

Masteroppgave

Masterstudium i jordmorfag

Oktober 2021

Latensfasen – en essensiell del av fødsel.

Kandidatnummer: 512

Emnekode: MAJO5900

Semester: 2021 vår – 2021 høst

Antall ord: 13 547

Fakultet for helsevitenskap

Sammendrag

Tittel: Latensfasen – en essensiell del av fødsel.

Hensikt: Formålet med oppgaven er å se på hvilken påvirkning lang latensfase har for forløsningsmetode, intervensjoner, maternelle og neonatale utfall, og kvinners opplevelse av fødsel.

Problemstilling: Påvirker lang latensfase utkomme av fødsel?

Metode: En strukturert litteraturstudie med kvantitativ tilnærming, deskriptiv statistisk analyse. Datamaterialet er hentet inn gjennom systematisk søkestrategi i Medline, Cinahl og Maternity and Infant Care.

Resultat: Systematiske søk gav totalt 1284 treff, hvor av 22 artikler ble funnet relevante og lest i fulltekst. Etter kvalitetssjekk ble totalt ni artikler inkludert i studien. Utkomme som forløsningsmetode, intervensjoner, maternelle og neonatale utkomme, og kvinners opplevelse av fødsel, ble sammenlignet mellom kvinner med lang latensfase kontra kvinner med normal latensfase. Tidsangivelsen for lang latensfase varierte i de inkluderte studiene.

Konklusjon: Lang latensfase har innvirkning på utkomme av fødsel, særlig med tanke på kvinners opplevelse av fødsel. Det er behov for mer forskning på emnet, spesielt fordi det er usikkerhet og ulike angivelser for når latensfasen går over til aktiv fødsel.

Nøkkelord: lang latensfase, utkomme, maternelle, neonatale, forløsningsmetode, intervensjoner og opplevelse.

Abstract

Title: The latent phase – an essential part of the labour.

Aim: The purpose of the thesis is to shed light on how prolonged latent phase affects on both the maternal and fetal outcome of labour and delivery.

Topic of research: Does prolonged latent phase affect the outcome of birth?

Method: A structured literature study with a quantitative approach, and descriptive statistical analysis. The data material is retrieved from the databases Medline, Cinahl and Maternity and Infant Care, using a systematic search strategy.

Results: The systematic searches yielded a total of 1284 titles, of which 22 of them were read in full text. After quality check a total of nine articles were included in the study. Several outcomes such as delivery mode, interventions, maternal and neonatal outcomes, and womens' experiences of labour, were detected for women with prolonged latent phase. The definition of prolonged latent phase differed in the included studies.

Conclusion: Prolonged latent phase influence the outcome of labour, particularly for women's experience of labour. There is a need for more research on this topic, especially because there are uncertainty and different definitions regarding duration of the latent phase and beginning of active labour.

Key words: Prolonged latent phase, outcome, maternal, neonatal, delivery mode, interventions, experience and duration.

Forord

Som jordmorstudent i fødselsomsorgen møter man kvinner i ulike stadier av fødselen. Noen av de møtene gjorde inntrykk på meg som student. Kvinnene beskrev latensfasen som uholdbar og svært smertefull, og de ønsket hjelp for å «bli ferdig» med fødselen. Disse møtene fikk meg som jordmorstudent til å bli nysgjerrig på og ønske mer kunnskap om, denne første fasen av fødselen som kanskje er litt mystisk og ikke helt forstått.

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært tidkrevende og til tider ensomt i en pandemi. Det å skrive et litteraturstudium alene har bydd på flere utfordringer enn først antatt, og det har vært tårer, frustrasjon, resignasjon og oppgitthet underveis. Likevel har det også gitt utrolig mye å få mulighet til å sette seg ned og gjøre et dypdykk i et emne av interesse.

Ydmykhet for menneskekroppen og for arbeidet man skal inn i er to essensielle ting man sitter igjen med etter dette arbeidet. I tillegg en dyp takknemlighet til to veiledere som virkelig har brydd seg, og som har vært uvurderlige gjennom skriveprosessen. Uten disse to hadde veien vært tung. En stor takk rettes også til familie som har oppmuntret og kommet med heiarop på sidelinjen. En stor takk til venner, medstudenter og kollegaer som har lest og kommet med tilbakemeldinger underveis.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1.2 Latensfasen og definisjoner.....	2
1.1.3 Langvarig latensfase – tidsangivelser i retningslinjer og anbefalinger.....	3
1.2 Hensikt og problemstilling	4
1.3 Oppgavens avgrensning	4
1.4 Begrepsavklaringer.....	4
2.0 Teoretisk perspektiv	6
2.1 Vitenskapsteoretisk forankring i kvantitativ metode	6
2.2 Teori som boksåpner	7
3.0 Design og metode.....	7
3.1 Bakgrunn for valg av metode	7
3.2 Søkestrategi og litteratursøk.....	8
3.2.1 Søkestrategi	8
3.2.2 Litteratursøk	9
3.3 Analyseprosess	11
3.4 Kritisk vurdering av artiklene	12
3.5 Etiske betraktninger i forskningsartiklene.....	13
3.6 Analyse.....	14
3.6.1 Vurdering av risiko for bias	14
4.0 Resultater.....	15
4.1 Analyseprosess og PRISMA flytdiagram	15
4.2 Presentasjon av inkluderte artikler	17
4.3 Kvalitetsvurdering av inkluderte studier	19
4.4 Vurdering av risiko for bias i de inkluderte studiene	19
4.5 Presentasjon av resultater relatert til problemstilling for oppgaven.....	20
5.0 Diskusjon.....	29

5.1 Resultatdiskusjon	30
5.2 Metodediskusjon	42
6.0 Oppsummering	45
Litteraturliste	46
Vedlegg 1-12	50

Tabelloversikt

Tabell 1 Latensfasen i gjennomsnittlig tid	2
Tabell 2 PICO-skjema	8
Tabell 3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
Tabell 4 Eksempel på litteratursøk i Medline	11
Tabell 5 Presentasjon av forløsningsmetode, intervensjoner, maternelle utkomme og neonatale utkomme i de inkluderte studiene	20
Tabell 6 Tidsangivelser for latensfasen i de inkluderte studier	21
Tabell 7 Oversikt over forekomst av normal kontra lang latensfase i de inkluderte studiene	23

Figuroversikt

Figur 1 PRISMA flytdiagram	16
----------------------------------	----

Ordliste over forkortelser brukt i oppgaven

WHO – Verdens helseorganisasjon

NICE – The National Institute for Health and Care Excellence

ACOG – The American College of Obstetricians and Gynecologists

MeSH – Medical Subject Heading

CASP – Critical Assessment Skills Programme

ELEQ – The Early Labour Experience Questionnaire

QPP-I – The Intrapartal-specific Quality from Patient Perspective

KI – konfidensintervall

RR – risk ratio

OR – odds ratio

P0 – førstegangsfødende

P⁺ - flergangsfødende

1.0 Innledning

Fødselsstart har blitt beskrevet som noe av det vanskeligste og mest viktige å fastslå blant klinikere (Lauzon & Hodnett, 2000). I en rapport fra 2018 har Verdens helseorganisasjon påpekt at det mangler konsensus for definisjoner på start og varighet av ulike faser og stadier i normal fødsel (WHO, 2018). Latensfasen beskrives som subjektiv og individuell, noe som bidrar til at den kan oppfattes og tolkes forskjellig.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Latensfasens betydning for fødsel som helhet og fødselsopplevelsen er bakgrunnen for valg av tema. Har lang latensfase noe påvirkning på utkomme av fødsel? På grunn av manglende konsensus er det knyttet en del usikkerhet/ uenighet omkring varighet/ start av latensfasen i forskningen. Kvinner er rådet til å være hjemme så lenge som mulig når fødsel starter. Dette kan være en god løsning for noen kvinner, mens for andre gir det mer usikkerhet og utrygghet. Forskning viser at det er best for fødekvinnen å være hjemme så lenge som mulig for å unngå uønskete intervensjoner og utfall (Lundgren et al., 2013). Førstegangsfødende kvinner og deres opplevelser i møte med helsevesenet tidlig i fødselsforløpet har vist at de ikke blir møtt eller får tilstrekkelig forståelse for sin situasjon (Eri et al., 2014).

Til tross for at forskning peker på betydningen av varighet og overgang mellom latensfasen og de aktive faser av fødselen, er det betydelig inkonsekvens i definisjon av fødselsstart. Dette er en nødvendig komponent for å måle fødselens varighet (Hanley et al., 2016). Emanuel A. Friedman og Friedmans kurve for progresjon i fødsel, er til tross for at dette er forskning gjort for 70 år siden, har den vært stående som definisjon av latensfasen helt frem til de seneste årene. Friedman skrev i sin studie at under latensfasen ville kontraksjonene i uterus bli regelmessige og cervix ville forberede seg med endringer i forhold til dilatasjon, det vil si bli mykere og mer tøyelig. Dilatasjonen av cervix kunne forekomme sakte (Friedman, 1954). Partogrammer som brukes globalt er basert på Friedmans kurve. Cervix har et mål på ca én cm i timen i aktiv fødsel, altså etter latensfasen. Det er først nå de senere årene man har forstått latensfasens betydning for fødsel som helhet. Dette er medvirkende årsak for ønsket om å se nærmere på denne fasen av fødsel gjennom en strukturert litteraturstudie.

1.1.1 Friedman og Friedmans kurve

Emanuel A. Friedman er en amerikansk obstetriker som var den første som fremstilte fødselsprogresjon som en grafisk fremstilling. Hans arbeid står fortsatt sentralt for definisjon av latensfasen, og hvordan man har sett på fødselen og fødselsarbeidet helt opp til nyere tid. Hans observasjoner av x antall kvinner resulterte i en sigmoid kurve, kjent som Friedmans kurve. Kurven for latensfasen stiger sakte, og er av lengre varighet enn kurven for aktiv fase. Oversikt over kurven finner man i Friedmans artikkel fra 1955 som heter «Primigravid labour. A graphicostatistical analysis»(Friedman, 1955). Han har også angitt fødselens totale varighet og presentert det i en tabell. Tidsangivelsen til Friedman er angitt i gjennomsnitt, mode og median. Gjennomsnittet er varighet i tid for latensfasen i studiegruppen. Mode er den tidsangivelsen som hyppigst angir at kvinnene går over fra latensfase til aktiv fødsel. Median er det statistiske gjennomsnittet som skiller nedre tidsangivelse fra øvre tidsangivelse. Tabell 1 er en oversikt over latensfasen i gjennomsnittlig tid hentet fra Friedmans tabell (Friedman, 1955).

Tabell 1 – Latensfasen i gjennomsnittlig tid (Friedman, 1955).

	Gjennomsnitt	Mode*	Median	Rekkevidde	Statistisk maksimum
Latensfasen (timer)	8.6	6.0	7.5	1.0-44	20.6

*Det finnes ikke et erstatningsord for mode på norsk.

1.1.2 Latensfasen og definisjoner

Det finnes ulike definisjoner på latensfasen. I litteraturstudien er det viktig å få frem ulikhetene, derfor presenteres forskjellige definisjoner fra retningslinjer og anbefalinger.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer latensfasen som en tidsperiode karakterisert av smertefulle kontraksjoner i uterus. Samtidig foregår det varierende endringer av cervix, inkludert en viss grad av utslettelse av cervix, og saktere progresjon av åpning av cervix opp til fem cm for både første og fremtidige fødsler (WHO, 2018).

NICE guidelines som er evidensbaserte anbefalinger for helse og omsorg i Storbritannia, har definert latensfasen som en tidsperiode, ikke nødvendigvis kontinuerlig, hvor det foreligger smertefulle kontraksjoner og det er endringer i cervix. Perioden inkluderer utslettelse av mormunnen og dilatasjon opp til fire cm (NICE, 2014).

The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) sin definisjon på latensfasen er hvor kvinnen selv har forståelse av regelmessige kontraksjoner, med dilatasjon av cervix opp til fem eller seks cm (ACOG, 2019).

Veileder i fødselshjelp definerer latensfasen som oppfattelse av smertefulle kontraksjoner hos kvinnen med dilatasjon av cervix frem til fire cm, og hvor cervix er avflatet (*Veileder i fødselshjelp*, 2020).

1.1.3 Langvarig latensfase – tidsangivelser i retningslinjer og anbefalinger

Verdens helseorganisasjon har angitt latensfasen for førstegangsfødende som langvarig når latensfasen har vart i 11.5 timer eller mer. For flergangsfødende angir de langvarig latensfase fra 8.7 timer. De angir at tallene er noe usikre da kvinner anerkjenner og definerer tidsbundne faser av fødsel senere enn helsepersonell. Kvinnens evne til å håndtere fødsel er mer avhengig av en variasjon mellom usikre faktorer som nivå av smerte, omgivelsene kvinnene er i og deres egen opplevelse av støtte (WHO, 2018).

Anbefalingen fra NICE guidelines definerer lang latensfase fra 18 timer for førstegangsfødende og 12 timer for flergangsfødende (NICE, 2014).

I «ACOG clinical guidance: safe prevention of the primary cesarean delivery», baserer de seg på 95percentilen ved definisjon av lang latensfasen når tiden overskrider 20 timer for førstegangsfødende, og 14 timer for flergangsfødende (ACOG, 2014). ACOG nevner i sin retningslinje at definisjonen på lang latensfase fortsatt er basert på data Emanuel A. Friedman samlet inn og at senere forskning ikke spesifikt har sett på latensfasen av fødselen (ACOG, 2014).

1.2 Hensikt og problemstilling

Gjennom fordypning på emnet blir det tydelig at det er ulik beskrivelse/ definisjon av overgang mellom latensfase og aktiv fase av fødsel. Forskere er enige om latensfasens betydning for fødselsforløpet som helhet, at det finnes behov for konsensus på emnet og at det er behov for mer forskning omkring latensfasen. Det kan derfor være nyttig å gjøre en strukturert litteraturstudie på latensfasens lengde og påvirkningen den mulig har for både mor og barn.

Oppgavens problemstilling:

Påvirker lang latensfase utkomme av fødsel?

1.3 Oppgavens avgrensning

Litteraturstudien har som mål å se objektivt på fenomenet lang latensfase og hvordan dette vil påvirke fødselen som helhet. Det finnes mange kvalitative studier gjort på opplevelse av fødsel etter lang latensfase og det hadde vært interessant å gjøre en litteraturstudie der både kvantitativ og kvalitativ forskning kunne svare på problemstillingen, men på grunn av tilgjengelig tid og størrelse på litteraturstudien er det ikke mulighet til å inkludere også kvalitativ forskning.

Studier som omhandler induksjon og igangsetting av fødsel er ekskludert ettersom målet er å se hvilken påvirkning langvarig latensfase har for utkomme av fødsel. Primærønsket er ikke å se hvilken behandling som er alternativer ved lang latensfase. Artikler som omhandler hele første fase av fødsel er ekskludert da latensfasen er primærfokus for litteraturstudien.

1.4 Begrepsavklaringer

Dette kapitlet avklarer ord og begreper som brukes i litteraturstudien.

Fødsel inndeles vanligvis i fire faser. Første fase kalles åpningsfasen, og består av både latensfase og aktiv fase. Andre fase er utdrivningsfasen hvor barnet fødes. Tredje fase er etterbyrdsfasen hvor morkaken forløses og blødning er under kontroll. Fjerde fase er tilknytningsfasen hvor mor og barn får tid for seg selv etter etterbyrdsfasen (Blix et al., 2017). Litteraturstudien konsentrerer seg om latensfasen.

Forløsningsmetode omfatter vaginal forløsning, keisersnitt og instrumentelle vaginale forløsninger som vakuum eller tang. Litteraturstudien ser på keisersnitt og vakuum eller tang etter forekomst av lang latensfase.

Episiotomi er et inngrep som affiserer hud, bindevev og muskulatur. Hensikten med å legge en episiotomi er å utvide fødselsutgangen. Dette gjøres med et snitt i perineum (Brunstad, 2017).

Rifter i perineum affiserer bekkenbunnens muskler og funksjon i ulik grad. Rifter som er av interesse for denne litteraturstudien er forekomst av rifter grad 3 eller 4 etter lang latensfase. Rift grad 3 er skade av perineum som involverer endetarmens lukkemuskel (muskulus sphinkter ani), og deles inn i tre alvorlighetsgrader (a, b og c). Rift grad 4 er skade av perineum som involverer endetarmens lukkemuskel og anal og/ eller rektalslimhinne (Brunstad, 2017).

Dystoci er langsom fremgang i fødsel. Dette vurderes ut fra Friedmans kurve, med progresjon i fødsel med én cm åpning av cervix i timen. Dersom cervix ikke åpner/ dilaterer seg som forventet etter en gitt tid, vanligvis to til fire timer, settes diagnosen langsom fremgang (WHO, 2018).

Postpartumblødning defineres som blødning over 500 ml, mens 1000 ml eller mer betegnes som stor blødning. Blødning på 2500 ml eller mer klassifiseres som ekstra stor (Salvesen, 2017).

Robson klassifiseringssystem (også kjent som TGCS – ten group classification system), er en global standard for å vurdere, monitorere og sammenlikne keisersnittsrater både innad og mellom helsetjenester. Systemet klassifiserer alle kvinner inn i en av ti kategorier. Kategoriene er basert på fem grunnleggende obstetriske karakteristikk som er rutinemessig samlet i alle svangerskap. Dette omfatter paritet, antall foster, tidligere keisersnitt, fødselsstart, gestasjonsalder og fosterets presentasjon (WHO, 2017).

2.0 Teoretisk perspektiv

Dette kapitlet belyser sentrale begreper og teorier som er viktige i oppgaven. Teori som boksåpner gjør at man kan søke og finne frem til forskning som beskriver lang latensfase og hvordan lang latensfase påvirker utkomme av fødsel.

2.1 Vitenskapsteoretisk forankring i kvantitativ metode

Gjennom det positivistiske paradigme presenteres verden ut fra stabile fenomener som kan observeres, måles og sammenfattes som objektive fakta (Malterud, 2017). I denne litteraturstudien er lang latensfasen fenomenet. Kvantitativ metode har til hensikt «å avdekke så sikker og gyldig kunnskap som mulig om det som kan telles, veies og måles» (Aadland, 2011). Objektive data danner grunnlaget for å kunne sammenlikne, finne tydelige mønstre og utvinne kunnskap som kan generaliseres (Aadland, 2011). Målet er å se om lang latensfase påvirker utkomme for fødsel og om man kan trekke sammenligninger mellom utkommene og lang latensfase.

