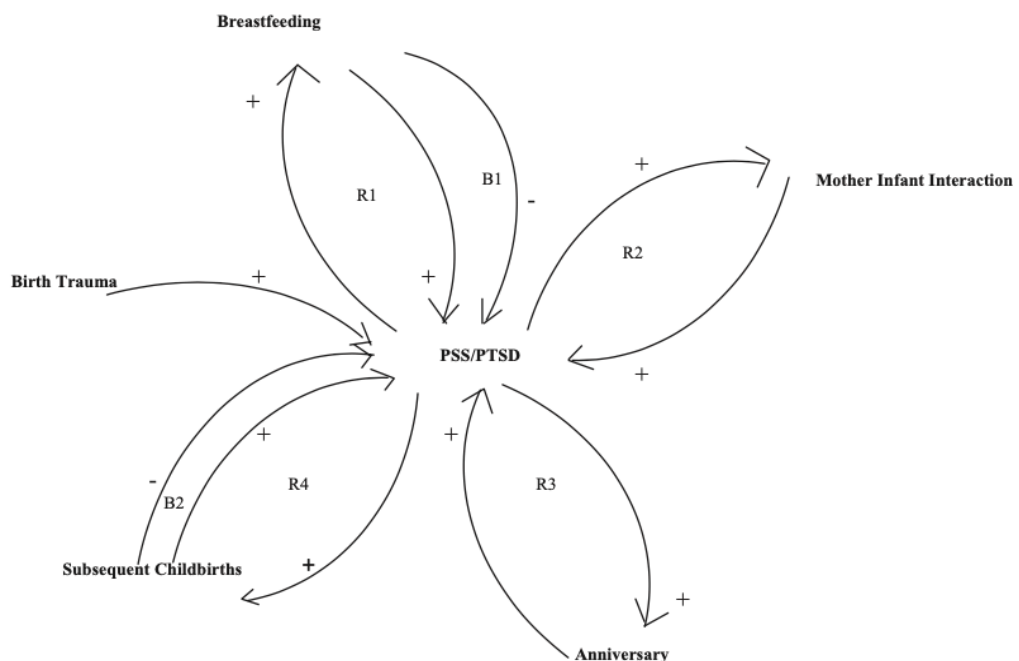
nelle, kvindens partner og barn påvirkes af kvindens traumatiske fødselsoplevelse. Disse aktører påvirker samtidig kvindens sværhedsgrad af symptomer, og hvordan kvinden anskuer senere oplevelser med amning, barnets fødselsdag og efterfølgende fødsler (Tatano Beck, 2015, p. 8).

4.2.4.2. Kausale sløjfer

Disse forhold er yderligere uddybet i Model II, der viser Tatano Becks (2015) meta-etnografi ud fra 6 kvalitative studier om traumatiske fødselsoplevelser (p. 10). Disse sammenhænge vises i modellen som kausale sløjfer, idet konsekvenserne af en traumatisk fødselsoplevelse bliver til årsager, der derefter enten fastholder, forværrer eller mindsker kvindens posttraumatiske symptomer (Glaser, 2005, p. 9 in Tatano Beck, 2015, p. 10). De kausale sløjfer viser således de seks forstærkende feedback loops, hvoraf fire af dem er forstærkende, og to af dem er balancerende.

Model II:

Amplifying causal looping in metaethnography of traumatic childbirth (Tatano Beck, 2015, p. 10)



De to balancerende sløjfer peger på, at gode oplevelser med fx amning eller efterfølgende fødsler, kan mindske kvindens posttraumatiske symptomer, mens negative oplevelser kan forværre kvindens symptomer (Tatano Beck, 2015, p. 10). Dette fund understøtter anvendelsen af interventioner, der indebærer støttende vejledning af amning og rådgivning i forbindelse med en efterfølgende fødsel (Tatano Beck, 2015, p. 10).

4.3. Behandling af en traumatisk fødselsoplevelse

4.3.1. Forebyggelse af traumatiske fødselsoplevelser

4.3.1.1. Prænatal tilknytning

Flere studier såsom Smorti et al. (2020) har fundet en signifikant sammenhæng mellem kvaliteten af kvindens prænatale tilknytning til sit ufødte barn og kvaliteten af deres postnatale tilknytning, hvilket blev medieret gennem en positiv fødselsoplevelse (p. 3). Derudover fandt de, at højere kvalitet af prænatal tilknytning til barnet mindskede niveauet af PTSD-symptomer, hvilket forbedrer muligheden for en god postnatal tilknytning. Derudover kan kvindens risiko for at opleve fødslen som traumatisk være associeret med kvindens mentaliseringsevne (Smorti et al., 2020, p. 3). Disse forskningsresultater peger på, at det kan være en forebyggelse af traumatiske fødselsoplevelser at arbejde med kvindens prænatale tilknytning og mentaliseringsevner inden fødslen, hvilket også vil gavne kvindens evne til at skabe en tryk tilknytning til sit barn efter fødslen.

4.3.2. Interventioner efter traumatiske fødselsoplevelser

4.3.2.1. Debriefing og efterfødselssamtaler

En af de typiske første interventionsmetoder af traumatiske fødselsoplevelser er debriefing. Af disse findes det udenlandske program *critical incident stress debriefing (CISD)*, der er blevet undersøgt i to RCT-studier, hvor der ikke blev fundet nogen forskel i antallet af kvinder, der opfyldte de diagnostiske kriterier for PTSD mellem kontrollerne og de kvinder, der havde modtaget debriefing (de Graaff et al., 2017, p. 651).

Et review af effekten af behandlingsmetoder til PTSD efter en traumatisk fødsel har samlet 7 studier af debriefing til behandling af PTSD-symptomer. Disse studier viste modsatrettede konklusioner, idet tre af studierne viste en forbedring af PTSD-symptomer, mens tre af studierne viste ingen effekt. Det sidste studie viste tilmed, at debriefing forværrede symptomerne (Lapp et al., 2010, p. 116). En forklaring på de modsatrettede resultater af debriefing som behandlingsmetode af PTSD-symptomer efter et fødselstraume kan være, at de undersøgte debriefing-metoder er meget hete-

roge med variation i, om interventionen foregik i grupper eller individuelt samt antallet af sessioner. Derudover var indholdet af de forskellige typer debriefing forskellige. Samtidig var der forskellige inklusionskriterier for de forskellige typer debriefing, idet nogle kun inkluderede kvinder, der opfyldte de diagnostiske kriterier for PTSD, mens andre også inkluderede kvinder, der blot var psykisk påvirket efter deres fødsel (Lapp et al., 2010, p. 116). Adspurgte havde de fleste kvinder i studierne en oplevelse af, at debriefing hjalp dem ved at give dem mulighed for at relatere deres traumatiske fødselsoplevelser med andres (Lapp et al., 2010, p. 116). Et systematisk review af de Bruijn et al. (2020) peger på, at debriefing kan være en effektiv interventionsmetode, hvis kvinderne selv efterspørger det (p. 5).

4.3.2.2. Vejledning af hud-mod-hud kontakt og amning

I et RCT-studie af Abdollahpour et al. (2016) udviklede man en intervention (*The magical first hour*), der hjælper kvinderne gennem 9 stadier ca. halvanden til to timer efter fødslen, der indebærer gråd, afslapning, vækning af barnet, barnet ved brystet og amning. I studiet fandt man, at kvinderne i interventionsgruppen havde færre PTSD-symptomer 2 uger og 3 måneder efter fødslen end kontrolgruppen. Denne intervention virkede dog primært kun på kvinder med lettere PTSD-symptomer (p. 402; de Graaf, 2017, p. 652).

4.3.2.3. Psykoterapi

En engelsk undersøgelse af Ayers et al. (2007) har undersøgt effekten af kognitiv adfærdsterapi for PTSD efter en traumatisk fødselsoplevelse gennem en række case-studier. I disse to cases oplevede kvinderne god effekt af behandlingen af deres PTSD-symptomer (p. 177). Ved kognitiv adfærdsterapi i forbindelse med en traumatisk fødselsoplevelse arbejdes der på at minimere maladaptiv kognition og adfærd samt fremme adaptiv kognition og adfærd (Tatano Beck, 2015, p. 11).

Et svensk studie af Nieminen et al. (2016) har undersøgt effekten af internet-baseret kognitiv terapi af PTSD-symptomer efter en fødsel. Programmet var traumefokuseret og foregik over 8 uger og indebar psykoedukation, håndtering af angst, hjemmeopgaver, eksponering og kognitiv restrukturerings (p. 294). Resultaterne påviste ikke en stor effekt mellem kontrolgruppen og interventionsgruppen, men der blev alligevel

fundet en reducere af PTSD-, depressive- og angst-symptomer og forbedring af livskvalitet i interventionsgruppen (Nieminen et al., 2016, p. 300). Et systematisk review og meta-analyse af effekten af forskellige former for traumefokuseret psykoterapi af Furata et al. (2018) viser ligeledes, at traumefokuseret psykoterapi kan reducere PTSD-symptomer op til 6 måneder efter fødslen (p. 13). De undersøgte interventioner var eksponeringsterapi, traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi og EMDR. Der blev ikke fundet nogen signifikant forskel i effekten af disse tre former for traumefokuseret psykoterapi (Furata et al., 2018 in Cirino & Knapp, 2019, p. 372). Et systematisk review af de Bruijn et al (2020) viser ligeledes, at kognitiv adfærdsterapi og EMDR er effektive interventioner til behandling af PTSD efter en traumatiserende fødsel (p. 5).

4.3.2.4. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

I en artikel beskriver Tatano Beck (2015) erfaringerne ved brug af EMDR-metoden til behandling af traumatiske fødselsoplevelser, der er en forholdsvis ny metode indenfor traume-området, og således forskes der stadig i effekten af behandlingen. Metoden er udviklet af Shapiro (2001), og bygger på antagelsen om, at traumet sætter sig i nervesystemet, og bilateral stimulation kan låse op for følelserne og tankerne fra traumet. Derefter kan man ændre de negative kognitioner af selvet ved at ændre dem med positive kognitioner ved tanken om traumet (p. 11).

I en randomiseret pilotstudie har Chiorino et al. (2019) undersøgt effekten af EMDR-behandling til at nedbringe PTSD-symptomer hos kvinder med en traumatisk fødselsoplevelse. En gruppe på 19 kvinder fik EMDR-behandling, mens en gruppe på 18 kvinder fik klassisk traumebehandling (Treatment-as-usual, TAU) (p. 795). Resultaterne viste, at EMDR var mere effektiv til nedbringning af PTSD-symptomer end TAU ved måling af symptomer 6 uger efter behandlingens start (78,9 % EMDR vs. 39,9 % TAU) (Chiorino et al., 2019, p. 795). Allerede efter første session oplevede gruppen, der fik EMDR-behandling forbedring af PTSD-symptomer i form af mindre ubehag og flashbacks (Chiorino et al., 2019, p. 795). Undersøgelsen fandt ingen forskel på EMDR og TAU i forhold til tilknytning mellem mor og barn samt symptomer på fødselsdepression (Chiorino et al., 2019, p. 795).

4.3.2.5. Ekspressive skriveøvelser

To studier af Di Blasio undersøgte effekten af ekspressive skriveøvelser på kvinder med en tidligere traumatisk fødselsoplevelse, og som var gravide igen og frygtede fødslen. Kvinderne blev bedt om at skrive 20 minutter om dagen ved brug af Pennebaker-metoden om deres tanker, forventninger og følelser relateret til fødslen. Interventionsgruppen blev sammenlignet med en gruppe af kvinder, der blev bedt om at skrive dagligt om deres aktiviteter uden følelsesmæssigt indhold. Studierne viste en signifikant positiv effekt af ekspressive skriveøvelser i tiden kort efter fødslen, der viste sig i mængden af PTSD-symptomer 3 måneder efter fødslen (de graaf, 2017, p. 653). Ekspressive skriveøvelser har til formål at udvikle kvindernes evne til at beskrive følelser som bekymringer og frygt, mentalisering, nedsætter brugen af forsvarsmekanismen undgåelse og fysiologiske symptomer på vagtsomhed, der er typiske symptomer efter en traumatisk fødselsoplevelse (Smorti et al., 2020, p. 4). Et systematisk review og meta-analyse af Furata et al. (2018) bekræfter ligeledes, at ekspressive skriveøvelser reducerer PTSD-symptomer blandt kvinder med en ukompliceret fødsel i perioden 3-6 måneder efter fødslen (p. 13).

5. Analyse

I dette afsnit vil resultaterne fra den kvantitative og kvalitative analyse blive gennemgået. Først vil resultaterne fra den kvantitative komponent blive redegjort for. Afsnittet indledes med en beskrivelse af demografien af samplet med henblik på at undersøge karakteristika ved gruppen af kvinder med traumatiske fødselsoplevelser. Dernæst vil en analyse af forskelle mellem de respondenter med flest posttraumatiske symptomer og dem med færrest symptomer udfoldes i forhold til en lang række faktorer. I den kvalitative analyse vil temaerne fundet i den fænomenologiske analyse blive præsenteret med eksempler. Analysen afrundes med en redegørelse og analyse af relevante interventioner efter en traumatisk fødselsoplevelse og effekten af disse.

5.1. Kvantitativ analyse af faktorer

5.1.1. Demografi

5.1.1.1. Alder, uddannelsesniveau og beskæftigelse

Gennemsnitsalderen ved fødselstidspunktet for respondenterne i undersøgelsen er 28,2 år. Dette er lavere end gennemsnitsalderen for alle fødende kvinder i hele landet, der if. Danmarks Statistik er 31,2 år i 2020. 82 % af respondenterne er førstegangsfødende, men gennemsnittet er stadig lavere end for alle førstegangsfødende kvinder, der if. Danmarks Statistik er på 29,6 i 2020. Kvinderne i samplet er således yngre end gennemsnittet ved fødselstidspunktet. Følgende Tabel I viser en oversigt over demografien af samplet.

Tabel I

Demografi

Uddannelsesniveau (N=33)	Variabel	N	%
	Ingen uddannelse	0	0 %
	Folkeskole	1	3 %
	Gymnasial uddannelse	3	9 %
	Erhvervsuddannelse	3	9 %
	Kort videregående	5	15 %

TRAUMATISKE FØDSELOPLEVELSER

	Mellemlang videregående	7	21 %
	Lang videregående	14	42 %
Beskæftigelse (N=33)	Variabel	N	%
	I arbejde	21	64 %
	Sygemeldt eller velfærdssydelse	3	9 %
	Studerende	7	21 %
	Hjemmegående	1	3 %
	Arbejdsløs	1	3 %
Civilstatus (N=33)	Variabel	N	%
	Gift eller forlovet	18	55 %
	Samboende	13	39 %
	Hverken gift eller samboende	2	6 %
Psykisk helbred inden fødsel (N=33)	Variabel	N	%
	Aldrig diagnosticeret med lidelse	21	64 %
	Diagnosticeret med depression	5	15 %
	Diagnosticeret med angst	3	9 %
	Diagnosticeret med PTSD	0	0 %
	Diagnosticeret med anden lidelse	4	12 %
Udsat for seksuelt overgreb (N=32)	Variabel	N	%
	Ja	4	12 %
	Nej	28	85 %
Erfaring med fødsel (N=33)	Variabel	N	%
	Første fødsel	27	82 %
	Anden fødsel	5	15 %
	Tredje fødsel	0	0 %
	Fjerde eller mere fødsel	1	3 %
Type af fødsel (N=33)	Variabel	N	%
	Vaginal	24	73 %
	Planlagt kejsersnit	1	3 %
	Uplanlagt kejsersnit	8	24 %
Niveau af frygt for fødslen (N=33)	Variabel	N	%
	Meget højt	1	3 %
	Højt	4	12 %
	Lavt	10	30 %
	Meget lavt	11	33 %
	Ingen frygt	7	21 %
Niveau af bristning (N=32)	Variabel	N	%
	Labia bristning	2	6 %
	Bristning fra klip	2	6 %
	Første grad	6	18 %

Anden grad	10	30 %
Tredje grad	1	3 %
Fjerde grad	1	3 %
Ingen bristning	2	6 %
Fik kejsersnit, ingen bristning	8	24 %

Tabellen viser, at respondenterne generelt er højtuddannede, idet 78 % af respondenterne har færdiggjort en videregående uddannelse ved fødselstidspunktet. I gennemsnitbefolkningen af kvinder, er det if. Danmarks Statistik 48 % af kvinder mellem 30-35 år, der har gennemført en videregående uddannelse i 2019 (NYT, 2020). Dette sample er generelt lidt yngre end den aldersgruppe, der sammenlignes med, og derudover er 21 % af respondenterne i gang med en uddannelse. 9 % af respondenterne har været på velfærdsydelse eller sygemeldt inden fødslen. Dette er tæt på gennemsnittet for kvinder i 2019, der er på 9,8 % if. en tabel over offentligt forsørgede i procent af befolkningen fordelt på køn (Notat fra Beskæftigelsesministeriet, 2020, p. 5). 94 % af respondenterne er gift eller har en fast partner.

5.1.1.2. Psykisk sårbarhed før fødslen

En forholdsvis stor andel på 36 % af respondenterne rapporterer, at de har været diagnosticeret med depression, angst eller en anden psykiatrisk lidelse. Psykiatrifonden vurderer, at hver tredje dansker i løbet af deres livstid kommer til at lide af en psykisk lidelse (Psykiatrifonden, 2021). Således er 36 % af samplet højere end gennemsnittet - især når man tager respondenternes unge alder i betragtning. De resterende psykiatriske lidelser, respondenterne rapporterer varierer. To respondenter er diagnosticeret med OCD, én er diagnosticeret med en autismespektrum-forstyrrelse og én er diagnosticeret med ADD. Flere nævner ligeledes, at de har haft stress, men idet stress ikke er en officiel psykiatrisk diagnose, er disse ikke medtaget som en diagnosticeret psykiatrisk lidelse. Ingen af respondenterne har nogensinde været diagnosticeret med PTSD. Derudover er 12 % af respondenterne på et tidspunkt blevet udsat for et seksuelt overgreb, hvilket er et meget højt antal i forhold til den gennemsnitlige befolkning, hvor det vurderes, at 3 % af kvinder over 16 år har været udsat for et seksuelt overgreb (Deen et al., 2018, p. 35). På baggrund af ovenstående informationer kan det tyde på, at denne målgruppe generelt er mere psykisk sårbare end den gennemsnitlige befolkning før fødslen.

5.1.1.3. Obstetrisk demografi

Få af kvinderne havde et højt niveau af frygt for fødslen. Omkring en fjerdedel af respondenterne havde et akut kejsersnit under deres fødsel, hvilket tyder på at være et højt tal i forhold til gennemsnittet. I en årsrapport fra året 2016 på alle danske hospitaler fik mellem 8,8-13,2 % af fødende kvinder et akut kejsersnit, hvilket er en del lavere end antallet blandt denne respondenterne i denne undersøgelse, der er på 24 % (Dansk Kvalitetsbase for Fødsler, 2016, p. 4). Der er bred fordeling i graden af bristning som resultat af fødslen. Størstedelen af respondenterne fik enten et kejsersnit eller en lavere grad af bristning i form af 1. eller 2. grads bristning.

5.1.2. Faktorer medvirkende til traumatisering

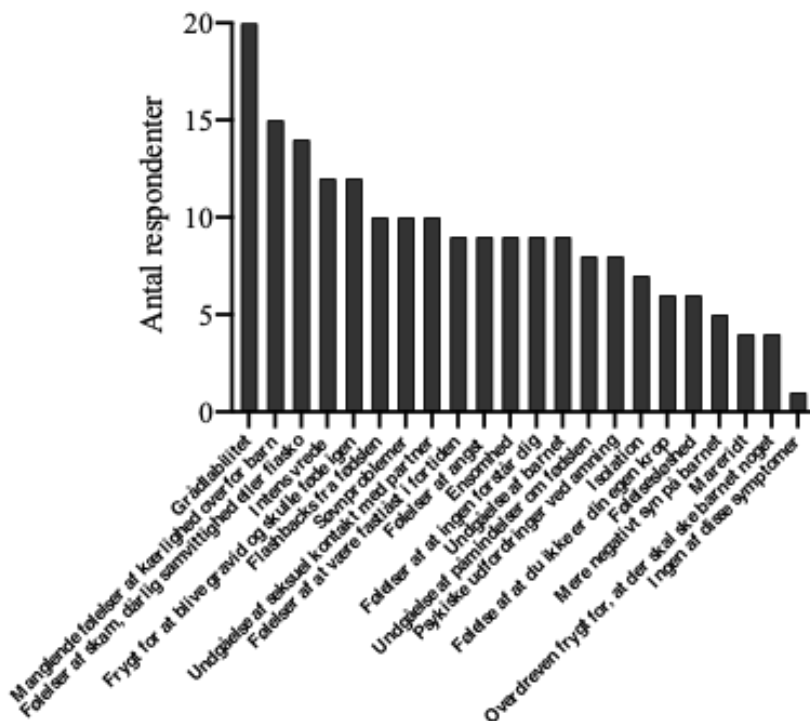
5.1.2.1. De hyppigste symptomer på traumatisering efter fødsel

I spørgeskemaet er der oplyst 21 symptomer, der i litteraturen er sat i forbindelse

med traumatiske fødselsoplevelser. Respondenterne er blevet bedt om at afkrydse alle symptomer, de har på nuværende tidspunkt. Figur I viser antallet af respondenter, der lider af de forskellige symptomer i en sorteret rækkefølge. Figuren viser, at mange af respondenterne især oplever symptomer på grådlabilitet, manglende følelser af kærlighed overfor sit barn og følelser af skam, dårlig samvittighed eller fiasko. Alle 21 symptomer har vist sig relevante for nogle af respondenterne. En enkelt respondent har ikke oplevet nogen af disse symptomer.

