SYMTOM PÅ POSTTRAUMATISK STRESS EFTER AKUT KEJSARSNITT

Kvinnors känsla av sammanhang och upplevt stöd från vårdpersonal och familj

LICENTIAT AVHANDLING

Vibeke Tham

Stockholm 2010
All previously published papers were reproduced with permission from the publisher.

Published by Karolinska Institutet.
Printed by E-print AB, Oxtorgsgatan 9-11, 11157 Stockholm
© Vibeke Tham, 2010
ISBN 978-91-7457-000-7
ABSTRACT

The overall aim of the work presented in this thesis was to increase knowledge concerning which new mothers delivered by emergency caesarean section (EmCS) may need extra attention for post-traumatic stress symptoms. The first specific aim was to examine the associations between, on the one hand, sense of coherence (SOC) and obstetric and demographic variables a few days postpartum, and on the other hand, post-traumatic stress symptoms three months postpartum (I). The second specific aim was to explore the experiences and perceptions of support from staff and family as related by women with or without post-traumatic stress symptoms (II).

Methods: One-hundred-and-twenty-two women delivered by emergency caesarean section (EmCS) participated in the prospective study. The Sense of Coherence Scale (SOC-13) was administered two days after the EmCS and the Impact of Event Scale (IES-15) was filled in three months after the EmCS (I). Experiences and perceptions of support postpartum were explored via telephone interviews six months later. We analyzed the interviews of 42 women with post-traumatic stress symptoms and 42 women without such symptoms (II). Manifest content analysis was used.

Results: Independent risk factors associated with post-traumatic stress symptoms after an EmCS were: the woman’s low SOC (OR 4.12, 95% CI 1.72-9.86) and imminent foetal asphyxia as an indication for caesarean (OR 2.36, 95% CI 1.03-5.44). The women who experienced low SOC were more often those with an intense fear of childbirth during pregnancy, immigrants and socially underprivileged women (I). The midwives’ actions, the content and organization of care, the women’s emotions, and the role of the family, were main categories that seemed to influence the interviewees’ perceptions of support in connection with childbirth. Women with post-traumatic stress symptoms mentioned nervous or non-interested midwives, intense fear during delivery, lack of postnatal follow-up, long-term postpartum fatigue and inadequate help from partners. Women without symptoms reported involvement in the decision to undergo EmCS and a feeling of relief (II). Postpartum follow-up was often lacking among the women with post-traumatic stress symptoms.

Conclusions: Symptoms of post-traumatic stress following EmCS are associated both with the new mother’s personal coping style and the circumstances of the event. Both staff and family have important roles concerning support in connection with an EmCS. Women with post-traumatic stress symptoms tend to experience less support than women without symptoms. They also report more fear during the birth process and less involvement in the decision to perform an EmCS. Obstetric health care staff should actively contact new mothers with risk factors for stress symptoms following childbirth. Consultation by telephone may be a good alternative form of follow up.

Key words: childbirth; content analysis; emergency caesarean section; post-traumatic stress symptoms; Sense of Coherence; support; telephone interview;
ORGINALARTIKLAR

Denna avhandling bygger på två artiklar. Vid hänvisning till artiklarna i texten kommer de att refereras till enligt den romerska numreringen nedan:


<table>
<thead>
<tr>
<th>FÖRORD</th>
<th>1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>BAKGRUND</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Kejsarsnitt</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Posttraumatisk stress</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Tidigare forskning om stressymtom efter barnafödande</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Känsla av sammanhang (KASAM)</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Postpartumsamtal</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Stöd</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>PROBLEMFORMULERING och SYFTE</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>MATERIAL OCH METOD</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Deltagare</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Datainsamling och frågeformulären</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Dataanalys</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Etiska aspekter</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RESULTAT</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Studie I</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Studie II</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>DISKUSSION</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Resultatdiskussion</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Metoddiskussion</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SAMMANFATTNING OCH REKOMMENDATIONER</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>FRAMTIDA STUDIER</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>TILLKÄNNAGIVANDE</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>REFERENSER</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>ARTIKLAR I-II</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>APPENDIX</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Frågeformulär KASAM-13; känsla av sammanhang</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Frågeformulär IES-15; reaktioner efter förlossning</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Intervjuguide till telefonintervjun</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
FÖRKORTNINGAR

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test

BB-avdelning: Barnbörds-avdelning där nyförlöst mamma, pappa och barn får vård

CI: Confidence Interval

DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition

EDA: Epiduralanestesi

EmCS: Emergency Caesarean Section

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale

HI: Hälsoindex

IES: Impact of Event Scale

IES-R: Impact of Event Scale –Revised

KASAM: Känsla av sammanhang

KSP: Karolinska Scales of Personality

OR: Odds ratio

PTSD: Post-traumatic stress disorder

PTSD-Q: Post-traumatic stress disorder questionnaire

SD: Standard deviation

SIP: Sickness Impact Profile

SMI: Self-Motivation Inventory

SOC: Sense of Coherence

STAI: State-Trait Anxiety Inventory

TES: Traumatic Event Scale
FÖRORD


Genom forskarutbildningen vid Institutionen Kvinnors och Barns hälsa vid Karolinska Institutet i Stockholm fick jag möjlighet att söka svar på mina frågor om vilka de kvinnor är som fött barn med akut kejsarsnitt och som drabbas av symtom på posttraumatiskt stress, samt vilket stöd dessa kvinnor har upplevt att de fått från sjukvården och av anhöriga.

Min förhoppning är att denna avhandling skall leda till fördjupad förståelse för hur det är att föda barn med akut kejsarsnitt med ibland efterföljande stresssymtom. Sådan förståelse kan förhoppningsvis utgöra en grund så att kvinnor i riskzon för posttraumatiskt stress kan uppmärksammas före och efter barnets födelse.
**BAKGRUND**

**Kejsarsnitt**
I Sverige har under de senaste 10 åren (1998-2008) antalet planerade kejsarsnitt ökat från 5.4% till 7.8% och oplanerade/akuta kejsarsnitt från 6.0% till 7.8%. Cirka vart sjätte barn föds numera med kejsarsnitt (Medicinska födelseregistret 2008). Akut kejsarsnitt definieras som att kejsarsnittet inte är planerat mer än åtta timmar före operationsstart (Pihl 1997).

En skillnad mellan planerat och akut kejsarsnitt är den tid som föräldrarna har att förbereda sig inför det operativa ingreppet, en annan är indikationen för ingreppet.


**Posttraumatisk stress**

Tabell 1. Kriterier för PTSD enligt DSM IV

A. Personen har varit utsatt för en traumatisk händelse där följande ingått:
(1) personen upplevde, bevattnade eller konfronterades med en händelse eller en serie händelser som innebär död, allvarlig skada (eller hot om detta), eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet
(2) personen reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck. Obs: hos barn kan detta ta sig uttryck i desorganiserat eller agiterat beteende.

B. Den traumatiska händelsen återupplävs om och om igen på ett eller fler av följande sätt:
(1) återkommande, påträngande och plågsamma minnesbilder, tankar eller perceptioner relaterade till händelsen. Obs: hos små barn kan teman eller aspekter av traumat tas sig uttryck i återkommande lekar.
(2) återkommande mardrömmar om händelsen. Obs: hos barn kan mardrömmar förekomma utan att innehållet klart uttrycker händelsen.
(3) handlingar eller känslor som om den traumatiska händelsen inträffar på nytt (en känsla av att återuppleva händelsen, illusioner, hallucinationer och dissociativa flashbackupplevelser, även sådana som inträffar vid uppvaknandet eller under drogåterverkan). Obs: hos små barn kan traumaspecifika återupprepade handlingar förekomma.
(4) Intensivt psykiskt obehag inför inre eller ytterliga stimuli som associeras med traumat.

C. ständigt undvikande av stimuli som associeras med traumat och allmänt nedsatt själslig vitalitet (som inte funnits före traumat) enligt tre eller fler av följande kriterier:
(1) aktivt undvikande av tankar, känslor eller samtal som förknippas med trauma
(2) aktivt undvikande av aktiviteter, platser eller personer som framkallar minnen av trauma
(3) oförmåga att minnas någon viktig del av händelsen
(4) klart minskat intresse för eller delaktighet i viktiga aktiviteter
(5) känsla av likgiltighet eller framkallning inför andra människor
(6) begränsande affekter (tex. oförmåga att känna kärlek)
(7) känsla av att sakna framtid (tex. inga särskaliga förväntningar på yrkeskarriär, äktenskap, barn eller på att få leva och åldras som andra

D. Ihållande symtom på överspändhet (som inte funnits före trauma), vilket indikerats av två eller fler av följande kriterier
(1) svårt att somna eller orolig sömn
(2) irritabilitet eller vredesutbrott
(3) koncentrations svårigheter
(4) överdriven vaksamhet
(5) låtskrämhet

E. Störningen (enligt kriterium B, C och D) har varat i mer än 1 månad.
F. Störningen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
Specificera om:
Akut: symtomen har varat mindre än tre månader
Kroniskt: symtomen har varat tre månader eller längre
Specificera om:
Med försenad debut: symtomen debuterade minst sex månader efter trauma
Tidigare forskning om stressymtomen efter barnafödande


Känsla av sammanhang (KASAM)


För att uppnå känsla av sammanhang i tillvaron behöver man 1) kunna förstå den, 2) kunna hantera den och 3) tycka den är meningsfull (Antonovsky 1979, 2003).

