

Från INSTITUTIONEN KVINNORS OCH BARNNS HÄLSA.
ENHETEN REPRODUKTIV OCH PERINATAL
OMVÅRDNAD
Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige

**SYMPTOM PÅ POSTTRAUMATISK STRESS
EFTER AKUT KEJSARSNITT**

Kvinnors känsla av sammanhang och upplevt stöd från vårdpersonal och familj

LICENTIAT AVHANDLING

Vibeke Tham



**Karolinska
Institutet**

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;

ORIGINALARTIKLAR

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

I Tham V, Christensson K, Ryding E L. Sense of coherence and symptoms of post-traumatic stress after emergency caesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86;1090-96.

II Tham V, Ryding E L, Christensson K. Experience of support among new mothers with and without post-traumatic stress symptoms following emergency caesarean section. *Accepted in Sexual & Reproductive Healthcare* 2010.

INNEHÅLL

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

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: Hälsindex

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

Under mina första år som sjuksköterska arbetade jag tio år som operationssjuksköterska på en gynekologisk operationsavdelning i Stockholm. Där instrumenterade jag många akuta kejsarsnitt. När jag mötte kvinnornas ögon och såg deras rädsla och ibland panik, funderade jag ofta på hur de hade haft det på förlossningen innan de kom till operationssalen, samt hur vården svarade upp mot deras behov av stöd och hjälp efteråt. Vilka tankar och känslor väcktes hos kvinnorna, när det förväntat normala plötsligt vändes till något oförutsett och onormalt?

Jag utbildade mig senare till barnmorska och mitt intresse för kvinnors upplevelse av akut kejsarsnitt har jag fortsatt att bära med mig.

Under senare år har jag arbetat inom mödrahälsovården, och haft hand om många nyblivna mammor som genomgått akut kejsarsnitt. När jag mötte begreppet ”post-traumatiskt stress efter förlossning” fick jag en ökad förståelse för hur en del av dessa mammor reagerat, och även en ökad nyfikenhet inför fenomenet. Något som fascinerat mig är hur de flesta kvinnor som har varit med om en traumatisk förlossning har förmåga att hantera händelsen, medan andra som upplever liknande händelse, vittnar om stor sorg och ångest. En möjlighet att skapa förståelse för de starkt skilda upplevelserna kan finnas i Antonovsky’s teori om känsla av sammanhang (KASAM). En välutvecklad känsla av sammanhang innebär att individen väljer den copingstrategi som är bäst för att hantera en enskild situation.

Individens reaktion vid svår stressbelastning kan vara att utveckla akuta stressreaktioner som på sikt kan leda till symtom på post-traumatiskt stress eller till post-traumatiskt stressyndrom (PTSD), som är en psykiatrisk diagnos. Avgörande för om händelsen ska få sådana konsekvenser är händelsens art, vilket stöd personen har fått, individens personlighet och tidigare upplevelser.

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 posttraumatisk 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 stressymtom. Sådan förståelse kan förhoppningsvis utgöra en grund så att kvinnor i riskzon för posttraumatisk 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.

Exempel på indikationer för ett planerat kejsarsnitt är sätesbjudning, tidigare komplicerad förlossning eller kejsarsnitt, bäckenträngsel, psykosociala faktorer, sfinkterruptur vid en tidigare vaginal förlossning, flerbörd samt komplikation eller sjukdom hos modern. De vanligaste indikationerna för ett akut kejsarsnitt är hotande fosterasfyxi eller avstannat värkarbete (Stjernholm 2010). Ett akut kejsarsnitt kan för vissa kvinnor upplevas som en katastrof. En del kvinnor känner besvikelse över att inte kunna föda vaginalt. Andra kan känna sig udda, ledsna, utanför, eller uppleva ett försämrat självförtroende (Alfvén 1996). Vissa kvinnor vittnar om tankar om att själva ha varit nära att dö eller att mista sitt barn.

Posttraumatisk stress

Traumatisk stress och dess följder används ofta som förklaring till sjukdom och hälsoproblem. American Psychiatric Association (APA 1998 sid. 160) gjorde en första klassificering av posttraumatiskt stressyndrom 1980. I manualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) finns en diagnostisk beskrivning av "posttraumatic stress disorder" (PTSD) som är ett av ångestsyndromen. Symtomen är specifikt beskrivna från A-F i tabell 1. För att få diagnosen PTSD, fodras att alla kriterierna A-F är uppfyllda (APA 1998). Om inte kriterierna uppfylls helt talar man om partiell PTSD, eller helt enkelt symtom på posttraumatisk stress (Ryding 1997). Individuella skillnader av stressymtom beror huvudsakligen på tre saker: vad som hände, vem det drabbade och vilket stöd personen fick (Wijma 1997, Söderquist 2002, Skari 2002). Personer som lider av PTSD behöver mer vård och omvårdnad pga. skattad dålig psykisk hälsa (Lauterbach 2005).

Tabell 1. Kriterier för PTSD enligt DSM IV

A. Personen har varit utsatt för en traumatisk händelse där följande ingått:

- (1) personen upplevde, bevittnade 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 återupplevs 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 drogpåverkan). Obs: hos små barn kan traumaspecifika återupprepade handlingar förekomma.
- (4) Intensivt psykiskt obehag inför inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.

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 traumat
- (2) aktivt undvikande av aktiviteter, platser eller personer som framkallar minnen av traumat
- (3) oförmåga att minnas någon viktig del av händelsen
- (4) klart minskat intresse för eller delaktighet i viktiga aktiviteter
- (5) känsla av likgiltighet eller främlingskap inför andra människor
- (6) begränsande affekter (tex. oförmåga att känna kärlek)
- (7) känsla av att sakna framtid tex. inga särskilda förväntningar på yrkeskarriär, äktenskap, barn eller på att få leva och åldras som andra

D. Ihållande symtom på överspändhet (som inte funnits före traumat), vilket indikeras 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) lättskrämthet

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 traumat

Tidigare forskning om stressymtom efter barnafödande

Att föda barn är förutsägbart och okontrollerat och blivande föräldrar försöker förbereda och kontrollera förlossningen på olika sätt. Paren önskar både en säker förlossning och en positiv upplevelse för livet. Några kvinnor (0.8-6.9%) insjuknar i PTSD efter förlossningen, medan ett större antal kvinnor (24-34%) kan utveckla vissa av symtomen på post traumatisk stress (Wijma 1997, Ryding 1997, Czarnocka 2000, Creedy 2000, Ayers 2001 a, Callahan 2002, Soet 2003, Ayers 2004).

Särskilt upplevelsen av att föda barn med akut kejsarsnitt kan vara traumatiskt för en del kvinnor (Olde 2006). Stressymtomen är vanligare efter akut kejsarsnitt än vid andra förlossningssätt (Ryding 1998 , Creedy 2000, Söderquist 2002, Gamble 2005 a).

Stressymtomen kan visa sig hos kvinnor med stark förlossnings rädsla, oro, sårbarhet för ångest eller depression. Smärta under förlossningen, stark förlossningsrädsla, tidigare traumatisk upplevelse, typ av förlossning, annan psykiatrisk diagnos, delaktighet, kontroll av händelsen, bristande stöd av personalen och sin partner, personlighet, generell oro, kognitiva strategier och copingstrategier är faktorer som påverkar graden av stressymtom post partum (Wijma 1997, Czarnocka 2000, Creedy 2000, Wijma 2002, Soet 2003, Söderquist 2004, Olde 2005, Cigoli 2006, Hodnett Cochrane review 2007, Söderquist 2009).

