

# Kvinnors upplevelse av akut kejsarsnitt

En pilotstudie

Författare: Karoline Isberg  
Nina Palmquist  
Program/Kurs: Barnmorske-  
programmet  
OM 1660  
Omfattning: 15 högskole-  
poäng  
Handledare: Marie Berg  
Examinator Carina Sparud  
Lundin

Sahlgrenska akademien



Titel:	Kvinnors upplevelse av akut kejsarsnitt
Title:	Womens experience of emergency ceasarean section
Kurs:	Reproduktiv och perinatal hälsa – Magisteruppsats OM 1660 HT 2008
Arbetets omfattning:	15 HP
Sidantal:	30
Författare:	Karoline Isberg Nina Palmquist
Handledare:	Marie Berg
Examinator:	Carina Sparud Lundin

---

Sahlgrenska akademien VID GÖTEBORGS UNIVERSITET – Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.

## Sammanfattning

Antalet akuta kejsarsnitt av fullgångna graviditeter har ökat under de senaste tio åren. Många kvinnor upplever det akuta kejsarsnittet som traumatiskt och drabbas av psykisk ohälsa under lång tid efter händelsen. Orsaker till detta kan vara besvikelse över att förlossningen inte blev vaginal, rädsla över barnets och sitt eget liv samt att inte känna tillit till personalen. Att skiljas från sitt barn efter förlossningen kan leda till svårighet att identifiera sig som mor. Det finns ett missnöje bland akut kejsarsnittade kvinnor med att den förlossningsförberedande informationen endast fokuserar på vaginal förlossning. Detta leder till att de känner sig oförberedda inför situationen. Viktigt under förlossningen är att kvinnor blir bekräftade av barnmorskan. Kvalitativa studier som belyser kvinnors upplevelse av akut kejsarsnitt är ett fåtal både nationellt och internationellt. Syftet med denna studie var därför att beskriva kvinnors upplevelse av akut kejsarsnitt ett år efter förlossningen. Studien har en livsvärldsansats. Det innebär att ta del av och försöka förstå hur kvinnor upplever ett akut kejsarsnitt, ett år efter förlossningen. Studien är en pilotstudie och intervjuer genomfördes med två kvinnor. Resultatet tydliggörs i fem innebördselement; *bristfällig information, något oväntat, något överkligt, att få revansch eller att få barn på en räkmacka samt bekräftelse från barnmorskan*. Det akuta kejsarsnittet upplevs inte som traumatiskt. Däremot beskrivs en känsla av överklighet. Informationen både före, under och efter förlossningen upplevs bristfällig, vilket bidrar till att det akuta kejsarsnittet kommer oförberett och oväntat. Att skiljas från sitt barn direkt efter kejsarsnittet framträdde som negativt och svårt. Betydelsefullt är att barnmorskans stödjande insatser ger känsla av bekräftelse. Underlaget för resultatet, två informanter är inte tillräckligt för att kunna dra några generella slutsatser, utan kan ligga till grund för en fullskalig studie med ett större antal informanter.

Nyckelord: akut kejsarsnitt, upplevelse, intervju, barnmorska, livsvärld.

## Innehållsförteckning

Inledning .....	1
Bakgrund.....	2
Förekomst av akut kejsarsnitt.....	2
Teoretisk referensram .....	3
Hälsa .....	4
<i>Reproduktiv och perinatal hälsa</i> .....	4
Lidande och välbefinnande .....	5
Tidigare forskning om kvinnors upplevelse av förlossning vid akut kejsarsnitt .....	6
Problemformulering.....	9
Syfte.....	9
Metod.....	9
Fenomenologisk ansats .....	10
Urval .....	11
Intervjuer .....	11
Analys .....	12
Etiska överväganden.....	13
Resultat .....	14
Bristfällig information .....	14
Något oväntat .....	16
Något överkligt.....	17
Att få revansch eller att få barn på en räkmacka .....	19
Bekräftelse från barnmorskan .....	20
Diskussion.....	21
Metoddiskussion.....	21
Resultatdiskussion .....	23
Konklusion .....	26
Referenser .....	28
Bilaga; information och samtyckesblankett	

## Inledning

Att föda barn är för många kvinnor den största händelsen i livet. Det är slutet på en graviditet då man äntligen ska få träffa sitt barn och en ny familj ska bildas. Under graviditeten förbereder sig många kvinnor inför förlossningen genom att delta i föräldrautbildning, söka information i litteratur och genom att prata med andra kvinnor om hur förlossningen kommer att vara. Men det blir inte alltid som litteraturen beskriver, eller som väninnan berättat. I en del fall inträffar något som gör att förlossningen måste avslutas i ett akut kejsarsnitt.

En positiv förlossningsupplevelse är ett viktigt mål för dagens förlossningsvård. Förr i tiden när förlossning innebar en stor risk för mor och barn, var en positiv upplevelse av förlossningen inte något som fokuserades på. Detta förklarar äldre tiders skräckskildringar som ofta bestod av traumatiska förlossningar med ångest för smärta och död. Kvinnor har dock alltid berättat om sina förlossningar, även om förlossningsvården inte förrän under de senaste tre decennierna tagit upplevelsen på allvar. Under 1970- och 80-talen började förlossningen att skildras som en positiv händelse i västvärlden. Tio år senare, på 1990-talet betraktades barnafödandet som ”en exklusiv, betydelsefull och omvälvande upplevelse med potentialer som sträcker sig långt utöver de minnen själva händelsen ger” (Sjögren, 2005 s.144).

Ett relativt nytt fenomen är att berätta om sin förlossning offentligt i böcker eller på internet. Där finns att läsa förlossningsskildringar som beskriver allt från smärtsamma traumatiska händelser till eufori (Sjögren, 2005). Det har även blivit allt viktigare att ta reda på vad patienter tycker om vården. Det har forskats en hel del på hur patienters tillfredställelse mäts på bästa sätt. Det har bl.a. visat sig att fler positiva svar erhålles om kvinnan tillfrågas i anslutning till eller nära vårdtillfället än om frågorna ställs senare (Waldenström, 2007).

Att mäta en kvinnas upplevelse av förlossningen på ett objektiva sätt är svårt. Om kvinnan tillfrågas under själva förlossningen fås ett svar och om hon tillfrågas direkt efter händelsen, när allt är över, så kan svaret ha förändrats och allt är underbart. När kvinnors upplevelse av förlossningen undersöks är det vanligtvis minnet av förlossningen som

studeras. Ett annat problem med att undersöka kvinnors förlossningsupplevelse är att den är så mångfacetterad. Det bästa sättet att fånga en sådan upplevelse är att kvinnor själv får berätta med egna ord genom en intervju en tid efter förlossningen (Waldenström, 2007).

I ett forskningsprojekt (KUB- Kvinnors upplevelse av barnafödande) som utfördes i Sverige år 1999-2000 visades genom frågeformulär att majoriteten av kvinnorna hade en mer positiv förlossningsupplevelse 2 månader efter förlossningen jämfört med om de var tillfrågade efter 1 år. Skillnaden förklaras med att kvinnan troligtvis känner lättnad och glädje när förlossningen är över och hon får möta sitt barn. När det däremot har gått lite längre tid kan hon lättare ta till sig det som varit svårt och ge en mer nyanserad bild av händelsen. Ur KUB-projektet visade det sig även att den starkaste riskfaktorn till en negativ upplevelse av förlossningen var akut kejsarsnitt (Waldenström, Hildingsson, Rubertsson och Rådestad, 2004).

Det sägs att en kvinna aldrig glömmer sin förlossning. En del forskning har gjorts för att undersöka hur kvinnor påverkats av ett akut kejsarsnitt, men få studier har undersökt kvinnans upplevelse av ett akut kejsarsnitt. Detta gör det intressant att vidare undersöka hur kvinnan upplever ett akut kejsarsnitt.

## **Bakgrund**

För att undersöka kvinnors upplevelse av akut kejsarsnitt presenteras i bakgrunden förekomsten av akut kejsarsnitt ur ett nationellt och internationellt perspektiv, samt lagar och författningar. Den teoretiska referensramen beskrivs genom två centrala begrepp som hör ihop med upplevelsen av akut kejsarsnitt; "hälsa" samt "lidande och välbefinnande". Slutligen presenteras tidigare forskning om kvinnors upplevelse av akut kejsarsnitt.

### ***Förekomst av akut kejsarsnitt***

Kejsarsnitt kan utföras elektivt eller akut. Ett akut kejsarsnitt innebär att det utförs när

förlossningen startat, medan ett elektivt kejsarsnitt utförs planerat innan förlossningen startat (Socialstyrelsen, 2005). De vanligaste indikationerna för akut kejsarsnitt är dålig progress av förlossningen, vaginal blödning, uterusruptur, maternell sjukdom, fosterläge och fetalt tillstånd (Hagberg, Marsál och Westgren, 2008).