Hanterbarhet är den instrumentella komponenten som styr handling. Man rör sig mellan en känsla av hantering och att vara delaktig.

Meningsfullhet är den känslomässiga motivationskomponenten. Man rör sig mellan engagemang och avsaknad av betydelse i livet.

Personer med en låg KASAM kan ha svårt att hantera stressfaktorer, med en känsla av hopplöshet och sjunkande självkänsla som påföljd. En person med hög KASAM kan se det meningsfulla och begripliga i de situationer hon möter. En hög KASAM är en friskfaktor och ju starkare känsla av sammanhang, ju bättre skattat välbefinnande och livskvalitet. KASAM är ingen copingstrategi utan ett sätt att avgöra vilken coping som är mest ändamålsenlig (Antonovsky 1993).

**Postpartumsamtal**


Barnmorskeledda samtal på kvinnans villkor kombinerat med telefonuppföljning (Gamble 2005 b) är däremot att rekommendera då detta förfarande ledde till att kvinnorna hade färre posttraumatiska symtom, lägre risk för depression, stress och skuldkänslor en tid efter födelsen. En stor uppföljande studie pågår just nu i Australien (Gamble). Beck (2005) har använt Internet och e-post korrespondens med
kvinnor från fyra världsdelar, där kvinnorna har beskrivit sina traumatiska förlossningar. De har haft gott om tid att reflektera över vad de skulle skriva utan att känna någon press. Att skriva ner sina förlossningsberättelser hjälpte dem att sortera bort detaljer och göra ett avslut med händelsen.

Stöd


Det är i dialogen/interaktionen med barnmorskan som kvinnan kan bli bekräftad så hon kan stärka sin självkänsla och känna sig duglig som föderska och mamma. Vissa kvinnor som under förlossningsförloppet upplevt barnmorskan som nervös eller ointresserad har känt sig ensamma och upplevt brist på tillit, vilket kan bli förstärkt om uppföljningen efteråt är bristfällig (Berg 2004). Dålig kontakt/kommunikation med barnmorskan under förlossningen ledde till ökad rädsla och stress (Porter 2007).
PROBLEMFORMULERING och SYFTE

Att en förväntad vaginal förlossning avslutas med en akut operation kan för vissa kvinnor innebära en traumatisk upplevelse, med åtföljande symtom som t.ex. återkommande plågsamma minnen av händelsen och/eller ett aktivt undvikande av tankar och känslor som förknippas med barnets födelse. Andra kvinnor har inte ha upplevt det akuta kejsarsnittet som något obehagligt eller skrämmande. Det är inte alltid lätt att hitta den grupp av kvinnor som skulle behöva mera stöd efter ett kejsarsnitt, eller att ge den typ av stöd som kvinnan vill ha.

Det övergripande syftet med studien var att testa ett antagande om att kvinnor med låg känsla av sammanhang löper större risk att utveckla symptom på posttraumatisk stress, samt att undersöka hur kvinnorna själva upplevde det stöd de hade fått i samband med förlossningen.

De specifika syftena med delstudierna var:

– Att undersöka förhållandet mellan kvinnors känsla av sammanhang och obstetriska variabler några dagar postpartum samt kvinnornas symtom på posttraumatisk stress tre månader senare. (I)

– Att beskriva hur kvinnor med och utan symtom på posttraumatisk stress har upplevt stödet från vårdpersonal och familj. (II)

Tabell 2. Översikt av ingående studier

<table>
<thead>
<tr>
<th>Delstudie I</th>
<th>Delstudie II</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Syfte</strong></td>
<td>undersöka förhållandet mellan känsla av sammanhang, obstetriska variabler och symtom på posttraumatisk stress</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Metod</strong></td>
<td>frågeformulär: KASAM-13, känsla av sammanhang, IES-15, reaktioner efter förlossning</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Deltagare</strong></td>
<td>122 kvinnor</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Dataanalys</strong></td>
<td>deskriptiv och analytisk statistik (χ², Odds Ratio, regressionsanalys)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tidpunkt</strong></td>
<td>på BB-avdelning, 2-3 dagar postpartum (KASAM-13), postal enkät 3 månader postpartum (IES-15)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
MATERIAL OCH METOD

Deltagare
Studien genomfördes från maj till december 2003 i Stockholm, på ett universitetssjukhus med ca 5000 förlossningar per år. Detta år blev 23,8 % av kvinnorna förlösta med kejsarsnitt, 12,7 % var akuta.

Deltagare i studie I var 122 kvinnor som genomgått akut kejsarsnitt. Inklusionskriterier till studien var friska, svensk- eller engelsktalande kvinnor, förlösta med akut kejsarsnitt i gestations vecka 37-42, och med förväntad vaginal förlossning. Två till tre dagar efter födelsen tillfrågades 148 kvinnor på BB-avdelningen om de önskade delta i studien. Nitton kvinnor tackade nej och 129 kvinnor (87%) samtyckte. Fyra kvinnor tackade nej till att fortsätta efter att de fyllt i första frågeformuläret, och tre kvinnor flyttade utomlands efter att de fyllt i första frågeformuläret. Alla de kvarvarande 122 kvinnorna som fyllt i och lämnat in båda frågeformulären samtyckte till telefonintervju efter 6-7 månader. De exkluderade kvinnorna finns beskrivna i figur 1. Obstetriska data för de som deltog finns beskrivet i tabell 3, och indikationen för kejsarsnittet finns beskrevet i figur 2.

Genomsnittsålder för de som inte deltog i studien var 31,3 år (SD: 5.78; range 21-40) jämfört med 32,7 år (SD: 5.01; range: 21-45) för de som deltog. Av såväl de som deltog som de som avstod från att delta var 74% förstföderskor. Av de som deltog i studien hade arton kvinnor (15%) haft stödjande samtal pga. förlossningsrädsla (jfr med 3% av alla kvinnor som förlöstes på sjukhuset 2003).

Till studie II valdes de 42 kvinnor som rapporterade tydligast symtom på posttraumatisk stress, samt 42 kvinnor utan symtom på posttraumatisk stress. Ingen deltagare avböjde telefonintervju. Urvalsprocessen för kvinnorna utan symtom styrdes av faktorerna ålder, paritet, full narkos eller EDA/spinal, indikationen för kejsarsnitt samt likartad KASAM, i syfte att få en så likartad grupp som möjligt med de som uppvisade symtom.

Utlänkning av patienter beräknades via antalet deltagare i studie I. Vi antog att kvinnor med låg KASAM efter akut kejsarsnitt skulle ha större risk att utveckla symtom på posttraumatisk stress. Kvinnor som genomgått akut kejsarsnitt har i tidigare studie rapporterat symtom som vid en möjlig PTSD i 6% av de som deltog (Ryding 1998). En psykologisk riskgrupp, nämligen kvinnor med stark förlossningsrädsla hade samma grad av symptom i ca 20% av de som deltog (Ryding 2003). Om kvinnor med låg KASAM har IES ≥ 20 i 20% av de som deltog och kvinnor med hög KASAM har IES ≥ 20 i 6% av de som deltog skulle det räcka med 120 informanter för att uppnå power 80 (Altman 1995).
Figur 1. Flödesschema för deltagare samt exkluderade

289 kvinnor förlösta med akut kejsarsnitt under tidsperioden för studien

Exkluderade: 141

- Ej svensk eller engelskspråkig (n=61)
- graviditetstid < 37+0 (n=18)
- mycket sjukt barn (n=15)
- mycket sjuk mamma (n=5)
- avlidit mamma (n=1), avlidit barn (n=2)
- mamma och barn transporterat till annat sjukhus (n=11)
- tid på BB avdelning < 24 timmar (n=28).

Drop outs: 26

- ville inte initialt (n=19)
- flyttat utomlands efter första kontakten (n=3)
- ville inte efter första kontakten (n=4).

Deltagare i studie I (n=122)

Deltagare i studie II med symtom på posttraumatisk stress (n=42)

Deltagare i studie II utan symtom på posttraumatisk stress (n=42)
Tabell 3. Obstetriska data för en grupp kvinnor förlösta med akut kejsarsnitt (n=122).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ålder mean (intervall)</th>
<th>32.7 (21-45)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(n, %)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Förstföderska</td>
<td>90 (74)</td>
</tr>
<tr>
<td>Omföderska</td>
<td>32 (26)</td>
</tr>
<tr>
<td>Yrkesverksam</td>
<td>109 (89)</td>
</tr>
<tr>
<td>Låg socioekonomisk status</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>Hög socioekonomisk status</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbetlösg</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>HEMMAFRAU</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Studerande</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Född i annat land än Sverige</td>
<td>21 (17)</td>
</tr>
<tr>
<td>Stödsamtal pga. förlossningsräddsla</td>
<td>18 (15)</td>
</tr>
<tr>
<td>Tidigare förlossningserfarenhet</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vaginal förlossning</td>
<td>11 (9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Elektivt kejsarsnitt</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Akut kejsarsnitt</td>
<td>16 (13)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sugklocka</td>
<td>5 (4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Förlossningsstart</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Spontant</td>
<td>73 (60)</td>
</tr>
<tr>
<td>Induktion</td>
<td>40 (33)</td>
</tr>
<tr>
<td>Blödning/patologiskt CTG</td>
<td>9 (7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Anestesi</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Epidural</td>
<td>25 (20)</td>
</tr>
<tr>
<td>Spinal</td>
<td>67 (55)</td>
</tr>
<tr>
<td>Full narkos</td>
<td>30 (25)</td>
</tr>
<tr>
<td>Komplikationer</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Under graviditeten</td>
<td>23 (18)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kirurgiska</td>
<td>11 (9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Post partum</td>
<td>15 (12)</td>
</tr>
<tr>
<td>Nyfödda som vårdats på neonatalavdelning</td>
<td>19 (15)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Figur 2. Indikation för akut kejsarsnitt i % (n=122)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Indikation</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hotande asfyxi</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>Avstannat väkarbete</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>Blondning</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Odiagnostiserat säte</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Annan foster-ställning</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Övrig</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Maternell sjukdom</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Datainsamling och frågeformulären