Ett gott stöd under förlossningen minskar graden av stress och ångest i den postnatala perioden (Ford 2009 a. Ford (2010) har i en studie utgått från Ehlers´ modell som ger en teoretisk förståelse för varför en del människor utvecklar stressymtom och andra inte efter samma traumatiska händelse. Ehlers teori är att de som tänker negativt om traumat och hur farligt det är för framtiden, får mera stressymtom. I en kvalitativ studie har Ayers (2007) betonat vikten av att barnmorskor i förlossningsvården ska försöka identifiera kvinnor som löper risk för posttraumatisk stress efter förlossningen, för ge kvinnorna det stöd de behöver för att minska risken för PTSD. Ayers intervjuade 25 kvinnor med symtom på posttraumatisk stress och 25 kvinnor utan sådana symtom och fann att tankar och känslor delvis skilde sig mellan grupperna.

Känsla av sammanhang (KASAM)

Aaron Antonovsky (1923–1994), professor i medicinsk sociologi, har myntat begreppet salutogenes (salut= hälsan, genes= ursprung) (Antonovsky 1979). Han menade att den moderna medicinen länge dominerats av sjukdomsorientering (patogent perspektiv), där bekämpande av sjukdom är centralt. I motsats till detta förespråkade Antonovsky den salutogena modellen där hälsans ursprung är centralt. I den salutogena modellen ligger fokus på friskfaktorer och resurser genom att ställa frågor om varför vissa människor överlever när de utsätts för påfrestande händelser i livet, medan andra inte gör det. Begreppet känsla av sammanhang (KASAM) är centralt i det salutogena perspektivet.

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).

Begriplighet är den kognitiva komponenten som styr tanken. Den syftar till hur man upplever inre och yttre stimuli. Man rör sig på ett kontinuum mellan ordning och kaos, mellan struktur och slumpmässighet och mellan sammanhängande och oförklarlighet.

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

Kvinnor i allmänhet vill gärna berätta om sin förlossningsupplevelse (Olin 2003). Ett engagerat stöd av barnmorskan under och efter förlossningen hjälper den nyblivna mamman att känna tillfredsställelse och få en positiv upplevelse av födelsen (Waldenström 2004 a, 2006, Hildingsson 2007, Gamble 2009). Att sätta ord på en händelse och spegla sin upplevelse med en stödjande barnmorska gör att kvinnan kan förstå händelseförloppet. Det är lättare att hantera en händelse och förstå meningen med den, om man förstår vad och varför det har hänt (Antonovsky 2003).

Det är i samband med postpartumsamtal som barnmorskan kan identifiera kvinnor med oro, ångest eller andra psykiska problem, där kvinnan kan behöva professionellt stöd och ev. psykiatrisk eller psykologisk behandling (Rowan 2007). Studier har visat att nyblivna mammor önskade prata med den barnmorskan som var med vid barnets födelse (Olde 2006) förslagsvis per telefon några veckor efter födelsen (Carlgren 2008).

Eftersom en del nyblivna mammor har besvär av symtom på posttraumatisk stress efter sin förlossning (såväl efter akut kejsarsnitt som efter andra traumatiska förlossningar), har ett flertal forskare sökt undersöka huruvida en tidig intervention förebygger sådana symtom. Man har i randomiserade kontrollerade studier testat olika modeller för samtal med fokus på emotioner kopplade till traumatiska upplevelser (Small 2000, Priest 2002, Ryding 2004.). Även om det finns mindre studier som visat positiv effekt (Lavander 1998, Ryding 1998b) kom Gamble (2002) i sin översikt fram till att traumabearbetande samtal kort efter en traumatisk eller komplicerad förlossning inte förebygger posttraumatisk stress. Slutresultatet av en Cochrane review blev också att ”psykologisk debriefing”, som metoden ibland kallats, inte förebygger stressymtom eller depression efter olika trauman (Rose 2002). Det kan t.o.m. vara skadligt med en påminnelse om traumat, vilket kan leda till ett ”andra trauma”. En ”debriefing” kan också medikalisera ett normalt stresstillstånd. Debriefing innebär egentligen gruppsamtal på arbetsplatsen efter en svår händelse, samtal där deltagarna får berätta både om faktiska förlopp och om sina känslor i sammanhanget.

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 skuld känslor en tid efter förlossningen. 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

Konceptet stöd är mångfacetterat. Det är en interaktiv process mellan givaren och mottagaren. Effekten av stödet beror på hur det uppfattas och detta i sin tur beror på personerna som möts och deras erfarenheter att erbjuda och ta emot stöd (Kahn 1980). Innan stöd kan ges ska den som ger stöd ta reda på vilken typ av stöd som erfordras. Mottagaren ska vara beredd på att ta emot stödet. Tajming av stödet är lika viktigt som vilken slags stöd som ges. I en akut situation kan innebörden av stödet vara antingen för mycket eller för lite, eller att det förväntade stödet antingen blir ohjälpsamt eller till och med skadligt (Hupcey 1998). Bowers (2002) har i en sammanfattning från 17 kvalitativa studier om stöd funnit att kvinnor har olika förväntningar inför och under förlossningen, och önskar hjälp att kontrollera och hantera dessa förväntningar. Vidare önskar födande kvinnor att personalen gör det bekvämt för dem och håller dem och partnern lugna, samt bekräftar att förlossningen framskrider normalt. Fysisk kontakt med massage eller att hålla handen, ingav känsla av trygghet. Kvinnorna uppskattade uppmuntrande kommentarer från barnmorskan, och barnmorskans positiva trevliga personlighet var lika viktig som att hon var förtroendeingivande och förstående. Byte av personal var en källa till oro. Att barnmorskan har goda medicinska kunskaper förutsattes.

Efter förlossningen behöver barnmorskan möta kvinnans individuella behov och stärka hennes självkänsla med att hon har kapacitet att sköta sitt barn. Mamman klarar då bättre övergången från novis till ett mer intuitivt moderskap. Kvinnorna önskade praktiskt stöd i basal babyskötsel för att erhålla känslan av att göra rätt (Wilkins 2006). Langford (1997) har sammanfattat socialt stöd under fyra punkter: 1) det känslomässiga stödet som innebär omsorg, kärlek och tillit, 2) det instrumentella stödet som innebär att få hjälp med praktisk service, 3) det informativa stödet som innebär att få råd för att kunna hantera en stressfylld situation samt 4) det bekräftande stödet som omfattar kommunikation och information.

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 har 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 symptom på posttraumatisk stress tre månader senare. **(I)**
- Att beskriva hur kvinnor med och utan symptom på posttraumatisk stress har upplevt stödet från vårdpersonal och familj. **(II)**

Tabell 2. Översikt av ingående studier

	Delstudie I	Delstudie II
Syfte	undersöka förhållandet mellan känsla av sammanhang, obstetriska variabler och symptom på posttraumatisk stress	beskriva upplevelsen av stöd hos kvinnor med och utan stressymtom
Metod	frågeformulär: KASAM-13, känsla av sammanhang IES-15, reaktioner efter förlossning	telefonintervju
Deltagare	122 kvinnor	42 kvinnor med stressymtom 42 kvinnor utan stressymtom
Dataanalys	deskriptiv och analytisk statistik (χ^2 , Odds Ratio, regressionsanalys)	manifest innehållsanalys
Tidpunkt	på BB-avdelning, 2-3 dagar postpartum (KASAM-13), postal enkät 3 månader postpartum (IES-15)	6-7 månader postpartum

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.