I en kvantitativ tilnærming er hypotetisk-deduktiv metode den mest brukte metodestrukturen. En hypotese om hvordan ting henger sammen utvikles først, for deretter å dedusere seg fram til mulige underhypoteser som testes rent empirisk. For denne litteraturstudien er hypotesen at lang latensfase påvirker utkomme av fødsel. Bekrefter disse dataene utgangshypotesen, er tilliten til den opprinnelige teorien styrket (Aadland, 2011). Gjennom å sammenligne resultater fra forskning og presentere dette vil man kunne se hvilke utkomme som er best dokumentert, hvilke som er tilfeldige funn og eventuelt utkomme som ikke viser seg å ha noen relevans for fødselen som helhet.

Som forsker må man forholde seg klar og kritisk distansert til sitt eget materiale. Likevel kommer man ikke unna at det i utgangspunktet er forskeren som har stilt spørsmålet og funnet relevant kunnskap ut fra hva han/hun ønsker svar på (Aadland, 2011). Prosessen med denne litteraturstudien er å prøve å finne svar på om lang latensfase påvirker utkomme av fødsel, hvilke utkomme som påvirkes og i hvilken grad.

2.2 Teori som boksåpner

Teorien som benyttes i denne oppgaven er teori som boksåpner. For å finne svar på om lang latensfase har påvirkning på utkomme av fødsel, er det hensiktsmessig å gjøre en litteraturstudie med systematiske søk som muliggjør et dypdykk i forskning som omhandler lang latensfase. Motivasjonen er å finne kvantitative data som bekrefter eller avkrefter forskningsspørsmålet for litteraturstudien, for deretter å presentere resultatene. Høyser kaller dette for en boksåpner, hvor man bruker teori for å få hull på sin undersøkelse og gjøre en videre analyse (Høyser, 2011). Ut fra denne teorien vil man heller ikke kunne forstå fenomenet lang latensfase fullstendig, men få mulighet til å undersøke og sammenligne hva tidligere forskning har sagt, for videre å sammenfatte det i litteraturstudien. Litteraturen som er publisert på emnet hjelper til å åpne opp for en forståelse for hva lang latensfase har å si for utkomme, og kvinnenenes opplevelse av fødselen. Stemmer hypotesen om lang latensfase og negative utkomme av fødsel? Derfor er det relevant å bruke Høyser og teorien som boksåpner som teoretisk forankring i denne litteraturstudien.

3.0 Design og metode

I metodekapittelet beskrives valg av metode og de ulike kriteriene for hva som inkluderes og ekskluderes i litteraturstudien. Fremgangsmåten for å finne frem til studier som kan svare på problemstillingen gjennom databasesøk og kvalitetsvurdering av disse blir beskrevet. Valg som er tatt med tanke på design, utvalg, gjennomføring og analysemetode som danner grunnlag for oppgaven beskrives også.

3.1 Bakgrunn for valg av metode

Hellevik refererer til Aubert i sin definisjon av metode: «En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Hellevik, 2002).

Målet med denne studien er å få en større forståelse for lang latensfase og dens mulige påvirkning på utfall av fødsel og for kvinnenenes opplevelse av fødsel. For å finne svar på dette benyttes en strukturert litteraturstudie med kvantitativ tilnærming. Dette er en egnet tilnærming for å belyse fenomenet lang latensfase, og for å besvare problemstillingen. Ved å benytte strukturert litteraturstudie som metode skal oppgaven besvares gjennom vurderinger

og oppsummering av primærstudier med kvantitativ metode om temaet. Det er vesentlig å finne tilstrekkelig antall studier av god kvalitet. Disse studiene skal danne grunnlaget for en god evaluering av prosessen med litteraturstudiet, og føre frem til en konklusjon (Aveyard, 2019).

3.2 Søkestrategi og litteratursøk

3.2.1 Søkestrategi

For å lage en systematisk søkestrategi før litteraturgjennomgangen ble problemstillingen satt inn i et PICO-skjema. PICO gir struktur og klargjør spørsmålet for litteratursøk, utvelgelse og kritisk vurdering av litteraturen. PICO er en forkortelse av elementer som ofte vil være med i et spørsmål (Helsebiblioteket). PICO egner seg godt for svar på kjernespørsmålet i litteraturstudien, da langvarig latensfase er det kvinnene er utsatt for og utkomme av fødsel er utfallet det ønskes svar på. Se Tabell 2 for beskrivelse av PICO.

Tabell 2 – PICO-skjema

	Norske ord	MeSH (emneord)	Tekstord
Populasjon/ problem	Gravide		
Intervensjon	Langvarig latensfase	Labor stage, first First Latent Early	Stage* Phase* Labor* Labour* Dystocia* Duration* Prolong*
Sammenligning (comparison)	Gravide med normal latensfase		
Utfall (outcome)	Utfall av fødsel		

3.2.2 Litteratursøk

I Tabell 3 presenteres inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Kriteriene ble satt før de systematiske søkene i databasene ble gjort. Kvantitative studier ble inkludert, da slike studier har rett studiedesign for å kunne svare på problemstillingen. Ettersom det var få publikasjoner på emnet ble artikler fra hele verden inkludert.

Tabell 3 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kvantitative forskningsartikler	Artikler som omhandler induksjon
Artikler publisert på engelsk eller skandinavisk	Artikler som omhandler den aktive fase av første del av fødsel
Artikler fra hele verden	Artikler publisert før 2001
Artikler publisert etter 2001	
Studier som omfatter kvinner i Robson gruppe 1 og 3*	

*Robson gruppe 1 omfatter førstegangsfødende kvinner med spontane rier, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker. Robson gruppe 3 omfatter flergangsfødende kvinner med spontane rier, ett foster i hodeleie, ≥ 37 uker.

Søkeprosessen startet med søk i Oria for å få en oversikt over hva som fantes av litteratur om emnet lang latensfase. I tillegg ga veileder tips om noen artikler som var nyttige å lese i oppstartsfasen. Neste steg var å lese abstrakter av artikler, samt noen artikler for å få en oversikt. For å definere latensfasen som normal eller forlenget ble det nødvendig å definere tidsangivelsen for latensfasen. Retningslinjer og anbefalinger fra Verdens helseorganisasjon, NICE guidelines, The American College of Obstetrics and Gynecologists (ACOG) og veileder i fødselshjelp ble brukt for å definere.

Bibliotekar ved OsloMet i slutten av mai 2021 gav god og kompetent hjelp i søkeprosessen. Dette var nyttig for å systematisere søket og finne gode søkeord, samt gjennomføre det systematiske litteratursøket i Medline og Cinahl (Tabell 3). Systematisk søk ble også utført i

Maternity and Infant Care med samme søkeord. Medline og Cinahl er medisinske databaser som inneholder forskning som er relevant for temaet, og som kan svare på problemstillingen. Søket i Maternity and Infant Care dekker jordmorfaget spesielt. Det ble også søkt i Cochrane for å se om det fantes systematiske oversikter som omhandlet langvarig latensfase og påvirkning på fødselens utkomme. Søket ble satt opp etter PICO, og søkeord som ble brukt var «prolonged latent phase» AND «outcome of delivery»/ «finding of birth outcome». Dette ga ingen resultater.

Alle artikler som er skrevet på et annet språk enn norsk, dansk, svensk eller engelsk ble ekskludert. Dette for å ha mulighet til å forstå og kunne vurdere kvaliteten på innholdet i primærartiklene som er valgt ut. Kvalitative studier ble ekskludert.

I Tabell 4 kommer det frem hvordan søkeordene ble koblet sammen med OR, et eksempel: labor stage, first OR (first or latent or early) «adj4» (stage or phase) «adj4» (labor or labour). Kombinasjoner med OR utvider søket og gir flere treff, da det finner synonymer. Det som står i hver rute blir koblet med AND, et eksempel; resultatet av labor stage, first OR (first or latent or early) kobles med: AND dystocia. Kombinasjoner med AND spisser søket, og bidrar til å begrense antall treff, det finner ulike komponenter av søkeordet. Et fullstendig systematisk søk er vist i Tabell 3. Samme kombinasjon av søkeord er brukt i de ulike databasene. I Cinahl ble søket tilpasset den databasen med «NJ3» i stedet for «adj4». Se for øvrig vedlegg 1-3 for fullstendig søkehistorikk.

Trunkering av tekstordene ble benyttet for å få flere variasjoner av tekstordet. Ved å benytte seg av trunkering på tekstordet kan antall treff øke, til eksempel ordet prolong*. Ved å bruke «adj4», søkes det etter en kombinasjon av tekstord innenfor et avgrenset område. Dette gir et nyttig og mer presist søk (bibliotekar ved OsloMet, 2021).

Bibliotekar anbefalte også å sjekke artiklene opp mot Google Scholar for å se hvor mange ganger og hvilke andre forskere som hadde referert til de utvalgte artiklene. Ved å gjøre dette kunne det komme frem andre artikler som ikke hadde blitt fanget opp av de aktuelle søkeordene brukt i databasene. Et siteringssøk er verdifullt for å si noe om hvor stor gjennomslagskraft dokumentet har hatt på det aktuelle fagområdet. I tillegg kan et sånt søk

bidra til nøkkelord for å se om søket burde utvides eller om ordene som er brukt allerede dekker det meste innenfor emnet (Helsebiblioteket).

MeSH (Medical Subject Heading) er brukt i søkeprosessen i databasene for å bidra til mer presise søk. MeSH er et emneordsystem for biomedisin og helserelatert litteratur og brukes i emneordregister i databaser som for eksempel Medline og Cochrane Library. Verktøyet MeSH på norsk er til god hjelp for raskt og enkelt å finne autoriserte søkeord og deretter bruke emneordene direkte i internasjonale informasjonskilder (Helsebiblioteket, 2018). Se Tabell 1 for MeSH emneord brukt i søkeprosessen.

Tabell 4 - Eksempel på litteratursøk i Medline

#	<u>Søkeord</u>	<u>Antall treff</u>
1	Labor stage, first/	1,399
2	((first or latent or early) adj4 (stage* or phase*) adj4 (labor* or labour*)).mp.	3,169
3	1 or 2	3,169
4	Dystocia/	3,717
5	dystocia*.mp.	5,812
6	prolong*.mp.	397,136
7	duration*.mp.	641,983
8	4 or 5 or 6 or 7	996,980
9	3 and 8	1,070

3.3 Analyseprosess

Gjennomgang av tittel og abstrakt generert av de systematiske litteratursøkene gav relativt få relevante artikler. Funnene viser at emnet er forsket på i liten grad. En liten gruppe forfatterne har publisert flere artikler omhandlende latensfase med ulik vinkling og ulike utfall. Artikkene ble lest i fulltekst, lagt inn i EndNote og sjekket for dubletter.

3.4 Kritisk vurdering av artiklene

For å vurdere om artiklene var av god kvalitet ble de gransket ved å benytte sjekklister fra Helsebiblioteket og Critical Assessment Skills Programme (CASP). I følge Aveyard er prosessen med å lese artikler for en ny innenfor forskningsfaget kompleks, og en sjekklister kan være til hjelp for å utvikle en systematisk tilnærming i denne prosessen. Ved hjelp av sjekklister får dermed alle artiklene en vurdering på likt grunnlag (Aveyard, 2019). Artiklene som er valgt ut for denne oppgaven er kohortstudier og tverrsnittstudier, og det var viktig å se om de virkelig målte det de skulle måle, og om resultatene som var presentert kunne være til å stole på (validitet/ reliabilitet). For kohortstudiene ble det sjekket for hvordan sammenligningen mellom de inkluderte gruppene var gjennomført. Deretter var det viktig å se om kohortstudie var riktig tilnærming for akkurat den studien for å gi svar på forskningsspørsmålet forskerne hadde stilt (Aveyard, 2019). For å se om studiene hadde valide resultater, måtte man se på konfidensintervallene, risk ratio, odds ratio og p-verdiene som er angitt i de ulike studiene. Konfidensintervallet er et relasjonelt mål for spredning og jo smalere dette intervallet er, jo større sannsynlighet er det for at for eksempel lang latensfase fører til et utfall som for eksempel keisersnitt i den populasjonen som er undersøkt. Større studier gir oftere smalere konfidensintervall og mer robuste data, mens mindre studier gir bredere konfidensintervall (Thomas, 2017). Risk ratio (RR) og odds ratio (OR) i studier er to vanlige måter å måle effekten av dikotome variabler (eksempelvis kvinner med lang latensfase versus kvinner med normal latensfase). Risk ratio gir uttrykk for risikoen for et utfall som for eksempel keisersnitt, som et forhold mellom gruppen med lang latensfase kontra gruppen med normal latensfase. Oddsene er sannsynligheten for å få et utfall delt på sannsynligheten for ikke å få et utfall i den ene gruppen delt på sannsynligheten for å få et utfall delt på sannsynligheten for ikke å få et utfall i den andre gruppen (Thomas, 2017). P-verdi angir hvor statistisk signifikante resultatene for studiene er og hvor heterogen studiepopulasjonen er.

To artikler hadde publisert resultater basert på spørreundersøkelser og for disse var det viktig å se om forskerne hadde brukt et spørreskjema som hadde god validitet og reliabilitet. Spørreskjemaet i begge artiklene var the Early Labour Experience Questionnaire (ELEQ). Dette spørreskjemaet består av 28 spørsmål vurdert ut fra en fem poeng skala. Spørreskjemaet måler kvinners følelsesmessige opplevelse av latensfasen (14 spørsmål), opplevelsen av hjelpen gitt av helsepersonell (12 spørsmål), om de ville anbefale denne hjelpen i latensfasen

til en venn (ett spørsmål), og om de mente de hadde reist til sykehus i rett tid (ett spørsmål) (Janssen & Desmarais, 2013). ELEQ er det eneste validerte spørreskjemaet funnet i søkeprosessen for litteraturstudien som måler latensfasen. Det er validert for kanadisk setting og førstegangsfødende. Ängeby et al. påpekte i studien at de gjennomførte en psykometrisk måling av skjemaet før de brukte det i svensk kontekst (Angeby, Sandin-Bojo, et al., 2018).

Selv om artiklene var publisert i fagfelleverderte tidsskrifter, er en kritisk gjennomgang relevant (Helsebiblioteket). Man skal alltid ha i bakhodet at det kan ha vært publikasjoner på emnet som ikke er publisert på grunn av negative resultater eller gitte resultater forskerne ikke har ønsket å publisere. Dette forhindres av regel om registrering av planlagte forskningsprosjekt i databaser som for eksempel www.clinicaltrials.org i forkant av inkludering av deltagere. Uten denne registreringen er det så å si umulig å få publisert i dag.

3.5 Etske betraktninger i forskningsartiklene

Ettersom dette er en litteraturstudie, er det ikke behov for å søke REK eller NSD for godkjenninger, men det er likevel viktig med etiske overveielser. Forsberg og Wengström (2015) har beskrevet etiske retningslinjer godt. Retningslinjene sier at man ikke skal fabrikere, stjele eller plagiere data, hypoteser eller metoder uten å anwise til kilder. Man skal heller ikke fuske eller være uhederlig på annet vis i forskningsprosessen. I systematiske litteraturstudier bør etiske betraktninger gjøres ut fra utvalget og presentasjonen av resultatene. Videre er det viktig å se på om studiene man har valgt har fått godkjenning av etisk komite eller om andre etiske overveielser er gjort. Artikler som inngår i studien må gjøres rede for, samt at de skal arkiveres. Til slutt er det etisk riktig å presentere alle funn som er gjort, ikke bare de som støtter hypotesen. Det er uetisk å presentere kun artikler som støtter forskerens eget syn (Forsberg & Wengström, 2015).

Artiklene som er valgt ut i denne litteraturstudien har fått godkjennelse av etiske komiteer og skriftlig samtykke til deltakelse fra deltakerne som har svart på spørreundersøkelsene. De historiske kohortene har trukket ut datamateriale fra databaser og sett på dette. Her behøves det ingen annen godkjenning enn fra den respektive institusjonen hvor datamaterialet hentes fra.

3.6 Analyse

Grunnlaget for litteraturstudien er kvantitative primærstudier, og tilnærmingen til analysemetoden er kvantitativ. Hver studie er systematisk gjennomgått, og forfatterens metode for statistiske analyser og hvilke statistiske analyser som er tatt med, er beskrevet. Utfall og funn relatert til problemstillingen presenteres i en deskriptiv tabell, se Tabell 5. Tidsangivelser for latensfasen i de ulike studiene presenteres i tabells form for å få bedre oversikt over variasjoner, se Tabell 6. Resultatene fra de ulike studiene er sammenlignet i henhold til gitte utfall/ temaer/ emner (Thomas, 2017). Emnene som sammenlignes mellom gruppene med lang latensfase og de uten lang latensfase er forløsningsmetode, intervensjoner, materielle utkomme, neonatale utkomme og kvinnenens opplevelse av fødsel.

3.6.1 Vurdering av risiko for bias

Med en kvantitativ tilnærming har forskeren stilt et spørsmål som man ønsker å få svar på gjennom objektive data. Dermed er ikke forforståelse et stort problem med denne metoden.

Det som kan påvirke resultatene i artiklene er systematiske skjevheter/ seleksjonsbias.

Seleksjonsskjevhet kan føre til reduksjon i den eksterne validiteten av studien og mulighet for å generalisere funnene kan bli svekket. Der hvor man undersøker sammenheng mellom en eksponering og et utfall behøver ikke lav deltakelse ha noen innflytelse så lenge de som inngår i analysen er representative for den gruppen de skal representere (Laake, 2007).

Ettersom de artiklene som er valgt ut ikke er oppfølgingsanalyser er det tatt høyde for konfunderende faktorer som kan være aktuelle.

Artiklene som danner grunnlaget for denne litteraturstudien er retrospektive kohorter. En svakhet ved dette kan være at dataene kan være mangelfulle og mindre detaljerte enn om man samlet inn data prospektivt. Fordelen med historisk kohortstudie er at man raskt kan se sammenheng mellom eksponering og utfall. Utfordringen kan være å skaffe informasjon om konfunderende faktorer retrospektivt (Laake, 2007).

En annen aktuell bias man må se etter i spørreundersøkelser, er frafallsskjevhet. Er det tilstrekkelig antall som har svart på den aktuelle spørreundersøkelsen? Er det fellestrekk mellom de som faller fra?

