

UMEÅ UNIVERSITY MEDICAL DISSERTATIONS

New Series No 978 – ISSN 0346-6612

From the Department of Nursing and the Department of Clinical
Science, Obstetrics and Gynaecology
Umeå University, Umeå, Sweden

**Utdragen förlossning
Kvinnors upplevelser och erfarenheter**

Astrid Nystedt



Umeå 2005

Omslagsbild

**Paie, Zanzibar Sommaren 2004
Foto av Astrid Nystedt**

**Copyright © 2005 by Astrid Nystedt
ISBN 91-7305-917 X**

Printed in Sweden by
Print & Media, Umeå University: 2005: 2001081

*Jungfru Maria, låna mig nycklarna dina till att öppna mitt lif
och föda mitt barn.
I Herren Jesu namn.*

Barnaföderskans bön i 1600-talets Sverige

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING	6
ORDFÖRKLARINGAR OCH DEFINITIONER	8
ORIGINALARTIKLAR	13
FÖRORD	14
INLEDNING	15
BAKGRUND	16
Att bli mamma	16
Förlossningsupplevelse	16
Utdragen förlossning	18
Vård och behandling vid utdragen förlossning	21
Förlossningsupplevelse vid komplicerad förlossning	23
Motiv för studien	24
Syfte med studien	25
METOD	26
Definitioner och klassifikationer	26
Förlossningssjukhus	27
Deltagare	28
Frågeformulär	28
Intervjuer	30

ANALYS	30
Statistisk analys	30
Kvalitativ innehållsanalys	31
Etiska överväganden	33
RESULTAT	34
METODKRITIK	36
DISKUSSION	41
Implikationer för praktik	46
Framtida forskning	46
Slutsatser	47
SUMMARY IN ENGLISH	49
TACK	53
REFERENSER	57
ORIGINALARTIKLAR I – IV	
AVHANDLINGAR FRÅN INSTITUTIONEN FÖR OM-	
VÅRDNAD, UMEÅ UNIVERSITET	

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Utdragen förlossning är en förlossningskomplikation som ofta resulterar i en negativ förlossningsupplevelse. För att kunna förbättra vården och omvårdnad vid utdragen förlossning är det av värde att studera vilken betydelse resultatet av en negativ förlossningsupplevelse har både utifrån ett obstetriskt-, ett omvårdnads-, och ett livsvärldsperspektiv. Detta kan öka möjligheterna att återge en mer sammansatt bild av den problematik som rör utdragen förlossning.

Syfte: Det övergripande syftet med avhandlingen var att belysa, beskriva, och förstå kvinnors upplevelser vid utdragen förlossning.

Metod: Avhandlingen omfattar fyra delstudier. Delstudie I är en fall-referent studie med kvinnor (n= 255) som hade fött sitt första barn med spontan förlossningstart i fullgången tid. Deltagarna besvarade en enkät med frågor som handlade om förlossningsupplevelser och tidigare familje- och barndomsförhållanden. Delstudie II är en tvärsnittsstudie bland förstföderskor (n= 644) som följdes med enkäter i tidig graviditet, (om socialt nätverk och stöd, arbetsrelaterade psykosociala faktorer, kontroll av dagligt liv och hälsa). I delstudie III och IV genomfördes intervjuer med tio kvinnor som fött sitt första barn och som hade haft utdragen förlossning.

Resultat: Risken för en negativ förlossningsupplevelse ökade vid utdragen förlossning. Risken att svårigheterna och minnen skulle komma att sätta spår för livet vid en utdragen förlossning var större än om förlossning hade varit normal med en positiv förlossningsupplevelse. Upplevelsen av stöd från barnmorska och partner samt betydelsen av smärtlindring under förlossningen särskiljde inte kvinnor med utdragen förlossning. Majoriteten av kvinnor med utdragen förlossning och kvinnor med förlossning utan diagnosen värkrubbing värderade det sociala stödet i tidig graviditet lika högt. De svårigheter som kvinnorna associerade till den utdragna för-

lossningen kunde tolkas som en känsla av att vara fångad av långvarig smärta och rädsla. Kvinnorna beskrev hur de kände sig uttröttade, maktlösa och att de hade tappat kontrollen över vad som hände. Med det följde att vara utelämnad till och vara beroende av andra. Att få hjälp att bli förlöst uttrycktes som en känsla av att bli befriad från smärta. Upplevelsen av utdragen förlossning kunde liknas vid att plötsligt bli sjuk i ett livshotande tillstånd med outhärdlig smärta och med en överväldigande rädsla att förlora sig själv och sitt barn. Att bli mamma efter utdragen förlossning innebar en extrem trötthet kombinerad med en känsla av att vara sjuk. De svårigheter och lidande som kvinnorna hade fått utstå för att bli mamma kunde liknas vid att treva i mörker. Mötet med barnet under dessa omständigheter med begränsade möjligheter att engagera sig i barnets omedelbara behov av närhet och mat resulterade i en kamp att forma sin roll som mamma. De negativa känslor som associerades till det utdragna förloppet, till den komplicerade förlossningen och till kampen att bli mamma kunde liknas vid att återhämta sig från att vara sjuk eller från ett livshotande tillstånd. Trots dessa upplevelser var det en omvälvande händelse att bli mamma. Att få bekräftelse hade stor betydelse för att kunna anpassa sig till att bli och vara förälder.

Konklusion: Kvinnor med utdragen förlossning kräver avancerad obstetrisk vård och behandling vilket begränsar deras möjligheter att själv kunna ta egna beslut, att kunna välja och känna sig delaktig i den vård de får under förlossningen. Det innebär att de har ett starkt behov av stöd och uppmuntran såväl under som efter förlossningen samt ett ökat behov av omvårdnad.

Nyckelord: Förlossningsupplevelse, normal förlossning, psykosociala faktorer, sjuk, socialt nätverk, socialt stöd, tematisk innehållsanalys, utdragen förlossning, välbefinnande, värkrubbning.

ORDFÖRKLARINGAR OCH DEFINITIONER

Aktiv förlossning	Två av följande kriterier bör vara uppfyllda: <ol style="list-style-type: none">1. Regelbundna och smärtsamma sammandragningar (3-4/10:e min)2. Vattenavgång3. Livmoderhalsen öppen 3-4 cm eller mer ¹
Amniotomi	Bräckning av fosterhinnor
Bias	Varje påverkan under en studies gång som leder till resultat som systematiskt avviker från de verkliga förhållandena. ²
BMI	Body Mass Index (Kroppsmasseindex) = kroppsvikt i kg/(kroppslängd m ²) ²
Börd	Födelse
Cervix uteri	Livmoderhals
Detection bias	Systematiska fel på grund av fel diagnostisk fel metod ²

Fistel	En onormal förbindelse mellan ihåliga inre organ, t.ex. tarm, gallgång, urinblåsa och kroppshålighet eller mellan organ och huden. Fisteln kan vara medfödd eller uppstå genom en inflammatorisk eller malign (elakartad) process. En fistel kan även anläggas kirurgiskt i behandlande syfte. ³
Framstupa kronbjudning	Vanligaste läget hos fostret under förlossningen: fostrets framsida och ansikte vetter bakåt på modern och innebär att ett barn föds fram med "kronan" först. Kronan är området kring bakre (lilla) fontaneln på fosterhuvudet. ³
Fullgången tid	Graviditetslängd från vecka 37+0 ⁴
Föregående fosterdel	Den fosterdel som först går genom förlossningskanalen. ³
Förlängt utdrivningskede	Mer än tre timmars fullvidgad cervix ⁴
Förlängt öppningsskede	Hos förstföderska > 15 timmar från 3 cm till fullvidgad, hos omföderska > 11 timmar ⁴
Konfidensintervall	Ett tal intervall som med viss angiven sannolikhet innefattar det sanna värdet av t ex ett medeltal. ²
Morbiditet	Sjukdomsfrekvens eller sjuklighet

Mortalitet	Dödlighet
Odds	Sannolikheten för att en viss händelse ska inträffa dividerat med sannolikheten att den inte ska inträffa. Om sannolikheten att få en sjukdom är en på två ($p=0,5$) så är sannolikheten för att inte få den lika stor ($1-p=0,5$). Oddset blir $0,5/(1-0,5)$. ²
Oddskvoter	Kvoten mellan två odds (OR). Oddskvoter används för att redovisa hur mycket större risken är för individer som har en viss riskfaktor än för dem som inte har denna. ²
Oxytocin	Hormon som utsöndras från hypotalamus som reglerar livmoderns sammandragningar och stimulerar tömningen av mjölk vid amning. ⁵
Perinatal	Avser tiden kring födelsen ³
Post partum	Efter och i nära anslutning till förlossningen, barnsängstiden avser tiden till och med 42 dagar efter förlossningen. ³
Primär värksvaghet	En långsam öppning av livmoderhalsen $< 1\text{cm/tim}$ i öppningsskedet, när livmoderhalsen är öppen $\geq 3\text{ cm}$. ⁴

Recall bias	Minnesfel, systematiskt fel på grund av skillnader i noggrannhet och fullständighet då det gäller att erinra sig tidigare erfarenheter och händelser. ²
Riskfaktorer	Medfödda eller förvärvade egenskaper och/eller förhållanden som indikerar en ökad risk för att en person ska få en sjukdom, bli skadad eller för att drabbas av ohälsa. ²
Sekundär värksvaghet	Ingen öppning på minst 2 tim efter initialt normalt öppningsskede ⁴
Snedläge	Förlossningsterm som anger att ett foster ligger snett i livmodern, dvs. med huvudet eller sätet till höger eller vänster ovanför bäckenåbningen. ³
Tvårläge	När huvudet befinner sig på en sida i livmodern och sätet och benen på den andra. ³
Uterus	Livmoder
Utdragen förlossning	Aktivt förlossningsarbete med regelbundna värkar > 12 tim, hos förstföderska 1,2 cm/tim och omföderska 1,5 cm/tim ⁶
Utdrivningsskede	Skedet från det att cervix är fullvidgad och barnet föds fram.

Vidöppen bjudning

Vidöppet fosterläge innebär att fostrets framsida och ansikte vetter framåt på modern och om barnet föds fram med hjässan som ledande parti är det en vidöppen hjässbjudning.³

Öppningsskede

Skedet från förlossningsstart till att cervix är fullvidgad.

ORIGINALARTIKLAR

Avhandlingen bygger på nedanstående artiklar. I texten hänvisas till respektive artikel med dess romerska siffra.

- I** Nystedt A, Högberg U, Lundman B. (2005) The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 579-586.
- II** Nystedt A, Högberg U, Dejin-Karlsson E, Lundman B. (2005) Low psychosocial resources during early pregnancy is not associated with prolonged labour. *The European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. (In press).
- III** Nystedt A, Högberg U, Lundman B. Some Swedish women's experiences of prolonged labour. *Midwifery*. (In press).
- IV** Nystedt A, Högberg U, Lundman B. Women's experiences of becoming a mother after a prolonged labour - fumbling in the dark. (Submitted).

Artiklarna har kopierats med tillstånd från respektive tidskrift

FÖRORD

När jag var yngre så tillhörde jag dem som tänkte att det inte kunde hända mig något när jag skulle föda barn. Jag betraktade förlossningen som en naturlig process och som en högst betydelsefull del av mitt liv. Senare, i det dagliga arbetet på förlossningsavdelning fick jag lära mig, att det förekommer komplicerade och utdragna förlossningar (värksvaghet). Jag fick också lära mig att vid utdragna förlossningar hjälpte inte alltid den medicinska behandlingen såsom värkstimulering och smärtlindring.

När jag på nära håll som nybliven barnmorska kände den frustration som kommer av den fysiska och psykiska ansträngningen som kan utspela sig i ett förlossningsrum, insåg jag att mina kunskaper om komplicerade förlossningar inte räckte till. En svårighet för mig var hur jag skulle göra för att hjälpa kvinnan i den situation som kan uppstå. I mötet med de kvinnor som har drabbats har jag sett deras tålamod, utsatthet och deras beroende av oss som gav dem vård. Trots att ”personalen var snäll” eller att kvinnan födde ”ett friskt och välskapt barn” så behöver det inte innebära en positiv förlossningsupplevelse.

Det var för mig viktigt att få ta del av kvinnornas upplevelser för att kunna beskriva den svåra situationen som kan uppstå i samband med utdragna förlossningsförlopp. Jag började med en intervjustudie ⁷ med fyra kvinnor som hade haft utdragna förlossningar. Resultatet av denna pilotstudie gjorde mig uppmärksam på de svårigheter och negativa upplevelser som kvinnorna hade haft. Mitt intresse för forskning hade väckts. Jag ville fördjupa mina kunskaper om hur kvinnor som hade haft en utdragen förlossning upplevde det, vilka konsekvenser det fick och vilken betydelse det sociala stödet hade för dem.

INLEDNING

Utdragen förlossning innefattar en sammansatt problematik som kan förstås och förklaras utifrån flera olika perspektiv.⁸⁻

¹¹ De perspektiv som framförallt belyses i den här avhandlingen är ett obstetriskt-, omvårdnad-, och ett livsvärldsperspektiv.