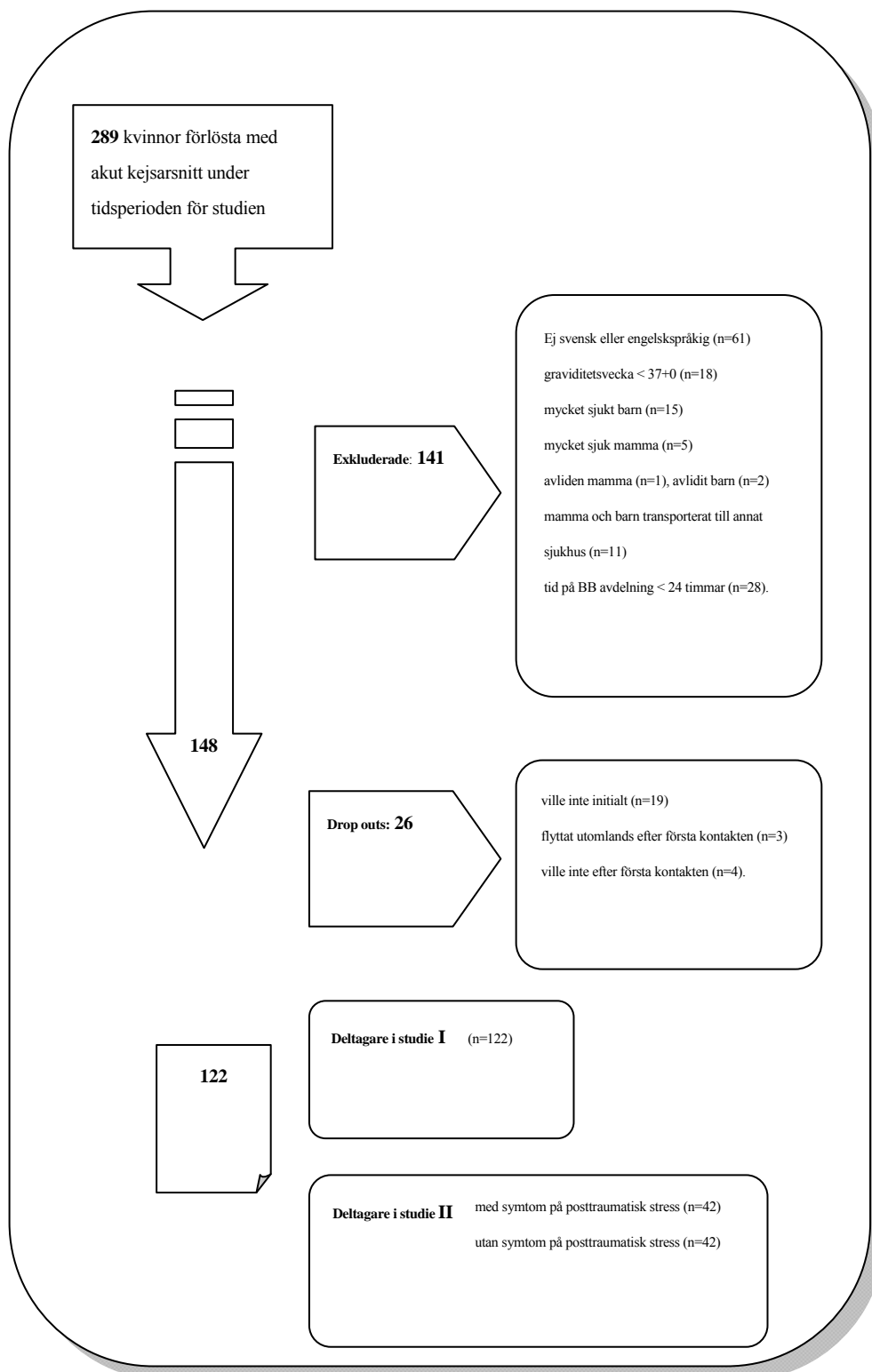
Deltagare i studie **I** var 122 kvinnor som genomgått akut kejsarsnitt. Inklusionskriterier till studien var friska, svensk- eller engelsktalande kvinnor, förlösta med akut kejsarsnitt i gestations vecka 37-42, och med förväntad vaginal förlossning. Två till tre dagar efter födelsen tillfrågades 148 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 beskrivet 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, parietet, full narkos eller EDA/spinal, indikationen för kejsarsnittet samt likartad KASAM, i syfte att få en så likartad grupp som möjligt med de som uppvisade symtom.

Utifrån en power beräkning preciserade vi 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 fallen (Ryding 1998). En psykologisk riskgrupp, nämligen kvinnor med stark förlossningsrädsla hade samma grad av symtom i ca 20% av fallen (Ryding 2003). Om kvinnor med låg KASAM har IES ≥ 20 i 20% av fallen och kvinnor med hög KASAM har IES ≥ 20 i 6% av fallen skulle det räcka med 120 informanter för att uppnå power 80 (Altman 1995).

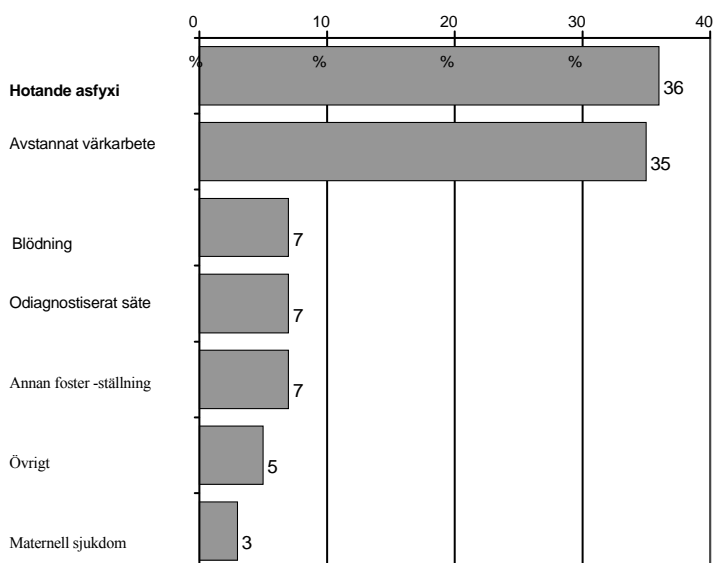
Figur 1. Flödesschema för deltagare samt exkluderade



Tabell 3. Obstetriska data för en grupp kvinnor förlösta med akut kejsarsnitt (n=122).

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

Figur 2. Indikation för akut kejsarsnitt i % (n=122)



Datinsamling och frågeformulären

Delstudie I

De 122 deltagande kvinnorna som förlöstes med akut kejsarsnitt fyllde i två frågeformulär: KASAM-13 och IES-15. Kvinnorna kontaktades konsekutivt. Efter informerat samtycke fyllde kvinnorna i det första frågeformuläret KASAM-13 på BB-avdelningen, två till tre dagar efter barnets födelse. KASAM-13 består av 13 påståenden, som mäter begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Formuläret består av en 7-gradig Lickert-skala och man kan sammanlagt få ett värde mellan 13-91. Poäng ≤ 60 var ”cut off” för låg känsla av sammanhang (Langius 1996).

För att få höga poäng på KASAM-skalan ska man beskriva sig själv som en person som uppfattar händelser som begripliga, har god självkänedom och anser sig oftast veta hur man ska bete sig i olika situationer. Dock kan det vara så att den som får orimligt höga poäng har en rigid försvarsbetingad inställning. Formuläret är ett livsorienterat frågeformulär, som har använts i 32 länder. Formuläret finns både med 13 och med 29 påståenden och de anses ha samma tillförlitlighet. Cronbachs alfa har en lite högre koefficient för KASAM-29 (Antonovsky 1993).

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 stressituationer. 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 svalgancer 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 förutspådde mindre stressymtom efteråt (Engelhard 2003). Formuläret har visat hög validitet och reliabilitet på ett flertal språk (Eriksson 2005).