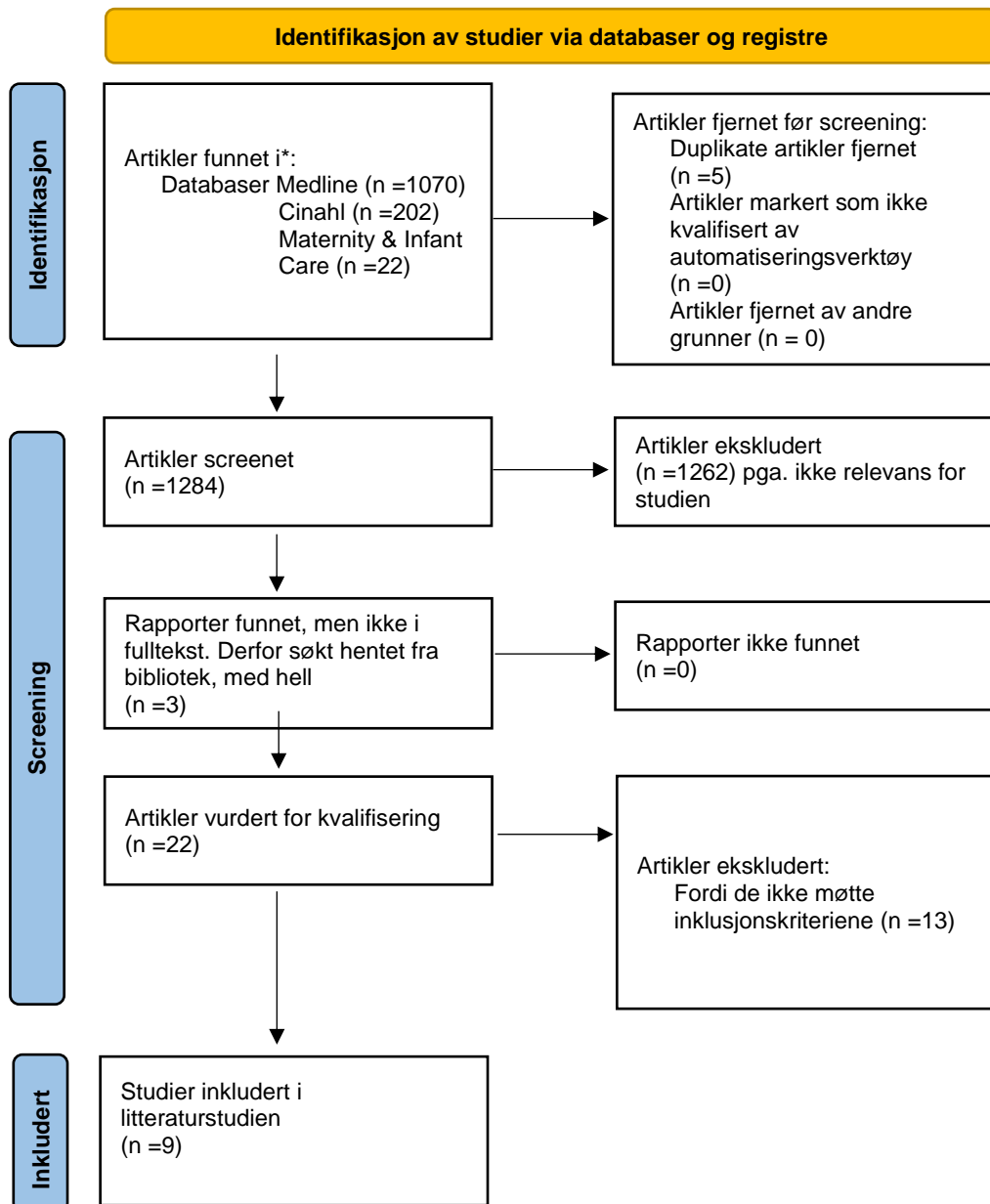
4.0 Resultater

I dette kapitlet beskrives resultatene fra det systematiske søket. Prisma flytdiagram presenteres i Figur 1 for å vise søkeprosessen. Videre presenteres de inkluderte artiklene i en strukturert oversikt under kapittel 4.2. Artiklenes reliabilitet og validitet er vurdert i henhold til CASP sjekklister og sjekklister fra Helsebiblioteket. Denne vurderingen er satt inn i Tabell 5. Målene for tallene i studiene som er presentert (KI, RR, OR og P-verdi), er sett på og vurdert. Resultatene fra studiene er satt inn i Tabell 6 og 7, samt beskrevet med tekst.

4.1 Analyseprosess og PRISMA flytdiagram

Gjennom analyseprosessen er det lest 1284 titler og sammendrag og i tillegg 22 artikler i fulltekst. Flere av artiklene hadde relevant tittel, men ved mer inngående lesing omhandlet artiklene induksjon eller aktiv fase av fødselen. Dette var ikke en del av inklusjonskriteriene. EndNote ble benyttet for å holde oversikt over utvalgte artikler fra søkene gjort i Medline, Maternity and Infant Care og Cinahl. Duplikatsjekk ble gjennomført ved hjelp av EndNote, og det ble funnet kun fem duplikater. Det ble funnet tre artikler som virket relevant for oppgaven etter å ha lest tittel og abstrakt, men disse ble ikke funnet i fulltekst. Etter å ha tatt kontakt med biblioteket og fått god hjelp der, var det mulig å inkludere disse også. 22 artikler ble lest i fulltekst, men på bakgrunn av relevans for oppgaven og problemstillingen, ble ytterligere 13 artikler ekskludert. De ni artiklene som er selektert til oppgaven er lest flere ganger og vurdert til å kunne svare på problemstillingen. PRISMA flytdiagrammet i Figur 1 fra Page MJ (2020) viser prosessen med utvelgelsen av artiklene.

Figur 1 – PRISMA flytdiagram (Page MJ, 2020)



4.2 Presentasjon av inkluderte artikler

Strukturert oversikt over artikler inkludert i studien

<i>Forfatter(e), år, tittel</i>	<i>Formålet med studien</i>	<i>Studiens design</i>	<i>Deltakere/ nasjonalitet/ tidspunkt for datainnsamling</i>	<i>Kvalitetsvurdering</i>
Maghoma og Buchmann (2002) «Maternal and fetal risks associated with prolonged latent phase of labour»	Å fastslå om forlenget latensfase er assosiert med en økt risiko for maternell, føtal og obstetriske komplikasjoner.	Retrospektiv kohortstudie	2549 kvinner i Robson gruppe 1 og 3 Sør-Afrika 1.august 1999 til 30.november 1999.	Middels
Gharoro og Enabudoso (2006) «Labour management: An appraisal of the role of false labour and latent phase on the delivery mode»	Å sette søkelyset på latensfasens rolle og behandling av en "falsk" fødselsstart samt utfall, for å sette søkelys på forløsningsmetode (sectio, instrumentell vaginal forløsning eller normal vaginal fødsel).	Retrospektiv kohortstudie	3130 kvinner i Robson gruppe 1 og 3 Nigeria Januar 2000 til desember 2004	Høy
Lundgren et al. (2013) «Care seeking during the latent phase of labour – Frequencies and birth outcomes in two delivery wards in Sweden»	Å undersøke hyppigheten av kvinner som søker hjelp i latensfasen av fødsel. Å se nærmere på intervensjoner i fødselsforløpet og fødselsutfall i relasjon til paritet, og å bli værende i avdeling kontra å være hjemme i latensfasen.	Retrospektiv kohortstudie	5795 kvinner i Robson gruppe 1 og 3 Sverige 1.januar til 31.desember 2005	Høy
Janssen et al. (2014) «Women's perception of pre-hospital labour duration and obstetrical outcomes; a prospective cohort study»	Å sette søkelys på lavrisiko førstegangsfødende kvinner hvor hendelser tidlig i fødselsforløpet kan ha innvirkning på fødselsarbeidet, inkludert dystoci diagnose.	Retrospektiv kohortstudie	1247 kvinner i Robson gruppe 1 Canada November 2001 til oktober 2004	Høy
Ängeby, Wilde-Larsson et al. (2018) «Prevalence of prolonged latent phase and labor outcomes: Review of birth records in a Swedish population»	Å beskrive forekomsten av forlenget latensfase på 18 timer eller mer, basert på kvinnes tilbakemelding om fødselsstart. Sammenligning av obstetriske	Deskriptiv og sammenlignende studie	1343 kvinner i Robson gruppe 1 og 3 Sverige 2013-2014	Høy

	intervensjoner, fødsel, og neonatale utfall hos kvinner med og uten forlenget latensfase.			
Ängeby, Sandin-Bojö et al. (2018) «Women's labour experiences and quality of care in relation to a prolonged latent phase of labour»	Å teste Early Labour Experience Questionnaire blant første- og flergangsfødende. Å beskrive og sammenligne deres opplevelser i tidlig fødsel.	Tverrsnitt studie	754 kvinner i Robson gruppe 1 og 3 Sverige 1.september 2013 til 31.august 2014	Høy
Tilden, Phillippi et al. (2019) «Describing latent phase duration and associated characteristics among 1281 low-risk women in spontaneous labor»	Å karakterisere lengden på latensfasen ved hjelp av kvinnenes egen oppfatning av fødselsstart for å definere start av latensfasen. Å kvantifisere sammenhengen mellom demografiske og maternelle/nyfødte helsekarakteristikker for å måle varighet av latensfase ved bruk av percentilskjema.	Prospektiv kohortstudie	1281 kvinner i Robson gruppe 1 og 3 USA 2012-2017	Høy
Ängeby et al. (2019) «Early labour experience questionnaire: Psychometric testing and women's experiences in a Swedish setting»	Å beskrive første- og flergangsfødende kvinners fødselsopplevelser og deres forståelse av kvaliteten i svangerskapsomsorgen basert på bakgrunns karakteristikk og varighet av latensfasen ved innleggelse til fødeavdeling.	Tverrsnitt studie	757 kvinner i Robson gruppe 1 og 3 Sverige 1.september 2013 til 31.august 2014	Høy
Tilden et al. (2020) «The association between longer durations of the latent phase of labor and subsequent perinatal processes and outcomes among midwifery patients»	Å evaluere sammenhengen mellom varigheten av latensfasen og påfølgende prosesser og utfall.	Sekundær analyse av prospektivt samlet data	1189 kvinner i Robson gruppe 1 og 3 USA 2012-2017	Høy

4.3 Kvalitetsvurdering av inkluderte studier

Kvalitetsvurderingen er foretatt ved bruk av sjekklister. Åtte studier har fått vurdering til høy kvalitet da alle eller de fleste kriteriene er oppfylt. Der det mangler noen kriterier har det hatt liten betydning for konklusjonen til studiene. En studie ble vurdert til middels kvalitet. Alle kriteriene for sjekklisten ble ikke oppfylt, men konklusjonen til studien kan likevel regnes med. Se vurderingene i den strukturerte oversikten i kapittel 4.2. Sjekklistene for kohort- og prevalensstudier som er benyttet ligger som vedlegg 4-12.

4.4 Vurdering av risiko for bias i de inkluderte studiene

Datamaterialet de inkluderte studiene har brukt er hentet fra spørreskjema, elektroniske fødselsregistre eller institusjonens databaser. Dermed er risikoen for seleksjonsskjevhet lav ettersom dette sikrer liten påvirkning på forskerne. Risikoen for måleskjevhet vurderes også til lav da målemetodene som er brukt er objektive. Klassifiseringsskjevhet vurderes også til lav da klassifiseringen til eksponeringsgruppene er foretatt på samme måte. Et par studier rapporterte frafall på spørreundersøkelsen, hvor det førte til en svarprosent på kun 63%. Likevel er studiene verdt å inkludere, da det ikke var store variabler på frafallsgruppen kontra studiegruppen. Se sjekklister for nærmere vurdering (vedlegg 4-12).

4.5 Presentasjon av resultater relatert til problemstilling for oppgaven

Tabell 5 – Presentasjon av forløsningsmetode, intervensjoner, materielle utkomme og neonatale utkomme i de inkluderte studiene

Forfatter(e) (år)	Sectio	Instrumentell vaginal forløsning	Amniotomi	Medikamentell smertelindring	Dystoci	Postpartumbldning	Episiotomi og rifter grad 3 eller 4	Infeksjon og chorioamnionitt	Apgar skår <7 ved fem minutter	Nyfødt resuscitering	Opphold ved nyfødt intensiv
Tilden et al. (2020)	X		X	X	X	X			X		X
Ängeby, Wilde-Larsson et al. (2018)	X	X	X	X	X		X		X		X
Janssen & Weissinger (2014)	X	X		X	X	X			X	X	X
Lundgren et al. (2013)	X	X	X	X		X	X		X		
Gharoro & Enabudoso (2006)	X	X									
Maghoma & Buchman (2002)	X					X		X	X		X

Tabell 6 – Tidsangivelser for latensfasen i de inkluderte studier

Forfatter(e) (år)	Paritet*	Normal latensfase (angitt i tid)	Lang latensfase (angitt i tid)
Maghoma & Buchman (2002)	P0/P ⁺	2.4 timer	16 timer
Gharoro & Enabudoso (2006)	P0/P ⁺	<8 timer	>8 timer
Lundgren et al. (2013)	P0	<20 timer	>20 timer
	P ⁺	<14 timer	>14 timer
Janssen & Weissinger (2014)	P0/P ⁺	<24 timer	≥24 timer
Ängeby, Wilde- Larsson et al. (2018)	P0	<18 timer	≥18 timer
Ängeby, Sandin-Bojöö et al. (2018)	P ⁺	<18 timer	≥18 timer
Tilden et al. (2019)	P0	Gjennomsnitt 11.8 timer, median 9 timer.	Percentilskjema:
Tilden et al. (2020)			80percentil=17.0 timer 90percentil=24.0 timer 95percentil= 30.0 timer
	P ⁺	Gjennomsnitt 9.3 timer, median 6.8 timer.	Percentilskjema: 80percentil=13.5 timer 90percentil=19.0 timer 95percentil=24.5 timer

*Paritet er angitt i P0 som er førstegangsfødende, og P⁺ som er flergangsfødende.

Som det kommer frem av tabellen, har ikke Tilden et al. satt tidsangivelse for når latensfasen går fra normal til lang.

Tilden et al. beskrev først varighet av latensfase for paritet. De satte søkelys på ujusterte analyser med to mål som ga sentrale tendenser (gjennomsnitt, median), og på tre fordelingspunkter som markerte lengre latensfase (80-, 90- og 95percentil). Deretter

sammenlignet de kvinners latensfase for hver karakteristikk ved hvert punkt av latensfasens fordeling av varighet (som eksempel varighet av latensfase $<$ gjennomsnitt versus \geq gjennomsnitt), ved å bruke t test og Wilcoxon rank-sum tester. Eksponeringsvariablene var maternell demografi (som alder), helse, og karakteristikk ved fosteret (som fosterets presentasjon ved fødsel). Kontinuerlige variabler (som gestasjonsalder), ble omgjort til klinisk relevante kategoriske variabler (som tidlig termin versus termin ved gestasjonsalder). Resultatene av dette var varighet av latensfasen. Multivariabel tilbakefallsstatistikk ble brukt for å justere sammenhengen mellom latensfasens slutt eller begynnelse, og utover gjennomsnittet og 80-, 90- og 95percentilen for varighet. Her så de også på variabler som sivilstatus, maternell alder, maternell høyde, BMI, vektoppgang i svangerskapet, gruppe B streptokokker (GBS) i vaginalt sekret, svangerskapsdiabetes, langvarig vannavgang, gestasjonsalder ved fødsel, fødselsvekt, chorioamnionitt, og fosterets presentasjon ved fødsel. Gjennomsnittet var punktet for sentrale tendenser valgt for analyse. Tilbakefallsstatistikk sammenlignet kvinner ved hvert punkt av varighet av latensfasens fordeling (som \geq gjennomsnitt varighet av latensfasen), mot dem under hvert fordelingspunkt (som $<$ gjennomsnitt varighet av latensfasen) (Tilden et al., 2019).

Tabell 7 – Oversikt over forekomst av normal kontra lang latensfase i de inkluderte studiene

Forfatter(e) (år)	Paritet*	Normal latensfase		Lang latensfase		Totalt antall
		N=	%	N=	%	
Maghoma & Buchman (2002)	P0/P+	100	40	150	60	250
Gharoro & Enabudoso (2006)	P0 P+	1026 1742	84 92	199 155	16 8	1225 1897
Lundgren et al. (2013)	P0	296	51	288	49	584
	P+	266	61	173	39	439
Janssen & Weissinger (2014)	P0/P+	813	65	434	35	1247
Ängeby, Wilde-Larsson et al. (2018)	P0	469	71	193	29	662
	P+	565	83	116	17	681
Tilden et al. (2019)	P0	448	67	217	33	665
	P+	412	67	204	33	616

*P0 er førstegangsfødende, P+ er flergangsfødende

Forløsningsmetode ved lang latensfase i de inkluderte studiene

Tilden et al. fant at P0 med keisersnitt var 14/96 i gruppen med varighet av latensfasen innenfor 80-, 90- og 95percentilen. For P+ var tallet 7/36. Dette ga p-verdi på respektive 0.081 og 0.147, og var dermed ikke statistisk signifikant for sammenheng mellom lang latensfase og keisersnitt som forløsningsmetode (Tilden et al., 2020).

Ängeby, Wilde-Larsson et al. fant forekomst av keisersnitt hos P0 med lang latensfase 10/193, mot 7/469 med normal latensfase. Tallene for P+ var 10/116, mot 15/565. Dette ga en p-verdi for begge gruppene på 0.01, som viste en høyere risiko for keisersnitt etter lang latensfase. Tallene for instrumentell vaginal forløsning etter lang latensfase var for P0 17/193, mot 29/469, og for P+ 13/116 mot normal latensfase 27/565. Dette ga ikke statistisk signifikans for P0, men for P+ ga det en p-verdi på 0.05 og økt risiko i denne gruppen (Angeby, Wilde-Larsson, et al., 2018).

Janssen og Weissinger sammenlignet kvinner (både P0 og P⁺), som har opplevelse av å være i latensfase ≥ 24 timer (123/434), mot de som ikke hadde denne opplevelsen (164/813). Dette ga en økt risiko for keisersnitt i gruppen som oppfattet å ha latensfase varende 24 timer eller mer (RR 1.4, 95% KI 1.15-1.72). For instrumentell vaginal forløsning var tallene 122/434 mot 237/813, og ingen statistisk signifikans for økt risiko (RR 0.96, KI 0.80-1.16) (Janssen & Weissinger, 2014).

Lundgren et al. har sett på forekomst av keisersnitt hos P0 med lang latensfase som ble værende i sykehus (33/170), og sammenlignet det med P0 med lang latensfase som reiste hjem (7/118). For P0 som ble værende i sykehus med lang latensfase, forekom det oftere akutt keisersnitt (RR 3.820, KI 1.627-8.965, P=0.002). Dette gjaldt ikke for P⁺, der respektive tall for gruppen var 2/87 som ble værende i sykehus fikk keisersnitt mot 2/80 av dem som reiste hjem (RR 0.929, KI 0.128-6.753, P=1.000). Forekomst av instrumentell vaginal forløsning for P0 med lang latensfase værende i sykehus (22/170), sammenlignet med dem som reiste hjem (18/118), var ikke statistisk signifikant (RR 0.826, KI 0.421-1.618, P=0.606). For P⁺ var gjeldende tall 2/87 mot 2/80, som heller ikke var statistisk signifikant (RR 0.929, KI 0.128-6.753, P=1.000) (Lundgren et al., 2013).