Figur I

Fordeling af symptomer



Figur I: Fordeling af symptomer efter en traumatisk fødselsoplevelse:

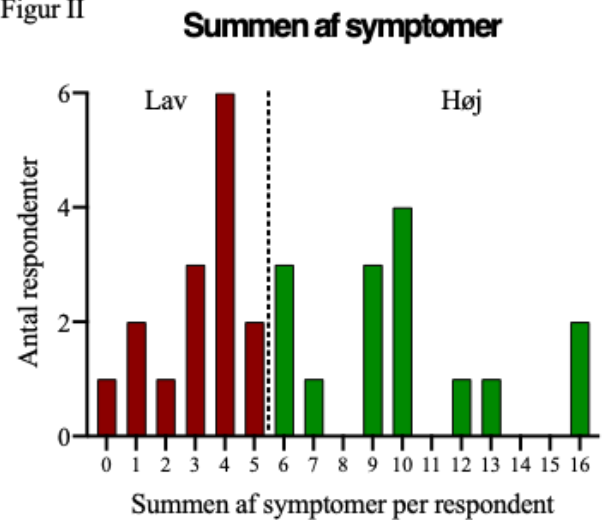
Respondenterne er anspurgte om hvorvidt de led af en række symptomer, der kan opstå efter en traumatisk fødsel. Symptomerne er sorteret efter antal respondenter med det pågældende symptom. N = 30.

5.1.2.2. Fordeling i symptomgrupper

Figur II indikerer, hvordan de 30 respondenter, der har besvaret spørgsmålet om, hvilket symptom de lider af, kan fordeles i de 15 respondenter med flest symptomer og de 15 respondenter med færrest symptomer. Fordelingen viser et bredt spænd, idet respondenterne i denne undersøgelse rapporterer om ned til 0 symptomer og op til 16 symptomer.

Medianen i fordelingen er på 5,5, hvilket viser, at mange respondenter er i den lave ende i antallet af symptomer. Samplet er ud fra medianen opdelt i den lave symptomgruppe, der indeholder den halvdel af respondenterne, der har 5 eller færre symptomer. Den anden halvdel i samplet er placeret i den høje symptomgruppe, der har 6 til 16 symptomer. Målet er herefter at sammenligne den høje og den lave gruppe i forhold til de forskellige faktorer, der var medvirkende til traumatisering under fødslen med henblik på at undersøge, om bestemte faktorer er mere traumatiserende end andre.

Figur II



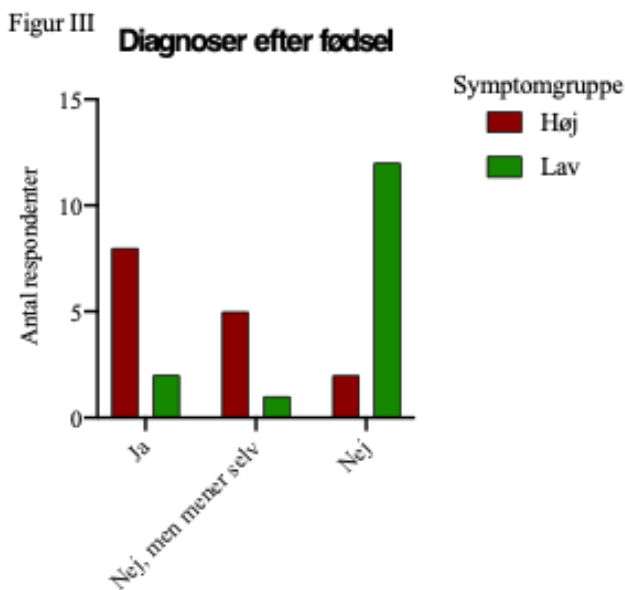
Figur II: Fordeling af summen af symptomer efter en traumatisk fødselsoplevelse:

Respondenterne er anspurgte hvorvidt de led af en række symptomer, der kan opstå efter en traumatisk fødsel. Antal symptomer fordelt på antal respondenter med samme symptomsam. Stiblet linje viser medianen (= 5,5) der bruges til at fordele respondenterne i henholdsvis Lav og Høj symptomgruppe. N = 30.

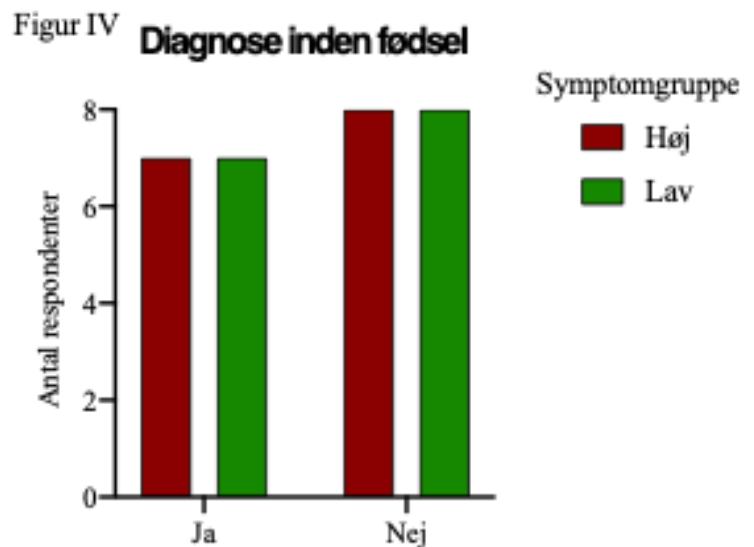
5.1.2.3. Sammenligning af symptomgrupper: Diagnoser før og efter fødslen

Inden symptom-grupperne kan anvendes til at analysere traumatiserende faktorer, vil andre karakteristika ved symptomgrupperne analyseres. Dette har til formål at vurdere om, forskellene mellem symptomgrupperne kan forklares ud fra demografiske forskelle mellem grupperne. Figur III viser antallet af respondenter i hhv. den høje og lave symptomgruppe, der er blevet diagnosticeret med en psykisk lidelse efter deres traumatiske fødselsoplevelse. Figuren viser, at en langt større andel af respondenter i den høje symptomgruppe er diagnosticeret med en psykisk lidelse efter fødslen end den lave symptomgruppe. Derudover var der også en del flere i den høje symptom-

gruppe, der selv mener, at de har en psykiatrisk lidelse efter deres fødsel frem for den lave symptomgruppe. Disse resultater argumenterer for antagelsen om, at de respondenter med flest symptomer er mere traumatiserede og påvirket af deres fødselsoplevelse, idet respondenterne med flest symptomer er i størst risiko for at udvikle en psykisk lidelse. Dermed argumenterer disse resultater for opdelingen af symptomgrupper til at analysere, hvilket faktorer der er mest traumatiserende i forbindelse med en fødsel.



Figur III: Psykiatrisk diagnose stillet efter traumatisk fødsel fordelt på symptomgrupper:
 Antal respondenter fordelt i høj og lav symptomgruppe i forhold til, hvorvidt respondenter efter den traumatiske fødselsoplevelse er diagnosticeret med en psykisk lidelse, ikke er diagnosticeret, men selv mener de har fået en psykisk lidelse, eller ingen diagnose har og ikke mener, at de har fået en psykisk lidelse. N = 30. Statistisk analyse med Chi i anden-test mellem symptomgrupperne p-værdi = 0.0012.



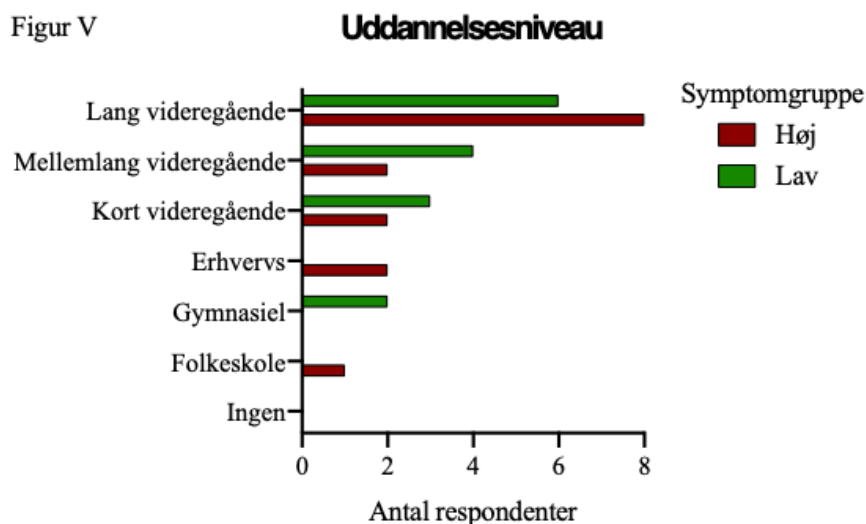
Figur IV: Psykiatrisk diagnose stillet før traumatisk fødsel fordelt på symptomgrupper:
 Antal respondenter fordelt i høj og lav symptomgruppe i forhold til, hvorvidt respondenter før den traumatiske fødselsoplevelse var diagnosticeret med en psykisk lidelse. N = 30. Statistisk analyse med Chi i anden-test mellem symptomgrupperne p-værdi < 0.99.

Sammenhængen mellem symptomgrupperne og risikoen for at blive diagnosticeret med en psykisk lidelse efter fødslen kan ikke forklares af, at et højere antal af respondenterne i den høje symptomgruppe var diagnosticeret med psykiske lidelser inden fødslen. Figur IV viser fordelingen af kvinder diagnosticeret med en psykiatrisk lidelse inden fødslen. Figuren viser en klar lige fordeling mellem symptomgrupperne. Figuren sammen med demografien af samplet kan således pege på, at respondenterne som en samlet gruppe var mere psykisk sårbare, idet mange havde en psykiatrisk diagnose inden fødslen, men der var ingen forskel mellem den høje og lave symptomgruppe.

5.1.2.4. Sammenligning af symptomgrupper: Demografi

Forskellen mellem symptom-grupperne kan derudover ikke forklares af demografi i form af respondenternes alder eller uddannelsesniveau ved fødselstidspunktet. Figur V viser fordelingen af uddannelsesniveau i de to symptomgrupper. Her ses en lille forskel mellem symptomgrupperne, idet enkelte i den høje symptomgruppe har færdiggjort et lidt lavere uddannelsesniveau end den lave symptomgruppe, men samtidig er der også et højere antal i den høje symptomgruppe, der har færdiggjort en lang videregående uddannelse i forhold til den lave symptomgruppe. Dermed er der flere i den lave symptomgruppe, der fordeler sig omkring midten, mens flere i den høje symptomgruppe fordeler sig på yderpunkterne i både de kortere og længere uddannelser.

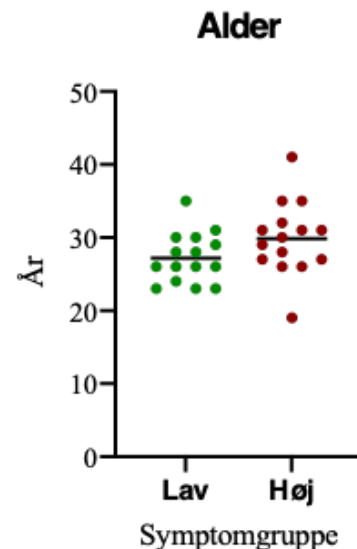
Figur V



Figur V: Uddannelsesniveau fordelt på symptomgrupper:
Antal respondenter fordelt i høj og lav symptomgruppe i forhold til højest gennemførte uddannelsesniveau. N = 30.

Alder ved fødselstidspunktet kan ligeledes ikke forklare forskellene mellem den høje og den lave symptomgruppe. Der ses en lille tendens til, at den høje symptomgruppe er gennemsnitligt lidt ældre end den lave symptomgruppe. Ligesom ved uddannelsesniveau er der en større spredning i begge retninger for den høje symptomgruppe, der ligger mellem 19-41 år, mens den lave symptomgruppe spænder mellem 22-35 år. Fordelingen af data ved begge symptomgrupper er parametriske ved Shapiro-Wilk test.

Figur VI



Figur VI: Fordeling af alder ved fødselstidspunkt fordelt på symptomgrupper:
Gruppernes gennemsnit er markeret. N = 30. Gennemsnit for henholdsvis Lav = 27,2 og Høj = 29,9. Statistisk analyse ved t-test mellem de to symptomgrupper p-værdi = 0.10.

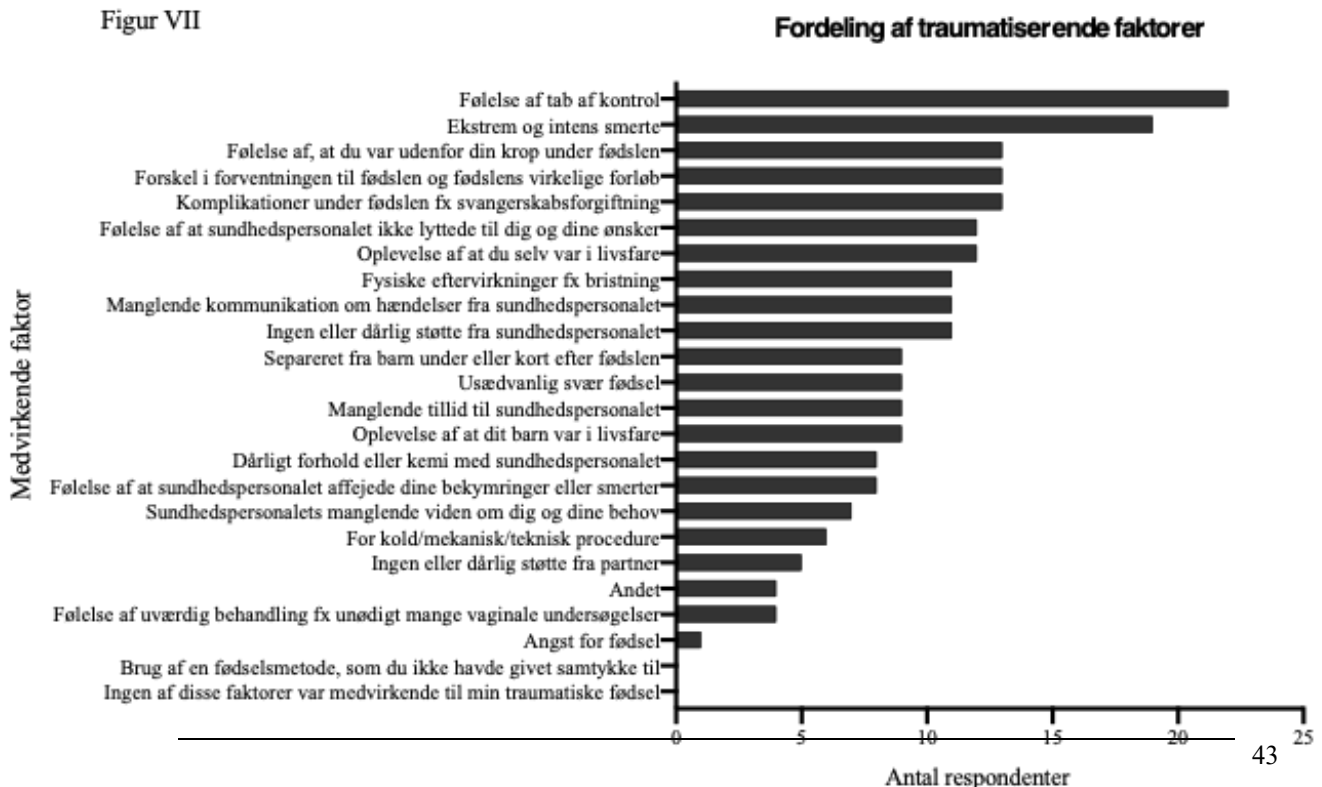
Der blev ligeledes ikke fundet nogen signifikant forskel imellem symptomgrupperne i forhold til bristningsgrad og seksuelt overgreb. Værdierne for disse signifikansanalyser kan findes i appendix 7 i en oversigt over alle gennemførte signifikansanalyser.

Dette tyder på, at forskellene mellem symptom-grupperne ikke kan forklares af demografiske variable som alder ved fødselstidspunktet, uddannelsesniveau, seksuelt overgreb, bristningsgrad eller diagnosticeret psykiatrisk lidelse inden fødslen. Derimod forbliver antallet af symptomer på en traumatisk fødselsoplevelse og risikoen for at blive diagnosticeret med en psykiatrisk lidelse efter fødslen som variable, der har vist at have en betydning for forskellen mellem de to grupper i denne undersøgelse.

5.1.2.5. De hyppigste faktorer

I spørgeskemaet har respondenterne ligeledes afkrydset faktorer, de mener har været medvirkende til, at deres fødselsoplevelse blev traumatisk. Respondenterne er blevet foreslået 21 mulige faktorer, der kan have medvirket til den traumatiske oplevelse samt selv haft mulighed for at tilføje flere subjektivt relevante faktorer. Af de foreslåede faktorer har 20 af dem været relevante for nogle respondenter. Figur VII viser fordelingen og antallet af respondenter, der fandt de forskellige faktorer som medvir-

Figur VII



Figur VII: Fordeling af faktorer, som var medvirkende til at fødslen blev oplevet som traumatisk:
Respondenterne er anspurgte om, hvorvidt en række faktorer havde bidraget til, at fødselen blev oplevet som traumatisk. Faktorerne er sorteret efter antal respondenter, der fandt den pågældende faktor relevant. N = 33.

kende til traumatisering for dem. Faktoren, *brug af en fødselsmetode, som du ikke har givet samtykke til*, viste sig ikke at være relevant for nogle af respondenterne. Det er især faktorerne; *følelse af tab af kontrol* og *ekstrem og intens smerte*, der har været medvirkende til den traumatiserende oplevelse for mange af respondenterne.

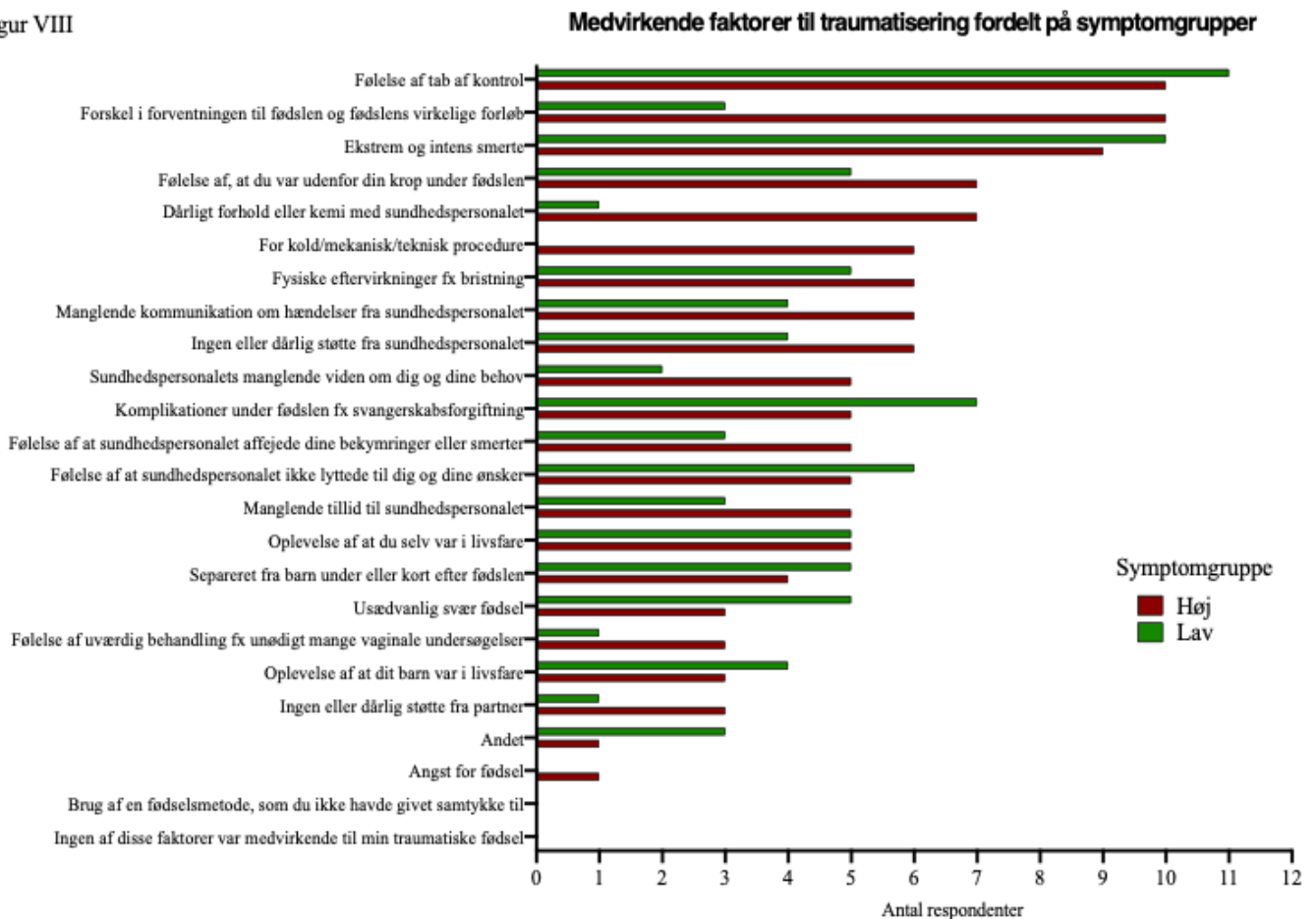
I kategorien *Andet* har enkelte respondenter tilføjet, at det var hhv. *hjemsendelse, medicinsk igangsættelse uden at kroppen var klar, ekstrem hurtig fødsel* og *at fødslen gik i gang uden en jordemoder*, der var traumatiserende for dem.

De mest relevante faktorer for mange af respondenterne har umiddelbart ingen sammenhæng, der kan fortolkes. I forhold til den efterfølgende analyse, er det dog interessant at bemærke, at nogle af de faktorer, som få respondenter har fundet særligt traumatiserende er faktorer som; *manglende tillid med sundhedspersonalet, dårligt forhold eller kemi med sundhedspersonalet, følelse af at sundhedspersonalet afvejede dine bekymringer eller smerter, sundhedspersonalets manglende viden om dig og dine behov, kold/mekanisk/teknisk procedure, ingen eller dårlig støtte fra partner* og *følelse af uværdig behandling*. Dette indikerer, at relationen ikke tyder på at have ligeså meget indflydelse på, hvorvidt en fødsel blev oplevet som traumatiserende, som mere obstetriske faktorer ud fra dette data.