Synsättet på att utveckla kunskap är olika beroende på vilket perspektiv som avses. Det obstetriska perspektivet utgår från en definition och beskrivning av sjukdom eller dysfunktion. I detta arbete handlar beskrivningen om utdragen förlossning om en dysfunktion i förlossningens öppningsskede och/eller utdrivningsskede. Omvårdnadsperspektivet beskriver betydelsen av vårdens utformning och den specifika omvårdnaden för kvinnor med utdragna förlossningar. Vidare beskrivs utifrån omvårdnadsperspektivet betydelsen av stöd under graviditet och förlossning, samt hur kvinnor uppfattar den vård som de blir erbjudna. På senare tid har forskningen utifrån ett obstetriskt perspektiv kombinerat med ett omvårdnadsperspektiv bidragit med ökade kunskaper om hur omvårdnad och behandling kan bedrivas för att på bästa möjliga sätt möta behov hos kvinnor med utdragen förlossning.¹²⁻¹⁴ Ett livsvärldsperspektiv inom vårdområdet, handlar om människors berättelser om upplevelser av att bli eller vara sjuk.¹⁵ I detta arbete handlar det om studier av kvinnors berättelser om sina erfarenheter och upplevelser av utdragen förlossning.

Den kunskap som har utvecklats inom forskning om utdragna förlossningar beskrivs oftast ur ett obstetriskt-, eller omvårdnadsperspektiv. Få studier beskriver utdragna förlossningar ur ett livsvärldsperspektiv. För att kunna belysa svåra situationer inom förlossningsvården är det av värde att studera utdragen förlossning utifrån både det obstetriska-, omvårdnads-, och livsvärldsperspektivet. Detta kan öka möjligheterna att återge en mer sammansatt bild av den problematik som rör utdragen förlossning.

BAKGRUND

Att bli mamma

Att bli mamma är en avgörande händelse som ger minnen för livet.¹⁶ Redan vid tanken på att skaffa barn börjar modersrollen att växa fram och fortsätter sen att utvecklas under graviditeten.¹⁷ Efter förlossningen handlar utvecklingen av modersrollen om att knyta an till barnet och som är en början på ett livslångt åtagande.¹⁸ Om kontakten försvåras i det tidiga förhållandet mellan mor och barn påverkar det möjligheterna att växa in i modersrollen.¹⁹ Det är många olika och konfliktfyllda känslor, såsom kärlek, glädje, spänning stolthet, rädsla frustration, förvirring, skuld och ensamhet som karakteriserar skeendet av att bli mamma. Skeendet att bli mamma omfattar också ett förändrat förhållande till partnern och till inställningen att bli en familj.²⁰ Upplevelsen av att bli mamma och att forma sin roll påverkas också av upplevelsen i samband med förlossningen.

Förlossningsupplevelse

Olika faktorer kan påverka hur kvinnor upplever sin förlossning, bland annat känslan av att ha kontroll och att vara delaktig under förlossningen,²¹⁻²³ förlossningsförloppets framåtskridande och karaktär,²⁴ smärtupplevelsen²⁵ och stödet från partner och barnmorska.²⁶⁻²⁸

Känslan av kontroll har relaterats till en positiv förlossningsupplevelse, till att känna sig delaktig, att kunna välja och ta egna beslut, till att ha möjlighet att påverka beslut och till att vara i händelsernas centrum, att vara subjekt och inte passivt objekt.^{22, 23, 29} Känslan av att ha kontroll är den starkaste oberoende variabeln som kan förklara en positiv förlossningsupplevelse.²³ Känslan av att ha kontroll har relaterats till förloppets karaktär och varaktighet, till att förlossningen går framåt utan komplikationer och obstetriska interventioner.

Känslan av att ha kontroll över sina värkar och sitt värkarbete och att förlossningen går framåt är också förenat med förmågan att kunna hantera förlossningssmärtan.²⁴

En ”naturlig” förlossning, utan obstetriska interventioner och farmakologisk smärtlindring (epiduralbedövning) kan innebära starka smärtupplevelser men samtidigt en positiv förlossningsupplevelse.³⁰ När smärtan beskrivs som en naturlig del av förlossningsupplevelsen, kan upplevelsen av smärtan tolkas som ett uttryck för en tro på smärtan som en skapande kraft, den egna kroppsliga styrkan och en tilltro till sig själv.³¹ Om kvinnor kan må bra, trots smärtfulla värkar, kan de se smärtan som en meningsfull och positiv erfarenhet. Mander²⁵ anser att tilliten till sig själv och till sin förmåga att bli mamma kan bli starkare, förutsatt att barnmorskan ger dem stöd i deras strävan efter välbefinnande.

Tillgången till emotionellt stöd från partner kan främja en positiv förlossningsupplevelse och är av största betydelse för att den födande kvinnan ska kunna uppleva ett välbefinnande och den styrka och kraft som det innebär att föda barn.^{28, 32} Även om förlossningen ibland kan vara en stressande händelse så har partners medverkan och närvaro under förlossningen också betydelse för förhållandet mellan partnern och barnet. Barnets födelse är en höjdpunkt efter flera månaders förberedelser på att bli förälder. Medverkan under förlossningen underlättar för partnern att växa in i sin roll och känna sitt ansvar som förälder.³³

Barnmorskans stöd till den födande kvinnan handlar om bemötande, vilken information som ges men också om förhållningssättet i mötet.^{27, 34} Ett förhållningssätt som ger den födande kvinnan möjligheter ta egna beslut och att vara delaktig vid de olika skedena av förlossningen har visat sig vara relaterat till en positiv förlossningsupplevelse. Hodnett³⁴ har visat att kontinuerligt professionellt stöd under graviditet och förlossning kan resultera i ett kortare förlossningsförlopp,

minskad förekomst av instrumentella förlossningar, färre antal kejsarsnitt samt minskad användning av farmakologisk smärtlindring.

Utdragen förlossning

En av de vanligaste förlossningskomplikationerna hos kvinnor med spontan förlossningsstart är att förlossningsförloppet blir utdraget. Detta innebär en avvikelse från det normala öppnings- och utdrivningsskedet av förlossningen. Den värkrubbning som uppstår och som i vardagligt tal kallas för värksvaghet benämns i den här avhandlingen med ”utdragen förlossning” (se ordförklaringar och definitioner sidan 8). Den engelska termen är prolonged labour.

Utdragen förlossning drabbar 1.6 - 8 procent av barnaföderna i västvärlden.^{8, 35, 36} Det är tre gånger vanligare bland förstföderna.^{37, 38} I Sverige beräknas 6 % av förstföderna ha utdragen förlossning.³⁹ Utdragen förlossning innebär att livmoderns sammandragningar är för svaga för att förlossningen ska gå framåt.^{5, 40} Försvagningen av värkarbetet kan komma under såväl öppnings- som utdrivningsskedet. Det svaga värkarbetet karakteriseras av en långsam nedträngning av föregående fosterdel och/ eller en långsam öppning av livmoderhalsen med mindre än en centimeter i timmen. Detta definieras som primär värksvaghet. Det svaga värkarbetet kan också karakteriseras av ett avstannat värkarbete eller avsaknad av nedträngning av föregående fosterdel under minst två timmar efter initialt normalt öppningsskede. Detta definieras som sekundär värksvaghet. Vanligast är en kombination av primär och sekundär värksvaghet.^{36, 40}

Utdragen förlossning kan bero på bäckenförträngning som betyder att det är ett trångt bäcken som är orsak till en dålig förlossningsprogress.⁴⁰ Med bäckenförträngning menas att det råder disproportion mellan foster och förlossningskanal. Missförhållandet kan vara oregelbundna huvudbjudningar i

framstupa och vidöppna lägen. Det kan vara huvudbjudning med lätt deflektion s.k. hjässbjudning, huvudbjudning med måttlig deflektion, s.k. pannbjudning och huvudbjudning med utpräglad deflektion, s.k. ansiktsbjudning.^{5, 40} Både framstupa pannbjudning och framstupa ansiktsbjudning utgör absoluta förlossningshinder.⁵ Andra missförhållanden som kan orsaka ett avstannat värkarbete är felaktiga lägen, tvär och snedlägen.⁵

Förutom bäckenförträngning, bäckenträngsel och ogynnsamma bjudningar kan faktorer som ett stort pediatrikt huvudomfång och en hög födelsevikt hos barnet relateras till utdragen förlossning.^{36, 41-43}

Ytterligare faktorer som kan bidra till utdragen förlossning är högre ålder hos förstföderskor.^{37, 44, 45} Förstföderskors högre ålder är också förenat med högre BMI.⁴⁶ Både kvinnans ålder och BMI är oberoende riskfaktorer för förlängda förlossningsförlopp.⁴⁷

Faktorer som har betydelse för graviditets- och förlossningskomplikationer är också kvinnans situation och upplevelser av graviditeten. Sjöström⁴⁸ beskriver från sin studie att ångslan och oro kan vara en av flera faktorer som kunde relateras till utdragen förlossning. Bland kvinnor som i andra trimestern angav att de kände oro för sitt barns tillstånd och hälsa kunde man påvisa samband mellan oro och ett förlängt öppningsskede under förlossningen.⁴⁸

Utdragen förlossning kan ha en familjär förekomst.^{8, 49, 50} Med utgångspunkt från en tvillingstudie visade Algovik⁸ att det fanns ett samband mellan utdragen förlossning och att man hade haft en tvillingsyster, en syster eller mamma som också hade haft utdragen förlossning. Berg och medarbetare⁴⁹ har visat att döttrar till mödrar som har haft utdragen förlossning eller som har blivit förlösta med instrumentell förlossning eller med kejsarsnitt på grund av utdragen förlossning, själva har en ökad risk att drabbas av detsamma vid sina

egna förlossningar. Uddenberg ⁵⁰ har framhållit att döttrar vars mödrar uttryckte en ambivalens till sin modersroll, i sin tur upplevde i högre grad svåra och smärtsamma förlossningar.

Utdragen förlossning kan medföra en psykisk och fysisk utmattning efter förlossningen, samt en förhöjd morbiditet med betydande infektioner och blödningar i efterbördsskedet för modern. För barnet kan det medföra syrebrist, andningssvårigheter och infektioner samt en ökad risk för perinatal mortalitet. Utdragen förlossning är av den främsta orsaken till att fullgångna barn skadas vid födelsen. ^{36, 51, 52}

Utdragen förlossning är ett globalt problem som utan tillgång till modern obstetrik innebär mycket stora risker för sjuklighet och dödlighet för modern och barnet. Det handlar då om avstannad förlossning (obstructed labour) på grund av bäckförträngning eller bäckenträngsel. I Sverige var avstannad förlossning tidigare en av de främsta dödsorsakerna i samband med barnsbörd. ⁵³ Ännu på 1930- och 1940-talet i Sverige var dödligheten i avstannad förlossning hög med 20-35 döda kvinnor per 100 000 förlossningar och minskade först under senare delen av 1940-talet med den moderna obstetriken utveckling. ⁵⁴

Globalt beräknas avstannad förlossning förekomma i 4,6 % av förlossningarna, det vill säga 6 miljoner fall per år, varav 42 000 kvinnor dör årligen i låginkomstländer utan tillgång till modern obstetrik. Åtta procent av mödradödligheten i världen beräknas ha samband med avstannad förlossning. ⁵⁵ Andra komplikationer är risken att drabbas av fistlar från slidan till urinrör, urinblåsa och ändtarm. ^{56, 57} För barnen innebär långvarig förlossning utan tillgång till modern obstetrik mycket stora risker. En tredjedel av barnen till förstföderskor i Etiopien dör om förlossningen pågår mer än 24 timmar. ⁵⁸

Vård och behandling vid utdragen förlossning

Utdragen förlossning har varit och är såväl ett obstetriskt som ett omvårdnadsproblem även inom den moderna förlossningsvården i västvärlden.^{51, 59} Redan i mitten på 60-talet ansåg Schulman⁵⁹ att behandling av utdragen förlossning skulle bygga på utarbetade riktlinjer om en ”aktiv handläggning och ledning av förlossning” (active management of labour). Den aktiva handläggningen utgjordes av tidig amniotomi i öppningsskedet och en hög användning av livmoderförstärkande medel, oxytocin. Vid ett utdraget förlossningsförlopp fick förstfödern då i allmänhet ett kortare förlossningsförlopp men behovet av instrumentell förlossning eller kejsarsnitt minskade inte.^{60, 61} Kvinnor som hade haft utdragna förlossningar visade sig vara mer nöjd med smärtlindring, förlossningsförloppets längd och den kontroll de hade haft under förlossningen, om de blev erbjuden vård med en aktiv handläggning jämfört med vård utan aktiv handläggning.^{12, 14} Ett problem som diskuterades i samband med ”aktiv handläggning och ledning av förlossning” var att kunna veta vilka komponenter som hade haft effekt, om det var tidig amniotomi och/eller hög användning av oxytocin eller det kontinuerliga professionella stödet under förlossning.⁶¹

Det har också skett en ökad användning av epiduralbedövning vid förlossning under de senaste tjugo åren.⁶² Frågan om epiduralbedövning orsakar och/eller bidrar till en ökning av instrumentella förlossningar på grund av utdragen förlossning är inte klarlagd. Epiduralbedövning kan bidra till ett längre förlossningsförlopp. Om epiduralbedövningen ges i senare delen av öppningsskedet kan den också ge en större andel instrumentella förlossningar. Däremot om epiduralbedövningen ges början av öppningsskedet så påverkar det inte ökningen av instrumentella förlossningar.⁶² En förklaring till att det finns ett samband mellan användning av epiduralbedövningen och utdragna förlopp kan vara, att användningen av den är ett tecken på att förlossningen avviker från det normala snarare än att det är en orsak till det utdragna förlopp-

pet.⁶³ Användning av epiduralbedövning på grund av långvarig smärta är också vanligare bland kvinnor som har utdragna förlossningar.⁶³ När det gäller frågan, om epiduralbedövning orsakar en ökning av kejsarsnitt på grund av utdragna förlossningar har det framkommit att epiduralbedövning inte bidrar till ökningen av kejsarsnittsfrekvensen.^{62, 64, 65}

Utdragen förlossning är den vanligaste orsaken till instrumentella förlossningssätt och akuta kejsarsnitt.^{47, 66, 67} Assisterad förlossning, sugklocka eller tång är indicerat vid förlängda utdrivningsskeden som annars medför ökade risker för modern och barnet.⁶⁶ Även om allvarliga bäckenbottensskador och komplikationer kan relateras till det förlängda utdrivningsskedet och användningen av sugklocka eller tång^{68, 69} så har instrumentell förlossningssätt visat tendenser till ökning under senaste 20 åren⁷⁰, men den har inte varit lika markant som ökningen av kejsarsnittsfrekvensen.