Det andra frågeformuläret IES-15, Impact of Event Scale (på svenska översatt till Reaktionen efter förlossning) skickades hem till kvinnorna tillsammans med ett bifogat fränkerat svarskuvert, ca tre månader efter det akuta kejsarsnittet. Ett tre månader tidsmellanrum ansågs lämpligt eftersom det oftast sker en självläkning av den traumatiska händelsen under de första tre månaderna (Rothbaum 1993). Tre kvinnor hade flyttat utomlands och gick därför inte att nå, och fyra kvinnor ville inte fortsätta delta i studien.

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. Svartalternativen 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).

I en metaanalys inkluderande 66 studier, från en 20 års period, har Sundin(2003) funnit att IES formuläret har hög validitet och reliabilitet och används vanligtvis för att mäta psykologisk stress efter negativa händelser i livet.

Tabell 4. Utvärdering av traumats svårighetsgrad och IES-15 poäng, Lundin (1995)

Poäng	Beskrivning
upp till 19	normal eller lätt reaktion
20-30	måttlig reaktion, patienten bör följas upp
≥ 31	hög sannolikhet för PTSD, ev. behov av behandling av psykiatriker

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" mödravårdsbarnmorska, 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 stressymtom. 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 χ^2 test för kategoriska variabler. Utfallsvariabeln symtom på posttraumatisk stress ($IES \geq 20$) 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).

I studie II användes manifest innehållsanalys. Innehållsanalys används för att beskriva texters innehåll i syfte att synliggöra betydelser och vad som är typiskt för innehållet samt vad som kommunicerats (Neuendorff 2002). Enligt Weber (1990) kan innehållsanalys med fördel användas i såväl kvalitativ som kvantitativ bearbetning av data.

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 tretton 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 samtalet 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 förlossningsrädsla ($p < 0.001$), 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 utlandsfödda 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 stressymtom: låg KASAM, född utomlands, låg socioekonomisk status, stödsamtal p.g.a. förlossningsrädsla, indikationen för kejsarsnittet hotande fosterasfyxi och om barnet fördes över till neonatal avdelning) fördes in i en multivariat logistisk regressionsanalys.

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 fosterasfyxi 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 möjligen vara en skyddande faktor mot stressymtom ($p = 0.043$, 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) stressymtom efter akut kejsarsnitt

	<u>Univariat analys</u>				
	IES<20 (n=80)	IES≥20 (n=42)	<i>p</i>	OR	CI (95%)
	n (%)	n (%)			
KASAM-13 ≤60	20 (25)	21 (50)	0.005	3.03	1.39-6.62
Ålder					
< 25	3 (4)	4 (10)	0.193	2.70	0.61-12.0
25-35	51 (64)	27 (64)	0.953	1.02	0.30- 3.48
>35	26 (32)	11 (26)	0.471	0.74	0.32- 1.69
Civilstånd					
Ensamstående	2 (3)	3 (7)	0.219	3.0	0.52-17.3
Gift /sambo	78 (97)	39 (93)			
Annat födelseland än Sverige	8 (10)	13 (31)	0.004	4.03	1.58-10.3
Svensk socioekonomisk klassifikation *					
Låg	28 (35)	24 (57)	0.019	2.48	1.16-5.29
Hög	52 (65)	18 (43)			
Parietet					
Förstföderskor	59 (74)	31 (74)	0.994	1.0	
Omföderskor	21 (26)	11 (26)			
Tidigare förlossning					
Vaginal förlossning	6 (7.5)	5 (12)	0.419	1.67	0.48-5.80
Elektivt kejsarsnitt	0	0			
Akut kejsarsnitt/sugklocka	15 (19)	6 (14)	0.535	0.72	0.26-2.03
Stödsamtal pga.	7 (9)	11 (26)	0.009	3.70	1.40-9.99
förlsningsrädsla					
Indikation för akut kejsarsnitt					
Hotande fosterasfyxi	24 (30)	20 (48)	0.054	2.12	0.99-4.55
Avstannat värkarbete	34 (43)	9 (21)	0.021	0.37	0.16-0.86
Förlossnings start					
Spontant	49 (61)	24 (57)	0.660	0.84	0.38-1.84
Induktion	26 (32)	14 (33)	0.926	1.04	0.48-2.24
Anestesi					
Epidural/spinal	64 (80)	28 (67)			
Full narkos	16 (20)	14 (33)	0.104	2.0	0.87-4.61
Överflyttade barn till					
Neonatal avdelning	8 (10)	11 (26)	0.019	3.19	1.21-8.42

Signifikans = $p < 0.05$

* SEI, socioekonomisk indelning från SCB, statistiska Central Byrån 1982:4 är en alfabetisk yrkesförteckning för socioekonomisk klassifikation. Cirka 3000 yrken har en SEI-kod. Vi har valt låg SEI-kod för dem som har en utbildning ≤ 2 år, ej facklärare + facklärare arbetare (SEI-kod 11-22) + studerande, hemmafru, arbetslös. Hög SEI-kod för de som har en utbildning på > 2 år, lägre tjänsteman (SEI-kod 33-36), tjänsteman på mellannivå (SEI-kod 44-46), högre tjänsteman (SEI-kod 54-60).

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 symtom posttraumatisk stress (Tabell 6).

Barnmorskans förhållningssätt

Barnmorskans empati och trygghet var viktigt för upplevelsen av ett gott stöd. På förlossningsavdelningen upplevde många kvinnor med stressymtom 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

En stor del av kvinnorna utan stressymtom upplevde en delaktighet i beslutet om att avsluta förlossningen med akut kejsarsnitt, även om det varit ett hastigt beslut. Såväl kvinnor med som utan stressymtom upplevde att de fick för lite information på BB-avdelningen om symtomen, och den läkandeprocess som väntar efter det akuta kejsarsnittet. Hälften av de nyförlösta kvinnorna fick besök på BB-avdelningen av den ansvariga barnmorskan från förlossningen, den ansvarige operatören eller båda, 1-2 dagar efter kejsarsnittet. De som fick detta besök var kvinnor som hade haft en fullvidgad livmoderhals eller fått full narkos för kejsarsnittet.

Nästan alla kvinnor utan stressymtom besökte ”sin” barnmorska på mödravårdscentralen för en efterkontroll ca tre månader efter kejsarsnittet. Kvinnorna upplevde stor besvikelse om besöket innebar att träffa en barnmorska hon inte träffat tidigare, eller om barnmorskan bara informerade om preventivmedel och inte vidrörde den akuta händelsen. De som inte hade varit på en efterkontroll var ofta av den uppfattningen att besöket skulle initieras av barnmorskan genom att denna skulle ringa upp och boka en tid. Kvinnorna med stressymtom var emellertid motvilliga till att gå på efterkontroll. Man ville inte prata om det hemska som har hänt och man ville inte visa ”sin” barnmorska hur ledsen man var.

Kvinnornas egna känslor

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

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

Familjens roll

Kvinnorna upplevde i allmänhet ett gott stöd från sina familjer. Nästan alla de nyblivna mammorna hade sin partner hemma de första två veckorna efter barnets födelse. Några av kvinnorna fick även hjälp och stöd av egna föräldrar eller äldre syskon till det nyfödda barnet. Några kvinnor reste hem till sina föräldrar i andra delar av Sverige. De kvinnor som födde barn med akut kejsarsnitt under vinterhalvåret kände sig mer isolerade än de som födde under våren och sommaren. Dessa kvinnor fick stöd under flera veckor av släktingar som hade semester. Det var endast kvinnor med stressymtom som klagade på att deras partners inte förstod hur de mådde och inte hjälpte till i hemmet.

