

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2017:6

Har jag verkligen bara fött barn?
Kvinnors upplevelse av omedelbara kejsarsnitt

Karin Hedström



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Har jag verkligen bara fött barn? Kvinnors upplevelse av omedelbara kejsarsnitt
Författare:	Karin Hedström
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot anestesisjukvård.
Handledare:	Thomas Eriksson
Examinator:	Margaretha Ekebergh

Sammanfattning

Kvinnors upplevelse i samband med akuta kejsarsnitt har belysts i flertalet studier. Beskrivning av upplevelsen är kantad av oro, smärta och svårigheter att förstå vad som hänt. Definitionen på omedelbara kejsarsnitt är otydligt vilket har resulterat i att många studier använder begreppet akut och inkluderar där både akuta och omedelbara kejsarsnitt. Renodlade studier på den allvarligaste formen av kejsarsnitt, det omedelbara kejsarsnittet, har inte gått att finna. Då tidsaspekten anses vara en faktor som kan påverka upplevelsen framstod det som intressant att undersöka hur omedelbara kejsarsnitt upplevs. Syftet var att undersöka kvinnors upplevelse av omedelbara kejsarsnitt. Studien har en kvalitativ ansats. Datainsamlingen har genomfört genom semistrukturerade djupintervjuer och analyserats enligt en kvalitativ innehållsanalys. I resultatet framkom att omedelbara kejsarsnitt många gånger upplevs traumatiska. Utdragna förlossningsförlopp var vanliga och kvinnan kände oro för om hon och barnet skulle överleva. När larmet hade gått skedde det ibland så snabbt att patienten inte hade förstått vad som var på väg att ske. Informationen brast. Vårdande kommunikation ansågs avgörande i detta skede. Efterförloppet präglades av mycket smärta som hindrade kvinnorna att ta hand om sig själva och barnet. Behovet av en god smärtlindringsregim var tydlig. Uppföljning var betydande och många gånger avgörande för hur kvinnorna kunde leva med sina minnen efteråt. Det var viktigt att kunna se ett sammanhang. Huvudkategorierna som framkom var; *information från vårdgivare till patient, utlämnad i sin otillräcklighet* samt *behovet av en utförlig uppföljning*.

Nyckelord: *informationens betydelse, postoperativ smärtlindring, uppföljning, omedelbara kejsarsnitt, anestesisjuksköterska*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	3
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Kvinnors upplevelse av akut kejsarsnitt	1
Tiden efter ett akut kejsarsnitt	2
Den perioperativa vårdprocessen	3
Patientens pre och postoperativa fas	3
Sjuksköterskans perioperativa vårdprocess	3
Vårdande kommunikation	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
Frågeställningar	6
SYFTE	6
METOD	6
Ansats	6
Deltagare	7
Demografisk information	8
Datainsamling	8
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden	10
Förförståelse	11
RESULTAT	11
Tiden innan kejsarsnittet	13
Kvinnornas inställning till förlossningen	13
Att tas på allvar	13
Att få veta vad som sker	14
Behovet av att ha en fast punkt i samband med att larmet utlösts	14
Inne på operationssalen	15
Att inte förstå och inte kunna ta in vad som händer	15
Vikten av att vårdpersonalen är nära	16
Tiden på uppvakningsavdelningen	17
I väntan på besked om barnet	17
Att vakna ensam	17
Väntan och längtan	18
Tiden efter kejsarsnittet	18
Svårighet att knyta an till barnet	19
Känslan av att bli ersatt	19
Förstår de hur ont jag har?	20
Att inte räkna till, kroppen sviker mig	21

Första tiden hemma	23
Behovet av stöd var större än förväntat	23
Att inte orka vårda barnet	23
Kvinnornas återblick och reflektion. Vad var bra och vad hade kunnat göras bättre?	24
Att bli bekräftad	24
Betydelsen av att förstå vad som händer	25
Att söka förklaring	25
Att betraktas som frisk	27
Att leva med minnena	27
DISKUSSION	28
Metoddiskussion	28
Resultatdiskussion	30
Sammanfattning	30
Information från vårdgivare till patient	30
Utlämnad i sin otillräcklighet	31
Behovet av en utförlig uppföljning	33
Hållbar utveckling	34
Kliniska implikationer:	34
REFERENSER	35
Bilaga 1	1
Bilaga 2	1
Bilaga 3	3
Bilaga 4	4

INLEDNING

I Sverige föds årligen ca 110 000–115 000 barn. Utav dessa barn föds ca 20 000 med kejsarsnitt. Akuta kejsarsnitt som utförs då det föreligger risk för modern eller barnet, uppgår till sammanlagt 8400 utav den totala andelen kejsarsnitt. Merparten av de kvinnor som genomgår akuta kejsarsnitt är förstföderskor (Socialstyrelsen 2014). Vedertagen internationell benämning av allvarlighetsgraden av kejsarsnitt saknas. Flertalet studier inkluderar patienter som genomgått både akuta och omedelbara kejsarsnitt. Detta försvårar möjligheten att undersöka isolerat hur omedelbara kejsarsnitt upplevs.

Nationellt finns det tre benämningar på kejsarsnitt och de anger allvarlighetsgraden och tidsaspekten. *Elektivt kejsarsnitt* är ett planerat kejsarsnitt. Ett *akut kejsarsnitt* innefattar alla oplanerade snitt förutom de omedelbara och kan därför ha vida varierande tidsramar. *Omedelbart kejsarsnitt* är synonymt med *katastrofsnitt*, *larmsnitt* och *urakut snitt* med målsättning att påbörja operation inom 15 minuter från det att larmet har utlösts. Beslutet om omedelbart kejsarsnitt baseras på följande citat; ”*Omedelbart kejsarsnitt är indicerat när moderns eller fostrets tillstånd bedöms vara så allvarligt att varje minut innan kvinnan blir förlöst innebär en ökad risk för bestående skada eller död*” (LÖF 2015).

Mitt intresse för detta ämne uppstod i samband med en diskussion på kliniken gällande omedelbara kejsarsnitt. Där framkom det att anestesipersonalen saknade insikt i hur kvinnor upplever den akuta generella anestesi. Som blivande anestesijuksköterska ska jag kunna vårda dessa patienter tillsammans med en anesthesiolog och blev därför nyfiken på att fördjupa mig i ämnet. Anestesisjuksköterskan ansvarar för övervakning och/eller utförande av lokal eller generell anestesi, analgesi och sedering till patienter i alla åldrar (Riksföreningen för anestesi och intensivvård 2012).

BAKGRUND

Kvinnors upplevelse av akut kejsarsnitt

Om den havande kvinnan ställer sig positiv eller negativ till ett eventuellt akut kejsarsnitt har visat sig ha samband med risken för att utveckla posttraumatisk stress. De kvinnor som kom in till förlossningen och var inställda på en vaginal förlossning men som avslutades i ett akut kejsarsnitt upplevde många gånger oro, besvikelse, ilska och uppgivenhet. Psykologiska stressreaktioner var mindre förekommande hos kvinnor som trots akut operation känt tilltro till personalen och en trygghet i situationen (Ryding, Wijma & Wijma 2000) Det framkom att den grupp av kvinnor som redan i hemmet misstänker att något är fel med sig själva eller barnet, lider stor oro redan vid ankomst och har svårt att släppa denna oro förrän barnet är förlöst och de har fått reda på att allt är bra. En lättnad uppstod många gånger efter att beslutet om kejsarsnitt blev taget. Alla kvinnorna som inkom under dessa premisser visade tecken på posttraumatiska stressreaktioner efteråt. En del kvinnor led av minnesförluster av tiden från sövning fram tills att de såg deras barn för första gången. Trots minnesförlust uppvisade även en del av dessa kvinnor posttraumatiska stressymptom. Vid hantering av stor stress är det viktigt

med en känsla av kontroll i situationen som en del i att minska det psykiska lidandet efteråt.

Resultatet av en studie utförd i Kanada visade att förvånansvärt få av de intervjuade kvinnorna hade förberett sig på möjligheten att de skulle behöva genomgå ett akut kejsarsnitt. De allra flesta hade skapat sig en bild av att de skulle föda vaginalt och upplevde då stor besvikelse när det visade sig att de behövde genomgå kejsarsnitt. Några utav kvinnorna hade medvetet avstått från att läsa om vad en förlossning genom kejsarsnitt skulle kunna innebära (Somera, Feeley & Ciofani 2010). Kvinnornas känslor i samband med beskedet varierade mellan att vara orolig och känna förlust av kontroll, till att de försökte stärka sig genom att tänka positiva tankar och se fram emot att möta sitt barn. Som en implikation till den kliniska varsamheten baserat på forskningsresultaten, bör vårdpersonal bli bättre på att förstärka kvinnornas copingstrategier i samband med urakuta operationer samt vara noga med att ge tät information om vad som sker. Havande kvinnor bör söka information och förbereda sig redan tidigt i graviditeten på att det föreligger en risk i att förlossningen avslutas i ett akut kejsarsnitt och vårdpersonal skall vara påstötande i den förberedelsen (Somera, Feeley & Ciofani 2010)

För att minska posttraumatisk stress, känsla av kontrollförlust samt lidande är det viktigt att kvinnor som genomgått ett akut kejsarsnitt får möjlighet till uppföljning med samtal om vad som inträffat och information från olika yrkeskategorier för att kunna skapa en så bred bild av händelsen som möjligt (Ryding, Wijma & Wijma 1998; Somera, Feeley & Ciofani 2010)

Tiden efter ett akut kejsarsnitt

Förstagångs föderskor som oplanerat genomgår ett akut kejsarsnitt är de som är i största riskzonen för att utveckla stresssymptom och uppleva ökad smärtupplevelse efteråt (Weiss, Fawcett & Aber 2009). Flertalet kvinnor (över 36 %) som genomgår akut kejsarsnitt upplever smärta i upp till fyra till åtta veckor efteråt. Mest smärtpåverkade var kvinnorna de två första dygnen efter operationen. Trots att flertalet kvinnor uppger att personalen försökt att smärtlindra dem så har smärtan ändå påverkat dem så förmågan att ta hand om sitt nyfödda barn varit nedsatt (Karlstrom, Engstrom-Olofsson, Norbergh, Sjoling & Hildingsson 2007). Möjligheten att knyta an till sitt nyfödda barn försvåras av negativa upplevelser i samband med förlossningen då kvinnan är i ökat behov av omsorg själv (Weiss, Fawcett & Aber 2009).

Förmågan att kunna sköta om sitt barn påverkas av förekomst av postoperativ smärta som i sin tur påverkar möjligheten att mobiliseras. Psykiskt välmående och förmågan till sårhäkning förbättras om tidig mobilisering initieras efter operation (Karlstrom et al. 2007). Enlig Karlstrom et al. (2007) uppger över 60 % av kvinnorna i studien att deras förmåga att ta hand om sitt barn och att amma har påverkats negativt av stark smärta första dygnen efter operationen. Negativa upplevelser av förlossningen är fördubblad vid akuta kejsarsnitt jämfört med elektiva kejsarsnitt och de som genomgått akut kejsarsnitt har även skattat sig högre på smärtskalan.

Faktorer som kan minska den negativa upplevelsen av förlossningen och tiden efteråt har enligt Karlstrom et al. (2007) visat sig vara god information innan om risken att genomgå ett akut kejsarsnitt, medvetenhet kring smärtförekomst efteråt, känsla av kontroll och känsla av delaktighet i beslutet om akut operation samt löpande information innan och efter om vad som sker.

Den perioperativa vårdprocessen

Patientens pre och postoperativa fas skiljer sig från sjuksköterskans perioperativa vårdprocess (Lindwall 2008, ss. 12-14).

Patientens pre och postoperativa fas

Enligt Lindwall (2008, ss. 12-14) inleds patientens preoperativa fas när denne känner att det inte står rätt till i kroppen. Den innefattar undersökningar av kroppen, beslutet om operation samt provtagningar och andra förberedelser som krävs inför operation. Beroende på när den preoperativa fasen startar för patienten så kan den pågå i några enstaka minuter upp till flera veckor och månader innan operationen. Kvinnor som genomgår omedelbara kejsarsnitt tillhör enligt denna definition en patientgrupp som kan ha en mycket kort preoperativ fas. Tiden mellan beslutsgrundande undersökningar, slutgiltigt beslut och operation är kort. Patientens postoperativa fas pågår fram till dess att patienten slutat att tänka på sin operation. Delar som skall ingå i den postoperativa fasen är en postoperativ dialog mellan patient och anestesijuksköterskan som skall innefatta en utvärdering av vårdandet. Fasen innehåller tiden på den postoperativa avdelningen samt tiden efteråt med rehabilitering efter operationen. (Lindwall 2008, ss. 12-14).

Sjuksköterskans perioperativa vårdprocess

Vårdprocessen ses som ett redskap för sjuksköterskan att kunna reflektera över sitt vårdande. Vårdprocessen innefattar följande steg; patientberättelsen, planering av vården, genomförandet och utvärdering. Processen delas in preoperativ fas, intraoperativ fas och den postoperativa fasen (Lindwall 2008, ss. 82-96).

Den preoperativa fasen innefattar det första mötet mellan anestesijuksköterskan och patienten. Samtalet bör ske i avskildhet utanför operationssalen. I samtalet berättar patienten om sig själv och delger data som sjuksköterskan analyserar och planerar vårdhandlingar utefter (Lindwall 2008, ss. 87-90). Förfarandet i samband med omedelbara kejsarsnitt efterliknar inte denna process. Första mötet mellan narkossjuksköterskan och patienten sker oftast inne på operationssalen där förberedelserna inför det omedelbara kejsarsnittet redan är i full gång. Detta ställer höga krav på sjuksköterskans förmåga att skapa ett bra samtal. Enligt Lindwall (2008, ss. 87-90) skall vårdåtgärderna som planeras spegla hur sjuksköterskan bryr sig om, ansvarar för, skapar tillit och finns till för sin patient.

Den intraoperativa fasen innefattar genomförandet av de planerade vårdåtgärderna. Inledandet av fasen är när anestesisyjuksköterskan möter sin patient på operationsavdelningen och avslutandet anses vara när patienten lämnas över till en sjuksköterska på uppvakningsavdelningen. Målet med den interoperativa vården är att skydda och bevara kroppens värdighet och skydda från faror och skador som kan orsakas av omgivningen. Under denna fas sätts patientens förmåga att kontrollera sin kropp ur spel det är därför sjuksköterskans skyldighet att agera i patientens ställe och skydda mot faror och skador, från obehörigas blockar och från bakterier. Sammanfattningsvis bör sjuksköterskan anamma sina skyldigheter att ha mot att stå upp för sin patient och att ansa kroppen väl (Lindwall 2008, ss.90-94).