I studien til Gharoro og Enabudoso viste de til en signifikant negativ korrelasjon mellom forløsningsmetode og lang latensfase (Pearson correlation coefficient R= -0.066, P=0.000). P0 26/199 ble forløst med keisersnitt etter lang latensfase, P⁺ 20/155. Tallene for instrumentell vaginal forløsning var for P0 13/199, for P⁺ 2/155 (Gharoro & Enabudoso, 2006).

I Maghoma og Buchman sin studie skilte de ikke på P0/P⁺. De har sammenlignet en gruppe med lang latensfase (n=150) mot en kontrollgruppe med normal latensfase (n=100). I gruppen med lang latensfase, fikk 43/150 keisersnitt, mot 6/100 i kontrollgruppen. Dette ga en p-verdi på <0.001, og var et statistisk signifikant funn for sammenheng mellom lang latensfase og keisersnitt som forløsningsmetode i denne studien (Maghoma & Buchmann, 2002).

Ulike intervensjoner ved lang latensfase i de inkluderte studiene

Tilden et al. viste til signifikante assosiasjoner mellom lang latensfase og intervensjoner som amniotomi og bruk av oxytocin stimulering, og bruk av epidural under aktiv fase og

utdrivningsfasen for både P0 og P⁺. For amniotomi blant P0 var forekomsten 29/94, hos P⁺ var den 20/59, hvor p-verdi for begge grupper var <0.001. Forekomst av epidural for P0 var 85/177, for P⁺ var det 60/123 (P<0.001 for begge grupper). Bruk av oxytocin stimulering var respektive P0 53/176, P⁺ 32/100 (P<0.001) (Tilden et al., 2020).

I studien til Ängeby, Wilde-Larsson et al, fant man at det ble utført amniotomi hos P0 med lang latensfase 126/193, mot 138/465 for P0 med normal latensfase. For P⁺ var tallene 82/116 mot 189/561. Tallene var statistisk signifikante for både P0 og P⁺ som fikk amniotomi i latensfasen og i aktiv fase (P<0.001), men ikke for dem hvor det ble gjort amniotomi i utdrivningsfasen.

Bruk av smertelindring var delt opp i to grupper. Morfin i latensperioden: P0 71/193 (mot normal latensfase 73/469), P⁺ 47/116 (mot normal latensfase 106/565). Disse tallene var statistisk signifikante for begge grupper, med P<0.001. Epidural: P0 96/193 (mot normal latensfase 94/469), P⁺ 56/116 (mot normal latensfase 99/565), også statistisk signifikant med P<0.001.

Bruk av oxytocin stimulering var delt opp i latensfase, aktiv fase og utdrivningsfasen. I latensfasen: P0 17/193 (mot normal latensfase 5/469), P⁺ 11/116 (mot normal latensfase 4/565), med P<0.001. I aktiv fase: P0 98/193 (mot normal latensfase 82/469), P⁺ 57/116 (mot normal latensfase 78/565), med P<0.001. I utdrivningsfasen: P0 125/193 (mot normal latensfase 151/469), P⁺ 72/116 (mot normal latensfase 147/565), med P<0.001 (Ängeby, Wilde-Larsson, et al., 2018).

Janssen og Weissinger så P0/P⁺ sammen for opplevelse av latensfase ≥ 24 timer, hvor de sammenlignet mot dem som ikke opplevde latensfase varende 24 timer eller mer.

Smertelindring delte de inn i tre kategorier. Intravenøse og intramuskulære medikamenter: P0/P⁺ 206/434 mot 320/813 (RR 1.21, KI 1.06-1.37). Lystgass: P0/P⁺ 294/434 mot 568/813 (RR 0.97, KI 0.90-1.05). Epidural: P0/P⁺ 327/434 mot 495/813 (RR 1.18, KI 1.09-1.28).

Bruk av oxytocin for P0/P⁺ i studien var respektive 331/434 mot 65/813 (RR 1.33, KI 1.23-1.44) (Janssen & Weissinger, 2014).

Lundgren et al. sine funn i forhold til amniotomi hos P0 med lang latensfase som ble værende i sykehus var 118/170, mot 74/118 for de som reiste hjem (RR 1.349, KI 0.822-2.215, P=0.822). For P⁺ var tallene 56/87 mot 48/80 (RR 1.204, KI 0.644-2.253, P=0.632).

Epidural som smertelindring var oftere brukt hos P0 med lang latensfase værende i sykehus (121/170), enn hos dem som reiste hjem 58/118), med $P < 0.001$ (RR 2.555, KI 1.564-4.171). Tallene for P⁺ var 58/87 værende i sykehus, mot 21/80 som reiste hjem (RR 2.079, KI 1.080-4.001, $P = 0.034$).

Oxytocin stimulering forekom også signifikant oftere for både P0 og P⁺ som ble værende i sykehus sammenlignet med dem som reiste hjem (P0 130/170 mot 77/118, RR 1.731, KI 1.030-2.907, $P = 0.046$. P⁺ 46/87 mot 29/80, RR 1.973, KI 1.061-3.670, $P = 0.043$) (Lundgren et al., 2013).

Studien til Maghoma og Buchman rapporterte om signifikante funn for bruk av oxytocin stimulering for P0/P⁺ med lang latensfase 93/150 mot normal latensfase 17/100, med $P < 0.001$ (Maghoma & Buchmann, 2002).

Ulike materielle utkomme ved lang latensfase i inkluderte studier

Tilden et al. observerte signifikante assosiasjoner mellom latensfase som varte over gjennomsnittlig tid og dystoci. Dette gjaldt for både første- og flergangsfødende. Tallene var P0 70/240, og for P⁺ 41/130, som for begge grupper ga $P < 0.001$.

Postpartumblødning var ikke et signifikant utkomme etter lang latensfase. P0 34/105, $P = 0.259$. P⁺ 27/76, $P = 0.374$ (Tilden et al., 2020).

Ängeby, Wilde-Larsson et al. fant signifikant sammenheng mellom lang latensfase og dystoci. De har angitt tid for aktiv fødsel $<$ og ≥ 12 timer. For P0 var tallene 28/193, mot normal latensfase 17/465, som ga $P < 0.001$. Signifikant sammenheng var det også i gruppen for P⁺, der respektive tall var 24/116, mot normal latensfase 26/563, med $P < 0.001$.

Førstegangsfødende kvinner var mer utsatt for episiotomi etter lang latensfase; P0 13/193 mot normal latensfase 7/469, $P < 0.01$. Dette fant man ikke hos flergangsfødende; P⁺ 6/116 mot normal latensfase 11/565 (AOR 2.27, 95% KI 0.81-6.36) (Ängeby, Wilde-Larsson, et al., 2018).

Janssen og Weissinger så av sine resultater at gruppen av kvinner som hadde forlenget latensfase, hadde gjennomsnittlig signifikant lengre første faser av fødsel (P0/P⁺ 916 minutter

versus 775.5 minutter). Dette ga $P < 0.001$. Andre fase av fødsel var derimot sammenlignbare (P0/P+ 125 minutter versus 118 minutter).

Det var ikke større sannsynlighet for postpartumblødning etter forlenget latensfase i denne studien. Etter vaginal fødsel (>500 ml): P0/P+ 65/434 versus 112/813 (RR 1.21, 95% KI 0.92-1.59). Etter keisersnitt (>1000 ml): P0/P+ 5/434 versus 6/813 (RR 1.11, 95% KI 0.353-1.56) (Janssen & Weissinger, 2014).

Postpartumblødning (>1000 ml) var mer vanlig for gruppen flergangsfødende kvinner som ble værende i sykehus kontra dem som reiste hjem i studien til Lundgren et al. P0 17/170 sammenlignet med 10/118, $P = 0.688$ (RR 1.200, 95% KI 0.529-2.722). P+ 6/87 mot 0/80, $P = 0.029$ (RR 0.503, 95% KI 0.432-0.587).

Førstegangsfødende kvinner med lang latensfase som ble værende i sykehus, fikk oftere alle grader av rifter (også vaginal og perineal ruptur). P0 106/170 mot 88/118, $P = 0.031$ (RR 0.565, 95% KI 0.336-0.947). P+ 48/87 mot 43/80, $P = 0.877$ (RR 1.059, 95% KI 0.576-1.948). Det var ikke større risiko for episiotomi i noen av gruppene. P0 28/170 mot 21/118, $P = 0.873$ (RR 0.911, 95% KI 0.489-1.696). P+ 7/87 mot 5/80, $P = 0.768$ (RR 1.313, 95% KI 0.399-4.315) (Lundgren et al., 2013).

Hos Maghoma og Buchman fant de ikke statistisk signifikant økt risiko for postpartumblødning etter lang latensfase; P0/P+ 5/150 mot normal latensfase 3/100.

Denne studien var den eneste av de som er inkludert, som har sett sammenheng mellom lang latensfase og økt risiko for feber og sepsis postpartum. P0/P+ feber 31/150 mot normal latensfase 0/100, $P < 0.001$. P0/P+ sepsis 6/150 mot normal latensfase 0/100, $P = 0.045$ (Maghoma & Buchmann, 2002).

Neonatale utkomme ved lang latensfase i de inkluderte studiene

Assosiasjoner mellom lang latensfase over gjennomsnittet og Apgar skår <7 ved fem minutter for flergangsfødende kvinner, ble funnet i Tilden et al. sin studie. P0 4/13, $P = 0.904$. P+ 3/6, $P = 0.014$.

Det var også assosiasjoner mellom opphold ved nyfødt intensiv for barn der flergangsfødende kvinner opplevde lang latensfase over gjennomsnittet. P0 18/57, $P = 0.248$. P+ 13/36, $P = 0.006$ (Tilden et al., 2020).

I Ängeby, Wilde-Larsson et al. sin studie fant de ingen signifikante forskjeller angående neonatale utkomme. Tallene de presenterte for Apgar skår <7 ved fem minutter: P0 3/193 mot normal latensfase 2/469, OR verdi ikke målbar. P+ 3/116 mot normal latensfase 4/565 (AOR 3.62, 95% KI 0.76-17.31). For opphold ved nyfødt intensiv var disse tallene: P0 9/193 mot normal latensfase 23/469 (AOR 0.73, 95% KI 0.26-2.09). P+ 9/116 mot normal latensfase 22/565 (AOR 2.02, 95% KI 0.89-4.58) (Angeby, Wilde-Larsson, et al., 2018).

Janssen og Weissinger fant ikke forskjell for Apgar skår <7 ved fem minutter, behov for nyfødt resuscitering eller opphold ved nyfødt intensiv da de sammenlignet kvinner som opplevde latensfase ≥ 24 timer mot kvinner som ikke hadde denne opplevelsen. Tallene for Apgar skår <7 ved fem minutter: P0/P+ 4/434 mot 6/813 (RR 1.25, 95% KI 0.35-4.40). Nyfødt resuscitering der de har delt inn i sug med endotracheal tube P0/P+ 35/434 mot 56/813 (RR 1.17, 95% KI 0.78-1.76), og intermitterende positivt trykk (CPAP) P0/P+ 53/434 mot 79/813 (RR 1.26, 95% KI 0.91-1.75). Opphold ved nyfødt intensiv for P0/P+ var 33/434 mot 54/813 (RR 1.14, 95% KI 0.75-1.74) (Janssen & Weissinger, 2014).

Lundgren et al. fant flere nyfødte med Apgar skår <7 ved fem minutter hos de kvinnene med lang latensfase som ble værende i sykehus sammenlignet med dem som reiste hjem (P0 8/170 mot 0/118, P=0.023. RR 0.581, 95% KI 0.526-0.642). For flergangsfødende var det ingen store forskjeller (P+ 2/87 mot 1/80, P=1.000. RR 1.859, 95% KI 0.165-20.902) (Lundgren et al., 2013).

For P0/P+ med lang latensfase med nyfødte og Apgar skår <7 ved fem minutter 25/150, mot 3/100 der latensfasen var normal, P=0.0006, hos Maghoma og Buchman. De fant statistisk signifikant risiko for opphold ved nyfødt intensiv etter lang latensfase, hvor P0/P+ 32/150 mot 1/100 i kontrollgruppen, P<0.0001 (Maghoma & Buchmann, 2002).

Kvinnens opplevelse av fødsel

Ängeby et al. (2019) fant i sin studie førstegangsfødende som hadde forlenget latensfase skåret signifikant lavere på syv ut av ti QPP-I faktorer. Dette gjaldt informasjon i forhold til prosedyrer, informasjon om ivaretagelse av seg selv, forpliktelser, empati og respekt fra jordmor, forpliktelser, empati og respekt fra registrerte sykepleiere, og jordmor til stede. De skåret også signifikant lavere på faktoren med partner/signifikante andre som var et mål for hvordan partner følte seg ivaretatt under fødsel. I tillegg skåret de lavere på positiv

fødselsopplevelse og opplevelsen av fødsel som normal. Følelse av trygghet, følelse av stolthet og følelse av å være ignorert av profesjonelle skåret de også signifikant lavere på (Ängeby et al., 2019).

For flergangsfødende med langvarig latensfase før innleggelse, skåret de signifikant lavere på forpliktelse, empati og respekt fra jordmor (Ängeby et al., 2019). (Ängeby et al., 2019) rapporterte også signifikante forskjeller på følelse av mindre kontroll og følelse av mindre trygghet.

Funnene er sammenfallende med studien publisert av samme forfatter et år tidligere (Angeby, Sandin-Bojo, et al., 2018).

5.0 Diskusjon

Dette kapittelet omfatter diskusjon av resultatene i lys av problemstillingen opp mot annen relevant forskning, det teoretiske perspektivet som er presentert i kapittel 2, og annen litteratur som omhandler temaet.

Resultatene i denne studien viser hvilken innvirkning lang latensfase har for både mor og barn. En forlenget latensfase er assosiert med en forhøyet risiko for både intervensjoner og komplikasjoner, i tillegg til en negativ fødselsopplevelse (Gaudernack et al., 2020). Det er få forskere som har sett kvantitativt på fenomenet latensfase og langvarig latensfase, hvilken betydning dette kan ha for videre fødselsarbeid, og for opplevelsen av fødselen i etterkant. Dette viser også resultatene, da det er et fåtall forskere som har publisert noe på emnet innenfor den gitte tidsrammen som var inklusjonskriteriene for studien. Dette til tross for at flere de senere årene har fått øynene opp for hvordan lang latensfase kan påvirke fødselen som helhet. Det er også en mer samlet oppfatning av behovet for en felles forståelse omkring definisjon av latensfasen (Hundley et al., 2017).

Økt medikalisering i fødselsomsorgen bryter med forståelsen om fødsel som en fysiologisk og psykososial prosess hvor kroppen selv regulerer pauser mellom riene, stillstand og fremgang (Skogheim & Lundgren, 2021). Professor Ellen Blix med flere stilte i 2008 spørsmålet «Hvor lenge varer en fødsel?» Forskerne fant ikke gode definisjoner og svar på tidsangivelsen av latensfasen, hverken i litteraturen eller i forskning (Blix et al., 2008). Resultatene i

litteraturstudien ser også dette, selv om latensfasen har fått mer fokus siden spørsmålet ble stilt.

Resultatene presentert i denne litteraturstudien viser også hvor ulike definisjoner de forskjellige forskerne hadde av lang latensfase. De hadde ulike tidsangivelser for lang latensfase, de så på forskjellige utkomme av lang latensfase, og de presenterte resultatene ulikt (RR, KI, OR og P-verdi). Dette har gjort det utfordrende å sammenfatte et oversiktlig bilde over forskningen omkring emnet lang latensfase, og hvilken påvirkning det har for utkomme av fødsel.

5.1 Resultatdiskusjon

Forekomst av lang latensfase

Som Janssen og Weissinger (2014) skrev i sin artikkel, er studier på latensfasen hemmet av mangel på konsensus av definisjon når latensfasen starter. Dette gjør det problematisk å sette diagnosen lang latensfase (Janssen & Weissinger, 2014). Chelmow et al. (1993) påpekte at det er vanskelig å måle lengden av latensfasen da fødselsstart er svært subjektiv. Verdens helseorganisasjon påpekte i sin rapport fra 2018 at det er essensielt å forstå hva som utgjør en normal fødselsstart, og hvordan progresjon av fødsel skal være for å overvåke fødsel i alle omgivelser (WHO, 2018). Kvinnens egen oppfatning av når fødsel er i gang kan være i strid med helsepersonells oppfatning av fødselsstart.

Hanley et al. skrev i sin studie at det er uoverensstemmelser på definisjon av fødselsstart i forskningslitteratur. Det eneste kriteriet som litteraturen refererte til 100% likt var tilstedeværelse av smertefulle, regelmessige rier. Hanley et al. mente at mangel på dokumentasjon av fødselsstart kunne være årsak til mangel på en definisjon. På den andre side skrev forskerne at mangel på konsekvent dokumentasjon både kunne bidra til, og være et resultat av, mangel på en standard definisjon (Hanley et al., 2016). Mangel på gode dokumentasjonssystemer for latensfasen kan være et forbedringspunkt i dagens fødselsomsorg. Dokumentasjon av kvinnens oppfattelse av fødselsstart ved innkomst til fødeavdelingen kan være et sted å begynne, men det krever en utbedring av eksisterende systemer for dokumentasjon.

Resultatene presentert i denne litteraturstudien viser en forskjell i tidsangivelse av lang latensfase i de inkluderte studiene. Tidsangivelsen strekker seg fra åtte timer og helt opp til 30 timer (Angeby, Wilde-Larsson, et al., 2018; Gharoro & Enabudoso, 2006; Janssen & Weissinger, 2014; Lundgren et al., 2013; Maghoma & Buchmann, 2002; Tilden et al., 2019). Tilden et al. har som eneste studie, ikke satt tidsangivelse for varighet av latensfasen normal versus lang. Studien presenterte det med gjennomsnitt, median hvor flest av studiepopulasjonen befant seg, og resterende i percentilskjema (Tilden et al., 2019; Tilden et al., 2020). Den varierende tidsangivelsen for lang latensfase er i seg selv et usikkerhetsmoment når konsekvenser av lang latensfase skal undersøkes og kompliserer tolkning av resultatene.

Tidsangivelse for langvarig latensfase på 20 timer for førstegangsfødende og 14 timer for flergangsfødende angitt av Emanuel Friedman står fortsatt sterkt både i litteraturen og blant fagpersoner (Friedman, 1954). Arbeidet hans refereres til både i NICE sine retningslinjer, Verdens helseorganisasjon- og ACOG sine anbefalinger. Det nevnes også at det er få forskere som har sett på latensfasen og hvilken påvirkning dette har for det videre fødselsarbeidet. Det er enighet i fagmiljøet om behovet for mer forskning på emnet (ACOG, 2014; WHO, 2018).

En spørreundersøkelse gjennomført på en internasjonal barselkonferanse i Storbritannia, viste til en enighet om behov for å definere starten på latensfasen. Hovedtemaet flesteparten av de som var til stede syntes var viktig, var erkjennelsen av kvinnes oppfatning selv for når fødselen var i gang. I tillegg var det en debatt om utfordringer lang latensfase kan gi, og hvordan dette kan påvirke resten av fødselen. Mange kommenterte at årsaken til lang latensfase er kompleks (Hundley et al., 2017).