5.1.2.6. De mest traumatiserende faktorer

I den efterfølgende analyse er disse faktorer blevet analyseret i forhold til de to symptomgrupper, hvilket er illustreret i Figur VIII. Her ses en statistisk signifikant forskel (p -værdi = 0.04) i forhold til de to symptomgrupper. Den deskriptive data

Figur VIII



Figur VIII: Fordeling af faktorer, som var medvirkende til at fødslen blev oplevet som traumatisk fordelt på symptomgrupper:

Respondenterne er anspurgte hvorvidt en række faktorer havde bidraget til at fødselen blev oplevet som traumatisk. Faktorerne er sorteret efter antal respondenter i Høj gruppe, der fandt den pågældende faktor relevant. $N = 30$. Statistisk analyse med 2-way ANOVA med test af faktor og symptomgruppe viser p -værdi for faktor = <0.001 og symptomgruppe = 0.04.

indikerer, at symptomgrupperne har nogle faktorer tilfælles, og hvor man ser en forholdsvis vilkårlig fordeling i enten den høje eller den lave symptomgruppe. Disse er; *oplevelse af, at du selv var i livsfare, oplevelse af at dit barn var i livsfare, følelse af at sundhedspersonalet ikke lyttede til dig og dine ønsker, følelse af tab af kontrol, fysiske eftervirkninger fx bristning, ekstrem og intens smerte, separeret fra barn under eller kort efter fødslen.*

Nogle faktorer var præget af en lille overvægt fra en af de to symptomgrupper. For den lave symptomgruppe var det; *komplikationer under fødslen fx svangerskabsfor-*

giftning, usædvanlig svær fødsel samt kategorien andet, der blev beskrevet i forhold til Figur VII. For den høje symptomgruppe var det; ingen eller dårlig støtte fra sundhedspersonalet, ingen eller dårlig støtte fra partner, manglende kommunikation om hændelser fra sundhedspersonalet, manglende tillid til sundhedspersonalet, følelse af at sundhedspersonalet affejede dine bekymringer og smerter, følelse af uværdig behandling fx unødigt mange vaginale undersøgelser og angst for fødsel.

Derudover var der fire faktorer, hvor der var en stor forskel mellem den høje og den lave symptomgruppe. Ved følgende fire faktorer var der en stor overvægt af respondenter fra den høje symptomgruppe; *forskel i forventningen til fødslen og fødselens virkelige forløb, dårligt forhold eller kemi med sundhedspersonalet, sundhedspersonalets manglende viden om dig og dine behov og kold/mekanisk/teknisk procedure.* Sidstnævnte faktor er interessant, idet ingen i den lave symptom-gruppe havde peget på den faktor som medvirkende til deres traumatiske fødselsoplevelse, mens mange i den høje symptomgruppe havde udpeget denne faktor som relevant.

Umiddelbart ses en tendens til, at mange af de faktorer, som den høje symptomgruppe fandt relevant er nogle af dem, som få respondenter i alt fandt relevant, og som har en tendens til at referere til et relationelt problem. Denne analyse indikerer således, at den lave symptomgruppe oftere tillægger deres traumatisering til objektive obstetriske faktorer, der gjorde selve fødslen svær, fx at det var en svær fødsel, eller at der opstod komplikationer under fødslen. I modsætning til den lave symptomgruppe tillægger den høje symptomgruppe oftere deres traumatisering til subjektive og relationelle faktorer. Overordnet er det faktorer relateret til et dårligt samarbejde med sundhedspersonalet og en ydmygende, ikke-inkluderende, kold, teknisk og mekanisk oplevelse, der ikke levede op til deres forventninger af en fødsel. Derudover var de faktorer, der havde en forholdsvis vilkårlig fordeling iblandt symptomgrupper ligeledes præget af obstetriske faktorer som mor og barn i livsfare, separation fra barn, smerter, tab af kontrol og bristninger. Disse faktorer indebar dog også en enkelt faktor, der kan klassificeres som relationel i form af en følelse af, at sundhedspersonalet ikke lyttede til den fødende kvinde og hendes ønsker.

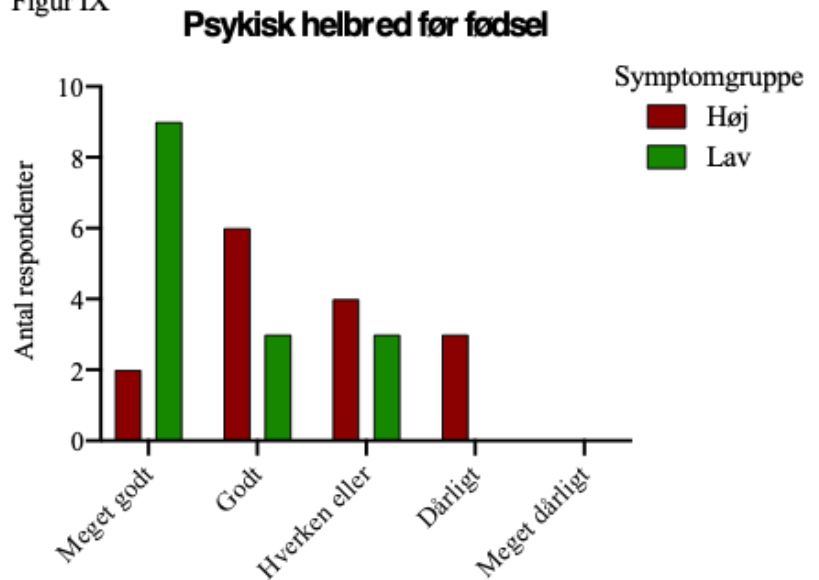
Resultaterne og forskellene mellem den høje og den lave symptom-gruppe fra nærværende undersøgelse peger således på, at det muligvis oftere er de subjektive og

relationelle faktorer, der resulterer i flest symptomer på traumatisering efter en fødsel frem for de objektive og obstetriske faktorer.

5.1.2.7. Sammenligning af symptomgrupper: Psykisk helbred og frygt

Udover faktorer relevante for traumatisering i forbindelse med fødslen er det også muligt at finde andre relevante forskelle mellem symptomgrupperne. Figur IX viser, at den høje symptomgruppe havde en tendens til at vurdere sig selv til at have et dårligere psykisk helbred før fødslen end den lave symptomgruppe. Dette er på trods af, at Figur IV viste, at der ikke var nogen forskel mellem symptomgrupperne i forhold til at være diagnosticeret med

Figur IX



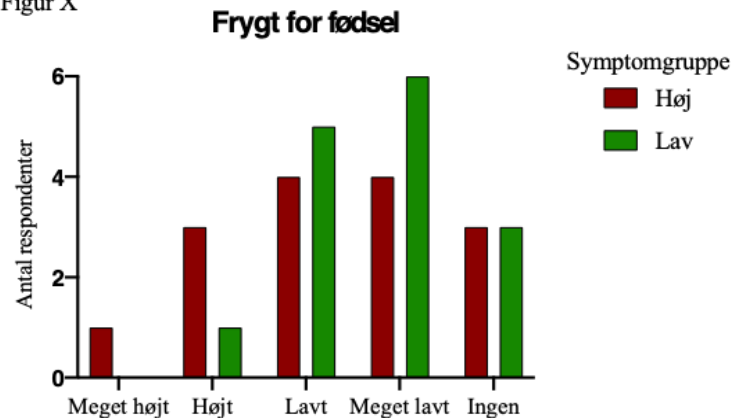
Figur IX: Fordeling af symptomgrupper på selv vurderet psykisk helbred før fødsel:

Antal respondenter fordelt i høj og lav symptomgruppe i forhold til det generelle psykiske helbred før den traumatiske fødselsoplevelse. $N = 30$. Statistisk analyse ved Chi i anden-test mellem symptomgrupperne muligt ved inkludering af "Meget dårligt" som svar resulterer i p -værdi = 0.035.

en psykiatrisk lidelse inden fødslen. Disse umiddelbare modstridende data kan potentielt forklares af forskellen mellem selv vurdering og en subjektiv oplevelse af psykisk helbred og en objektiv vurdering fra en fagperson. Det kan også eventuelt forklares af graden af psykisk lidelse, der måske ikke var i en sværhedsgrad, der kan klassificeres som en psykisk lidelse, men derimod blev forværret af en traumatisk fødselsoplevelse. Derudover kan en svær graviditet muligvis også spille ind i forhold til, om man har oplevet at have et dårligt psykisk helbred inden fødslen.

Udover psykisk helbred før fødslen kan forskelle mellem niveauet af frygt for fødslen mellem grupperne betragtes. Ved aflæsning af Figur X, ligner det, at den høje symptomgruppe havde et højere niveau af frygt for fødslen end den lave symptomgruppe. Denne lille forskel mellem symptomgrupperne viser sig dog ikke ved statistisk analyse. Ved fortolkning af resultaterne fra Figur IX og X kan man overveje om den høje symptomgruppe generelt var præget af flere subjektive negative følelser inden fødslen end den lave symptomgruppe.

Figur X

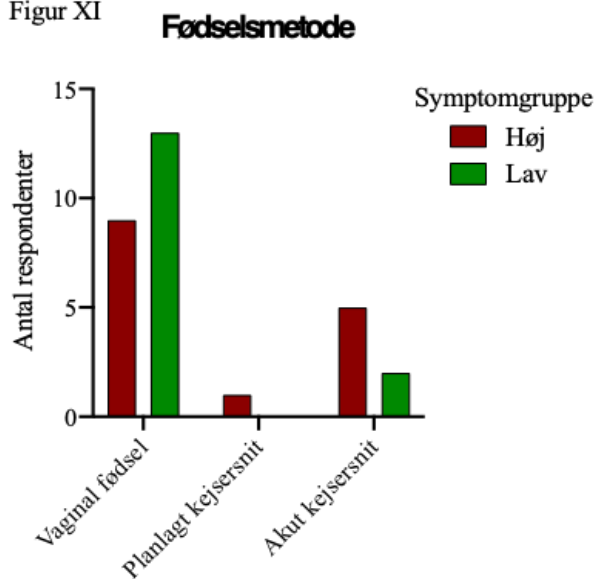


Figur X: Fordeling af symptomgrupper i forhold til niveau af frygt for fødsel:
Antal respondenter fordelt i høj og lav symptomgruppe i forhold til selv vurderet niveauet af frygt inden fødslen for at skulle føde. N = 30. Statistisk analyse ved Chi i anden-test mellem symptomgrupperne p-værdi = 0.64.

5.1.2.8. Sammenligning af symptomgrupper: Obstetriske faktorer

En anden relevant faktor kan ses i Figur XI, der viser forskellene mellem symptomgrupperne i forhold til fødselsmetoder. Ved aflæsning af data, vurderes der til at være en overvægt af kvinder i den høje symptomgruppe, der har fået akut kejsersnit frem for vaginal fødsel. At få et akut kejsersnit kan if. Söderquist et al. (2002) forstørre

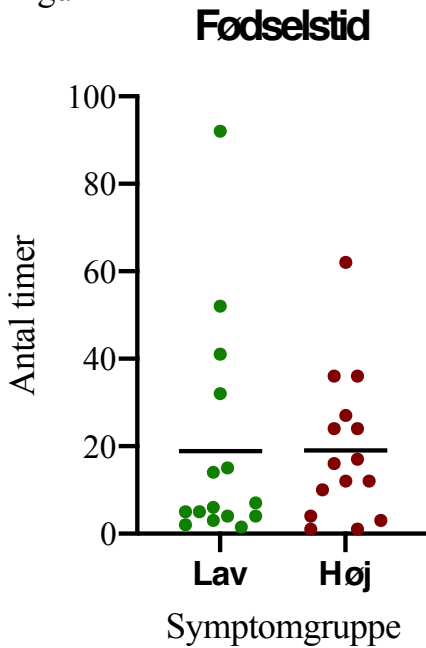
Figur XI



Figur XI: Fordeling af symptomgrupper i fødselsmetoder:
Antal respondenter fordelt i høj og lav symptomgruppe i forhold til fødselsmetode. N = 30. Statistisk analyse ved Chi i anden-test mellem symptomgrupperne p-værdi = 0.22.

risikoen 6,3 gange i forhold til vaginal fødsel for at udvikle symptomer på PTSD (p. 31). Denne forskel mellem symptomgrupperne er dog ikke signifikant ved statistisk analyse. Hvis denne forskel var signifikant kunne det potentielt udfordre undersøgelsens fortolkninger og brug af symptomgrupper, da det muligvis kunne forklare antallet af symptomer og den forhøjede risiko for at blive diagnosticeret med en psykiatrisk lidelse.

Figur XII



Figur XII: Fordeling af symptomgrupper i forhold til varighed af fødsel:

Antal respondenter fordelt i høj og lav symptomgruppe i forhold til varigheden af den traumatiske fødsel hvor gruppernes gennemsnit er markeret. $N = 30$. Gennemsnit Lav = 18,9 og Høj = 19,0. Median Lav = 6,0 og Høj = 16,0. Statistisk analyse ved Mann-Whitney test mellem symptomgrupperne p -værdi = 0,57.

En sidste relevant faktor i forhold til symptomgrupperne er varigheden af fødslen. Forskellen mellem symptomgrupperne er vist i Figur XII. På figuren kan man se, at symptomgrupperne havde næsten den samme gennemsnitlige fødselsvarighed. I forhold til denne variabel kan det være relevant at se på medianen i stedet for gennemsnittet, idet den er 10 timer længere for den høje symptomgruppe i forhold til den lave symptomgruppe. Den høje gruppe er desuden normalfordelt, mens den lave gruppe ikke er normalfordelt ved Shapiro-Wilk test. Ved aflæsning ligner det derudover, at en del flere i den høje symptomgruppe havde fødsler af lang varighed end den lave symptomgruppe. Denne umiddelbare forskel er ikke signifikant ved statistisk analyse og kan dermed ikke forklare den signifikante variation mellem symptomgrupperne i forhold til faktorer medvirkende til traumatisering.

5.1.3. Opsummering

Den kvantitative analyse i nærværende projekt peger på, at respondenterne var i større risiko for at blive diagnosticeret med en psykiatrisk lidelse, hvis de havde seks eller flere symptomer på en traumatisk fødselsoplevelse. Risikoen for at opleve mange symptomer efter en traumatisk fødselsoplevelse tyder ikke på at være påvirket af alder, uddannelsesniveau eller en tidligere psykiatrisk diagnose. I stedet kan resultaterne tyde på, at en subjektiv oplevelse af et dårligt psykisk helbred inden fødslen kan forhøje risikoen for flere symptomer efter en traumatisk fødselsoplevelse. Derudover ses en tendens til, at de respondenter med flest symptomer i højere grad til lægger deres traumatisering til subjektive og relationelle oplevelser under fødslen frem for obstetriske og objektive faktorer. Faktorer der kan medføre flere symptomer

på traumatisering kan kobles til som resultatet af en overordnet følelse af dårligt samarbejde med sundhedspersonalet og en ydmygende, ikke-inkluderende, kold, teknisk og mekanisk oplevelse, der ikke levede op til de forventninger, kvinderne havde til deres fødsel.

5.2. Kvalitativ analyse af faktorer

5.2.1. Traumatiserende faktorer

Under IPA-analysen blev der fundet seks temaer i form af faktorer, der har medvirket til, at informanterne oplevede deres fødsler som traumatiske. Disse er *akut skift i fødselsforløbet og forventninger til fødslen, manglende agens og kontrol over krop, manglende kommunikation og tillid til sundhedspersonalet, ressourcemangel, relationer samt fysiske og psykiske konsekvenser* og til sidst *standardisering*. I de følgende afsnit vil disse seks temaer blive uddybet med eksempler og udmunde i en samlet konklusion med en fortolkning af, hvordan disse temaer potentielt kan interagere.

5.2.1.1. Akut skift i fødselsforløbet og forventninger til fødslen

Et tema der hyppigt kom til udtryk i alle tre informanters narrativ om deres fødsel og deres traume var et pludseligt skift i deres muligheder under fødslen, der medførte, at fødslen blev anderledes, end hvad de havde forventet eller planlagt. Et eksempel er, at både IB og IC havde planlagt en hjemmefødsel, fordi de lider af det, de beskriver som hospitalsangst. Begge kvinder endte med at have en helt anden type fødsel, end de forventede, hvilket skabte en kaotisk oplevelse. IB beskriver sine følelser omkring ændringen og de medfølgende konsekvenser i følgende citat:

“Så var det lige pludselig helt galt, så måtte jeg ikke føde derhjemme og skulle sættes i gang på sygehuset. Det var imod alt, hvad jeg ønskede. Så tænkte jeg, nå men så kan jeg føde på hospitalet og i det mindste stadig komme i vand. Det ville jeg rigtig gerne, øh, da jeg skulle føde derhjemme. Ej, det måtte jeg så ikke lige. Der skulle være overvågning på babyen nu (...)” (IB, p. 2, linj. 47-53)

IB har således haft en klar plan for at undgå at trigge sin angst, hvilket indebar en hjemmefødsel i vand. Da hun får at vide, at det ikke længere kan lade sig gøre på grund af hendes høje blodtryk og tegn på svangerskabsforgiftning, ændrer det hele hendes plan for fødslen, som hun har forberedt sig på med forskellige teknikker. En situation som denne kan muligvis risikere at sænke hendes følelse af tryghed og forhøje hendes angst-niveau. Hun har forberedt sig på en anden situation og har ikke øvet teknikker til at håndtere den nye situation.

IC havde samme plan om en hjemmefødsel grundet hospitalsangst. Hun oplevede ligeledes, at komme i risikogruppen for svangerskabsforgiftning, og derfor skulle hun møde akut på hospitalet og sættes i gang med fødslen. Hun beskriver oplevelsen i følgende citat:

“Altså jeg er en af dem med hospitals-angst, øh, så jeg havde tænkt, at jeg skulle føde hjemme, men så opstod der komplikationer, øh, fordi jeg var ved at få svangerskabsforgiftning og så fra jeg tog ind på fødemodtagelsen, til jeg havde født på hospitalet, der gik 24 timer. Og jeg havde en lynfødsel. Jeg blødte næsten en liter, øhm og altså min krop stak helt af, fuldstændig. (...) Ja, det var ikke en god oplevelse overhovedet. Øhm, og jeg tror, jeg tog syv centimeter på en time. Øhm, det er ikke normalt. Det er rigtig rigtig rigtig hurtigt. Og jeg var nødt til at få ve-stimulerende og var bundet til sengen, fordi jeg havde det der dumme drop. Det blev bare overhovedet ikke, som jeg havde regnet med.” (IC, p. 1, linj. 5-19)

Alle tre informanter havde ligesom IC en oplevelse af, at de ved starten af fødslen med det samme fik en stor mængde ve-stimulerende, de ikke selv ønskede at få. Kvinderne oplevede, at det ve-stimulerende drop fremskyndte fødslen unaturligt og medførte mange smerter på kort tid. Samtidigt oplevede både IA og IB, at det ve-stimulerende ikke virkede i at fremskynde fødslen, men kun pådrog dem flere smerter. IC oplevede, at det fremskyndte hendes fødsel, men at fødslen generelt gik for hurtigt. Derudover kan man fornemme i hendes beskrivelse af, hvordan hun mistede meget blod og hendes krop stak af, at IC har en oplevelse af, at hendes krop blev presset til det yderste på den korte tid fødslen foregik.

Temaet om, at man under sin fødsel kan blive overrasket over, at ens krop ikke samarbejder eller ikke kan gennemføre det, hovedet beder den om, er ligeledes relevant

for IA's fødselsoplevelse. Hun beskriver det mest akutte øjeblik i hendes fødsel i følgende citat:

“Ja, jeg kunne jo godt se, at til sidst der blev rummet fyldt med alle de klassiske nar-koselæge og fødselslæge, og det der lille bord til undersøgelse af dårlige babyer og sådan noget. Alle var der jo, så jeg vidste godt, at det her, det er ikke særlig godt, øhm, for nogen af os. Og jeg vidste jo også godt, at hun lå så langt nede i bækkenet, og kejsersnit var ikke smart på det tidspunkt, men jeg kunne heller ikke presse hende ud, og nåede jo så at bruge alle tre forsøg på kop, så det var rigtigt/: Det er rigtig skidt. Hun var jo faktisk et rigtig dumt sted, og min krop samarbejdede ikke (...) Altså det endte med at blive en kompliceret fødsel for mig.” (IA, p. 6, linj. 234-245)

IA har en forventning om at have en helt normal vaginal fødsel på hospitalet. Hun ender dog med at have en svær og kompliceret fødsel. Man kan ud fra citatet få en fornemmelse af, at hun til sidst i fødselsprocessen er i et håbløst sindelag, idet hun oplever, at de er løbet tør for muligheder, fordi hun ikke kan presse sit barn ud, men kejsersnit er ikke længere en mulighed. Samtidigt får hun en fornemmelse af at være i fare ud fra miljøet omkring hende. IA beskriver, at hun ikke urealistiske forventninger til sin fødsel, men ingen havde forudset, at hun ville få en svær fødsel. Fødslen bliver således meget anderledes, end hun havde forventet. Dette beskriver hun i følgende citat:

“(..) jeg tror jeg gik ind til det med, at det jeg frygtede allermest i verden, det var, jeg skal i hvert fald ikke klippes. Og det var nok det absolut mindste af det overhovedet, øhm, når man så ender med at miste hele sin bækkenbund fuldstændig (...) Det var rigtig rigtig voldsomt, øhm, det havde jeg slet ikke forestillet mig, var en ting. Jeg havde tænkt worst case er klip og kejsersnit (...). Og de var lang tid om at finde ud af, hvor galt det var, så i starten var de bare sådan, nå men det skal bare lige og så kiggede de, og så var de bare sådan, nah, det er faktisk rigtig rigtig slemt, så jeg havde lige en time, hvor jeg tænkte, det er okay og så, fandt jeg ud af, at det var det ikke.” (IA, p. 5, lin. 158-169)

IA havde således gjort sig nogle tanker inden fødslen om, hvilke konsekvenser hun kunne risikere at få efter fødslen og har forberedt sig på, hvad gennemsnittet oplever

af konsekvenser efter deres fødsel. Hendes fødsel viste sig at resultere i meget værre konsekvenser end gennemsnittet og dermed værre, end hun havde forestillet sig, at man kunne risikere. Dette er også et tydeligt eksempel på, at når forventningerne til fødslen ikke opfyldes, kan det bidrage til følelsen af traumatisering efter en fødsel.