Antalet akuta kejsarsnitt i fullgången tid som genomförs på grund av utdragen förlossning är cirka 30 % - 50 % av samtliga akuta kejsarsnitt.^{35, 71, 72} Av dem som hade haft utdragen förlossning blir mer än hälften av förstföderskorna förlösta instrumentellt eller med kejsarsnitt.³⁹ Andelen kejsarsnitt har ökat dramatiskt under de senaste 20 åren.⁷²⁻⁷⁴ I Kanada anges andelen kejsarsnitt uppgå till 22 % år 2001⁷² och i USA till 26 % år 2002.⁷⁵ Från Taiwan år 2003 rapporteras en av de högsta kejsarsnittsfrekvenserna i världen 32 %.⁷³ I Sverige uppgick andelen kejsarsnitt till 16 % år 2002.⁷⁶ Bland riskfaktorerna för att bli förlöst med kejsarsnitt har stigande ålder och BMI framhållits hos förstföderskor.⁷⁶⁻⁷⁸ Det är tveksamt om ökningen av kejsarsnittsfrekvensen beror på om andelen kvinnor som har utdragen förlossning har ökat.⁷⁹ Trots en fördubbling av kejsarsnittsfrekvensen bland förstföderskor under perioden 1989 – 2000 så fann Foley och medarbetare⁷⁹ att endast 5 % av ökningen av utgjordes av kvinnor med utdragen förlossning.

Orsakerna till ökningen av andelen kejsarsnitt kan också vara ändrade värderingar. Medicinsk teknik under graviditeten och förlossningen har generellt blivit mer accepterat både bland dagens barnaföderskor och bland läkare och barnmorskor. Dagens kvinnor som föder barn är ofta välinformerade och känner till riskerna med att föda barn. De kan därmed komma att ställa högre krav på den behandling som erbjuds. Betonningen av den medicinska säkerheten, att barnets hälsa garanteras under graviditeten och förlossningen, gör att rädslan för felbehandling kan öka benägenheten att göra kejsarsnitt.⁸⁰

Förlossningsupplevelse vid komplicerad förlossning

Användningen av obstetriska interventioner under förlossningen har visat sig vara förknippade med negativa upplevelser och ett sämre välbefinnande efter förlossningen.⁸¹⁻⁸³ Det är vanligare att kvinnor som är förlösta instrumentellt och med kejsarsnitt skattar att de har ett sämre välbefinnande även en lång tid efter förlossningen.⁸² Det sämre välbefinandet kombinerad med en negativ förlossningsupplevelse efter en komplicerad förlossning kan också påverka förhållandet mellan mor och barn.⁸⁴ Kvinnor som har svåra minnen som anger en negativ förlossningsupplevelse anger också i större utsträckning att de undviker eller skjuter på att skaffa fler barn.⁸⁵ Den komplicerade förlossningsupplevelsen kan vara ett trauma som är förenat med en ständig oro och stark förlossningsrädsla inför kommande graviditet och förlossning.^{86, 87}

När förlossningen blir utdragen är det vanligt att använda obstetriska interventioner såsom ryggbedövning, värkstimulering och instrumentella förlossningar eller akuta kejsarsnitt som i sin tur kan relateras till en negativ förlossningsupplevelse.⁸⁸ Det utdragna förlossningsförloppet kan också betyda att kvinnornas möjligheter att känna sig delaktiga, att kunna ta del av sin egen vård och att ta egna beslut om den vård och behandling som de har tillgång till, begränsas.⁸⁹

När förlossningen förändras från ett normalt förlopp till att förlossningsvärkarna försvagas, kan känslan av att föda ändras till en smärtsam, plågsam och nedbrytande process, vilket kan påverka kvinnors upplevelser starkt negativt.^{7, 90} Den långvariga smärtan överskuggar alla andra intryck.⁹¹ Smärtupplevelsen kan beskrivas som ett hot som kan ge upphov till fruktan och att tappa kontrollen över värkarbetet.^{92, 93} Plötsliga, akuta, kejsarsnitt som kan bli följden av en utdragen förlossning kan framkalla en stark rädsla för att förlora sig själv och sitt barn.⁹³

Motiv för studien

De flesta studier kring utdragen förlossning visar att den leder till komplikationer och ett stort lidande för den födande kvinnan och hennes barn.

I flera studier diskuteras vilken betydelse tillgång till psykosociala resurser och socialt stöd har för känslan av välbefinnande under graviditet och för förlossningskomplikation. En bristande tillgång till psykosociala resurser kan ge upphov till stressfyllda levnadsförhållanden som skulle kunna påverka kvinnans välbefinnande och hälsa. Det kan höra samman med ökad risk för graviditetskomplikationer såsom prematur börd, barn som har låg vikt eller barn som är liten för tiden vid födseln.⁹⁴⁻⁹⁷ Om kvinnors tillgång till psykosociala resurser och välbefinnande i tidig graviditet kan relateras till utdragna förlossningsförlopp har inte studerats tidigare.

När förlossningsupplevelser har studerats i relation till förlossningssätt, obstetriska interventioner och behandlingsformer, har det också framkommit att det finns ett samband mellan en negativ förlossningsupplevelse och ett förlängt förlossningsförlopp.⁸⁸ Frågan är om den negativa förlossningsupplevelsen snarare beror på förlossningssättet än på den utdragna förlossningen är inte alldeles enkel att besvara sär-

skilt som mer än hälften av de utdragna förlossningarna avslutas instrumentellt eller med kejsarsnitt.

I den pilotstudie som genomfördes och som utgjorde basen för frågorna i av enkätstudierna som ingår i avhandlingen framkom det att det fanns indikationer på negativa och svåra förlossningsupplevelser vid utdragna förlossningar.⁷ Resultatet visade att upplevelsen innehöll flera olika aspekter som kunde relateras till en utdragen förlossning och att upplevelsen var sammansatt. Det blev utgångspunkten för den här avhandlingen eftersom kvinnors förlossningsupplevelser, smärtupplevelser och upplevelser av socialt stöd vid utdragen förlossning inte är tillräckligt belyst.

Syfte med studien

Avhandlingens övergripande syfte var att belysa, beskriva, och förstå kvinnors upplevelser vid utdragen förlossning och betydelsen av socialt stöd.

Avhandlingen omfattar fyra delstudier där följande specifika frågor har belysts:

- På vad sätt skiljer sig kvinnors skattning av förlossningsupplevelsen bland dem som har haft utdragen förlossning från dem som har haft normal förlossning?
- På vad sätt skiljer sig kvinnors skattning av det sociala stödet och hälsan i tidig graviditet bland dem som har haft utdragen förlossning från dem som inte har haft utdragen förlossning?
- Hur beskriver kvinnor sina upplevelser av utdragen förlossning?
- Hur beskriver kvinnor som har haft utdragen förlossning sina upplevelser att bli mamma?

METOD

Delstudierna omfattade både kvinnor som har haft normal förlossning och som har haft utdragen förlossning som hade fött sitt första barn med spontan förlossningstart i fullgången tid mellan graviditets vecka 37+6 till 41+6 vid ett av fyra sjukhus, varav tre är belägna i norra och ett i södra Sverige (tabell 1).

Definitioner och klassifikationer

Världshälsoorganisationens klassifikation av hälsa och sjukdom användes för definition av normal respektive utdragen förlossning.⁶ Internationell Klassifikation av sjukdomar, 9: e revisionen⁹⁸ användes för diagnoser och diagnoskoder i delstudie II för värkrubbning och utdragen förlossning. Internationell Klassifikation av sjukdomar, 10: e revisionen⁹⁹ användes för diagnoser och diagnoskoder för värkrubbning i delstudierna I, III och IV samt diagnoskoder för förlossning med sugklocka, tång och kejsarsnitt och obstetrisk laparotomi. I definitionen av utdragen förlossning ingick också i samtliga delstudier (I-IV) att förlossningen stått still enligt partogram under minst 2 timmar.

Valet av definition och urvalskriterier syftade till att ha en väldefinierad grupp av kvinnor som hade haft utdragen förlossning (I-IV). I delstudie II inkluderades både kvinnor med normal förlossning och kvinnor med utdragen förlossning oberoende av förlossningssätt. I delstudie I, III och IV användes däremot tilläggsdiagnoser av förlossning med sugklocka, tång och kejsarsnitt för att ha samma inklusionskriterier inom gruppen av kvinnor med utdragna förlossningar. För att få ett representativt urval i delstudie I valdes kvinnorna konsekutivt från tre sjukhus. De fall som ingick i studien (n=84) utgjorde 2.7 % av de 3140 kvinnor som födde barn vid de tre sjukhusen under den tid som datainsamlingen pågick.

Tabell 1. Översikt, av design, deltagare, datainsamling, och analysmetod i studierna I-IV

Studie	Design/ Plats	Deltagare	Data - insamling	År	Analys- metod	Status
I	Fall Referent/ Västernorrland/ Västerbotten	255	Enkät	1998-1999	Chitvå-test Logistic regression	Publicerad
II	Tvårsnittsstudie/ Region Skåne	644	Enkät	2000	Logistic regression	Accepterad
III	Intervjuer/ Västernorrland	10	Semistrukturerade Intervjuer	Nov 2002- April 2003	Kvalitativ Innehålls- analys	Accepterad
IV	Intervjuer/ Västernorrland	Se studie III	Se studie III	Se studie III	Se studie III	Submitted

Förlossningssjukhus

Tre av delstudierna genomfördes i norra Sverige (I, III, IV), vid ett mindre sjukhus i glesbygdsmråde (Sollefteå), vid ett länsjukhus (Sundsvall) i Västernorrland län och vid ett universitetssjukhus (Norrlands universitetssjukhus, Umeå) i Västerbottens län. Delstudie II genomfördes vid ett universitetssjukhus (Malmö universitetssjukhus) i Region Skåne.

Antalet förlossningar för åren 1999 – 2002 var för Sollefteå sjukhus cirka 330 per år, för Sundsvall sjukhus och Norrlands universitetssjukhus 1400 samt för Malmö universitetssjukhus 3300.⁷⁶ Andelen som hade utdragen förlossning under åren 2001 – 2003 var för riket 14 % (95 % CI: 13.6 % - 14.3 %) och var för respektive sjukhus som ingår i studien, Sollefteå 9 % (95 % CI: 3.3 - 15.0), Sundsvall 8 % (95 % CI: 4.7 - 10.7),

Umeå 22 % (95 % CI: 14.5 - 20.5) och Malmö 24 % (95 % CI: 22.2 - 25.5).³⁹

Deltagare

Delstudie I var en fall-referent studie bland förstföderskor (n= 255) som fött sina barn vid tre sjukhus (Sollefteå, Sundsvall och Umeå) i norra Sverige. Fallen (n=84) var de som hade utdragen förlossning. Referenterna (n=171) var de som hade normal förlossning. Delstudie II var en tvärsnittsstudie bland förstföderskor (n=644) som var inskrivna vid mödravårdscentraler i Malmö och som besökte mödravården i Malmöhus län. Inklusionskriterier var kvinnor som var förlösta vid Malmö Universitetssjukhus. Kvinnor som hade utdragen förlossning (n=63) jämfördes med kvinnor som inte hade utdragen förlossning (n=581). I delstudie III och IV genomfördes tio intervjuer med kvinnor som hade haft utdragen förlossning och som fött sitt första barn, vid två sjukhus (Sollefteå/ Sundsvall) i norra Sverige.