Den perioperativa processens avslutande del är den postoperativa fasen. Under den avslutande fasen genomförs ett utvärderande samtal mellan sjuksköterska och patient där de tillsammans reflekterar över vårdandet och de mål som sattes upp men också hur patienten erfar sin nyopererade kropp. Efter detta samtal och sjuksköterskans avslutande dokumentation med utvärdering, anses den perioperativa vårdprocessen vara över (Lindwall 2008, ss.94-96)

Vårdande kommunikation

Kommunikationen har en stor betydelse i vår värld som många gånger är mångfacetterad och komplex (Wiklund Gustin & Bergbom 2012, s. 322). Kommunikationen är nödvändig och kan innehålla olika tolkningar och kan påverkas av världsuppfattning och vetenskapliga perspektiv. Den kan både lösa upp konflikter och utlösa dem beroende på hur kommunikationen används. Kommunikationen syftar till att göra något gemensamt och vårdandets kommunikation innebär då inte bara ett sätt att förmedla ett budskap mellan sändare och mottagare utan att bibehålla kommunikationens ursprungliga syfte. Enligt Silén och Bolander Laksov (2013, s. 245-247) befinner sig patienten i dubbla underlägen. De saknar den medicinska kunskapen och befinner sig i en beroendesituation till vårdaren. Detta innebär en obalans i relationen mellan vårdare och patient och kommunikationen riskerar att handla mer om informationsgivande än en lärande dialog. Vårdaren behöver anamma ett synsätt där vårdarens professionella kunskaper har samma värde som patientens kunskap och reflektioner om sin livsvärld. Synsättet öppnar upp för att patienten kan vara delaktig i dialogen. Utmaningen för vårdpersonalen blir då att förmedla kunskap som kan vara värdefull för patienten och försöka förstå patientens erfarenheter och förståelse av den levda sjukdomen (Silén & Bolander Laksov 2013, s. 249). Kunskap förmedlas många gånger till patient och närstående från flera professioner, oberoende av varandra. Denna brist på samarbete kan leda till mer förvirring än stöd (Silén & Bolander Laksov 2013, s. 258).

Enligt Fossum (2013, ss. 433-434) har människor olika delar av personlighet inom sig och kan växla mellan att vara trygg och självständig till att vara behövande och osjälvständig som ett barn. Som patient visas oftare en bräckligare sida trots personens försök att dölja detta. Röst och kroppsspråk kan vara avslöjande. Att som vårdare vara närvarande i kommunikationen ökar chanserna att kunna se, höra och beröra sin patient. Denna sinnesstämning öppnar upp för möjligheten att förmedla tröst och empati och därmed skänka trygghet till patienten. Enligt Wiklund Gustin och Bergbom (2012, s. 322) utgörs kommunikation av en förbindelse som kan vara av olika karaktärer som

exempelvis kan kopplas till etiken i form av uttalande om ett löfte, en skyldighet eller ett åtagande. Begreppet kommunikation syftar både på ett medel för att samtala men belyser också ett mål som strävas efter tillsammans i ett samtal. Enligt Wiklund Gustin and Bergbom (2012, ss. 324-325) finns det två typer av kommunikation inom vårdvetenskapen, den instrumentella kommunikationen och den emotionella kommunikationen. Den första typen syftar till att förmedla objektiv information till patienten och därmed förbereda patienten och då minska ångest och lidande. Den andra typen, den emotionella kommunikationen, anspelar på att ge respekt, tröst och skapa tillit och syftar till att på bästa sätt skapa möjligheter för patienten att hantera sin situation. Den har som mål att skapa en situation och känsla att patienten känner sig förstörd och vågar berätta om sin sjukdom (Wiklund Gustin & Bergbom 2012, s. 324-325). Kommunikationen kan härmed ses som ett redskap för att utföra informationsöverföring som kan leda fram till att patienten kan göra aktiva val utifrån den kommunikation som förmedlats. Kommunikationen kan också ses som en problemlösningsprocess men den ställer samtidigt stora krav på att de som deltar i processen finner en nivå som de båda kan interagera på. En narrativ kommunikation tydliggör patientens berättelse och knyter den till dåtid, nutid och framtid och där tillåts patientens livsvärld och lidande synliggöras för vårdaren. En annan aspekt av kommunikation är att den kan ses som relationell kommunikation vilket då anspelas på att det sker ett möte i den vårdande relationen (Wiklund Gustin & Bergbom 2012, s.326). Viktigt att belysa är att kommunikation även sker med oss själva. Kommunikationen kan då vara självkritisk och skuldbelagd och denna kommunikationen blir då nedbrytande. I dialogen mellan vårdgivare och patient är det viktigt att ta hänsyn till patienten relation med sig själv. att synliggöra denna relationen skapar möjlighet att främja ett läkande inre klimat hos patienten (Fossum 2013, s. 434). Kommunikationen kan genom närvarande lyssnande och beröring skänka patienten ett ökat välbefinnande och stärka hälsan. En avsaknad av kommunikation skapar många gånger oro och ångest samt svårigheter att förstå vårdandets syfte. Avsaknaden av kommunikationen leder då till en lägre grad av hälsa och missgynnar på så sätt patienten (Fossum 2013, s. 447.; Wiklund Gustin & Bergbom 2012s, 328-329).

När en människa lider i en klinisk situation är hon i någon utsträckning avskuren från gemenskapen från andra. Lidandet är i sin värsta form ordlöst och är då svårt att kommunicera eller förstås. Vårdaren är då ansvarig för att försöka upprätthålla kommunikationen. Det är svårt att hjälpa den som lider i det tysta och det är då viktigt att patienten möter någon som är villig att inbjuda till vårdande kommunikation (Wiklund Gustin & Bergbom 2012, s.326). Patienten behöver visas respekt så att denne känner sig delaktig och blir trygg, bekräftad och därmed förberedd (Silén & Bolander Laksov 2013, s. 262).

PROBLEMFORMULERING

Akuta operationer som kräver snabb generell anestesi har alltid framstått som intressanta. Erfarenheter från akut generell anestesi har erhållits efter att ha arbetat flertalet år på en intensivvårdsavdelning. Både akut generell anestesi och akuta operationer anses upplevas dramatiskt för patienten. Akut anestesi utförs alltid under en viss mån av stress. En tanke

väcktes om hur den akuta generella anestesi upplevs då kvinnan sövs gravid och sedan vaknar som förlöst, nybliven förälder.

Omedelbara kejsarsnitt kräver snabb handling från vårdpersonalen och arbetsinsatserna syftar till att snabbt försätta kvinnan i narkos och påbörja operationen för att förlösa barnet. Kvinnan nekas möjligheten att vara vaken i samband med sitt barns födelse. Det ges mycket liten tid för förberedelser och information då operationen bör vara påbörjad 15 minuter efter att larmet har utlöst. Många gånger är förloppet ännu snabbare. Det är oklart hur mycket information de hinner att få utav anestesipersonalen. Kvinnan som opereras omedelbart går miste om medicinering innan som syftar till att minska smärtor och illamående efter operation. De nekas även möjligheten att få regional anestesi då tiden inte räcker till. Vid möte av denna patientkategori på uppvakningsavdelningen var kvinnorna olika trygga i sin situation. De framstår som mycket rastlösa och oroliga fram tills de fått reda på hur barnet mår. Frågan var hur narkospersonal skulle kunna skänka trygghet och skapa tillit under den tidspressen som råder.

Det är oklart huruvida kvinnorna får möjlighet att bearbeta händelsen efteråt med anestesipersonal. Vad upplever kvinnorna i denna situation och hur mår de efteråt? Hur borde vi bemöta denna patientkategori? Hur ser deras vårdbehov ut? Då det är en akut situation riskerar de att uppleva psykisk stress efter operationen som riskerar att öka smärtupplevelsen. Kraftig smärta kan störa anknytningen till det nyfödda barnet. Den förutfattade meningen var att kvinnorna troligtvis skulle kunna ge svar på hur vi skulle kunna möta dem om de gavs möjlighet att reflektera över sin situation. Förhoppningen är att studien skall belysa förbättringspotential utifrån kvinnornas upplevelser samt att få bekräftat vad som redan nu är ett bra förfarande.

Frågeställningar

- Hur upplevs omedelbara kejsarsnitt?
- Vad hade kunnat göras annorlunda?

SYFTE

Syftet var att undersöka kvinnors upplevelse av omedelbara kejsarsnitt.

METOD

Ansats

En kvalitativ ansats syftar till att erhålla nyanserade beskrivningar av intervjupersonens livsvärld (Kvale & Brinkmann 2014, ss.47-50). Med denna utgångspunkt ansågs det lämpligt att använda en kvalitativ ansats för att svara på syftet. Utgångspunkten i kvalitativ forskning är att ha ett öppet sinne, vilket innefattar en vilja att lyssna, se och förstå, att uttrycka nyfikenhet samt visa respekt och ödmjukhet inför andras upplevelser och livssyn (Dahlberg 2008, ss. 95-101). Enligt Lindseth and Norberg (2004) strävar den

kvalitativa forskningen efter att försöka förstå, förklara och hitta essensen en upplevd händelse utifrån berättarens synsätt och på så vis berika läsaren och skapa djupare förståelse av exempelvis ett fenomen. Flertalet studier har anträffats gällande upplevelsen av akuta kejsarsnitt. Vedertagna definitioner för allvarlighetsgraden av kejsarsnitt saknas internationellt och därmed används akuta kejsarsnitt som ett samlingsnamn. Studierna har ofta inkluderat flera av de olika varianterna av kejsarsnitt. Detta gör det svårt att särskilja upplevelsen av det omedelbara kejsarsnittet. En induktiv ansats ansågs därför vara mer fördelaktig än en deduktiv. Den induktiva ansatsen är användningsbar då det endast finns fragmenterad kunskap i fenomenet. Utgångspunkten är i det specifika som sedan sätts samman i ett större sammanhang (Elo 2008). Då studien utgår ifrån en specifik tidsangivelse i upplevelsen användes semistrukturerade intervjufrågor. Att använda fokuserade frågor tillåter intervjuaren att leda informanterna till vissa teman men har samtidigt inga bestämda uppfattningar om innehållet i temat (Kvale & Brinkmann 2014, s. 48). Lindseth and Norberg (2004) belyser vikten av att använda öppna frågor men med tydligt fokus för att försöka förstå den intervjuades livsvärld utan att lägga in egna värderingar utan endast försöka förstå.

Deltagare

Inför urvalet av informanterna erhöll kvinnokliniken inklusions- och exklusionskriterier. Kvinnorna skulle ha genomgått ett omedelbart kejsarsnitt i akut generell narkos. De skulle vara myndiga och förstå och kunna uttrycka sig väl i svenska språket. Minst fyra månader skulle ha förlöpt från förlossning till dess att intervjun ägde rum. Anledningen var att kvinnorna skulle fått chansen att vänja sig vid den nya livssituationen. De kvinnor som eventuellt drabbats av postpartumdepressioner borde även vid denna tidpunkt vara identifierade och bör då exkluderas. Kvinnor vars barn inte överlevt eller ådragit sig allvarliga bestående skador exkluderades.

Det framhölls en önskan om att kvinnokliniken skulle kontakta de kvinnor som eventuellt skulle kunna vara aktuella för studien. Denna önskan nekades då de uppgav att den processen skulle vara allt för tidsödande. Sökning efter informanter utifrån kriterierna för studien utfördes av en person som var anställd på kliniken. Kvinnokliniken lämnade därefter ut en sammanställd lista som bestod av nio kvinnor. Listan innehöll efternamn, ålder, datumet för födseln samt vilken kommun de tillhörde. Kontakt togs i första hand utefter närhetsprincipen. Alla som svarade i telefonen tackade ja. När ingen svarade togs nästa person på listan till dess att sex stycken informanter tackat ja till deltagande. Vid första samtalet med informanten ställdes frågan om de hade en bra minnesbild över händelsen. Detta för att kunna exkludera de som endast hade enstaka minnesfragment eller grava minnesluckor. Ingen informant exkluderades i samband med detta. Intervjuerna bokades in de nästkommande två veckorna. Studien fick ett bortfall då en av de intervjuade kvinnorna kommit felaktigt med på listan från kvinnokliniken. Det uppdagades under intervjun att kvinnan hade genomgått ett akut kejsarsnitt inom 1 timme och inte ett omedelbart, vilket var ett inklusionskriterium för studien. Ytterligare en intervju bokades därför in i efterhand.

Demografisk information

Kvinnorna var i åldrarna 25–38 med en medelålder på 30 år, fyra utav sex stycken kvinnor var förstagångsfödorskor. Alla kvinnor levde tillsammans med en partner och var bosatta i både stad och landsbygd. Alla kvinnor har haft regelbunden kontakt med mödravården med sedvanliga kontroller under graviditeten. Föräldrautbildning hade förekommit under första graviditeten men endast någon enstaka kan minnas att det nämndes något om hur kejsarsnitt går till. Två kvinnor hade inte fått någon föräldrautbildning under graviditeten. Förlossningarna ägde rum från v. 34+6 – 42+1 där merparten av kvinnorna passerat 40+0 och därmed det beräknade förlossningsdatumet. Ingen utav mammorna hade tänkt tanken på att deras förlossning skulle kunna avslutas med kejsarsnitt. Ingen av mammorna hade tidigare genomgått kejsarsnitt. Intervjuerna genomfördes 6–11 månader efter förlossningen med en genomsnittlig tid på 7.5 månader.

Datainsamling

Vid samtal med informanterna presenterades syftet med studien samt kort presentation av intervjuaren. Villkoren för deltagandet presenterades samt erbjudande om att de som önskade kunde erhålla skriftlig information om studien via mail. Innan inledandet av intervjun gick den skriftliga informationen igenom innehållande villkor för deltagande och syftet med studien. Möjlighet gavs till att ställa frågor för att förtydliga om det förelåg oklarheter. Deltagarna informerades om att de när som helst och utan angiven anledning kunde avbryta sitt deltagande i studien. Skriftligt informerat samtycke inhämtades. Informerat samtycke innebär att deltagarna i undersökningen informeras om syftet med undersökningen, vilka fördelar som föreligger samt hur undersökningen är upplagd i stort. Det innefattar även information om konfidentialitet och frivilligt deltagande (Kvale & Brinkmann 2014, s. 107).