De senaste 25 åren har kejsarsnittsfrekvensen ökat markant i både höginkomst och låginkomstländer. Huruvida denna ökning beror på en ökad andel onödiga ingrepp eller om det är ett tecken på en förbättrad säkerhet är oklart. Världshälsoorganisationens (WHO) rekommendationer från 1985 är en kejsarsnittsfrekvens på 10-15 procent.

Kejsarsnittsfrekvensen skiljer sig kraftigt i olika delar av världen. Exempelvis rapporterades att kejsarsnittsfrekvensen i USA, Australien och Storbritannien vid senaste sekelskiftet var 20-25 procent. Kring samma tid hade ett par länder i Sydamerika en kejsarsnittsfrekvens på endast några procent, medan några av de största länderna (Argentina, Mexico och Brasilien) rapporterade en kejsarsnittsfrekvens på 40-50 procent. I Sverige och Skandinavien har kejsarsnittsfrekvensen historiskt sätt legat lågt, jämfört med andra utvecklade regioner i världen. Det har dock visat sig att antalet kejsarsnitt ökat sedan mitten av 1990-talet. Kring 1995 uppgick den svenska kejsarsnittsfrekvensen till ca 12 procent, och år 2001 föddes ca 17 procent med kejsarsnitt (Socialstyrelsen, 2005).

Kejsarsnittsfrekvensen i Sverige år 2006 är nu uppe i 17,7 %. Antalet akuta kejsarsnitt av fullgångna graviditeter har ökat från 4% år 1991 till 7,9% 2006 ( Socialstyrelsen, 2008)

### ***Teoretisk referensram***

Det vårdvetenskapliga området så som Dahlberg med medarbetare (2003) beskriver det, har som främsta syfte att skapa kunskap som kan utveckla och förbättra vårdandet. Den vårdvetenskapliga strukturen utgår från patientens perspektiv på sin hälsa och hur vårdandet kan förstås. Inom vårdvetenskapen ingår ett antal ontologiska antaganden. Antaganden om hur verkligheten ser ut i den vetenskap som studeras, vilket i detta fall är vårdvetenskap. De ontologiska grundantaganden inom vårdvetenskapen berör människa, hälsa och vårdande, och dessa utgör en utgångspunkt för vårdvetenskapens generella struktur. Ett centralt ontologiskt grundantagande är att människan är en enhet, där kropp, psyke, själ och ande är olika aspekter av denna enhet. Ett etiskt patientperspektiv som utgår

från vårdvetenskapens grundantaganden om människan och hälsan är en hållning och värdegrund som kännetecknas av integritet och värdighet. Det innebär att den främsta experten på sig själv, sitt lidande och välbefinnande och livssituation är patienten själv. Inom vårdvetenskapen tydliggörs patientperspektivet med hjälp av begreppen livsvärld, subjektiv kropp, vårdrelation, lidande och välbefinnande (Dahlberg, Segesten, Nyström och Fagerberg, 2003).

Vi har i denna studie valt att fördjupa oss i två konsensusbegrepp inom vårdvetenskapen; ”hälsa” samt ”lidande och välbefinnande”. Detta då vi anser att dessa har stor betydelse för kvinnans upplevelse. Centralt i barnmorskans yrke är att främja reproduktiv och perinatal hälsa, varför vi har valt att inrikta oss på detta.

## **Hälsa**

Olika perspektiv förhåller sig på varierande sätt till begreppet hälsa och ohälsa. I många fall fokuseras och utgås det från ohälsa snarare än hälsa. Orsaken till detta är troligtvis att det inte reflekteras över hälsa förrän den hotas. Ett exempel för att beskriva hälsa är som närvaro i världen, att en person är förankrad i sig själv och upplever sig själv som en enhet i relation till andra. Människan förändras hela tiden, och därmed kan hälsa även beskrivas i termer av rörelse och integration. Hälsomotiven är unika för varje människa och utgår från det personen uppfattar som gott och i överensstämmelse med deras egna värderingar (Wiklund, 2003). Rent historiskt och begreppsligt betyder hälsa helhet och helighet. Hälsa handlar om den enskilda människans verklighet (Eriksson, 1994).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) skall vården tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vidare skall vården så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och denne skall ges individuellt anpassad information (a.a.).

### *Reproduktiv och perinatal hälsa*

WHO definierar reproduktiv hälsa med att människor har rätt att ha ett ansvarsfullt,

tillfredställande och säkert samliv och att de är kapabla till reproduktion och de har friheten att själva bestämma om, när och hur ofta detta ska ske. Det innebär också att män och kvinnor har rätt till information och tillgång till att välja bland säkra och effektiva preventivmetoder som var och en har råd med. Kvinnan ska även ha rätt till lämplig sjukvård som gör det möjligt att gå igenom en säker graviditet och förlossning, samt erbjuda föräldrar den bästa möjligheten till att få ett friskt barn (WHO, 2008).

I Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska beskrivs att barnmorskan ska ta initiativ till och utföra åtgärder som främjar hälsan hos enskilda patienter. Barnmorskan skall se patienten i ett helhetsperspektiv och identifiera t.ex. psykiska och sociala hälsorisker. Barnmorskan skall också bedöma patientens behov av omvårdnad och stöd, samt genom att lyssna till och samtala med patienten för att skapa en förtroendefull relation (Socialstyrelsen, 2006). Utgångspunkten för förlossningsvården i Sverige är att uppnå ”en frisk mor och ett friskt barn” samt ”en positiv upplevelse av förlossningen” (Socialstyrelsen, 2001).

## **Lidande och välbefinnande**

Mänskligt lidande är en oundviklig del av livet. Att vara människa innebär att förr eller senare uppleva någon form av lidande. Ett liv utan lidande är en utopi. Gemensamt för människor som lider är att de befinner sig i en situation där de förlorat eller riskerar att förlora något som är värdefullt för dem och som ger livet mening. Vårdandets mål är att lindra eller förhindra lidande och att skapa förutsättningar för välbefinnande. Detta innebär inte att lidande och välbefinnande är motsatser till varandra. En människa kan uppleva välbefinnande samtidigt som hon befinner sig i ett lidande (Eriksson, 1994).

Tre olika slags lidande har identifierats; livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande. Livslidande finns i någon form i alla människors liv. Det är förknippat med livssituationen och alla de faser som ingår i att leva. Sjukdomslidande är det lidande som människor upplever till följd av sjukdom eller annan ohälsa, vilket kan innebära olika symtom som exempelvis smärta och illamående. Vårdlidande däremot är det lidande som patienter drabbas av på grund av vårdandet eller bristen på vårdande. Att arbeta för att öka välbefinnande är lika viktigt som att bekämpa olika sorters lidande. Ett viktigt begrepp som



står i relation till lidande och välbefinnande är känslan av trygghet. Vårdlidandet har en stark koppling till den otrygghet som patienter kan uppleva på grund av bristande information, svårighet att förstå personalens agerande osv. (Dahlberg et al., 2003).

### ***Tidigare forskning om kvinnors upplevelse av förlossning vid akut kejsarsnitt***

För att kunna fördjupa oss i vad tidigare forskning beskriver avseende kvinnors upplevelse av akut kejsarsnitt har vi sökt i databaserna Cinahl och PubMed. De sökord som använts är; "cesarean section", "emergency", "experience" och "stress disorder".

Att genomgå ett akut kejsarsnitt är för många kvinnor en traumatisk upplevelse. En del påverkas av det akuta kejsarsnittet med symptom som sitter kvar mer än två månader efter förlossningen i form av posttraumatisk stressreaktion (Ryding, Wijma och Wijma, 1997; Ryding, Wijma och Wijma, 2000). Förekomsten av en traumatisk förlossning och posttraumatisk stressreaktion kan bero på kvinnans förmåga att känna tillit till personalen under förlossningen samt på sambandet mellan hennes förväntningar och upplevelse av förlossningen (Ryding et al., 2000). Att känna besvikelse över att förlossningen inte blev vaginal som det var tänkt är en bidragande faktor till att kvinnor upplever situationen som traumatisk (Ryding, Wijma och Wijma, 1998; Ryding et al., 2000). En traumatisk förlossningsupplevelse innebär att kvinnorna antingen varit rädda för sitt eget och/eller barnets liv, att föda ett allvarligt sjukt barn eller att förlora kontakten med verkligheten (Ryding et al., 1997).