Delstudie I


Snekkevik (2003) har i en studie med patienter med multipla trauman kommit fram till att en låg KASAM korrelerar med stress, oro och depression. Eriksson (2005) har gjort en översikt av 458 publicerade artiklar och 13 doktorsavhandlingar och kommit fram...
till att KASAM skalan har reliabilitet och validitet i mätningen av hur människor hanterar stresssituationer. Langius (1996) har i en jämförelse mellan de sex instrumenten Self-motivation Inventory (SMI), Karolinska Scales of Personality (KSP), State-Trait Anxiety (STAI), Sickness Impact Profile (SIP), Hälsoindex (HI) samt omvårdnadsformulär för munhåle- och svalgcancer kommit fram till att KASAM-formuläret är ett psykometriskt logiskt instrument, som korrelerar positivt på hälsa och välbefinnande och negativt på ångest. I en studie med 1372 kvinnor som fått missfall, visades att en hög känsla av sammanhang förutsåpde mindre stresssymtom efteråt (Engelhard 2003). Formuläret har visat hög validitet och reliabilitet på ett flertal språk (Eriksson 2005).


Frågeformuläret består av 15 frågor, som mäter kriterium B: påträngande plågsamma minnesbilder och kriterium C: undvikande av stimuli som associeras med traumat (Horowich 1979, APA 1998) se tabell 1). Sju av frågorna avspeglar påträngande minnen och åtta avspeglar undvikande av stimuli. Svarsalternativen poängsätts enligt följande: 0 = inte alls, 1 = sällan, 3 = ibland och 5 = ofta, vilket ger att maximalt antal poäng är 75 (Lundin 1995) (tabell 4).


<table>
<thead>
<tr>
<th>Poäng</th>
<th>Beskrivning</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>upp till 19</td>
<td>normal eller lätt reaktion</td>
</tr>
<tr>
<td>20-30</td>
<td>måttlig reaktion, patienten bör följas upp</td>
</tr>
<tr>
<td>≥31</td>
<td>hög sannolikhet för PTSD, ev. behov av behandling av psykiatriker</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Delstudie II
Alla kvinnor deltagande i studie I (n=122) blev telefonintervjuade 6-7 månader efter förlossningen med hjälp av en intervjuguide. Frågorna hade tidigare testats på fyra mammor. Intervjuguiden innehöll frågor vilka behandlade den nyblivna mammans upplevelse och känsla i samband med beskedet att förlossningen skulle avslutas med ett kejsarsnitt, hennes upplevda stöd på BB-avdelningen och på återbesöket till ”sin” mödravårdsbarmmorska, samt de anhörigas förståelse och stöd. Intervjuerna tog mellan 30 minuter och 120 minuter. Svaren skrevs ner så ordagrant som möjligt.

Inkluderade till delstudie II blev de 42 kvinnor som visat tydligast symtom på posttraumatisk stress samt 42 kvinnor som inte visade indikation på stresssymtom. Kvinnorna utan symtom låg så nära som möjligt i ålder, pariet, full narkos eller EDA/spinal, indikationen för kejsarsnittet samt KASAM som kvinnorna med symtom.

I gruppen med symtom på posttraumatisk stress var medelåldern 31.8 år, primär indikation hotande fosterasfyxi n=20 och låg KASAM n= 19. I gruppen utan symtom på posttraumatisk stress var medelåldern 33.3 år, primär indikation hotande fosterasfyxi n=16 och låg KASAM n= 18. I båda grupperna hade 2/3 haft EDA/spinal och 1/3 hade fått full narkos vid operationen och i båda grupperna var 2/3 förstföderskor.

Dataanalys
I studie I användes χ² test för kategoriska variabler. Utfallsvariabeln symtom på posttraumatisk stress (IES ≥20) testades med logistisk regression. Alla data bearbetades i statistikprogrammet Statistika 7.1. Statistik signifikans definierades som p<=0.05, och odds ratio (OR) presenterades med 95% konfidens intervall (Altman 1995).


Intervjutexterna lästes igenom ett flertal gånger för att förstå och få en känsla av materialets helhet. Svar som relaterade till upplevelse av stöd från vårdpersonal och familj analyserades. Likheter och olikheter beaktades och reducerades och ledde till skapandet av subkategorier och kategorier. Beskrivning av data har tillkommit genom att medforskarna har tagit del av intervjuerna och tillsammans diskuterat kategorierna, ständigt med syftet och forskningsproblemet i fokus. Fyra kategorier och treton subkategorier identifierades, och det framkom att vissa subkategorier var specifika för någon av grupperna medan andra uttrycktes inom båda grupperna (tabell 6). Kategorierna jämfördes med originaltexten. För att öka giltigheten presenterades citat i resultatdelen i artikel II.
Etiska aspekter

De nyblivna mammorna tillfrågades på BB-avdelningen av projektledaren VT, om de ville delta i studien. De fick också ta del av ett brev med information om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt och när som helst kunde avbrytas utan förklaring, samt att intervjumaterialet skulle behandlas konfidentiellt. Angående intervjudelen innebar samtalen med kvinnan en balansgång för intervjuaren, då kvinnans uttryck och känslor å ena sidan skulle uppmuntras, medan då det å andra sidan inte fick uppstå en terapeutisk situation, vilket intervjuaren inte hade kunskap och kompetens att hantera. Om kvinnan i samband med telefonintervjun bedömdes behöva mera hjälp, kunde hon direkt remitteras för professionellt omhändertagande på sjukhusets psykosociala enhet. Som en konsekvens av intervjuerna fick fem kvinnor och en man med symtom på posttraumatisk stress professionell behandling.

RESULTAT

Studie I
Känsla av sammanhang

Resultaten från den första delstudien visade att KASAM-13 skalan varierade från 38 till 87 (medianvärde:65). Analysen visade vidare att 41 kvinnor (33%) hade låg KASAM (< 60); 68 kvinnor (56%) hade måttlig KASAM (61-75) och 13 kvinnor (11%) hade hög KASAM. Det fanns inget signifikant samband mellan låg KASAM och kvinnornas ålder eller paritet.

En låg KASAM var oftare förekommande hos kvinnor som hade haft stödsamtal på grund av förlossningsrädska (p <0.001), kvinnor med låg socialt status (p=0.002), ensamstående kvinnor (p=0.025), hos kvinnor som tidigare hade blivit förlösta med akut kejsarsnitt eller sugklocka (p=0.045), samt hos utlandsförda kvinnor (p= 0.045).

Symtom på posttraumatisk stress

IES-poängen varierade från 0 till 53 (medianvärde: 10.5). Analysen visade att 80 kvinnor (66%) rapporterade ≤ 19 (normal reaktion); 31 kvinnor (25%) angav 20-30, vilket betyder måttlig reaktion, behov av uppföljning, och 11 kvinnor (9%) angav 31 eller mer, vilket indikerar en svår stressreaktion, möjlig PTSD.

De sex variabler som var signifikant associerade till IES ≥20 (alltså tydligast stresssymtom: låg KASAM, född utomlands, låg socioekonomisk status, stödsamtal p.g.a. förlossningsrädsla, indikationen för kejsarsnittet hotande fosterasfxyxi och om barnet fördes över till neonatal avdelning) fördes in i en multivariat logistisk regressionsanaly.

Två variabler föll ut som oberoende riskfaktorer för post traumatisk stress: låg känsla av sammanhang, (p=0.001, OR 4.12 , 95% CI 1.72-9.86) och hotande fosterasfxyxi som huvudindikation för kejsarsnittet (p=0.043, OR 2.36 , 95% CI 1.03-5.44). Att ha en retraherad cervix vid tidpunkten för det akuta kejsarsnittet tycktes möjligens vara en skyddande faktor mot stresssymtom (p= 0.043, OR 0.26; 95% CI: 0.08-0.82).
Tabell 5. Sociodemografiska och obstetriska data samt känsla av sammanhang KASAM hos kvinnor med (n=42) och utan (n=80) stresssymtom efter akut kejsarsnitt