Hanley et al. påpekte at de fysiologiske mekanismene som påvirker musklene i uterus fra å være avslappet til å starte regelmessige sammentrekninger, pågår over en periode og på ulike nivåer. Dette gjør at fødselsstart er vanskelig å observere og ingen av tegnene gir klare biologiske markører som tillater en klar definisjon (Hanley et al., 2016). Når latensfasen er vanskelig å observere og subjektiv for hver enkelt, blir latensfasen både mystisk og kompleks. Er det mulig å objektivisere latensfasen? Kan man komme til enighet i fagmiljøet om x antall rier per 10 minutter og en cervix dilatasjon for latensfasens slutt og den aktive fasens begynnelse?

Resultatene i denne litteraturstudien viser at førstegangsfødende var mer eksponert for langvarig latensfase (Angeby, Wilde-Larsson, et al., 2018; Gharoro & Enabudoso, 2006; Maghoma & Buchmann, 2002; Tilden et al., 2019). Som førstegangsfødende har man ikke kjent på den endringen som skjer ved fødselsstart. Oppfatningen av fødselsstart blir dermed svært individuell. Informasjon om dette gitt av helsepersonell i svangerskapsomsorgen, opplevelsen av støtte, og trygghet i situasjonen, kan være avgjørende for hvor lenge kvinnen ønsker å være hjemme. Førstegangsfødende har bedre utkomme i fødsel hvis de ble sendt hjem i latensfasen enn hvis de ble værende i sykehus (Lundgren et al., 2013). En evaluering av utslettelsen av cervix er ikke bestandig mulig å evaluere da kvinner kommer til fødeavdeling i ulike faser og stadier av fødselen. Det samme gjelder for dilatasjon av cervix som korresponderer med start av latensfasen. Fødselsprogresjon i moderne obstetrikk er forskjellig fra Friedmans kurve med vesentlig saktere rate av cervix dilatasjon. Reglene for hva som er normal fødsel bør bli mindre strenge, og mer tilpasset nåtidens realitet i fødselsomsorgen (Cheng et al., 2010). Latensfasen hos førstegangsfødende kan vare over fem cm dilatasjon av cervix (Zhang et al., 2010). Dette har også the American College of Obstetricians and Gynecologists kommet til enighet om. De påpeker at latensfasen varer til fem eller seks cm dilatasjon av cervix, og dette er saktere enn det som tidligere er historisk beskrevet. Ved å definere latensfasen opp mot fem/ seks cm dilatasjon for de fleste kvinner i fødsel, ønsker man å unngå unødige intervensjoner og keisersnitt for friske fødende kvinner (ACOG, 2019).

Verdens helseorganisasjon angir aktiv fødsel fra fem cm cervix åpning. Anbefalingen refererer til et minimum på én cm cervix dilatasjon per time som urealistisk raskt for noen kvinner, og er ikke anbefalt som identifisering av en normal fødselsprogresjon (WHO, 2018). I WHO sin anbefaling nummer ni nevnes det også at en normal fødsel ikke nødvendigvis akselererer før cervix har nådd fem cm åpning. I de tilfeller der kvinnen åpner seg saktere enn én cm i timen og ingen andre risikofaktorer er identifisert, foreligger det ikke indikasjon for obstetriske intervensjoner (WHO, 2018).

Chelmow et al. (1993) fant en sammenheng mellom forlenget latensfase og påfølgende unormal fødsel (som eksempel dystoci, vedvarende occiput posterior stilling, dypt tverrleie, og at barnet ikke kom ned i fødselskanalen). Dette samsvarer med resultatene i Tilden et al. (2019), hvor særlig førstegangsfødende med foster liggende i feilstilling (occiput posterior

eller tverrleie) ved siste vaginalundersøkelse før fødsel eller ved fødsel, signifikant oftere hadde langvarig latensfase. Dette var derimot ikke et funn i Angeby, Wilde-Larsson, et al. (2018) sin studie.

Langvarig latensfase kan føre til et lengre opphold i sykehus for både mor og barn (Chelmow et al., 1993). Kvinnens ønske om trygghet, bekreftelse og smertemestring for å håndtere lang latensfase kan være en årsak. Risikoen for intervensjoner og mulige uønskete neonatale utfall kan være en annen årsak til lengre opphold. Lundgren et al. (2013) så også sammenheng mellom lang latensfase og lengre opphold i sykehus.

Resultatene i litteraturstudien viser en sammenheng mellom langvarig latensfase og påvirkning av ulike faktorer for fødselens utkomme. Noen av studiene viser til høyere risiko for diverse utfall, mens andre studier har statistisk signifikante tall på utkomme etter langvarig latensfase. Forhåpentligvis vil denne erkjennelsen, samtidig med det som er anbefalt i anbefalinger og retningslinjer fra Verdens helseorganisasjon, NICE og ACOG, gjøre flere interesserte i å forske mer på hva langvarig latensfase har å si for utkomme av fødsel og kvinnens opplevelse.

Forløsningsmetode

De siste tiårene har keisersnittfrekvensen økt globalt (ACOG, 2014; WHO, 2018). Lang latensfase bør ikke være en indikator for keisersnitt påpeker the American College of Obstetrics and Gynecologists (ACOG, 2014). Noen av studiene viser ikke vesentlig økning av keisersnitt for kvinner som opplever lang latensfase (Cheng et al., 2010; Tilden et al., 2020). Andre viser til en risiko for keisersnitt etter lang latensfase (Angeby, Wilde-Larsson, et al., 2018; Gharoro & Enabudoso, 2006; Lundgren et al., 2013; Maghoma & Buchmann, 2002). Chelmow et al. beskrev en høyere frekvens av keisersnitt blant kvinner med lang latensfase (Chelmow et al., 1993). Dette er en studie med over 10 000 kvinner, og selv om den er gammel, er funnet interessant i forhold til problemstillingen for litteraturstudien.

Medisinske intervensjoner som for eksempel keisersnitt er ikke anbefalt så lenge mor og barn har det bra (WHO, 2018). Med økt kunnskap og enighet om latensfasens varighet til fem eller seks cm, har man mulighet til å avvente tiltak. Kvinner som opplever lang latensfase vil ofte

gå over i aktiv fødsel av seg selv, med trygg og støttende ledelse av partner eller helsepersonell (ACOG, 2014).

Janssen og Weissinger (2014) så i sin studie at for de kvinnene som rapporterte om fødselsvarighet ≥ 24 timer før innleggelse ved sykehus var keisersnittsraten signifikant lavere hos dem som ble stimulert med oxytocin. Anerkjennelse og behandling av lang latensfase kan være verdifull for å forhindre keisersnitt (Janssen & Weissinger, 2014).

Miller et al. fant sammenheng mellom å komme til sykehus i latensfasen, og høyere frekvens av keisersnitt (Miller et al., 2020), noe også Lundgren et al. beskrev i sin studie (Lundgren et al., 2013). Dette sier noe om at fødsler blir sett på som medisinske hendelser (Skogheim & Lundgren, 2021), og tilgangen til medikamenter og medisinsk utstyr er tilgjengelig når man kommer på sykehus.

Resultater fra forskjellige studier viser til ulik risiko hos både første- og flergangsfødende, for å bli forløst med vakuumpompe eller tang etter lang latensfase (Angeby, Wilde-Larsson, et al., 2018; Chelmow et al., 1993; Cheng et al., 2010; Gharoro & Enabudoso, 2006). Lang latensfase kan gi kvinnen et dårligere utgangspunkt med mindre ressurser i fødsel, og behovet for instrumentell vaginal forløsning kan være aktuelt.

Intervensjoner

En økt risiko for å få utført amniotomi hos kvinner med lang latensfase er presentert i flere av studiene som danner grunnlag for litteraturstudien (Angeby, Wilde-Larsson, et al., 2018; Lundgren et al., 2013; Tilden et al., 2020). Sett i sammenheng med at kvinner med lang latensfase også blir innlagt i sykehus på grunn av utmattelse, smerter og utrygghet, kan amniotomi være en effektiv metode for å komme videre i fødselsforløpet. Helsepersonell på den andre siden kan vurdere det dithen at igangsettelse av fødsel vil spare tid og ressurser.

Stimulering med syntetisk oxytocin forekommer oftere hos kvinner med lang latensfase. Ulfsdottir et al. presenterte funn av opphopning av melkesyre i fostervannet hos kvinner med lang latensfase, og stiller spørsmålet om disse kvinnene har hatt ineffektive rier over tid hjemme før de kommer til sykehus (Ulfsdottir et al., 2014). Når de da kommer til sykehus, kan det igjen føre til økt risiko for intervensjoner som blant annet stimulering med syntetisk oxytocin for å effektivisere riene og fremme fødsel (Miller et al., 2020).

Kvinner med lang latensfase har oftere behov for medikamentell smertelindring som epidural og morfinpreparater (Angeby, Wilde-Larsson, et al., 2018; Chelmow et al., 1993; Cheng et al., 2010; Janssen & Weissinger, 2014; Lundgren et al., 2013; Miller et al., 2020; Tilden et al., 2020). Opplevelsen av smerter er individuell. Kvinner med langvarige smerter har ofte et ønske om å få hjelp til å lindre smerten ved ankomst til sykehus. Det å bli møtt med forståelse, respekt og medfølelse er essensielt for en god fødselsopplevelse. Samtidig har man som helsepersonell plikt til å informere om både positive og negative sider ved å tilby for eksempel morfinpreparater og epidural. Kvinnen har selvbestemmelsesrett, og foretar valg basert på informasjon som er gitt.

Maternelle utkomme

Lang latensfase kan føre til dystoci i fødsel (Angeby, Wilde-Larsson, et al., 2018; Janssen & Weissinger, 2014; Maghoma & Buchmann, 2002; Tilden et al., 2020). En svensk studie fant sammenheng mellom lang latensfase, lavt nivå av vurdert smerte, dårlig matlyst, få timer med avslapning og søvn de siste 24 timer, som uavhengige årsaker til langvarig aktiv fase i fødsel (Dencker et al., 2010). Studien til Chelmow et al. hvor over 10 000 kvinner er med, viser også en større forekomst av lengre aktiv fase i fødsel etter lang latensfase (Chelmow et al., 1993).

Funnene i studien til Ulfsdottir er interessante sett i sammenheng med postpartumblødning. Hvis uterus har jobbet ineffektivt og lenge i en langvarig latensfase, melkesyre har hopet seg opp i uterus og den begynner å bli sliten, kan det være en mulig risiko for blødning etter fødsel (Ulfsdottir et al., 2014). Man kan tenke seg til at uterus vil bruke lenger tid til å trekke seg sammen da den har jobbet sammenhengende over lang tid. Funnene som presenteres i denne litteraturstudien gir ikke entydige svar på dette. Likevel bør man som jordmor vurdere dette som en mulig risikofaktor i fødsler der kvinnene har opplevd lang latensfase i forkant.

Sannsynligheten for å få en episiotomi øker i fødsler der risikoen for instrumentell vaginal forløsning som vakuumpompe og tang foreligger. Kvinnen har vært i fødsel over en lengre periode, hun er mer sliten og utmattet, inntak av mat og drikke har kanskje vært redusert over en periode. Det kan øke risikoen for behov for hjelp i trykkefasen, da kvinnen ikke har igjen kraft og energi til å gjennomføre. Dette kan være årsaken til at forskerne så tendens til at førstegangsfødende med lang latensfase oftere fikk episiotomi hos Angeby, Wilde-Larsson, et

al. (2018) . Dette vil også være realitet for risikoen for rifter. Dårligere sirkulert vev over lang tid kan gi økt forekomst av vaginale og perineale rifter (Chelmow et al., 1993; Lundgren et al., 2013).

Infeksjoner etter lang latensfase er en usikker variabel. Hyppigere vaginalundersøkelser, høyere forekomst av langvarig vannavgang, og økt risiko for chorioamnionitt kan tenkes å være mulige risikofaktorer for infeksjon (Chelmow et al., 1993; Maghoma & Buchmann, 2002). Varigheten av latensfasen vil også være en medvirkende årsak her. Ettersom tidsangivelsene presentert i litteraturstudien er så forskjellige, vil også risikoen for dette utkomme vanskelig kunne sammenlignes.

Neonatale utkomme

Lang latensfase og langvarig fødsel kan ha innvirkning på hvordan barnet har det. Ineffektive rier, melkesyre i fostervannet, langvarig vannavgang og intervensjoner som stimulering med oxytocin, epidural, kontinuerlig fosterovervåkning med skalpelektrode og lignende kan påvirke neonatale utfall. Flere studier finner signifikant oftere nyfødte med lavere Apgar skår enn syv etter fem minutter der mødre har hatt lang latensfase (Chelmow et al., 1993; Cheng et al., 2010). Litteraturstudiens resultater viser litt sprikende funn vedrørende dette. Noen av studiene har sett sammenheng mellom feilinnstilling av barnet og lang latensfase (Chelmow et al., 1993; Tilden et al., 2019). Feilinnstilling av barnet, ineffektive rier og avklemming av navlesnor kan føre til en nyfødt med lavere Apgar skår enn ønskelig. Leopolds håndgrep for identifikasjon av fosterets leie, vaginalundersøkelser for å finne fosterets presentasjon og kunnskap om myke tiltak for å få fremgang i fødsel er viktig kunnskap for jordmor.

Ved lavere Apgar skår hos barnet øker også muligheten for opphold på nyfødt intensiv etter fødsel. Noen studier inkludert i litteraturstudien ser dette som et resultat etter lang latensfase, andre studier ser ingen sammenheng mellom lang latensfase og opphold på nyfødt intensiv. Her vil også tiden for hvor langvarig latensfasen har vært i forkant mulig ha innvirkning. Resultatene for tidsangivelsene i litteraturstudien er ulike, og kan gi forskjellige resultater i forhold til behov for opphold på nyfødt intensiv. Flergangsfødende med langvarig latensfase i studien til Tilden et al. hadde økt risiko for at barnet hadde opphold ved nyfødt intensiv (Tilden et al., 2020). Flergangsfødende som opplever langvarig latensfase har mulig andre risikofaktorer som spiller inn. Tilden et al. fant også lengre varighet av både aktiv fødsel og

trykkefase, noe som igjen påvirker barnet (Tilden et al., 2020). Mekonium i fostervannet, og aspirasjon av dette ved fødsel kan føre til opphold ved nyfødt intensiv. Mekonium er forbundet med økt stress hos barnet underveis i fødselen, og kan føre til aspirasjon ved forløsning. Dette kan igjen føre til en syk nyfødt som trenger behandling (Chelmow et al., 1993; Janssen & Weissinger, 2014). Tidlig ankomst til fødeavdelingen øker risikoen for flere intervensjoner som igjen øker risikoen for dårlig barn og behandling i etterkant (Miller et al., 2020). Chelmow et al. fant en sammenheng mellom langvarig latensfase og lengre opphold i sykehus for både mor og barn (Chelmow et al., 1993). Dette er ikke overraskende med tanke på eventuelle intervensjoner i forkant, dårligere barn, og mer behov for behandling i etterkant.

Studier inkludert i litteraturstudien fant ikke behov for nyfødt resuscitering etter forekomst av lang latensfase (Janssen & Weissinger, 2014). Dette samsvarer også med funn i andre studier (Miller et al., 2020). Dødsfall og alvorlig hypoksi etter lang latensfase forekom i studien til Maghoma og Buchmann (2002). Dette er en studie som er gjennomført i Sør-Afrika sent på 1990-tallet, og man kan tenke seg at ressurser og muligheter for å behandle lang latensfase og syk nyfødt er mindre tilgjengelige enn i høyinntekstland. Dødsfall og alvorlig hypoksi er svært sjeldne utfall som er vanskelig å si noe om. For å kunne si noe om dette, må man ha et meget stort inklusjonstall, noe det ikke er for noen av studiene. Chelmow et al. fant ingen sammenhenger mellom lang latensfase og behov for nyfødt resuscitering i studien med over 10 000 kvinner (Chelmow et al., 1993).

Kvinnens totale opplevelse av fødsel

I henhold til WHO anbefalinger (2018) bør man unngå at kvinner som er innlagt i sykehus i latensfasen, får medisinske intervensjoner for å få fortløp i fødselen. Dette hvis mor og barn har det bra (WHO, 2018). De presiserer også at en kvinne som kommer til fødeavdelingen bør tas godt imot og støttes på en ordentlig måte, hvis hun ikke selv foretrekker å vente hjemme til aktiv fødsel er etablert (WHO, 2018). Overskriften på WHO sin anbefaling er «Intrapartum care for a positive childbirth experience». Med dette ønsker WHO å sette søkelys på svangerskap og fødsel som en positiv opplevelse. WHO påpeker at økt medikalisering i fødselsomsorgen er med på å undergrave kvinnens egen kapasitet til å føde. Dette kan ha negativ innvirkning på kvinnens opplevelse av noe som normalt sett skal være en positiv og berikende livserfaring (WHO, 2018). FNs globale strategi for kvinner, barn og ungdoms helse påpeker at kvinner ikke bare skal overleve fødselskomplikasjoner, men også blomstre og nå

sitt fulle potensial for liv og helse. Kliniske krav for trygg svangerskaps- og fødselsomsorg er fokus, men like viktig er psykologisk og emosjonell støtte for kvinnen (WHO, 2018). Som jordmor i møte med kvinnen er det viktig å anerkjenne hvor mye makt man har. Som profesjonell yrkesutøver må man være ydmyk for hvor stor innvirkning og betydning man potensielt har både i positiv og negativ forstand for både kvinnen og paret i den store og viktige livsendringen det er å få barn.

Miller et al. (2020) refererte til Davey et al. da hun skrev at det er flere faktorer som kan spille en rolle i bruk av intervensjoner. Kvinnene kan bli utålmodige da de har kommet til sykehus, og helsepersonell blir dermed tvunget til å bruke ressurser effektivt. Begge parter blir motvillig i å vente på naturlige hendelser (Miller et al., 2020). Forventninger og krav kan være motstridende for begge parter. Helsepersonell har informasjonsplikt om mulige komplikasjoner som følge av gitt helsehjelp. Økt kunnskap hos kvinnen og paret kan føre til økt trygghet og mestringsfølelse i møte med det nye og ukjente.