I en amerikansk studie från 1981 har det med hjälp av öppna frågor i ett frågeformulär undersökts huruvida förstföderskor som var vaginalt förlösta hade en mer positiv förlossningsupplevelse jämfört med förstföderskor som genomgått ett akut kejsarsnitt. Resultatet visar att de akut kejsarsnittade kvinnorna hade en mer negativ förlossningsupplevelse än de vaginalt förlösta. Den negativa upplevelsen bidrog även till en sänkt självkänsla hos kvinnorna. De akut kejsarsnittade kvinnorna anklagade sig själva för att förlossningen inte blev "normal" och de uttryckte även en känsla av att inte kunna leva upp till förväntningarna som fanns på dem inför förlossningen. Andra faktorer som

bidrog till en negativ förlossningsupplevelse var att kvinnorna upplevde det akuta kejsarsnittet som ett övergrepp på deras kropp (Marut och Mercer, 1981).

Alla kvinnor upplever inte ett akut kejsarsnitt som en traumatisk och negativ händelse. I en svensk studie kände 5 av de 25 akut kejsarsnittade kvinnorna som intervjuades förtroende till sig själva och vårdpersonalen vad som än hände, och upplevde inte situationen som traumatisk (Ryding et al., 2000). En del kvinnor kände först lättnad när de förstod att det skulle bli ett akut kejsarsnitt, men den positiva känslan byttes sedan ut mot rädsla inför ingreppet (Ryding et al., 1998; Ryding et al., 2000). Känslan av rädsla berodde på att de trodde att de skulle förlora sitt barn eller att barnet skulle vara skadat, eller rädsla att själv bli skadad. En del kvinnor uttryckte rädsla över att förlora kontakten med verkligheten (Ryding et al., 1998).

I en svensk kvalitativ studie, gjord på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg undersöktes tio kvinnors upplevelse av en komplicerad förlossning, en till två dagar postpartum. Hälften av kvinnorna hade genomgått ett akut kejsarsnitt och de övriga hade fött vaginalt men med någon form av komplikation. Resultatet av undersökningen visade att det var viktigt för kvinnorna att känna bekräftelse, vilket bidrog till att de kunde känna att de hade kontroll över situationen, speciellt när det gällde deras barns tillstånd (Berg och Dahlberg, 1998). Saknaden av kontroll både fysiskt och psykiskt var även en av faktorerna som bidrog till en negativ förlossningsupplevelse för de akut kejsarsnittade kvinnorna i Marut och Mercers (1981) studie. Vidare beskriver Berg och Dahlberg (1998) att kvinnor som blivit skilda från sitt barn efter förlossningen i regel hade mycket svårt att förstå att de blivit mammor. De kände oro över att deras barn inte mår bra och att de inte skulle vara vid liv. Detta ledde till att en del kvinnor kände skuld över att de orsakat barnet en hemsk förlossning (a.a.).

Hillan (1992) har i en studie gjord på 100 kvinnor, varav hälften var akut kejsarsnittade och resten vaginalförlösta beskrivit vikten av information och kommunikation relaterat till akut kejsarsnitt. De kejsarsnittade kvinnorna var missnöjda med den förlossningsförberedande informationen som de fick under graviditeten, då den endast fokuserade på vaginal förlossning och inte berörde akuta komplikationer. Detta bidrog till att kvinnorna var dåligt förberedda för att hantera sådana situationer. Kvinnorna uttryckte i efterhand en önskan om att det hade diskuterats eventuella komplikationer som kunde ske

under förlossningen. De kejsarsnittade kvinnorna i studien var också i högre utsträckning missnöjda med den efterföljande vården på avdelningen än de kvinnor som fött vaginalt. Anledningen till detta var att de som genomgått akut kejsarsnitt hade större svårighet att fysiskt återhämta sig efter operationen. I studien beskrivs också att felaktig och bristfällig omvårdnad kan leda till att kommunikationen mellan patient och vårdpersonal kan bli sämre och motsägelsefull. Situationen kan också bli förvirrande för kvinnan och den fysiska tillfredställelsen sämre. Dock visade det sig i studiens resultat, att även om kvinnorna fått bra information tyckte de att det var svårt att ta den till sig med tanke på den situation som de befann sig i (a.a.).

I Berg och Dahlbergs (1998) studie uttryckte kvinnorna att det viktigaste i samband med förlossningen var att bli bekräftade, vilket innefattade att personalen lyssnade på deras tankar och önskemål samt att de blev informerade. Vilket sätt personalen uttryckte sig på spelade stor roll. Kvinnor som upplevde att vårdpersonalen inte lyssnade på dem, kände besvikelse och frustration, och de kände sig avvisade. Viktigt var också att barnmorskan var nära, var lätt att ta kontakt med och hade förmåga att förklara. Vidare beskrivs nödvändigheten att ha en ärlig verbal kommunikation med barnmorskan för att kunna känna bekräftelse. Speciellt viktigt var detta för de akut kejsarsnittade kvinnorna som deltog i studien. Upplevelsen av dålig bekräftelse från barnmorskan gav känslor av ökad stress, otrygghet och besvikelse. Upplevelsen av smärta var svårare när bekräftelse av smärta saknades, identiteten som mor var otydligare hos de som upplevde låg grad av bekräftelse. En stark önskan av att bli sedda och respekterade framträdde (a.a.).

Sammanfattningsvis visar tidigare forskning att vården av kvinnor som genomgår akut kejsarsnitt brister i olika avseenden utifrån kvinnornas upplevelser. Upplevelsen av ett akut kejsarsnitt kan leda till sänkt självkänsla hos kvinnan (Marut och Mercer 1981). Ett akut kejsarsnitt kan upplevas traumatiskt och leda till symtom på posttraumatisk stressreaktion (Ryding et al., 1997; Ryding et al., 2000). Att kvinnors förväntningar på förlossningen inte stämmer överens med hur det sedan blev, bidrar till en negativ upplevelse av det akuta kejsarsnittet (Ryding et al., 1998; Ryding et al., 2000). Även bristfällig information och kommunikation med barnmorskan har visat sig vara bidragande faktorer till en negativ upplevelse (Berg och Dahlberg 1998; Hillan 1992). Inte alla kvinnor upplever ett akut kejsarsnitt som negativt och dramatiskt, vilket till stor del beror på trygghet samt tillit till

sig själva och vårdpersonalen i den akuta situationen (Ryding et al., 2000).

### ***Problemformulering***

Studier visar att ett akut kejsarsnitt kan innebära en traumatisk upplevelse som har betydelse för det psykiska välmåendet hos dessa kvinnor efteråt (Ryding et al., 1997). En del kvinnor upplever att de under graviditeten inte blivit förbereda på att förlossningen skulle kunna sluta i ett akut kejsarsnitt och vad det innebär. Att kvinnor är oförberedda då förlossningen blir komplicerad bidrar till en negativ och dramatisk upplevelse (Hillan, 1992).

De flesta kvalitativa studier som behandlar kvinnors upplevelse av akut kejsarsnitt har utförts kort tid efter händelsen, inom 6 månader. Därför är det intressant att ta reda på kvinnors upplevelse av akut kejsarsnitt ett år efter förlossningen. Vi tänker oss att kvinnorna då fått perspektiv på händelsen och mer strukturerat kan beskriva händelseförloppet och upplevelsen. Genom ökade kunskaper om hur kvinnor upplever akut kejsarsnitt kan förhoppningsvis vården utformas så att kvinnor får en bra upplevelse av förlossningen.

### **Syfte**

Syftet var att beskriva kvinnors upplevelse av akut kejsarsnitt ett år efter förlossningen.

### **Metod**

En kvalitativ metod valdes för att kvinnor öppet och med egna ord skulle kunna berätta om sin upplevelse. Avsikten med att göra en pilotstudie var att testa metod och design gentemot syftet, och om det blir ett positivt utfall är studien tänkt att ligga till grund för en

fullskalig studie framöver. I studien skall då ett större antal deltagare intervjuas med syftet att beskriva kvinnors upplevelse av akut kejsarsnitt ett år efter förlossningen.

### ***Fenomenologisk ansats***

Metoden som har använts för studien är fenomenologi som har livsvärlden som centralt begrepp. Att ha ett livsvärldsperspektiv innebär att beskriva människans upplevelse och hur människan uppfattar världen. Den moderna fenomenologiska filosofin grundades av Husserl och vidareutvecklades av Merleau-Ponty och blev livsvärldsfenomenologin (Dahlberg, Dahlberg och Nyström, 2008). Husserl utvecklar i fenomenologisk filosofi hur människor erfar objekt i världen. Med detta menas att objektet upplevs av människan genom tankar och sinnen. Detta ger objekten en mening i ett sammanhang, genom att ett subjekt upplever det, alltså *någon*. Fenomen kallar Husserl det objektet som ges mening (Molander, 2003).