5.2.1.2. Manglende agens og kontrol over krop

Et andet tema, der ligeledes fyldte for informanterne i deres fødselsforløb var følelsen af, at deres ønsker, følelser eller holdninger til forløbet ikke blev hørt og taget med i overvejelserne af sundhedspersonalet. Derudover at de på flere måder ikke selv havde kontrol over fødselsforløbet. Dette beskriver IA i følgende citat:

“...jeg tror ikke, at jeg i bund og grund havde tænkt over, at jeg ville ende med følelsen af, at hvad jeg havde at sige, eller gerne ville eller ikke ville, at det i sidste ende ikke betød noget. Fordi jeg følte ikke, at jeg havde urealistiske tanker omkring fødslen. Jeg havde ikke en eller anden idé om, at det skulle være med musik og fuldstændig i zen, men jeg havde heller ikke nogen idé om, at det ville være så kaotisk og med så mange skiftende holdninger og nu gør vi sådan, nu gør vi sådan, nu gør vi sådan, selvom jeg egentlig havde nogle helt andre tanker og ønsker. Øhm, så jeg tror, jeg havde en forestilling om, at det ville være mere sådan en kommunikation mellem mig og jordemødrene, og øhm en lidt bedre forventningsafstemning. (...) Og jeg var meget fattet og rolig (...) Jeg var ikke sådan i panik, så jeg var ret sikker på, at jeg godt kunne kommunikere mine tanker og ønsker fornuftigt også under fødslen.” (IA, p. 4, linj. 100-116)

IA havde således forventet, at fødslen ville være en samarbejdende proces mellem hende og sundhedspersonalet, hvor hendes ønsker ville blive taget med i beslutningerne. Til gengæld oplevede IA processen som kaotisk, hvor jordemødrene sjældent kommunikerede om hændelser og beslutninger. Og i de tilfælde, hvor der blev kommunikeret, følte hun ikke, at hun fik mulighed for at bidrage med sine tanker og ønsker. I de tilfælde, hun fortalte om sine tanker og ønsker, oplevede hun ikke, at de blev taget til efterretning eller påvirkede beslutningerne, der blev taget. Man kan fortolke dette som, at IA fik en oplevelse af, at hun mistede sin agens under sin fødsel, hvilket bl.a. kom til udtryk i den manglende kommunikation. Samtidigt bidrog

sundhedspersonalets skiftende holdninger til hendes oplevelse af situationen som kaotisk. Idet IA oplever, at sundhedspersonalet er uenige med hinanden, kan det muligvis gøre hende usikker på, om der bliver taget de rigtige beslutninger, og om man kan have tillid til sundhedspersonalet.

IB havde samme oplevelse under sin fødsel som IA, idet hun ligeledes oplevede at blive afvist med sine forslag, tanker og ønsker af sundhedspersonalet. Dette kommer til udtryk i følgende citat:

“Altså hun lyttede overhovedet ikke til, hvad jeg gerne ville. Jeg havde hele tiden sagt, at jeg gerne vil danse babyen ud, og jeg vil gerne bevæge mig rigtig godt og alt det der med rotation af hofterne. Alle sådan nogle ting. Hun blev ved med at sige, ej, du skal lægge dig op og ligge stille, fordi jeg havde det der overvågning på, fordi hun kan ikke se babyens hjerterytme ordentligt, når jeg bevægede mig. Så jeg lå fuldstændig fikseret til en seng med kraftige smerter, som de medicinsk påførte mig, øhm, det var enormt overgrebs-agtigt. (..) Jeg føler nærmest, jeg er blevet tortureret for ingen verdens nytte, fordi der jo ikke var nogen, der gad at lytte på, når jeg sagde, der er noget galt, det føles forkert.” (IB, p. 4, linj. 127-140)

IB havde som tidligere nævnt øvet en del teknikker til at forbedre fødselsoplevelsen. På grund af de særlige omstændigheder ved hendes fødsel, medførte det, at hun ikke før sent i fødselsprocessen fik lov eller mulighed for at bruge disse, selvom hun selv havde en oplevelse af, at det ville forbedre situationen. IB oplevede sin manglende agens som traumatiserende, idet hun beskriver det som en følelse af tortur og overgreb, fordi hun følte sig fikseret til sengen og ikke havde nogen indflydelse på beslutningerne. I IB's narrativ af hendes fødselsoplevelse begynder fødslen først at gå den rigtige vej, da hun til sidst får en jordemoder, der lytter til hende og tillader hende at lave de rebozo-teknikker og hoppe på bold-øvelser, som hun har øvet.

IC beskriver ikke en følelse af, at sundhedspersonalet påvirkede hendes følelse af agens i sit narrativ, men beskriver derimod en følelse af manglende kontrol over sin krop og dermed situationen. Dette skyldes, at IC oplever, at fødslen går for hurtigt, hvilket hun beskriver i følgende citat:

“Ja, du har ikke noget, der ligner kontrol, når du udvider dig så hurtigt. Altså det går fra på få timer til at være til, at du råber, jeg vil dø.(...) Det er en rimelig voldsom oplevelse.” (IC, p. 4, linj. 136-139)

IC føler således, at når man udvider sig så hurtigt, som hun gjorde, og smerterne dermed også stiger i et hurtigt tempo, kan man opleve, at man mister kontrollen over kroppen og processen. Der er således noget, der tyder på, at hvis kvindernes smerter og fødsel stiger i et langsomt tempo, har de bedre mulighed for at vænne sig til smerten, og dermed føle sig mere i kontrol under fødslen.

5.2.1.3. Manglende kommunikation og tillid til sundhedspersonalet

Et tredje tema, der ofte blev nævnt var en grundlæggende mistillid til sundhedspersonalet. Derudover var der en oplevelse af ikke at blive kommunikeret til om sundhedspersonalets beslutninger, samt hvad der sker eller skal ske under og efter fødslen. I følgende citat er der et eksempel på, hvordan en sådan oplevelse, kan medføre at den fødende kvinde kan opleve fødslen, som mere farlig og traumatiserende, end den egentlig burde være på grund af manglende kommunikation:

“Jeg begyndte at bløde ret kraftigt efter fødslen og lige pludselig stod der femten mennesker på stuen og nærmest stod ovenpå min mave, føltes det som. Og rykkede i livmoderen og satte drop i mig. Altså det føles som om, du er i livsfare, fordi der er simpelthen så mange mennesker lige pludselig. Og så bliver der bare trykket alarm. Og der var ikke nogen, der fortalte mig, at det er helt normalt, og det er bare normal procedure. Vi gør det bare for en sikkerheds skyld. Og det havde nok været meget rart i situationen.” (IC, p. 2, linj. 29-38)

IC havde under fødslen en oplevelse af at være i livsfare, men får senere at vide til en privat efterfødselssamtale, at hun ikke var i livsfare. Det viste sig derimod at være en fast procedure i den situation, hun var i. Dette kan risikere at skabe angst, frygt og andre negative følelser under fødslen, og dermed resultere i at hendes fødselsoplevelse opleves mere traumatisk. Hun peger selv på, at information om, hvad der foregår, at det er normal procedure, og at hun ikke skal frygte for sit liv, kunne have haft en effekt på hendes fødselsoplevelse.

IB var ligeledes påvirket af manglende informationer fra sundhedspersonalet. Hun beskriver sig selv i følgende citat: “ (...) jeg er mega kontrolfreak, så jeg skal have information overload, ellers så kan jeg slet ikke være i det.” (IB, p. 9, linj. 399-40). IB arbejder selv indenfor sundhedssektoren, og udtrykker til sundhedspersonalet, at hun har brug for at få så mange informationer som muligt - og gerne på fagsprog. Dette beskriver hun følgende citat:

“...har prøvet hele tiden at sige til dem, i bliver nødt til at fortælle mig, hvad i gør. I behøver ikke sådan overforklare: ”Nu tager vi en nål og så ligger vi den.” Bare fortæl mig, at i er i gang med at lave en rygmarvsbedøvelse. Altså fortæl mig det i fagudtryk, fordi jeg forstår det godt.” (IB, p. 7, linj. 262-266).

Hun oplever dog ikke at få nogle informationer om, hvad der sker. Man kan derudover fortolke ud fra dette citat, at IB ønsker, at blive respekteret for sin faglighed og behandlet som et kompetent menneske, der kan have indflydelse på beslutningerne foretaget under fødslen. Dette oplever hun ikke at blive, hvilket potentielt kan opleves som en ydmygelse.

IB får generelt flere oplevelser, der bekræfter hende i, at hun ikke har nogen indflydelse på sin fødselsproces. Inden fødslen indlægges hun på baggrund af mistanke om svangerskabsforgiftning. Oplevelsen beskriver hun i følgende citat:

“Altså jeg ønskede ikke den der indlæggelse, og jeg var sådan, hvorfor ligger jeg her. Det er fordi vi skal holde øje med dig. Hvad er det i holder øje med? Det skulle jeg ikke bekymre mig om. Hvortil jeg så bliver glemt på stuen i 7-8 timer, hvor de slet ikke kommer og kigger til mig, og jeg bare ligger. Og jeg er sådan relativt angst for sygehuse. Det havde jeg sagt til dem. Øhm, men alligevel bliver jeg glemt på stuen og får et angstanfald og hiver i den røde snor. Der går tyve minutter, før der kommer nogen, og jeg ligger og kan ikke trække vejret.” (IB, p. 3, linj. 74-83)

IB oplever således en manglende tillid til sundhedspersonalet, idet hun ikke informeres om, hvorfor hun skal være indlagt, og hvorfor det er vigtigt. Ud fra dette citat kan man fortolke, at IB muligvis bruger kontrol og information til at håndtere sin angst. Da hun senere får en oplevelse af, at sundhedspersonalet ikke holder øje med hende, og at de glemmer hende og ikke reagerer, når hun kalder, får hun måske en følelse af,

at de heller ikke har kontrol over situationen. En sådan situation kan potentielt udløse mere angst. Denne manglende tillid er højst sandsynligt allerede opstået i denne situation inden fødslen, der giver hende en følelse af ikke at kunne stole på eller aflægge kontrollen til sundhedspersonalet, hvorefter hendes manglende tillid bekræftes af hendes oplevelser under og efter fødslen. Et eksempel på en situation under fødslen, der yderligere kan have givet IB en følelse af, at hun skal stole mere på hendes egen intuition frem for at have tillid sundhedspersonalets faglighed og opmærksomhed er hændelsen beskrevet i følgende citat:

“(…)(red. jordemoderen): ”Hmm, jeg tror da i øvrigt, at din datter står skævt”. Hvor jeg var sådan: ”Tak, det er det, jeg har prøvet at sige hele tiden.” Det føles kun som om, at der bliver mast skråt ned mod mit ene lår i stedet for nedad, kan man sige mellem benene, som jeg havde forestillet mig, at det ligesom skulle.” (IB, p. 5, linj. 189-194)

I denne situation bliver IB bekræftet i, at hun ikke kan aflægge kontrollen og have tillid til, hvad hun bliver fortalt af sundhedspersonalet. Disse oplevelser kan skabe et grundlag for et dårligt samarbejde og en manglende tillid til sundhedspersonalet, der kun bliver bekræftet i IB's narrativ i de efterfølgende hændelser. IB får senere at vide, at hun kun er indlagt for, at de kan måle hendes blodtryk og tage blodprøver tre gange om dagen. Dette irriterer hende, idet hun følte, at hun kunne have gjort det selv derhjemme, og dermed undgået at få forværret sin angst. Dette kan have givet hende en følelse af, at beslutningerne er blevet taget uden at tage hendes følelser og udfordringer med i overvejelserne.

IA har en lignende oplevelse, der udfordrer hendes tillid til sundhedspersonalet. Under fødslen er hun uenig med, at sundhedspersonalet har besluttet at give hende en stor mængde ve-stimulerende til at fremskynde fødslen og udtrykker sin bekymring. Efter den tidligere nævnte svære situation, hvor brugen af assisteret vaginal fødsel er mislykkes, og det er for sent at få et kejsersnit, bliver IA bedt om igen at forsøge at presse barnet ud. Dette resulterer i nogle svære fysiske konsekvenser for IA, hvilket beskrives i følgende citat:

“Jeg skulle bare presse, og så hev de, og så kom hun også ud. Øhm, og det resulterede i en gigantisk bristning. Altså den største bristning man kan få, fik jeg, fordi at jeg var så hævet.” (IA, p. 3, linj. 65-68)

IA tillægger det, at fødslen er blevet fremskyndet med ve-stimulerende, og at de ikke har stoppet det tidligere og foretaget et kejsersnit til, at hun får en meget stor bristning, der får store konsekvenser for hende efter fødslen. Man kan således tolke denne situation som, at IA oplever, at sundhedspersonalet laver nogle fejlvurderinger, der ender med at have store konsekvenser for hende. IA har ligesom IB allerede mistet tilliden til, at sundhedspersonalet foretager vurderinger med hendes interesser i tanke i en tidligere situation under fødslen. Dette beskrives i følgende citat:

“Det var hele tiden, altså, og så skulle læger /: Det var sådan, så var den ene uenig med anden, og det var alligevel rimelig vigtigt, om det var en centimeter fra eller til, når man ligesom kun har 10 cm til. Så skulle der en tredje ind, mens der nærmest stod folk i kø, fordi var jeg så blevet mere åben eller mindre åben.” (IA, p. 5, linj. 193-198)

I forbindelse med citatet beskriver IA en oplevelse af, at det i højere grad er sundhedspersonalets behov, der bliver prioriteret under fødslen. IA oplever meget naturligt de mange vaginale undersøgelser som ubehagelige. Da der ikke bliver prioriteret i, hvem og hvor mange, der skal foretage en vaginal undersøgelse af hende, oplever IA dette som et eksempel på, at der ikke tages højde for hendes følelser og interesser i en situation som denne. Derudover kan hendes fornemmelse af, at lægerne er uenige ligeledes have påvirket hendes tillid til, at sundhedspersonalet har kontrol over situationen.

5.2.1.4. Ressourcemangel

Et fjerde tema af, hvad der ledte til at kvinderne oplevede deres fødsler som traumatiske, var en oplevelse af, at der var ressourcemangel på fødeafdelingen, der ledte til nogle uhensigtsmæssige beslutninger. Disse uhensigtsmæssige beslutninger kan have været medvirkende til, at flere af kvinderne mistede tillid til at sundhedspersonalet havde deres bedste interesser i sigte, og dermed havde svært ved at afgive deres kon-

trol under og efter fødslen. Alle tre kvinder fik lagt ve-drop kort efter ankomst til fødeafdelingen, og flere af kvinderne får en oplevelse af, at dette skyldes, at fødslen skal udvikle sig så hurtigt som muligt. IC peger på, at dette medfører, at hun får en for hurtigt fremadskridende fødsel, der gør, at hun mister kontrollen over sin krop og fødslen. IA føler, at sundhedspersonalet stresser hende ved at skruer op for ve-drop og fortæller hende, at hun vil komme til at føde på deres vagt. Derudover hentyder hun til, at ve-droppet kan have medført, at hendes datter lægger sig et uheldigt sted, der medfører hendes 4. grads bristning, der har store fysiske konsekvenser for hende efter fødslen. IB oplever ligeledes at få ve-drop og få det skruet op, idet hendes jordemoder ikke mener, at hun har smerter nok og dermed fremskridter nok i fødslen. Dette resulterer i, at hun pludselig får meget kraftige smerter men uden at udvide sig mere, hvilket yderligere forværrer hendes tillid til hendes jordemødre.

Udover de andre oplevelser observerer IB flere situationer, som hun tolker som grundet ressourcemangel og manglende overskud og viden, der resulterer i, at hun bliver utilfreds med sin fødselsproces. Inden sin graviditet har IB kort forinden aborteret, hvilket hun ikke oplever at få noget hjælp til at håndtere. Derefter har hun en svær graviditet med bækkenløsning og hyperemesis (svær kvalme og opkast). Hun oplever at dette bliver negligeret og får at vide, at det er et vilkår ved at være gravid. Tidligt i graviditeten måles hun ligeledes med et meget højt blodtryk, hvilket skræmmer hende, idet hun normalt har et lavt blodtryk og føler, at hun kan mærke det høje blodtryk fysisk i hendes krop. Hun oplever at disse bekymringer igen negligeres. Hun får derved en oplevelse af, at det er hende, der bekymrer sig for meget efter at have snakket med jordemoderen og lægen, der ikke mener, at noget er galt. Da hun får målt et blodtryk 3 uger før fødslen, er værdierne lige over grænseværdien for et højt blodtryk. På grund af dette oplever IB, at situationen pludselig bliver håndteret som meget akut, og at hun således havde ret til at have de bekymringer, hun havde. IB får således allerede inden fødslen flere oplevelser af svigt fra sundhedspersonalet og hele fødselssystemet. Denne oplevelse under graviditeten beskrives yderligere i følgende citat:

“Altså der var ikke en, der greb mig og sagde ”[navn på IB], jeg er kontaktperson for dig indtil vi skal til at i gang her”, altså jeg var bare overladt til mig selv og mine egne tanker. Jeg var bare, altså jeg var helt oppe og køre, (...) Jeg blev suicidal, og øh altså, havde flere døgn, hvor jeg bare ikke kunne noget som helst. (...) jeg var

sådan, hvem griber mig i det her. Hvem er det jeg kan snakke med om det her, mine følelser og mine muligheder? Øhm, men hjemmefødsels-jordermoderen, de var bare sådan, du skal ikke føde hjemme, så du er ikke vores problem. Og fødegangen var sådan, øh her kan du ikke få. Altså du må gerne ringe ind og snakke med vores vagthavende, men de havde jo ikke mere end tre minutter før den næste fødende ringede ind, og jeg havde i virkeligheden brug for at komme til en samtale, tror jeg.” (IB, p. 3, linj. 56-71)

IB oplever således at blive afvist, da hun har brug for hjælp under sin graviditet, samt at få sine bekymringer negligeret. Dette kan man tolke som et resultat af ressource-mangel, idet der ikke er nogen, der har tid eller mulighed for at håndtere IB's udfordringer og bekymringer. Sundhedspersonalet bliver nødt til at afvise IB, fordi de har en bestemt funktion og ikke har ressourcerne til også at håndtere IB's bekymringer udover deres andre opgaver. IB oplever, at der ikke er nogen steder, hun kan henvende sig med sine udfordringer. Efter fødslen oplever IB, at der heller ikke bliver taget hensyn til hendes søvn, da personalet tit kommer ind for at tage prøver. Da hun laver en aftale med personalet, så hun kan sove, får sundhedspersonalet ikke videreformidlet de aftaler til det nye vagthold. Dette frustrerer IB og gør, at hun mister mere tillid til personalet. IB begynder til sidst i fødselsprocessen at få tillid til en bestemt jordemoder, idet hun fornemmer, at denne jordemoder har haft tid til at læse hendes journal i modsætning til de andre, og dermed har en del specialiseret viden om hende. Dette beskriver IB i følgende citat:

“Så får jeg en ny jordemoder, der faktisk er den første, der læser min journal, og sætter jeg ind i, at jeg har øvet rebozo-teknikker [massage-teknik til fødende], og jeg vil gerne bevæge mig, og jeg vil gerne alle de her ting (...). Hun får faktisk lyttet til, hvad det er, der sker.” (IB, p. 5, linj. 164-169).

Her gør det således en forskel for IB, at hun oplever, at hun kan stole på jordemoderen, fordi hun tilpasser processen til IB's behov, forventninger og planer for fødslen. Selvom det ikke nødvendigvis er IB's tillærte metoder, der fremskynder fødslen, har IB en oplevelse af, at det er grunden til, at hun pludselig udvider sig meget og har en ordentlig fødsel. Dette peger på, at det kan være svært for sundhedspersonalet at nå at få læst patienternes journaler, men at det i fx IB's opfattelse er altafgørende for, at

hun kunne få en god fødselsoplevelse. Dette kan også fortolkes som, at idet IB bliver tryk ved en jordemoder bliver fødselsprocessen bedre og mindre obstetrisk kompliceret.

IC oplever ligeledes, at der er travlt på fødeafdelingen, hvilket medfører, at personalet ikke har tid til visse ting. Hun forklarer, at hun har behov for at få forklaret, hvad der sker under fødslen, hvilket bliver ignoreret. Under evalueringen af sit fødselsforløb, udtrykker hun sig således: *“Og det kan godt være de har travlt, men de skal også]: Det skal være okay at gå derfra og ikke at tænke, holy shit, jeg har ikke lyst til at føde igen”* (IC, p. 9, linj. 369-371). Dette kan man forstå som, at hun selv kom hjem fra hospitalet med en følelse af, at hun ikke havde lyst til at føde igen på grund af travlhed hos personalet. Hun beskriver ligeledes, at hun ikke vil på barselsgangen ved sin næste fødsel grundet sine oplevelser. Hun er desuden ærgerlig over, at hun ikke kan vælge en hjemmefødsel næste gang, fordi hun er i risiko for svangerskabsforgiftning igen, fordi hun havde det ved første fødsel (IC, p. 3, linj. 92-97).