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>IES&lt;20 (n=80)</th>
<th>IES&gt;20 (n=42)</th>
<th>p</th>
<th>OR</th>
<th>CI (95%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>KASAM-13 &lt;60</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ålder</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>&lt; 25</td>
<td>3 (4)</td>
<td>4 (10)</td>
<td>0.193</td>
<td>2.70</td>
<td>0.61-12.0</td>
</tr>
<tr>
<td>25-35</td>
<td>51 (64)</td>
<td>27 (64)</td>
<td>0.953</td>
<td>1.02</td>
<td>0.30-3.48</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt;35</td>
<td>26 (32)</td>
<td>11 (26)</td>
<td>0.471</td>
<td>0.74</td>
<td>0.32-1.69</td>
</tr>
<tr>
<td>Civilstånd</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ensamstående</td>
<td>2 (3)</td>
<td>3 (7)</td>
<td>0.219</td>
<td>3.0</td>
<td>0.52-17.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Gift/sambo</td>
<td>78 (97)</td>
<td>39 (93)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Annat födelseland än Sverige</td>
<td>8 (10)</td>
<td>13 (31)</td>
<td>0.004</td>
<td>4.03</td>
<td>1.58-10.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Svensk socioekonomisk klassifikation *</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Låg</td>
<td>28 (35)</td>
<td>24 (57)</td>
<td>0.019</td>
<td>2.48</td>
<td>1.16-5.29</td>
</tr>
<tr>
<td>Hög</td>
<td>52 (65)</td>
<td>18 (43)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Parietet</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Förstföderskor</td>
<td>59 (74)</td>
<td>31 (74)</td>
<td>0.994</td>
<td>1.0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Omföderskor</td>
<td>21 (26)</td>
<td>11 (26)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tidigare förlossning</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vaginal förlossning</td>
<td>6 (7.5)</td>
<td>5 (12)</td>
<td>0.419</td>
<td>1.67</td>
<td>0.48-5.80</td>
</tr>
<tr>
<td>Elektivt kejsarsnitt</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Akut kejsarsnitt/sugklocka</td>
<td>15 (19)</td>
<td>6 (14)</td>
<td>0.535</td>
<td>0.72</td>
<td>0.26-2.03</td>
</tr>
<tr>
<td>Stödsamtal pga. förlösningsrädda</td>
<td>7 (9)</td>
<td>11 (26)</td>
<td>0.009</td>
<td>3.70</td>
<td>1.40-9.99</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Studie II
Upplevt stöd
Analysen av telefonintervjuerna angående kvinnornas upplevda stöd från vårdpersonal och familj ledde till fyra kategorier och tretton subkategorier. Kategorierna uttrycktes i olika grad hos kvinnorna med och utan symtorn posttraumatisk stress (Tabell 6).

Barnmorskans förhållningssätt
Barnmorskans empati och trygghet var viktigt för upplevelsen av ett gott stöd. På förlossningsavdelningen upplevde många kvinnor med stresssymtom barnmorskan som nervös eller osäker och de ansåg vidare att de inte fick det stöd och den information de ville ha om förlossningens framskridande.

Vårdens innehåll och organisation


Kvinnornas egna känslor
Hälften av kvinnorna med stresssymtom, och en tredjedel av kvinnorna utan stresssymtom, upplevde förlossningen som generellt negativ. Dubbelt så många kvinnor utan stresssymtom upplevde beskedet att förlossningen skulle avslutas med kejsarsnitt som en lättnad. De beskrev att det var skönt att få ett avslut.

Många kvinnor med stresssymtom hade en känsla av besvikelse eller misslyckande och av att inte duga. Flera kvinnor med stresssymtom hade känt intensiv rädsla, antingen för att barnet skulle dö eller ta skada, eller för att själva dö. Efter födelsen upplevde kvinnorna med stresssymtom en förlamande trötthet medan majoriteten av kvinnorna utan stresssymtom upplevde det skönt att komma hem.
**Familjens roll**


---


<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategorier</th>
<th>Subkategorier</th>
<th>Kvinnor med stressymtom</th>
<th>Kvinnor utan stressymtom</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>barnmorskans</strong></td>
<td>nervös</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>förhållnings</strong></td>
<td>ointresse under förlossningen</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>sätt</strong></td>
<td>ointresse på eftervården</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>vårdens</strong></td>
<td>delaktig i beslut</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>innehåll och</strong></td>
<td>bristande information</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>organisation</strong></td>
<td>ingen kontinuitet hos personalen</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ingen postpartum uppföljning</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>kvinnornas</strong></td>
<td>lättnad</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>känsla</strong></td>
<td>besvikelse</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>livrädd att barnet skulle dö</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>utmattning</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>familjens</strong></td>
<td>bra närvaro av familjen</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>roll</strong></td>
<td>dåligt stöd av partner</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Ett bifynd (ej publicerat) var att de kvinnor som födde med akut kejsarsnitt pga. odiagnostiserat sätesändläge, oavsett graden av uppvisande stresssymtom, upplevde att de inte fick det stöd och den information de hade önskat på förlossningen och på BB-avdelningen. Några hade en känsla av chock inför händelsen. Andra beskrev ett bristande förtroende för vårdpersonalen.
DISKUSSION

Resultatdiskussion
Antagandet att låg KASAM skulle kunna ha samband med symtom på posttraumatisk stress efter akut kejsarsnitt stämmer. Även vissa obstetriska faktorer hade samband med stresssymtom. Kvinnorna med stresssymtom tycktes utgöra en känslig grupp som inte sällan upplevde bristande stöd från vårdpersonal och partner.

Våra resultat överensstämmer med tidigare kunskap om PTSD, att risken för att utveckla symtom på posttraumatisk stress huvudsakligen har samband med tre faktorer: 1) vad som hände, 2) vem det drabbade och 3) vilket stöd personen fick.

1. När indikationen varit hotande fosterasyxi var det vanligare med stresssymtom hos mamman, vilket stämmer med kriterium A enligt DSM IV (tabell 1) och trauma teorin, att en livshotande händelse kan leda till symtom på posttraumatisk stress. Även vid intervjuerna berättade kvinnorna med stresssymtom ofta om skräck för att barnet skulle dö.


3. Det upplevda stödet från omgivningen tycks ha haft betydelse då kvinnor med symtom på posttraumatisk stress:
*uppgav att barnmorskan på förlossningen var nervös eller ointresserad och gav dåligt stöd och dålig information om förlossningsprosessen
*inte upplevde delaktighet i beslutet att avsluta förlossningen
*ofta missade efterkontrollen (inom 12 veckor) på mödravårdscentralen
*ibland upplevde en besvikelse på att partnern gav för lite stöd i hemmet

Studien har dock inga möjligheter att urskilja huruvida det är mammans psykiska tillstånd post partum som påverkat hur stödet har upplevts, eller om dessa kvinnor de facto fick sämre stöd. Det kan röra sig om en känslig grupp som behöver mer stöd än andra patienter.

(1996) har beskrivit att mötet mellan barnmorskan och mamman kan vara omhändertagande eller likgiltigt. En likgiltig barnmorska verkar ge mamman en känsla av att hon förlorar kontrollen och vidare ger henne en känsla av hjälplöshet. En omhändertagande barnmorska kan ändra en hemsk upplevelse till en hanterbar händelse av hårt arbete.


Våra resultat överensstämmer med KASAM-teorin om begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.


Däremot såg vi i regressionsanalysen att en fullvidgad livmoderhals tycktes vara en skyddande variabel mot syftet på posttraumatisk stress. Möjligen hade det ändå betydelse att dessa kvinnor oftare fått besök av förlösande barnmorska och/eller läkare på BB. Även om kvinnorna inte var helt nöjda med besöken hade de möjligen fått information som klargjorde vad som hänt.


Metoddiskussion
Den första delen (I) av studien genomfördes på BB-avdelningen tre dagar efter det akuta kejsarsnittet då den nyblivna mamman fyllde i KASAM-13 formuläret. Under intervjuperioden var 289 kvinnor kandidater för att kunna vara med i studien. Vid det första undersökningsställfallet exkluderades 141 kvinnor (figur 1). Majoriteten av dem talade inte svenska eller engelska, en grupp som tyvärr ofta måste exkluderas av praktiska skäl. Utan vetenskapligt belägg är det ändå svårt att tro att dessa kvinnor skulle skatta annorlunda i KASAM eller IES eller uppleva ett bättre stöd i vården än de inkluderade kvinnorna.

En intressant grupp är de kvinnor (20%) som åkte hem inom första dygnet. Om dessa kvinnor vet vi ingenting, men det är tänkvärt varför de ville åka hem så fort efter en


I den andra delen av datainsamlingen (I) sändes frågeformuläret IES (Reaktioner efter förlossning) per brev hem till mamman. Fyra kvinnor ville inte fortsätta att medverka efter att de fyllt i det första frågeformuläret. Dessa fyra hade låg KASAM, med ett medelvärde på 48. Tre kvinnor hade flyttat utomlands och gick inte att nå. Vi använde IES för att mäta symtom på posttraumatisk stress (Horowich 1979). Formuläret är det mest använda för mätning av kriterierna B (påträngande, återkommande minnesbilder) och C (ständigt undvikande av stimuli som associeras med händelsen), kopplat till DSM IV (APA) (Olde 2006).


Den tredje delen av studien (II) var en telefonintervju (Burnard 1994) med kvinnorna efter ca sex månader. Vi hade gjort en pilottest av frågorna, för att se att de var meningsfulla och inte kunde misstolkas. Ingen av kvinnorna tackade nej till att medverka, vilket kan tyda på att de gärna ville berätta sin förlossningsupplevelse.

Minnet av upplevelsen på förlossningen och eftervården kan vara en felkälla, eftersom skatning av vården kan förändras över tid. Waldenström (2004 b) har visat att en del kvinnor ändrar sin upplevelse av barnfödandet från positiv till mindre positiv med tiden. Detta gällde främst kvinnor som varit med om smärtsamma förlossningar eller kejsarsnitt, kvinnor som varit otillfredsställda med eftervården samt kvinnor som hade psykosociala problem och hade haft stark förlossnings rädsla i tidig graviditet.