Tabell 6. Kategorier och subkategorier hos kvinnor med respektive utan symptom på posttraumatisk stress.

Kategorier	Subkategorier	Kvinnor med stressymtom	Kvinnor utan stressymtom
barnmorskans	nervös	X	
förhållnings	ointresse under förlossningen	X	
sätt	ointresse på eftervården	X	X
vårdens	delaktig i beslut		X
inhåll och	bristande information	X	X
organisation	ingen kontinuitet hos personalen	X	X
	ingen postpartum uppföljning	X	
kvinnornas	lättnad		X
känsla	besvikelse	X	
	livrädd att barnet skulle dö	X	
	utmattning	X	
familjens	bra närvaro av familjen	X	X
roll	dåligt stöd av partnern	X	

Ett bifynd (ej publicerat) var att de kvinnor som födde med akut kejsarsnitt pga. odiagnostiserat sätesändläge, oavsett graden av uppvisande stressymtom, 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 stressymtom. Kvinnorna med stressymtom 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 fosterasfyxi var det vanligare med stressymtom 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 stressymtom ofta om skräck för att barnet skulle dö.

2. I den multivariata analysen visar våra resultat att låg känsla av sammanhang var en signifikant riskfaktor för att utveckla symtom på posttraumatisk stress. Det är ett observandum att låg KASAM var förknippat med höga poäng för stressymtom. Det stämmer överens med Antonovsky's tes att ju lägre KASAM ju svårare kan personen ha att hantera en påfrestande händelse, med en känsla av hopplöshet och sjunkande självkänsla som påföljd. Till vår kännedom, är detta den första studie som visar på samband mellan låg KASAM och symtom på posttraumatisk stress efter barnafödande. Sjöström (2004) har studerat KASAM och välbefinnande under graviditet och åtta veckor efter förlossningen och visat att KASAM formuläret är en stark prediktor för välbefinnande under graviditet.

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 förlossningsprogressen

*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.

Barnmorskans roll är viktig, både för att ge saklig information och för att ge bekräftelse på att mamman gör ett bra arbete. Generellt ansåg mammorna i studien att barnmorskorna var snälla och vänliga. Några mammor var besvikna på att en del barnmorskor hade ett otrevligt, nonchalant eller stressigt bemötande. Eliasson (2008) har med en hermeneutisk metod beskrivit hur kvinnor upplevde sig förlora sin värdighet följande barnmorskans likgiltiga ("uncaring") attityd. Även Halldorsdottir

(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.

Mammorna i båda grupperna anmärkte på bristfällig information och ansåg att de träffade alltför många barnmorskor under BB tiden, som varade i medelsnitt tre dagar. Problem med bristfällig information och stöd har beskrivits även i andra studier (Davey 2005, Hildingsson 2005, 2007, Rudman 2007). Att mammorna i vår studie upplevt informationen som bristfällig kan möjligen förklaras med att hon var i ett chocktillstånd efter den akuta händelsen och inte kunde ta emot någon information. Möjligen kan brister ha uppstått pga. att för många barnmorskor var inblandade, och att ingen då hade specifikt patientansvar. Möjligen var informationen inte anpassad efter mammans behov.

Hälften av mammorna med stressymtom upplevde förlossningen som negativ. En negativ upplevelse kan bero på bristande stöd från barnmorskorna, svår smärta, minskad delaktighet i beslut av interventioner, att barnet transporterades till barnklinik för vård, bristande stöd från partnern, eller bristande uppföljning efter födelsen (Waldenström 2004 a, Blixt-Lindström 2004, Waldenström 2006, Rudman 2007, Hodnett Cochrane 2007).

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

Ett intressant resultat var att de kvinnor som fick besök på BB avdelningen av förlossningsläkaren eller förlossningsbarnmorskan, var de kvinnor som hade haft en fullvidgad livmoderhals vid tiden för kejsarsnittet, eller de som fått full narkos. Det kan eventuellt förklaras med att personalen kände ett misslyckande när mamman inte blev förlöst vaginalt, och i de fall då kejsarsnittet gjordes i full narkos hade omständigheterna möjligen varit både stressiga och livshotande för antingen mamman eller barnet. Mamman har emellertid beskrivit detta möte som inte särskilt givande. Hon upplevde sig vara i ett chocktillstånd vid deras besök och hade inga frågor att ställa. Frågor uppkom flera veckor senare. Då hade hon velat spegla händelsen med förlossningsbarnmorskan och få svar på indikationen för kejsarsnittet och om hon själv hade gjort något fel eller åsamkat något på förlossningen, som bidrog till den akuta situationen.

Detta stämmer väl med den salutogena teorin (Antonovsky 2003) att en händelse bör vara *begriplig* innan den är hanterbar. Kvinnorna föreslog själva att det hade räckt med ett telefonsamtal.

Däremot såg vi i regressionsanalysen att en fullvidgad livmoderhals tycktes vara en skyddande variabel mot symtom 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.

En annan möjlig förklaring är att mamman nästan hade fött vaginalt. Hon hade haft ett värkarbete och var förberedd på att förlossningen snart skulle vara över. Hon blev inte ”snuvad” på förlossningen på samma sätt som en föderska som är öppen några få centimeter, när kejsarsnittet bestäms. Det ligger mycket prestige i att klara av sin förlossning. Den som har en fullvidgad livmoderhals kan berätta om sina värkar och sin smärta utom just själva krystfasen.

Det bästa sociala stödet upplevde kvinnorna var från partnern och den egna familjen (Hung 2001) vilket även stöds av Lindberg (2008) och Creedy (2000) som visat att just det sociala stödet i hemmet kan minska utvecklingen av PTSD. Ett gott stöd hemma hjälper mamman med *hanterbarheten* av traumat.

Många mammor i båda grupperna uppgav att de inte var förberedda på den psykiska omställningen och den långvariga postoperativa smärtan de upplevde även efter hemkomst. Kopplingen mellan postoperativ smärta och en negativ upplevelse har beskrivits av Karlström (2007). Kvinnorna berättade att också partnern varit i ett chocktillstånd och därför haft svårt att ge stöd samt att hjälpa till med barnet vid hemkomsten från BB avdelningen. Flertalet kvinnor löste detta med hjälp av äldre barn eller att släktingar kom hem till dem, andra åkte hem till sina egna föräldrar.

Nästan alla mammor utan stressymtom träffade ”sin” barnmorska på mödravårdscentralen inom 12 veckor, vilket är rekommenderat från Socialstyrelsen (1996:7). Kvinnorna beskrev stor besvikelse om de träffade en barnmorska de aldrig tidigare träffat eller om barnmorskans bara informerade om preventivmedel och inte talade om den akuta händelsen. Cirka hälften av mammorna från båda grupperna önskade vara med en någon slags ”snittgrupp”, där de kunde spegla sina upplevelser i en homogen grupp och känna samhörighet med andra mammor med liknande upplevelser. En bra uppföljning på sikt är viktig utifrån den sista delen av KASAM-teorin: *meningsfullhet*. Då finns en unik möjlighet att hjälpa kvinnan och paret att uttrycka vilken mening det inträffade har haft för dem.

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 undersökningstillfället 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

akut operation. Olde (2006) och Söderquist (2009) har rapporterat att människor som inte vill delta i studier som handlar om traumatisk stress, ofta har problem med sin psykiska hälsa. Nitton mammor ville överhuvudtaget inte delta. Av etiska skäl har vi inte frågat dem varför, och vi kan bara spekulera kring huruvida de hade stressymtom eller ej och varför de inte ville prata om sina upplevelser.