Frågeformulär

I en tidigare pilotstudie med intervjuer med kvinnor med utdragen förlossning som har genomförts av Nystedt med medarbetare⁷ skildrades upplevelsen av förlossningsförloppet som sammanvävda teman. Dessa uttrycktes som en kamp mot tiden "*En evighet utan slut*". Kampen när den födande kraften är otillräcklig, uttrycktes i "*Känslor av kraftlöshet och hopplöshet*". När den födande kraften var för svag blev förlossningen en "*Kroppslig och psykisk utmattning när behandling inte hjälpte*". Det oförväntade förlossningssättet och komplikationerna som inträffade gjorde att känslan "*Att bli mamma blev övermäktig*". Med dessa teman från pilotstudien som bas, utarbetades ett frågeformulär som användes i delstudie I.

Frågeformuläret om upplevelse av förlossningsförloppet består av sex frågor om bakgrunden, sju frågor om inställningen till att föda barn, samt åtta frågor om uppväxt och familjeförhållanden. Frågor om förlossningsupplevelse, socialt och professionellt stöd och förlossningssmärta innehåller ett antal påståenden där svaret ges enligt 4-gradig skala (instämmer helt/delvis/inte/inte alls). Enkäten testades i en pilotundersökning med ett urval av förstföderskor (n=21). Resultatet av pilotundersökningen ledde till ett fåtal ändringar av frågeformuläret.

Delstudie II var ett forskningssamarbete med dr Elisabeth Dejin-Karlsson och professor P-O Östergren vid Samhällsmedicinska Institutionen, Lunds Universitet. Det frågeformulär som användes baserades på tidigare gjord forskning om sambandet mellan faktorer i den psykosociala omgivningen och människors hälsa.¹⁰⁰ De psykosociala variabler som ingår mäter tillgången till psykosociala resurser såsom socialt nätverk och stöd. I en tidigare gjord studie har Dejin-Karlsson och medarbetare funnit att det fanns ett samband mellan bristande tillgång till psykosociala resurser i tidig graviditet och ökad risk för att barnet ska födas med tillväxthämning.⁹⁴ De faktorer som studerades och som bedömdes ha betydelse för barnets och kvinnans hälsa, var kvinnans levnadsförhållanden och förhållanden till sin omgivning.^{94, 97}

Frågeformuläret om psykosociala resurser och stöd består av 31 frågor. Sjutton frågor handlar om socialt nätverk som beskriver i vilken utsträckning en person tillhör informella eller formella grupper såsom familj, medlemskap i föreningar och grannskaps och vänskapskrets och i vilken utsträckning en person deltar i sociala aktiviteter i formella och informella grupper i samhällslivet. Resterande 14 frågor berör socialt stöd och är indelad i fem frågeområden om emotionellt och instrumentellt stöd, från barnets far, kvinnans mor och arbetsplats.

Intervjuer

I delstudierna III och IV genomfördes tematiska intervjustudier.¹⁰¹ Intervjuerna skedde i samtalsform med bestämda frågeområden men med öppna frågor inom respektive frågeområde. Samtalet syftade till att kvinnorna skulle berätta om sina upplevelser av förlossningen och erfarenheter av att bli mamma. Intervjupersonerna inbjöds först att berätta om sin bakgrund och aktuella livssituation. Inledningsfrågan till hur kvinnan upplevde sin förlossning var ”Kan du berätta om hur det var när förlossningen startade?” Inledningsfrågan till hur kvinnan upplevde att bli mamma var ”Kan du berätta hur du kände för ditt nyfödda barn?” Vid behov ställdes följdfrågor för att uppmuntra kvinnorna att fortsätta berätta om sin levda erfarenhet t ex ”Hur var det?”, ”Vad hände sen?” Frågorna karakteriserades av att vara utforskande och öppna för att kvinnorna skulle kunna berätta så fritt som möjligt.¹⁰²

Intervjuerna ägde rum i hemmen enligt kvinnornas önskemål om tid och plats. De spelades in på band och varade mellan 50 och 75 min. Berättelserna skrevs ner ordagrant från bandinspelningarna.

ANALYS

Statistisk analys

Data från frågeformulären har analyserats med hjälp av Statistical Package for Social Sciences, Version 10.0 (SPSS 2000) och EpiInfo, Version 6.04 (1997).

Chitvå test eller Fischer's exakta test användes för icke kontinuerliga variabler för att testa skillnader mellan fall och referenter (I). T-test användes för jämförelser av medelvärden för kontinuerliga variabler (I och II). Med hjälp av deskriptiv statistik beräknades förekomst av negativ förlossningsupplevelse bland fall och referenter (I) och av ett lägre eller högre stöd bland kvinnor med utdragen förlossning jämfört med

kvinnor med normal förlossning (II). Oddskvoter (OR) och 95 % konfidensintervall (CI) beräknades för de variabler som ingick i analysen där även procentsatser över fördelningen inom respektive kategori beräknades. I en multivariat analys (I) med logistisk regression analyserade de variabler som påvisade skillnader men också för att få en jämförelse av en positiv och en negativ förlossningsupplevelse bland kvinnor som hade haft utdragen förlossning.

Kvalitativ innehållsanalys

Kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera intervjuerna som fokuserade på kvinnors erfarenheter och upplevelser av utdragen förlossning (III och IV). Kvalitativ innehållsanalys är en tolkningsprocess som sker stegvis, baserat på hur känslor och tankar uttrycks och hur handlingar beskrivs i texten. Texten analyseras med avseende på likheter inom och skillnader mellan olika delar och baserar sig på identifiering av meningsenheter, kodning och kategorisering. För att bevara kontexten och fokusera på upplevelsen görs en textnära kategorisering.¹⁰³ Teman ses som en röd tråd som genomsyrar de kondenserade meningsenheterna, koderna eller kategorierna.¹⁰³

Texten delades in i meningsenheter som kodades med hjälp av datorprogrammet *Nvivo*.¹⁰⁴ En meningsenhet kan vara ett ord, en sats, eller flera meningar relaterad till innehållet. I delstudie III kondenserades meningsenheterna och abstraherades till en beskrivning som utmynnade i en tolkning som uttrycktes i subteman och teman (III). Figur 1 visar exempel på meningsenheter, kondenserade meningsenheter, subteman och teman. I delstudie IV kodades meningsenheterna och sorterades i kategorier. Identifiering av återkommande beskrivningar inom kategorierna blev formulerade till subteman och teman. Figur 2 visar exempel på meningsenheter, koder, kategorier, subteman och teman.

Figur 1. Exempel på meningsenheter, kondenserade meningsenheter, subteman och teman från innehållsanalys av tio intervjuer med kvinnor som har haft utdragen förlossning med instrumentella förlossningssätt eller med kejsarsnitt, (N=10).

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Subtema	Tema
Då jag trodde att jag skulle dö jag hade så ont sån värk jag hade jätte ont	Trodde att jag skulle dö	Vara besatt av smärta	Vara fångad
Jag lyckades ta mig upp på fötterna för jag fick ju så ont då i då fick jag ont i svanskotan av att ligga still så länge och skinkorna började krampa på mig så då var jag tvungen att gå upp	Det gjorde så ont så att jag fick kramp		
Då krystade jag fast jag visste att det här hjälper inte alls det kände jag ju på mig att det här så då hade jag en barnmorska hängande på magen och så hade jag den här andra som var som en hejar klack	Kände mig hjälplös	Vara maktlös	Att inte ha kontroll
För det där där nere (barnets födelse) det kunde jag ju liksom inte alls styra utan åh det kändes eftersom jag inte riktigt visste när värkarna kom heller för jag tyckte det kändes inte alls som jag trodde att det skulle göra åh då var det nästan så att dom sa att nu krysta nu så att dom fick tala om för mig när det var dags	Kände mig utlämnad		

Figur 2. Exempel på meningsenheter, koder, kategorier, subteman och teman från innehållsanalys av tio intervjuer med kvinnor som har haft utdragen förlossning med instrumentella förlossningssätt eller med kejsarsnitt, (N=10).

Meningsenhet	Kod	Kategori	Subtema	Tema
Jag hade ingen aptit jag var trött jag hade ingen ork jag var jag kände mig jättedålig	Mår dåligt	Sjuk	Vara sjuk	Att treva i mörker
Det där var ju bara ett barn som det var väldigt synd om som låg där tillkopplad till en syreapparat (C-pap), det var första gången jag fick se en (barnet) så var det hade liksom jag visste inte jag kan inte koppla att han var min	Förstår ej vad som har hänt	Obegriplighet	Vara avskild	
Men just där med amningen var ju jobbigt när han inte var riktigt riktigt nöjd och så där och när han skrek på nätterna och så och sen när man hade man kunde inte riktigt hantera	Känner sig osäker	Amningsproblem	Vara stressad	Att kämpa för att bli mamma
Det var svårt att ta till sig det riktigt då det var först jag tycker det är först nu dom senaste en och halv månaden som det har varit riktigt kommit	Svårt att känna moderskärlek	Ambivalenta moderskänslor	Vara ambivalent	

Etiska överväganden

Samtliga deltagare blev informerade om att deltagandet var frivilligt och att deltagandet kunde avbrytas närhelst de önskade. Informationen om studierna såväl den skriftliga som den muntliga innehöll också en försäkran om konfidentialitet i samband med presentation av resultatet. För att säkra konfidentialitet har också personnamn ändrats (III och IV).

Kvinnorna blev också informerade om att deltagandet inte skulle komma att påverka deras fortsatta kontakt med sjukvården. En del av frågorna från enkätstudien (I) och från intervjustudierna kunde beröra dem djupt i efterhand eftersom vissa deltagare hade varit med om svåra och traumatiska händelser. Kvinnorna kunde dock själv välja vilka frågor de

ville besvara (I-IV). Risken att frågorna kunde vara så personliga att integriteten kunde kränkas bedömdes som liten i intervjuerna med de nyblivna mödrarna. Många ville också delge sina upplevelser. Om svåra upplevelser i samband med förlossning skulle aktualiserats under intervjun, fanns möjligheter att kontakta ansvariga för projektet och om behov förelåg kunde vederbörande vidareremitteras till kurator vid respektive kvinnoklinik. Deltagarna i enkät- och intervjuundersökningarna, kunde inte anses vara i någon beroendeställning, då undersökningarna skedde efter vårdtillfället (I, III, IV).

Etikkommittén vid Medicinska odontologiska fakulteten, Umeå Universitet (dnr 99-185 och dnr 02-161) och klinikcheferna för kvinnoklinikerna vid respektive sjukhus gav sitt tillstånd till att genomföra studierna.

RESULTAT

Både kvinnor med utdragen och med normal förlossning uppfattade stödet från barnmorskan och mannen under förlossningen som betydelsefullt men det var signifikant fler kvinnor med utdragen förlossning som instämde i påståendet: ”Det kändes bäst att göra som personalen sa” (I). Kvinnor vars förlossning blev utdragen uttryckte också att de blev ”beroende av andra”, beroende av omvårdnad och stöd från barnmorska och läkare och av deras beslut att avsluta förlossningen instrumentellt eller med kejsarsnitt (III). Båda grupperna skattade det emotionella stödet från sin mamma och från sin partner i tidig graviditet lika högt. Det fanns inte några skillnader mellan grupperna när det gällde skattning av socialt nätverk och stöd, arbetsrelaterade psykosociala faktorer eller kontroll av dagligt liv och hälsa (II).

Kvinnor med normal förlossning skattade sin förlossningsupplevelse betydligt mer positivt. Bland dem som hade en

normal förlossning, var det två tredjedelar som instämde i att ”Det var härligt att följa kroppens rytm när förlossningsvärkarna kom” (I). Bland de med utdragen förlossning var motsvarande andel en tredjedel. Oavsett förlossningsförloppets karaktär och förlossningssätt ansåg både kvinnor med utdragen (84 %) och med normal förlossning (90 %) att: ”Det var spännande att föda barn” (I).

En tredjedel av kvinnorna med utdragen förlossning uppgav att de hade haft en negativ förlossningsupplevelse (I). Den negativa upplevelsen relaterades till att förlossningen blev utdragen och handlade om otillräcklig kraft att föda. Bristen på kraft påverkade välbefinnandet såväl under som efter förlossningen (III). Den negativa upplevelsen handlade också om att känslan av att vara frisk och välmående ändrades till en känsla av ”att vara fångad”. Att vara fångad liknades vid att plötsligt vara sjuk, och att befinna sig i ett livshotande tillstånd med outhärdlig smärta och med en överväldigande rädsla att förlora sig själv och sitt barn. Känslan av att ha kontroll och att kunna ta egna beslut kring sin förlossning ändrades till att känna sig som ett offer för omständigheter som man inte kunde påverka. Med detta följde att vara utlämnad till och vara beroende av andra (III).