För att nå kvinnors upplevelser av ett akut kejsarsnitt har studien utgått från fenomenologi så som Dahlberg med medarbetare beskriver den. Fenomenologin innebär för forskaren att gå till objekten, ”sakerna själva”, att dessa visas för honom eller henne. Ett objekt förstås alltså som fenomen. Genom att gå till objekten själv erfars verkligheten, med syfte att förstå det som är av intresse som fenomen. I första hand krävs förståelse för fenomenet och författaren får då inte ha föreställningar, idéer eller åsikter (Dahlberg, 1997). Fenomenet i den här studien är kvinnors upplevelse av ett akut kejsarsnitt ett år efter förlossningen. När ett fenomen beskrivs är det viktigt att som forskare inta en kritisk reflekterande attityd genom att inte ha egna antaganden, tidigare kunskap eller förutfattade meningar om det fenomen som undersöks. I en fenomenologisk studie är forskarna sina egna verktyg (Dahlberg et al., 2008).

Att ha ett livsvärldsperspektiv innebär att uppmärksamma människors dagliga tillvaro och vardagsvärld. Det innebär också att se, förstå, beskriva och analysera världen eller delar av den, så som människor upplever den. Livsvärldsteorin har varken fokus på enbart världen eller enbart subjektet, utan relationen mellan dem. Inom livsvärldsteorin betonas människors upplevelser och erfarenheter. Att inom vårdvetenskapen utgå från ett

livsvärldsperspektiv innebär att bejaka patientens levda och kanske komplexa verklighet. Ett etiskt patientperspektiv med livsvärldsansats innebär att fokus läggs på hur patienter upplever sin hälsa, sitt lidande, sitt välbefinnande och sin vård. Livsvärldsperspektivet gestaltas av att vårdaren intresserar sig för patientens egen berättelse och livshistoria. Av denna berättelse kan vårdaren få tillgång till patientens perspektiv på vad som skapar välbefinnande. För att kunna bejaka patientens livsvärld krävs att vårdaren är öppen och följsam inför patienten och dennes upplevelse, och försöker att möta personen så förutsättningslöst som möjligt. Den öppna hållningen kräver att vårdaren är medveten om sin förförståelse och försöker att tygla den (Dahlberg et al., 2003).

### *Urval*

Urvalet har skett genom att kvinnor som genomgått sin förlossning genom ett akut kejsarsnitt på SU/Mölnåls respektive SU/Östrås förlossningsavdelning tillfrågades om att delta i studien, en kvinna från vardera sjukhus. Inklusionskriterier var förstföderskor som genomgått akut kejsarsnitt för ett år sedan. Mödrar till barn som var dödfött eller svårt sjukt exkluderades från undersökningen. I urvalet togs inte heller någon hänsyn till kvinnornas ålder. Endast svensktalande kvinnor tillfrågades om att delta. En FOU-barnmorska på respektive sjukhus valde ut kvinnorna genom att gå tillbaka till ”förlossningsliggaren”. Första kvinnan som genomgått akut kejsarsnitt i september 2007 och som uppfyllde inklusionskriterierna valdes ut. Kvinnorna tillfrågades om att delta i studien genom att FOU-barnmorskan kontaktade kvinnorna via telefon ett år efter ingreppet. De två första kvinnorna från varje sjukhus tackade ja till att delta. Efter medgivande från kvinnorna ringde författarna i sin tur upp dem. Kvinnorna fick både muntlig och skriftlig information om studien och vad det innebar för dem att delta och att intervjuerna behandlades konfidentiellt. De fick även informationsblad och samtyckesblankett (se bilaga).

### *Intervjuer*

För att få svar på syftet valdes kvalitativa intervjuer som datainsamlingsmetod. Önskan att få veta hur en person upplever världen eller ett fenomen, är en av orsakerna till att göra en intervju. Genom att använda sig av öppna intervjuer läggs fokus på informantens livsvärld för att utforska ett fenomen. Det kan vara en fördel att intervjua deltagarna i deras egna hem, där de känner sig säkra och bekväma. Att ställa frågor och hur dessa ställs är viktigt i livsvärldsforskning. En bra fråga är när det i förväg inte kan räknas ut vad svaret blir. När den öppna frågan är ställd kan intervjuaren uppmuntra informanten att utveckla och beskriva med hjälp av följdfrågor. När fenomenet beskrivs är det viktigt att som forskare inta en kritisk reflekterande attityd genom att tygla sina egna antaganden, tidigare kunskap eller förutfattade meningar om det fenomen som undersöks. Det är viktigt att vara medveten om och kunna tygla sin förförståelse. Det är även viktigt för att fenomenet ska visa sig, att vara följsam och öppen under intervjuerna (Dahlberg et al., 2008).

Intervjuerna genomfördes av oss båda (N.P och K.I) för att kunna få ett så tydligt minne av intervjun som möjligt. En av oss ställde frågorna på varsin intervju och den andra lyssnade och höll sig i bakgrunden. Intervjun inleddes med en öppen fråga som var; "Vill du berätta för oss om din förlossningsupplevelse?". För att få ut så innehållsrik data som möjligt användes följdfrågor som t.ex. "berätta mer", "hur kände du", "hur gick tankarna då", "hur upplevde du det", "kan du beskriva det mer"? Informanterna fick själva välja var intervjun skulle genomföras. Den ena intervjudeltagaren valde att utföra intervjun i sitt eget hem och den andra valde att ha den på ett café i närheten av hennes bostad. Intervjuerna pågick i 45-50 minuter. Intervjuerna spelades in med en liten och diskret MP3-spelare. Direkt efter varje intervju transkriberades den ordagrant av författarna.

## *Analys*

En fenomenologisk ansats analyseras enligt en rad olika steg. Denna analysmetod baseras på en beskrivning av Dahlberg et al. (2008). Vi började med att transkribera den inspelade intervjun ordagrant. Texterna läses sedan igenom ett flertal gånger för att skapa en helhet. Det som är viktigt och betydande i texten markeras och plockas ut, detta för att bättre förstå texten. Denna delas sedan in i meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna delas därefter in i kluster, vilket kan förklaras som kategorier. För att kunna få

en så exakt bild som möjligt av ursprungsdatan så krävs det att forskaren pendlar mellan intervjuerna, de meningsbärande enheterna och kluster. Fenomenets generella struktur, vilket även kallas fenomenets essens visar sig ur klustren. Att få fram fenomenets essens är sista steget i analysen och även det mest betydelsefulla. Det är detta som gör fenomenet till vad det är. Till sist beskrivs essensens olika delar där fenomenet beskrivs mer ingående som innebördselement. Detta sker delvis i form av citat från intervjuerna (a.a.).

### ***Etiska överväganden***

En förlossning är för många kvinnor en händelse som är betydelsefull och speciell. Ett akut kejsarsnitt kan innebära att förlossningen varit traumatisk, långdragen, känslös och en risk för mor eller barn. Enligt Dahlberg et al. (2008) kan en intervju och ett samtal om en känslomässig händelse leda till att minnen från händelsen kommer tillbaka. Om kvinnan inte har bearbetat händelsen efteråt finns risk att denna intervjustudie kan skapa obehag och väcka negativa känslor hos kvinnan (a.a.). Om detta inträffade hade författarna som beredskap att hänvisa kvinnan till uppföljande samtal hos kurator på kvinnokliniken på Sahlgrenska Universitets Sjukhus. Att samtala om en obehaglig och känslös händelse kan även vara positivt, och trots att intervjun i detta fall sker ett år efter det akuta kejsarsnittet finns möjligheten att intervjudeltagarna tycker att det är bra att tala om händelsen med någon som förstår vad de varit med om.

Försiktighetsåtgärder har gjorts enligt Helsingforsdeklarationen för att respektera deltagarens privatliv, och integritet samt för att behålla konfidentialiteten av intervjumaterialet ([www.wma.net/e/policy2000](http://www.wma.net/e/policy2000)). Denna pilotstudie kräver inte tillstånd av etisk nämnd eftersom den inte faller under lagen om etikprovning ([www.codex.uu.se](http://www.codex.uu.se)).

Vetenskapsrådet har utformat fyra krav inom forskningsetiken; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet ([www.codex.uu.se](http://www.codex.uu.se)). Denna pilotstudie har baserats på dessa krav enligt följande: Deltagandet i studien var helt frivilligt och kvinnan bestämde själv om hon ville delta eller inte. Att delta i studien innebar inga förbindelser och avbrytande kunde ske när som helst. Deltagarna informerades om pilotstudien via ett informationsbrev och skrev därefter på en



samtyckesblankett om de valde att delta i studien. Efter kvinnornas medgivande spelades intervjuerna in på MP3-spelare. Direkt efter intervjuerna kom de att överföras ordagrant till text. Inga namn på deltagarna användes, utan materialet kodades så att enskild individ inte kunde urskiljas. Allt insamlat datamaterial förvarades i lösenordsskyddad dator i hemmet. Anteckningar och de inspelade intervjuerna förvarades i ett låst skåp så att obehöriga inte kunde komma åt materialet. Under arbetets gång hölls materialet under uppsikt av oss. Efter examinationen skall intervjumaterialet raderas. Därmed har personuppgiftslagen (1998:204) tagits i beaktning, vilket innebär att människor skyddas mot att deras personliga integritet kränks genom behandling av personuppgifter.