Innleggelse av kvinner i sykehus i latensfasen er forbundet med en rekke intervensjoner som økt keisersnittfrekvens, høyere risiko for stimulering med syntetisk oxytocin, økt bruk av epidural som smertelindring, flere vaginalundersøkelser, nyfødt til behandling ved nyfødt intensiv, amniotomi, instrumentelle vaginale forløsninger, nyfødt resuscitering, og et lengre opphold for mor ved barselavdelingen (Miller et al., 2020). Dette samsvarer med resultater fra flere studier som omhandler problemstillingen for litteraturstudien (Bailit et al., 2005; Eri et al., 2014; Lundgren et al., 2013). Flere intervensjoner i latensfase og fødsel gir økt risiko for negativ fødselsopplevelse. Langvarig latensfase, følelsen av å ikke bli møtt med forståelse og respekt, smerter man ikke klarer å håndtere på egen hånd, og uro og engstelse i tillegg, bidrar heller ikke til positive følelser rundt fødselen (Ulfsdottir et al., 2014).

Årsaker til faktorer i latensfasen som mindre søvn og hvile, nedsatt matinntak, og smerter er eksempler som mulig kan gi et dårligere utfall for fødsel. Dette er viktig å anerkjenne når kvinnene blir innlagt i latensfasen. I klinisk praksis kan økt fokus på disse faktorene kunne redusere negative utfall noe (Dencker et al., 2010). Kvinner føler seg alene og forlatt i en situasjon der de trenger mer hjelp, og noen av kvinnene beskriver latensfasen som uventet lang. Latensfasen blir oppfattet som den hardeste og mest smertefulle delen av fødsel

(Gaudernack et al., 2020). De føler det er vanskelig å håndtere smertene hjemme, og de får ikke “lov” til å komme til sykehuset. Støtte og oppmerksomhet fra jordmødre til og med i latensfasen, er av stor betydning for kvinnenes totale fødselsopplevelse (Eri et al., 2014; Gaudernack et al., 2020). En lang latensfase kan bidra til en negativ fødselsopplevelse (Angeby, Sandin-Bojo, et al., 2018; Ängeby et al., 2019). Den negative fødselsopplevelsen kan videre føre til angst og redsel for kommende fødsel/ fødsler. I ytterste konsekvens kan dette føre til utsettelse av videre reproduksjon (Bräne et al., 2014). De kvinnene som hadde negativ fødselsopplevelse, ønsket også en mer tilstedeværende jordmor under fødselen (Ulfssdottir et al., 2014). Dette er i tråd med anbefalingene fra Helsedirektoratet hvor det står at den fødende har krav på å ha en tilstedeværende jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fødsel og til barnet er forløst (Helsedirektoratet, 2010). Dette er et kvalitetskrav som fremmer positiv fødselsopplevelse, og som fødselsomsorgen i Norge tilstreber å etterfølge så langt det er mulig.

Man ser klare sammenhenger mellom negativ fødselsopplevelse og lang latensfase (Angeby, Sandin-Bojo, et al., 2018; Ängeby et al., 2019). Opplevelsen i seg selv er viktig å anerkjenne, da kvinnen i etterkant av en negativ fødselsopplevelse kan utvikle depresjon og fødselsangst. Dette påvirker individet, familien og samfunnet som helhet. Et annet element er at kvinnen kan utsette, eventuelt aldri, gå gjennom et svangerskap til. Dette kan ha negative konsekvenser både på det individuelle, familiære og samfunnsmessige plan. Sett ut fra et samfunnsmessig perspektiv er det ønske om at familier får flere barn. Når en dårlig fødselsopplevelse mulig kan få så store konsekvenser, er det viktig at helsepersonell har fokus på å møte kvinnen og hennes partner på best mulig måte ut fra gitte rammer og betingelser.

Beake et al. (2018) rapporterte om viktigheten av fødselsopplæring. Kvinner bør få realistisk informasjon om hvor smertefull fødsel kan være, samtidig som de bør bli beroliget på at “dette er normalt”, noe som også krever en balansegang (Beake et al., 2018).

Førstegangsfødende som ikke har erfaring med fødsel er utsatt for dette. Flergangsfødende er mer avslappet og har mindre angst relatert til fødselsstart. En kunnskapsoverføring mellom førstegangs- og flergangsfødende kan være fruktbar, da kvinner verdsetter støtte fra andre kvinner (Beake et al., 2018). I et historisk perspektiv var kunnskapsoverføring mellom generasjoner vanligere. Storfamilien med barnefødsler i hjemmet og eldre søsken som måtte hjelpe til gav en livserfaring å ta med seg videre. Sosiokulturelle forhold har endret seg de

siste 100 år, og her i Norge har vi fått et mer privat liv noe som kan være både positivt og negativt. Kunnskapsoverføring mellom mor og datter, eller innad i familien er ikke så tilgjengelig som i storfamiliens tid. I andre kulturer hvor storfamilien fortsatt står sterkt, kan man tenke seg at synet på fødselsstart er mer naturlig.

Kvinnenes forventninger til fødselsomsorgen har endret seg de siste årene. Sosiale medier som en kilde til kunnskap er en positiv utvikling, og kunnskap er lett tilgjengelig. Gjennom utvikling av helseapper og informasjon via ulike medier ønsker helsemyndighetene å nå bredt ut til befolkningen. Selv om tilgjengeligheten på kunnskap har økt, er ikke all informasjon kvalitetssikret. Kildekritikk er essensielt for å manøvrere seg rundt i den enorme mengden informasjon som finnes.

For kvinner i latensfasen kan tiden hjemme være preget av usikkerhet, redsel, angst og utmattelse. Selv om kvinnene er anbefalt å være hjemme så lenge som mulig, kan dette være utfordrende. I anbefalingene til NICE står det godt beskrevet hvordan man bør møte en fødekvinne i latensfasen, både per telefon og ved konsultasjon i avdeling (NICE, 2014). Kvinnene har behov for å bli hørt av sympatisk helsepersonell med tydelig kommunikasjon, som beroliger, og kan gi klare råd (Beake et al., 2018; Eri et al., 2014). NICE sine retningslinjer påpeker også at førstegangsfødende kvinner og deres partnere kan ha nytte av fødselsforberedende kurs. Dette er en arena hvor de blir forberedt på at første fødsel kan ta lengre tid, særlig latensfasen. Fødselsforberedende kurs kan gi kvinnene og deres partnere mestringsverktøy for å håndtere latensfasen på en god måte hjemme (NICE, 2014). Her i Norge får gravide og deres partnere stort sett tilbud om dette. Under den pågående pandemien derimot ble dette tilbudet mer eller mindre tatt bort, og det kan man tenke seg hadde negative utfall for mange av de førstegangsfødende kvinnene. Fødselsforberedende samtale som en del av svangerskapskonsultasjon hos jordmor på helsestasjonen uten partner til stede var kanskje eneste forberedelsen. Muligheter for diskusjon og refleksjon rundt fødsel med andre i samme situasjon ble dermed ikke et alternativ. Tilbudet som de gravide fikk ble dårligere, noe som er forståelig i en pandemi, men som kan ha store konsekvenser for de gravide på det psykiske nivå.

Organiseringen av fødselsomsorgen i Norge med fokus på latensfasen gjør det utfordrende. Norge har et funksjonsdelt helsetilbud hvor kommunene har ansvaret for

svangerskapsomsorgen, mens fødselsomsorgen er ansvarsgitt helseforetak/ sykehus. Selv om helsemyndighetene fremmer kontinuitet som et kvalitetskrav i omsorgen for fødekvinne, har det heller skjedd en sentralisering med større enheter, nedleggelse av fødestuer og nedgang i hjemmefødsler. Parallelt med dette skjer det en økning i medisinske intervensjoner (Skogheim & Lundgren, 2021). Samtidig er fødepopulasjonen i endring med høyere alder og økt kompleksitet hos fødekvinnene (Helsedirektoratet, 2020).

Kvinner er oppfordret i svangerskapsomsorgen til å være hjemme lengst mulig gjennom informasjon på helsestasjon og fødselsforberedende kurs. For noen kvinner oppleves det å være hjemme trygt, for andre kan dette oppleves svært utrygt. Alternativet er å komme til en fødeavdeling med ukjent personell og høyt tempo. Et alternativ til fødeavdeling kan være en avdeling/ et rom utenfor fødeavdelingen som er bemannet av kompetent personell og hvor det er fokus på ro, muligheter for å bevege seg rundt, spise og drikke, tilgang til smertelindring, støtte og trygghet, også kalt fødselsfremmende omgivelser. Hadde det vært mulig å organisere fødselsomsorgen noe annerledes så kvinner med utmattende latensfase hadde hatt et bedre tilbud enn det som finnes i dag?

En jordmorstyrt modell med fokus på kontinuitet i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg kan være en organisering som i større grad møter kvinnenes behov i en fase av livet som er ny og ukjent. Dette er i tråd med WHO sine anbefalinger som fremmer «continuity of care» som et mål for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen (WHO, 2018). En jordmor eller en liten gruppe av jordmødre som følger opp svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg gir trygghet og tillitt for kvinnen. Kvinnen slipper å forholde seg til nye og ukjente jordmødre, og jordmor får brukt hele sitt spekter av kunnskap. En jordmorstyrt modell gir også mulighet til å bli kjent over en lengre periode, og endringer underveis i svangerskapet kan lettere tas tak i for både kvinnen selv og jordmor. Terskelen for å ta kontakt blir mindre. En jordmorstyrt modell gir mer fornøyde fødekvinne, flere spontane fødsler og mindre bruk av medikamentell smertelindring. Omsorgen kvinnene mottar er i tillegg mer kostnadseffektiv (Skogheim & Lundgren, 2021).

5.2 Metodediskusjon

Dette kapittelet diskuterer styrker og begrensninger ved litteraturstudien ut fra egne tanker og refleksjoner.

Prosessen med litteraturstudiet er gjort så transparent og etterprøvbart som mulig. Å være masterstudent og ny innenfor forskningsfaget er både spennende og utfordrende. I starten av prosessen med litteraturstudien var fokuset å søke bredt for å få en oversikt over hva som fantes av artikler og studier som var gjort på emnet lang latensfase. Oria var et nyttig sted å begynne. Søkene er gjennomført i tre databaser, hvor alle inneholder relevant medisinsk forskning for problemstillingen. Bibliotekar ved OsloMet bidro med verdifull hjelp med systematiske søk i de ulike databasene. Som eneste forfatter av en litteraturstudie, er det av stor betydning med faglig bistand i prosessen, dette kan anses som en styrke ved studien. I tillegg har tilgjengelige og dedikerte veiledere vært til uvurderlig hjelp gjennom skriveprosessen. Tilbakemeldinger og fruktbare diskusjoner har ført til refleksjon og nytenkning rundt temaet, hvilket absolutt kan anses som en styrke.

Det å skrive en litteraturstudie alene er en utfordring. Det er kun en person som har satt opp problemstillingen og funnet artikler. Artikler som kunne vært inkludert, kan ha blitt oversett og utelatt. Sjansen for dette er derimot redusert ved at litteratursøket er gjort systematisk. Ved siteringssøk er det funnet beslektede artikler og artikler som er gjenkjent under søkeprosessen. Andre forskere har brukt de inkluderte artiklene for litteraturstudien i sine publikasjoner, og dette viser at artiklene har hatt interessante funn for flere forskere. Dette er en potensiell styrke ved litteraturstudien.

Ved å bruke søkeordet “first stage” kom det frem mange artikler som omhandler den aktive delen av første fase av fødselen. Dette gjorde at mange artikler ble ekskludert, og få artikler ble stående igjen som aktuelle. I tillegg er det få forskere som har publisert noe på emnet latensfase. Ettersom det er få forskere, blir studiepopulasjonen begrenset. Noen av artiklene baserer seg på samme utvalg, hvilket kan representere en svakhet. Samtidig kan det anses som en potensiell styrke fordi man har mulighet til å granske populasjonen fra ulike hold med ulike problemstillinger. De to artiklene som omfattet spørreundersøkelser, hadde også kun en svarprosent på 63. For å regne en svarprosent som gyldig, er det angitt at svarprosenten bør være 70% eller mer. Siden forskerne har skrevet at det ikke er så store ulikheter mellom

studiepopulasjonen og de som ikke svarte, er likevel artiklene innlemmet i denne oppgaven (Angeby, Sandin-Bojo, et al., 2018; Ängeby et al., 2019). Ønsket om å innlemme kvinners opplevelse av latensfase med kvantitativ metode er også årsak til at de ble tatt med. Helhetlig tenkning rundt emnet lang latensfase var viktig å få beskrevet med litteraturstudien. Dette er en styrke, selv om utvalget er begrenset.

Gjennom søkeprosessen ble det kun funnet Ängeby et al. sine publikasjoner på the Early Labour Experience Questionnaire hvor opplevelsen av latensfasen ble beskrevet ved hjelp av et spørreskjema. Det er mulig det finnes flere spørreskjemaer som kunne vært aktuelle, men dette ble ikke fanget opp av søket som ligger til grunn for litteraturstudien. En del forskere har publisert studier med kvalitativ tilnærming da de har sett på kvinners opplevelse av fødsel. Behovet for flere forskere som kan se på opplevelsen av lang latensfase kvantitativt er absolutt til stede. Etersom både Janssen og Weissinger, og Ängeby et al. har gjort dette tidligere, er verktøyet for å kartlegge dette tilgjengelig. Ängeby et al. har også påpekt at det er mulig å gjøre tilpasninger av skjemaet som gjør det bedre egnet for andre kontekster enn for eksempel Canada og Sverige (Angeby, Sandin-Bojo, et al., 2018). Litteraturstudien blir mer helhetlig ved å se på opplevelsen av latensfase også, ikke bare de harde endepunktene lang latensfase potensielt kan føre til, og dette er en styrke.

Ved å bruke teori som boksåpner får man frem aktuell forskning på emnet lang latensfase. Teori som boksåpner muliggjør et dypdykk i forskningen som videre presenteres i form av resultater og gir grunnlag for diskusjon. Med boksåpner som teoretisk tilnærming er det funnet ulike definisjoner på latensfase versus lang latensfase, tidsangivelser for latensfasen og utkomme av fødsel. Det positivistiske paradigme hvor verden presenteres gjennom stabile fenomener er en vitenskapsteoretisk forankring for litteraturstudien. Gjennom arbeidet ser man at latensfasen ikke er så stabil som først antatt i begynnelsen av litteraturstudien. Desto viktigere er det å gjennomføre et strukturert arbeid på emnet for å ha grunnlag til å påpeke at det er behov for mer forskning omkring latensfasens betydning for fødsel som helhet. Kvinners stemmer kommer bedre frem gjennom kvalitativ metode, og en «mixed-methods» tilnærming og kombinasjon av både kvantitativ og kvalitative studier kan være interessant å gjøre på et senere tidspunkt.

Ved å bruke kvantitativ metode for å se på fenomenet lang latensfase kan man sammenlikne og finne tydelige mønstre i artiklene som er inkludert i litteraturstudien. Metoden har vært egnet til å svare på forskningsspørsmålet som ble stilt i starten av arbeidet. Man hadde en hypotese om at lang latensfase påvirket utkomme av fødsel. Arbeidet med å finne relevant forskning og bruke teori som boksåpner for å komme frem til resultater har vært spennende og interessant. De forskjellige utkommene etter lang latensfase fra de ulike studiene er sammenliknet for å se om man kan trekke en konklusjon. Gjennom arbeidet med litteraturstudien har det kommet frem en større forståelse for hvor viktig det er å enes om en definisjon av latensfasen og når latensfasen går fra normal til lang.

Artiklene som er inkludert i litteraturstudien har vært skrevet på engelsk. Det å oversette fra et språk til et annet kan føre til at viktig informasjon går tapt. Selv om man behersker engelsk godt, har det kun vært en person som har oversatt, og det har ikke vært noen å diskutere dette med. I denne prosessen er det brukt engelsk ordbok for å få mest mulig korrekt oversettelse, men likevel kan misforståelser og betydningsendringer forekomme.

Inklusjonskriteriene for denne litteraturstudien er begrenset til artikler fra 2001. Når det kommer til forskning er dette en relativt lang periode, med tanke på at forskning er ferskvare. Allikevel har det vært nødvendig da utvalget av artikler som svarte på problemstillingen viste seg å være begrenset ved et snevrere søk. Som utgangspunkt ble det systematiske søket begrenset til artikler fra 2016, men dette resulterte i meget få artikler fra et begrenset utvalg forskere. Søket ble derfor utvidet i tre omganger for til slutt å ende med inklusjon av artikler fra 2001. For en litteraturstudie kan et langt tidsintervall for publisering representere både en styrke og en svakhet. Noen av artiklene er av eldre dato og kan innebære en potensiell svakhet hvor utvikling av faget ikke kommer med samt at det til stadighet tilkommer nye og forbedrede forskningsmuligheter, metoder og prosesser. På den andre siden er funnene i de eldre artiklene interessante for litteraturstudiens problemstilling. Latensfasens betydning i seg selv kan bli tydeligere når intervensjoner og medikalisering av fødselsomsorgen lå på et lavere nivå enn den gjør i dagens obstetriske situasjon. Og de eldste artiklene er fra Afrika. Inkludering av artikler fra lavinntektsland kan bidra til en viktig variasjon for litteraturstudien, noe som kan være en styrke.

Artikkelen til Chelmow et al. fra 1993 var også i utgangspunktet interessant for litteraturstudien. Studiepopulasjonen er omfattende med nesten 11 000 kvinner. Den er i tillegg sitert flere ganger i de inkluderte artiklene for litteraturstudien. Studiepopulasjonen er større enn for de inkluderte artiklene, og resultatene hos Chelmow et al. er aktuelle for problemstillingen for litteraturstudien. Etter veiledning og vurdering ble den ikke inkludert i resultatdelen for litteraturstudien, da inklusjonskriteriene er artikler fra 2001 og senere. Den er derimot brukt inn i diskusjonsdelen, da man ikke kan se bort fra en såpass stor studie som omhandler lang latensfase og hvilken påvirkning lang latensfase har for utkomme av fødsel.

6.0 Oppsummering

Påvirker lang latensfase utkomme av fødsel? Resultatene i litteraturstudien viser at utkomme av fødsel påvirkes av lang latensfase, selv om det ikke er entydig. Det er viktig å ta med seg inn i praksis hvordan kvinner opplever latensfasen forskjellig. Som jordmor bør man være ydmyk for kvinners erfaring og opplevelse, støtte og anerkjenne, samtidig som man har kunnskap om hvordan latensfasen kan påvirke fødselsforløpet videre. Gjennom arbeidet med denne oppgaven ser man behovet for mer forskning på emnet lang latensfase og hvordan lang latensfase kan påvirke utkomme av fødsel.