Kvinnorna beskrev hur de kände sig uttröttade, maktlösa och att de hade tappat kontrollen över vad som hände. Den komplicerade förlossningen och de svårigheter som de upplevde krävde avancerad medicinsk och obstetrisk vård och omvårdnad från läkare och barnmorskor. Att få hjälp att bli förlöst uttrycktes som en känsla av befrielse, att bli befriad från smärta (III).

Att bli mamma efter utdragen förlossning innebar en extrem trötthet kombinerad med en känsla av att vara sjuk vilket förhindrade kvinnorna att ta hand om och sköta sitt barn. Att möta barnet under dessa omständigheter var som ”att treva i mörker”. Att bli mamma efter utdragen förlossning innebar

också upplevelser av att vara avskild från sitt barn och av begränsade möjligheter att engagera sig i barnets omedelbara behov av närhet och mat (IV). Upplevelsen av de negativa känslor som associerades till det utdragna förloppet, till den komplicerade förlossningen och till kampen att bli mamma kunde liknas vid att återhämta sig från att vara sjuk eller från ett livshotande tillstånd (IV). Identiteten att bli mamma och utvecklingen av förhållandet till barnet kunde beskrivas som en kamp att forma sin roll. Denna kamp var en omvälvande händelse och att få bekräftelse hade stor betydelse för att kunna anpassa sig till att bli och vara förälder (IV).

Denna negativa upplevelse i samband med förlossningen kombinerad med minnen av svåra upplevelser och det lidande som följde, gjorde att två tredjedelar av kvinnorna med utdragen förlossning, ansåg att de svårigheter som de upplevde skulle komma att sätta spår för livet (I).

METODKRITIK

Avhandlingen baserades både på kvantitativa (I och II) och kvalitativa studier (III och IV). Beskrivningen och jämförelsen av kvinnors förlossningsupplevelse, psykosociala resurser, sociala stöd och välbefinnande valdes med avsikt att vidare studera faktorer relaterad till utdragen förlossning (I) och betydelsen av socialt stöd (II). Med kvalitativa intervjuer kom kvinnornas röst till tals och deras syn på vad de hade varit med om, som redovisas i delstudierna III och IV. Kvinnornas beskrivningar rörde olika aspekter av svårigheter och komplikationer som kunde relateras till upplevelsen och erfarenheten av utdragen förlossning.

I delstudie I valdes kvinnorna konsekutivt från tre sjukhus. Fallen valdes från tre olika sjukhus med olika tänkbara varianter av utdragen förlossning enligt ICD 10. Eftersom det fanns variationer i diagnosättning och diagnoskriterier så

fanns det också en risk för att det skulle bli en systematisk felaktig klassifikation av de kvinnor som hade haft en utdragen förlossning och som kunde påverka resultatet. För att förhindra en sådan systematisk felaktig klassifikation ingick både primär och sekundär värksvaghet i diagnosen av utdragen förlossning samt att kriterierna för diagnossättning verifierades genom granskning av partogrammen. Uppgifterna om diagnoser från journalerna inhämtades i efterhand.

Definitionen av utdragen förlossning innehöll strikta inklusionskriterier enligt Pihl⁹⁹ och som baseras på världshälsoorganisationens klassifikation av normal respektive utdragen förlossning.⁶ Den definition med tillägg av inklusionskriterierna av instrumentell förlossning och kejsarsnitt som valdes, syftade till att få en väldefinierad grupp av kvinnor som hade haft utdragen förlossning. Eftergranskningen av journaler och partogram samt tilläggskriteriet assisterade förlossning bedömdes vara nödvändigt för precis definition av utdragen förlossning emedan variationerna i diagnossättning och förekomst av utdragen förlossning i landet snarare speglar en variation av diagnoskriterier än skilda förekomster av utdragen förlossning (se sidan 27 exempel på andel som hade utdragen förlossning vid respektive sjukhus som ingår i studien). Denna strikta selektion innebar att endast 2,7 % av barnaföderskorna på de tre sjukhusen under studieperioden kom att innefattas under definition utdragen förlossning. Denna avgränsning innebar ett större avstånd till gränslandet för den normala förlossningen vilket bedömdes vara till fördel för att studera avvikande förlossningsupplevelser. De strikta inklusionskriterierna med tilläggsdiagnoser av instrumentell förlossning och kejsarsnitt skulle dock kunna innebära ”a detection bias”.

En felkälla skulle kunna vara att skattningen av förlossningsupplevelsen, smärtupplevelsen och upplevelser av rädsla skulle kunna tolkas som att det var associerat eller relaterat till instrumentell-, vaginal-, eller kejsarsnittsförlossning och

inte till utdragen förlossning. Ett argument mot en sådan tolkning var att det bland kvinnor med utdragen förlossning inte fanns några skillnader i förlossningsupplevelse mellan dem som blev instrumentellt förlösta och dem som blev förlösta med kejsarsnitt (I). I delstudie II fanns det inte heller några skillnader inom gruppen som hade utdragen förlossning i förhållande till förlossningssättet (instrumentell-, vaginal-, eller kejsarsnittsförlossning) vad gäller tillgång till psykosociala resurser och välbefinnande. Således är det en rimlig tolkning, att den negativa förlossningsupplevelsen kunde relateras till den utdragna förlossningen och inte till förlossningssättet. Även om det fanns anledning att tro att personal och vårdorganisation skiljde sig åt mellan de olika sjukhusen så fanns det inga skillnader i förlossningsupplevelser inom grupperna av fall respektive referenter eller mellan de olika sjukhusen vilket talar också för att den negativa förlossningsupplevelsen kunde relateras till utdragen förlossning.

I tre av delstudierna tillfrågades kvinnorna i efterhand om sin förlossningsupplevelse, 3 - 17 månader efter förlossningen (I), samt 1 - 3 månader efter förlossningen (III och IV). I delstudie I varierade tiden mellan förlossningen och när frågeformuläret besvarades mellan 3 och 17 månader. Detta skulle kunna innebära att skillnader i skattning av förlossningsupplevelse "recall bias", var beroende av hur lång tid det hade det gått efter förlossningen. Det är möjligt att tiden påverkar minnet så att upplevelser kanske förbleknar med tiden men mot detta talar att kvinnor har visat sig ha lätt att återge och återkalla sina minnen av förlossningsupplevelsen även om de ligger långt tillbaka i tiden.¹⁶ Kvinnors negativa förlossningsupplevelse tenderar också att förstärkas med tiden enligt Waldenström.¹⁰⁵ I fall-referent studien visade det att det inte fanns några skillnader vad gäller negativa och positiva förlossningsupplevelser mellan fall och referenter bland dem som besvarade frågeformuläret efter mindre än 6 månader jämfört med dem som besvarade frågeformuläret mer än 6

månader efter förlossningen. Fall-referent designen bidrog också till att reducera ”recall bias” på grund av tidsfaktorn.

I delstudie II kunde inte skillnader påvisas i upplevd psykosociala resurser och stöd mellan kvinnor med utdragen förlossning och kvinnor som inte hade utdragen förlossning, det vill säga att upplevelsen av lågt stöd innebar inte en riskfaktor. Indikationen på att det inte fanns några skillnader mellan kvinnor med normal och utdragen förlossning när det gäller psykosociala resurser och stöd kan vara resultatet av ett genomgående mönster nämligen att socialt stöd generellt skattades högt av de kvinnor som deltog i de genomförda studierna. Det fanns inte heller någon skillnad mellan kvinnor som hade utdragen förlossning med instrumentell förlossning eller kejsarsnitt och kvinnor med normal förlossning. I datainsamlingen i delstudie II fanns också tillgång till resultatet av mätningar av psykosociala resurser och socialt stöd efter förlossningen, post partum. Analysen av dessa mätningar visade att det skattade stödet inte ändrades över tiden. Majoriteten av kvinnorna i båda grupperna skattade det upplevda sociala stödet lika högt i såväl tidig graviditet som post partum.

Användningen av kvalitativ forskningsmetod gjorde det möjligt att beskriva och tolka kvinnors upplevelser av utdragen förlossning (III-IV). Intervjuerna genomfördes 1 - 3 månader efter förlossningen. Skillnader i tidpunkter när intervjun genomfördes kan ha påverkat resultatet genom att upplevelsen av förlossning förändras med tiden.¹⁰⁵ Det kan innebära mindre detaljrika berättelser. Emellertid visade det sig att berättelserna vara omfångsrika och omväxlande till sin karaktär. Fördelen med de öppna frågorna gjorde att kvinnorna kunde ge uttryck för sina känslor och berätta om sina upplevelser.

Tolkningen av en text kan göras på många olika sätt. Den tolkningen som görs grundar sig på vår förförståelse som

skapas genom den kultur vi lever i och av dess historia. Det är alltid möjligt att argumentera för eller emot olika tolkningsalternativ beroende på vem det är som tolkar.¹⁰⁶ Min förförståelse under arbetet med avhandlingen är baserad på mina yrkeserfarenheter som barnmorska och som påverkar presentationen av det valda ämnet såväl i avhandlingen som i delstudierna (I-IV).

I de kvalitativa intervjuerna har min ambition varit en strävan att lyssna till kvinnornas berättelser. Ibland har jag fått ifrågasätta och omvärdera mitt eget tänkande eftersom att lyssna har ställt krav på öppenhet. Grundtonen som utmärker detta tänkande är en radikal öppenhet som innebär att det finns en beredskap att inte bara utmana andras tänkande utan också att kunna sätta sitt eget tänkande på spel.¹⁰⁷ Det betyder också att när jag lyssnade till kvinnornas berättelser kunde jag ställa frågor med utgångspunkt från min kliniska erfarenhet som barnmorska, som handlade om vilken betydelse den specifika omvårdnaden hade för kvinnor med utdragen förlossning.

Ett annat sätt som kan reducera förförståelsens inflytande är användningen av specifika strategier för att styrka tillförlitligheten i forskningsprocessens alla delar.¹⁰⁸ Bedömning av tillförlitligheten av de kvalitativa forskningsresultaten baserades på följande begrepp trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet (III och IV).¹⁰⁹ Trovärdighet handlar om att presentera beskrivningar av datainsamling, analys och att resultatet presenteras på ett sådant sätt att läsaren kan följa processen och få en bild av hur analysen har gått till. Det handlar också om att resultatet svarar på de frågeställningar som avsågs att bli besvarade. För att kunna bedöma resultatens trovärdighet presenteras teman, subteman med tillhörande citat från originaltexten. En annan aspekt av bedömningen av resultatets trovärdighet är igenkännande av resultatet av andra kvinnor som har haft utdragen förlossning än dem som deltog i studien. När delstudierna diskuterades och kritiserades vid forskningsseminarier var det flera av deltagarna som kunde be-

kräfta studiens resultat och kände igen sig i kvinnornas negativa och svåra upplevelser av utdragen förlossning i studien.

För att tillgodose pålitligheten av delstudierna har uppläggning och genomförandet av dem noggrant diskuterats och analyserats tillsammans med mina handledare. Tolkningen och analysen av data gjordes tillsammans så att bedömningen av likheter och olikheter stämde överens under tiden som analysen pågick.¹⁰³

Överförbarhet handlar om i vilken utsträckning dessa resultat kan överföras till andra kvinnor än t ex svenska kvinnor som har haft utdragen förlossning. Det finns anledning att tro att det är möjligt att överföra dessa resultat till andra kvinnor i andra länder som har haft utdragen förlossning eftersom förlossningsupplevelser och upplevelser att bli mamma är en universell erfarenhet. Med de vidtagna åtgärderna bör trovärdighetsaspekterna beträffande datainsamling analys och tolkning av resultaten vara beaktande på ett tillfredställande sätt.

DISKUSSION

Kvinnor med utdragen förlossning hade i större utsträckning en negativ förlossningsupplevelse jämfört med kvinnor som hade en normal förlossning. Den negativa förlossningsupplevelsen associerades till minnet av svårigheter i samband med det komplicerade förlossningsförloppet. Kvinnornas upplevelser efteråt var att det skulle komma att sätta spår för livet.

Förlossningsupplevelse vid utdragen förlossning kunde tolkas som en känsla av att vara fångad av en långvarig smärta och rädsla. Förlossningssmärtan överskuggade alla intryck och den blev inte en naturlig del av förlossningsupplevelsen.^{29, 30} Denna beskrivning av förlossningsupplevelsen stod i stark kontrast till studier som visar att förlossningssmärtan kan vara en skapande kraft och meningsfull erfarenhet.^{25, 31}

Dessa starka smärtupplevelser under förlossningen beskrevs med en överväldigande rädsla att förlora sig själv och sitt barn.⁹³ Ryding beskriver hur kvinnors upplevelser av stark rädsla relateras till att förlossningen oväntat förändras till att plötsligt avslutas med ett akut kejsarsnitt. Rädslan att tappa fotfästet för sig och sitt barn associerades till den plötsliga akuta situationen. Denna erfarenhet definierades som traumatisk om kvinnorna angav att de hade upplevt att de var rädd för att de själva kunde dö eller bli skadade, eller att deras barn kunde bli skadat, eller att de hade tappat kontrollen över vad som hände.