Intervjuerna förbereddes genom att upprätta en tankekarta över öppna frågor som skulle kunna svara upp till syftet på studien (bilaga 1) Som avgränsning användes den perioperativa vårdprocessen. Utifrån processens olika delar utformades stöd och följdfrågor som stöd i fokuseringen till studiens syfte. Intervjuerna inleddes med korta demografiska frågor följt utav en fråga om hur förlossningen startade. Informanterna fick berätta fritt utefter denna fråga men valde ofta en kronologisk ordning. Förtydligande frågor ställdes under intervjuerna samt följdfrågor för att låta informanterna reflektera och förklara ytterligare. Kortare sammanfattningar har gjorts vid enstaka tillfällen för att säkerställa att informationen har uppfattats och tolkats på rätt sätt. Frågan har även ställts vad vårdpersonalen hade kunnat göra annorlunda för att eventuellt kunna fånga kliniska implikationer utifrån patientens perspektiv.

Den första intervjun var en pilotintervju. Denna intervju transkriberades snabbt och skickades därefter till handledaren för bedömning om innehållet svarade mot syftet. Innehållet ansågs svara på syftet och pilotintervjun inkluderades i studien. En korrigerig till nästkommande intervjuer blev att försöka återgå en extra gång till den preoperativa fasen då den kunde belysts mer utförligt. Intervjuerna ägde rum på sjukhuset i fyra fall utav sex. De två resterande intervjuerna ägde rum i informanternas hem. Kravet var dock att intervjuerna skulle ske i avskildhet och ostört från övriga familjen. Alla intervjuer spelades in för att kunna ägna all uppmärksamhet åt informanterna. För att kunna vara

fullt fokuserad på den som intervjuas och till fullo vara i nuet finns det stora fördelar med att spela in intervjun istället för att anteckna samtidigt. Detta tillvägagångssätt ger ökat fokus på informanten och minskar störningar under intervjun (Dahlberg 2008, ss. 100-110). Längden på intervjuerna varade mellan 29–45 minuter med en genomsnittlig tid på 38 minuter.

Dataanalys

Dataanalysen inleddes genom att noggrant läsa igenom alla transkriberade intervjuerna upprepade gånger. Analysen har genomförts enligt en modell för kvalitativ innehålls analys som utarbetats av Graneheim och Lundman (2004). Kvinnornas upplevelser följde ett naturligt händelseförlopp och därför analyserades materialet utifrån de tidsepokerna som framkom. Dessa tidsepoker fick därmed utgöra naturliga domäner. Varje intervju bearbetades genom att dela in texten i meningsbärande enheter i förhållande till detta händelseförlopp. De meningsbärande enheterna från varje enskild intervju har kondenserats och kodats enskilt i tabeller under domänerna. Kondenseringen har bearbetats flera gånger för att säkerställa att analysen var textnära. Därefter har all kondensering och kodning i varje domän analyserats och utifrån detta har subkategorier utkristalliserat sig. Utifrån en sammantagen analys av subkategorierna mynnade resultatet ut i tre huvudkategorier.

Handledaren har konsulterats under analysfasen för att diskutera kondenseringen av texten. Vid analys av materialet är det viktigt att vara medveten om sin egen förförståelse och hur synen är på olika händelser för att försöka att inte tolka in egna åsikter. Som hjälp i analysfasen går det att be annan kunnig person genomföra tolkning av det upplevda fenomenet för att stärka resultatet (Rolfe 2006).

Exempel på kondensering och kodning

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Men det var lite svårt att det tog ett...ett tag innan jag fick prata med rätt person som faktiskt förstod att jag hade så ont! Att jag liksom inte klarade...klarade det inte på Alvedon...utan att jag behövde något starkare.(3)	Det tog tid innan någon förstod att jag hade för ont för att klara mig på Alvedon. Det var svårt.	Personalen gav mig inte tillräcklig smärtlindring	Förstår de hur ont jag har?	Behovet av adekvat smärtlindring
Det var två ganska jobbiga dygn så. Och då känner jag att det var lite...att de inte riktigt förstod hur ont jag hade det... kände jag nog.. det var lite jobbigt! Jag känner ju liksom inte	Det var jobbigt första dygnet. Personalen förstod inte hur ont jag hade och jag kände att de tyckte att jag överdrev.	Personalen tyckte jag överdrev men jag hade jätteont.		

att jag...att jag vad heter det...jag...ja vad ska jag säga...när jag har ont så har jag ju verkligen ont liksom! (4)				
Jag kunde ju precis gå upp och gå på toa, men det var ju sådär att jag kände det som om jag skulle svimma och det gjorde så ont att det inte...ah riktigt gick. (2)	Jag hade så ont och kände mig svimfärdig att jag knappt kunde ta mig till toaletten.	Kändes sig svimfärdig och riktigt ont vid mobilisering.	Att inte räcka till kroppen sviker mig	
Jag vet att på morgonen så sa jag att jag vill ju komma upp, jag vet ju att det är viktigt att mobiliseras. Eh...efter operation och sådär. Man vill ju själv upp också liksom. Men då, då kommer jag ihåg att jag hade jätteont! Det brände i snittet. Det var ganska jobbigt! Det gick ju liksom inte! (4)	Det gick inte att komma upp på morgonen, det gjorde alldeles för ont.	Smärtan hindrade mobilisering.		

Forskningsetiska överväganden

Kravet på att ansöka om tillstånd från en etisk kommitté som åligger forskare som skall bedriva forskning på människor gäller inte studenter. De är under utbildning och anses inte bedriva forskning i lagens mening (SOSFS 2003:460). Dock krävs ett noga övervägt genomförande. Studiens etiska aspekter grundar sig på Helsingforsdeklarationen (2014). Diskussion kring eventuella följder för deltagarna har diskuterats med handledare innan kontakt med informanterna. Det är klokt att rådfråga och få återkoppling från forskarsamhället, som innefattas av exempelvis kollegor, överordnade och forskningsinstitutionen, om man vill förbättra de etiska överväganden och bedömningarna i samband med kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann 2014, ss. 116-117).

Godkännande för studien inhämtades av verksamhetschefen (bilaga 2). En anställd, av kvinnokliniken utsedd, har sedan sammanställt en lista med informanter som överskred antal personers som behövdes för studien. Kvinnokliniken har inte fått återkoppling på vilka personer som medverkat. Ingen journalläsning har genomförts. Kvinnorna på listan har blivit kontaktade via telefon för att få ett verbalt samtycke till medverkan. Informanterna fick möjlighet att få skriftlig information skickad till sig innan intervjudatumet. Det är viktigt att reflektera över när och hur informationen om studien ges samt att det framgår vem eller vilka och på vilket sätt innehållet från intervjun kan komma att presenteras (Kvale & Brinkmann 2014, ss.107-109). Ett skriftligt informerat samtycke om deltagande inhämtades vid varje enskild intervju (bilaga 3). Inledningsvis förklarades informationen och infattningen av samtycket. Innebörden av en konfidentiell

studie förklarades och informanten gavs tillfälle att ställa frågor. Informationen om studien skall finnas tillgänglig och anpassad efter informanternas förmåga att inhämta information, dvs tillgängligt på ett för informanten lättfattligt språk, saknas läsförståelse skall informationen presenteras muntligen men skriftligt godkännande skall ändå finnas (SOSFS 2003:460; Helsinforsdeklarationen, 2014).

Informanterna upplystes om att de själva väljer vad de vill delge i intervjun och att de när som helst kan avbryta intervjun utan anledning. I en intervjusituation kan det vara upprörande att samtala om händelser som påverkat individen starkt men den viktigaste utgångspunkten är att låta individen avgöra vad den orkar med. Det fria valet att medverka och att avsluta ett deltagande skall vara varje forskares mål (Dahlberg 2008, ss. 203-205).

Då intervjuer av kvalitativa inslag kan beröra djup och stundtals riva upp känslor togs kontakt med sjukhuskyrkan. De erbjöd sig att finnas behjälpliga med stödsamtal vid behov. Alla kvinnor som deltagit i studien har fått kontaktuppgifter till sjukhuskyrkan med uppmaning att söka om behov av samtalsstöd uppkommit efter intervjuerna (bilaga 4). Forskaren är skyldig att överväga möjliga konsekvenser för deltagarna och nyttan med resultatet skall överväga eventuella risker för deltagarna för att studien skall vara etiskt försvarbar (Kvale & Brinkmann 2014, s. 110)

De bandade intervjuerna överfördes i ljudfiler till en personbunden dator med kodlås. De transkriberade filerna och allt analysmaterial har förvarats på samma dator. Ljudfilerna raderades från diktafonen i samband med att de överförts till datorn. Endast författaren har haft tillgång till de bandade intervjuerna. Ingen förutom författaren och handledaren har tagit del av det utskrivna materialet i sin helhet. Det skriftliga samtycket med fullständigt namn på informanterna har förvarats inlåsta. Intervjuerna har kodats till det nummer som följer vilket nummer i ordningen som intervjun har genomförts.

Förförståelse

Som intensivvårdssjuksköterska har jag på uppvakningsavdelningen vårdat patienter som genomgått omedelbara kejsarsnitt. Dock föreligger bristande erfarenheter gällande den pre och intraoperativ fasen för denna patientkategorin. Akut generell anestesi används ofta i samband med att en kritisk sjuk patient anländer till intensivvården. Kunskaperna om förfarandet i samband med snabb induktion är goda, men kunskaperna kring akut generell anestesi i samband med omedelbar kirurgi är begränsade. Som anestesijuksköterskestudent har jag inte medverkat vid något omedelbart kejsarsnitt. Det är viktigt att kontinuerligt överväga risker med bias vilket i detta fall skulle kunna vara att betydelsen av olika händelser över- eller underskattas samt att forskarens egna förhållningssätt kan ha påverkat informanterna i en intervjusituation så att råmaterialet kan vara påverkat (Polit & Beck 2016, s. 161-162).

RESULTAT

Det framkom under intervjuerna att kvinnornas berättelser av upplevelsen inte tydligt innehöll de olika delar som beskrivs i den perioperativa vårdprocessen och att kvinnorna

nästan uteslutande saknade uppföljning kring händelsen. Fokus lades då på att istället analysera materialet utifrån patientens pre- och postoperativa faser.

Av analysen framkom tre huvudkategorier; *information från vårdgivare till patient* genom hela vårdförloppet, *utlämnad till sin otillräcklighet* samt *behovet av en utförlig uppföljning* för att kunna få en känsla utav sammanhang och kunna förstå vad som har hänt. Dessa kommer att belysas och reflekteras över i resultatdiskussionen, där de bildar struktur. Redovisningen av resultatet följer händelseförloppet under den pre- och postoperativa fasen. Ett aktivt beslut togs om att tillämpa denna struktur för att bibehålla möjligheten att följa patienterna genom händelseförloppet. Detta innebär att subkategorier inom respektive tidsperiod redovisas. Strukturen skapar möjlighet att kunna särskilja hur den specifika tidpunkten upplevdes, var den ägde rum samt vad som förekommit tidigare.

Kategorier och subkategorier

Subkategorier	Kategorier
Kvinnornas inställning till förlossningen Att tas på allvar Att få veta vad som sker Behovet av att ha en fast punkt när larmet har utlösts Att inte förstå och inte kunna ta in vad som händer Vikten av att vårdpersonalen är nära I väntan på besked om barnet Att vakna ensam Svårighet att knyta an till sitt barn Betydelsen av att förstå vad som händer	Information från vårdgivare till patient
Väntan och längtan Känslan av att bli ersatt Förstår de hur ont jag har? Att inte räcka till, kroppen sviker mig Behovet av stöd var större än förväntat Att inte orka vårda barnet Att betraktas som frisk	Utlämnad i sin otillräcklighet
Att bli bekräftad Att söka sin förklaring Att leva med minnena	Behovet utav en utförlig uppföljning

Subkategoriernas fördelning i resultat

Tiden innan kejsarsnittet	Kvinnornas inställning till förlossningen
	Att tas på allvar
	Att få veta vad som sker
	Behovet av en fast punkt när larmet har utlösts
Inne på operationssalen	Att inte förstå och inte kunna ta in vad som händer
	Vikten av att vårdpersonalen är nära
Tiden på uppvakningsavdelningen	I väntan på besked om barnet
	Att vakna ensam
	Väntan och längtan
Tiden efter kejsarsnittet	Svårighet att knyta an till barnet
	Känslan av att bli ersatt
	Förstår de hur ont jag har?
	Att inte rätta till, kroppen sviker mig
Första tiden hemma	Behovet av stöd var större än förväntat
	Att inte orka vårda barnet
Kvinnornas återblick och reflektion. Vad var bra och vad hade kunnat göras bättre?	Att bli bekräftad
	Betydelsen av att förstå vad som händer
	Att söka förklaring
	Att betraktas som frisk
	Att leva med minnena

Tiden innan kejsarsnittet

Kvinnornas inställning till förlossningen

Den generella inställningen bland kvinnorna var att förlossningen skulle gå bra. De var inställda på en vaginal förlossning och alla förberedelser hade gått ut på att förberedas inför denna typ av förlossning. Att förlossningen kunde avslutas i ett kejsarsnitt var det ingen som haft en tanke på och då inte heller gjort några förberedelser inför den utvägen. Gemensamt för kvinnorna var att de litade på personalens kompetens och var öppna för förslag men att de önskade löpande information om vad som händer och sker och att personalen var närvarande.

”Det blir barn idag så hon och där så får jag ju lite panik, då kommer jag i någon slags chock. Att det här förstår jag inte riktigt. Alltså jag var inte beredd på det...” (6)

Att tas på allvar

I en del av fallen där kvinnan kände på sig att något inte var som det skulle, möttes de stundtals av nonchalans från personalen. Personalen uppmanade kvinnorna att lita på deras kompetens. Personalen hävdade att det inte förelåg något fel. Det var sällan någon som lyssnade när kvinnan fortsatte påpeka att något trots allt kändes fel. I andra fall gjorde barnmorskan en utökad undersökning. Ibland byttes mätinstrument när kurvor som

registrerades inte överensstämde med den situation som kvinnorna uppgavs befinnas sig i. Kvinnorna fick bekräftat i alla fallen att deras misstankar att något var fel var korrekta.

”Det hade bara gått 10 minuter av de här 20 minuterna som jag skulle ligga, som hon var borta, så hon hade ju märkt nästan på en gång att det var något som var fel...och larmat så att en läkare kom” (3)

Kvinnorna kände en stor trygghet i att barnmorskorna lyssnade och tog dem på allvar. Då kände de förtroende och upplevde sig väl omhändertagna. När de inte blev tagna på allvar uppstod en misstro till personalens kompetens. Dessa kvinnor fruktade tills slut för sig och sitt barns liv och tvivlande på att de skulle överleva händelsen. Det blev en mycket traumatisk upplevelse.