Studien utfördes med kvinnor som förlöst via akut kejsarsnitt. Man kan misstänka att våra resultat, t.ex. sambandet mellan låg KASAM och stressymtom skulle kunna gälla även kvinnor som genomgått andra komplicerade förlossningar, kanske även normala förlossningar. Stressymtomen är vanligare efter akut kejsarsnitt än vid andra förlossnings sätt (Ryding 1998, Creedy 2000, Söderquist 2002, Gamble 2005 a) men förekommer efter andra typer av för kvinnan traumatisk förlossning.

I den andra delen av datainsamlingen (**I**) sändes frågeformuläret IES (Reaktionen 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).

Det finns andra frågeformulär som hade kunnat användas t.ex. Impact of Event Scale Revised (IES-R) (Weiss 1997), Post-traumatic Stress Disorder Questionnaire (PTSD-Q) (Watson 1991) eller Traumatic Event Scale (TES) (Wijma 1997). IES-R, och PTSD-Q mäter kriterium B och C och dessutom kriterium D (ihållande överspändhet) (Ayers 2001 b) medan TES inte är validerad mot intervjuer men använt i flera studier (Ayers 2004). Olde (2006) har beskrivit att IES-R inte var bättre än IES, möjligen för att kriterium D med koncentrationssvårighet och sömnproblem är svårbedömt just under spädbarnstiden.

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 skattning av vården kan förändras över tid. Waldenström (2004 b) har visat att en del kvinnor ändrar sin upplevelse av barnafödandet 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 uppmärksamt 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 innebörder som är väsentliga för undersökningens ämne (Kvale 1997).

Ett kvalitativt forskningsresultat är inte generaliserbart i statistisk mening, men enligt Downe-Wamboldt (1992) bör kvalitativa intervjuer med innehållsanalys bygga på ett avsiktligt urval för att möjliggöra generalisering. Vårt urval av de två grupperna kan innebära att resultaten kan vara tillämpbara för andra än bara för undersökningsgruppen.

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

Den största risken att drabbas av symtom på posttraumatisk stress, för en kvinna vars förlossning avslutas med ett akut kejsarsnitt, tycks vara om indikationen är hotande fosterasfyxi eller om kvinnan har låg känsla av sammanhang. Det senare är ofta förekommande hos kvinnor som har haft stödsamtal pga. förlossningsrädsla, ensamstående kvinnor, kvinnor med låg social status, de som tidigare har blivit förlösta med akut kejsarsnitt eller sugklocka samt de kvinnor som är födda utomlands. Kvinnor med symtom på posttraumatisk stress upplevde bristande stöd, bristande information och bristande delaktighet på förlossningsavdelningen och på BB-avdelningen. De hade också upplevt mera intensiv rädsla under förlossningsförloppet. Uppföljningen efter kejsarsnittet av barnmorskan på mödravårdscentralen hade också varit bristfällig.

Inom mödrahälsovården 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 stressymtom så de kan få professionellt omhändertagande och därmed minska risken att utveckla den psykiatriska diagnosen PTSD.

På Mödravårdscentralerna i Sverige används Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-formuläret) (Bergman 2002) för att mäta alkoholvanor, på barnavårdscentraler används Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS-formuläret) (Cox 1987) för att upptäcka depression. Kvinnor skulle tidigt i graviditeten kunna fylla i ett KASAM-formulär så att vi kan ge dem som har låg känsla av sammanhang en mer individuellt anpassad vård.

Under en komplicerad förlossning bör personalen sträva efter att paret/kvinnan upplever sig så delaktiga som möjligt i situationen. Man kan med frågor kontrollera om informationen gått fram. Osäker personal bör få stöd och hjälp av erfaren personal. Att kvinnan blir rädd när något hotande inträffar är naturligt, men att barnmorskan lugnar när det är relevant, och ger hopp om en bra utgång av förlossningen är också ett förslag.

Att efter en okomplicerad vaginal förlossning åka hem efter någon eller några dagar är numera en regel i Sverige, men jag skulle vilja lyfta frågan huruvida tre dagar räcker som postoperativ vård efter en traumatisk födelse och en stor bukoperation. En alternativ lösning skulle kunna utgöras av vårdteam, som kom hem till familjen varje dag den första veckan.

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 mödrahälsovården 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 validerat 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.

Kvantitativa studier kan även följas upp med kvalitativa studier. Vi behöver bättre förstå vad ett trauma innebär för en kvinna i samband med en förlossning. Vi behöver förstå vad ett bra eller bristande stöd innebär för den enskilda individen. Det finns andra metoder än de vi använt i vår studie, som lämpar sig bättre för att på djupet förstå vad kvinnan upplever och behöver.

Vår studie ger en bild av situationen omedelbart efter ett akut kejsarsnitt, och av situationen ett halvår senare. Ett längre tidsperspektiv vore spännande. Vad betyder ett akut kejsarsnitt för kvinnan i ett längre perspektiv? Hur mår hon efter flera år och vad innebär upplevelsen för framtida graviditeter? Man vet att symtom på posttraumatisk stress kan ha inverkan på individen under många år, men också att det finns en läkningsprocess.

Interventionsstudier behövs också. Om man inom mödrahälsovården fångar upp kvinnor med låg KASAM och erbjuder ett utökat stöd borde detta testas mot standardvården och utvärderas med hjälp av mätning av stressymtom 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 Warenus* för fruktbara 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 *Eva Nissen* och alla *doktorandkamraterna* på institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa på Karolinska Institutet. Genom seminarier och föreläsningar har vi tillsammans fått ny kunskap och inspiration.

Tack alla *kolleger* 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.
- Altman D. 1995. Practical Statistics for medical Research. London: Chapman & Hall.
- American Psychiatric Association (APA) 1998. DSM IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4rd edn. Washington DC: American Psychiatric Assosiation Press.
- Antonovsky A. 1979. Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bas Publishers.
- Antonovsky A. 1993. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med* 36:725-33.
- Antonovsky A. 2003. Hälsans mysterium. Natur och Kultur Stockholm.
- Ayers S. 2001 a. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth* 28(2):111-18.
- Ayers S. 2001 b. Assessing psychopathology in pregnancy and postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 22:91-102.
- Ayers S. 2004. Delivery as a traumatic Event: Prevalence, Risk Factors, and Treatment for Postnatal Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical obstetrics and Gynecology* 47(3):552-67.
- Ayers S. 2007. Thoughts and emotions during traumatic birth: A qualitative study. *Birth* 34(3):253-63.
- Bergman H, Källmén H. 2002. Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test. *Alcohol & Alcoholism* 37(3):245-51.
- Beck Tatano C. 2005. Benefits of participating in internet interviews: women helping women *Qualitative health research* 15(3):411-22.
- Berg M, Lundgren I. 2004. Att stödja och stärka, vårdande vid barnafödande. Studentlitteratur Lund.
- Burnard P. 1994. The telephone interview as a data collection method. *Nurse education today* 14:67-72.
- Blixt-Lindström S, Christensson K, Johansson E. 2004. Women's satisfaction with decision-making related to argumentation of labour. *Midwifery* 20:104-12.