Lidandet vid en utdragen förlossning kunde också karakterisera som en upplevelse av sammanbrott. Det kan liknas vid att plötsligt bli akut sjuk eller vid att befinna sig i ett livshotande tillstånd med fara för sitt eget och sitt barns liv.¹¹⁰ Utifrån ett livsvärldsperspektiv med fokus på hur personer införlivar upplevelsen av ett plötsligt akut insjuknande finns det strategier enligt Morse¹¹¹ som kan användas för att kunna överleva, eller för att härda ut för att kunna leva vidare. Dessa strategier handlar om en strävan att bevara sin integritet och att inte förlora sig själv vid ett akut insjuknande. Morse¹¹¹ beskriver hur reaktionen på det akuta insjuknande kan gestaltas sig för den som drabbas. Det handlar om att själv kunna observera kroppen och vad som händer med den, om att kunna lämna över ansvaret till vårdgivarna, om att stå ut med ett sammanbrott genom att härda ut för att överleva och om en strävan att återfå hälsan för att kunna leva vidare. Ett förhållningssätt för kvinnor som plötsligen och oväntat hamnade i en utdragen förlossning handlade om att försöka härda ut den långvariga smärtan för att inte tappa fotfästet. För den födande kvinnan kunde denna situation i en djupare mening handla om att känna ett hot mot sitt eget liv och existensen. Det som dessa kvinnor upplevde kunde liknas vid Samuel Becketts ord från *I väntan på Godot* – Kvinnan föder gränsle över en grav. Födsloprocessen genomsyrades av en kamp och ett li-

dande för att härda ut den långvariga smärtan för att kunna ge nytt liv.

Kvinnornas berättelser handlade också om hur de kände sig uttröttade, maktlösa och att de hade tappat kontrollen över vad som hände. Känslan av att inte ha kontroll är en avgörande orsak till en negativ förlossningsupplevelse.^{23, 29} Med det följde beskrivningar av att känna sig utelämnad till och vara beroende av andra utan möjligheter att påverka och känna sig delaktig i besluten rörande vård behandling. Att vara beroende av andra, att känna sig utelämnad handlade om att befinna sig i kaos och att inte ha kontroll vilket kan påverka kvinnans välbefinnande starkt negativt.⁹⁰ Enligt Vandevusse¹¹² karakteriseras därmed förhållandet mer av asymmetri, och sårbarheten ökar när kvinnan blir beroende av sina vårdgivare.

Kvinnornas tillstånd vid utdragen förlossning krävde ett särskilt behov av stöd och även avancerad obstetrisk omvårdnad och behandling. Tolkningen av detta förhållande mellan den födande kvinnan och hennes vårdgivare utifrån berättelserna kännetecknades av starka känslor av utmattning men också av befrielse. Att vara utmattad och att inte kunna föda innebar för kvinnorna att de var i behov av och beroende av omvårdnad från barnmorskor och läkare. När den födande kvinnan upplevde att andra tog över kontrollen och tog beslutet att hjälpa till att föda, innebar det en lättnad för dem. Att få hjälp att föda var en befrielse. Istället för upplevelsen av att föda, blev känslan av att bli befriad från smärta kulmen på förlossningen.

I flera studier framhålls betydelsen av att upplevelse av god hälsa och välbefinnande under förlossningen är relaterat till en positiv förlossningsupplevelse.^{22, 23, 29} En viktig faktor som påverkar för hur kvinnor upplever sin förlossning är kontinuerlig närvaro av en stödperson under förlossningen.³⁴ Kontinuerligt stöd under förlossning minskar också andelen instrumentella förlossningar, kejsarsnitt och användningen av

smärtlindring.³⁴ Kvinnorna värderade tillgången till psykosociala resurser och stöd högt i tidig graviditet men det minskade inte risken för att få en utdragen förlossning⁹⁴⁻⁹⁷ Det fanns inte heller något samband mellan en negativ förlossningsupplevelse och inställningen till stödet från barnmorska och partner. Både kvinnor med utdragen respektive normal förlossning värderade stödet från barnmorska och partner under förlossningen lika högt.

Upplevelsen av att bli mamma handlade om svårigheter att kunna ta hand om och sköta sitt barn och om att kontakten försvårades mellan mor och barn. Att bli mamma efter utdragen förlossning innebar en extrem trötthet kombinerad med en känsla av att vara sjuk. De lidande som kvinnorna hade fått utstå för att bli befriad från smärta och för att bli mamma kunde liknas vid att treva i mörker. Mötet med barnet under dessa omständigheter med begränsade möjligheter att engagera sig i barnets omedelbara behov av närhet och mat, tolkades som en kamp att forma sin roll som mamma. Trots kvinnornas försämrade hälsotillstånd efter förlossningen så försökte de engagera sig i barnets omedelbara behov av närhet och mat. Engagemanget i barnets omedelbara behov av närhet och mat är en förutsättning för att kunna knyta an till barnet.¹¹³ Under dessa omständigheter med begränsade möjligheter försvårades kontakten med barnet för en del av kvinnorna genom att minnena av smärta och rädsla och maktlöshet från förlossningen överskuggade känslan av att bli mamma.

Kvinnorna skattade att det fanns risk för att minnena av dessa svårigheter skulle kunna komma att sätta spår för livet. Vad gäller sambandet mellan upplevelsen av trauma och komplicerade förlossningen finns det inga enkla svar. Metodologiskt var inte avsikten att mäta symtom av depression eller posttraumatiskt stressyndrom i samband med utdragen förlossning. Soet⁹⁰ visade att starka smärtupplevelser vid oväntade akuta kejsarsnitt kan leda till trauman som kan jämföras

med posttraumatiskt stressyndrom medan Patel och medarbetare¹¹⁴ menar att komplicerade förlossningar, instrumentella förlossningssätt och oväntade kejsarsnittsförlossningar inte behöver utlösa trauman som kan leda till postnatal depression.

Sammanfattningsvis framträder en bild av den utdragna förlossningen präglad av förtvivlan, outhärdlig smärta, förlust av kontroll, oförmögenhet att själv klara upp situationen, att bli beroende, och slutligen av att se den assisterade förlossningen som befrielse. Denna bild kontrasterar starkt mot den goda förlossningsupplevelsen med uthärdlig smärta, kontroll, framåtanda, där slutligen den spontana förlossningen blir kulmen. Det som var utmärkande för berättelserna om kvinnors upplevelse av utdragen förlossning var att de handlade om svårigheter snarare än om känslor som kunde relateras till en positiv förlossningsupplevelse. Dessa beskrivningar gällde negativa känslor som associerades till det utdragna förloppet, till den komplicerade förlossningen och till kampen att bli mamma. Skildringarna handlade också om ett stort lidande på grund av outhärdlig smärta och stark rädsla. Denna upplevelse vid utdragen förlossning kunde också liknas vid att plötsligt bli akut sjuk eller vid att befinna sig i ett livshotande tillstånd med fara för sitt eget och sitt barns liv.¹¹¹

Utifrån ett livsvärldsperspektiv, från kvinnornas perspektiv handlade också upplevelsen om att bli mamma och om att återhämta sig från att vara sjuk eller ifrån ett livshotande tillstånd. Det handlade om en strävan att återställa sin integritet och att bearbeta de erfarenheterna för att lära sig att leva med de svårigheter som de upplevt för att kunna gå vidare och utveckla kontakten och relationen till barnet. Det var en omvälvande händelse när de beskrev känslan av att växa in i modersrollen och när de upplevde att förhållandet till barnet utvecklades.

Implikationer för praktik

Resultatet av studierna som ingår i avhandlingen visar att det finns ett specifikt och individuellt omvårdnadsbehov hos gruppen kvinnor med utdragen förlossning. Som framgår av introduktionen så finns det ingen bra behandling för utdragen förlossning däremot kan omhändertagandet förbättras genom att lindra kvinnans lidande. Det är viktigt att kunna möta och respektera kvinnors upplevelser av stark rädsla och smärta när kvinnan inte har kontroll över vad som händer. Här är det av största betydelse att kvinnan kan känna trygghet och lita på läkare och barnmorskor när de övertar ansvaret för den behandling och omvårdnad som kvinnan får. Det gäller också för den personal som övertar ansvaret, att de är medvetna om att de beslut som de tar har stor betydelse för kvinnan. Det handlar om vilka beslut som tas vad gäller handläggning av förlossningen, om att lindra smärtan, om vilket stöd som ges och om på vilket sätt partnern blir delaktig i det som rör vården och omvårdnaden.

För att på bästa möjliga sätt utforma en vård och omvårdnad för kvinnor med utdragen förlossning bör också omvårdnad och behandling baseras på ett obstetriskt perspektiv kombinerat med ett omvårdnadsperspektiv. Det handlar om specifik omvårdnad med kontinuerligt stöd under förlossningen av barnmorskor och läkare för att kunna erbjuda omvårdnad med engagemang och närvaro såväl om omvårdnad med obstetrisk kompetens. Det handlar också om att erbjuda en specifik omvårdnad till var och en efter behov.

Framtida forskning

Framtida forskning bör omfatta hur omvårdnaden för kvinnor med utdragen förlossning kan förbättras för att på bästa sätt möta deras behov av ett individualiserat omhändertagande. I ett sådant sammanhang, ur ett omvårdnadsperspektiv, är det också viktigt att studera barnmorskors upplevelser och erfa-

renheter av omvårdnad vid utdragen förlossning. Syftet med den forskningen skulle vara att få kunskap om hur barnmorskor beskriver sin syn på utformningen av vården, behandlingen och omvårdnaden som kvinnor med utdragen förlossning blir erbjuden. Ett andra syfte skulle vara att få kunskap om hur barnmorskor uppfattar kvinnors särskilda behov av stöd och avancerad obstetrisk omvårdnad och behandling jämfört med hur de uppfattar kvinnors behov av stöd och omvårdnad vid en normal förlossning.

Forskningen bör också omfatta forskning om samhällssynen på moderskap ur ett genusperspektiv och bör inkludera vilken syn på moderskap och betydelsen av den, som förmedlas i samspelet mellan kvinnan, mannen och deras vårdgivare i samband med utdragna förlossningar. Vad innebär det för män respektive kvinnor att ha varit med om en utdragen förlossning? På vad sätt påverkas relationen mellan kvinna och man efter en utdragen förlossningen jämfört med en normal förlossning? Vad innebär upplevelsen av en utdragen förlossning för familjebildningen och rollfördelningen i föräldraskapet? Vilka konsekvenser får en utdragen förlossning om bilden av moderskapet förändras från att vara livets höjdpunkt till en erfarenhet av ett trauma? Ett sätt skulle vara att studera de värderingar och föreställningar om kvinnlighet och moderskap som vi har och som skapas som har betydelse för hur resultatet av en negativ förlossningsupplevelse kan tolkas. Detta kan ge ökade kunskaper om värderingar och föreställningar om moderskap som vi påverkas av och som även genomsyrar vården och den omvårdnad kvinnor erbjuds.¹⁹

Slutsatser

En tredjedel av kvinnorna med utdragen förlossning uppgav att de hade haft en negativ förlossningsupplevelse. Två tredjedelar av kvinnorna med utdragen förlossning ansåg att de svårigheter som de upplevde skulle komma att sätta spår för livet.

En låg skattning av psykosociala resurser i tidig graviditet ökade inte risken för att få utdragen förlossning.

Upplevelsen av utdragen förlossning kan liknas vid att plötsligt bli sjuk i ett livshotande tillstånd med outhärdlig smärta och med en överväldigande rädsla att förlora sig själv och sitt barn och samtidigt vara utelämnad och beroende av andra.

En utdragen förlossning medförde en överväldigande trötthet och samtidigt en avskildhet från sitt barn. Upplevelsen av de negativa känslor som associerades till det långdragna förloppet, till den komplicerade förlossningen och till kampen att bli mamma kunde liknas vid att återhämta sig från att vara sjuk eller från ett livshotande tillstånd.

SUMMARY IN ENGLISH

Prolonged labour is a labour complication often resulting in a negative birth experience. The aetiology of prolonged labour is still an enigma, although it has been suggested that prolonged labour could be familial. From the perspective of women giving birth, varying degrees of negativity and various difficulties are related to the experience of labour having come to a standstill or progressing poorly. Research indicates that the negativity associated with adapting to motherhood after having experienced a complicated labour is a complex process. There is need to explore the difficulties experienced from the perspective of the women giving birth following a prolonged labour. The focus should be on the varying factors contributing to a negative life experience of becoming a mother, and on how women express and narrate their experience of suffering from difficulties and morbidity.

The overall aim of this thesis was to illuminate, describe, and promote understanding of women's experiences of prolonged labour and the significance of psychosocial resources and support during pregnancy.

The thesis comprises four studies, which examine the following specific questions:

- How do childbirth experience, perceived pain alleviation, and support differ between mothers experiencing prolonged versus normal labour?
- How do psychosocial resources and social support during early pregnancy differ between mothers experiencing prolonged versus normal labour?
- How do mothers describe their experiences of prolonged labour?
- How do mothers describe their experiences of adapting to motherhood after prolonged labour?