”Det höll ju på i över 30 timmar... framåt slutet då så skulle de försöka att dra ut honom med suglocka...det kom en massa läkare då och de drog och slet och de klippte upp mig då för att kunna få ut honom...den sista kvällen trodde jag faktiskt att jag skulle dö...jag trodde inte att det här kommer att gå bra...” (2)

När beslutet väl togs om ett omedelbart kejsarsnitt och larmet gick, fylldes rummet av personer som kom för att hjälpa till. Kvinnorna upplevde det som om allt vände från en sekund till en annan. Från att de fick veta att allt var bra, tills det plötsligt inte fanns en annan utväg än att genomgå ett omedelbart kejsarsnitt.

”Då blir... då blir det någonting på alltså bara en sekund... så vänder det från att - Det är inga problem, du får ut den... till att - Vi måste få ut den NU!” (5)

Att få veta vad som sker

Att få information i detta skede var viktigt för att kunna förstå vad det var som hände och kunna greppa situationen. Beskedet om omedelbart kejsarsnitt mottogs med lättnad och beslutet innebar för kvinnorna en tro på att de skulle överleva.

”Min första tanke när jag hörde att det skulle bli snitt...ja då blev jag glad! För jag hade ju bett om det i nästan två timmar...”(6)

Många gånger var kvinnorna mycket trötta och då kändes det bra att få hjälp och att få sova, istället för att vara kvar i en situation som var både skrämmande och smärtsam.

”Men när de dragit där för sista gången så sa de bara att; -Det här får bli ett akut kejsarsnitt... och då kände jag att jag kommer att överleva!” (2)

Behovet av att ha en fast punkt i samband med att larmet utlösts

I samband med allt tumult och alla människor som rör sig runt i rummet var det viktigt att ha en fast punkt i form av en person som fanns nära och ägnades sig åt kvinnan. De kvinnor som hade en fast punkt kände sig tryggare och mer välinformerad om vad som skulle ske. Den fasta punkten kunde utgöras både av partnern och/eller vårdpersonalen.

”Plötsligt så springer det in andra människor...jag ser ingenting. Jag är helt borta. Det enda jag ser är sjuksköterskan som står vid ena sidan och min man står på andra sidan och håller mig.” (3)

Vissa kvinnor var kraftigt påverkade av smärta och var så trötta att de hindrades att tänka klart och kunna ta in vad som skedde runt omkring.

”Och då är jag så smärtpåverkad att så då är jag ju helt...jag kommer ju inte riktigt...jag har mer minnesfragment av att jag blir körd därifrån...eh in på ett rum” (6)

Många av de blivande papporna blev lämnade kvar på rummet när sängen med kvinnan rullades iväg till operationssalen. Då papporna inte fick följa med förlorades en del av kvinnornas fasta punkt i en kaosartad situation. Kvinnorna uppgav att de kände oro både för sig själva och papporna. Det kändes stressande att veta att deras män troligtvis inte blev omhändertagna. Kvinnorna var måna om att förlossningsupplevelsen skulle delas av båda föräldrarna eller i alla fall utav en av dem. I dessa fall gick bägge föräldrarna miste om upplevelsen.

”För det var ingen som var kvar med min man inne på rummet utan alla sprang med sängen ut... så han fick ju inte... han... han hörde ju samma som jag... han hörde ju ”kejsarsnitt” och sedan försvann allihopa...” (5)

Inne på operationssalen

Att inte förstå och inte kunna ta in vad som händer

Kvinnorna missförstod stundtals information som antingen var otydlig eller hade annan betydelse för kvinnan än den vårdpersonalen syftat till. Resultatet blev att kvinnorna inte förstod allvaret i situationen. Den missuppfattade informationen kunde också leda till att kvinnan föreställde sig något helt annat än ett omedelbart kejsarsnitt. Ankomsten till operationssalen blev då chockartad.

”Jag förstod inte att jag skulle göra det. Eh för de sa inte kejsarsnitt... de sa bara att barnet skulle ut ”andra vägen” och jag hade ju läst om olika förlossningsställningar så jag trodde ju att jag då skulle typ ställa mig upp... jag förstod inte.” (1)

I flera fall rörde det sig om att kvinnan inte hade hunnit förstå vad som hände mer än att personer kom in på rummet och sängen rullades iväg. Upptäckten av att plötsligt befinna sig inne på en operationssal försatte en del av kvinnorna i en känsla av panik och de var då svåra att lugna.

”... så åkte vi in i ett jätteljust rum, det var operationssalen då. Men jag fattade fortfarande inte vad som var på gång. Men jag visste bara att nu, nu är det något som är fel...” (3)

”Han, narkosläkaren, försökte även lugna ner mig väldigt mycket men det gick inte...” (7)

Kvinnorna undrade vad och vem det var fel på utav henne och barnet. Funderingarna skapade en oro och en osäkerhet om vem som skulle överleva operationen. När ingen förklarade för dem vad det var som hände kände de att ingen såg eller lyssnade och ingen förstod eller bekräftade deras rädslor.

” Men jag fattade inte om det var med mig det var bråttom med eller om det var bebisen det var bråttom med...för det var det ingen som informerade mig om det...” (6)

”Ingen lyssnar på att jag säger att - Jag dör nu! Det gör så ont så att jag dör verkligen!” (5)

Kvinnorna hade nästintill inga kunskaper om hur ett kejsarsnitt utförs. De saknade även kunskaper om vilken typ av anestesi som ges i samband med omedelbara kejsarsnitt. De kände oro inför hur de skulle bli smärtlindrande. De funderade över om de skulle tvingas vara vakna under ingreppet. Tankarna kretsade kring hur mycket de eventuellt skulle tvingas se och känna utav operationen. En kvinna kände så stark lufthunger att hon trodde att hon skulle kvävas utav att andas i masken. Hon vågade inte knuffa bort den då hon trodde att narkosmedlet tillfördes via masken.

”Man fick ju en sån över ansiktet som man inte kan andas i, men jag tänkte väl att det var den man blev sövd av...men man hade väl lite sådär panik...” (2)

Förloppet med förberedelserna gick snabbt och kvinnorna uttryckte att det var svårt att hinna med i tanken. Det kunde upplevas som att befinna sig i någon slowmotion eller i en dimma. Det var svårt att förstå vad det var som hände.

”Kommer göra ont eller om jag kommer att känna någonting?...” (6)

Skillnaden mellan att känna sig lugn och trygg eller uppleva panik och ovetskap om överlevnad var personalens förmåga att bemöta kvinnorna. Förmågan att ingjuta lugn och att informera och förklara kort och koncist vad som skedde var väsentlig för upplevelsen.

”Jag tyckte ändå att de var väldigt trevliga och så omhändertagande och berättade vad de skulle göra och: -Nu kommer det att gå fort...” (4)

I de fall där kvinnorna förstod att de skulle bli sövda framhåller de en känsla av lugn och att det var skönt att få slippa ifrån sin svåra situation. Kejsarsnittet sågs som en livräddande åtgärd.

”Kejsarsnittet det var ju det bästa! Det var ju, jag hade dött, jag är säker på det, om jag inte hade fått kejsarsnittet... och barnet också! Det hade inte gått!” (2)

Vikten av att vårdpersonalen är nära

Tilltron ökade och det var lättare att förstå vad och varför något skedde då kvinnorna erhöll god information. Det var viktigt att få information om än bara några ord. Kvinnorna uppfattade att det fanns flera andra i operationssalen men de få som befann sig nära blev

betydande och var också de som kvinnorna hade starkast minne utav. En kvinna uttryckte att narkosläkaren som talat lugnande och befunnit sig nära var den enda i rummet som hon känt sig trygg med. Den läkaren fanns nära och utgjorde hennes fasta punkt i operationssalen. De personer som förutom att vara nära även förstärkte sin närvaro med beröring var än lättare att minnas. Nära kommunikation av både stärkande och negativ karaktär skapade starka minnesbilder.

”Sedan har jag ju sett alla människor långt borta som sprang omkring och gjorde saker och så men de enda människorna jag kommer ihåg det är sköterskan då som höll mig i handen och han, narkosläkaren... bara för att de stod så nära och pratade med mig.” (3)

Tiden på uppvakningsavdelningen

I väntan på besked om barnet

Det värsta som kvinnorna upplevde under tiden på uppvakningsavdelningen var ovissheten om hur det hade gått för barnet. De oroade sig för om barnet överlevt kejsarsnittet och det viktigaste för dem just då var att få vetskap.

”Jag trodde inte att mitt barn levde... det var fruktansvärt! Det är det värsta jag har varit med om...” (1)

Oron förde tankarna till hur de skulle kunna hantera att barnet inte hade överlevt. De tänkte igenom möjliga scenarion om hur de exempelvis skulle kunna arrangera en begravning för barnet. Om personalen svarade undvikande på frågor om barnet förstärkte det denna misstanke och oro ökade.

”Där låg jag och funderade på praktiska grejor som ”hur begraver man sitt barn?” hur ser en barnkista ut?... jag tänkte att ah... om allt hade gått bra och så, så hade hon ju sagt det...så jag tänkte att jag skulle få stöd när de berättade typ så där... i att om barnet inte, ah...så att det var därför de väntade...” (1)

När de väl fick reda på att barnet mådde bra och att barnet oftast befann sig hos pappan, spred sig ett lugn i kroppen. Fram till dess att de fick reda på hur barnet mådde verkade allt annat oviktigt.

” ... och berättade att han mådde bra och sådär och det var ju de viktigaste och att han var med min man då... så det var skönt! Det kände jag att det var jätteskönt. Då visste jag ju det... att det inte var någon fara...” (4)

Att vakna ensam

En del kvinnor kände sig ensamma och övergivna när ingen var vid deras sida i samband med att de vaknade. De uttryckte en känsla av tomhet när de kände på magen och där fanns inget barn kvar. Det upplevdes svårt att förmedla sig. Kvinnorna uppfattade att det fanns andra i rummet för de hörde ljud och snarkningar från andra patienter men skärmväggar hindrade insyn. De saknade en ringklocka och hade svårt att för att göra sig hörda.

”Jag hade inte någon liksom, att det inte fanns någon klocka eller så, så jag liksom kunde ringa på någon...” (1)

Det upplevdes som att de befann sig i en mardröm. Kvinnorna led ofta av kraftig postoperativ smärta. En del av kvinnorna beskrev att de vaknade upp av att det smärtade i såret. En del kvinnor uttryckte att de kände sig påverkade till sinnet av mediciner och var trötta men ändå upplevde kraftig smärta. De hade behov av sömn men det var svårt att komma till ro och sova. När de sedan uppmärksammandes utav personalen så upplevde de att bemötandet var väldigt bra. Personalen upplevdes ha god kontroll över situationen. Övervakningen och kontrollerna skapade trygghet.

Väntan och längtan

Det var väldigt jobbigt att vänta de timmarna som de behövde vara övervakade innan de fick förenas med sin familj. Längtan efter barnet var stor. Upplevelsen av smärta förstärkte känslan av att tiden gick väldigt långsamt. Det var svårt att inte ha någon riktig tidsuppfattning. Känslan av att vänta avskild och ensam upplevdes jobbig.

”Det jobbigaste var ju eh där på uppvaket, var det jobbigast. För det var ju så många timmar där som man var helt, helt ensam. Och den tiden brukar man ju liksom ha med bebisen. Så det var, det var jobbigast.” (3)

En del kvinnor slumrade av och till, utan att de egentligen var medvetna om att tiden gick. Gemensamt för alla var dock att det upplevdes jobbigt att vänta på att få träffa barnet.

Papporna slets många gånger mellan mamman på uppvakningsavdelningen och barnet som befann sig på en annan avdelning. Kvinnorna uttryckte att papporna nog fann det svårt att räkna till för både mamma och barn. Kvinnornas inställning var att männen skulle vara hos barnet även om kvinnorna led av att vara ensamma utan stödet från sin partner. Det upplevdes tryggt att mannen fanns till för barnet och att det kändes viktigare att barnet inte blev lämnat ensamt än att de själva fick stöd.

”Min kille kunde ju inte vara därnere utan han fick ju komma ner och säga att allt var bra... och visade bild på mitt barn då... eller vårt barn och sedan fick han ju gå upp igen... för jag sa ju det att ”du kan ju inte vara här nere... du måste ju vara där... han kan ju inte vara själv där!” (5)

Tiden efter kejsarsnittet

En känsla av överklighet präglade de första dagarna efter förlossningen. Det upplevdes svårt att ta in vad som hände och minnesbilderna liknade mest lösryckta fragment. Vissa delar av händelserna har satt djupare spår än andra.

”Sedan är det lite rörigt i huvudet på mig för jag kommer inte ihåg jättemycket av de första timmarna... eller första dagarna där...” (6)

Svårighet att knyta an till barnet

Kvinnorna fick träffa sina barn så snart som deras tillstånd tillät. Flera kvinnor kände sig trötta och var fortfarande påverkade av mediciner. De orkade många gånger inte hålla barnet utan hjälp och stöd. Det skänkte stor glädje att få vara nära sitt nyfödda barn.

En överklighet präglade de mammor vars barn inte var välmående efter förlossningen. Kvinnorna kände sig osäkra inför mötet med barnet. De var oroliga för vad de skulle komma att få se i samband med mötet. Det var svårt för kvinnorna att känna någon samhörighet med de barnen vårdades på neonatalavdelningen. Barnen skymdes av övervakningsutrustning och det var svårt att se hur de såg ut. Det kändes som en avsaknad av band mellan mamma och barn.

”... och så såg man ju inte honom... han hade nätmössa och han hade slangar i huvudet och i armarna och i alltså... kateter och så... han hade massor.” (6)

Det var först när kvinnorna fick möjlighet att hålla sitt barn i famnen som det upplevdes verkligt att de hade fått barn. Anknytningen till barnet fördröjdes om barnets tillstånd förhindrade möjligheten att hålla det i famnen. Kvinnorna kände en samhörighet först när de höll barnet i famnen och kunde få ögonkontakt. Det var då möjlighet gavs att lära känna varandra och knyta an.

”Och det var först då jag, jag fick hålla honom då... fjärde dygnet... så att det var väl först då det blev verkligt, eller hur man säger...” (6)

Känslan av att bli ersatt

Upptäckten av att barnet hade fått bröstmjolk från någon annan kvinna innan de själva fått chansen att amma upplevdes jobbig. Vissa kvinnor upplevde det så starkt att de kände sig ersatta. Det var svårt att acceptera att barnet behövde tilläggsmatning men kvinnorna förstod att det behövdes.