## **Resultat**

Kvinnorna beskriver i intervjuerna två olika indikationer till varför det blev akut kejsarsnitt. Enligt deras egna berättelser blev den ena kvinnan akut kejsarsnittad på grund av hotande fosterasfyxi och hos den andra kvinnan var indikationen värksvaghet med utebliven progress. Resultatet som framkommit i analysen presenteras i innebördselement. Resultatet redovisas med citat från de intervjuade kvinnorna med siffror (1-2). Siffrorna har slumpmässigt delats ut och har inget samband med i vilken ordning de intervjuats.

### ***Bristfällig information***

Centralt i upplevelsen var att den information som givits var bristfällig och kunde gälla så väl informationen inför förlossningen, under förlossningen samt efter. I den förberedande informationen saknades kunskap om hur ett akut kejsarsnitt går till och vad det innebär. Detta trots ett aktivt deltagande i förberedande kurser och i litteratur under graviditeten.

*...jag har verkligen letat i böcker och väntat på kurserna att nu kommer det, på profylaxkurs, på östra, men ingenting. Jag har verkligen känt det efteråt att jag visste ingenting för det fanns ingen information... om det inte går då blir det kejsarsnitt, det är ungefär det man vetat. (1)*

En kvinna upplevde att hon fick otillräcklig information av barnmorskan under förlossningen. Det uttrycktes negativt att det var mycket upp till kvinnan själv att avgöra hur hon ville ha det i förlossningsrummet och vilka ställningar som var bra. Information saknades om vilka alternativ som fanns och hur hon skulle agera.

*...det är ju ingen som står där och ger en tips på vad utbudet är liksom eller kommer med förslag eller så, det är ju väldigt mycket upp till en själv... Det var ju ingen som sa att du kan ju sitta så här eller så ... (1)*

Även information från vårdpersonal efter kejsarsnittet upplevdes bristfällig. Information saknades om vad det innebär att genomgå ett akut kejsarsnitt, både psykiskt och fysiskt. Missnöje uttrycktes om att de inte erhöll någon information inför hemgång från BB, utan de fick själva söka den information de behövde när de kommit hem. En kvinna uttryckte att hon fick veta information långt efter ingreppet som hon hade velat ha från början.

*Alla de här frågorna får jag reda på idag, när man snubblar över saker, man pratar med andra vänner och så. Och så tänker man, fasen kunde de inte ha sagt det från början (1)*

*...jag frågade läkaren när jag skulle bli utskriven om vad är det som gäller nu då? Nej det är ingenting. Men okej jag har ju opererats i magen, man får ju mer tips när man har tagit bort en leverfläck liksom. Jag fick ingenting...(1)*

*...jag har fått den informationen från annat håll, men det är ju också så olika, att kanske om man inte fått det hade man kanske haft mer behov av det från mödravården det tror jag, det kanske är det som gör att det blir mer en dramatisk händelse om man inte hade fått det. (2)*

Det fanns en önskan om att få träffa personal som medverkat på kejsarsnittet för att få en ökad förståelse om händelseförloppet. Framträdande var också saknaden av att inte få händelsen återberättad för sig.

*...det har ju inte varit någon kontinuitet i vem man träffar igen eller som knyter*

*ihop säcken eller så. Nej det har det inte varit. Man har ju hört andra som har fått förfrågan om de vill ha samtalshjälp och så efteråt och då blev jag helt paff. För man har ju ingen insikt i vad man behöver just då, hela världen är ju upp och ner. Man tänker ju inte själv att det här skulle jag nog behöva, någon som berättar vad som hände och så. (1)*

*Jag trodde att man skulle få prata med någon personal från förlossningen efteråt, men det fick vi inte göra. Det saknar jag faktiskt att få det återberättat, det som hände. (2)*

Det framkom att det fanns ett stort behov av att få prata om det som hänt efter det akuta kejsarsnittet. En kvinna upplevde att föräldragruppen från mödrahälsovården var ett bra forum för samtal, där många hade upplevt samma sak.

*...där efter har man ju ett sådant jättebehov av att prata. Därför är det väldigt positivt att man kan prata med andra som upplevt samma sak. (2)*

### ***Något oväntat***

Det fanns en bra förberedelse inför en vaginal förlossning. Förberedelse hade skett på olika sätt, genom att delta i profylaxkurs eller ta reda på information själv. Detta hade givit en trygghetskänsla inför förlossningen med tillit att klara av det som väntade. Att förlossningen avslutades med ett akut kejsarsnitt var något helt oväntat som de inte haft en tanke på under graviditeten.

*Vi hade gått en profylaxkurs innan... Vilket gjorde att vi kände oss nog ganska väl rustade, för innan hade man ingen bild av det...(1)*

*...jag var inte förberedd på ett akut kejsarsnitt, jag har aldrig tänkt att det kan bli ett alternativ, det har jag aldrig tänkt. (1)*

*Jag var förberedd på en vaginal förlossning, men jag visste ju ändå att det kan*

*hända någonting... i första hand tänker man väl ändå att det ska gå den normala vägen. (2)*

En känsla av förvåning framträdde när det blev beslutat om akut kejsarsnitt, men händelsen upplevdes inte som något traumatiskt. Snarare upplevdes en viss lättnad när beslutet om kejsarsnitt togs.

*Men då sa han att om den inte är ute om en kvart så blir det snitt och jag kommer ihåg att bara - Va? Det här går ju jättebra, varför göra snitt? Men på ett sätt blev jag lite lättad... Samtidigt som jag blev lite snopen...Jag är ju precis vid mållinjen här. Ehm och det kom väl som en chock... (1)*

### ***Något överkligt***

Det akuta kejsarsnittet upplevdes positivt men överkligt. Det smärtsamma värkarbetet beskrevs som ohanterbart. Operationen upplevdes som förvirrande och den gick mycket fort innan de plötsligt hörde sitt barn skrika. Det beskrevs att det var svårt att förstå, att det var det egna barnet som skrek. Det var en överklig känsla.

*...sen börjar det göra mer och mer ont och så inser jag att det verkligen gör så här ont som folk har pratat om. Och till slut fick jag känslan av att det här går inte, så här ont kan det inte göra. Det här går inte. Man har ju hört om tjejer som bara vill gå därifrån och det var verkligen så att nu, nu måste jag säga stopp för nu går det inte längre. (1)*

*Sedan så går det ju väldigt fort och så kommer xxx ut och så skriker han och så var det ju en helt obeskrivlig känsla så klart, det var det häftigaste jag har varit med om... Ja det var nog det största för det var det ändå. (1)*

*...det hela tycker jag är en positiv upplevelse än då, trots att det blev ett kejsarsnitt då, det var inget negativt så, sedan känner man sig lite smått förvirrad när man kom upp till själva operationssalen... men sedan gick det ju så fruktansvärt fort,*

*innan man visste ordet av så hörde man ett skrik. Så var det klart. (2)*

Det första mötet med barnet beskrevs som betydelsefullt men väldigt kort. Att skiljas från sitt barn direkt efter det akuta kejsarsnittet var det som upplevdes mest negativt. Tiden på uppvakningsavdelningen utan det nyfödda barnet var överklig, med en känsla av tomhet och ensamhet. En känsla av saknad efter den första anknytningen med barnet uppkom, med en längtan att få hålla och vara nära sitt barn direkt efter förlossningen.

*...och så låg jag där nere och kände mer och mer att jag fick en sån konstig känsla att här ligger jag själv i mörkret och det fattas två personer. Och det var bara så här, jag vet ju inte hur han ser ut och det väldigt konstigt. (1)*

*...det enda jag saknar är det där första att få hålla honom, då. Sedan kändes det mer överkligt, när man kom ner till uppvaket blev det nästan överkligt, man börjar nästa känna, vad hände...vad hände egentligen? (2)*

*...jag fick träffa honom väldigt kort, så och det kan jag ju känna att det var lite snopet. Jag låg där fastbunden på något sätt känns det som och sedan höll dom honom där och jag kunde bara kika lite så på huvudet så. Man fick inte riktigt det där, den där närheten, det kan jag ju känna att man saknade lite. (2)*

Ett annat uttryck för överklighet framkom i en av kvinnornas beskrivning. Hon hade de första dagarna efter förlossningen svårt att vara sig själv och hade svårt att ta till sig vad som hänt. Hon hade svårt att knyta an till sitt barn efter kejsarsnittet. Hon kände sig deprimerad och hade svårt för att känna sig som vanligt igen, och detta höll i sig lång tid efter förlossningen. Kvinnan uttryckte också att det var svårt för henne att själv förstå varför hon mår dåligt, eftersom det var en stor omställning att bli mamma och då barnet tog mycket av hennes och partners tid.