En god intervjuteknik får man genom träning. En skicklig intervjuare är kunnig i sitt ämnet, är strukturerad samt ställer tydliga och enkla frågor, samt har ett vänligt empatiskt uppmanadesamt och styrande sätt (Kvale 1997).

Det var skillnad i kvaliteten på de första och de sista intervjuerna som gjordes. Det kan ha varit en brist att intervjuerna inte bandades utan skrevs ner på papper så ordagrant som möjligt. Redan här är en reduktion och tolkning gjord. Detta kan å andra sidan ses
som ett selektivt filter, som bevarar just de innebördar som är väsentliga för undersökningens ämne (Kvale 1997).


 trovärdigheten och äktheten vid kvalitativa undersökningar är viktig och beror på hur noga, ärligt och systematiskt intervjuerna och kodning av resultatet har gjorts. Frågan huruvida man ”har fått svar på det som var avsett att undersökas”, är ständigt närvarande. I forskargruppen diskuterade vi hur vi skulle vara försiktiga i vår subjektivitet och kunna hålla distans till texten. Vi har eftersträvat att undvika olika former av tolkning genom att inte medvetet låta personliga värderingar eller den teoretiska inriktningen påverka utförandet och slutsatserna från undersökningen. Intervjuaren (VT) har inte medvetet påverkat mamman att svara på ett speciellt sätt eller ställt ledande frågor (intervjuar-bias). Mammorna hade ett stort behov att prata om sina upplevelser.

Under telefonintervjun ca sex månader efter det akuta kejsarsnittet framkom funderingar och berättelser som inte är analyserade och publicerade, då de inte ingick i studiens syfte. Många kvinnor hade ett stort behov att få prata om händelsen och ställa frågor. Under sommaren kontaktades projektledaren VT av åtskilliga mammor, som ville lämna nya telefonnummer till sitt lantställe eller bara ville påminna att de snart skulle bli uppringda.
SAMMANFATTNING OCH REKOMMENDATIONER


Inom mödravården behöver behoven av kvinnor som är i riskzon för posttraumatisk stress eller de som redan är drabbade synliggöras. Barnmorskan har en unik möjlighet att identifiera och erbjuda stöd till kvinnor som har eller visar tecken på stresssymtom så de kan få professionellt omhändertagande och därmed minska risken att utveckla den psykiatiska diagnosen PTSD.


I samband med att en mamma som fött barn med akut kejsarsnitt åker hem från sjukhuset, borde barnmorskan på BB-avdelningen inventera det sociala nätverket och ge den närmaste anhörige stöd och information om hans/hennes betydelse för den nyförlösta mammans mentala hälsa och läkning. Man borde också förhöra sig om huruvida det finns någon som hjälper den nyblivna mamman när partnern börjar arbeta igen.

Barnmorskan inom mödravälsovården är numera inte skyldig att kalla kvinnan till efterkontroll. När kvinnan bedömts som särskilt känslig eller förlossningen blivit
komplicerad kan det vara en bra idé att kontakta henne efter en tid, vilket många barnmorskor redan gör.

Ett modernt sätt att bemöta kvinnor efter en traumatisk förlossningsupplevelse kan vara medelst telefonkontakt eller via kontakt på elektronisk väg. Besök av förlossningspersonalen på BB-avdelningen räcker inte, då mamman ofta inte hunnit formulera sina frågor.

**FRAMTIDA STUDIER**

Kvalitativa studier kan med förtjänst följas upp med kvantitativa studier. Det vore intressant att använda en nytt validrat frågeformulär, Support and Control in Birth (SCIB) (Ford 2009a), för att jämföra hur nyblivna mammor upplever stöd i samband med akut kejsarsnitt jämfört med andra typer av förlossningar.


Interventionsstudier behövs också. Om man inom mödrabhälsovården fångar upp kvinnor med låg KASAM och erbjuder ett utökat stöd borde detta testas mot standardvården och utvärderas med hjälp av mätning av stresssymtom efter förlossningen.

Ett spännande och föga belyst forskningsområde är partnerns symtom på posttraumatisk stress efter en traumatisk förlossning, och dennes upplevelse av det stöd han/hon får i eftervården.
TILLKÄNNAGIVANDEN

Tack till alla mammor som så generöst delat med sig av sina upplevelser efter det akuta kejsarsnittet.

Det är med värme jag tänker på all uppmuntran och hjälp jag fått under de olika faserna i detta projekt.

Tack Elsa Lena Ryding, min huvudhandledare för ditt hundra procentiga stöd, entusiasm, engagemang och konstruktiva kritik. Du har med total respekt stöttat och hjälpt mig och låtit mig göra misstag i min egen takt.

Tack Kyllike Christensson, min bihandledare för din vägledning in i forskarutbildningen, samt för din kunskap i kvalitativ metod och din hjälp med den svåra konsten att skriva artiklar.

Tack till ”fisk-gänget” Fia Bojö, Patricia de Palma och Linnea Warenius för fruktbbara diskussioner om innehållsanalys.

Tack Kina Hammarlund för din vänskap, stöd och uppmuntran när motgångarna kändes svåra.

Tack Stina Torstensson för intressanta och lärorika diskussioner om stöd i olika former.

Tack Bo Nilsson för din kunskap och värdefulla hjälp med statistiska beräkningar.

Tack Tim Crosfield för ditt vänliga bemötande och hjälp med den engelska språkgranskningen.

Tack Anna-Klara Bojö för ditt viktiga bidrag med den svenska språkgranskningen.

Tack Jan-Rickard ”Dick” Norrefalk för din vänskap och vårt goda och roliga samarbete under doktorandkurserna.


Tack alla kollegor och arbetskamrater på Karolinska Universitets Sjukhuset och på Mama Mia Barnmorskegrupp för allt stöd och uppmuntran.

Tack Astrid Häggblad för dina varma kloka råd och att du ”hade koll på läget” hela tiden.
Mitt stora varma tack för ekonomiskt stöd i form av stipendier eller forskningsmedel från:

*Allmänna Lasarettsfonden, Barnets Lyckopeng, Riddarhuset, Centrum för Vårdvetenskap KI, FoUU-medel Karolinska Universitetssjukhuset, Stiftelsen Allmänna BB:s minnesfond, Signhild Engkvists stiftelse och Annika Urwitz fond.*

Tack mina älskade barn Henrik, Marie och Mikael för ert tålamod att jag inte har haft tid att vara så mycket med er. Ni betyder allt för mig. Nu ska mitt barnbarn Freja få leka mer med sin farmor.
REFERENSER

Alfven M. Henning E, Holmertz V. 1996. Kejsarsnittsboken Förlagshuset Gothia AB.


Socialstyrelsen, Medicinska födelseregistret 2003. www.sos.se


Experience of support among mothers with and without post-traumatic-stress symptoms following emergency caesarean section

Vibeke Tham, Elsa Lena Ryding, Kyllike Christensson

1 Department of Women’s and Children’s Health, Karolinska Institutet, SE 171 77 Stockholm, Sweden. vibeke.tham@ki.se

2 Department of Obstetrics and Gynecology, Karolinska University Hospital, SE 171 76 Stockholm, Sweden. elsa-lena.ryding@karolinska.se

3 Department of Women’s and Children’s Health, Karolinska Institutet, SE-171 77 Stockholm, Sweden. kyllike.christensson@ki.se

Corresponding author:
Vibeke Tham, Department of Women’s and Children’s Health, Karolinska Institutet, SE-171 77 Stockholm, Sweden
e-mail: vibeke.tham@ki.se
tel: 46+70 3385760
fax: 46+8+524 824 00

Running headline: Support and post-traumatic stress in mothers
Abstract

Objectives: The aim was to describe women with and without symptoms of post-traumatic stress (PTSS) following emergency caesarean section (EmCS), and how they perceived the support received in connection with the birth of their child.

Study design: In this qualitative study forty-two women with post-traumatic stress syndrome and forty-two women without symptoms were interviewed by telephone six months after childbirth. Their responses were analysed using content analysis.

Findings: The midwives’ action, the content and organization of care, the women’s emotions, and the role of the family were main categories that seemed to influence the interviewees’ perceptions of support in connection with childbirth. Women with PTSS further mentioned nervous or non-interested midwives, intense fear and feelings of shame during delivery, lack of post-natal follow-up, long-term postpartum fatigue and inadequate help from husbands as influencing factors. Women without symptoms reported involvement in the EmCS decision and a feeling of relief.

Conclusions: Staff and family members alike have important roles concerning support in connection with an EmCS. Women with PTSS seem to experience less support than women without symptoms.