”Jag såg ju framför mig att jag skulle ha barn och att jag skulle amma honom, men och då kom de ju i alla fall in med ersättning till barnet och det hade jag liksom inte hört talas om att man gjorde...” (1)

De kvinnor vars barn tilläggsmatades upplevde att de hade svårare att få igång sin amning. De kvinnor som fött barn tidigare och som ammat de andra barnen, påverkades mycket starkt av att inte kunna amma även detta barn på samma sätt. Det upplevdes jobbigt att inte ens ha fått chansen att amma. Någon annan hade tagit beslutet utan att mammorna blivit tillfrågade.

”Det jag upplever som allra jobbigast är att de tog och gav med kopp där... innan jag fick... det var väldigt jobbigt! För jag har ammat alla mina andra barn...” (5)

Förstår de hur ont jag har?

Kvinnorna upplevde en ständig närvaro av smärta efter kejsarsnittet. Flera beskrev efterförloppet som något av det mest smärtsamma de någonsin upplevt.

”Jag var ju väldigt dålig och jag har aldrig haft så ont i hela mitt liv. Och jag är ju van att vara på benen så det är inte så ofta som jag blir liggande...” (2)

Kvinnorna blev erbjudna smärtstillande tabletter men de gav sällan fullgod smärtlindring och då de endast gavs vid behov upplevde kvinnorna smärtgenombrott som var svåra att uthärda. Kvinnorna upplevde sig påverkade emotionellt av att ha så ont och kändes sig svagare än vanligt. Det fanns en förutfattad mening hos en del kvinnor att de förväntades bita ihop och visa envishet. En del kvinnor var av den uppfattningen att det ändå hörde till att ha ont efter att man har fött barn.

”Ja... och ont ska man ju ha efteråt... det är ju så liksom... det hör ju till...” (6)

Kvinnorna upplevde en press från personalen att mobiliseras kort efter operationen. Önskan om tidig mobilisering fanns även hos kvinnan men hon förhindrades av smärta som eskalerade vid rörelse. Trötthet var ett annat hinder och oro för att benen inte skulle bära dem. Kvinnorna fick känslan av att personalen inte förstod hur ont de hade och att de ansågs överdriva sin smärtupplevelse.

”Man känner sig väldigt pressad, för jag ville ju upp och sedan kände jag att... men så kunde jag ju inte! Och då kände man ju att... pressad av personalen liksom också. Att de ville att... för de förväntade sig att...” för nu får du liksom komma upp” och såhär... det var ju inte så jävla lätt! Kände jag... så att det var väl det jobbigaste!” (4)

Otillräcklig smärtlindring hindrade tidig mobilisering. Många gånger upplevdes smärtan så svår att upplevelsen av smärtan under och efter mobilisering övervägde känslan av att kunna komma upp och röra på sig.

”Det är liksom inte sådär att ja sådär att, att jag inte kan gå upp... det är bara det... att det är inte värt det...” (3)

Att inte bli erbjuden fullgod smärtlindring kunde visa sig i form av att kvinnorna förändrade sitt normala beteendemönster.

”Åh... jag vågade inte dricka vatten för då behövde jag ju kissa... och då behövde jag gå på toa och det gjorde ont... Så det blev en ond cirkel av alltihop.” (1)

Smärtlindringen som erbjöds kvinnorna generellt, bestod av Alvedon och Ipren. Det upplevdes svårt att få någon ytterligare smärtlindring. Kvinnorna upplevde att benägenheten att ge starkare smärtstillande var personbunden. En del visade prov på envishet och försökte att komma upp trots att det var svårt och smärtsamt. Nattpersonalen framhölls vara extra mottaglig och kunde känna av ett utökat behov av smärtlindring. Därav upplevde kvinnorna att de erhöll mer adekvat smärtlindring nattetid.

”Men det var liksom att det skulle ta flera dagar att jag skulle få starkare tabletter så jag kunde röra mig... bara för att man i vanliga fall kanske man inte har så ont som jag hade...” (3)

Att inte räcka till, kroppen sviker mig

Kvinnorna uppgav att de var friska sedan tidigare och var vana att klara sig själva. Det upplevdes därför svårt att operationen försatte dem i en beroendeställning till andra. De kände sig handikappade och hade svårigheter att sköta om sig själva och barnet. Det förelåg dock en attityd hos vissa i personalen att det inte var något särskilt kvinnorna hade gått igenom och att det därav inte ansågs vara befogat med någon särbehandling gentemot andra nyblivna mammor. Kvinnorna upplevde att de blev annorlunda bemötta av personer som var mer insatta i vad de hade gått igenom. Från den personalen fick de mer smärtstillande och det fanns en ökad förståelse för vilka begränsningar kvinnorna upplevde i vardagen. De personerna upplevdes vara mer benägna att hjälpa till med vardagssysslor och vård av barnet.

”Det var egentligen bara de som jag pratade lite mer med och som läste journal ordentligt som liksom ah...kanske var de som hjälpte mig och sitta upp eller tog lite extra hand om bebisen när det behövdes och gav mig extra smärtstillande.” (3)

De kvinnor som fick tillgång till bra smärtlindring uttryckte att de var mer aktiva och kunde ta hand om sig själv och sitt barn. Att få hjälp från personalen utan att behöva be om det framhövdes som extra positivt. Hjälpen upplevdes påskynda återhämtningen.

”Det var alltid någon där som kunde hjälpa så att jag kunde återhämta mig snabbare.” (3)

Det fanns en stor oro för hur de skulle gå att klara sig hemma med endast receptfria läkemedel då dessa inte gav tillräcklig smärtlindring för att klara vardagen på sjukhuset.

”Jag hade ju fått ganska mycket smärtlindring ändå... för att klara mig uppe... men inte mer än vad jag behövde tror jag... så det kändes ju lite sådär... då fick jag lite, inte panik... men lite orolig över hur jag ska klara mig hemma.” (4)

Kvinnorna kände sig svaga och känsliga. De hade svårt att hantera negativa attityder som vanligtvis inte skulle påverka dem. Förmågan att inte låta sig påverkas av negativa kommentarer var i de stunderna nedsatt och situationen upplevdes mycket hårdare och svårare att hantera.

”Men det var lite jobbigt tyckte jag att vissa på BB just, var väldigt att ja, man är ju känslig då det klart att i vanliga fall kanske man kan ta att någon säger sådär men just då är man inte så stark så att man klarar det. Kände jag...” (2)

Kvinnorna beskrev sig själva som envisa och att de inte brukade vara några personer som klagar. Tiden på sjukhuset upplevdes trots detta som väldigt svår och att de kände

förväntningar på sig att de skulle klara mer än vad de kunde prestera. Attityden som rådde var att de ansågs vara friska.

”Ja den där känslan av att man ska bli förälder, man ska ta hand om någon och så ja, känner man sig så himla misslyckad... så att det är jättejobbigt!” (1)

Kvinnorna ifrågasatte personalens förståelse för vad omedelbara kejsarsnitt kan få för konsekvenser för patienten. De undrade om personalen förstod vad det var de gick igenom men vågade inte påpeka att de inte mätte bra. De vågade inte klaga på personalen. Återhämtningstiden efteråt kändes lång.

”Det var väldigt olika med förståelsen... - Det där med kejsarsnitt vet du, det är inget man blir sjukskriven för.” (2)

Det var viktigt att få ha sin partner närvarande på sjukhuset under vistelsen. Partnern stod för både ett starkt psykosocialt stöd likväl som ett fysiskt stöd då. Närvaron av smärta och känslan av att vara misslyckad som förälder försatte kvinnorna i en nedsatt sinnesstämning. En del kvinnor kände att personalen hade liten förståelse för vilken betydelse partnerns närvaro hade. Oförståelsen kunde ta sig uttryck i att personalen utan förvarning nekade partnern att stanna över natten då kvinnan skulle flyttas till annan sal för att bereda plats för nyförlösta kvinnor.

”Det var inte bara rent praktiska grejor... det var psykiskt också att jag hade så mycket mardrömmar... det har jag fortfarande om förlossningen... så jag vågade inte vara kvar ensam, utan att jag behövde hans stöd. Kände att jag... så att ja, mer förståelse!” (2)

Neonatalavdelningen framhövs som en avdelning som hade bättre förståelse för partnerns närvaro på sjukhuset och såg familjecentrerad vård som en självklarhet. Barnet uppgavs vara en bra motivationskälla för tidig mobilisering trots svårigheter. De kvinnor vars barn vårdades på neonatalavdelningen fick naturlig mobilisering i samband med besöken. Rullstolen ansågs vara ett bra hjälpmedel då kvinnan kunde stödja sig på den under tiden hon gick och kunde sätta sig ner och vila när det blev för jobbigt.

Ett svårt etiskt dilemma som kvinnorna ställdes inför var att de var tvungna att välja mellan att amma sitt barn eller få möjligheten att få starkare smärtstillande tabletter. Många gånger valde kvinnorna att sätta barnets bästa framför sin egen smärta då de ansåg att det var viktigare att barnet fick möjligheten att ammas.

”Det var fruktansvärt efteråt! Jag hade så ont så att jag sa det att snälla kan jag inte få något och då fick jag smärtstillande i nålen då... det var det enda som tog bort smärtan. Men så sa dem att vill du amma så får du inte ha så starka medel... och så tog de bort nålen...” (2)

Första tiden hemma

Behovet av stöd var större än förväntat

Behovet av stöd från partner och familj var stort första tiden. Kvinnorna var fortfarande i en återhämtningsfas som hindrade dem från att orka vårda och ta ansvar för barnet. Smärtan var fortfarande ständigt närvarande och försvårade sysslor i det dagliga livet. Det upplevdes som en svår balansgång mellan att ta tillräckligt med smärtstillande för att klara vardagen och att inte ta mer än vad de behövde. Flera av kvinnorna försökte klara sig på färre tabletter än vad som var ordinerat då de fått reda på att tablettorna inte var bra för barnet.

”Det var väldigt annorlunda att komma hem och liksom då skulle man vara hemma och lyckas ta hand om ett barn i det. Men som tur var, var min sambo hemma och gjorde allting... allting ärligt talat! Jag gjorde ingenting! Jag bytte första blöjan kanske en vecka efteråt... men sen, ja, jag ammade, gjorde jag” (1)

Flertalet utav kvinnornas partners var hemma betydligt längre än de traditionella pappadagarna. Kvinnorna uppgav att de inte hade klarat vardagen utan stödet från partner och familj. Mor och farföräldrar utgjorde ofta ett utökat stöd för kvinnorna framför allt då partnern återgått till arbetet. Behovet av stöd förelåg under längre tid än vad pappadagarna från försäkringskassan täckte för. En kvinna uttryckte ett dilemma i svårigheten att leva efter de restriktioner som gavs efter kejsarsnittet utan stöd från omgivningen. Hon hade önskan om att fått vara sjukskriven för att bättre kunnat ta hand om sig själv under läkningstiden.

”Det är ju ändå en ganska stor bukoperation man genomgått och det är ju problematiskt efteråt med att man liksom inte får bära mer än barnet... så då hade det ju varit bra... det hade ändå varit bra ändå om man kanske blev sjukskriven ett tag efter ett kejsarsnitt... för man behöver ändå den hjälpen i hemmet liksom. Så det tycker jag är lite konstigt...” (4)

Dock upplevdes råden med restriktioner i det dagliga livet som oklara. Kvinnorna informerades om vissa begränsningar exempelvis att inte bära mer än barnets vikt men det rådde oklarheter hur länge det gällde och en om det egentligen borde uttryckts i kiloangivelse. Råden kring förbandsbyte och stöttning av ärret fann en kvinna att vårdgivaren hade uttryckt råd som stod i skarp kontrast till vad hon funnit hos en annan klinik via en hemsida. De diffusa råden tillsammans med den skarpa kontrasten i informationen skapade misstro till evidensen bakom de råd som givits.

Att inte orka vårda barnet

Flera kvinnor upplevde en trötthet i kroppen som gjorde att de behövde vila flera gånger om dagen. Orken tog flera veckor att återfå. Under tiden för återhämtningen upplevde de sig otillräckliga som mammor då de inte orkade ta hand om sitt barn. En känsla av att vara en misslyckad förälder uppkom och tankar om att det var ett misstag att skaffa barn smög sig på. Att kunna amma barnet var ett sätt att känna att de bidrog till barnets vård

och välbefinnande. Utan amningen kände de att de lika gärna hade kunnat bli ersatta med någon annan eller inte ens behövts vara där.

”Så jag är glad att jag kunde amma i alla fall, för då gjorde man någon nytta kände jag... Och hade det varit ersättning hade jag känt mig att, ja, att jag inte behövde vara där...” (1)

Det var vanligt med tankar om förlossningen och kejsarsnittet under första tiden. Tankarna gjorde kvinnorna ledsna och nedstämda. Det var svårt att vara ensam, men flera av dem försökte bita ihop och tänka på något annat. På nätterna kom tankarna och drömmarna tillbaka. När de försökte uppmärksamma vården på att de inte mådde bra blev de skickade mellan olika vårdgivare, då ansvaret för att ordna samtalsstöd var otydligt. En del av kvinnorna orkade inte fortsätta söka vård utan försökte glömma och bara genomlida och hoppas på bättring. En del upplevde trots allt en förbättring allteftersom tiden gick.

”Ja, man var ju ledsen mycket i början... det var ju liksom att bita ihop och så... men det är ju klart att jag var väldigt ledsen och vaken om nätterna och så...” (1)

”Men det blev ju bättre och bättre för varje dag som gick och så... så det var ju väldigt skönt!” (4)

Kvinnornas återblick och reflektion. Vad var bra och vad hade kunnat göras bättre?

Att bli bekräftad

Kvinnorna önskade att de hade kunnat bli mer bekräftade i sin oro över att något var fel under förlossningen. De upplevde sig ha lagt sig och sitt barns liv i någon annans händer och personalen inte hade agerat förrän i sista stund.

”Hon, förlossningsläkaren, sa själv att det kanske var i senaste laget som de gjorde det urakuta... under andra förutsättningar hade barnet kunnat dött...” (1)

Det fanns en känsla hos kvinnorna att de skulle genomgå en vaginal förlossning till varje pris och flertalet av kvinnorna önskad en förklaring till varför personalen hade väntat så länge med att beslutet om omedelbart kejsarsnitt. Kvinnorna ansåg att det fanns tydliga indikationer på att varken mamma eller barn mådde bra. Patientens anamnes ansågs inte heller bidra till ett snabbare beslut. Kvinnorna upplevde att de utsatts för onödigt lidande då de genomgått en långdragen förlossning, kraftigt smärtpåverkade, försök med sugklocka och därefter eventuellt klipp i underlivet för att sedan ändå avslutas i ett traumatisk omedelbart kejsarsnitt.