*...jag var väldigt frånvarande de första tre dagarna. Jag vet inte, som att jag körde på autopilot. (1)*

*Det tog jätte lång tid för mig att känna mig som en mamma till xxx. Det är egentligen inte förrän nu när han är en person och skrattar och ger lite tillbaka*

*som jag kan känna att jag älskar honom. Och det har ju varit väldigt skuldbetyngande... Och man tänker ju inte på det när man är i det, det är ju sena nätter och stor omställning med nya roller, och det finns ju tusen olika ursäkter för att må dåligt. (1)*

Kvinnorna uttryckte att de efter förlossningen inte funderade så mycket på kejsarsnittet och vad det innebar eftersom det inte fanns tid för det. Det beskrevs att allt fokus var på det nyfödda barnet och detta upptog all deras tid.

*Jag tror inte att jag funderade något på att det blev ett snitt då heller, utan då var man så upprymd av den här lilla varelsen som man plötsligt ska ta hand om och hur, äta och allt sånt och få det att fungera för så känns det som, då blir man så uppfylld utav det också. (2)*

### ***Att få revansch eller att få barn på en räkmacka***

Inför eventuella framtida förlossningar beskrevs både positiva och negativa känslor att föda vaginalt. En kvinna uttryckte att hon vill genomgå en vaginalförlossning nästa gång, då hon kände att hon inte fick göra det där som hon förberett sig för under graviditeten. Hon kände sig besviken över att det inte blev som hon hade tänkt sig. Den andra kvinnan beskrev att kejsarsnittet var en så positiv upplevelse att hon gärna skulle vilja genomgå ytterligare ett kejsarsnitt. Detta eftersom hon mådde bra efteråt och tyckte att det var ett lätt och smidigt sätt att föda.

*...jag kan tänka mig ett snitt igen, bara för att det gick så bra. Jag kände mig så pigg efteråt och hade inga problem... Ibland kan man känna att det vore kanske lika smidigt det vore ju som att få barn på en räkmacka... (2)*

*Men det hade kanske varit kul att få revansch då och göra det fullt ut. Det hade varit tråkigt att få ett planerat snitt. Att ha en tid inbokad. (1)*

*...blev det lite halvt nu för att jag inte fick göra det där som man gått och rustat sig för... (1)*

## ***Bekräftelse från barnmorskan***

Bekräftelse från barnmorskan under och efter förlossningen i form av olika sorters stöd framträdde som betydelsefullt. Att ha en närvarande och lugn barnmorska som har tid för paret under förlossningen beskrevs som positivt och det ingav trygghet. Kontinuiteten, att ha samma barnmorska under hela förloppet bidrog till en positiv upplevelse.

*...att de var väldigt starka personligheter. Hon pratade så positivt om liksom så man fick en bra feeling innan. (1)*

*Man kände sig som man hade kontroll, dom ser om det händer något och kommer in ganska ofta då också eller då satt hon nog kvar, barnmorskan var kvar hos oss hela i princip hela tiden... hon hade tid med oss. Det var nog det som lugnade oss också, att hon satt där och hon var lugn. (2)*

*Men då var hon kvar barnmorskan, hon var där och hon förklarade, jag tror det är det som gör att det är en positiv upplevelse... (2)*

Det fanns en avsaknad av stöd när det gäller bemötandet på efterkontrollen hos barnmorskan på mödrahälsovården. En kvinna kände sig bortglömd och var förberedd på att genomgå en gynekologisk undersökning, då hon under förlossningen kommit långt i förloppet. Barnmorskan däremot ansåg inte att detta var nödvändigt då hon inte genomgått någon vaginal förlossning. Kvinnan kände sig då besviken och inte behandlad som alla andra. En kvinna upplevde att barnmorskorna på mödrahälsovården var otrevliga och det var svårt att få en bokad tid för efterkontroll.

*...jag hade ju fortfarande samma problem som alla andra har, men det tänkte inte de på, det var som att jag inte hade gjort någon förlossning, så jag fick aldrig någon undersökning. (1)*

*Sedan kan jag väl tycka att efter, besöken efter på MVC igen sedan efter, där brast det lite, Dom hade ingen tid och man fick ingen tid och ringde man så var dom sura. (2)*

## Diskussion

### *Metoddiskussion*

Syftet med pilotstudien var att undersöka kvinnors upplevelse av akut kejsarsnitt. Genom att få en djupare förståelse för kvinnors upplevelse av akut kejsarsnitt kan vården av dessa kvinnor utformas till att bli så bra och positiv som möjligt. Vi tycker därför att mer forskning med detta syfte i en fullskalig studie behövs.

Fenomenologi med ett livsvärldsperspektiv valdes att användas, så som Dahlberg et al. (2008) beskriver den. Då avsikten var att undersöka en människas upplevelse och hur människan uppfattar världen kändes denna metod relevant till syftet för studien. För att studera fenomenet har öppna intervjuer med två kvinnor gjorts ca ett år efter förlossningen. Genom att använda sig av öppna intervjuer läggs fokus på informantens livsvärld för att utforska ett fenomen. Under intervjun är det viktigt att vara medveten om och att kunna tygla sin förförståelse (Dahlberg et al., 2008). Även om vår förförståelse försökte tyglas, så kan den ha påverkat intervjuerna och analysen genom vår kunskap inom ämnet såsom barnmorskestudenter. Vi har försökt att tygla vår förförståelse genom att undvika ledande följdfrågor och tygla våra förutfattade meningar.

Med hänsyn till sekretessen uppsöktes respondenterna via en FOU-barnmorska. Dessutom är det ämne som skulle undersökas för många kvinnor en känslig upplevelse, varför det befarades ett visst bortfall. Det visade sig sedan att det inte blev något bortfall. Vi valde att enbart inkludera förstföderskor i studien. Detta därför att förstföderskor inte har någon tidigare förlossningsupplevelse att referera till. Resultatet hade blivit annorlunda om intervjuerna hade gjorts på både först- och omföderskor. I urvalet valdes att inte särskilja de olika indikationerna till varför kvinnan förlöstes med akut kejsarsnitt. Detta kan dock vara en orsak till att kvinnorna upplevde förlossningen på olika sätt. Vi är väl medvetna om att indikationen och omständigheterna kring kejsarsnittet kan ha påverkat resultatet.

Att använda sig av en öppen fråga, och låta kvinnan fritt och med egna ord berätta om sin upplevelse visade sig vara relevant och gav värdefull information. Att använda denna öppna fråga kommer därför att behållas till den fullskaliga studien. Underlaget för



resultatet, två informanter är dock inte tillräckligt för att kunna dra några generella slutsatser om kvinnors upplevelse. Därför anser vi att det är befogat att genomföra en större studie med ett större antal informanter. Förslagsvis inkluderas minst 10 kvinnor i den fullskaliga studien för att erhålla ett större resultat vilket ökar möjligheten att dra mer generella slutsatser. I efterhand har det reflekterats över om hänsyn ska tas i den fullskaliga studien till indikationen och ”graden” av hur akut kejsarsnittet är. Vi tror att kvinnans upplevelse av ett akut kejsarsnitt kan påverkas av om det är barn- eller mammaindikation.

Informanterna fick själva välja var de ville genomföra intervjun. Det kan vara en fördel att intervjua deltagarna i deras egna hem, där de känner sig säkra och bekväma (Dahlberg et al., 2008). En kvinna valde att bli intervjuad i sitt eget hem och den andra på ett café i närheten av sin bostad. Eftersom kvinnorna själva fick välja plats, tror vi att detta ingett trygghet, vilket i sådana fall borde ha inverkat positivt på intervjun. Valet av plats för intervjun kan dock ha påverkat resultatet av intervjuerna. Att den ena intervjun genomfördes på ett café kan ha hämmat informanten, då vi inte var ensamma i lokalen. Intervjuerna genomfördes av båda författarna för att båda skulle kunna få ett så tydligt och riktigt minne av intervjun som möjligt. Det kan inte uteslutas att någon av informanterna kände sig hämmad av att vi var två i intervjusituationen, men det uppfattades inte så. Intervjuerna spelades in med en mycket liten och diskret MP3-spelare, för att få informanten mer avslappnad och trygg i intervjusituationen samt för att det som sades i intervjuerna lätt kunde skrivas ner ordagrant. Genom att skriva ned intervjuerna direkt efteråt, fanns ansiktsuttryck, gester och pauser som kvinnan gjorde i sin beskrivning av upplevelsen färskt i minnet.