Litteraturliste

- ACOG. (2014, 2019). *Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery*. ACOG. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2014/03/safe-prevention-of-the-primary-cesarean-delivery>
- ACOG. (2019, 2021). *Approaches to limit intervention during labor and birth*. The American college of obstetricians and gynecologists. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth>
- Angeby, K., Sandin-Bojo, A. K., Persenius, M. & et al. (2018). Early labour experience questionnaire: psychometric testing and women's experiences in a Swedish setting. *Midwifery*, 64, 77-84. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.06.008>
- Angeby, K., Wilde-Larsson, B., Hildingsson, I. & Sandin-Bojo, A. K. (2018). Prevalence of Prolonged Latent Phase and Labor Outcomes: Review of Birth Records in a Swedish Population. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 63(1), 33-44. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12704>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (4. utg.). Open University Press/ McGraw- Hill Education.
- Bailit, J. L., Dierker, L., Blanchard, M. H. & Mercer, B. M. (2005). Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. *Obstetrics & Gynecology*, 105(1), 77-79. <https://doi.org/10.1097/01.aog.0000147843.12196.00>
- Beake, R. M. M. A. R. A. S., Chang, B. A. M. P. L. Y.-S., Cheyne, R. M. R. G. N. M. P. P. o. M. H., Spiby, M. R. N. R. M. P. o. M. H., Sandall. Rm, M. P. P. o. S. S., Women's Health, J. & Bick, D. (2018). Experiences of early labour management from perspectives of women, labour companions and health professionals: A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*, 57, 69-84. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.11.002>
- Blix, E., Bernitz, S. & Brunstad, A. (2017). Åpningsfasen. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 442-458). Cappelen Damm akademisk.
- Blix, E., Kumle, M. & Øian, P. (2008). What is the duration of normal labour? *Tidsskr Nor Laegeforen*, 128(6), 686-689.
- Brunstad, A. (2017). Rifter, episiotomi og suturering. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka. Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 521-535). Cappelen Damm.
- Bräne, E., Olsson, A. & Andolf, E. (2014). A randomized controlled trial on early induction compared to expectant management of nulliparous women with prolonged latent phases. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 93(10), 1042-1049. <https://doi.org/10.1111/aogs.12447>

- Chelmow, D., Kilpatrick, S. J. & Laros, R. K. (1993). Maternal and neonatal outcomes after prolonged latent phase. *Obstetrics and gynecology*, 81(4), 486-491. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8459953/>
- Cheng, Y. W., Shaffer, B. L., Bryant, A. S. & et al. (2010). Length of the first stage of labor and associated perinatal outcomes in nulliparous women. *Obstetrics & Gynecology*, 116(5), 1127-1135. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181f5eaf0>
- Dencker, A., Berg, M., Bergqvist, L. & et al. (2010). Identification of latent phase factors associated with active labor duration in low-risk nulliparous women with spontaneous contractions. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(8), 1034-1039. <https://doi.org/10.3109/00016349.2010.499446>
- Eri, T. S., Bondas, T., Gross, M. M. & et al. (2014). A balancing act in an unknown territory: A metasynthesis of first-time mothers' experiences in early labour. *Midwifery*. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.11.007>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). Den systematiska litteraturstudiens första steg. I *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg., s. 59-60). Natur & kultur.
- Friedman, E. A. (1954). The graphic analysis of labor. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 68(6), 1568-1575. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(54\)90311-7](https://doi.org/10.1016/0002-9378(54)90311-7)
- Friedman, E. A. (1955). Primigravid labour. A graphicostatistical analysis. *Journal of the American academy of obstetrics and gynecology*, 6.
- Gaudernack, L. C., Michelsen, T. M., Egeland, T. & et al. (2020). Does prolonged labor affect the birth experience and subsequent wish for cesarean section among first-time mothers? A quantitative and qualitative analysis of a survey from Norway. *BMC Pregnancy and Childbirth*. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03196-0>
- Gharoro, E. P. & Enabudoso, E. J. (2006). Labour management: an appraisal of the role of false labour and latent phase on the delivery mode. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 26, 534-537. <https://doi.org/10.1080/01443610600811094>
- Hanley, G. E., Munro, S., Greyson, D. & et al. (2016). Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature. *BMC Pregnancy and Childbirth*. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0857-4>
- Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap* (7. utg.). Universitetsforl.
- Helsebiblioteket. [KBP figur]. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsebiblioteket. *Kunnskapsbasert praksis*. Helsebiblioteket. Hentet 11.05.2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/248533.cms>
- Helsebiblioteket. (2018, 19.02.2018). "MeSH på norsk" i Helsebiblioteket – verktøy for gode søkeord og treffsikre artikkelsøk. Helsebiblioteket. Hentet 12.09.21 fra <https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/mesh-pa-norsk-i-helsebiblioteket-verktoy-for-gode-sokeord-og-treffsikre-artikkelsok>
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud : kvalitetskrav for fødeinstitusjoner* (IS-1877). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til->

- [fodselsomsorgen/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20E2%80%93%20Veileder.pdf](#)
Helsedirektoratet. (2020). *Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem* (IS-2895). Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/endring-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf>
- Hundley, V. A., Cheyne, H., Janssen, P. & et al. (2017). Defining the latent phase of labour: is it important? *Evidence Based Midwifery*, 15(3), 89-94.
<https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=mwic&AN=2017101151>
- Høyer, K. (2011). Hva er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? I *Forskningsmetoder i folkesundhetsvidenskap* (4. utg.). Munksgaard.
- Janssen, P. A. & Desmarais, S. L. (2013). Development and psychometric properties of the Early Labour Experience Questionnaire (ELEQ). *Midwifery*, 29(3), 181-189. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.05.012>
- Janssen, P. A. & Weissinger, S. (2014). Women's perception of pre-hospital labour duration and obstetrical outcomes; a prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-182>
- Lundgren, I., Andren, K., Nissen, E. & Berg, M. (2013). Care seeking during the latent phase of labour--frequencies and birth outcomes in two delivery wards in Sweden. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 4(4), 141-146.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.09.001>
- Laake, P. (2007). *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*. Gyldendal akademisk.
- Maghoma, J. & Buchmann, E. J. (2002). Maternal and fetal risks associated with prolonged latent phase of labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 22(1), 16-19. <https://doi.org/10.1080/01443610120101637>
- Malterud, K. (2017). Litt vitenskapsteori. I *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg., s. 26-27). Universitetsforl.
- Miller, Y. D., Armanasco, A. A., McCosker, L. & Thompson, R. (2020). Variations in outcomes for women admitted to hospital in early versus active labour: an observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(1), 469-469.
<https://doi.org/10.1186/s12884-020-03149-7>
- NICE. (2014, 21 February 2017). *Intrapartum care for healthy women and babies* [Clinical guideline [CG190]].
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations>
- Page MJ, M. J., Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. . (2020, 2021). *PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only*. PRISMA Statement. Hentet 18.08.21 fra <http://www.prisma-statement.org/>

- Salvesen, K. Å. (2017). Fødsler som krever ekstra oppfølging IA. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka. Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 536-555). Cappelen Damm.
- Skogheim, G. & Lundgren, I. (2021). Forbedringspotensial i den norske fødselsomsorgen. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 17(1).
<https://doi.org/10.7557/14.5444>
- Thomas, J., O'Mara-Eves, Alison, Kneale, Dylan, Shemilt, Ian. (2017). Synthesis methods for combining and configuring quantitative data. I D. A. Gough, S. Oliver & J. Thomas (Red.), *An introduction to systematic reviews* (2. utg., s. 211-250). SAGE.
- Tilden, E. L., Phillippi, J. C., Ahlberg, M. & et al. (2019). Describing latent phase duration and associated characteristics among 1281 low-risk women in spontaneous labor. *Birth*, 46(4), 592-601. <https://doi.org/10.1111/birt.12428>
- Tilden, E. L., Phillippi, J. C., Carlson, N., Dissanayake, M., Lee, C. S., Caughey, A. B. & Snowden, J. M. (2020). The association between longer durations of the latent phase of labor and subsequent perinatal processes and outcomes among midwifery patients. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 47(4), 418-429.
<https://doi.org/10.1111/birt.12494>
- Ulfsdottir, H., Nissen, E., Ryding, E.-L., Lund-Egloff, D. & Wiberg-Itzel, E. (2014). The association between labour variables and primiparous women's experience of childbirth; a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14(1), 208-208. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-208>
- Veileder i fødselshjelp*. (2020). Den norske legeforeningen.
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/>
- WHO. (2017, 2017). *Robson Classification: Implementation Manual*.
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/robson-classification/en/
- WHO. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1095300/retrieve>
- Zhang, J., Troendle, J., Mikolajczyk, R. & et al. (2010). The natural history of the normal first stage of labor. *Obstetrics & Gynecology*, 115(4), 705-710.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0B013E3181D55925>
- Ängeby, K., Sandin-Bojö, A.-K., Persenius, M. & Wilde-Larsson, B. (2019). Women's labour experiences and quality of care in relation to a prolonged latent phase of labour. *Midwifery*, 77, 155-164. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.006>
- Aadland, E. (2011). Med fornuften bak rattet. I *Og eg ser på deg- : vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3. utg., s. 165). Universitetsforl.

Vedlegg 1-12

Fra neste side kommer vedlegg 1-12.

Database:

Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations and Daily <1946 to May 26, 2021>

#	Query	Results from 27 May 2021
1	Labor Stage, First/	1,399
2	((first or latent or early) adj4 (stage* or phase*) adj4 (labor* or labour*)).mp.	3,169
3	1 or 2	3,169
4	Dystocia/	3,717
5	dystocia*.mp.	5,812
6	prolong*.mp.	397,136
7	duration*.mp.	641,983
8	4 or 5 or 6 or 7	996,980
9	3 and 8	1,070

Labor Stage, First/

((first or latent or early) adj4 (stage* or phase*) adj4 (labor* or labour*)).mp.

1 or 2

Dystocia/

dystocia*.mp.

prolong*.mp.

duration*.mp.

4 or 5 or 6 or 7

3 and 8

Database:

Maternity & Infant Care Database (MIDIRS) <1971 to April 13, 2021>

#	Query	Results from 31 May 2021
1	first stage of labor.mp. [mp=abstract, heading word, title]	388
2	((first or latent or early) adj4 (stage* or phase*) adj4 (labor* or labour*)).mp.	1,214
3	1 or 2	1,214
4	dystocia.mp. [mp=abstract, heading word, title]	1,665
5	dystocia*.mp. [mp=abstract, heading word, title]	1,667
6	prolong*.mp. [mp=abstract, heading word, title]	5,707
7	duration*.mp. [mp=abstract, heading word, title]	11,797
8	4 or 5 or 6 or 7	17,821
9	3 and 8	539
10	9 and 2001:2022.(sa_year).	340
11	from 10 keep 2,9-10,29-30,35,54,60,64,87,91,103,116,142,160,205,243,255,286-287,329,334	22
12	from 11 keep 1-22	22

first stage of labor.mp. [mp=abstract, heading word, title]

((first or latent or early) adj4 (stage* or phase*) adj4 (labor* or labour*)).mp.

1 or 2

dystocia.mp. [mp=abstract, heading word, title]

dystocia*.mp. [mp=abstract, heading word, title]

prolong*.mp. [mp=abstract, heading word, title]

duration*.mp. [mp=abstract, heading word, title]

4 or 5 or 6 or 7

3 and 8

9 and 2001:2022.(sa_year).

from 10 keep 2,9-10,29-30,35,54,60,64,87,91,103,116,142,160,205,243,255,286-287,329,334

from 11 keep 1-22



Monday, May 31, 2021 11:33:21 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S10	S3 AND S8	Limiters - Published Date: 20010101- 20211231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	202
S9	S3 AND S8	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	234
S8	S4 OR S5 OR S6 OR S7	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	193,457
S7	"duration**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	143,623
S6	(MH "Pregnancy, Prolonged") OR "prolong**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	56,829
S5	(MH "Dystocia") OR "dystocia**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,672
S4	(MH "Dystocia")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced	621

			Search Database - CINAHL with Full Text	
S3	S1 OR S2	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	879
S2	(MH "Labor Stage, First") OR (MH "Labor Stages") OR "((first or latent or early) N4 (stage* or phase*) N4 (labor* or labour*)).mp."	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	879
S1	(MH "Labor Stage, First")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	601

CASP Checklist: 12 questions to help you make sense of a **Cohort Study**

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a cohort study:

- ▶ Are the results of the study valid? (Section A)
- ▶ What are the results? (Section B)
- ▶ Will the results help locally? (Section C)

The 12 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Cohort Study) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net

Paper for appraisal and reference:.....

Section A: Are the results of the study valid?

1. Did the study address a clearly focused issue?

Yes	
Can't Tell	
No	

HINT: A question can be 'focused' in terms of

- the population studied
- the risk factors studied
- is it clear whether the study tried to detect a beneficial or harmful effect
- the outcomes considered

Comments:

2. Was the cohort recruited in an acceptable way?

Yes	
Can't Tell	
No	

HINT: Look for selection bias which might compromise the generalisability of the findings:

- was the cohort representative of a defined population
- was there something special about the cohort
- was everybody included who should have been

Comments:

Is it worth continuing?

3. Was the exposure accurately measured to minimise bias?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for measurement or classification bias:

- did they use subjective or objective measurements
- do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
- were all the subjects classified into exposure groups using the same procedure

Comments:

4. Was the outcome accurately measured to minimise bias?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for measurement or classification bias:

- did they use subjective or objective measurements
- do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
 - has a reliable system been established for detecting all the cases (for measuring disease occurrence)
 - were the measurement methods similar in the different groups
 - were the subjects and/or the outcome assessor blinded to exposure (does this matter)

Comments:

5. (a) Have the authors identified all important confounding factors?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:
• list the ones you think might be important, and ones the author missed

Comments:

5. (b) Have they taken account of the confounding factors in the design and/or analysis?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:
• look for restriction in design, and techniques e.g. modelling, stratified-, regression-, or sensitivity analysis to correct, control or adjust for confounding factors

Comments:

6. (a) Was the follow up of subjects complete enough?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider
• the good or bad effects should have had long enough to reveal themselves
• the persons that are lost to follow-up may have different outcomes than those available for assessment
• in an open or dynamic cohort, was there anything special about the outcome of the people leaving, or the exposure of the people entering the cohort

6. (b) Was the follow up of subjects long enough?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Comments:

Section B: What are the results?

7. What are the results of this study?

HINT: Consider

- what are the bottom line results
- have they reported the rate or the proportion between the exposed/unexposed, the ratio/rate difference
- how strong is the association between exposure and outcome (RR)
- what is the absolute risk reduction (ARR)

Comments:

8. How precise are the results?

HINT:

- look for the range of the confidence intervals, if given

Comments:

9. Do you believe the results?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- big effect is hard to ignore
 - can it be due to bias, chance or confounding
 - are the design and methods of this study sufficiently flawed to make the results unreliable
 - Bradford Hills criteria (e.g. time sequence, dose-response gradient, biological plausibility, consistency)

Comments:

Section C: Will the results help locally?

10. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider whether
- a cohort study was the appropriate method to answer this question
 - the subjects covered in this study could be sufficiently different from your population to cause concern
 - your local setting is likely to differ much from that of the study
 - you can quantify the local benefits and harms

Comments:

11. Do the results of this study fit with other available evidence?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Comments:

12. What are the implications of this study for practice?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- one observational study rarely provides sufficiently robust evidence to recommend changes to clinical practice or within health policy decision making
 - for certain questions, observational studies provide the only evidence
 - recommendations from observational studies are always stronger when supported by other evidence

Comments:

CASP Checklist: 12 questions to help you make sense of a **Cohort Study**

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a cohort study:

- ▶ Are the results of the study valid? (Section A)
- ▶ What are the results? (Section B)
- ▶ Will the results help locally? (Section C)

The 12 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Cohort Study) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net

Paper for appraisal and reference:.....

Section A: Are the results of the study valid?

1. Did the study address a clearly focused issue?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: A question can be 'focused' in terms of

- the population studied
- the risk factors studied
- is it clear whether the study tried to detect a beneficial or harmful effect
- the outcomes considered

Comments:

2. Was the cohort recruited in an acceptable way?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for selection bias which might compromise the generalisability of the findings:

- was the cohort representative of a defined population
- was there something special about the cohort
- was everybody included who should have been

Comments:

Is it worth continuing?

3. Was the exposure accurately measured to minimise bias?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for measurement or classification bias:

- did they use subjective or objective measurements
- do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
- were all the subjects classified into exposure groups using the same procedure

Comments:

4. Was the outcome accurately measured to minimise bias?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for measurement or classification bias:

- did they use subjective or objective measurements
- do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
 - has a reliable system been established for detecting all the cases (for measuring disease occurrence)
 - were the measurement methods similar in the different groups
 - were the subjects and/or the outcome assessor blinded to exposure (does this matter)

Comments:

5. (a) Have the authors identified all important confounding factors?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:
• list the ones you think might be important, and ones the author missed

Comments:

5. (b) Have they taken account of the confounding factors in the design and/or analysis?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:
• look for restriction in design, and techniques e.g. modelling, stratified-, regression-, or sensitivity analysis to correct, control or adjust for confounding factors

Comments:

6. (a) Was the follow up of subjects complete enough?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider
• the good or bad effects should have had long enough to reveal themselves
• the persons that are lost to follow-up may have different outcomes than those available for assessment
• in an open or dynamic cohort, was there anything special about the outcome of the people leaving, or the exposure of the people entering the cohort

6. (b) Was the follow up of subjects long enough?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Comments:

Section B: What are the results?

7. What are the results of this study?

HINT: Consider

- what are the bottom line results
- have they reported the rate or the proportion between the exposed/unexposed, the ratio/rate difference
- how strong is the association between exposure and outcome (RR)
- what is the absolute risk reduction (ARR)

Comments:

8. How precise are the results?

HINT:

- look for the range of the confidence intervals, if given

Comments:

9. Do you believe the results?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- big effect is hard to ignore
 - can it be due to bias, chance or confounding
 - are the design and methods of this study sufficiently flawed to make the results unreliable
 - Bradford Hills criteria (e.g. time sequence, dose-response gradient, biological plausibility, consistency)

Comments:

Section C: Will the results help locally?

10. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider whether
- a cohort study was the appropriate method to answer this question
 - the subjects covered in this study could be sufficiently different from your population to cause concern
 - your local setting is likely to differ much from that of the study
 - you can quantify the local benefits and harms

Comments:

11. Do the results of this study fit with other available evidence?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Comments:

12. What are the implications of this study for practice?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- one observational study rarely provides sufficiently robust evidence to recommend changes to clinical practice or within health policy decision making
 - for certain questions, observational studies provide the only evidence
 - recommendations from observational studies are always stronger when supported by other evidence

Comments:

CASP Checklist: 12 questions to help you make sense of a **Cohort Study**

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a cohort study:

- ▶ Are the results of the study valid? (Section A)
- ▶ What are the results? (Section B)
- ▶ Will the results help locally? (Section C)

The 12 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Cohort Study) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net

Paper for appraisal and reference:.....

Section A: Are the results of the study valid?

1. Did the study address a clearly focused issue?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: A question can be 'focused' in terms of

- the population studied
- the risk factors studied
- is it clear whether the study tried to detect a beneficial or harmful effect
- the outcomes considered

Comments:

2. Was the cohort recruited in an acceptable way?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for selection bias which might compromise the generalisability of the findings:

- was the cohort representative of a defined population
- was there something special about the cohort
- was everybody included who should have been

Comments:

Is it worth continuing?