”Jag mådde ganska dåligt över det efteråt... sedan att ah... varit arg på den där läkaren eller först barnmorskan som sa att ”hon hade jobbat med detta i 30 år” henne... henne är jag arg på... eller irriterad, när alltså hon inte lyssnade på att jag säger till henne. Sedan är jag lite arg på den läkaren som inte tog beslutet tidigare, att ta kejsarsnitt, utan

då ville prova alla andra möjliga konstiga grejor först innan man gjorde det. När jag sa att jag ville ha kejsarsnittet...” (5)

En spontan reflektion var att ett tidigare beslut om kejsarsnitt hade givit en helt annan upplevelse än den de bar med sig.

”Alltså med facit i hand, hade jag fått kejsarsnitt 10 timmar tidigare hade det ju varit något helt annat... för tiden efteråt blev ju jättetuff!” (2)

Tankarna gick till att det troligtvis hade funnits mer tid för förberedelse. Det spekulerades kring att varken barn eller mamma hade hunnit bli så påverkad. Sedvanlig desinfektion hade kunnat förhindra infektion och mer utförlig information hade kunnat ges och sövning kunnat undvikas. Det uttrycktes en sorg över att inte fått vara vaken och delaktig under barnets födelse.

”Om beslutet hade tagits tidigare kanske jag hade kunnat få vara vaken och ha min sambo där. Att undvika att söva. För det var ju... missade den känslan... du missar att få vara med... istället bara bli iväg-rullad, få en mask över ansiktet och vakna upp i ett mörker... det vill jag inte någon mer gång.” (1)

Betydelsen av att förstå vad som händer

Rak och tydlig information med vedertagna ord som inte kunde misstolkas framfördes som en viktig del i att kunna förstå situationen. Även enstaka ord föredrogs framför tystnad.

”...och ju runt själva snittet är det ju liksom inte...utan det är mer att någon kanske hade kunnat förklara lite mer precis innan att ah...säg att det bara rör sig om en halv minut...jag vet ju inte riktigt det...hur fort det där gick men...” (5)

En otydlig kommunikation eller då bruk av ord användes som kunde missuppfattas inträffade missförstånd och förvirring där kvinnan gick miste om viktig tid att hinna förbereda sig mentalt

”Det är klart att det kan låta lite hårt att säga; - Ja du ska få göra ett kejsarsnitt. Men det är ju bättre att vara tydlig än att liksom linda in det så att man inte förstår...” (1)

Att söka förklaring

Kvinnorna upplevde personalen förtegen och passiv. De själva var tvungna att initiera samtal och kontakt med vårdgivaren även då det framkom information som i stort påverkade patientens framtida barnafödslar. Kvinnorna upplevde det som jobbigt och uttröttande att behöva söka information.

”Jag tyckte att det var lite udda att de inte... att jag fick be om att prata med läkaren... i och med att det blev komplikation ändå... det här med bristningen... det tyckte jag väl att det blev lite konstigt... för det är ju jag som är patient som har drabbats... det är inte min man...” (4)

Kvinnorna upplevde en stor press i att initiera samtal och kunna ställa rätt frågor. Att riskera att gå miste om viktig information sänkte tilltron till vårdgivaren. Det upplevdes betungande och otryggt att axla ansvaret att försöka få reda på viktig information. Utlovade samtal och uppföljningar som sedan aldrig blivit av lämnade kvinnorna med en känsla av besvikelse. De kände sig bortglömda och lämnade med minnen och obesvarade frågor om en stundtals obegriplig händelse som troligtvis personalen inte själva kommer ihåg.

”Sedan blev jag lovad samtal men det är ingen som har hört av sig och det är ett år sedan nu, nästa vecka...” (5)

Det var svårt för kvinnorna att ta in allt i en akut situation och uppföljningen utgjorde en viktig del i att förklara vad som hänt och ur olika aspekter för att kunna förstå sammanhanget.

” ... sedan så kom de, alla som hade varit med. Så att det var, det var väldigt skönt att man kunde få allt återberättat av olika personer också.” (3)

Det upplevdes extra betydelsefullt att kunna få information om händelsen från fler än en person som var med, då de alla hade olika uppgifter inne på operationssalen. Möjligheten att få besöka platserna för förloppet var också betydelsefullt för få ökad insikt och kunna se helheten.

”Eh så att det, allting går så snabbt och alla kan ju inte ha koll på allting, fast man själv vill ju vara den som har det... men det... det var ju... eh... ah en jobbig upplevelse...” (3)

Tidsaspekten var en viktig faktor vid uppföljning. Viss information förändrade hur kvinnorna sett på sig själva och en snabbare uppföljning hade då kunnat lindra det lidandet. Uppföljningen gav kvinnorna en förklaring som då skapade möjlighet att sluta klandrade sig själva då de upplevt sig svaga och odugliga och borde orkat mer. Möjligheten att kunna förstå sin situation förändrade synsättet på dem själva.

”För där gick jag runt och trodde att jag var klen... men ah... det var ju bra att jag blev sedd tillslut...” (1)

Att få möjligheten att kunna kontakta någon ur teamet som vårdat under sjukhusvistelsen ansågs stärkande. Andra vårdinrättningar ansågs inte kunna uppfylla informationsbehovet och var för dåligt insatta i vad kvinnorna genomgått. Det upplevdes tryggt och de kände att någon bryddes sig om dem, att de inte blev lämnade ensamma eller blev bortglömda. Vissa av kvinnorna blev erbjudna kuratorskontakt både från BB och från neonatalavdelningen. Det upplevdes som väldigt positivt.

”Jag erbjöds ju kurator och gå och prata om det och så ah... så det var ju... men det kände jag att det inte behövdes. Men det var ju väldigt bra att de erbjöd och så. Så de är ju väldigt snälla alla. Alla var ju väldigt trevliga och sådär... det var de absolut.” (4)

Att betraktas som frisk

Förbättringsförslag som kvinnorna belyste gällde smärtlindring. Planen, om den fanns, var inte tydlig för kvinnorna och de upplevde alla att smärtlindringen inte var tillräcklig. Det ställdes för stora krav på snabb återhämtning och tillfriskning och kvinnorna kände sig otillräckliga när de inte lyckades återhämta sig tillräckligt snabbt. De föreslog att sjukskrivning borde vara rimligt att få då de genomgått stor bukkirurgi och för att inte försämra förutsättningarna för läkningen behövdes mycket hjälp i hemmet under de första veckorna. Kvinnorna upplevde att de blev lämnade själva alldeles för tidigt och att den övriga familjen fick ta ett för stort ansvar när hon inte räckte till och de initiala pappadagarna var slut.

”Att inte få sjukskrivning... det signalerar ju också att, men det här, det här är ju ingenting! Eller ingenting som tas på allvar i alla fall...” (2)

De önskade få lite mer förståelse hos personalen, då de flesta kvinnor genomlidit flera timmar av först ett vaginalt förlossningsförlopp och därefter genomgått ett omedelbart kejsarsnitt. Känslan hos kvinnorna var att det förelåg kunskapsbrist hos personalen om vad det kan få för konsekvenser för patienten att genomgå ett omedelbart kejsarsnitt. De önskade även möjligheten att få vara samlade som familj så snart det gick efter att de vaknat upp ur narkosen. Det borde finnas en plats där de kan återhämta sig tillsammans.

Att leva med minnena

Flera kvinnor led utav mardrömmar och flashbacks från förlossningen och kejsarsnittet. De var tyngda av skuld känslor av att inte räcka till och ifrågasatte sina egna reaktioner och funderade över om det var för de inte klarade av att bita ihop.

”För jag är ju sådan här att jag inte ens orkar se bilder från, på mig själv när jag är gravid. Eller ah... jag har liksom blivit, eller det har satt sig väldigt hårt psykiskt för mig faktiskt!” (2)

En del kvinnor har fått reda på att de i framtiden måste genomgå planerat kejsarsnitt om de vill föda fler barn och det kändes ofta jobbigt men viktigt att få reda på tidigt.

”För vad jag kan förstå så kan det spricka upp i värkarbetet. Så jag måste genomgå planerat snitt nästa gång... så det känns ju som en väldigt stor grej.” (4)

Andra kvinnor fick till svar att de inte var garanterade ett kejsarsnitt vid nästa graviditet och att utredning gällande detta initieras först ett par veckor in i graviditeten. Flertalet kvinnor känner att de med den vetskapen inte vågar skaffa fler barn. De orkar inte gå igenom den ovissheten om att eventuellt riskera att uppleva en likande förlossning då den upplevdes så traumatisk.

”Då sa jag att då vill jag veta att jag kan få ett kejsarsnitt, för jag vågar ju aldrig gå igenom det här igen. – Det kan man ju tyvärr aldrig veta eller bestämma innan utan då måste man ju först bli gravid och sedan får man träffa en läkare och så får de eventuellt ta ställning. Och då kände jag att det vågar jag ju inte! Alltså då vill jag ju göra abort

om jag inte får, och det vill jag ju inte göra... så jag tyckte att det kändes väldigt jobbigt att man inte kan få..." (2)

Att utredas kring den fysiska kapaciteten att föda vaginal exempelvis genom bäckenmätning har inte lyckats förändra kvinnornas inställning. Däremot om undersökningen erbjudits innan förlossningen hade kanske resultatet förstärkt misstanken om att kvinnan inte kan föda barn vaginalt och upplevelsen av det omedelbara kejsarsnittet hade kunnat undvikas.

Kvinnorna föreslog att alla som genomgått omedelbart kejsarsnitt skall bokas in på samtal med psykolog eller kurator och om kvinnan ej upplever behovet är det upp till henne att avböja. Det efterfrågades att hjälp inte skall behöva sökas utan att det fanns en struktur och en helhetslösning planerad inför hemgång.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Fördelarna med att använda en kvalitativ ansats i denna studie var att den skapade möjlighet att få en ökad förståelse för en upplevelse. Valet av metod ansågs lämpligt då det var en upplevelse på ett djupare plan som var syftet med studien. Metoden öppnade upp för möjligheten att kunna se kärnan i problemet och därefter försöka finna ett sätt att förbättra vården i framtiden. Kvalitativ innehållsanalys är fördelaktig då den kan anpassas till olika syften och är användarvänlig för likväl noviser som erfarna forskare (Granskär & Höglund-Nielsen 2012, ss 198-199)

Deltagarnas bakgrunder och tidigare erfarenheter var varierade och ansågs utgöra en bra sammansättning. I valet av informanter berikas studier av att gruppen deltagare inte är alltför homogen. Önskvärt är att inkludera olika typer av informanter med varierande bakgrund såsom härkomst, ålder, familjesituation och kön (Polit & Beck 2016, s. 491-503). Kvinnorna har trots varierande bakgrund varit relativt samstämmiga i sina upplevelser och beskrivningar av vad som det omedelbara kejsarsnittet innebar för dem och vad som hade behövts göras annorlunda, vilket stärker reliabiliteten i resultatet.

Deltagarnas konfidentialitet bevarades väl genom allt material som kunnat härledas till informanterna endast har handhavts av en person. Kvinnokliniken har inte delgivits vilka personer som valt att delta och listan utgjordes av fler personer än studien var i behov av. Kvinnornas frivilliga deltagande har upprepade gånger diskuterats med varje informant samt att studiens syfte och användningsområde. De har delgivits information om hur materialet kommer att publiceras. Samtalsstöd har erbjudits efter varje genomgången intervju men någon aktiv eftersökning om och vem som eventuellt har nyttjat möjligheten har inte gjorts.

Kvinnokliniken svarade initialt att ursprungskriterierna för studien inte gick att uppfylla. Därför gjordes justeringar i inkludering- och exkluderingskriterierna. De kriterierna som justerades var avståndet från sjukhuset, detta utökades från 5 till 15 mil. Att ej ha drabbats av allvarlig sjukdom i samband med förlossningen var ett kriterium som också svårt att

bibehålla då flera av de omedelbara kejsarsnitten utfördes på vitalindikation endera för kvinna eller barn.

Intervjuerna spelats in vilket var ett bra sätt att undvika att missa viktiga aspekter samt skapade möjligheter att arbeta textnära. Att återskapa en intervju i sin helhet grundade på stödanteckningar skulle kunna öka risken för att viktigt innehåll faller bort. Anteckningarna riskeras att kunna misstolkas och innebörden kan då förändras. När materialet i sin helhet finns tillgängligt i analysfasen minskar denna risk. Validiteten i materialet anses styrkt då det utfördes korta resuméer under intervjuerna för att låta informanterna bekräfta eller dementera tolkningar. Under analysfasen utfördes korsvalidering för att stärka tolkningen. Materialet från pilotintervjun lämnades till handledaren under alla faser för att få stöttning i om analysen ansågs vara giltig. Korsvalidering innebär att söka hjälp från exempelvis andra studenter eller forskare och låta dem iakttä materialet (Granskär & Höglund-Nielsen 2012, s. 30-31). Trovärdigheten i studien har förstärkts genom tydlig beskrivning av urval och analysarbete. Textens giltighet har förstärkt genom användandet av citat som då påvisar den textnära tolkningen (Granskär & Höglund-Nielsen 2012, s. 30-31).

Att ensam arbeta med allt material kan ses som en styrka då hela materialet är välkänt och bearbetat på samma sätt under hela processen. Intervjuerna har utförts av samma person vilket kan ses som en fördel då alla informanterna träffat samma person men också en risk då intervjuarens förförståelse och inställning kan ha färgat svaren. Då materialet har bearbetats enbart av en person under hela analysen har alla delarna blivit analyserade utifrån samma förförståelse. Nackdelen med att vara ensam under processen har varit att möjligheten till diskussioner angående kondensering och kategorisering har varit begränsade. Handledaren har inte haft möjlighet att sätta in sig i materialet i sin helhet då materialet varit väldigt omfattande. Kvalitativ innehållsanalys upplevdes som ett bra sätt att analysera intervjuerna på. Ett avsteg från metoden gjordes medvetet i presentationen av resultatet då tidsdomänerna fått agera struktur istället för att sedvanligt låta huvudkategorierna stå för den övergripande strukturen. Detta val grundades på att det ansågs viktigt att kunna följa patienten genom den kronologiska upplevelsen. Det gav läsaren möjlighet att kunna se vad som händer i de olika faserna. Att få denna möjlighet skulle kunna leda till att mönster och problem identifieras i de olika faserna. Detta öppnar upp för förbättringsmöjligheter i vårdandet. Situationen är komplex och en upplevelse torde bli lättare att förstå i sitt sammanhang och inte lösryckt.