5.2.1.5. Relationer samt fysiske og psykiske konsekvenser

Et femte tema i forhold til, hvad kan bidrage til traumatiske fødselsoplevelser, er konsekvenserne af fødslen i form af påvirkning på kvindens relationer samt generelle fysiske og psykiske konsekvenser. Både IB og IA blev påvirket af, at de blev adskilt fra deres børn kort efter fødslen, fordi de skulle opereres og derefter være på en anden afdeling i nogle timer. IB beskrev, at hun ikke følte sig tryk ved at efterlade hendes barn og mand alene, fordi hun var usikker på, om han kunne passe hende alene (IB, p. 7, linj. 290-302). Dette stemmer godt overens med IB's behov for kontrol, og beskriver i den forbindelse, hvordan det er hende der er vant til at styre tingene derhjemme, og dermed var utryk over, at de var alene, og om hendes mand kunne klare det.

IA beskriver adskillelsen fra sin barn som voldsom i følgende citat: *“(...) men ovenpå alt det, så var det rimelig voldsomt, at skulle være væk fra baby i seks timer, fordi så skulle jeg lige på opvågning”* (IA, p. 3, linj. 71-73). Hun var ikke bekymret for sin mand eller barn, men er alligevel påvirket følelsesmæssigt af at være adskilt fra sit barn efter den traumatiske fødsel, hvor hun undervejs i fødselsprocessen var bekymret for barnets liv.

IA har derudover fået store fysiske konsekvenser af den store bristning, der påvirkede hendes livskvalitet og funktion i hverdagen i mange uger efter fødslen. Dette beskriver hun i følgende citat:

(...) jeg var ikke ude af lejligheden de første fem uger, fordi jeg kunne ikke gå. Jeg kunne knap nok liste rundt i lejligheden, og heldigvis var min baby ikke særlig tung, for de siger, at man ikke må løfte mere end 3 kg, og det vejede hun lige, så det var fint. Men jeg havde en eller anden tanke om, at så har man sin baby i vikle og man gør det ene og det andet, og det kunne jeg ikke. Jeg kunne intet. Når jeg stod op, så føltes det som om, alt var ved at falde ud. (IA, p. 5, linj. 177-188).

Dermed er IA's forventninger til tiden efter fødslen heller ikke blevet opfyldt, idet hun havde en idé om, at hun ville have fysikken til at kunne gå ud med barnet i vikle og lave diverse barsels-aktiviteter. IA oplevede derudover også psykiske konsekvenser af hendes fysiske begrænsninger grundet den voldsomme fødsel, hvilket hun beskriver i følgende citat:

“Og det mindede mig også lidt om, hvor bekymret jeg var for fremtiden, og om jeg skal gå og være inkontinent. Så man går og hører alle mulige skrækhistorier, og ja så hver gang det gjorde ondt/: Altså jeg turde jo ikke gå på toilettet. Det var jo fuldstændig skræmmende for mig, fordi jeg turde ikke presse. Jeg turde ikke noget. Så smerterne i sig selv var ikke noget. Det kunne jeg godt håndtere, men alt det, der fulgte med, påvirkede mig.” (IA, p. 8, linj. 302-310)

Hendes fysiske eftervirkninger gav således IA en masse bekymringer og angst for fremtiden i forhold til, om hun kunne risikere fysiske handicaps resten af sit liv. Hun beskriver således, at det ikke kun er mængden af smerter, men ligeledes de negative følelser og bekymringer, der medfølger de fysiske eftervirkninger, der påvirker hendes oplevelse af fødslen. IA havde derudover også nogle psykiske konsekvenser af selve fødslen, hvilket hun beskriver i følgende citat:

“(..) jeg har følt mig sådan lidt adskilt fra mine følelser, og ikke rigtig kunne føle den der glæde, og jeg ved godt, at mange ikke har det alligevel, men jeg har følt, at det har været meget relateret til fødslen og efterfødselsforløbet. At jeg havde svært ved

tilknytning til min baby, fordi at jeg var så fysisk adskilt fra hende, fordi jeg fysisk ikke kunne bevæge mig. Så der var meget, jeg ikke gjorde og ikke kunne. Ja, det var som om, man egentlig bare havde lidt en osteklokke rundt om sig og ikke rigtig altså (..) Man var der fysisk, men var der ikke.” (IA, p. 7, linj. 277-286)

IA oplever således en form for dissociation efter fødslen, idet hun beskriver, at hun er i en form for osteklokke, hvor hun er fysisk tilstede, men er adskilt fra sine følelser. Både de fysiske og de psykiske konsekvenser har således betydning for hendes mulighed for at mærke en tilknytning til sit barn. De fysiske konsekvenser i form af fysisk adskillelse og udfordringer ved bevægelse, gjorde det svært for IA at skabe en fysisk tilknytning til sit barn. De psykiske konsekvenser i form af dissociation har medført, at IA ikke var emotionelt til stede og kunne glæde sig over sit barn, hvilket også er udfordrende for skabelsen af en tryk tilknytning til sit barn. IC oplevede ligeledes en følelse af dissociation under sin fødsel og beskriver, at hun gik i en form for boble for at holde smerterne ved den hurtige fødsel ud (IC, p. 4, linj. 101-107) IC's dissociation påvirkede ligeledes hendes forhold til sit barn, idet hun beskriver, at hun ikke rigtig var der de første tre måneder af sit barns liv og beskriver, at hun ikke husker særlig meget fra den tid, og at hun var helt væk (IC, p. 4, linj. 149-156). IB har efter sin fødsel fået tanker af selvskadende og suicidal karakter. Hun beskriver derudover, at hun kan få nogle vredesanfald og har bekymringer om at være alene med sin datter og at hendes mand vil forlade hende. IB beskriver, at hun havde svært ved relationen og skabelsen af tilknytning til sit barn, idet hun oplevede irritation over barnet og havde en følelse af at have lyst til at smide hende ud i skraldespanden i de første mange måneder.

5.2.1.6. Standardisering

Det sjette og sidste tema i forhold til, hvad der påvirkede fødselsoplevelsen hos kvinderne, var en oplevelse af, at procedurerne under fødslerne var meget standardiserede og dermed ikke tilpasset til kvindernes personlige ønsker, forventninger og behov. Et eksempel er det vestimulerende, som alle tre kvinder var modstandere af at modtage, men som de alle blev pålagt af sundhedspersonalet. I den indledende fase af fødslen følte IA sig presset af sundhedspersonalet til at få ve-drop og epidural, selvom hun havde udtrykt et ønske om at føde uden. Og som tidligere nævnt, ople-

vede hun, at fødslen blev fremskyndet og var præget af stress, hvilket hun beskriver i følgende citat:

“(..) så kommer der en ny ind og siger, nå nu sker der noget. Nu skal vi havde ting til at ske. Du skal føde med mig, og vi gør sådan og sådan, hvor jeg var sådan, jamen det har de to andre allerede sagt. (IX: mm) Det gik ikke. (..) behøver vi at stresse så meget, eller skal vi ikke noget andet?” (IA, p. 4, linj. 122-128)

IA oplever således, at alle jordemødrene har samme tilgang og presser hende til, at fødslen skal ske hurtigere. Hun oplever således, at de ikke tager højde for hendes behov om at sænke stressniveauet ved situationen og forsøge nogle andre metoder, idet hun ikke oplever, at metoden fungerer for hende.

IB oplever også, at vigtige beslutninger tages på baggrund af nogle arbitrære grænseværdier, og ikke foretages på baggrund af nogle personlige og tilpassede vurderinger. Dette beskriver hun følgende citat, hvor sundhedspersonalet skal vurdere om IB og hendes familie kan tage hjem fra hospitalet:

“(..) så tænkte de fedt, så kan vi udskrive jer, og så var vi sådan yes, endelig kan vi komme hjem. Så vejede de min datter, og så vejede hun 10 gram for lidt i forhold til, at jeg måtte komme hjem, og så skulle vi være indlagt et døgn mere. Øhm, og vi kæmpede så det døgn for, at hun skulle tage så meget på som muligt, så de kunne se på den der vægt, at fordi det er åbenbart vægten, der afgør, om man må komme hjem, og man kigger ikke på barnets trivsel eller forældrenes trivsel. Og jeg var absolut ikke i trivsel.” (IB, p. 9, linj. 374-383)

IB har tidligere nævnt sin hospitalsangst og beskriver, at hun får det dårligere psykisk af at være på hospitalet. Man kan fortolke ud fra citatet, at IB føler sig dehumaniseret, idet hun oplever, at barnets og forældrenes trivsel ikke medtages i beslutningen, om familien kan hjemsendes. Dette skyldes at vurderingerne tages på baggrund af nogle grænseværdier, der er besluttet og sat i boks. Man kan forstå, at IB oplever hændelsen som komisk, idet barnets manglende 10 gram på vægten bliver afgørende for, om IB's psykiske trivsel skal forværres. Der er dog noget, der tyder på, at barnets vægt i realiteten ikke var det afgørende for, om familien kunne hjemsendes, idet IB senere fortæller, at sundhedspersonalet gerne ville holde dem indlagt flere dage for at

observere familien. Her valgte familien dog at tage hjem på trods af sundhedspersonalets vurdering.

IB føler dog generelt at hendes individuelle behov og ønsker ikke blev taget op til overvejelse. I følgende citat beskriver hun, hvordan hun ville ønske at behandlingen var mindre standardiseret, og at sundhedspersonalet lavede vurderinger ud fra nogle mere humanistiske værdier:

“Der var ikke nogen, der lyttede til, hvad mit behov var, eller tog mig seriøst som en person. Jeg føler mig bare som sådan en samlebånds gravid, der er blevet puttet i den boks, der hedder svangerskabsforgiftning. Og så er jeg blevet puttet i den boks. Man udvider sig ikke, så får man medicin, i stedet for at tænke over, hvad er det faktisk, hun siger (...). Hvad er det faktisk, vi har med at gøre her? Har vi at gøre med en, som har brug for at vide, hvad det er, vi gør ved hende, eller hvad for noget medicin, vi giver hende. Eller har vi at gøre med en som faktisk ikke har brug for information overload. Og jeg er mega kontrolfreak, så jeg skal have information overload, ellers så kan jeg slet ikke være i det.” (IB, p. 9, linj. 395-407)

IB's samlede fødselsoplevelse er således præget af, at hun følte, at sundhedspersonalet generelt tog beslutninger ud fra et uhensigtsmæssigt grundlag og værdier, der medførte diverse problemer og udfordringer for hende. Hendes opfattelse af sundhedssystemet er meget negativt, og hun får generelt ikke tillid til nogle andre end hendes sidste jordemoder. Hendes narrativ af hendes fødselsoplevelse er generelt præget af flere hændelser, hvor IB fornemmer, at noget er galt. Sundhedspersonalet negligerer hendes fornemmelser, indtil det viser sig, at hun har ret, og det får svære konsekvenser for hende. Dette er ligeledes tilfældet efter fødslen, hvor IB begynder at miste en masse blod, som IB oplever, at personalet ikke tager alvorligt, før det begynder at blive farligt for hende.

IC oplever i modsætning til de to andre individualiseret og tilpasset behandling hos sin sundhedsplejerske, der tilbyder hende støttende samtaler. IC's sundhedsplejerske finder ud af, at IC har mistet sin svigermor, der betød meget for hende kort før fødslen og vurderer derefter, at IC har brug for samtaler om dette. Derudover hjælper sundhedsplejersken IC med at håndtere hendes usikkerhed i hendes nye rolle som mor og støtter hende i forhold til, om hun gør nok for sin datter, hvilket IC oplever

som meget hjælpsomt (IC, p. 6, linj. 219-235). Dette er et eksempel på, at kvindernes får gode oplevelser med fødselsprocessen, når sundhedspersonalet bevæger sig væk fra de standardiserede procedurer og fokuserer på deres specifikke behov.

5.2.1.7. Opsummering

Overordnet er det forskellige temaer, der primært er afgørende for kvindernes traumatisering, men der er dog nogle oplevelser, der gentages blandt alle tre informanter. Disse kan opsummeres som følelsen af, at det var svært at have tillid til sundhedspersonalet, når de oplever, at vurderinger tages på baggrund af standardiserede procedurer, travlhed og ressourcemangel. Samtidig oplevede kvinderne generelt en manglende kommunikation fra sundhedspersonalet til dem om de valg, der blev foretaget. De oplevede at deres individuelle behov, intuitioner, forventninger og følelser ikke blev medtaget i vurderingerne, samt at når de kommunikerede om disse, blev de ikke medtaget i beslutningsprocesserne. Dette medførte diverse konsekvenser for deres fysiske og psykiske helbred samt en følelse af manglende agens og kontrol over deres krop under fødslen.

5.3. Intervention og behandling

5.3.1. Kvantitativ analyse af intervention

5.3.1.1. Erfaring med forskellige typer intervention

Nærværende projekt har desuden undersøgt respondenternes erfaringer med behandling og intervention i forbindelse med deres traumatiske fødselsoplevelse. De undersøgte variable er, hvorvidt kvinderne er blevet tilbudt behandling eller har fået behandling, hvis dette er ønsket. Derudover hvilke typer behandlinger, kvinderne har været igennem i forbindelse med en traumatiske fødselsoplevelse, samt i hvor høj grad behandlingen har virket for dem. Begrebet *effekt* bruges i denne sammenhæng om respondenternes subjektive vurdering af virkningen af behandlingen. Disse deskriptive informationer er beskrevet i Tabel 2, der viser, at lidt over halvdelen af kvinderne er blevet tilbudt hjælp. Næsten alle af disse kvinder har taget imod hjælpen. Enkelte har ønsket behandling, bedt om det og ikke fået det tildelt. 22 % har

ønsket behandling, men ikke haft mod på at efterspørge det. Få af kvinderne ønskede ikke behandling.

Tabel 2

Behandling efter traumatisk fødselsoplevelse

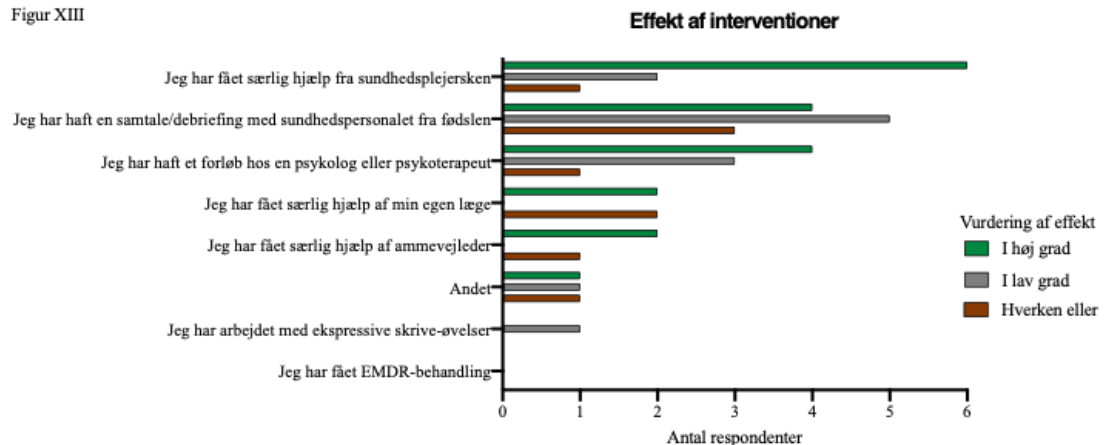
Tilbudt og efterspurgt hjælp (N=27)	Variable	N	% af sample
	Tilbudt og taget imod hjælp	15	56 %
	Tilbudt og ikke taget imod hjælp	1	4 %
	Ikke tilbudt men efterspurgt hjælp	3	11 %
	Ikke tilbudt men ønskede hjælp	6	22 %
	Ikke tilbudt og ønskede ikke hjælp	2	7 %
Typer af behandling (N=27)	Variable	N	% af sample
	Psykoterapi	8	30 %
	EMDR-behandling	0	0 %
	Ekspressive skriveøvelser	1	4 %
	Debriefing	12	44 %
	Særlig hjælp v. ammevejleder	3	11 %
	Særlig hjælp v. sundhedsplejerske	9	33 %
	Særlig hjælp v. egen læge	4	15 %
	Andet	3	11 %
	Ingen behandling	8	30 %
Effekt af behandling (N=27)	Variable	N	% af sample
	Høj grad	8	30 %
	Lav grad	6	22 %
	Hverken eller	5	19 %
	Behandling har forværret tilstand	0	0 %

Tabellen viser ligeledes de forskellige typer intervention, respondenterne har deltaget i. En del af kvinderne har været i psykoterapi eller har været en del af debriefing. Nogle har fået særlig hjælp af de aktører, der normalt efterser kvinderne efter fødslen i form af ammevejleder, sundhedsplejerske og egen læge. Af disse aktører har 33 % fået ekstra hjælp hos deres sundhedsplejerske. Næsten en tredjedel af kvinderne har ikke fået nogen behandling. De tre resterende typer interventioner, som nogen respondenter har deltaget i, er i forbindelse med psykiatrien, i familiebehandling eller i form af støtte- og gruppeterapi.

5.3.1.2. Effekt af intervention

Næsten en tredjedel har haft høj effekt af behandlingen, og lidt færre har haft nogen effekt af behandlingen. En femtedel har ikke oplevet nogen virkning, men ingen respondenter rapporterer om, at behandlingen forværrede deres tilstand.

Figur XIII



Figur XIII: Effekt af forskellige interventioner:
 Respondenters vurdering af effekten af typiske interventioner efter en traumatisk fødselsoplevelse.
 Flere interventioner per respondent muligt. N = 27. Statistisk analyse med 2-way ANOVA med test af interventionstype og effektvurdering viser p-værdi for interventionstype = 0.01 og effektvurdering = 0.13.

Med henblik på at vurdere, om der kan ses en tydelig forskel mellem effekten af de forskellige typer interventioner, er de forskellige typer interventioner og effekten af disse blevet sammenlignet i Figur XIII. Der ses ingen statistisk signifikante sammenhænge i forhold til interventionstype og vurdering af effekten af disse. Ved aflæsning af figuren fremstår det, at mange respondenter i overvejende grad har haft god effekt af hjælp fra sundhedsplejersken. Debriefing viser en mere blandet effekt. Et forløb hos en psykolog eller psykoterapeut viser en overvejende god effekt, der dog ikke er lige så overbevisende som ved sundhedsplejersken. Hjælp fra ammevejleder viser blandede resultater. Ekspressive skriveøvelser viser en lille effekt.

Informanterne har hver især deltaget i meget forskellige former for interventioner og behandlinger og i forskelligt regi. Dette er muligvis noget, der præger området, idet der ikke findes en fast procedure for henvisning til en bestemt type behandling efter en traumatisk fødselsoplevelse. Derfor ender kvinderne ofte også med at blive behandlet i forskellige regier og med forskellige aktører som ansvarlige. Dette kan ligeledes lede til, at det kan være svært for kvinderne at vide, hvor de skal opsøge hjælp

efter en traumatisk fødselsoplevelse. I næste afsnit vil jeg gennemgå informanternes erfaringer med forskellige typer interventioner.

5.3.2. Kvalitativ analyse af intervention

5.3.2.1. Debriefing/Efterfødselssamtale

IC valgte at betale en privat efterfødselssamtale med et sundhedspersonale, der ikke var til stede under hendes fødsel. Hun beskriver, at det offentlige system ikke tilbyder efterfødselssamtaler i perioden på grund af corona-epidemien. IC oplevede effekt af at få at vide, at hændelserne ved hendes fødsel er normal procedure, og at hun ikke var i livsfare. Hun beskriver dog, at det havde været hjælpsomt at få denne information allerede under fødslen (IC, p. 2, linj. 44-50).

5.3.2.2. Sundhedsplejerske

IC beskriver, at hun fik ekstra hjælp af en meget opmærksom sundhedsplejerske. Sundhedsplejersken gav hende støttende samtaler i forhold til et dødsfald i nærmeste familie, barnets vægtøgning og hendes rolle som mor. Derudover screenede hendes sundhedsplejerske hende flere gange for fødselsdepression og tilbød af denne grund ekstra besøg. IC beskriver, at det var godt, at sundhedsplejersken var opmærksom på dødsfaldet og fødselsdepressionen, inden hun nåede til et punkt, hvor hun ikke kunne holde ud at se sit eget barn. Hun beskriver, at hjælpen hjalp på den måde, at hun kun oplevede at være helt nede i hullet i en uge (IC, p. 6. linj. 238-240).

IB er også i kontakt med en sundhedsplejerske, hvor der blev screenet for fødselsdepression og andre efterfødselsreaktioner. Hun har været glad for sundhedsplejersken og glad for tilbuddet om ekstra besøg. Sundhedsplejersken var opmærksom på IB's psykiske helbred.

IA var ligeledes i kontakt med en sundhedsplejerske. Hun oplevede dog ikke særlig stor hjælp derfra. Hun følte, at hendes sundhedsplejerske havde meget fokus på en standardprocedure, hvor barnets mål og vægt var fokus.

5.3.2.3. Egen læge

IB har været til en standardundersøgelse hos egen læge. Hun oplevede, at lægen havde meget fokus på det fysiske i form af bristning, hendes underliv og prævention. Ved de første undersøgelser oplevede hun, at lægen ikke spurgte til psykiske symptomer. IB begyndte efter fødslen af få suicidale tanker og blev et par måneder efter fødslen henvist til lokalpsykiatrien af egen læge, hvor hun fornylig er startet i et behandlingsforløb.

5.3.2.4. Ammevejleder

IB har gjort brug af ammevejleder på hospitalet. De havde svært ved at få et godt samarbejde, og IB oplevede ikke at få noget ny viden, som hun ikke havde i forvejen. Senere har IB gjort brug af en privat ammevejleder, hvilket hun har oplevet god effekt af. Hun oplevede, at det tog meget lang tid at amme sit barn, og var i tvivl om hun ammede rigtigt, hvilket ammevejlederen bekræftede.