Under analysarbetet framkom kluster som sedan blev till innebördselement. På grund av få antal intervjudeltagare kunde fenomenets generella struktur, essensen inte beskrivas. Dock har en analys av innebördselement som beskriver essensens olika delar kunnat utföras. Innebördselementen i studien anser vi, trots att ingen essens framkom, kan tillsammans ge en helhetsbeskrivning av fenomenet. Vid en fullskalig studie med fler antal informanter kommer fenomenets essens att kunna framkomma. Materialet granskades och analyserades var för sig och vi tror att validiteten därigenom säkerställdes. Det faktum att vi som blivande barnmorskor har samma utgångspunkt kan ha påverkat och gjort att vi analyserat med ett snävare perspektiv. Därför har förmodligen arbetet, och kanske framförallt analysen, präglats av vårt synsätt och resultatet hade kanske skiljt sig om någon annan

gjort undersökningen.

Under studiens gång har de etiska aspekterna beaktats. Inför intervjuerna hade vi förberett oss på risken att kvinnorna skulle beröras känslomässigt av att berätta om sin upplevelse. Det var dock ingen som gav uttryck för obehag eller negativa känslor. Detta tror vi skulle kunna bero på att det gått drygt ett år sedan det akuta kejsarsnittet vilket gör att kvinnorna fått landa i sin nya mammaroll, och fått perspektiv på händelsen. Waldenström (2007) beskriver att kvinnor har lättare för att ta till sig det som varit svårt när det gått mer än ett år efter förlossningen och de kan då ge en mer nyanserad bild av händelsen. I många studier som gjorts på ämnet har kvinnor intervjuats inom ett halvår efter förlossningen. Detta är också en anledning till varför det valdes att intervjua kvinnorna så lång tid efter förlossningen.

### ***Resultatdiskussion***

I resultatet framkom fem innebördselement om kvinnors upplevelse av akut kejsarsnitt; *”bristfällig information”, ”något oväntat”, ”något överkligt”, ”att få revansch eller att få barn på en räkmacka” och ”bekräftelse från barnmorskan”*. Det akuta kejsarsnittet upplevdes inte som något traumatiskt. Dock beskrevs att händelsen var oväntad, något som kändes överkligt och som de inte var förbereda på. Bristen på information var framträdande. Det uttrycktes missnöje med informationen både före, under och efter förlossningen. Första mötet med det nyfödda barnet efter förlossningen var betydelsefullt och att skiljas från barnet var det som upplevdes mest negativt. Detta bidrog säkert till känslan av överklighet. Bekräftelse från barnmorskan i form av bemötande och stöd bidrog till en positiv helhetsupplevelse av det akuta kejsarsnittet.

Många kvinnor upplever ett akut kejsarsnitt som traumatiskt och en del kan ha påverkats av detta i form av en posttraumatisk stressreaktion. Anledningen till att kvinnorna upplevde kejsarsnittet som traumatiskt var främst på grund av rädsla för sitt eget och/eller barnets liv (Ryding et al., 1997; Ryding et al., 2000). Kvinnorna i föreliggande studie uttryckte aldrig någon sådan rädsla och detta tror vi kan vara anledningen till att de inte upplevde det akuta kejsarsnittet som något traumatiskt. I likhet med studierna av Ryding et

al. (1998); Ryding et al. (2000) beskriver kvinnorna i vår studie en lättnad när beslutet om kejsarsnitt togs. Anledningen till denna känsla tror vi kan bero på att smärtan under förlossningen och den långa väntan efter barnet då är över.

Att känna tillit och förtroende till personalen är något som är viktigt för kvinnor under förlossningen (Ryding et al., 2000). Även att barnmorskan är nära, förklarar och lyssnar på deras tankar och önskemål har visat sig ha stor betydelse för kvinnors förlossningsupplevelse (Berg och Dahlberg, 1998). Betydelsen av barnmorskans bemötande och stöd är något som också framkommit i vår studie. Att barnmorskan var lugn och hade tid med paret ingav trygghet för kvinnorna. Vi anser att barnmorskans stöd är viktigt för skapa trygghet för den födande kvinnan. Speciellt viktigt tror vi att det är om förlossningen blir komplicerad och kanske slutar i ett akut kejsarsnitt. Detta för att situationen för kvinnan inte ska bli traumatisk. Kvinnor som genomgått akut kejsarsnitt kan uppleva både lidande och välbefinnande. Lidandet kan förknippas med ingreppet och konsekvenserna av detta, medan välbefinnandet kan stå för det positiva en förlossning resulterar i, genom att få se sitt barn och att bli mamma. För att uppnå välbefinnande, i en så omvälvande och utlämnad situation som ett akut kejsarsnitt innebär, anser vi att det är viktigt för kvinnan att känna sig trygg. Vårdlidande har ett starkt samband med den otrygghet som patienten kan känna, bl.a. pga. svårigheter att förstå personalens agerande. Det är viktigt att få tillgång till vad som skapar välbefinnande för den enskilde patienten och för att göra detta måste man ta hänsyn till patientens livsvärld (Dahlberg et al., 2003).

Hälsa uppfattas olika för alla människor, och överensstämmer med egna värderingar (Wiklund, 2003). Hälsa för kvinnor som genomgått akut kejsarsnitt kan upplevas olika och är beroende av olika omständigheter. Hälsa för dessa kvinnor tror vi bl.a. kan innebära att få sina behov tillgodosedda samt att känna tillit till sig själva och omgivningen. Det ingår i barnmorskans arbete att utföra åtgärder som främjar hälsa hos enskilda patienter och för att göra det, är det viktigt att se patienten i ett helhetsperspektiv (Socialstyrelsen, 2006). I WHO:s (2008) definition av reproduktiv hälsa beskrivs att kvinnor har rätt till vård för att kunna genomgå en säker graviditet och förlossning och erbjudas möjlighet att få ett friskt barn. Detta är naturligtvis grundläggande i barnmorskans arbete. Men i definitionen saknas perinatal hälsa, vilket bland annat innefattar att kvinnan ska ha möjlighet att få en positiv upplevelse av förlossningen och tiden efteråt.

Att genomgå ett akut kejsarsnitt var för kvinnorna i vår studie något oväntat, och det var inget som de hade haft en tanke på kunde hända. De förväntade sig att det skulle bli en vaginal förlossning och hade förberett sig inför detta. Att förlossningen inte blev vaginal som det var tänkt är en bidragande faktor till att upplevelsen blev traumatisk (Ryding et al., 1998; Ryding et al., 2000). Även om kvinnorna i föreliggande studie inte upplevde händelsen som traumatisk, beskriver de en känsla av besvikelse för att det inte blev som de hade tänkt sig. Kvinnorna i Marut och Mercers (1981) studie uttryckte en känsla av att inte kunna leva upp till förväntningarna som fanns på dem inför förlossningen. Hillan (1992) beskriver i sin studie att kvinnorna var dåligt förbereda att hantera ett akut kejsarsnitt. Idag uppmuntras kvinnor att vara väl förbereda på en vaginal förlossning genom att gå profylaxkurser och föräldrautbildningar. Eftersom det i förväg inte går att säga vilka kvinnor som kommer att förlösas med akut kejsarsnitt, är det svårt att förbereda dem inför detta. Därför tror vi att det blir svårt att förbereda en kvinna på hur hon kommer att uppleva det om det blir ett akut kejsarsnitt.

Det fanns svårighet att förstå och ta till sig vad som hänt efter det akuta kejsarsnittet, med upplevelsen av att inte vara sig själv efter förlossningen. Just rädslan av att förlora kontakten med verkligheten är något som beskrivs av kvinnor i studierna av Ryding et al. (1997) och Ryding et al. (1998). Hos kvinnor som blivit skilda från sitt barn efter förlossningen finns beskrivningar av att moderskapet känns överkligt (Berg och Dahlberg, 1998). Även i föreliggande studie som beskriver tiden direkt efter kejsarsnittet, förekom en känsla av överklighet då de skiljts från sitt barn efter förlossningen. Att ligga på den postoperativa avdelningen utan sitt nyfödda barn gav en känsla av ensamhet och tomhet. Det första mötet med barnet upplevdes som väldigt kort, och en saknad av närhet med barnet beskrevs. Vi tycker att det hade varit önskvärt att på något sätt göra så att barnet hade fått stanna kvar hos mamman efter kejsarsnittet. Vi tror att detta är speciellt viktigt vid en komplicerad förlossning, för att främja anknytningen mellan mor och barn. Vi tror också att detta skulle underlätta kvinnans bearbetning av händelsen.