En annan aspekt var att alla intervjuer spontant berättades i kronologisk ordning utav informanten och det förstärker det naturliga i att presentera resultatet därefter. Diskussionen belyser däremot resultatet utifrån de tre huvudkategorierna som framkom och skapar där ytterligare ett sammanhang och reflektion av upplevelsens aspekter. Resultatet anses överförbart på flera patientkategorier i vården i allmänhet och i synnerhet patienter som genomgår akuta operationer. De tre huvudkategoriernas innehåll överensstämmer med tidigare forskning inom ämnet akuta kejsarsnitt och stärker därmed reliabiliteten i studien. En hög reliabilitet innebär att resultatet i studien skulle bli det samma om studien upprepas vid ett senare tillfälle med liknande patientkategori (Polit & Beck 2016, s.559). Material som är överförbara på andra grupper eller situationer stärker resultatet (Granskär & Höglund-Nielsen 2012s, 198-199).

Resultatdiskussion

Sammanfattning

Av resultatet i studien framkommer tre huvudkategorier; *information från vårdgivare till patient* genom hela vårdförloppet, *utlämnad i sin otillräcklighet*, samt *behovet av en utförlig uppföljning* för att bättre kunna få en känsla av sammanhang och förstå vad som har hänt. Omedelbara kejsarsnitt upplevs många gånger skrämmande. Fara för kvinnans eller barnets liv föranleder beslutet. Efter att beslutet taget är det viktigt att förlösa barnet snabbt. Händelseförloppet kunde sätta kvinnorna i både chock och oro. Det upplevdes viktigt hur de blev bemötta och vilken information de fick i detta skede. De kvinnor som haft svårt att ta till sig information i händelsens tumult var väl behjälpta av att få en utförlig uppföljning efteråt. Avsaknaden av både information och uppföljning gav allvarliga konsekvenser för kvinnans välmående. Smärta var en upplevelse som var närvarande i olika stor grad. Den förhindrade möjligheten att återhämta sig för att kunna återgå till sitt vardagliga liv, nu som nybliven mamma.

Information från vårdgivare till patient

Likt tidigare forskning är information av stor vikt för patienten. Kliniska implikationer från Forsberg, Vikman, Walivaara och Engström (2015) är det viktigt att förbereda patienten på vad som väntar under operationsdagen och eftervården. Exempel på hur förberedelserna skulle kunna se ut är att möjliggöra studiebesök, skicka ut skriftlig information eller visa informationsfilm från både operationssal, uppvakningsavdelning och vårdavdelning. I detta fall har kvinnorna i studien gått miste om viktig tid och information för att kunna förbereda sig. Enligt Forsberg et al. (2015) innebar det en ökad risk för en negativ förlossningsupplevelse att först vara inställd på att föda vaginalt men senare tvingas genomgå assisterad vaginal förlossning eller ett akut kejsarsnitt. Många kvinnor kände stor rädsla för att barnet skall komma till skada under förlossningen. Dessa kvinnor visar sig vara extra utsatta och är troligtvis i behov av utökad vård och stöttning i efterförloppet (Wiklund, Edman, Ryding & Andolf 2008). Detta överensstämmer med resultatet i denna studie då det framkom att förmågan att se helheten av sin vård en avgörande faktor för att kunna komma tillfreds med händelsen och lägga den bakom sig. Information av god kvalitet är en nödvändighet under hela vårdförloppet.

Tidigare studier framhäver att information om ingreppet ansågs viktig. Patienterna önskade få information om anestesiformen och de önskade att anestesiolagen gav denna information (Forsberg et al. 2015). Det överensstämmer med vad som framkom i denna studie där kort och koncis information om vad som sker var viktig. Det påpekades att personalen bör undvika ord som kunde missuppfattas eller som endast var vedertagna inom sjukhusvärlden. Informationen behöva ligga på den nivån att den blir begripligt för den som i princip saknar kunskaper om vad den kommer att få uppleva. Enligt Forsberg et al. (2015) har patienter uttryckt svårigheter i att delta i beslut då personalens kunskaper så vida överskred kunskapen de själva besatt. Där det fanns möjlighet att välja mellan olika alternativ önskade patienterna få kunskap, så de kunde delta i beslutet men oftast lämnade de över beslutet till vårdgivaren då de ansågs veta bättre.

Bland minnena från operationssalen var narkosläkaren många gånger framträdande. En förklaring till detta kan vara att det är vanligt förekommande att en specialistutbildad anesthesiolog ansvara för luftvägen vid omedelbara kejsarsnitt. Stundtals bedöms situation vara i behov av ytterligare anesthesiolog. Kvinnorna uttryckte att det var svårt att minnas andra än just de personer som var i deras direkta närhet. Anestesisjuksköterskan nämns inte i intervjuerna och ovanstående förklaring kan ligga tillgrund för detta. I dessa fall tar anestesisjuksköterskan ansvar för att förbereda narkosapparat, säkerställa övervakningsutrustning samt administrera läkemedel. Det är då mindre lämpligt att vara en av de få personer kvinnan bör ha möjlighet att knyta an till. Rollen som stödjande och informerande person bör då tas av narkosläkaren som befinner sig vid huvudändan under hela förloppet. Med denna infallsvinkel är det rimligt att reflektera över huruvida det är av vikt att kvinnan minns just narkossjuksköterskan från detta snabba förlopp. Däremot borde narkossjuksköterskan kunna vara en bra källa till information och finnas tillgänglig för uppföljning i efterförloppet.

Fortlöpande genom vårdförloppet fanns behov av information och där ansåg kvinnorna att det förelåg förbättringspotential. Det var svårt att axla rollen som ansvarig för att söka sig kunskap och information om händelser som kan få konsekvenser för patienten i fortsatta livet. Det kunde skönjas många vinster med att ha en välinformerad patient då denne upplever mindre stress och oro och därmed är mer tillfreds. Alla kvinnor har behov utav information för att kunna adaptera sig till sin nya situation och detta bör ske regelbundet och i nära anslutning till förlossningen (Weiss, Fawcett & Aber 2009).

Utlämnad i sin otillräcklighet

Enligt Herishanu-Gilutz, Shahar, Schattner, Kofman och Holcberg (2009) upplevde kvinnor i deras studie att känslan av att vara beroende av andra var svår. Många mödrar besvärades av stark smärta från såret och upplevde en stor trötthet dagarna efter kejsarsnittet. En del mödrar kände stor oro inför att bli lämnade ensamma med barnet. De hade svårigheter att bara sköta om sig själva och kände i dessa stunder att personalen lastade dem med för mycket ansvar. Detta överensstämmer väl med vad som framkom även i denna studie. Det finns ett stort behov av att erbjudas bättre smärtlindring efter operationen. Enligt Forsberg et al. (2015) var det viktigt att få effektiv behandling mot smärta och illamående efter operationen. Vid behandling av smärta och i bedömning av smärta var det viktigt för patienterna att inte bli ifrågasatta vad det gäller upplevelse av smärta och vid hög grad av smärta var intravenös smärtstillande mest tillfredsställande.

De kvinnor som valde att amma sina barn ställdes inför det etiska dilemma att om de valde att amma var de tvungna att avstå från starkare smärtlindring till sig själva. I dagens sjukvård kan utbudet och användandet av olika smärtlindringsmetoder skilja sig åt med hänsyn till ekonomi, kunskap hos personalen, arbetsbelastning och tillgänglighet av medicinska produkter och läkemedel (McDonnell, Keating, Muchatuta, Pavy & Paech 2009). I denna studie gavs kvinnorna tillgång till injektioner med opioder och opiodliknade tabletter vilket många gånger är en vedertagen smärtlindringsregim. Shahin och Osman (2010) belyser vikten av att en bra plan för smärtlindring i efterförloppet. Denna plan bör vara klarlagd redan under den intraoperativa fasen. Riskerna med att uppleva stark smärta postoperativt var att det snabbt kan utvecklas ett kroniskt smärttillstånd som sträcker sig längre än åtta månader postoperativt med daglig värk

(Shahin & Osman 2010). Det framkom i deras resultat att anläggandet av kvarvarande infusion eller infiltration av lokalbedövning i sårhålan i samband med operationen kraftigt sänkte behovet av opioder postoperativt men visade även på minskat smärttillstånd vid uppföljningar efter utskrivning från sjukhuset. Resultatet är intressant då de framhäver att andelen kvinnor som efter kejsarsnitt i allmänhet lider av kronisk smärta efteråt uppgår till mellan 12–18%. Fördelarna med att använda sig mer av lokalbedövning i olika former är att det skulle kunna lindra tröttheten kvinnorna upplever och smärtgenombrotten torde försvinna då en kvarvarande infusion, likt en ”pain Buster” i sårhålan, tillför smärtlindring kontinuerligt. Metoden kräver inga ökade personalresurser utan borde snarare minska belastningen på personalen då behovet av intermittenta läkemedelsadministreringar till patienterna skulle minska. Då flertalet kvinnor får en epiduralbedövning anlagd under förlossningen är denna också en bra smärtlindringsregim att använda sig av. Dock föreligger några fler risker för komplikationer och skapar ett nödvändigt behov för att bära urinkateter. Men till skillnad från kontinuerlig tillförsel av lokalanestesi i sårhålan, är administreringen av epiduralanestesi säkrare på så vis att effekten av läkemedlet blir mer tillförlitligt. Kontinuerlig tillförsel av lokalanestesi i sårhålan svaghet är att placeringen av infusionsslangen inte har något vetenskapligt stöd i form av forskning på placeringen (McDonnell et al. 2009). Vinsterna för kvinnan i synnerhet i användandet av lokalbedövning i någon form skulle kunna vara att hon inte behövde välja mellan smärtlindring eller amning.

Kvinnorna framhäver en känsla av att bli misstrodda i sin upplevelse av smärta. Deras upplevelse var att personalen ansåg att de överdrev sin situation. Ökad empati för kvinnornas situation behövs för att minska deras lidande. Svårigheten i att kunna adaptera sig till den nya vardagen framkom tydligt i resultatet och detta överensstämmer med tidigare forskning. Enligt Weiss, Fawcett och Aber (2009) har kvinnor som har genomgått oplanerade kejsarsnitt har svårare att anpassa sig till vardagen både psykiskt och fysiskt efteråt i förhållande till de som förlöses vaginalt. Tankar och diskussioner kring bemötandet av den subjektiva smärtupplevelsen skulle kanske kunna leda till ett förändrat synsätt hos de som har svårt att sätta sig in i vad kvinnorna går igenom. En fundering som har dykt upp i samband med analysen är om kvinnorna ses som friska och inte som nyopererad patient. Om kejsarsnitt bara anses vara ett annat sätt att förlösas på. Synen på kvinnan som en patient i återhämtningsfas efter en stor bukoperation skulle kunna maskeras av de faktum att hon nyss fött barn och att hennes vistelse på sjukhuset inte har föranletts utav någon sjukdom. Kan det vara en genusfråga? Vinsterna med att se kvinnan som nyopererad skulle kunna vara att det blir lättare att uppmärksamma hinder i dagligt liv och då lättare planera vårdåtgärder för att underlätta återhämtningen. En smärtlindrad patient är mer benägen att tidigare låta sig mobiliseras och förhindrar därmed blodproppar och lunginflammation samt främjar sårhäkning och känsla av välbefinnande (McDonnell et al. 2009).

Detta skulle kunna skapa bättre förhållanden att kunna ta hand om sitt nyfödda barn med mindre stöd än vad de idag har behov av. Dock skall det inte glömmas bort att kvinnorna har genomgått stor bukkirurgi och därför bör agerat utefter de restriktioner som rekommenderas efter kirurgi. Att uppleva bättre livskvalitet efter förlossningen anses minska risken för att utveckla postpartum depressioner. Kvinnor som genomgått kejsarsnitt rapporterar ofta en lägre upplevd livskvalitet initialt jämfört med vaginalt förlösta kvinnor och anses därför ha en ökad risk att utveckla postpartum depressioner

(Torkan, Parsay, Lamyian, Kazemnejad & Montazeri 2009). En förändrad syn på smärtlindringsregimen och synsättet på dessa kvinnor skulle kunna utgöra en förbättring i nuvarande vårdsituation. Om en förändrad behandlingsregim skulle kunna minska behovet av smärtstillande under återhämtningsfasen och minska risken för kroniska smärttillstånd är det en stor vinst för både patient och vården.

Behovet av en utförlig uppföljning

Kvinnor som genomgår omedelbara kejsarsnitt utgör en utmaning för sjukvården. Flertalet kliniker är inblandade i samband med förlossning och omedelbart kejsarsnitt. Detta multimodala teamarbete skapar stundtals svårigheter för enskild vårdgivare att skapa sig ett sammanhang i händelsen. Det torde vara än svårare för kvinnorna. Därav anses det vara av stor vikt att en utförlig uppföljning genomförs där teamet alla delar bör vara representerade.

Som en del i avslutandet av narkossjuksköterskans perioperativa vårdprocess anses uppföljning vara obligatorisk. Enligt Lindwall (2008) är det i den uppföljningen som vården utvärderas tillsammans med patienten för att denne skall kunna komma till freds med vad som hänt och kunna ta till sig sin förändrade kropp. Anestesisjuksköterskans uppföljning skall inte utföras i samband med avskedet och överlämnandet av vårdandet till uppvakningsavdelningens sjuksköterska utan bör ske senare på vårdavdelningen. Då det många gånger framhävs resursbrister i dagen sjukvård skulle protester kunna väckas över att ansvar om uppföljning av omedelbara kejsarsnitt skulle läggas på ansvarig anesthesiolog som medverkat under operationen. Det är även vanligt med skiftarbete på de allra flesta kliniker och detta kan också förhindra återbesök och uppföljning. En annans aspekt är att operationsprogrammet är inriktat på att vara så kostnadseffektivt som möjligt och då utnyttja sina personalresurser maximalt så att tid inte kan frigöras för uppföljning.

Önskemålet utifrån studieresultatet vore att både narkosläkare och narkossjuksköterska som medverkat under operationen tillsammans utför uppföljning med patienten och då gärna i samband med att personal från andra kliniker träffar patienten. Rent logistiskt kan detta vara svårt då likande kostnadseffektivitetstänk existerar på även på de andra klinikerna och även de dras med nedskärningar. Anestesisjuksköterskan skulle kunna utgöra en viktig länk i förståelsen av vårdförloppet och kanske något lättare skulle kunna gå att frigöra för uppföljning. Anestesisjuksköterskan kan återge vårdförloppet ur en anesthesiologisk synvinkel och därmed tillgodose ett behov som sällan blev tillfredsställt. Efter en negativ förlossningsupplevelse är det viktigt att få stöttning och bearbeta händelsen då det mycket väl kan påverka kvinnan så hon avstår från att skaffa fler barn eller är i så allvarlig förlossningsrädsla att ett planerat kejsarsnitt framstår som enda alternativet att förlösas på (Wiklund et al. 2008). Uppföljning gällande sövning var nästintill obefintlig i studien och kunskaper om denna del i vårdandet skulle skapa en mer sammanhängande bild av förloppet. Uppförandet av en post-partum mottagning skulle kunna underlätta för uppföljningen av dessa patienter då det inte skulle föreligga några frågetecken kring var de skall vända sig vid behov.