5.3.2.5. Psykologforløb

IA har været igennem et privat psykologforløb med et metakognitivt fokus. Her har hun fået nogle værktøjer til at håndtere sin overtænkning og metoder til at få tankerne over på noget andet, når det sad fast i fødslen og efterfødselsforløbet. IA mener, at forløbet har hjulpet hende til at få gemt nogle tanker og minder væk fra fødselsoplevelsen. Hun peger på, at interventionen ikke har været et ”quick-fix”, men allerede har hjulpet hende på den lange bane.

5.3.2.6. Familiebehandling

IC og hendes familie fik familiebehandling gennem deres kommune et stykke tid efter fødslen efter en længere periode, hvor familien var påvirket af dissociation, problemer med at skabe tilknytning til barnet og generelt svært ved at komme ovenpå igen efter fødslen. IC beskriver, at interventionen hjalp hende og familien med at revurdere deres forældreskab i form af, hvad hun selv havde med i bagagen fra sine egne forældre. Denne viden har hun gjort brug af til at være mere bevidst om, hvordan hun vil være forælder for sit barn. Familiterapeuterne hjalp derudover også med

familiens samspil og vejledning til at være gode forældre. IC mener, at de har lært rigtig meget af det, og de er blevet bedre forældre af det. I forbindelse med familiebehandlingen gik IC også i en form for læringsforløb for unge mødre og en støttegruppe for forældre, der kommer af dysfunktionelle familier. Derudover havde familien mulighed for at ringe til en livline som en del af tilbuddet og mulighed for psykologbehandling med kort varsel.

5.3.2.7. Online fora

IA har haft god effekt af at opsøge ligesindede og viden om traumatiske fødselsforløb på nettet og sociale medier. Hun peger på dette som en overskuelig hjælp, idet man kan gøre brug af det, mens man er hjemme på barsel med sit barn. Online fora har været nemt at gøre brug af, bidraget med vejledning og har givet IA en følelse af ikke at være alene.

5.3.2.8. Andre observationer i forhold til behandling

IB beskriver flere udfordringer undervejs i hendes fødselsforløb, hvor hun kunne have brugt en kontaktperson, som enten kunne have støttende samtaler med hende eller henvise hende videre til et relevant tilbud. IB har derudover en fysisk reaktion efter fødslen, hvor hun er i smerte i lang tid, før hun kan møde op til en tid på hospitalet. I den forbindelse forsøger hun at kontakte fødeafdelingen, der ikke kan henvise hende videre. IB oplever således, at der ikke er noget akut tilbud til forskellige akutte fysiske reaktioner relateret til fødslen. Hun oplevede generelt at blive tabt i processen både før, under og efter fødslen. IB ville derudover gerne have et psykologforløb lige efter fødslen men droppede det på grund af 11 ugers ventetid. Hun ville ønske, at man kunne få en krisepsykolog tilknyttet lige efter fødslen, hvilket if. hende kunne have hjulpet hende med at bearbejde oplevelsen og få en god relation til sit barn. IB ønsker desuden, at man kunne identificere dem med svære fødsler ud fra en række karakteristika og tilbyde denne gruppe tidlig hjælp i form af akut mulighed for psykologsamtaler og anden konsultation med professionelle.

IA efterspørger ligeledes mulighed for psykologforløb eller anden samtaleterapi kort tid efter fødslen. Hun mener, at det kan være svært at have overskud til selv at opsø-

ge hjælp, men at hurtig behandling indenfor de første 14 dage efter fødslen kunne have haft en markant effekt for hende. Dette kunne også være i form af gruppeterapi med andre i samme situation. IA peger ligeledes på, at det er fordelagtigt, hvis interventionen er tæt på personen eller foregår online, da det således kan virke mere overskueligt og hjælpe dem, der er fysisk udfordret efter fødslen med at møde op og få hjælp.

IC har generelt været tilfreds med de interventioner, hun har modtaget efter sin traumatiske fødselsoplevelse. Hun mener, at hun ville have haft god effekt af en form for efterfødselssamtale i det offentlige system med en jordemoder, sygeplejerske eller læge, fordi hun selv havde svært ved at huske rækkefølgen af hændelserne under sin fødsel. Derudover kunne IC godt have brugt en form for intervention i forbindelse med, at parret snart skal starte fertilitetsbehandling for at få et barn mere. IC frygter for graviditeten og fødslen. I den forbindelse ønsker hun at komme i forbindelse med sårbarhedsteamet, fordi hun er opmærksom på, at hun er i stor risiko for at få en fødselsdepression igen. Derudover ønsker IC, at der var mere generel støtte allerede på barselsgangen.

5.3.3. Opsummering

I forhold til behandling ses der ingen overbevisende forskel på effekt ved de forskellige interventionstyper, men ekstra hjælp fra sundhedsplejersken og psykoterapi virker til at have bedst effekt. En del kvinder ønsker behandling og hjælp efter deres traumatiske fødselsoplevelse, men får det ikke tilbudt, og der virker til at være en barriere, der gør det svært for mange af kvinderne at bede om hjælp og behandling.

6. Diskussion

I følgende afsnit vil der gennemgås og overvejes diverse begrænsninger og metodiske valg ved undersøgelsen og eventuelle fejlkilder, bias og confoundere, der udfordrer de fundne resultater af undersøgelsen. Derudover vil resultaterne blive diskuteret i forhold til traumatiserende faktorer og typer af intervention for målgruppen af kvinder med en traumatisk fødselsoplevelse. Dette gøres på baggrund af resultater fra både internationale undersøgelser og de kvalitative og kvantitative resultater fra undersøgelsen, der alle vil blive sammenholdt.

6.1. Metodisk diskussion

6.1.1. Konstruktvaliditet

Traumatiske fødselsoplevelser kan generelt være svære at undersøge som fænomen, idet der i den nuværende definition lægges vægt på en subjektiv oplevelse af traumatisering. Dette udfordrer konstrukt-validiteten af undersøgelsen, da man ikke kan sammenligne kvindernes traumatiske oplevelse – og stiller dermed spørgsmålstejn ved analyserne foretaget i undersøgelsen og den opnåede empiri. Ved undersøgelse af fænomenet har det således været nødvendigt at undersøge fænomenet ud fra et konstrukt, der ikke konkret er vedtaget i forskningskredse, fordi det ikke findes endnu. Derimod er konstruktet i undersøgelsen skabt ud fra et samlet billede af, hvad studierne og forskningen af fænomenet har fundet indtil videre fx i forhold til de foreslåede traumatiserende faktorer og symptomer på en traumatisk fødselsoplevelse. For at håndtere denne udfordring har det i disse tilfælde været muligt for respondenterne at vælge kategorien *andet* og deskriptivt tilføje deres egen oplevelse af fænomenet. At nogle symptomer og faktorer er blevet foreslået, har dog tvunget respondenterne til at forholde sig til lige netop disse faktorer og kan således have påvirket det fokus, der er blevet lagt på visse faktorer ved især den kvalitative analyse. Derudover er der det samme problem, som tit opstår ved undersøgelse af posttraumatiske symptomer. Disse symptomer kan i nogen grad være relevante for en stor del af normalbefolkningen. Også i dette tilfælde hvor nogle af symptomerne – såsom grådlabilitet, følelser af skam, dårlig samvittighed og fiasko også kan synes typiske for en nybagt mor med en god fødselsoplevelse. Dette er understøttet af det faktum, at disse symp-

tomer også var nogle af de hyppigste, der blev valgt af respondenterne i denne undersøgelse. Idet emnet også er et forholdsvist nyt forskningsemne og ikke er så udbredt i danske forskningskredse, udfordrer det yderligere forståelsen af begrebet i en dansk kontekst.

6.1.2. Politiske agendaer

I indledningen blev det beskrevet, hvordan emnet for tiden er politisk relevant i medierne, idet både mødre og jordemødre kæmper for bedre vilkår til området. Der findes muligvis et narrativ og en diskurs i befolkningen om, at vilkårene for fødsler er dårlige på nuværende tidspunkt. Der kan således være politiske agendaer, der kan have påvirket resultaterne af denne undersøgelse.

Et tema der især prægede informanterne i undersøgelsen var en oplevelse af, at sundhedspersonalet, ud fra deres perspektiv, foretog nogle dårlige beslutninger i fødselsprocessen. Dette tema illustrerer især en begrænsning ved undersøgelsen, idet det er et eksempel på, at undersøgelsen kun anskuer emnet fra de fødende kvinders vinkel. Ud fra denne vinkel er det ikke til at vurdere, om deres oplevelse af situationen er en objektiv gengivelse, hvilket er en udfordring, der kan afspejles i hele analysen generelt.

6.1.3. Følelsesmæssigt bias

På samme måde er der højest sandsynligt en del information om situationen, som kvinderne ikke har haft under fødslen eller efter, der kan have haft indflydelse på beslutningsprocesserne. Kvinderne kan have lavet nogle fejlslutninger og vurderet situationen ud fra den viden, de selv havde på det tidspunkt. Derudover kan kvinderne have overvurderet deres egen viden eller deres egen følelsesmæssige evne til at vurdere og foretage beslutninger i processen. Et af symptomerne, der nævnes i litteraturen omkring traumatiske fødselsoplevelser, er intense følelser af vrede overfor andre - såsom sundhedspersonalet (Byrne et al., 2017, p. 9). Denne følelse kan ligeledes have spillet en rolle i det efterfølgende narrativ af begivenhederne.

Det er en metodisk antagelse ved den fænomenologiske analysemetode, at man går ud fra, at interviewpersonerne fortæller sandheden, eller nærmere bestemt, at sandheden er deres oplevelse af den. Der bliver sommetider i denne undersøgelse gjort

brug af ordet ”narrativ”, fordi man som interviewer i disse tilfælde kan få en fornemmelse af, at kvinderne har tendens til at lægge vægt på særlige begivenheder i deres fødsel som understøtter det narrativ, de gerne vil sende et budskab om. Eksempelvis fortæller IB om mange begivenheder i graviditets- og fødselsprocessen, der understøtter et narrativ om, at hun vidste bedre end sundhedspersonalet, men at de ikke lyttede til hende. Efterfølgende tillægger IB løsningen på problemet til den fornemmelse, hun selv havde. Et eksempel på dette er, da IB beskriver, at den sidste jordemoder lader hende gennemføre de fødselsteknikker, hun har øvet. IB beskriver, hvordan hun derefter pludselig udvider sig hurtigt og kort efter føder og tillægger dette til øvelserne og hendes intuition. I denne situation kan øvelserne selvfølgelig have haft en betydning, men det er usikkert, hvorvidt det har så stor betydning, som IB tillægger det, eller om andre faktorer kan have medvirket. Fødsels udvikling kunne også skyldes, at tiden sandsynliggjorde chancen for fødsels fremadskridende proces, eller at IB’s nyopståede tryghed ved situationen og medfølgende positive følelser fremskred fødslen. Eksempelvis beskriver Garthus-Niegel (2015), hvordan et højt niveau af negative følelser under fødslen kan være en risikofaktor for udvikling og vedligeholdelse af posttraumatiske symptomer (p. 147). Man kan sommetider, som interviewer få en fornemmelse af, at udbredelsen af et narrativ kan være et følelsesmæssigt behov, der kommer til udtryk på baggrund af den førnævnte vrede mod sundhedspersonalet.

På den anden side kan man argumentere for, at alle agendaer og bias er ligegyldige for brugbarheden af empirien. Hvad der objektivt er foregået under fødslen og sundhedspersonalets perspektiv kan således være irrelevant for risikoen for at udvikle posttraumatiske symptomer, så længe kvinderne sidder med en følelse af, at sundhedspersonalet ikke har været kompetente nok og taget de rigtige beslutninger. Både litteraturen om PTSD og posttraumatiske symptomer peger på, at det afgørende er, hvordan kvinderne fortolker de følelser og oplevelser, de har haft under fødslen og ikke nødvendigvis den objektive sværhedsgrad af den traumatiserende begivenhed (Garthus-Niegel, 2013).

6.1.4. Tilknytningsstil som confounder

Et andet perspektiv i forhold til, hvad der kan have påvirket kvindernes fortællinger om deres fødselsoplevelser, har relation til diatese-stress modellen. Ayers et al. (2016) og König et al. (2016) har allerede beskrevet udviklingen af posttraumatiske symptomer efter en fødsel ud fra en diatese-stress model. Det tyder dermed på, at nogle kvinder allerede er i større risiko end andre for at udvikle symptomer efter en stressfyldt begivenhed, som en fødsel i nogle tilfælde kan karakteriseres som. To af informanterne led fx allerede inden fødslen af hospitalsangst. Derudover viste den kvantitative analyse en tendens til, at den høje symptomgruppe vurderede sig selv til at have et dårligere psykisk helbred end den lave symptomgruppe, hvilket støtter op om denne model.

I redegørelsen blev det derudover beskrevet, hvordan Iles et al. (2010) havde fundet en sammenhæng mellem personer med utrygge tilknytningsstile og en højere risiko for at udvikle posttraumatisk stress efter fødslen (p. 520). Derudover er der fundet en sammenhæng mellem tendensen til at rapportere om en følelse af manglende respekt af sundhedspersonalet og en utryg undgående tilknytningsstil (Quinn et al., 2015). Dette er interessant, da både informanterne og den høje symptomgruppe havde tendens til at tillægge deres traumatisering til forskellige faktorer relateret til manglende respekt fra sundhedspersonalet og til relationelle aspekter mellem dem. Det kunne være interessant at undersøge, om hvorvidt der er en tendens til, at kvinder med en utryg tilknytningsstil oplever fødslen som mere traumatisk, fordi de tolker begivenhederne anderledes og har svært ved at have tillid og tryghed ved sundhedspersonalet på grund af deres tilknytningsstil. Dette kunne eventuelt føre til flere negative følelser under fødslen og større risiko for at føle sig i fare og dermed resultere i flere traumatiske fødselsoplevelser. Derudover er der også noget, der tyder på, at kvinder der er vokset op med en ængstelig ambivalent tilknytningsstil oplever fødslen som mere smertefuld end andre (Quinn et al., 2015, p. 256). Der er således god baggrund for at undersøge tilknytningsstil som en confounder, og om hvorvidt kvinder med en utryg tilknytningsstil reelt har en hårdere, mere kompliceret og mere traumatisk fødsel og dermed er i større risiko for at udvikle posttraumatiske symptomer. Hvis en sådan sammenhæng findes, bør man muligvis tilrettelægge interventioner ud fra dette - eksempelvis ved at screene alle gravide kvinder ud fra tilknytningsstil. Efterfølgende bør man således tilbyde de kvinder med en utryg tilknytningsstil mere støtte før,

under og efter fødslen - ligesom man gør i sårbarheds teams på nuværende tidspunkt i forhold til kvinder med kendte psykiske udfordringer.

Ud fra denne undersøgelses data er det umuligt at sige noget om hverken respondenternes eller informanternes tilknytningsstil. Der kan tolkes ud fra enkelte informationer, at nogle af informanterne har svære familiære baggrunde. Et eksempel er IC, der beskriver, at hun er vokset op i en dysfunktionel familie, og at de har fået familiebehandling fra kommunen for at lære at være gode forældre for deres barn. Der er således noget, der tyder på, at påvirkningen af tilknytningsstil og den måde det påvirker kvindernes opfattelse og fortolkning af fødselsprocessen, potentielt også kan have påvirket resultaterne i denne undersøgelse. Spørgsmålet er således også, om en eventuelt ressourcemangel og standardisering på afdelingerne reelt har betydning for, om kvinderne oplever deres fødsel som traumatisk. Bør man fokusere på støtte, relationsarbejde og en personcentreret indsats for at forhindre kvinderne i at blive traumatiserede? Og er det den oplevede ressourcemangel og standardisering, der udfordrer relationsarbejdet på fødegangene?

6.1.5. Symptomgrupper

Et metodisk valg, der kan anses som en begrænsning ved undersøgelsen, er fravalget af en kontrolgruppe af kvinder med en almindelig fødselsoplevelse til sammenligning med målgruppen. På den ene side kunne en kontrolgruppe have tydeliggjort forskellen mellem de traumatiserede og ikke-traumatiserede kvinder og kunne ligeledes resultere i en fordobling af antal respondenter, der kunne analyseres. Dermed kunne man forhøje kvaliteten og validiteten af undersøgelsen og dets resultater, idet man således ville kunne undersøge alle 30 respondenter med en traumatisk fødselsoplevelse som en samlet gruppe. Derudover kunne man forestille sig at en kvinde, der lider af fx fire eller fem af de typiske symptomer efter en traumatisk fødselsoplevelse, i en ideel verden uden tanke for prioritering af ressourcer, stadig kan få forbedret sin livskvalitet markant ved at få behandling. Det er dog altid muligt for alle kvinderne at søge behandling i privat regi fx ligesom IA, hvis de har de nødvendige økonomiske midler.

På den anden side, er det næsten en tredjedel af alle fødende kvinder, der kan risikere at få en traumatisk fødsel if. internationale undersøgelser, og der er højest sandsyn-

ligt ikke ressourcer til at behandle så stort et antal kvinder (Byrne et al., 2017, p. 1; Ponti et al., 2020, p. 1). Derudover kan det være unødvendigt at behandle alle disse kvinder, og derfor kan det give mening primært at fokusere på fællestræk ved den gruppe med flest symptomer for at prioritere ressourcer. Derudover tyder denne undersøgelse også på, at der kan være stor forskel i antallet af symptomer og konsekvenser imellem kvinder med en traumatisk fødselsoplevelse. Derfor kan det være interessant at fokusere på, hvordan man kan hjælpe den gruppe, der oplever de største konsekvenser, idet de har størst behov for intervention, mens den gruppe med færrest symptomer muligvis ikke har behov for behandling. Derudover kan det potentielt være unødvendigt at behandle alle i denne gruppe, idet nogle af disse kvinder ikke har nogle posttraumatiske symptomer eller kun har få, der også er typiske for en hormonpåvirket nybagt mor - eksempelvis grådlabilitet.

Adskillelsen mellem seks eller flere symptomer, der karakteriserer hhv. den lave og den høje symptomgruppe i denne undersøgelse er en arbitrær grænse, der er sat i denne undersøgelse for at udforske forskellene mellem et lige antal respondenter i hver gruppe. Analysen viste en spredning med en større gruppe kvinder med fem eller færre symptomer på traumatisering, mens der var en stor spredning i den høje symptomgruppe fra 6-16 symptomer. Dette tyder på, at der er en større andel kvinder med traumatiske fødselsoplevelser, der er ramt af få posttraumatiske symptomer og muligvis selv kan håndtere bearbejdningen af oplevelsen. Alternativt kunne man anbefale en anden og mindre ressourcekrævende behandling til sådan en gruppe - eksempelvis støttegrupper eller online informationssider.

Der er således argumenter for, hvorfor man kunne have undersøgt problemstillingen ved at gøre brug af en kontrolgruppe. Der er på den anden side også argumenter for at fokusere på de kvinder, der er hårdest ramt og vurdere, hvilke fællestræk denne gruppe har, og hvad deres behov er.

6.1.6. Ekstern validitet

Udover de ovenstående overvejelser i forhold til metoden i denne undersøgelse, er der ligeledes andre begrænsninger ved undersøgelsen. Noget af det mest tydelige er det lave antal respondenter og sample size i undersøgelsen. Dette har også medført, at det ikke har været muligt at udvælge kvinder med tydeligt varierende fødselsoplevelser, der kunne bidrage til den kvalitative komponent af undersøgelsen, da de er

rekrutteret fra den kvantitative komponent. Det lave antal respondenter udfordrer den eksterne validitet af undersøgelsen, da resultaterne er bygget på en forholdsvis lille population. Det er usikkert om resultaterne fra den kvantitative komponent kan replikeres og generaliseres til en større befolkning. Der er noget, der tyder på, at resultaterne potentielt kan replikeres, idet mange af resultaterne er i nogenlunde overensstemmelse med, hvad den hidtidige internationale forskning har vist. Der er dog stadig nogle resultater, der ikke er helt i overensstemmelse med, hvad forskningen har vist. Et eksempel er, at denne undersøgelse pegede på, at personer med psykiatriske diagnoser ikke havde større risiko for at få mange posttraumatiske symptomer efter deres traumatiske fødselsoplevelse. Forskning af bl.a. Ross et al. (2015), Cigoli et al. (2006) og Ayers et al. (2016) viste eksempelvis en sammenhæng mellem tidligere depression både før og under graviditeten og graden af PTSD efter fødslen. Dette kan dog være mere kompliceret og komplekst end som så, idet denne undersøgelse alligevel fandt en sammenhæng mellem dårligt psykisk helbred inden fødslen og antallet af posttraumatiske symptomer. Derudover var der nogle tegn på, at respondenterne i denne undersøgelse som en gruppe, som jo alle rapporterer om, at have haft en traumatisk fødselsoplevelse, generelt vurderes til at være mere psykisk sårbar end den gennemsnitlige befolkning. Således kan spørgsmålet om denne undersøgelses eksterne validitet være komplekst. Der er dog stadig en stor risiko for, at der er en lav eksterne validitet på baggrund af størrelsen på den undersøgte population.

I forhold til undersøgelse af effekten af forskellige typer undersøgelse ser man typisk denne type studier gøre brug af en randomiseret dobbelt-blindet metode til at undersøge effekten for at undgå en hel række bias. Formålet med denne undersøgelse har dog været noget andet: At få et overblik over de forskellige typer intervention, som kvinderne på nuværende tidspunkt gør brug af til behandling af deres traumatiske fødselsoplevelse. Man kan således bruge resultaterne fra denne undersøgelse til at pege på problemer i henvisningsprocessen samt udpege hvilke typer interventioner, der kunne være interessant at undersøge nærmere.