3. Was the exposure accurately measured to minimise bias?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for measurement or classification bias:

- did they use subjective or objective measurements
- do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
- were all the subjects classified into exposure groups using the same procedure

Comments:

4. Was the outcome accurately measured to minimise bias?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for measurement or classification bias:

- did they use subjective or objective measurements
- do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
 - has a reliable system been established for detecting all the cases (for measuring disease occurrence)
 - were the measurement methods similar in the different groups
 - were the subjects and/or the outcome assessor blinded to exposure (does this matter)

Comments:

5. (a) Have the authors identified all important confounding factors?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:
• list the ones you think might be important, and ones the author missed

Comments:

5. (b) Have they taken account of the confounding factors in the design and/or analysis?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:
• look for restriction in design, and techniques e.g. modelling, stratified-, regression-, or sensitivity analysis to correct, control or adjust for confounding factors

Comments:

6. (a) Was the follow up of subjects complete enough?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider
• the good or bad effects should have had long enough to reveal themselves
• the persons that are lost to follow-up may have different outcomes than those available for assessment
• in an open or dynamic cohort, was there anything special about the outcome of the people leaving, or the exposure of the people entering the cohort

6. (b) Was the follow up of subjects long enough?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Comments:

Section B: What are the results?

7. What are the results of this study?

HINT: Consider

- what are the bottom line results
- have they reported the rate or the proportion between the exposed/unexposed, the ratio/rate difference
- how strong is the association between exposure and outcome (RR)
- what is the absolute risk reduction (ARR)

Comments:

8. How precise are the results?

HINT:

- look for the range of the confidence intervals, if given

Comments:

9. Do you believe the results?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- big effect is hard to ignore
 - can it be due to bias, chance or confounding
 - are the design and methods of this study sufficiently flawed to make the results unreliable
 - Bradford Hills criteria (e.g. time sequence, dose-response gradient, biological plausibility, consistency)

Comments:

Section C: Will the results help locally?

10. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider whether
- a cohort study was the appropriate method to answer this question
 - the subjects covered in this study could be sufficiently different from your population to cause concern
 - your local setting is likely to differ much from that of the study
 - you can quantify the local benefits and harms

Comments:

11. Do the results of this study fit with other available evidence?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Comments:

12. What are the implications of this study for practice?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- one observational study rarely provides sufficiently robust evidence to recommend changes to clinical practice or within health policy decision making
 - for certain questions, observational studies provide the only evidence
 - recommendations from observational studies are always stronger when supported by other evidence

Comments:

CASP Checklist: 12 questions to help you make sense of a **Cohort Study**

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a cohort study:

- ▶ Are the results of the study valid? (Section A)
- ▶ What are the results? (Section B)
- ▶ Will the results help locally? (Section C)

The 12 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Cohort Study) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net

Paper for appraisal and reference:.....

Section A: Are the results of the study valid?

1. Did the study address a clearly focused issue?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: A question can be 'focused' in terms of

- the population studied
- the risk factors studied
- is it clear whether the study tried to detect a beneficial or harmful effect
- the outcomes considered

Comments:

2. Was the cohort recruited in an acceptable way?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for selection bias which might compromise the generalisability of the findings:

- was the cohort representative of a defined population
- was there something special about the cohort
- was everybody included who should have been

Comments:

Is it worth continuing?

3. Was the exposure accurately measured to minimise bias?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for measurement or classification bias:

- did they use subjective or objective measurements
- do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
- were all the subjects classified into exposure groups using the same procedure

Comments:

4. Was the outcome accurately measured to minimise bias?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for measurement or classification bias:

- did they use subjective or objective measurements
- do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
 - has a reliable system been established for detecting all the cases (for measuring disease occurrence)
 - were the measurement methods similar in the different groups
 - were the subjects and/or the outcome assessor blinded to exposure (does this matter)

Comments:

5. (a) Have the authors identified all important confounding factors?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:
• list the ones you think might be important, and ones the author missed

Comments:

5. (b) Have they taken account of the confounding factors in the design and/or analysis?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:
• look for restriction in design, and techniques e.g. modelling, stratified-, regression-, or sensitivity analysis to correct, control or adjust for confounding factors

Comments:

6. (a) Was the follow up of subjects complete enough?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider
• the good or bad effects should have had long enough to reveal themselves
• the persons that are lost to follow-up may have different outcomes than those available for assessment
• in an open or dynamic cohort, was there anything special about the outcome of the people leaving, or the exposure of the people entering the cohort

6. (b) Was the follow up of subjects long enough?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Comments:

Section B: What are the results?

7. What are the results of this study?

HINT: Consider

- what are the bottom line results
- have they reported the rate or the proportion between the exposed/unexposed, the ratio/rate difference
- how strong is the association between exposure and outcome (RR)
- what is the absolute risk reduction (ARR)

Comments:

8. How precise are the results?

HINT:

- look for the range of the confidence intervals, if given

Comments:

9. Do you believe the results?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- big effect is hard to ignore
 - can it be due to bias, chance or confounding
 - are the design and methods of this study sufficiently flawed to make the results unreliable
 - Bradford Hills criteria (e.g. time sequence, dose-response gradient, biological plausibility, consistency)

Comments:

Section C: Will the results help locally?

10. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider whether
- a cohort study was the appropriate method to answer this question
 - the subjects covered in this study could be sufficiently different from your population to cause concern
 - your local setting is likely to differ much from that of the study
 - you can quantify the local benefits and harms

Comments:

11. Do the results of this study fit with other available evidence?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Comments:

12. What are the implications of this study for practice?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- one observational study rarely provides sufficiently robust evidence to recommend changes to clinical practice or within health policy decision making
 - for certain questions, observational studies provide the only evidence
 - recommendations from observational studies are always stronger when supported by other evidence

Comments:

CASP Checklist: 12 questions to help you make sense of a **Cohort Study**

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a cohort study:

- ▶ Are the results of the study valid? (Section A)
- ▶ What are the results? (Section B)
- ▶ Will the results help locally? (Section C)

The 12 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Cohort Study) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net

Paper for appraisal and reference:.....

Section A: Are the results of the study valid?

1. Did the study address a clearly focused issue?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: A question can be 'focused' in terms of

- the population studied
- the risk factors studied
- is it clear whether the study tried to detect a beneficial or harmful effect
- the outcomes considered

Comments:

2. Was the cohort recruited in an acceptable way?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for selection bias which might compromise the generalisability of the findings:

- was the cohort representative of a defined population
- was there something special about the cohort
- was everybody included who should have been

Comments:

Is it worth continuing?

3. Was the exposure accurately measured to minimise bias?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for measurement or classification bias:

- did they use subjective or objective measurements
- do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
- were all the subjects classified into exposure groups using the same procedure

Comments:

4. Was the outcome accurately measured to minimise bias?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for measurement or classification bias:

- did they use subjective or objective measurements
- do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
 - has a reliable system been established for detecting all the cases (for measuring disease occurrence)
 - were the measurement methods similar in the different groups
 - were the subjects and/or the outcome assessor blinded to exposure (does this matter)

Comments:

5. (a) Have the authors identified all important confounding factors?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:

- list the ones you think might be important, and ones the author missed

Comments:

5. (b) Have they taken account of the confounding factors in the design and/or analysis?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:

- look for restriction in design, and techniques e.g. modelling, stratified-, regression-, or sensitivity analysis to correct, control or adjust for confounding factors

Comments:

6. (a) Was the follow up of subjects complete enough?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- the good or bad effects should have had long enough to reveal themselves
- the persons that are lost to follow-up may have different outcomes than those available for assessment
- in an open or dynamic cohort, was there anything special about the outcome of the people leaving, or the exposure of the people entering the cohort

6. (b) Was the follow up of subjects long enough?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Comments:

Section B: What are the results?

7. What are the results of this study?

HINT: Consider

- what are the bottom line results
- have they reported the rate or the proportion between the exposed/unexposed, the ratio/rate difference
- how strong is the association between exposure and outcome (RR)
- what is the absolute risk reduction (ARR)

Comments:

8. How precise are the results?

HINT:

- look for the range of the confidence intervals, if given

Comments:

9. Do you believe the results?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- big effect is hard to ignore
 - can it be due to bias, chance or confounding
 - are the design and methods of this study sufficiently flawed to make the results unreliable
 - Bradford Hills criteria (e.g. time sequence, dose-response gradient, biological plausibility, consistency)

Comments:

Section C: Will the results help locally?

10. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider whether
- a cohort study was the appropriate method to answer this question
 - the subjects covered in this study could be sufficiently different from your population to cause concern
 - your local setting is likely to differ much from that of the study
 - you can quantify the local benefits and harms

Comments:

11. Do the results of this study fit with other available evidence?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Comments:

12. What are the implications of this study for practice?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- one observational study rarely provides sufficiently robust evidence to recommend changes to clinical practice or within health policy decision making
 - for certain questions, observational studies provide the only evidence
 - recommendations from observational studies are always stronger when supported by other evidence

Comments:

CASP Checklist: 12 questions to help you make sense of a **Cohort Study**

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a cohort study:

- ▶ Are the results of the study valid? (Section A)
- ▶ What are the results? (Section B)
- ▶ Will the results help locally? (Section C)

The 12 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Cohort Study) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net

Paper for appraisal and reference:.....

Section A: Are the results of the study valid?

1. Did the study address a clearly focused issue?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: A question can be 'focused' in terms of

- the population studied
- the risk factors studied
- is it clear whether the study tried to detect a beneficial or harmful effect
- the outcomes considered

Comments:

2. Was the cohort recruited in an acceptable way?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for selection bias which might compromise the generalisability of the findings:

- was the cohort representative of a defined population
- was there something special about the cohort
- was everybody included who should have been

Comments:

Is it worth continuing?

3. Was the exposure accurately measured to minimise bias?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for measurement or classification bias:

- did they use subjective or objective measurements
- do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
- were all the subjects classified into exposure groups using the same procedure

Comments:

4. Was the outcome accurately measured to minimise bias?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for measurement or classification bias:

- did they use subjective or objective measurements
- do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
 - has a reliable system been established for detecting all the cases (for measuring disease occurrence)
 - were the measurement methods similar in the different groups
 - were the subjects and/or the outcome assessor blinded to exposure (does this matter)

Comments:

5. (a) Have the authors identified all important confounding factors?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:
• list the ones you think might be important, and ones the author missed

Comments:

5. (b) Have they taken account of the confounding factors in the design and/or analysis?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:
• look for restriction in design, and techniques e.g. modelling, stratified-, regression-, or sensitivity analysis to correct, control or adjust for confounding factors

Comments:

6. (a) Was the follow up of subjects complete enough?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider
• the good or bad effects should have had long enough to reveal themselves
• the persons that are lost to follow-up may have different outcomes than those available for assessment
• in an open or dynamic cohort, was there anything special about the outcome of the people leaving, or the exposure of the people entering the cohort

6. (b) Was the follow up of subjects long enough?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Comments:

Section B: What are the results?

7. What are the results of this study?

HINT: Consider

- what are the bottom line results
- have they reported the rate or the proportion between the exposed/unexposed, the ratio/rate difference
- how strong is the association between exposure and outcome (RR)
- what is the absolute risk reduction (ARR)

Comments:

8. How precise are the results?

HINT:

- look for the range of the confidence intervals, if given

Comments:

9. Do you believe the results?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- big effect is hard to ignore
 - can it be due to bias, chance or confounding
 - are the design and methods of this study sufficiently flawed to make the results unreliable
 - Bradford Hills criteria (e.g. time sequence, dose-response gradient, biological plausibility, consistency)

Comments:

Section C: Will the results help locally?

10. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider whether
- a cohort study was the appropriate method to answer this question
 - the subjects covered in this study could be sufficiently different from your population to cause concern
 - your local setting is likely to differ much from that of the study
 - you can quantify the local benefits and harms

Comments:

11. Do the results of this study fit with other available evidence?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Comments:

12. What are the implications of this study for practice?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- one observational study rarely provides sufficiently robust evidence to recommend changes to clinical practice or within health policy decision making
 - for certain questions, observational studies provide the only evidence
 - recommendations from observational studies are always stronger when supported by other evidence

Comments:

CASP Checklist: 12 questions to help you make sense of a **Cohort Study**

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a cohort study:

- ▶ Are the results of the study valid? (Section A)
- ▶ What are the results? (Section B)
- ▶ Will the results help locally? (Section C)

The 12 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Cohort Study) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net

Paper for appraisal and reference:.....

Section A: Are the results of the study valid?

1. Did the study address a clearly focused issue?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: A question can be 'focused' in terms of

- the population studied
- the risk factors studied
- is it clear whether the study tried to detect a beneficial or harmful effect
- the outcomes considered

Comments:

2. Was the cohort recruited in an acceptable way?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for selection bias which might compromise the generalisability of the findings:

- was the cohort representative of a defined population
- was there something special about the cohort
- was everybody included who should have been

Comments:

Is it worth continuing?

3. Was the exposure accurately measured to minimise bias?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for measurement or classification bias:

- did they use subjective or objective measurements
- do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
- were all the subjects classified into exposure groups using the same procedure

Comments:

4. Was the outcome accurately measured to minimise bias?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for measurement or classification bias:

- did they use subjective or objective measurements
- do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
 - has a reliable system been established for detecting all the cases (for measuring disease occurrence)
 - were the measurement methods similar in the different groups
 - were the subjects and/or the outcome assessor blinded to exposure (does this matter)

Comments:

5. (a) Have the authors identified all important confounding factors?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:
• list the ones you think might be important, and ones the author missed

Comments:

5. (b) Have they taken account of the confounding factors in the design and/or analysis?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:
• look for restriction in design, and techniques e.g. modelling, stratified-, regression-, or sensitivity analysis to correct, control or adjust for confounding factors

Comments:

6. (a) Was the follow up of subjects complete enough?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider
• the good or bad effects should have had long enough to reveal themselves
• the persons that are lost to follow-up may have different outcomes than those available for assessment
• in an open or dynamic cohort, was there anything special about the outcome of the people leaving, or the exposure of the people entering the cohort

6. (b) Was the follow up of subjects long enough?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Comments:

Section B: What are the results?

7. What are the results of this study?

HINT: Consider

- what are the bottom line results
- have they reported the rate or the proportion between the exposed/unexposed, the ratio/rate difference
- how strong is the association between exposure and outcome (RR)
- what is the absolute risk reduction (ARR)

Comments:

8. How precise are the results?

HINT:

- look for the range of the confidence intervals, if given

Comments:

9. Do you believe the results?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- big effect is hard to ignore
 - can it be due to bias, chance or confounding
 - are the design and methods of this study sufficiently flawed to make the results unreliable
 - Bradford Hills criteria (e.g. time sequence, dose-response gradient, biological plausibility, consistency)

Comments:

Section C: Will the results help locally?

10. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider whether
- a cohort study was the appropriate method to answer this question
 - the subjects covered in this study could be sufficiently different from your population to cause concern
 - your local setting is likely to differ much from that of the study
 - you can quantify the local benefits and harms

Comments:

11. Do the results of this study fit with other available evidence?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Comments:

12. What are the implications of this study for practice?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- one observational study rarely provides sufficiently robust evidence to recommend changes to clinical practice or within health policy decision making
 - for certain questions, observational studies provide the only evidence
 - recommendations from observational studies are always stronger when supported by other evidence

Comments:

Early labour experience questionnaire: Psychometric testing and women's experiences in a Swedish setting av Ängeby et al.

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er problemstillingen i studien klart formulert?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? TIPS: - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</p> <p>TIPS: - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p> <p>TIPS: Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p> <p>Ikke-respondentene (n=439) var ikke signifikant forskjellige fra de som responderte sammenlignet i alder eller paritet.</p>

<p>6. Er svarprosenten høy nok?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</i></p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/></p> <p>63% er egentlig ikke høy nok svarprosent. Men resultatene er likevel valide.</p>
<p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier?</i> <i>Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</i></p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p><input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>ELEQ tilpasset til svenske forhold</p>
<p>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer?</i> <i>Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks. intervjumetoder og personer)</i> <i>Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc.)</i> <i>Standardiserte og valide målemetoder ved tester</i></p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p><input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige.</i> <i>Se på hvordan» åpne spørsmål” er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</i></p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p><input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?</p>	<p>Det er ulikheter mellom første- og flergangsfødende i forhold til hvor trygg man kjenner seg i latensfasen, og ofte lengre varighet av latensfasen hos førstegangsfødende. Det er oppgitt resultater i p-verdier.</p>
--	--

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<table> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p> <p><i>TIPS:</i> Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</p>	<table> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Det sammenlignes med studie fra Janssen, Eri er også nevnt.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Women's labour experiences and quality of care in relation to a prolonged latent phase of labour

K. Angeby, A. K. Sandin-Bojo, M. Persenius and B. Wilde-Larsson

**SJEKKLISTE FOR VURDERING AV
PREVALENSSTUDIE**

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er problemstillingen i studien klart formulert?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? TIPS: - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? TIPS: - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>

<p>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p> <p><i>TIPS: Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</i></p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/></p> <p>De som ikke svarte (n=439) skilte seg ikke ut fra de som responderte med hensyn til alder, paritet, eller forløsningsmetode.</p>
<p>6. Er svarprosenten høy nok?</p> <p><i>TIPS: I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</i></p>	<p>Ja <input type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/></p> <p>63% responderte.</p>
<p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p><i>TIPS: Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt. validert?</i></p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/></p> <p>QPP-I</p>
<p>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS: Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks. intervjumetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</i></p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/></p>

<p>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige.</i></p> <p><i>Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</i></p>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Ja</td> <td style="width: 33%;">Uklart</td> <td style="width: 33%;">Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Hva er hovedkonklusjonen?</i> <i>Kan du oppsummere resultatene i én setning?</i></p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? <i>Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater?</i> <i>Er det oppgitt p-verdier?</i></p>	<p>Kvinner opplevde av kvaliteten på behandlingen og følelser gjennom fødsel, er relatert til lengden av latensfasen ved ankomst. For førstegangs fødende var latensfasens lengde relatert til fødselsopplevelse, opplevd kvalitet på behandling, og følelser. For flergangsfødende med forlenget latensfase, var forpliktelsen til jordmor, samt kontroll og føle seg trygg, vesentlige faktorer</p> <p>Forekomsten av kvinner med forlenget latensfase er høyere enn tidligere antatt, og det foreligger høyere risiko for intervensjoner under fødsel hos kvinner med forlenget latensfase.</p> <p>OR er oppgitt, og p-verdier</p>
--	---

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Ja</td> <td style="width: 33%;">Uklart</td> <td style="width: 33%;">Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</i></p>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Ja</td> <td style="width: 33%;">Uklart</td> <td style="width: 33%;">Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