Hållbar utveckling

Hållbar utveckling syftar till att skapa hållbarhet i ekonomi, social- och miljöaspekt. Inom vårdens sektor innebär detta att vården vilar på evidensbaserad kunskap och kan erbjuda vård som håller hög kvalitet och som är hållbar ur ett långsiktigt perspektiv. Sjuksköterskan kan med sitt holistiska synsätt påverka framtidens hållbara utveckling genom att sträva mot att förbättra människors hälsa ur ett fysiskt, ekonomisk och socialt perspektiv (Anaker & Elf 2014).

I resultatet framkom tydligt när och på vilket sätt som vården brister i olika moment på de olika klinikerna. Möjligheten att kunna se resultatet på detta sätt skapar möjligheten att reflektera över förbättringsförslag ur en mer specifik aspekt. Studieresultatet har pekat på förbättringsmöjligheter avseende information, smärtlindring och uppföljning. Kvinnorna i studien kunde med största sannolikhet mått bättre postoperativt om de fått möjlighet att förbereda sig genom undervisning om kejsarsnitt under graviditet. Då hade de haft möjligheten att bättre förstå vad som skedde och troligtvis varit mer mottagliga för information under det akuta skedet. Effektiv smärtlindringsregim har visat sig vara gynnsamt för tidig mobilisering och därmed en snabbare återhämtning. Risken för att utveckla kroniska smärttillstånd minskar om smärttillståndet tidigt kuvas postoperativt. Ett krafttag kring vården av dessa kvinnor behövs, både preventivt och ur ett aktivt vårdande. Om det skulle gå att minska risken för kroniska smärttillstånd kommer vårdbehovet för dessa kvinnor troligtvis att minska och välbefinnandet öka. En väl informerad patient kan lättare adaptera sig till situationen och med en bra uppföljning efteråt skulle vi kunna minska behovet av kejsarsnitt på grund av rädsla för förlossning.

Sammanfattningsvis pekar studiens resultat på att det behövs en kliniköverskridande diskussion om hur omhändertagandet av dessa kvinnor bör ske. Det skulle vara intressant att undersöka skillnader i upplevelser hos kvinnor som fått en bra föräldrautbildning där information och undervisning om kejsarsnitt har ingått, med de som exempelvis i denna studie saknade utbildning. Skulle upplevelsen blivit en annan?

Kliniska implikationer:

- Möjliggöra utbildning till havande kvinnor och deras partner där kejsarsnitt som förlossningsmetod samt olika smärtlindringsalternativ och sövning presenteras. Exempelvis under föräldrautbildningen på mödravården eller alternativt att bjuda in personal från anestesikliniken som undervisar under de informationskvällar som sker i sjukhusets regim.
- Prioritera information till patienten trots tidsbrist.
- Erbjud en adekvat smärtlindring, gärna med inslag av lokalbedövning i någon form som del i en multimodal smärtlindringsregim
- Erbjud strukturerad uppföljning då gärna med alla teamdeltagare på plats.
- Fastställ vem som bär ansvar för att initiera uppföljning och agera sammankallande. Uppföljningsansvaret bör vara obligatoriskt.
- I samband med utskrivning undersöka om behov av samtalsstöd finns.
- Undersöka möjligheterna att införa familjecentrerad vård på uppvakningsavdelningen.

REFERENSER

- Anaker, A. & Elf, M. (2014). Sustainability in nursing: a concept analysis. *Scand J Caring Sci*, 28(2), pp. 381-9. DOI: 10.1111/scs.12121
- Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research*. Second edition ed. Lund: Studentlitteratur.
- Elo, S., Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), pp. 107-115. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Forsberg, A., Vikman, I., Walivaara, B. M. & Engstrom, A. (2015). Patients' Perceptions of Quality of Care During the Perioperative Procedure. *J Perianesth Nurs*, 30(4), pp. 280-9. DOI: 10.1016/j.jopan.2014.05.012
- Fossum, B. (2013). *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. Lund :: Studentlitteratur.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), pp. 105-12. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund :: Studentlitteratur.
- Herishanu-Gilutz, S., Shahar, G., Schattner, E., Kofman, O. & Holcberg, G. (2009). On becoming a first-time mother after an emergency Caesarean section: a journey from alienation to symbolic adoption. *J Health Psychol*, 14(7), pp. 967-81. DOI: 10.1177/1359105309341205
- Karlstrom, A., Engstrom-Olofsson, R., Norbergh, K. G., Sjoling, M. & Hildingsson, I. (2007). Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 36(5), pp. 430-40. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2007.00160.x
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund :: Studentlitteratur.
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci*, 18(2), pp. 145-53. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x
- Lindwall, L. (2008). *Perioperativ vård : att förena teori och praxis*. Lund :: Studentlitteratur.
- LÖF (2015). *Säker förlossningsvård, Rekommendationer och råd, omedelbara kejsarsnitt*. <http://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/rekommendationer-och-rad/>
- McDonnell, N. J., Keating, M. L., Muchatuta, N. A., Pavy, T. J. & Paech, M. J. (2009). Analgesia after caesarean delivery. *Anaesth Intensive Care*, 37(4), pp. 539-51.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2016). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia :: Wolters Kluwer.
- Riksdagen (2003). Lag 2003:460 om etikprövning av forskning som avser människor.
- Riksföreningen för anesthesi och intensivvård (2012). Kompetensbeskrivning, Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anesthesi/sjukvård.
- Rolfe, G. (2006). Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research. *Journal of Advanced nursing*, 53(3), pp. 304-310.
- Ryding, E. L., Wijma, K. & Wijma, B. (1998). Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women. *Birth*, 25(4), pp. 246-51.

- Ryding, E. L., Wijma, K. & Wijma, B. (2000). Emergency cesarean section: 25 women's experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(1), pp. 33-39. DOI: 10.1080/02646830050001663
- Shahin, A. Y. & Osman, A. M. (2010). Intraperitoneal lidocaine instillation and postcesarean pain after parietal peritoneal closure: a randomized double blind placebo-controlled trial. *Clin J Pain*, 26(2), pp. 121-7. DOI: 10.1097/AJP.0b013e3181b99ddd
- Silén, C. & Bolander Laksov, K. (2013). *Att skapa pedagogiska möten i medicin och vård*. Lund Studentlitteratur
- Socialstyrelsen (2014). *Statistik över graviditeter, förlossningar och nyfödda*. <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/graviditeter-forlossningarochnyfodda>
- Somera, M. J., Feeley, N. & Ciofani, L. (2010). Women's experience of an emergency caesarean birth. *J Clin Nurs*, 19(19-20), pp. 2824-31. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03230.x
- Torkan, B., Parsay, S., Lamyian, M., Kazemnejad, A. & Montazeri, A. (2009). Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth*, 9, p. 4. DOI: 10.1186/1471-2393-9-4
- Weiss, M., Fawcett, J. & Aber, C. (2009). Adaptation, postpartum concerns, and learning needs in the first two weeks after caesarean birth. *J Clin Nurs*, 18(21), pp. 2938-48. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.02942.x
- Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (2012). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund :: Studentlitteratur.
- Wiklund, I., Edman, G., Ryding, E. L. & Andolf, E. (2008). Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG*, 115(3), pp. 324-31. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2007.01564.x
- World Medical Association (2014). The Helsinki Declaration of the World Medical Association (WMA). Ethical principles of medical research involving human subjects. *Pol Merkur Lekarski*, 36(215), pp. 298-301.

Bilaga 1

Intervjufrågor

Demografiska frågor:

Antal barn sedan tidigare?

Regelbunden kontakt med mödravården?

Föräldrautbildning under graviditet?

Information om kejsarsnitt under graviditet och i så fall i vilket forum? (ex. internet, MVC, vänner, Studiebesök, tidigare erfarenhet?).

Förlossning i vilken graviditetsvecka?

Partner eller ensamstående?

Hur startade din förlossning?

Vad som hände?

Kan du beskriva mer?

Vad var din första tanke när du fick reda på att du skulle genomgå ett omedelbart kejsarsnitt?

Vad hände efter beslutet?

Kan du beskriva vad du kände?

Vad hände inne på operationssalen?

Vilka mötte du?

Var det någon som hann förklara för dig vad som hände?

Vad är ditt första minne av när du vaknade upp efter operationen?

Kan du beskriva hur du upplevde tiden efteråt

Har du fått några möjligheter att bearbeta dina upplevelser?

Hade du under graviditeten tänkt att din förlossning skulle kunna sluta som ett omedelbart kejsarsnitt?

Om du ser tillbaka på din tid kring operationen. Vad hade du velat att de skulle kunna ha gjort annorlunda?

Är det någonting mer som du vill tillägga?

Bilaga 2

Verksamhetschefs godkännande av datainsamling

Hej!

Jag är legitimerad sjuksköterska och studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesisjukvård på Högskolan i Borås.

Som en del i denna utbildning gör jag ett examensarbete på avancerad nivå.

Syfte med examensarbetet är att undersöka hur kvinnor upplever omedelbara kejsarsnitt. Vad som idag upplevs som bra omhändertagande och vad vi som vårdpersonal kan göra bättre.

En akut operation är ett stressmoment för vilken patient som helst. Att dessutom under sövning gå från gravid till nybliven mamma visar sig vara omtumlande. I samband med ett omedelbart kejsarsnitt är förberedelserna inför operation riktade till att så snart som möjligt få patienten sövd så att operatören kan få ut barnet snabbt. Då det är en akut situation riskerar de att uppleva psykisk stress efter operationen som kan öka smärtupplevelsen och störa anknytningen till det nyfödda barnet. Kvinnan som opereras urakut går miste om både möjligheten att vara vaken under ingreppet samt all förberedande information som annars delges vid planerade kejsarsnitt. Min forskningsfråga är hur kvinnor upplever kontakten med oss som narkospersonal, själva sövningen samt tiden efter som nyopererad. Förhoppningen är att studien skall kunna vara vägledande i fortsatt vård kring denna patientgrupp.

Metoden i examensarbetet har en kvalitativ ansats och datainsamlingen kommer att ske genom semistrukturerade djupintervjuer.

Inklusionskriterier

- Över 18 år och ha god förmåga att förstå och uttrycka sig i svenska språket.
- Gott minne av tiden innan och efter kejsarsnittet.
- Bo inom 5 mils radie.
- Moder och barn skall vid utskrivningen vara välmående och barnet skall ej ha varit svårt sjukt under vistelsen.
- Vara första gången kvinnan genomgår ett omedelbart eller akut kejsarsnitt samt att minst fyra månader skall ha förflutit sedan utskrivning.

Tid för intervjuerna

Önskar snart komma i kontakt med kvinnor enligt ovanstående inklusionskriterier.

Mängden informanter jag söker är ca 8 st. Intervjuerna kan utföras i lämplig lokal eller om kvinnorna är förhindrade att ta sig till sjukhuset accepteras hembesök. Skriftligt informerat samtycke kommer inhämtas i samband med intervjuerna.

Vid publicering kommer det analyserade resultatet att vara oidentifierat. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring. Jag handleds i examensarbetet av nedanstående handledare.

Hälsningar

Karin Hedström

Epost: karin.ec.hedstrom@gmail.com

Tfn 070-2786925

Handledare: Thomas Eriksson /Universitetslektor

Akademien för vård, hälsa och välfärd

Högskolan i Borås

Epost: thomas.eriksson@hb.se

Tfn: 033-435 4782

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Karin Hedström genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Trollhättan / 2017

Verksamhetschef/Kvinnokliniken/

Bilaga 3



HÖGSKOLAN I BORÅS

Hej!

Jag är legitimerad sjuksköterska och studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesijukvård på Högskolan i Borås.

Som en del i denna utbildning gör jag ett examensarbete på avancerad nivå.

Syfte med examensarbetet är att undersöka hur kvinnor upplever omedelbara kejsarsnitt. Vad som idag upplevs som bra omhändertagande och vad vi som vårdpersonal kan göra bättre.

Förhoppningen är att studien skall kunna vara vägledande i fortsatt vård kring kvinnor som genomgår omedelbara kejsarsnitt.

Metoden i examensarbetet har en kvalitativ ansats och datainsamlingen kommer att ske genom intervjuer.

Intervjuerna önskas utföras på sjukhuset, men om du har svårt att komma till sjukhuset kan jag komma hem till dig, men önskar då att vi kan sitta ner ostört och samtala.

Intervjun kommer att ta cirka en timme.

Under bearbetningen av materialet kommer din intervju få en sifferkombination och det är endast jag som intervjuar dig som kommer att känna till din identitet.

Vid publicering kommer det analyserade resultatet att vara avidentifierat. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring. Jag handleds i examensarbetet av nedanstående handledare.

Hälsningar

Karin Hedström

Epost: karin.ec.hedstrom@gmail.com

Tfn 070-27 86 925

Handledare

Thomas Eriksson / Universitetslektor

Akademin för vård, hälsa och välfärd

Högskolan i Borås

Epost: thomas.eriksson@hb.se

Tfn: 033-435 4782

Härmed ger jag mitt samtycke till att medverka i studien enligt ovanstående villkor.

Trollhättan / 2017

Namnförtydligande

Bilaga 4

Tack för att du delat med dig av din berättelse!

Ibland kan samtal riva upp känslor trots att en tid gått sedan du upplevt händelsen. Om du efter min intervju känner att du behöver prata med någon så har jag kontakter med sjukhuskyrkan. De är vana att som medmänniskor stötta personer i sorg och krishantering oavsett religiös eller icke religiös övertygelse hos dig själv. Om du efteråt känner att du behöver en längre tids samtalskontakt kan sjukhuskyrkan hjälpa till med kuratorskontakt.

Sjukhuskyrkan når du lättast via växeln ... som har telefon....

Sjukhuskyrkan har jourverksamhet och finns till hands alla vardagar kl. 08-21.

Vid tankar, frågor och funderingar gällande studien är du givetvis varm välkommen att kontakta mig.

Med vänliga hälsningar Karin Hedström (tel. 070-2786925).