Det er dog relevant at forholde sig til begrænsningerne ved denne undersøgelses potentiale for at give andet end et overblik over behandlingstyper, der på nuværende tidspunkt gøres brug af. Kun 27 respondenter havde besvaret den del af spørgeskemaet, der omhandler intervention og behandling. Derudover var der få af respondenterne, der havde modtaget behandling og få af respondenterne, der havde deltaget i

de forskellige typer behandling. Der var således meget få respondenter tilbage til at vurdere effektiviteten af de forskellige typer intervention. Derudover blev interventionerne naturligvis udført af forskellige behandlere og er dermed sværere at sammenligne effekten af. Disse kvinder kunne potentielt også have haft meget forskellige oplevelser af behandlerne afhængig af relationen. Det var således overraskende, at resultaterne i denne undersøgelse viste lignende resultater og tendenser som den internationale forskning.

Derudover var det problematisk, at de tre informanter fra den kvalitative komponent af undersøgelsen havde deltaget i atypisk behandling for traumatiske fødselsoplevelser i form af familiebehandling, metakognitiv terapi og forløb i psykiatrien. Dermed kunne de ikke bidrage med en typisk oplevelse af behandling for en traumatisk fødselsoplevelse. Det kan dog potentielt være karakteristisk for gruppen af kvinder med traumatiske fødselsoplevelser som en helhed, at de ofte ender med at blive behandlet i meget forskelligt regi og med atypisk behandling - især når deres symptomer potentielt først opdages et stykke tid efter fødslen.

6.1.7. Påvirkning af Covid-19 pandemien – en historie effekt?

En anden begrænsning ved undersøgelsen relaterer sig til den tidsperiode undersøgelsen er lavet i. Mayopoulous et al. (2021) fandt at traumatiske eksterne begivenheder i samfundet, og her specifikt Covid-19 pandemien, kan medføre risiko for traumatiske fødselsoplevelser. Alle kvinderne, der har medvirket i denne undersøgelse, har født under Covid-19 pandemien, hvilket kan have påvirket resultaterne af undersøgelsen. Eksempelvis beskriver IB i den kvalitative komponent af undersøgelsen, hvordan de ændrede regler medførte frustration hos hende og hendes mand. Det resulterede bl.a. i, at de selv skulle sørge for mad under fødslen, hvor hendes mand blev nødt til at forlade hende for at hente mad til dem nede på parkeringspladsen. Lignende konsekvenser kan have påvirket fødselsoplevelsen, men der er ikke flere specifikke situationer, der er nævnt i empirien. Man kan dog forestille sig, at der har været mere travlt og mere ressourcemangel på fødegangene. Derudover kan risikoen for smitte også have medført mindre støtte fra både sundhedspersonalet og partnere samt yderligere familie, der potentielt kan have været ramt af besøgsrestriktioner. Derudover kan det potentielt også have påvirket de typer af intervention, der har været mulig og sat begrænsninger for sundhedsplejerskernes arbejde.

6.2. Hvilke faktorer bør man screene for?

6.2.1. Diatese-stress modellen

Teorien og undersøgelserne i denne undersøgelse argumenterer for at anskue traumatiske fødselsoplevelser ud fra diatese-stress modellen. Kvinderne med flest posttraumatiske symptomer var associeret med et dårligere psykisk helbred end de kvinder med færre symptomer. Hvis der derudover er en sammenhæng mellem relationelle faktorer ved fødselsoplevelsen og tilknytningsstil, er der ligeledes argumentation for brug af diatese-stress modellen til at vurdere traumatiske fødselsoplevelser ud fra. Derudover viser resultaterne i denne undersøgelse, at man ikke kan screene for traumatiske fødselsoplevelser iblandt særlige demografier. Det er alle typer kvinder, der har risiko for at få en traumatisk fødselsoplevelse – dog med højere risiko ved psykisk sårbarhed. Hverken alder ved fødselstidspunktet, uddannelsesniveau, psykiske diagnoser inden fødslen, fødselsmetode eller fødselsvarighed spiller en signifikant rolle i forhold til traumatisering. Man bør således nærmere screene for specifikke traumatiserende faktorer, som kvinden har oplevet som utilfredsstillende under fødslen. Derudover bør man især screene sårbare gravide, der har et dårligt psykisk helbred inden fødslen og potentielt også en utryk tilknytning eller svær familiebaggrund.

6.2.2. Traumatiserende faktorer

Både teorien og empirien peger på forskellige faktorer, der er relevante at screene for med det formål at vurdere, hvilke kvinder med traumatiske fødselsoplevelser, man bør tilbyde behandling i en eller anden form. Den kvantitative analyse i denne undersøgelse peger på, at fire faktorer især er relevante for kvinder med flest posttraumatiske symptomer efter en traumatisk fødselsoplevelse. Disse var; *diskrepans i forventningen til fødslen og fødsels virkelige forløb, dårligt forhold eller kemi med sundhedspersonalet, sundhedspersonalets manglende viden om dig og dine behov* og en følelse af en *kold/mechanisk/teknisk procedure*. Disse fire faktorer kan på flere måder relatere til, hvad den kvalitative analyse pegede på som relevante for traumatisering. Forskel i forventningen til fødslen og temaet om at et akut skift i fødslen har mange ligheder, idet det akutte skift og uundgåelige hændelser relateret til fødslen resulterede i, at vilkårene for den fødende kvinde ændrede sig med kort varsel. Kvinderne fik

således måske ikke mulighed og tid til at forberede sig på, hvordan de skulle håndtere dette skift, hvilket kan have skabt oplevelser af kaos og yderligere stress, som nogle af informanterne hentyder til. Faktoren om; *et dårligt forhold til sundhedspersonalet* og *sundhedspersonalets manglende viden om dig*, kan relateres til, hvad den kvalitative analyse pegede på i forhold til et *dårligt samarbejde, manglende kommunikation* og *manglende agens i forhold til sundhedspersonalet*. Den kvalitative analyse viste, hvordan dette kan lede til, at kvinderne dissocierer for at håndtere usikkerheden og følelserne i fødselsprocessen, hvilket kan give problemer med at mærke sig selv følelsesmæssigt og skabe en tryk tilknytning til sit barn efterfølgende. Faktoren relateret til en oplevelse af en *kold/mekanisk/teknisk procedure* kan relatere sig til temaerne om *standardisering* og *ressourcemangel*, idet den kvalitative analyse viste, at kvinderne reagerede negativt på, at deres behandling ikke var personcentreret og blev tilrettelagt efter deres behov og vurderet ud fra nogle arbitrære grænseværdier. Dette kan muligvis opleves som koldt, mekanisk og teknisk, da de humanistiske værdier har mindre indflydelse på beslutningsprocesserne i forhold til de standardiserede regler og procedurer.

Der kan således fortolkes nogle tendenser, der understøttes af den kvantitative og den kvalitative analyse samt den internationale forskning. Man bør dog overveje, at idet mange af faktorerne fra den kvantitative komponent af undersøgelsen er blevet foreslået på baggrund af, hvad litteraturen og forskningsartikler har peget på som relevant for traumatiseringen af fødende kvinder, giver det mening, at der er en vis overensstemmelse mellem disse. Interviewguiden er som beskrevet efterfølgende udviklet på baggrund af de foreslåede faktorer, så de samme faktorer som forskningen peger på, er ligeledes blevet behandlet i den kvalitative komponent i undersøgelsen.

6.1.3. De relationelle faktorer

En anden interessant tendens, der blev beskrevet ved den kvantitative analyse var, at de faktorer, der typisk var meget relevante for dem med flest posttraumatiske symptomer kunne klassificeres som subjektive og relationelle. En lignende tendens viste sig i den kvalitative analyse, hvor temaer som *manglende kommunikation og tillid* og *manglende agens og kontrol over kroppen* ligeledes er tydeligt relationelle. Derudover kan man fortolke temaerne *standardisering* og *ressourcemangel* som tendenser, der udfordrer kvindernes mulighed for at skabe en god og tillidsfuld relation til sund-

hedspersonalet. *Akut skift i fødselsforløbet samt konsekvenser for relationer og psykiske og fysiske konsekvenser* heriblandt dissociation kan anses som et resultat af objektive hændelser ved fødselsforløbet, der derefter kan medføre følelsesmæssige konsekvenser eller yderligere utryghed i fødselsprocessen. En objektiv obstetrisk faktor, der viste sig relevant for informanterne var det vestimulerende, der medførte store smerter og utryghed for kvinderne. En anden obstetrisk faktor i forhold til informanterne var, situationer hvor barnet lå på en uhensigtsmæssig måde, som både IA og IB oplevede. Disse kan igen relateres til en gennemgående utryghed i fødselsprocessen og kunne potentielt være håndteret med et fokus på at skabe tryghed gennem relationen samt information om situationen. Både den kvantitative og kvalitative komponent pegede således på, at det primært var subjektive og relationelle faktorer, der spillede den største rolle i traumatiseringen af kvinderne. Man kan fortolke resultaterne således, at de obstetriske faktorer også spiller en rolle i traumatiseringen i forhold til de ændringer, det medfører i fødselsprocessen. Afhængigt af hvordan kvinderne efterfølgende fortolker og reagerer på disse ændringer, og at deres forventninger til fødslen ikke opfyldes, kan de obstetriske faktorer resultere i større eller mindre oplevelse af traumatisering.

6.3. Hvilken behandling bør man tilbyde?

6.3.1. Forebyggelse og henvisning til behandling

Der er en vis overensstemmelse mellem de typer interventioner både respondenterne og informanterne har deltaget i og hvilke typer interventioner, der er lavet studier af. Det virker dog ikke til, at der arbejdes præventivt og forebyggende i Danmark i særlig stor grad. Ingen af kvinderne rapporterer om at have prøvet forebyggende behandling - undtagen i tilfælde, hvor kvinder allerede har haft en traumatisk fødselsoplevelse og gerne vil have en positiv fødselsoplevelse med det næste barn. Forebyggende tiltag kunne eventuelt være en mulighed for fremtidigt at undgå traumatiske fødselsoplevelser. Det er ligeledes muligt, at allerede-eksisterende forældre-forberedelseskurser inkorporerer det i deres program.

En udfordring ved den nuværende måde behandling af traumatiske fødselsoplevelser foregår på, er at mange af kvinderne i undersøgelsen udtrykker, at det er svært at

vide, hvor man skal henvende sig, når man gerne vil opsøge hjælp og behandling. Dette gør det svært og uoverskueligt at opsøge behandling - især hvis de oplever at blive afvist behandling fx af fødeafdelingen. Flere udtrykker et ønske om, at der fandtes en kontaktperson eller et sted at henvende sig, der efterfølgende kunne lede dem i den rigtige retning eller anbefale en type intervention til dem. På samme måde ville man også kunne lave mere standardiserede anbefalinger for denne gruppe, der kunne anskueliggøre, hvilken type intervention, der er bedst for den enkelte kvinde. Man kunne forestille sig, at det ville have en virkning på problemet at have en sådan ordning med en koordinator allerede på fødeafdelingen eller i kommunen, som man fx har indenfor hjerneskadeområdet. Derudover kunne en potentiel patientforening tilbyde støttegrupper eller specialiseret psykologhjælp, ligesom man eksempelvis har i patientforeninger for diverse fysiske og psykiske sygdomme.

6.3.2. Debriefing/efterfødselssamtaler

Et af de mest relevante behandlingsmuligheder, som mange af kvinderne i undersøgelsen har gjort brug af, og som en del ligeledes har efterspurgt er debriefing eller en efterfødselssamtale med sundhedspersonale. Det er muligvis, ligesom IC havde oplevet, ikke nødvendigvis det sundhedspersonale, der var tilstede til fødslen, der foretager samtalen. En sådan samtale kan også tilkøbes i privat regi. Denne metode viser blandede resultater både i studierne af metoden samt ud fra resultaterne i den kvantitative analyse (Lapp et al., 2010). Det er muligt at effekten af efterfødselssamtaler afhænger af en række forskellige faktorer såsom sundhedspersonalets faglighed og empati, sværhedsgraden af traumatiseringen, og at det er det samme sundhedspersonale der afholder samtalen, som var til stede ved fødslen. Derudover har et studie af debriefing-metoden påvist, at det er en faktor for effekten af metoden, at kvinderne selv har udtrykt et ønske om at få en efterfødselssamtale (de Bruijn et al., 2020). Man kan forestille sig, at en efterfødselssamtale kan formindske de posttraumatiske symptomer, der er relateret til visse faktorer. Eksempelvis kunne det potentielt have en virkning på graden af dissociation efter fødslen, idet dissociation under fødslen opstår, fordi man pga. smerter eller andre faktorer ikke er mentalt til stede under fødslen, og at man ved en samtale kan blive konfronteret med begivenhederne under ens fødsel og dermed ens følelsesliv (Byrne et al., 2017, p. 6).

6.3.3. Sundhedsplejerske

En anden meget relevant behandlingsmulighed, som mange havde haft god effekt af, var særlig og ekstra hjælp fra sundhedsplejersken. Det er muligt, at denne type intervention fungerer så godt for mange, idet den kvantitative analyse viste, at mange af kvinderne ønsker hjælp efter deres traumatiserende fødselsoplevelse, men ikke har modet på at efterspørge det. Alle fødende kvinder er tildelt en sundhedsplejerske, der møder op hjemme hos kvinderne. Dette gør det muligvis mere naturligt og overskueligt for kvinderne at efterspørge ekstra hjælp hos sundhedsplejersken, da sundhedsplejersken kommer til kvinden. Sundhedsplejerskerne er derudover forpligtede til at vurdere kvindernes mentale helbred, og flere af kvinderne beretter i undersøgelsen om, at de er blevet screenet for fødselsdepression og andre efterfødselsreaktioner. Hvis sundhedsplejersken primært er opmærksom på barnet og dets sundhed, ligesom IA oplevede, er der muligvis begrænset virkning i forhold til kvindens symptomer og trivsel.

6.3.4. Ammevejledning og familiebehandling

Ekstra behandling af en ammevejleder viser ligeledes blandede resultater i denne undersøgelse, og det er begrænset med studier af specifikke metoder om dette i litteraturen om emnet. Nogle specifikke programmer har vist en virkning, ligesom Abdollahpour et al. (2016) viste i deres studie. De blandede resultater kan potentielt igen være et resultat af, at metoderne for denne type behandling er meget forskellige iblandt ammevejlederne og den enkelte ammevejleders faglighed. Derudover oplevede fx IB også, at hvis ammevejlederen var meget fokuseret på barnets sundhed og ikke på moderens behov, er der muligvis ikke meget effekt af metoden på moderens trivsel. IB havde eksempelvis mere behov for at blive beroliget om, at hun gjorde det rigtigt frem for flere metoder, som hun allerede havde læst sig til. Dette er dog et vigtigt felt i sig selv indenfor behandling af traumatiske fødselsoplevelser, idet litteraturen lægger vægt på de sundhedsmæssige fordele ved amning og muligheden for at mindske posttraumatiske symptomer og forbedre tilknytningen mellem mor og barn (Tatano Beck, 2015). Således kan amme-metoden ved at arbejde med familierelationen potentielt forhindre inter-generationelle traumer, der kan opstå gennem utrygge tilknytningsmønstre og psykiske problemer på samme måde som familiebehandling.

Der er kun en enkelt person i undersøgelsen, der har fået familiebehandling, hvilket er IC, der har oplevet stor effekt af dette. På nuværende tidspunkt er det dog kvindens kommune, der beslutter, hvad de vil tilbyde, og hvem der skal tilbydes familiebehandling. Derudover skal der muligvis være flere faktorer end en traumatisk fødselsoplevelse involveret til at medføre, at en familie får tilbudt familiebehandling, da det er en dyr og ressourcekrævende behandling for alle involverede. Det giver dog mening i forhold til Tatano Beck's (2015) meta-etnografi om traumatiske fødselsoplevelser, der viser, at der kan forekomme en *ripple effekt* for kvinden og alle omkring hende. På denne måde kan familiebehandling potentielt være meget effektivt i nogle af sværeste tilfælde, idet der arbejdes med alle de potentielle konsekvenser omkring kvinden i form af tilknytningen til barnet og også partnerens mentale helbred, der kan påvirke moderens mentale helbred.

6.3.5. Ekspressive skriveøvelser

Ekspressive skriveøvelser viser effekt i forskellige studier, og en enkelt person i denne undersøgelse har haft en lille grad af effekt af metoden. Det er således svært at sige meget om metodens effekt i denne undersøgelse. Resultaterne i denne undersøgelse kunne understøtte teorien om, at kvinder med ukompliceret fødsel og en lav grad af symptomer kunne have effekt af denne behandling, som de foreløbige studier af metoden viser (Furata et al., 2018). Idet denne metode også kræver få ressourcer og er muligvis overskuelig for kvinderne at udføre, kunne dette potentielt være en god metode til kvinder i den lave symptomgruppe.

6.3.6. Psykoterapi

Der er ikke lavet mange studier af effekten af psykoterapi indenfor dette specifikke område, men de fleste af studierne pegede på en forholdsvis god effekt af kognitiv adfærdsterapi - både internetbaseret og traditionelt. Denne undersøgelse viste overordnet god effekt af psykoterapi, og IA oplevede god effekt af metakognitiv terapi. Der var dog stadig en lille del af respondenterne, der ikke oplevede nogen effekt af psykoterapi. Idet psykoterapi er en dyr behandling og kræver mange økonomiske ressourcer og overskud fra kvinden, er det uheldigt, hvis det viser sig ikke at have bedre effekt end særlig hjælp ved sundhedsplejersken. Det kunne være interessant,

hvis der blev lavet danske studier omkring effekten af psykoterapi efter traumatiske fødselsoplevelser, idet de udenlandske studier peger på primært psykoterapi og EMDR som de mest effektive typer behandling indenfor området (Bruijn et al., 2020, p. 5). Derudover kunne det være interessant at undersøge, om traumefokuseret behandling eller andre forskellige typer psykoterapi er mere effektiv end andre i forhold til kvinder med en traumatisk fødselsoplevelse.

6.4. Perspektivering

Resultaterne fra denne undersøgelse medfører en del implikationer for klinisk praksis. Et af de mest relevante pointer fra undersøgelsen er, at relationen og samarbejdet mellem den fødende kvinde og sundhedspersonalet har stor betydning for, om kvinden får en god fødselsoplevelse. Undersøgelsen peger derudover på flere områder, der kunne være interessant for videre undersøgelse for at opklare nogle af de spørgsmål, der opstår på baggrund af resultaterne. Det kunne således være interessant at undersøge, hvordan man som fagperson kan opbygge en god relation, og hvilke ressourcer, der skal være til stede for at facilitere dette.

Ydermere kunne det være interessant at undersøge om relationen mellem den fødende kvinde og sundhedspersonalet påvirkes af kvindens tilknytningsstil og copingstrategier, og hvordan disse påvirker fødselsoplevelsen. De internationale undersøgelser pegede på, at der kan være en sammenhæng, men kan det potentielt gennem diatese-stress modellen forklare sværhedsgraden af symptomer, som nogle af kvinderne oplever?

Et andet emne der kunne være relevant for videre undersøgelse er, hvordan et selv-vurderet dårligt psykisk helbred inden graviditeten kan forudsige antallet af post-traumatiske symptomer efter fødslen. Denne sammenhæng giver mening i diatese-stress modellen, men der er ingen tydelig forklaring på, hvorfor denne undersøgelse viste, at en tidligere diagnosticeret lidelse ikke forudsagde antallet af symptomer. Man kunne således undersøge en potentiel sammenhæng mellem, om et dårligt psykisk helbred inden fødslen i virkeligheden er et udtryk for en svær graviditet med eventuelle komplikationer inden fødslen, som flere af informanterne havde. Derud-

over i hvor høj grad en svær graviditet og negative følelser under fødslen kan forværre fødselsoplevelsen.

Derudover kunne det være interessant at udvikle et screeningsværktøj specifikt til traumatiske fødselsoplevelser ud fra resultaterne i denne undersøgelse med det formål at forbedre vurdering af henvisning og behandling og for at prioritere ressourcer. På samme tid kunne man undersøge, om det kunne være relevant at fokusere på forebyggelse og screene alle fødende kvinder systematisk for forskellige efterfødselsreaktioner for at forhindre, at symptomerne forværres over tid, og det dermed bliver sværere og mere ressourcekrævende at behandle.

I forhold til intervention kunne det være relevant at undersøge effekten af EMDR-behandling af kvinder med en traumatisk fødselsoplevelse og forebyggende arbejde med prænatal tilknytning. Ingen af respondenterne i denne undersøgelse havde arbejdet med prænatal tilknytning og EMDR. EMDR har indtil videre vist gode resultater i studier i udlandet med grupper af kvinder med en traumatisk fødselsoplevelse, og anses sammen med psykoterapi som en af de mest effektive metoder til behandling af en traumatisk fødselsoplevelse (Chiorino et al., 2019; Tatano Beck, 2015). EMDR virker til at være en forholdsvis ny metode i Danmark og har således potentiale for at være en behandlingsmetode til denne gruppe i fremtiden, når metoden bliver mere udbredt i Danmark. Derudover kunne det være relevant at undersøge om eventuel familiebehandling kan medvirke til at forhindre ripple effekterne for hele familien, idet alle de andre typer af intervention primært kun retter sig mod den fødende kvinde.

7. Konklusion

Formålet med undersøgelsen har været at undersøge fænomenet traumatiske fødselsoplevelser, og hvordan man optimalt kan håndtere en sådan oplevelse i klinisk praksis. Der har således været fokus på, hvilke faktorer man bør screene for samt hvilken intervention, der bør tilbydes. Dette er gjort gennem en mixed methods metodologi og et eksplanatorisk sekventielt design, der har bestået af en kvantitativ og en kvalitativ komponent, der har bidraget med viden til både traumatiserende faktorer og intervention. Den kvantitative komponent har bestået af en spørgeskemaundersøgelse, der har undersøgt hyppigheden af forskellige fænomener og sammenhænge ved en traumatisk fødselsoplevelse. Den kvalitative komponent er bygget på forskningsinterviews med tre kvinder, der har bidraget med den fænomenologiske oplevelse af en traumatisk fødsel og erfaring med behandling af en sådan oplevelse.