Keywords: content analysis; emergency caesarean section; post-traumatic stress; support; telephone interview
**Abbreviations:**

DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition

EmCS: Emergency caesarean section

IES: Impact of event scale

PTSD: Post-traumatic stress disorder

PTSS: Post-traumatic stress symptoms

SOC: Sense of coherence
1. Introduction

Childbirth can be a traumatic experience for many women [1] and some 24% to 34% develop childbirth-related post-traumatic stress symptoms (PTSS) [2,3]. Individual differences in PTSS may be explained by the characteristics of the event, personality and the degree of social support [4,5,6]. Emergency caesarean section (EmCS) is more often associated with PTSS and post-traumatic stress disorder (PTSD) than other modes of delivery are [7,8]. Support in general by caregivers may theoretically protect the mother from post-traumatic stress reactions after a traumatic birth [8]. Ford and Ayers used birth scenarios to examine women’s hypothetical reactions [9]. They found that support during birth can reduce effects of a stressful labour, maximize perceptions of control and potentially reduce levels of anxiety or negative mood in the postnatal period. Good quality of communication is important in the interaction between the mothers, the midwives and the doctors [10]. One important role of the midwife is to be with the woman and support her during the pregnancy, the delivery and the puerperium. In Sweden, as in most countries in the EU, midwives are the primary caregivers during pregnancy and childbirth. The pregnant woman visits her midwife several times at an antenatal care clinic. After the birth, a follow-up visit within three months, with the same midwife is also recommended. To improve obstetric health care, we need to understand more about aspects of birth and postnatal processing that might determine whether women develop PTSS following childbirth. In a qualitative study, Ayers [11] investigated the thoughts and emotions of women with PTSS, compared with women without such symptoms. The former reported more panic, anger and thoughts of death during birth, and more rumination afterwards, than women without PTSS. Since there is a higher risk of PTSS after an operative delivery in an emergency, we aimed to explore the experience and perceptions of support in women with and without symptoms following EmCS.
2. Materials and Methods

2.1 Longitudinal study [12] from which sample was recruited

One-hundred-and forty-eight women who underwent EmCS were invited to participate in the study. Inclusion criteria was healthy Swedish- or English-speaking women who delivered in gestation week 37 – 42, and with an expected vaginal delivery. Nineteen women declined to participate. Four women dropped out after the first questionnaire, and three moved abroad and could not be reached. One-hundred-and twenty-two newly delivered mothers were enrolled in the study at the maternity ward and gave their informed consent to participate. At the maternity ward, two-to-three days after the EmCS, the women filled in a questionnaire investigating their sense of coherence (SOC) [13] that is ability to manage stressful situations. The short SOC scale, comprises 13 items. A seven-point Likert-type scale was used, with responses ranging from 1 (very often) to 7 (very seldom or never). A score of ≤ 60 means a low sense of coherence. Three months later all the women answered a second postal questionnaire, the Impact of Event Scale (IES) [14], which measured childbirth-related symptoms of intrusion (unwanted memories, flashbacks, nightmares) and avoidance (trying not to think of the trauma, avoiding reminders, emotional numbness). The IES self-assessment scale has 15 items, responses ranging from 0-5. To identify women with at least moderate symptoms of post-traumatic stress, the cut-off of 19/20 points was chosen according to Lundin [15].

The study was approved by the local Research Ethics Committee at Karolinska Institutet, Stockholm Sweden.
2:2 Participants in the present study

In this qualitative study, we analyzed interviews with a subsample from the longitudinal study of PTSS following EmCS [12]. Women with at least moderate symptoms of post-traumatic stress \((n=42)\) were identified using the IES [14], as well as an equal number of symptom-free women as similar as possible according to the variables age, parity, SOC-score and type of anaesthesia. Sociodemographic and obstetric data for the groups with and without stress symptoms are shown in table 1). None of the potential participants declined to be interviewed.

2:3 Interview

Semi-structured interviews by telephone were arranged six-to-seven months post partum at times to suit each woman. The interviewer did not know the woman’s IES score at the time of the interview. The women were told that they could stop the interview at any time, and decline to answer questions, without giving a reason. The interviews were based on a questionnaire, seeking the women’s experienced social and emotional support from the staff and from their families. Supplementary questions were asked in order to understand the women’s experience. The women’s expressions and answers were written down in as much detail as possible. Each interview lasted 30 to 120 minutes. The interviewer was the first author. She had met all the women on the maternity ward during their recruitment to the study, but had not been their caregiver. As a consequence of the interview, five women and one husband with symptoms of post-traumatic stress due to the recent birth were referred for treatment to the Psychosomatic Unit of the Department of Obstetrics and Gynaecology.
2.4 Data analysis

The handwritten answers from the interviews were transcribed into a Word document and read through. Answers relating to the different areas (delivery ward, postnatal ward, initial period at home, and the antenatal clinic for post-partum check-up) were transferred to separate files. Texts relating to perceived negative and positive experience of support were identified. Text units were condensed and code-labelled according to content analysis [16]. The authors analyzed the texts separately and discussed the subcategories and categories created, until consensus was achieved. The authors moved continuously between the text and the transformation of text into categories, in order to ensure that the descriptions were correctly reproduced. Categories and subcategories were first identified using interview transcripts from all the women and then differences between the two groups were noted.

3. Findings

In the interviews the new mothers described their experience of social and emotional support with reference to three areas related to the birth: the delivery ward where the birth ended in an EmCS, the maternity ward, the postpartum check-up about three months after the birth, and during their first weeks back at home.

Four central categories; action of midwives, content and organization of care, women’s emotions and role of the family, and thirteen sub-categories, were identified (Table. 1). The categories and subcategories are illustrated by quotations (P= symptoms of posttraumatic stress and N= no stress symptoms).

Figure 1 shows factors that may influence new mothers’ experience of support following an emergency caesarean section, as reported in the interviews.
3:1 Midwives’ action

The majority of the women in both groups experienced the midwives as nice and friendly, “everyone was so kind and I got good support and help” (P), “the staff were sweet and we were so well-received” (N).

3:1:1 Nervous behaviour

Several women in the PTSS group experienced “their” midwife as nervous or insecure in the professional role. “I saw in the doctor’s and the midwife’s eyes that they were stressed” (P), “the midwife was insecure and nervous, she didn’t inspire confidence” (P).

3:1:2 Not showing interest

More than half of the women in the PTSS group also described the attending midwife as uninterested, with a lack of support and communication during the birth process. The women did not understand what was happening, “I didn’t understand a thing, but I realised that something was wrong” (P) “I was very scared and couldn’t understand why they were in such a hurry, nobody explained to me” (P). Only a few mothers in the group without stress symptoms considered the attending midwife as uninterested or non-supportive “…Could have done with more support without having to ask for it” (N).

About one-third of the new mothers reported midwives of the maternity ward as being not interested in caring for them, or not being available, ”I got support and help but had to ask for it, nobody knew me and what I needed” (P) ”nobody bothered about me” (P), ”none of the midwives was specially for me, the focus was only on my breast and that was tough” (N), ”I was helped mostly by an assistant nurse since the midwives didn’t have time” (N). Some women felt that midwives on the maternity ward totally ignored them, ”I never came in contact with a midwife, I was left by myself a lot and nobody asked me how I was” (N).
3:2 Content and organization of care

3:2:1 Involvement in the decision about the caesarean section

The women in the PTSS group often felt they were not being informed that the ongoing childbirth would end in an EmCS “I was never informed about anything, I felt I was an object” (P). Many women in the group without stress symptoms had already anticipated that the birth could end in an EmCS. They also felt more involved in the decision-making, even where the actual decision happened in a great hurry. “the midwife was just great, I took part in the decision” (N), “they said, now we break off, now we’ll open her up. I realise there’d be an operation. Great, this is how it’s going to be (N).

3:2:2 Information given on the maternity ward

A majority of the new mothers felt that attending midwives gave different and insufficient information. “Nobody saw me, I didn’t like it there. Help at the maternity ward was a matter of asking for it. Got too little information from the midwife after my acute caesarean, I mean it’s an abdominal operation” (N).

Mothers in both groups described that they got too little information about the symptoms following a caesarean. "Why didn’t anybody tell me how hard it was going to be? When I came home I felt that I grew with the task, when I didn’t have a midwife hanging over my shoulder and checking up on me all the time. A few hours after I got home my breasts started to itch and the milk got going. I’d been so stressed at the maternity ward that my body couldn’t produce any milk” (P).

3:2:3 Continuity of maternity staff

Approximately one third of the mothers in both groups experienced too many midwives “I met too many midwives and none of them knew me and what I needed”(P), too many meetings with different people, or that the days at maternity ward were muddled and stressful.” the staff were confusing, there were too many hands on my breast, so
things got stressed for my son and me” (P), “I found the maternity unit stressful, different midwives all the time, all asking the same thing” (P) “I’d have wished to have one midwife responsible for the patient” (N), ”the first day was okay, the midwife was nice, the others didn’t bother about me” (N), ”there was a new midwife every sixth hour, it was super-tiresome” (N).

3:2:4 Postpartum follow-up

Before the new mothers were discharged, two to three days after the birth, almost half of them were visited by the birth-attending midwife or the obstetrician or both. Those who received this postpartum visit were mostly the ones who had had general anaesthesia during the operation and those who had been fully dilated at the time of the caesarean. Almost all those in both groups who were not visited, had wanted a visit. These women suggested a phone call during the first few weeks at home to meet this need. They had questions about the indications for EmCS and they also wanted to reflect on their experience together with the midwife who had been present. The questions came up several weeks after discharge “I felt fine physically, but after 1-2 months I was brooding quite a lot about the delivery and didn’t have anyone to talk to” (P). ”No, I didn’t meet anyone, but I’d like to have seen both of them, even though the midwife was awful. Would have liked to have a proper meeting at the maternity ward and go through the case notes” (N).

Almost all the mothers in the group without stress symptoms and about half those in the group with, met their antenatal clinic midwife about three months after the birth, at the time of the post-partum check-up, “her I haven’t seen, only a doctor who gave me mini pills” (P), “she’s great, sweet and supportive. She often phoned me afterwards” (N).