Paper I describes a case-referent study of women giving singleton live birth to their first child by spontaneous labour after more than 37 completed weeks' pregnancy at three hospitals in northern Sweden. Cases ($n = 84$) consisted of women who had experienced prolonged labour with assisted vaginal or abdominal delivery, while referents ($n = 171$) delivered following normal labour. Participants completed a questionnaire that investigated childbirth experiences, previous family relationships, and childhood experiences.

Paper II presented a cross-sectional study of 644 women who had been expecting their first child. Participants, comprising women who subsequently experienced prolonged ($n = 63$) and normal labour ($n = 581$), were asked to complete a questionnaire at their first antenatal visit. The questionnaire measured psychosocial resources (defined as social network and support), work-related psychosocial factors, control of daily life, and health characteristics. The outcome was prolonged labour during the subsequent delivery.

Papers III and IV presented interviews performed with 10 women who had experienced prolonged labour. They had given singleton live birth to their first child by spontaneous labour after more than 37 completed weeks' pregnancy at two hospitals in northern Sweden

Papers I and II used descriptive statistical analysis to focus on the differing characteristics of women who experienced normal versus prolonged labour. In papers III and IV, the interviews were analysed using qualitative content analysis.

Both women experiencing prolonged and normal labour perceived the support given by their partners and the midwives during labour to be very important, although cases agreed significantly more than did referents with the statement: "I felt it was best to do what the staff told me" (I). Women who had experienced prolonged labour said that they had been "dependent on others", i.e., on nursing care, on support given

by midwives and obstetricians, and on their decision to assist the delivery (III). Most women reported receiving a great deal of emotional support, especially from their mother and the child's father, in early pregnancy (II). Social support and perceived health variables were not statistically significantly associated with subsequent prolonged labour (II).

Considerable differences in overall birth experience were observed between women experiencing prolonged versus normal labour. Slightly over a third of women experiencing prolonged labour felt negative about the overall experience, compared with just five per cent of women experiencing normal delivery. Despite this, 84 per cent of the prolonged labour group found giving birth exciting, compared with 90 per cent of those experiencing normal deliveries (I).

Women who had a negative experience associated giving birth with feelings of pain and fear. The distress women experienced when their labours seemed to have come to a standstill was expressed as being caught up in pain and fear: it was as if they had suddenly fallen ill and had become victims of circumstances over which they had no influence. The women described how they had felt exhausted, powerless, and out of control, feelings which may reflect their fear of losing themselves (III). For them, giving birth was not regarded as a healthy experience of labour, but as one of severe labour pains that seemed to go on forever. Women described their dependency on others, and on their caregiver's decision to assist the delivery with either vacuum extraction or Caesarean section, as an experience of being relieved from pain.

The difficulties and suffering involved in becoming a mother after prolonged labour were interpreted to be like "fumbling in the dark", a description that reveals the women's difficulties focusing on and taking care of the newborn. Instead of feeling themselves to be healthy mothers, the women's narrations described feelings of extreme fatigue and of illness. The

women described how they had been ill, and felt overwhelming fatigue and detachment from the child. Meeting the child under these conditions entailed a struggle to form a maternal self around their experienced limitations, and to preserve their confidence in themselves as good mothers. Taken together, this negativity and the associated experience of prolonged and complicated labour and the struggle for motherhood may be regarded as comparable with the experience of illness and recovery. In spite of these experiences, reassurance of these women regarding their capacity for motherhood was central to their happiness as mothers: it encouraged their interaction and relationship with their child, and contributed to their adaptation to motherhood.

The negative feelings connected with the birth experience, combined with memories of the difficulties and suffering experienced, resulted in two thirds of the women who had undergone prolonged labour stating that the experience had marked them for life (I). The experience of prolonged labour was closely associated with birthing pain but not with perceived professional support or support from the partner. Generally the women perceived a high level of psychosocial resources in early pregnancy. Women with prolonged labour were more dependent on their caregivers than were women without prolonged labour, they had a special need for extra support and encouragement during and after the delivery, as well as increased nursing and midwifery care.

TACK

Denna avhandling har genomförts vid Institutionen för Omvårdnad och Institutionen för Klinisk Vetenskap, Obstetrik och Gynekologi vid Umeå Universitet med finansiellt stöd från Vårdalstiftelsen, Norrlandslandstingens Samverkansnämnd, Visare Norr samt från FoU- Centrum i Sundsvall och Sollefteå Sjukhus.

Det har varit en mycket lärorik tid i mitt liv. Jag har alltid känt mig väldigt prioriterad när jag har berättat för andra att jag läser och forskar. Dessutom har jag varit stolt över att jag har haft förmånen att kunna utveckla forskning som har utgått från min kliniska erfarenhet som barnmorska på förlossningsavdelning. Det finns många personer som har haft stor del i och betytt mycket för att jag har kunnat arbeta med denna avhandling som jag särskilt vill tacka.

Först och främst vill jag tacka alla kvinnor som har deltagit och delat med sig av sina erfarenheter och upplevelser. Jag vill också tacka personalen vid kvinnoklinikerna vid respektive sjukhus som har hjälpt till med att tillhandahålla uppgifter om journaler, för att datainsamlingen skulle vara möjlig att genomföra.

Min huvudhandledare professor Berit Lundman som har generöst delat med sig av sina kunskaper. Du har gett mig en utmärkt handledning i kunskaper om kvalitativa såväl som kvantitativa metoder. Dessutom har du lärt mig konsten att utveckla kunskap från olika perspektiv, vilket har haft en stark inverkan på min personliga utveckling, på mitt professionella kunnande och på mig som forskare. Det är stort att känna att man växer. Du har också med konstruktiv kritik och uppmuntran guidat mig genom detta arbete även när det har varit tungt och svårt.

Min biträdande handledare professor Ulf Högberg som också frikostigt har delat med sig av sina kunskaper om obstetrik och om den forskning och oftast om de senaste rönen som är aktuell inom området. Jag är oerhört tacksam för den vetenskapliga vägledningen och det du har lärt mig. Det är inte bara det utan också att dina kunskaper som du har bidragit med och med de samtal som vi har haft vars utgång alltid har varit lika överraskande. Detta har stimulerat och berikat mitt kunnande på ett sätt som har gett mig nya insikter och radikalt ändrat mitt sätt att tänka.

Lektor Elisabeth Dejin-Karlsson vars konstruktiva samarbete bidrog till delstudie II. Jag fick genom dina kunskaper lära mig grunden i epidemiologisk metodik vad gäller datainsamling, bearbetning och analys. Dessutom innefattade detta samarbete en ovärderlig gästfrihet, av såväl husrum som mat. Jag känner en djup tacksamhet för att jag fick ta del av dina kunskaper, din forskning och ditt material.

Institutionssekreterare Inga Greta Nilsson vid Institutionen för Omvårdnad som alltid finns till hands vid behov för praktisk hjälp i stort och smått. Men också för vardagliga samtal om livets vedermödor och om dess ljusglimtar vid lunchen eller kaffet.

För mig har doktorandtiden inneburit flera olika arbetsplatser varav en har varit Institutionen för Omvårdnad där jag har tillhört gruppen av forskarstuderanden som har kommit utifrån. I samband med seminarier har det varit speciellt betydelsefullt att ni har tagit er tid att läsa manus vilket har gett mig konstruktiv kritik samt stimulerat till intressanta diskussioner. Ett speciellt tack till före detta doktoranden, nuvarande lektor Ulla Graneheim-Hällgren som alltid varit öppen för ”debriefing” när behov har funnits, samt som har med stort intresse följt hur avhandlingen och artikelskrivande fortskrider. Jag har också haft förmånen att lära känna och umgås med nuvarande lektor Åsa Hörnsten vars stöd under dokto-

randtiden har betytt mycket. Tillsammans med er har ett glas vin på "Rött" gjort susen. Ett varmt tack också till doktorand Elisabeth Lindahl för stort intresse i mitt arbete men också i omsorg över hur jag mår.

Bland dem som har haft stor betydelse för mig under min doktorand tid är också de barnmorskor som arbetar vid Institutionen för Omvårdnad samt de barnmorskor som bedriver forskning vid andra institutioner vid Umeå Universitet. Ett stort tack till doktorand Carola Eriksson för stöd och engagemang under alla år som vi har känt varandra. Under vår resa till Australien var din förståelse extra betydelsefull för att jag var lite "asocial" på grund av avhandlingsarbetet.

En viktig arbetsplats under doktorandtiden har varit Kvinnokliniken och BB-förlossnings avdelning vid Sollefteå Sjukhus. Här har det alltid funnits plats för mig. Jag har sett det som en stor förmån att kunna varva kliniskt arbete med forskning. Det har alltid varit lika roligt att återse er allihop, som är mina arbetskamrater och som jag alltid har känt mig väldigt uppskattad av när jag har arbetat extra på helger och somrar. Jag vill också rikta ett särskilt tack till Maj-Lis Larsson Hägesten, dåvarande sjukhusdirektör vid Sollefteå Sjukhus som både uppmuntrade mig och gav mig särskilt stöd för att kunna påbörja och bedriva forskning. Det hade inte varit möjligt att genomföra denna avhandling utan detta stöd. Jag vill också framföra mitt stora tack till Hans Malker, Niclas Olofsson vid FoU-Centrum i Sundsvall för utmärkt hjälp i starten av de första delstudierna.

Till största delen har jag arbetat hemifrån med avhandlingen. Det har inneburit att jag har varit beroende av att ha tillgång till bibliotekstjänst och litteratur. Ett särskilt tack till sjukhusbibliotekarie Anna-Lena Höglund som under alla år har förtsett mig med bra service vad gäller tillgången till bibliotekstjänst och litteratur. Inte nog med det, ibland har böckerna, artiklarna nästan levererats vid dörren. Om du visste vad det

har betytt och underlättat för mig att få en sådan utmärkt service. Jag är nog benägen att säga att utan den servicen skulle det ha varit svårt att genomföra mitt arbete hemifrån och från Prästmon.

I vänskapskretsen har många personer följt mitt arbete med intresse, här vill jag särskilt nämna Irina Schaub, Björn Ahrén för fantastiska middagar och intressanta diskussioner, Ann och Rolle Siewer för trevliga middagar med god mat och dryck och som med engagemang har läst delar av arbetet. Er uppmuntran och stöd har haft stor betydelse. Casten von Otter och Karin Tengvald för er gästvänlighet vid våra besök på Hällsättra på somrarna men också för ert tålamod som ni haft under årens lopp med våra mer eller mindre diskutabla intellektuella resonemang. En vänskap som jag känner en stor tacksamhet för.

Mina barn Lisa, Hans och Johan som under sin uppväxttid tidigt fick lära sig att fixa mat och hjälpa till. Det har varit helt otroligt att se hur duktiga ni har varit. Jag hoppas verkligen att ni kan se det som en tillgång att ni har lärt er att fixa inte bara maten utan också era egna liv. I varje fall är jag stolt över er.

Sist men inte minst vill jag tacka min livskamrat Erik. Jag känner en djup innerlig respekt för vårt gemensamma liv och vår gemenskap. Det är enormt att kunna dela både motgångar och framgångar.

REFERENSER

1. SOS. Handläggning av normal förlossning State of the Art. Stockholm: Socialstyrelsen, 2001.
2. Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon. Stockholm: Natur och kultur i samarbete med Folkhälsoinstitutet, 2000.
3. NE.se. Nationalencyklopedin. Malmö, 2005.
4. Pihl K. Diagnoshandbok för kvinnosjukvården 2003. Stockholm: Svensk Förening för Obstetrik och Gynkologi (SFOG), 2003.
5. Faxelid E, Bergman P. Lärobok för barnmorskor. Lund: Studentlitteratur, 1993.
6. World Health Organization. Division of Family Health. Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Preventing prolonged labour: A practical guide. The partograph. Part I: Principles and strategy. Geneva, Switzerland, WHO, Division of Family Health, Maternal Health and Safe Motherhood Programme, 1994.
7. Nystedt A, Lundman B, Hogberg U, et al. Förlångsammad förlossning - En kvalitativ pilotstudie av kvinnors upplevelse. *Vård i Norden* 2000;1:22-6.
8. Algovik M, Nilsson E, Cnattingius S, et al. Genetic influence on dystocia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:832-7.
9. Cluett ER, Pickering RM, Getliffe K, et al. Randomised controlled trial of labouring in water compared with standard of augmentation for management of dystocia in first stage of labour. *BMJ* 2004;328:314.