En traumatisk fødselsoplevelse er defineret som en negativ oplevelse af en fødsel, der kan medføre et udefineret antal posttraumatiske symptomer uden nødvendigvis at opfylde de diagnostiske kriterier for PTSD. Det vurderes, at op til 30 % af alle fødende kvinder har en traumatisk fødsel, og oplevelsen kan have vidtrækkende konsekvenser for både den fødende kvinde og hendes familie. Derudover kan en traumatisk fødselsoplevelse forhøje risikoen for at udvikle en fødselsdepression. Der er forskellige tendenser i samfundet, der tyder på, at der potentielt er et skyggetal af kvinder, der er påvirket af en traumatisk fødselsoplevelse i Danmark. Derfor giver det mening at undersøge fænomenet i en dansk kontekst.

Resultaterne fra den kvantitative komponent af undersøgelsen tyder på, at hvis man rapporterer om seks eller flere posttraumatiske symptomer efter en traumatisk fødselsoplevelse, er man i større risiko for at blive diagnosticeret med en psykisk lidelse, end hvis man oplever færre end seks posttraumatiske symptomer. Hvor mange posttraumatiske symptomer, man er påvirket af, virker ikke til at være påvirket af hverken alder, uddannelsesniveau, eller en tidligere diagnosticeret psykisk lidelse. En selv vurderet oplevelse af dårligt psykisk helbred inden fødslen forhøjer risikoen for at opleve mange posttraumatiske symptomer efter en traumatisk fødselsoplevelse. Derudover peger resultaterne på en tendens til, at de respondenter med flest post-

traumatiske symptomer oftere tillægger deres traumatisering til subjektive og relationelle oplevelser under fødslen frem for obstetriske og objektive faktorer. Disse faktorer virker til at stamme fra en overordnet følelse af dårligt samarbejde med sundhedspersonalet og en ydmygende, ikke-inkluderende, kold, teknisk og mekanisk oplevelse, der skabte diskrepans mellem de forventninger de havde til fødslen, og hvordan fødselsforløbet reelt foregik.

Resultaterne fra den kvalitative komponent af undersøgelsen pegede ligeledes på, at subjektive og ofte relationelle problemer under fødslen primært gør fødselsoplevelsen traumatiserende. Informanterne lagde vægt på faktorer som forventninger til fødslen, der ikke blev opfyldt, manglende mulighed for agens i fødselsprocessen og manglende kommunikation fra sundhedspersonalet. De relationelle og subjektive negative oplevelser, kan muligvis være medieret af en utryk tilknytningsstil, der if. internationale studier kan forværre fødselsoplevelsen. De subjektive og relationelle faktorer kan ligeledes til dels være medieret af udfordringer med en oplevelse af ressourcemangel på fødeafdelingerne og standardisering i håndteringen af fødslen. Disse faktorer resulterede i fysiske og psykiske konsekvenser for kvinderne, der kunne komme til udtryk som dissociation og manglende fysisk bevægelighed og muligheder. Disse konsekvenser kunne yderligere forværre det psykiske helbred efter fødslen, idet de kunne medføre udfordringer med tilknytning til barnet og bekymringer og angst for fremtiden.

Studier af behandling efter en traumatisk fødselsoplevelse peger på psykoterapi og EMDR-behandling som nogle af de mest effektive interventionstyper. Der er dog ingen af respondenterne i denne undersøgelse, der har gennemgået EMDR-behandling, hvilket peger på, at der muligvis ikke er mange danske kvinder, der bliver tilbudt denne type behandling på nuværende tidspunkt.

Analysen pegede ikke på nogen overbevisende forskel i effekt ved de forskellige interventionstyper. Ved aflæsning af data ses nogle tendenser, der ligner erfaringerne fra interventionsstudier. Debriefing/efterfødselssamtaler samt ekstra støtte fra ammevejleder viser modstridende effekter. Psykoterapi viser en overvejende god effekt. Ekstra støtte fra sundhedsplejersken viser god effekt. Ekspressive skriveøvelser viser lille effekt.

Ud fra undersøgelsen tyder det på, at der på nuværende tidspunkt ikke er nogle faste procedurer til screening og behandling af traumatiske fødselsoplevelser. Nogle kvinder ender med at få hjælp af meget forskellige aktører, eksempelvis fik informanterne i denne undersøgelse behandling i hhv. familieafdelingen i kommunen, i psykiatrien og ved psykolog i privat regi. En stor andel af kvinderne ønsker og efterspørger behandling, men får det ikke tilbudt. Analysen viste derudover, at det kan være svært for denne gruppe kvinder selv at bede om og opsøge hjælp. Der er noget, der tyder på, at mere fokus på forebyggelse og en mere klar og tydelig henvisningsprocedure med en interventionstype, der har vist god effekt for målgruppen, kunne have stor betydning for gruppen af kvinder med en traumatisk fødselsoplevelse. En nemmere og tidligere henvisning og effektiv behandling kan potentielt forhindre de ripple effekter, der kan opstå efter en traumatisk fødselsoplevelse.

Referenceliste

- Ayers, S., Bond, R., Bertuillies, S. & Wijma, K. (2016) The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. In: *Psychological Medicine*, 46, pp. 1121-1134.
- Baas, M.A.M., Stramrood, C.A.I., Dijkman, L.M., de Jongh, A. & van Pampus, M.G. (2017) The OptiMUM-study: EMDR therapy in pregnant women with posttraumatic stress disorder after previous childbirth and pregnant women with fear of childbirth: a design of a multicentre randomized controlled trial. In: *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), pp. 1-11.
- Balch, K.E. & Østergaard, A. (2021) Detektor: Derfor har jordemødre mere travlt i dag, selvom de er mange flere. Hentet d. 22.10.21 fra dr.dk på følgende link: <https://www.dr.dk/nyheder/detektor/detektor-derfor-har-jordemoedre-mere-travlt-i-dag-selvom-de-er-mange-flere>
- Bedre Barsel (2020) "Problemet er, at man ikke kan effektivisere kvinders fødsler". Hentet d. 22.10.21 på følgende link: <https://www.bedrebarsel.dk/viden-og-inspiration/2020/10/6/problem-et-er-at-man-ikke-kan-effektivisere-kvindes-fdsler>
- Beskæftigelsesministeriet (2020) Notat – mænd og kvinder på arbejdsmarkedet 2020. Hentet d. 22.10.21 på følgende link: https://bm.dk/media/14895/maend-og-kvinder-pa-arbejdsmarkedet_2020.pdf
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2015) Kvalitative metoder – en grundbog. Hans Reitzels forlag, 2. udgave, 2. oplag.
- de Bruijn, L., Stramrood, C.A., Lambregtse-van den berg, M. P. & Ottenheim, N.R. (2020) Treatment of posttraumatic stress disorder following childbirth. In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 41(1), pp. 5-14.
- Byrne, V., Egan, J., Mac Neela, P. & Sarma, K. (2017) What about me? The loss of self through the experience of traumatic childbirth. In: *Midwifery*, 51, pp. 1-11.
- Campbell, D.G., Felker, B.L., Lui, C., Yano, E.M., Kirchner, J.E., Chan, D., Rubenstein, L.V. & Chaney, E.F. (2007) Prevalence of depression-PTSD comorbidity: implications for clinical practice guidelines and primary care-based interventions. In: *Journal of General Internal Medicine*, 22, pp. 711-718.
- Chiorino, V., Cattaneo, M.C., Macchi, E.A., Salerno, R., Roveraro, S., Bertolucci, G.G., Mosca, F., Fumagalli, M., Cortinovis, I., Carletto, S. & Fernandez, I. (2019) The EMDR recent birth trauma protocol: a pilot randomised clinical trial after traumatic childbirth. In: *Psychology and Health*, 35(7), pp. 795-810.
- Cigoli, V., Gilli, G. & Saita, E. (2006) Relational factors in psychopathological responses to childbirth. In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(2), pp. 91-97.
- Cirino, N.H. & Knapp, J.M. (2019) Perinatal posttraumatic stress disorder: a review of risk factors, diagnosis and treatment. In: *Obstetrical and Gynecological Survey*, 74(6), pp. 369-376.
- Condon, J.T. & Corkindale, C.J. (1998) The assessment of parent-to-infant attachment: development of a self-report questionnaire instrument. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(1), pp. 57-76.
- Cook, N., Ayers, S. & Horsch, A. (2018) Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. In: *Journal of Affective Disorders*, 225, pp. 18-31.
- Coolican, H. (2014) Research methods and statistics in psychology. Psychology press, 6. udgave.
- Dansk kvalitetsbase for fødsler (2016) Bilag 1, Årsrapport. Hentet d. 22.10.21 på følgende link: <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsfaglige-raad-og->

- komite-
er/Documents/An%C3%A6stesiologi/1/2016_11_23_Aarsrapport%202016%20DKF_Bilag%201_20161114.pdf
- Davies, J., Slade, P., Wright, I. & Stewart, P. (2008) Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. In: *Infant Mental Health Journal*, 29(6), pp. 537-554.
- Deen, L., Johansen, K.B.H., Møller, S.P. & Laursen, B. (2018) Vold og seksuelle krænkelse. Statens Institut for Folkesundhed SDU.
- Delicate, A., Ayers, S., Easter, A. & McMullen, S. (2018) The impact of childbirth-related post-traumatic stress on a couple's relationship: a systematic review and meta-synthesis. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(1), pp. 102-115.
- Dekel, S., Thiel, F., Dishy, G. & Ashenfarb, A.L. (2018) Is childbirth-induced PTSD associated with low maternal attachment? In: *Archives of Women's Mental Health*, 22, pp. 119-122.
- Ejbye-Ernst, A., Pallesen, A.D. & Flinthøj, M. (2021) Jordemødre græder og fødende får traumer: Hovedstadens fødeafdelinger er pressede. Hentet ned d. 22.10.21 fra dr.dk på følgende link: <https://www.dr.dk/nyheder/regionale/hovedstadsomraadet/jordemoedre-graeder-og-foedende-faar-traumer-hovedstadens>
- Erickson, N., Julian, M. & Muzik, M. (2019) Perinatal depression, PTSD, and trauma: Impact on mother-infant attachment and interventions to mitigate the transmission of risk. In: *International Review of Psychiatry*, 31(3), pp. 245-263.
- Feldman, R., Weller, A., Zagoory-Sharon, O. & Levine, A. (2007) Evidence for a neuroendocrinological foundation of human affiliation - plasma oxytocin levels across pregnancy and the postpartum period predict mother-infant bonding. In: *Psychological Science*, 18(11), pp. 965-970.
- Frederiksen, M., Gundelach, P. & Skovgaard Nielsen, R. (2014) Mixed Methods-forskning - principper og praksis. Hans Reitzels forlag, 1. udgave, 1. oplag.
- Ford, E. & Ayers, S. (2011) Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. In: *Psychology and Health*, 26(12), pp. 1553-1570.
- Furata, M., Horsch, A., Ng, E.S.W., Bick, D., Spain, D. & Sin, J. (2018) Effectiveness of trauma-focused psychological therapies for treating post-traumatic stress disorder symptoms in women following childbirth: a systematic review and meta-analysis. In: *Frontiers in Psychiatry*, 9:591, pp. 1-17.
- Garthus-Niegel, S., Ayers, S., von Soest, T., Torgersen, L. & Eberhard-Gran, M. (2015) Maintaining factors of posttraumatic stress symptoms following childbirth: a population-based, two-year follow-up study. In: *Journal of Affective disorders*, 172, pp. 146-152.
- Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Martini, J., von Soest, T. & Berhard-Gran, M. (2017a) The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: a population-based, 2-year follow-up study. In: *Psychological Medicine*, 47, pp. 161-170.
- Garthus-Niegel, S., Horsch, A., Ayers, S., Junge-Hoffmeister, J., Weidner, K. & Eberhard-Gran, M. (2017b) The influence of postpartum PTSD on breastfeeding: a longitudinal population-based study. In: *Birth*, 45, pp. 193-201.
- Gatta, E., Mairesse, J., Deruyter, L., Marrocco, J., Van Camp, G., Bouwalerh, H., Lo Guidice, J., Morley-Fletcher, S., Nicoletti, F. & Maccardi, S. (2018) Reduced maternal behavior caused by gestational stress is predictive of life span changes in risk-taking behavior and gene expression due to altering of the stress/anti-stress balance. In: *Neurotoxicology*, 66, pp. 138-149.

- de Graff, L.F., Honig, A., van Pampus, M.G. (2018) Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review. In: *Acta Obstet Gynecol Scand*, 97, pp. 648-656.
- Grekin, R. & O'Hara, M.W. (2014) Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. In: *Clinical Psychology Review*, 34, pp. 389-401.
- Groppe, S.E., Gossen, A., Rademacher, L., Hahn, A., Westphal, L., Gründer, G. & Spreckelmeyer, K.N. (2012) Oxytocin influences processing of socially relevant cues in the ventral tegmental area of the human brain. In: *Biol Psychiatry*, 74, pp. 172-179.
- Hall, R. (2020) Mixing methods in social research - qualitative, quantitative and combined methods. SAGE publications.
- van Heumen, M.A., Hollander, M.H., van Pampus, M.G., van Dillen, J. & Stramrood, C.A.I. (2018) Psychosocial predictors of postpartum posttraumatic stress disorder in women with a traumatic childbirth experience. In: *Frontiers in Psychiatry*, 9:348, pp. 1-9
- Hollander, M.H., van Hastenberg, E., van Dillen, J., van Pampus, M.G., de Miranda, E. & Stramrood, C.A.I. (2017) Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. In: *Arch Womens Ment Health*, 20, pp. 515-523.
- Iles, J., Slade, P. & Spiby, H. (2010) Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: The role of partner support and attachment. In: *Journal of Anxiety Disorders*, 25, pp. 520-530.
- Ionio, C. & Di Blasio, P. (2014) Post-traumatic stress symptoms after childbirth and early mother-child interactions: an exploratory study. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(2), pp. 163-181.
- König, J., Schmid, S., Löser, E., Neumann, O., Buchholz, S & Kästner, R. (2016) Interplay of demographic variables, birth experience, and initial reactions in the prediction of symptoms of posttraumatic stress one year after giving birth. In: *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), pp. 1-10.
- Koster, D., Romijn, C., Sakko, E., Stam, C., Steenhuis, N., de Vries, D., Willigen, I. & Fontein-Kuipers, Y. (2020) Traumatic childbirth experiences: practice-based implications for maternity care professionals from the women's perspective. In: *Scand J Caring Sci*, 34, pp. 792-799.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015) Interview - det kvalitative forskningsinterview som håndværk. Hans Reitzels Forlag, 3. udgave, 2. oplag.
- Langdridge, D. (2007) Phenomenological psychology - theory, research and method. Pearson Education Limited.
- Lapp, L. K., Agbokou, C., Peretti, C. & Ferreri, F. (2010) Management of post traumatic stress disorder after childbirth: a review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31(3), pp. 113-122.
- MacIvor Thompson, L. (2019) The politics of female pain: women's citizenship, twilight sleep and the early birth control movement. In: *Med Humanit*, 45, pp. 67-74.
- Mayopoulos, G.A., Ein-dor, T., Dishy, G.A., Nandru, R., Chan, S.J., Hanley, L.E., Kaimail, A.J. & Dekel, S. (2021) Covid-19 is associated with traumatic childbirth and subsequent mother-infant bonding problems. In: *Journal of Affective disorders*, 282, pp. 122-125.
- McDonald, S., Slade, P., Spiby, H. & Iles, J. (2011) Post-traumatic stress symptoms, parenting stress and mother-child relationships following childbirth and at 2 years postpartum. In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(3), pp. 141-146.
- McKenzie-McHarg, K., Ayers, S., Ford, E., Horsch, A., Jomeen, J., Sawyer, A., Stramrood, C., Thomson, G. & Slade, P. (2015) Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(3), pp. 219-237.

- Nesca, M. & Dalby, J.T. (2011) Maternal neonaticide following traumatic childbirth: a case study. In: *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(7), pp. 1166-1178.
- Nieminen, K., Berg, I., Frankenstein, K., Viita, L., Larsson, Persson, U., Spånberger, L., Wretman, A., Silfvernagel, K., Anderson, G. & Wijma, K. (2016) Internet-provided cognitive therapy of posttraumatic stress symptoms following childbirth - a randomized controlled trial. In: *Cognitive Behavior Therapy*, 45(4), pp. 287-306.
- NYT fra Danmarks Statistik (2020) Store kønsforskelle på videregående uddannelser. Hentet d. 22.10.21 på følgende link:
<https://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/nyt/GetPdf.aspx?cid=30646>
- Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R.J., van Son, M.J.M., Wijnen, H.A.A & Pop, V.J.M. (2005) Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth. In: *Journal of Trauma and Dissociation*, 6(3), pp. 125-142.
- Parfitt, Y.M. & Ayers, S. (2009) The effect of post-natal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent-baby bond. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(2), pp. 127-142.
- Parfitt, Y., Pike, A. & Ayers, S. (2014) Infant developmental outcomes: a family systems perspective. In: *Infant and Child Development*, 23, pp. 353-373.
- Pollesche, J. (2018) Twilight Sleep. In: Embryo Project Encyclopedia.
<https://embryo.asu.edu/pages/twilight-sleep>
- Ponti, L., Smorti, M., Chinassi, S., Manella, P. & Simoncini, T. (2020) Can a traumatic childbirth experience affect maternal psychopathology and postnatal attachment bond? In: *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00650-2>
- Psykiatrifonden (2021) Tal og fakta om psykisk sygdom i Danmark. Hentet d. 22.10.21 på følgende link:
https://psykiatrifonden.dk/sites/psykiatrifonden.dk/files/media/document/Rapport_Tal_og_fakta_PsykisksygdomDK_300621.pdf
- Quinn, K., Spiby, H. & Slade, P. (2015) A longitudinal study exploring the role of adult attachment in relation to perceptions of pain in labour, childbirth memory and acute traumatic stress responses. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(3), pp. 256-267.
- Rigshospitalets jordemødre (2020) Åbent brev fra Rigshospitalets jordemødre. Hentet d. 22.10.21 på følgende link: <https://www.regionh.dk/om-region-hovedstaden/oekonomi/Budget/Documents/2018-2021%20Budgetproces%20-%20Sp%C3%B8rgsm%C3%A5l%20og%20Svar/%C3%85bent%20brev%20-%20Jordemoderforeningen%20-%20Rigshospitalet.pdf>
- Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J.M., Martínez-Galiano, J.M. & Gómez-Salgado, J. (2019) Women's perceptions of living a traumatic childbirth experience and factors related to a birth experience. In: *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16, p. 1654.
- Ross, T.P., Ross, L.T., Short, S.D. & Cataldo, S. (2015) The multidimensional health locus of control scale: Psychometric properties and form equivalence. In: *Psychological reports: Mental and Physical Health*, 116(3), pp. 889-913.
- Sandoz, V., Deforges, C., Stuijzand, S., Epiney, M., Vial, Y., Sekarski, N., Messerli-Bürgy, N., Ehlert, U., Bickle-Graz, M., Harari, M.M., Porcheret, K., Schechter, D.S., Ayers, S., Holmes, E.A., Horsch, A. (2019) Improving mental health and physiological stress responses in mothers following traumatic childbirth and in their infants: study protocol for the Swiss TrAumatic BiRth Trial (START). In: *BMJ Open*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032469>.

- Sawyer, A., Ayers, S., Young, D., Bradley, R. & Smith, H. (2012) Posttraumatic growth after childbirth: A prospective study. In: *Psychology and Health*, 27(3), pp. 362-377.
- Schneidermann, M. (2015) "Det var traumatisk for mig at føde". Hentet d. 22.10.21 fra alt.dk via følgende link: <https://www.alt.dk/sundhed/det-var-traumatisk-for-mig-at-fode>
- Sjömark, J., Parling, T., Jonsson, M., Larsson, M. & Svanberg, A.S. (2018) A longitudinal, multi-centre, superiority, randomized controlled trial of internet-based cognitive behavioral therapy (iCBT) versus treatment-as-usual (TAU) for negative experiences and post-traumatic stress following childbirth: the JUNO study protocol. In: *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18:387, pp. 1-14.
- Smorti, M., Ponti, L., Ghinassi, S. & Rapisardi G. (2020) The mother-child attachment bond before and after birth: The role of maternal perception of traumatic childbirth. In: *Early Human Development*, 142, pp. 1-5.
- Soderquist, J., Wijma, K. & Wijma, B. (2002) Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23(1), pp. 31-39.
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2015) 1. Interviewet: samtalen som forskningsmetode. In: Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2015) *Kvalitative metoder - en grundbog*, 2. udgave, 2. oplag.
- Tatano Beck, C. (2015) Middle range theory of traumatic childbirth: The ever-widening ripple effect. In: *Global Qualitative Nursing Research*, pp. 1-13.
- Tatano Beck, C. & Gable, R.K. (2012) A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. In: *JOGNN*, 41, pp. 747-760.
- Tatano Beck, C. & Watson, S. (2008) Impact of birth trauma on breast-feeding - a tale of two pathways. In: *Nursing Research*, 57(4), pp. 228-236.
- Tatano Beck, C. & Watson, S. (2019) Mother's experiences interacting with infants after traumatic childbirth. In: *Wolters Kluwer Health*, 44(6), pp. 338-344.
- Thiel, F. & Dekel, S. (2020) Peritraumatic dissociation in childbirth-evoked posttraumatic stress and postpartum mental health. In: *Archives of Women's Mental Health*, 23:189, pp. 189-197.
- Witteveen, A.B., Stramrood, C.A.I, Henrichs, J., Flanagan, J.C., van Pampus, M.G. & Olf, M. (2019) The oxytocinergic system in PTSD following traumatic childbirth endogenous and exogenous oxytocin in the peripartum period. In: *Archives of Women's Mental Health*, 23, pp. 317-329.
- Zelkowitz, P., Gold, I., Feeley, N., Hayton, B., Carter, C.S., Tulandi, T., Abenhaim, H.A. & Levin, P. (2014) Psychosocial stress moderates the relationships between oxytocin, perinatal depression, and maternal behavior. In: *Hormones and Behavior*, 66, pp. 351-360.