The women expressed great disappointment where there was a different midwife whom they had never met before, “she had left, so it was a different one, it wasn’t so good” (P), or if the midwife just talked contraceptives and nothing about the acute event,
"there was a focus on contraceptive methods, I’d have appreciated a gynaecological examination but didn’t have one, which was a pity” (N) ”she wasn’t interested in how I was, only that my pains had lasted a long time and the baby had poohed in the water” (P). The women who did not meet their antenatal midwife at the postpartum check-up explained that they thought the midwife would phone: “she hasn’t called me, but I’d very much like to see her” (P). Some women in the group with stress symptoms who did not want to visit the antenatal midwife were reluctant to talk about the delivery” I don’t want to talk about how unhappy I am” (P). These women had all felt fear: “I was very worried that the child would be injured or would die” (P) or anxiety about death in connection with the decision to perform a caesarean “I was terrified of the operation and terrified that I would die” (P).

Half the women in both groups would have liked to join group sessions for women who had had EmCS. ” I’d very much like to have been in a group with others who had experienced the same things as I did” (P).

3:3 Women’s emotions

About half the new mothers in the group with stress symptoms described the birth experience as generally negative, while one third in the group without stress symptoms did so.

3:3:1 Relief

Twice as many women in the group without stress symptoms as in the group with stress symptoms expressed relief; it was calm and pleasant to end the birthing with a caesarean. “ in some way it was great that it turned out like that, with calm and professional staff” (P)” it was pleasant and I had no fear for our lives. The tempo was high, but I felt I was being looked after” (N) ” I got disappointed and a bit relieved, things had gone so slowly during my delivery” (N).
3:3:2 Disappointment, shame

Several women in the group with stress symptoms reported feelings of disappointment or failure “I got awfully unhappy, everything was so unpleasant and stressful and I was so disappointed, kind of pipped at the post (P), ”I felt I wasn’t good enough –I’d been struggling for such a long time”(P).

3:3:3 Fear that the baby would die

One-third of the group with stress symptoms expressed that they were terrified that the child would die, “I was in anguish, fear, and terrified for my baby’s life” (P). Three in the group without stress symptoms were concerned that the child might be injured “I was frightened that the baby might be injured, but not that he would die” (N).

3:3:4 Fatigue

Women with stress symptoms complained of protracted fatigue, involving difficult mental adjustment and great physical tiredness, “felt mentally unwell with anxiety, I’ve cried a lot since the baby was born, and still cry after seven months” (P), while women in the group without stress symptoms thought it was nice to come home “I was happy to be home, it was great, just difficult to realise that now we were three” (N).

3:4 The role of the family

3:4:1 Availability of family

Almost all the new mothers had their partner at home during the first weeks following the birth. Some also got support from parents, siblings or elder children. ”My mother had a caesarean last year. She’s been a tremendous support” (N), ”my husband was at home for ten days, then my mum came” (P). Other women went home to their parents in another part of the country, “my husband is so sensitive that we went home to my parents in northern Sweden” (P).
Most women in both groups expressed satisfaction with the support given by their partners. However, some in the PTSS group complained about their husbands, who did not understand how they felt and who did not help "he was only home a few days, I was very alone with the child, and felt myself mentally finished" (P).

4. Discussion

Women’s experience of support.

The present study of women with and without PTSS describes their experience in connection with EmCS, and the support perceived from staff and family. After the birth, women with and without stress symptoms alike complained about lack of information and low continuity of staff on the postnatal ward. This tallies with findings in other Swedish studies [17,18]. Women in both groups reported that they met too many midwives after the birth, who all gave different information and advice. The newly-delivered mothers were not prepared or informed by the health staff about the physical tiredness and the pain they were going to experience back at home. Karlström [19] has shown that one important factor in the birth experience after a caesarean is the woman’s unexpected post-operative pain.

Women with PTSS often viewed the attending midwives as unprofessional and nervous. These women might be more sensitive to the midwives’ level of stress and ability to show interest. It is also possible that worse care contributed to the post-traumatic stress symptoms. Since we do not know in advance which women are extra-sensitive or will suffer bad experience, we have to treat everybody “as if“. Of course it cannot be ruled out that the PTSS women’s great anxiety rendered them unable to understand information or to communicate with the staff. We do not know whether the stress was caused or increased by inadequate support by staff or family, or whether the
women with symptoms were less able to ask for support or to accept support offered. Some women may already have had partial or full PTSD during their pregnancy, following other traumatic events. We did not investigate their background; for instance possible sexual abuse or negative experience of health care. We also found that women with stress symptoms felt they had less information about the ongoing childbirth and less involvement in the decision to perform a caesarean, than women without stress symptoms. The volume of information and guidance from caregivers [20] and the mother-to-be’s involvement in decision-making are factors essential for a positive experience [21]. It was also to be expected that many women in the PTSS group reported experience of intense fear of losing the baby during the birth process. Intense fear for the death of a significant other meets the criterion for a trauma that might cause PTSD. Both fear and relief are often reported in previous qualitative research [22]. A feeling of relief when the decision was made was more common in the group without stress symptoms, where the women were perhaps more flexible and less engulfed by their fear. Most mothers in the group with PTSS complained of fatigue. Perhaps these women were more tired since so much energy had been used in coping with traumatic memories of the birth?

Our findings show that the women wanted to talk to the attending midwife and/or doctor who might explain why the delivery had to end in an EmCS. This can be discussed in relation to the salutogenic theory: that an experience must be comprehended before it is manageable, and a sense of coherence may be obtained [23]. However, the women who were visited on the maternity ward by either the obstetrician or the labour-ward midwife or both, thought it was too early too talk to them already one or two days after the caesarean.
Clinical implications

The women with and without stress symptoms alike would have preferred a telephone call several weeks later, since their questions about the event arose at a later stage. This is in line with Carlgren [24] who also suggested that a phone call for information, communication and counselling may be a good alternative follow-up in modern care. In a randomized study of post-natal counselling, Gamble [25] investigated a group of women who had undergone a traumatic childbirth. Half received one counselling session on the maternity ward and then a telephone call from a midwife four-to-six weeks postpartum. The women interviewed described the need for emotional support after a distressing birth experience, and reported high or very high satisfaction with the telephone call and its contents.

One unexpected result from our study was that the women who received the postpartum visit on the maternity ward were women who had had general anaesthesia or those who had been fully dilated at the time of the operation. Obviously we as health professionals more easily recognize the needs of the obstetrically severe cases.

When new mothers meet their midwife at the outpatient clinic within twelve weeks of the birth, there is a chance to talk about the experience in a supportive, familiar atmosphere. The midwife ought to be well able to identify mothers with concentration difficulties, sleep disorders, nightmares, flashbacks or intrusive recollection; or those who persistently avoid stimuli and feelings associated with the trauma. She should be able to get such women the treatment they need. Also, in our clinical experience new mothers are reluctant to reveal their emotional difficulties, through fear of being thought not good enough as mothers.

Another result from the present study was that the best support among the different elements of the caring process seemed to be the family. An earlier Swedish study [26] has shown that the infant’s father was expected to be the most important person in the
The men were included in the study if they were living with the mother-to-be during pregnancy, childbirth and parenthood. This may be because the father’s participation during pregnancy, childbirth and parenthood has increased in Sweden. Many expectant fathers accompany the women to the antenatal clinic; they have antenatal classes together with the mother-to-be and experience the birth together. Antenatal-care midwives should be able to discuss with all the men what is expected of them in connection with childbirth and/or to help plan for a substitute such as a mother or sister to take care of practical matters post partum when he goes back to work.

Methodological issues

The advantages of telephone interviews are that they are resource-saving, and that it is possible to reach more interviewees compared with face-to-face interviews. Also, some participants may find a face-to-face interview in their own home intrusive. However, it is just as important that the interviewer establishes a good relationship with the participant, and also has a good interview technique [27]. A disadvantage of the telephone is the lack of visual contact with the respondent, and the absence of body language.

The women’s experience was written down in as much detail as possible by the researcher, not tape recorded. This is a limitation of the study, since there may be inaccuracies. We are also aware of the risk of making an initial interpretation when writing down the answers and narratives in connection with the telephone call. The interpretation may depend on how women express themselves and what mood they are in. (The interviewer did not at the time know what group the woman belonged to.)

The participants found the interviews important. Some women wrote to inform the researchers if they were going to be away at the time set for the interview; they gave the primary investigator a new telephone number and expressed gratitude when they got the call. Some of the women also wanted their partner to be interviewed. It would be
interesting to interview the partner for his experience of the event investigated. This was, however, not the present aim, but would perhaps have enriched the results.

One of the greatest problems in qualitative research is the lack of standard strategies to determine the validity of the results. Trustworthiness is central to qualitative research. The authors read the texts independently, constantly comparing and discussing the findings. This strengthened the validity in order to achieve stability and credibility [28]. Despite the fair number of women interviewed, we must interpret our results with caution.

This study could be supplemented by a quantitative study comparing the amount of perceived support during and after childbirth in the two current groups of women. The recently developed and validated Support and Control in Birth (SCIB) questionnaire [29] might be used.

5. Conclusion

Both staff and family members have important roles in support in connection with an EmCS. Women with post-traumatic stress symptoms tend to experience less support than those without. They also report more fear during the birth process and less involvement in the decision to operate. Follow-up postpartum was more often absent for the women with stress symptoms. One may recommend that obstetric health care staff should actively contact newly-delivered mothers with risk factors for PTSS following the birth. Consultation by telephone is a good alternative form of follow-up.