- Bowers B. 2002. Mothers experience of labor support: Exploration of qualitative research. *JOGNN* 31(6):742-52.
- Carlgren I, Berg M. 2008. Postpartum consultations: occurrence, requirements and Expectations *Pregnancy and Childbirth* 8:29-36.
- Callahan JL, Hyanan MT. 2002. Identifying mothers at risk for postnatal emotional distress further evidence for the validity of the perinatal posttraumatic stress disorder questionnaire. *Journal of Perinatology* 22:448-54.
- Cigoli V, Gilli G, Saita E. 2006. Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 27(2):91-97.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. 1987. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br Journal of Psychiatry* 292:1165- 67.
- Creedy D, Shochet I, Horsfall J. 2000. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth* 27(2) :104-111.
- Czarnocka Jo, Slade P. 2000. Prevalence and predictor of post-traumatic stress following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology* 39:35-51.
- Davey MA, Brown S, Bruinsma F. 2005. What is about antenatal continuity of caregiver that matters to women? *Birth* 32(4):262-71.
- Downe-Wamboldt B. 1992. Content analysis, Method, applications and issues. *Health Care for Women International* 13(3):13-21.
- Eliasson M, Kainz G, von Post I. 2008. Uncaring midwives. *Nursing Ehtics* 15(4):500-11.
- Engelhard I, van den Hout M, Vlaeyen J 2003. The sense of coherence in early pregnancy and crisis support and posttraumatic stress after pregnancy loss: a prospective study. *Behavioral Medicine* 29(2):80-84.
- Eriksson M, Lindström B. 2005. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community health* 59:460-66.
- Ford E, Ayers S. 2009 a). Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders* 23:260-68.
- Ford E, Ayers S, Wright DB. 2009 b) Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB). *Journal of Women's Health*. 18:245-52.

- Ford E , Ayers S. Bradley R. 2010. Exploration of a cognitive model to predict post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Journal of Anxiety Disorders* 24:353-59.
- Gamble J, Creedy D, Webster J, Moyle W. 2002. A review of the literature on debriefing or non-directive counselling to prevent postpartum emotional distress. *Midwifery* 18(1):72-79.
- Gamble J, Creedy D. 2005 a). Psychological trauma symptoms of operative birth. *British Journal of Midwifery* 13(4):218-24.
- Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, Mcallister M, Dickson P. 2005 b). Effectiveness of a counselling intervention after a traumatic childbirth: A randomized controlled trial. *Birth* 32(1):11-19.
- Gamble J, Creedy D. 2009. A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery* 25(2):21-30.
- Halldorsdottir S, Karlsdottir S. 1996. Journeying through labour and delivery: perceptions of women who have given birth. *Midwifery*. 12:48-61.
- Hildingsson I, Rådestad I. 2005. Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *Journal of Advanced Nursing* 52(3):239-49.
- Hildingsson I. 2007. New parents' experiences of postnatal care in Sweden. *Women and Birth* 20:105-13.
- Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. 1979. Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine* 41(3):209-18.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. 2007 continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. (1):CD000199.
- Hung CH, Chung HH. 2001. The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. *Journal of Advanced Nursing* 36(5):676-84.
- Hupcey J. 1998. Clarifying the Social Support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing* 27:1231-41.
- Kahn RL, Antonucci TC. 1980. Convoys over the life Course: Attachment, Roles and social Support. Life-span development and behaviour vol 3. New York Academic press.

- Karlström A, Engström Olofsson R, Norbergh KG, Sjöling, Hildingsson I. 2007. Postoperative pain after caesarean birth affects breastfeeding and infant care. *Journal of Obstetric and Neonatal Nurses* 36(5):430-40.
- Kvale S. 1997. Den kvalitativa forskningsintervjun. Studentlitteratur Lund.
- Langford C, Bowsher J, Maloney J, Lillis P. 1997. Social Support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing* 25:95-100.
- Langius A, Björvell H. 1996. Den salutogena modellen och användning av KASAM-formuläret i omvårdnadsforskning - en metodredovisning. *Vård i Norden*. 16(1):28-32.
- Lauterbach D, Vora R, Rakow M, 2005 The relationship between posttraumatic stress disorder and self-reported health problems. *Psychosomatic Medicin* 67:939-47.
- Lavender T, Wilkinshaw SA. 1998. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial. *Birth* 25:215-9.
- Lindberg I, Ohrling K, Christensson K. 2008. Expectation of post-partum care among pregnant women living in the north of Sweden: a randomized controlled trial. *Birth*.32:11-19.
- Lundin T. 1995. Stressreaktioner och psykiskt trauma: diagnos och behandling. Rohne Poulence Rorer AB, Helsingborg Sverige.
- Neuendorff K. 2002. The content analysis guidebook. Sage Publication Thousands Oak Kalifornien.
- Olin RM, Faxelid E. 2003. Parents' need to talk about their experiences of childbirth. *Scandinavian Journal of Caring* 17:153-59.
- Olde E, van der Hart O, Kleber R, van Son M, Wijnen A, Pop V. 2005. Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth. *Journal of Trauma & Dissociation* 6(3):125-42.
- Olde E, van der Hart O, Kleber R, van Son M. 2006. Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review* 26:1-16.
- Pihl K. Diagnoshandbok för kvinnosjukvård 1997. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. Stockholm Sverige.
- Porter M, van Teijlingen E, Yip L, Bhattacharya S. 2007. Satisfaction with Caesarean Section: Qualitative Analysis of open-Ended Questions in a large Postal Survey. *Birth* 34(2):148-54.

- Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. 2002. Psychological debriefing for preventing post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;(2):CD000560.
- Rowan C, Bick D, Helena da Silva Bastos M. 2007. Obstetrical debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth: exploring the gap between the evidence and UK policy and practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2:97-105.
- Rothbaum BO, Foa EB. 1993. Subtypes of post-traumatic stress disorder and duration of symptoms. In: Davidson JRT, Foa EB, eds. *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond*, DC.: American Psychiatric Press; 23-35.
- Rudman A, Waldenström U. 2007. Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *Health Services Research* 7:178-91.
- Ryding EL, Wijma B, Wijma K. 1997. Post-traumatic stress reactions after emergency caesarean section. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 76:856-61.
- Ryding EL, Wijma K, Wijma B. 1998a . Psychological impact of emergency caesarean section in comparison with elective caesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology* 19:135-44.
- Ryding EL, Wijma K, Wijma B 1998b. Postpartum counselling after an emergency caesarean section. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 5:231-7.
- Ryding EL, Wirén E, Johansson G, Ceder B, Dahlström AM. 2004 Group counselling for mothers after emergency caesarean section: A randomized controlled trial of intervention *Birth* 31(4):247-53.
- Sjöström H, Langius-Eklöf, Hjertberg R. 2004 Wellbeing and sense of coherence during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 83(12):1112-18.
- Skari H, Skreden M, Malt UF, Dalholt M, Bjornstad Ostensen A, Egeland T. 2002. Comparative levels of psychological distress symptoms, depression and anxiety after childbirth-a prospective population-based study of mothers and fathers. *BJOG*. 109:1154-63.
- Small R, Lumley J, Toomey L. 2006. Midwife-led debriefing after operative birth: four to six year follow-up of a randomized trial. *BMC Medicine* 4:3.
- Snekkevik H, Anke AG, Stanghelle JK, Fugl-Meyer AR. 2003. Is sense of coherence stable after multiple trauma? *Clin Rehabil*. 17(4):443-53.
- Socialstyrelsen 1996:7. Hälsovård före, under och efter graviditet. www.sos.se

- Socialstyrelsen, Medicinska födelseregistret 2003. www.sos.se
- Soet J, Gregory MA, Brack A, Dilorio C. 2003. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. 2003. *Birth* 30(1):36-46.
- Stjernholm Vladic Y, Petersson K, Eneroth E. 2010. Changed indications for caesarean sections. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 89:49-53.
- Sundin E, Horowitz M. 2003. Horowitz's impact of event scale evaluation of 20 years of use. *Psychosomatic Medicine* 65(5):870-76.
- Swedish Socio Economic Classification. 1984. Reports on Statistical Co-ordination. 1982:4. Stockholm Sweden. www.scb.se.
- Söderquist J, Wijma K, Wijma B. 2002. Traumatic stress after childbirth: the role of Obstetric variables. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*.23:31-39.
- Söderquist J, Wijma K, Wijma B. 2004. Traumatic stress in late pregnancy. *Anxiety Disorders* 18:127-42.
- Söderquist J, Wijma B, Wijma K. 2009 Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 116: 672- 80.
- Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. 2004 a. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 31(1):17-27.
- Waldenström U. 2004 b. Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth* 31(2):102-7.
- Waldenström U, Rudman A, Hildingsson I. 2006. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 85:551-60.
- Watson CG, Juba MP, Manifold V, Kucala T, Anderson ED: 1991. The PTSD interview: rationale, description, reliability and concurrent validity of a DSM III based technique. *Journal of Clinical Psychology*. 47:179-88.
- Weber RP. 1990. Basic content analysis Sage Publications Californian.
- Weiss DS, Marmar CR. 1997. The Impact of Event Scale-Revised. In Wilson JP & Keane TM, eds. *Assessing Psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners*. New York: Guildford Press. 399-11.