Anmärkningsvärt är att resultatet i studien visar att informationen varit bristfällig både före, under och efter det akuta kejsarsnittet. I likhet med Hillans (1992) studie beskrivs ett missnöje med den förlossningsförberedande informationen som de fick under graviditeten, eftersom den endast fokuserade på vaginal förlossning. Berg och Dahlberg (1998) beskriver att något av det viktigaste för kvinnor under förlossningen är att barnmorskan ger

bekräftelse i form av information. Till skillnad från i Hillans (1992) studie nämndes ingenting negativt om omvårdnaden på BB-avdelningen. Däremot fanns önskemål att få händelseförloppet återberättat för sig i ett samtal med någon personal som var med under hela förlossningsförloppet. Detta tycker vi borde vara en rutin på alla förlossningskliniker. Exempelvis kunde de som genomgått ett akut kejsarsnitt erbjudas en stödgrupp, antingen på BB eller efter hemgång för att bearbeta sina upplevelser.

### ***Konklusion***

Under de senaste tio åren har en ökning av akut kejsarsnitt visat sig i Sverige. I och med att forskning visar att kvinnan kan påverkas negativt av en sådan händelse är det viktigt att psykisk ohälsa uppmärksammas. Vi anser att de hade varit bra om barnmorskan eller läkaren på BB eller förlossningsavdelningen hade följt upp de akut kejsarsnittade kvinnorna exempelvis genom gruppsamtal ett par veckor efter förlossningen. Detta för att kvinnorna ska få möta andra som gått igenom samma sak, för att få ställa frågor och bearbeta händelsen men främst för att fånga upp kvinnor med psykisk ohälsa.

Ett akut kejsarsnitt innebär att en komplikation har uppstått under förlossningen, vilket leder till en ökad risk för mor och barn. Det kan då vara svårt att tillfredställa kvinnans behov i den akuta situationen eftersom barnets och moderns liv prioriteras. Trots detta är det viktigt att försöka tillgodose kvinnans önskemål så gott det går. För att varje kvinna ska få en positiv upplevelse av sin förlossning krävs att alla inblandade försöker möta kvinnan där hon är och uppfylla de behov som just hon har. Detta är naturligtvis viktigt även vid en vaginal förlossning.

Det är av intresse att vidare studera upplevelsen av akut kejsarsnitt även utifrån partners synvinkel. Detta för att få ökad förståelse för partners upplevelse och hur vi tar hand om honom/henne på bästa sätt i den akuta situationen. Vår erfarenhet är att partnern lätt glöms bort då allt fokus är på barnet och kvinnan. Även upplevelsen av komplicerade vaginala förlossningar skulle vara intressant att forska på, då detta också kan upplevas som traumatiskt.

Det har varit intressant och väldigt lärorikt att studera kvinnornas upplevelse av det akuta kejsarsnittet. Under intervjuerna fick vi än en gång bekräftat vikten av att som barnmorska kunna lyssna till varje enskild individ, att tänka på att alla är olika och har olika behov. Sammanfattningsvis kan sägas att denna studie kan verka som en vägledning i vårt arbete med akut kejsarsnittade kvinnor. Naturligtvis behövs en fullskalig studie på hur kvinnor upplever akut kejsarsnitt för att fenomenets essens med dess generella struktur skall kunna beskrivas.

## Referenser

Berg, M. & Dahlberg, K. (1998). A phenomenological study of women's experiences of complicated childbirth. *Midwifery*. 14(1): 23-29.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. Hungary: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Liber Utbildning.

Hagberg, H., Marsál, K. & Westgren, M. (2008). *Obstetrik*. Studentlitteratur: Lund.

Helsingforsdeklarationen: <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm> (2008-08-28)

Hillan, E.M. (1992). Issues in the delivery of midwifery care. *Journal of Advanced Nursing*. 17(3): 274-278.

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763)

Marut, S J. & Mercer, T R. (1981). The cesarean Birth experience: Implications for Nursing. *Birth Defects: Original Article Series*. 17(6): 129-152.

Molander, J. (2003). *Vetenskapsteoretiska grunder. Historia och begrepp*. Lund: Studentlitteratur.

Personuppgiftslagen (1998:204)

Ryding, EL., Wijma, B. & Wijma, K. (1997). Posttraumatic stress reactions after

emergency caesarean section. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 76(9): 856-861.

Ryding, EL., Wijma, B. & Wijma, K. (1998). Experiences of Emergency Cesarean Section: A Phenomenological Study of 53 Women. *BIRTH*. 25(4): 246-251.

Ryding, EL., Wijma K. & Wijma B. (2000). Emergency cesarean section: 25 women's experiences. *Journal of reproductive and infant psychology*. 18(1): 33-39.

Sjögren, B. (2005). *Psykosocial Obstetrik. Kropp och själ och barnafödande*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2001). *State of the art. Handläggning av normal förlossning*.  
Tillgänglig: [www.sfog.se/PDF/2001-123-1.PDF](http://www.sfog.se/PDF/2001-123-1.PDF)

Socialstyrelsen (2005). *Kejsarsnitt i Sverige 1990-2001*.  
Tillgänglig: [www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8750/2005-12-3.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8750/2005-12-3.htm)

Socialstyrelsen (2006). *Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor*.  
Tillgänglig: [www.sos.se/sosfs/1995\\_15/1995\\_15.htm](http://www.sos.se/sosfs/1995_15/1995_15.htm)

Socialstyrelsen (2008). *Medicinska födelseregistret 1973-2006*.  
Tillgänglig: [www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2008/10056/2008-42-5.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2008/10056/2008-42-5.htm)

Vetenskapsrådet. *Regler och riktlinjer för forskning*. Tillgänglig: [www.codex.uu.se](http://www.codex.uu.se)

Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *BIRTH*. 31(1): 17-27.

Waldenström, U. (2007). *Föda barn. Från naturligt till högteknologiskt*. Kristianstad: Karolinska Institutet.

World Health Organization, WHO (2008). *Reproductive health*.



Tillgänglig: [www.who.int/topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/).

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Falun: Natur och kultur.



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

Sahlgrenska akademien  
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

## Upplevelsen ett år efter ett akut kejsarsnitt

Information och förfrågan om deltagande i studien

---

### **Bakgrund och syfte**

En positiv förlossningsupplevelse är ett viktigt mål i dagens förlossningsvård. En del forskning har gjorts för att undersöka hur kvinnor påverkats av ett akut kejsarsnitt, men få studier har gjorts för att undersöka kvinnans upplevelse av ett akut kejsarsnitt.

Vi vill därför få ökad kunskap i att studera kvinnors upplevelse av akut kejsarsnitt ett år efter förlossningen.

### **Förfrågan om deltagande och studiens genomförande**

Vi vänder oss till mödrar som har genomgått ett akutkejsarsnitt för ett år sedan på Östra eller Mölndals förlossningsavdelning. Uppgifter om vilka kvinnor som genomgått akut kejsarsnitt för ett år sedan har vi fått från respektive förlossningsavdelnings journalsystem.

Du kommer att tillfrågas om du vill delta i en intervju som beräknas att pågå i ca. 30-40min, den kommer att ske i samtalsform med öppna frågor kring upplevelsen av ditt akuta kejsarsnitt.

Intervjun kommer att spelas in på band och skrivs ner ordagrant utan att namn används, bara intervjuerna har tillgång till identiteten. Information som framkommer i intervjuerna kommer att behandlas så att inga obehöriga kan ta del av den. Samtliga intervjuer redovisas som helhet i en vetenskaplig rapport så att det inte går att koppla till dig som individ.

### **Hur får jag information om studiens resultat**

Studien planerar vi redovisa som en magisteruppsats på Göteborgs Universitet, Sahlgrenska akademien, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Om du särskilt önskar kan vi sända dig en kopia av den slutliga uppsatsen.



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

Sahlgrenska akademien

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

## **Deltagande**

Deltagandet är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas. Du får själv bestämma var intervjun ska genomföras.

Vi kommer att ringa upp dig. Om du önskar delta i studien bestämmer vi gemensamt tid och plats. Vid intervjutillfället kommer du att få signera ett så kallat "samtyckesformulär".

Har du ytterligare frågor kan du kontakta någon av nedanstående personer.

Karoline Isberg  
Barnmorskestudent  
Tel. 0708-724933, E-mail: [kisberg@hotmail.com](mailto:kisberg@hotmail.com)

Nina Palmquist  
Barnmorskestudent  
Tel. 0709-253715. E-mail: [ninapalmquist@hotmail.com](mailto:ninapalmquist@hotmail.com)



**GÖTEBORGS UNIVERSITET**  
Sahlgrenska akademien  
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

**Informerat samtycke om deltagande i studien om upplevelsen av akut kejsarsnitt**

Jag önskar medverka i intervjun om akut kejsarsnitt

Datum.....

.....  
Namnteckning

.....  
Namnförtydligande och telefonnummer

Intervjuarna försäkrar deltagarnas konfidentialitet vid intervjun, analys och resultatredovisning för studie om upplevelsen av ett akut kejsarsnitt

Datum.....

.....  
Namnteckning

.....  
Namnförtydligande

.....  
Namnteckning

.....  
Namnförtydligande