Acknowledgement

We wish to extend our great thanks to all the women who gave their time and willingness to participate and share their experience.
References


Table 1. Sociodemographic and obstetric data in women without (n=42) and with (n=42) post-traumatic stress symptoms, following emergency caesarean section.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>IES &lt;20</th>
<th>IES &gt;20</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n (%)</td>
<td>n (%)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Age</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>&lt; 25</td>
<td>1 (2)</td>
<td>4 (10)</td>
</tr>
<tr>
<td>25-35</td>
<td>25 (60)</td>
<td>27 (64)</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt;35</td>
<td>16 (38)</td>
<td>11 (26)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Marital status</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Single</td>
<td>2 (5)</td>
<td>3 (7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Married or cohabiting</td>
<td>40 (95)</td>
<td>39 (93)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Swedish socio-economic</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>classification</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Low</td>
<td>18 (43)</td>
<td>24 (57)</td>
</tr>
<tr>
<td>High</td>
<td>24 (57)</td>
<td>18 (43)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Parity</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Primiparous</td>
<td>30 (71)</td>
<td>31 (74)</td>
</tr>
<tr>
<td>Multiparous</td>
<td>12 (29)</td>
<td>11 (26)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Previous delivery</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Normal vaginal delivery</td>
<td>3 (7)</td>
<td>5 (12)</td>
</tr>
<tr>
<td>Elective caesarean section</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>EmCS /Vacuum extraction</td>
<td>9 (21)</td>
<td>6 (14)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Indication for EmCS</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Imminent fetal asphyxia</td>
<td>16 (38)</td>
<td>20 (48)</td>
</tr>
<tr>
<td>Dystocia</td>
<td>14 (33)</td>
<td>9 (21)</td>
</tr>
<tr>
<td>Bleeding</td>
<td>4 (10)</td>
<td>4 (10)</td>
</tr>
<tr>
<td>Breech/fetal malposition</td>
<td>7 (17)</td>
<td>5 (12)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Delivery start</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Spontaneous</td>
<td>26 (62)</td>
<td>24 (57)</td>
</tr>
<tr>
<td>Induction</td>
<td>13 (31)</td>
<td>14 (33)</td>
</tr>
<tr>
<td>EmCS before labour</td>
<td>3 (7)</td>
<td>4 (10)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Cervix status</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fully dilated</td>
<td>13 (31)</td>
<td>5 (12)</td>
</tr>
<tr>
<td>at birth</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Section anaesthesia</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Epidural/spinal</td>
<td>28 (67)</td>
<td>28 (67)</td>
</tr>
<tr>
<td>General anaesthesia</td>
<td>14 (33)</td>
<td>14 (33)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>The child referred to the</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Neonatal clinic</td>
<td>5 (12)</td>
<td>11 (26)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Table 2. Categories and subcategories emerging from the interviews, in women with and/or without post-traumatic stress symptoms

<table>
<thead>
<tr>
<th>Categories</th>
<th>Subcategories</th>
<th>Women with symptoms</th>
<th>Women without symptoms</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>action</strong></td>
<td>nervous</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>of midwives</strong></td>
<td>not showing interest during delivery</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>not showing interest at postnatal ward</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>content and</strong></td>
<td>involvement in decision</td>
<td></td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>organisation</strong></td>
<td>lack of information</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>of care</strong></td>
<td>no continuity of staff</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>no postpartum follow-up</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>women's</strong></td>
<td>relief</td>
<td></td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>emotions</strong></td>
<td>disappointment</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>terror that the baby would die</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>fatigue</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>the role of</strong></td>
<td>family available</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>the family</strong></td>
<td>poor support by husband</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
APPENDIX
Appendix 1

**KASAM-formuläret**
**korta versionen** 13 påståenden
(inom parentes frågans nummer i den långa versionen; 29 påståenden)

1. (4). Har Du känslan av att Du faktiskt inte bryr Dig om vad som pågår runt omkring Dig?

mycket sällan 1 2 3 4 5 6 7 mycket oft
eller aldrig

2. (5). Har det hänt att Du förvånats över beteendet hos personer som Du trodde Du kände?

har aldrig 1 2 3 4 5 6 7 har hänt hänt mycket oft

3. (6). Har det hänt att människor som Du litade på har gjort Dig besviken?

har aldrig 1 2 3 4 5 6 7 har hänt hänt mycket oft

4. (8). Tycker Du att Ditt liv fram till nu

helt har saknat 1 2 3 4 5 6 7 haft klara mål mål och mening och stor mening

5. (9). Har Du en känsla av att Du blir orättvist behandlad?

mycket oft 1 2 3 4 5 6 7 mycket sällan eller aldrig

6. (12). Har Du en känsla av att vara i en obekant situation utan att veta vad Du skall göra?

mycket oft 1 2 3 4 5 6 7 mycket sällan eller aldrig
7.(16). Är Dina dagliga sysslor

en källa till djup 1 2 3 4 5 6 7 en plåga och
glädje och till-
fredsställelse

8.(19). Har du mycket växlande och röriga känslor, tankar och idéer som hoppar från det
en till det andra

mycket ofta 1 2 3 4 5 6 7 mycket sällan
eller aldrig

9.(21). Händer det att Du har känslor som Du helst inte vill kännas vid

mycket ofta 1 2 3 4 5 6 7 mycket sällan
eller aldrig

10.(25). Många människor, även sådana med stark karaktär, känner sig ibland sorgsna
förlorare i speciella situationer. Hur ofta har Du känt så?

aldrig 1 2 3 4 5 6 7 mycket ofta

11.(26). När någonting har hänt har Du ofta funnit att Du

över- eller under- 1 2 3 4 5 6 7 sett saker och ting
eller under- värderar dess i deras rätta
betydelse proportioner

12.(28). Hur ofta har Du känslan av att det är en liten eller ingen mening med vad Du gör
i Ditt dagliga liv

mycket ofta 1 2 3 4 5 6 7 mycket sällan
eller aldrig

13.(29). Hur ofta känner Du att Du inte är säker på att Du klarar att behärска Dig

mycket ofta 1 2 3 4 5 6 7 mycket sällan
eller aldrig
### REAKTIONER EFTER FÖRLOSSNING

Nedan finner Du ett antal påståenden, som kvinnor har använt för att beskriva hur de känner sig efter en förlossning, antingen den var helt normal ur medicinsk synvinkel eller skedde med sugklocka, tång eller kejsarsnitt. Läs varje påstående för sig och sätt en ring runt den siffra från 1 till 4 som bäst motsvarar hur Du känt Dig under de senaste 7 dagarna. Det finns inga rätta eller felaktiga svar!

<table>
<thead>
<tr>
<th>Påstående</th>
<th>inte alls</th>
<th>sällan</th>
<th>ibland</th>
<th>ofta</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Jag tänker på förlossningen också i stunder när jag inte avser att göra det</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Jag undviker att upprörd när jag tänker på förlossningen eller blir påmind om den</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Jag försöker få bort förlossningen ur mitt minne</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Jag har problem att kunna somna eller sova pga. tankar eller minnesbilder från förlossningen dyker upp i mitt huvud</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Jag blir översköljd av starka känslor om förlossningen</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Jag drömmer om förlossningen</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Jag håller mig borta från sådant som kan påminna mig om förlossningen</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Det känns som om förlossningen inte hade ägt rum eller som om den inte vore verklig</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>9. Jag försöker att inte tala om förlossningen</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>
10. Bilder från förlossningen dyker upp i mitt huvud

11. Andra saker får mig hela tiden att tänka på förlossningen

12. Jag är medveten om att jag fortfarande har en del känslor om förlossningen, men jag släpper inte fram dem

13. Jag försöker att inte tänka på förlossningen

14. Varje påminnelse om förlossningen framkallar känslor från förlossningen

15. Mina känslor om förlossningen är som bedövade
Datum:
ID:
Tid:

**INTERVJUGUIDE TILL TELEFONINTERVJUN**

Hur länge låg du kvar på BB avdelningen
Hur upplevde du den tiden
Fick du det stöd och den hjälp som du behövde, på vilket sätt
Träffade du den dr eller bm som var med kejsarsnittet innan du åkte hem
Om nej, vem hade du velat träffa

Hur mådde du när du kom hem
Hade du någon anhörig hemma den första tiden
Vem
Fick du det praktiska stöd som du behövde hemma
Om nej, vad hade du behövt hjälp med
Förstod dina närstående hur du mådde när du kom hem och den första tiden efter kejsarsnittet

Har du träffat någon annan kvinna som också har blivit förlöst med akut kejsarsnitt
Om nej, hade du velat det
Har du fått berätta dina upplevelser för din MVC bm
Om nej, hade du velat det
Känner du till om det finns stödgrupper för mammor som blivit förlösta med akut kejsarsnitt
Hade du velat vara med i en sådan grupp

Hur upplevde du beskedet att förlossningen skulle avslutas med akut kejsarsnitt, berätta med egna ord
Vad var det allra värsta med kejsarsnittet
Vad var det allra bästa med kejsarsnittet

Hur länge låg du på uppvakningsavdelningen innan du fick träffa barnet
HUR var det att möta barnet
Är det något du skulle vilja berätta om tiden på operationssalen eller på uppvakningsavdelningen

Hur mår du just nu
HUR mår ditt barn

Tack för att du ville vara med i denna undersökning