- Wijma K, Söderquist J, Wijma B. 1997. Post-traumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders* 11(6):587-97.
- Wijma K, Ryding EL, Wijma B. 2002. Predicting psychological well-being after emergency caesarean section: a preliminary study. *Journal of reproductive and infant psychology* 20(1):25-36.
- Wilkins CBA. 2006. A qualitative study exploring the support needs for first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery* 22:169-80.

I

II

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

Vibeke Tham, ¹ Elsa Lena Ryding ², Kyllike Christensson ³

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).*

3:4:2 Husband's lack of support

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 to 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

postpartum period. 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

- [1] Olde E, der Hart O, Kleber R, van Son M. Posttraumatic stress following childbirth: A Review. *Clin Psychology Review* 2006;26:1-16.
- [2] Soet J, Brack G, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003;30:36-46.
- [3] Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychol* 2000;39:35-51.
- [4] Wijma K, Söderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross-sectional study. *J Anxiety Disord* 1997;11:587-97.
- [5] Söderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002;23:31-9.
- [6] Skari H, Skreden M, Malt UF, Dalholt M, Bjornstad Ostensen A, Egeland T, et al. Comparative levels of psychological distress symptoms, depression and anxiety after childbirth – a prospective population-based study of mothers and fathers. *BJOG* 2002; 109:1154-63.
- [7] Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Psychological impact of emergency caesarean section in comparison with elective caesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *Journal Psychosom Obstet Gynaecol* 1998;19:135-44.
- [8] Ayers S. Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47:552-67.
- [9] Ford E, Ayers S. Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders* 2009;23:260-268.
- [10] Davey MA, Brown S, Bruinsma F. What is it about antenatal continuity of caregiver that matters to women? *Birth* 2005;32:262-271.
- [11] Ayers S. Thoughts and emotions during traumatic birth: A qualitative study. *Birth* 2007;34:253-63.
- [12] Tham V, Christensson K, Ryding E-L. Sense of coherence and symptoms of post-traumatic stress after emergency caesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86;1090-96.
- [13] Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med* 1993;36:725-33.
- [14] Horowitz M. Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosom Med* 1979; 41:209-218.

- [15] Lundin T. Psykologiska aspekter på trauma. (Psychological aspects of trauma.) Läkartidningen 1996;93:4281-4.
- [16] Neuendorff KA. The Content Analysis Guidebook: Sage Publications Ltd., London; 2002.
- [17] Hildingsson I. New parents' experiences of postnatal care in Sweden. Women and birth 2007;20:105-13.
- [18] Rudman A, Waldenström U. Critical views on postpartum care expressed by new mothers. BMC Health Research 2007;7:178.
- [19] Karlström A, Engström-Olfsson R, Norbergh K-G, Sjöling M, Hildingsson I. Postoperative pain after caesarean birth affects breastfeeding and infant care. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2007; 36(5):430-40.
- [20] Blix-Lindström S, Christensson K, Johansson E. Women's satisfaction with decision-making related to argumentation of labour. Midwifery 2004 :20,104-112.
- [21] Hodnett ED. Continuous support for women during childbirth. [Cochrane Database Syst Rev.](#) 2007;(1):CD000199.
- [22] Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women. Birth 1998 Dec;25:246-51.
- [23] Antonovsky A. Hälsans mysterium (Unravelling the Mystery of Health). Stockholm: Natur och Kultur; 2003.
- [24] Carlgren I, Berg M. Postpartum consultation: occurrence, requirements and expectation. BMC pregnancy and childbirth 2008;8:29.
- [25] Gamble J, Creedy D, Moyle Webster J, Mc Allister M, Dickson P. Effectiveness of a counselling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. Birth 2005;32:11-19
- [26] Lindberg I, Ohrling K, Christensson K. 2008. Expectation of post-partum care among pregnant women living in the north of Sweden: a randomized controlled trial. Birth.32:11-19.
- [27] Burnard P. The telephone interview as a data collection method. Nurse Education Today 1994;14;67-72.
- [28] Weber RP. Basic Content Analysis. California: Sage publications; 1990.
- [29] Ford E, Ayers S, Wright DB. Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB). J Womens Health. 2009;18:245-52.

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

	IES <20	IES ≥20
	n (%)	n (%)
Age		
< 25	1 (2)	4(10)
25-35	25(60)	27(64)
>35	16(38)	11(26)
Marital status		
Single	2(5)	3(7)
Married or cohabiting	40(95)	39 (93)
Swedish socio-economic classification		
Low	18(43)	24(57)
High	24(57)	18(43)
Parity		
Primiparous	30(71)	31(74)
Multiparous	12(29)	11(26)
Previous delivery		
Normal vaginal delivery	3(7)	5(12)
Elective caesarean section	0	0
EmCS /Vacuum extraction	9(21)	6(14)
Indication for EmCS		
Imminent fetal asphyxia	16(38)	20(48)
Dystocia	14(33)	9(21)
Bleeding	4(10)	4(10)
Breech/fetal malposition	7(17)	5(12)
Delivery start		
Spontaneous	26(62)	24(57)
Induction	13(31)	14(33)
EmCS before labour	3 (7)	4(10)
Cervix status		
Fully dilatated at birth	13(31)	5(12)
Section anaesthesia		
Epidural/spinal	28(67)	28(67)
General anaesthesia	14(33)	14(33)
The child referred to the Neonatal clinic		
	5(12)	11(26)

Table 2. Categories and subcategories emerging from the interviews, in women with and/or without post-traumatic stress symptoms

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

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 ofta
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 ofta

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 ofta

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

7.(16). Är Dina dagliga sysslor

en källa till djup glädje och tillfredsställelse 1 2 3 4 5 6 7 en plåga och en leda

8.(19). Har du mycket växlande och röriga känslor, tankar och idéer som hoppar från det ena 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- värderar dess betydelse 1 2 3 4 5 6 7 sett saker och ting i deras rätta 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 behärska Dig

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

Appendix 2

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!

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

10. Bilder från förlossningen dyker upp i mitt huvud	1	2	3	4
11. Andra saker får mig hela tiden att tänka på förlossningen	1	2	3	4
12. Jag är medveten om att jag fortfarande har en del känslor om förlossningen, men jag släpper inte fram dem	1	2	3	4
13. Jag försöker att inte tänka på förlossningen	1	2	3	4
14. Varje påminnelse om förlossningen framkallar känslor från förlossningen	1	2	3	4
15. Mina känslor om förlossningen är som bedövade	1	2	3	4

Appendix 3

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 mår 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 mårde 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