10. Feinstein U, Sheiner E, Levy A, et al. Risk factors for arrest of descent during the second stage of labor. *Int J Gynecol Obstet* 2002;77:7-14.
11. Impey L, Boylan P. Active management of labour revisited. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:183-7.
12. Blanch G, Lavender T, Walkinshaw S, et al. Dysfunctional labour: A randomised trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:117-20.
13. Cluett ER, Pickering RM, Brooking JI. An investigation into the feasibility of comparing three management options (augmentation, conservative and water) for nulliparae with dystocia in the first stage of labour. *Midwifery* 2001;17:35-43.
14. Lavender T, Alfirevic Z, Walkinshaw S. Partogram action line study: a randomised trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:976-80.
15. Toombs SK. The meaning of illness: a phenomenological account of the different perspectives of physician and patient. *Philosophy and Medicine*, 42. Dordrecht: Kluwer Academic, 1993.
16. Simkin P. Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth* 1992;19:64-81.
17. Bergum V. *A child on her mind : The experience of becoming a mother*. Westport, Connecticut, London: Bergin & Garvey, 1997.

18. Wynn-Leonard V. Stress and coping in the transition to parenthood of first-time mothers with career commitments: an interpretive study. San Francisco: University of California, 1993.
19. Barclay L, Everitt L, Rogan F, et al. Becoming a mother-an analysis of women's experience of early motherhood. *J Adv Nurs* 1997;25:719-28.
20. Sethi S. The dialectic in becoming a mother: experiencing a postpartum phenomenon. *Scand J Caring Sci* 1995;9:235-44.
21. Green JM. Expectations and experiences of pain in labor: findings from a large prospective study. *Birth* 1993;20:65-72.
22. Slade P, MacPherson SA, Hume A, et al. Expectations, experiences and satisfaction with labour. *Br J Clin Psychol* 1993;32:469-83.
23. Waldenström U. Experience of labor and birth in 1111 women. *J Psychosom Res* 1999;47:471-82.
24. Niven CA, Gijbsbers K. Coping with labor pain. *J Pain Symptom Manag* 1996;11:116-25.
25. Mander R. The meanings of labour pain or the layers of an onion? A woman-oriented view. *J Reprod Infant Psychol* 2000;18:133.
26. Berg M, Lundgren I, Hermansson E, et al. Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery* 1996;12:11-5.
27. Gibbins J, Thomson AM. Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery* 2001;17:302-13.

28. Tarkka M, Paunonen M. Social support and its impact on mothers' experiences of childbirth. *J Adv Nurs* 1996;23:70-5.
29. Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth* 1990;17:15-24.
30. Kannan S, Jamison RN, Datta S. Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth. *Reg Anesth Pain Med* 2001;26:468-72.
31. Lundgren I, Dahlberg K. Women's experience of pain during childbirth. *Midwifery* 1998;14:105-10.
32. Somers-Smith MJ. A place for the partner? Expectations and experiences of support during childbirth. *Midwifery* 1999;15:101-8.
33. Draper J. Whose welfare in the labour room? A discussion of the increasing trend of fathers' birth attendance. *Midwifery* 1997;13:132-8.
34. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2003:CD003766.
35. Macara LM, Murphy KW. The contribution of dystocia to the Cesarean section rate. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:71-7.
36. Malone FD, Geary M, Chelmow D, et al. Prolonged labor in nulliparas: lessons from the active management of labor. *Obstet Gynecol* 1996;88:211-5.

37. Ecker JL, Chen KT, Cohen AP, et al. Increased risk of cesarean delivery with advancing maternal age: Indications and associated factors in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:883-7.
38. Kolas T, Hofoss D, Daltveit AK, et al. Indications for cesarean deliveries in Norway. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:864-70.
39. Personligt, meddelande. Epidemiologiskt centrum Socialstyrelsen.
40. Williams JW, Pritchard JA, Gant NF, et al. *Williams Obstetrics*. Norwalk: Appleton-Century-Crofts, 1985.
41. Högberg U, Lekås Berg M. Prolonged labour attributed to large fetus. *Gynecol Obstet Invest* 2000;49:160-4.
42. Mocanu EV, Greene RA, Byrne BM, et al. Obstetric and neonatal outcome of babies weighing more than 4.5 kg: an analysis by parity. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;92:229-33.
43. Myles TD, Santolaya J. Maternal and neonatal outcomes in patients with a prolonged second stage of labor. *Obstet Gynecol* 2003;102:52-8.
44. Main DM, Main EK, Moore DH. The relationship between maternal age and uterine dysfunction: a continuous effect throughout reproductive life. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1312-20.
45. Sheiner E, Levy A, Feinstein U, et al. Risk factors and outcome of failure to progress during the first stage of labor: a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:222-6.

46. Mokdad AH, Bowman BA, Ford ES, et al. The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States. *JAMA* 2001;286:1195-200.
47. Murphy DJ. Failure to progress in the second stage of labour. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2001;13:557-61.
48. Sjöström K. Some effects of maternal anxiety on the fetus and on pregnancy outcome. Medical Dissertation. Lund: Institutionen för Obstetrik och Gynekologi Universitets Sjukhuset MAS, Malmö , Lund Universitet, 2002.
49. Berg-Lekås ML, Högberg U, Winkvist A. Familial occurrence of dystocia. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:117-21.
50. Uddenberg N. Reproductive adaption in mother and daughter : a study of personality development and adaption to motherhood. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum, 254.* Copenhagen: Munksgaard, 1974.
51. Chelmow D, Kilpatrick SJ, Laros RK, Jr. Maternal and neonatal outcomes after prolonged latent phase. *Obstet Gynecol* 1993;81:486-91.
52. Impey L, Greenwood C, MacQuillan K, et al. Fever in labour and neonatal encephalopathy: a prospective cohort study. *BJOG* 2001;108:594-7.
53. Högberg U, Broström G. The demography of maternal mortality--seven Swedish parishes in the 19th century. *Int J Gynaecol Obstet* 1985;23:489-97.
54. Högberg U. Maternal mortality in Sweden. Medical Dissertation, New Series 156. Umeå, 1985.

55. WHO. Make every mother and child count: World Health Organization, 2005.
56. Cook RJ, Dickens BM, Syed S. Obstetric fistula: the challenge to human rights. *Int J Gynecol Obstet* 2004;87:72-7.
57. Vangeenderhuysen C, Prual A, Ould el Joud D. Obstetric fistulae: incidence estimates for sub-Saharan Africa. *Int J Gynecol Obstet* 2001;73:65-6.
58. Berhane Y, Högberg U. Prolonged Labour in Rural Ethiopia: A Community Based Study. *Afr J Reprod Health* 1999;3:33-9.
59. Schulman H. Prolonged and abnormal labor. *Am J Obstet Gynecol* 1966;95:732-42.
60. Frigoletto FD, Jr., Lieberman E, Lang JM, et al. A clinical trial of active management of labor. *N Engl J Med* 1995;333:745-50.
61. Thornton JG, Lilford RJ. Active management of labour: current knowledge and research issues. *BMJ* 1994;309:366-9.
62. Howell CJ. Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2000:CD000331.
63. Thompson TT, Thorp JM, Jr., Mayer D, et al. Does epidural analgesia cause dystocia? *J Clin Anesth* 1998;10:58-65.
64. Fogel ST, Shyken JM, Leighton BL, et al. Epidural labor analgesia and the incidence of cesarean delivery for dystocia. *Anesth Analg* 1998;87:119-23.

65. Segal S, Su M, Gilbert P. The effect of a rapid change in availability of epidural analgesia on the cesarean delivery rate: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:974-8.
66. Fitzpatrick M, McQuillan K, O'Herlihy C. Influence of persistent occiput posterior position on delivery outcome. *Obstet Gynecol* 2001;98:1027-31.
67. Fraser WD, Cayer M, Soeder BM, et al. Risk factors for difficult delivery in nulliparas with epidural analgesia in second stage of labor. *Obstet Gynecol* 2002;99:409-18.
68. Johanson RB, Menon BK. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2000:CD000224.
69. Wen SW, Liu S, Kramer MS, et al. Comparison of maternal and infant outcomes between Vacuum Extraction and Forceps deliveries. *Am J Epidemiol* 2001;153:103-7.
70. Kozak LJ, Weeks JD. U.S. trends in obstetric procedures, 1990-2000. *Birth* 2002;29:157-61.
71. Penn Z, Ghaem-Maghani S. Indications for caesarean section. *Best Pract Res Cl Ob* 2001;15:1-15.
72. Liu S, Rusen ID, Joseph KS, et al. Recent trends in caesarean delivery rates and indications for caesarean delivery in Canada. *J Obstet Gynaecol Can* 2004;26:735-42.

73. Lin HC, Sheen TC, Tang CH, et al. Association between maternal age and the likelihood of a cesarean section: a population-based multivariate logistic regression analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:1178-83.
74. Murphy DJ, Liebling RE, Verity L, et al. Early maternal and neonatal morbidity associated with operative delivery in second stage of labour: a cohort study. *Lancet* 2001;358:1203-7.
75. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2004;351:2581-9.
76. Socialstyrelsen. *Folkhälsa i Siffror: Epidemiologiskt centrum, 2002.*
77. Kozinszky Z, Orvos H, Zoboki T, et al. Risk factors for cesarean section of primiparous women aged over 35 years. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:313-6.
78. Cnattingius R, Cnattingius S, Notzon FC. Obstacles to reducing cesarean rates in a low-cesarean setting: the effect of maternal age, height, and weight. *Obstet Gynecol* 1998;92:501-6.
79. Foley ME, Alarab M, Daly L, et al. The continuing effectiveness of active management of first labor, despite a doubling in overall nulliparous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:891-5.
80. Waldenström U. Det medicinskt möjliga gör oss fartblinda. Interventionskaskaden vid barnafödande måste ifrågasättas. *Läkartidningen* 2005;102:1882-6.

81. Fawcett J, Pollio N, Tully A. Women's perceptions of cesarean and vaginal delivery: another look. *Res Nurs Health* 1992;15:439-46.
82. Johanson R, Wilkinson P, Bastible A, et al. Health after childbirth: a comparison of normal and assisted vaginal delivery. *Midwifery* 1993;9:161-8.
83. Ryding EL, Wijma B, Wijma K, et al. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:542-7.
84. DiMatteo MR, Morton SC, Lepper HS, et al. Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Health Psychol* 1996;15:303-14.
85. Gottvall K, Waldenström U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG* 2002;109:254-60.
86. Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmaki E. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstet Gynecol* 1999;94:679-82.
87. Murphy DJ, Liebling RE. Cohort study of maternal views on future mode of delivery after operative delivery in the second stage of labor. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:542-8.
88. Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, et al. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 2004;31:17-27.
89. Simkin P. Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth* 1991;18:203-10.

90. Soet JE, Brack GA, DiIorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003;30:36-46.
91. Mander R. The control of pain in labour. *J Clin Nurs* 1992;1:219-23.
92. Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: Concepts, correlates and consequences. *Birth* 2003;30:235-47.
93. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998;19:135-44.
94. Dejin-Karlsson E, Hanson BS, Ostergren PO, et al. Association of a lack of psychosocial resources and the risk of giving birth to small for gestational age infants: a stress hypothesis. *Br J Obstet Gynaecol* 2000;107:89-100.
95. Feldman PJ, Dunkel-Schetter C, Sandman CA, et al. Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosom Med* 2000;62:715-25.
96. Hoffman S, Hatch MC. Stress, social support and pregnancy outcome: a reassessment based on recent research. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1996;10:380-405.
97. Kramer MS, Seguin L, Lydon J, et al. Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly? *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000;14:194-210.

98. Socialstyrelsen. Klassifikation av sjukdomar, 9:e revision (ICD-9). Stockholm: Liber/Allmänna förlag, 1988.
99. Pihl K. Diagnoshandbok för kvinnosjukvården 1999. Stockholm: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG), 1999.
100. Östergren P-O. Psychosocial resources and health. With special reference to social network, social support and cardiovascular disease. Dissertation. Malmö: University of Lund, 1991.
101. Kvale S, Torhell S-E. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur, 1997.
102. Dahlberg K, Drew N, Nyström M. Reflective life-world research. Lund: Studentlitteratur, 2001.
103. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004;24:105-12.
104. Richards L. Using NVivo in qualitative research. New York: Research Service QSR International, 2002.
105. Waldenstrom U. Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth. *Birth* 2003;30:248-54.
106. Ricoeur P. Interpretation theory. Discourse and the surplus of meaning. Fort Worth, Texas: Christian University Press, 1976.

107. Kristensson Uggla B. Kommunikation på bristningsgränsen: en studie i Paul Ricoeurs projekt. Symposion bibliotek. Stockholm: B. Östlings bokförlag Symposion, 1994.
108. Morse JM, Barrett M, Mayan M, et al. Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *IJQM* 2002;1:1-19.
109. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Californien: Sage Publications, 1985.
110. Morse JM, O'Brien B. Preserving self: from victim, to patient, to disabled person. *J Adv Nurs* 1995;21:886-96.
111. Morse JM. Responding to threats to integrity of self. *Adv Nurs Sci* 1997;19:21-36.
112. Vandevusse L. Decision making in analyses of women's birth stories. *Birth* 1999;26:43-50.
113. Nelson AM. Transition to motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003;32:465-77.
114. Patel RR, Murphy DJ, Peters TJ. Operative delivery and postnatal depression: a cohort study. *BMJ* 2005;330:879-82.