



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Föräldrars upplevelse av ett oplanerat kejsarsnitt

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Emelie Björklund och Louise Klein

Handledare: Elizabeth Crang Svalenius

Magisteruppsats

Våren 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Föräldrars upplevelse av ett oplanerat kejsarsnitt

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Emelie Björklund och Louise Klein

Handledare: Elizabeth Crang Svalenius

Magisteruppsats

Våren 2016

Abstrakt

Problembeskrivning: Idag görs över 9000 akuta kejsarsnitt i Sverige. Studier visar på att föräldrarnas förlossningsupplevelse påverkas negativt av ett akut kejsarsnitt. För att barnmorskans ska kunna ge rätt stöd och information till föräldrarna behövs vidare forskning kring deras gemensamma upplevelse av det akuta kejsarsnittet och det postoperativa omhändertagandet. **Syfte:** Syftet med studien är att belysa föräldrars upplevelse i samband med ett oplanerat kejsarsnitt. **Metod:** En kvalitativ design med induktiv ansats användes där fem föräldrapar intervjuades. Materialet bearbetades utifrån Burnards innehållsanalys. **Resultat:** Två kategorier framkom, *Att känna tillit* och *Att vilja medverka*. **Konklusion:** Barnmorskans bemötande påverkar föräldrarnas upplevelse av det oplanerade kejsarsnittet, bra bemötande och en känsla av delaktighet stärker tryggheten i situationen. Föräldrarna påverkades negativt av att modern och barnet skiljs åt vid det postoperativa omhändertagandet efter kejsarsnittet.

Nyckelord

Föräldrar, upplevelse, delaktighet, medverka, akut kejsarsnitt

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Problemområde.....	3
Bakgrund.....	3
Historia	3
Kejsarsnitt idag	4
Kvinnor och mäns upplevelser av kejsarsnitt	5
Barnmorskans roll.....	7
Syfte	8
Metod	8
Urval.....	8
Datainsamling.....	9
Analys av data	9
Forskningsetiska avvägningar	10
Resultat	11
Att känna tillit	12
En önskan om att få känna trygghet	12
Att kunna ta till sig beslutet	13
En känsla av överklighet.....	14
Att känna stöd.....	15
Betydelsen av att vara tillsammans.....	16
Att vilja medverka	18
Känslan av delaktighet.....	18
Att kunna knyta an.....	20
Diskussion.....	23
Metoddiskussion.....	23
Resultatdiskussion.....	25
Konklusion och implikationer	29
Referenser	30
Arbetsfördelning	33
Bilaga 1	34

Problemområde

En av de största förändringarna i livet för många är att bli förälder. Under en graviditet utvecklas och formas ett föräldrskap (Brodén, 2004). En normal förlossning utan komplikationer främjar förlossningsupplevelsen och ger goda förutsättningar för föräldraskapet (Lundgren, Karlsdottir & Bondas, 2009). När förutsättningarna vid ett barns födelse förändras kan den förväntade upplevelsen ändras (Brodén, 2004). Den negativa upplevelsen kan påverka anknytningen till det nyfödda barnet samt föräldrarnas förutsättningar inför föräldraskapet (Wiklund, Edman, Ryding & Andolf, 2008; Porter, Van Teijlingen, Chi Ying Yip & Bhattacharya, 2007). Under vissa förlossningar uppstår det komplikationer som gör att förlossningen får avslutas med ett akut kejsarsnitt. I Sverige görs över 9000 akuta kejsarsnitt årligen (Socialstyrelsen, 2015). Tidigare gjorda studier visar att kvinnor och män påverkas negativt i sin upplevelse av förlossningen vid ett akut kejsarsnitt (Baston, Rijnders, Green, Buitendijk, 2008; Karlström, Engström-Olofsson, Norbergh, Sjöling & Hildingsson, 2007). Mödrar som involveras och får vara delaktiga i beslutet om ett akut kejsarsnitt känner ett större lugn och en lättnad när beslutet väl tas (Tham, Ryding & Christensson, 2010). Likaså upplevde fäder att det var lättare att hantera situationen kring det akuta kejsarsnittet när det visste varför beslutet togs (Ceronio, Dorfling & Nolte, 1995). För att barnmorskan ska kunna ge rätt stöd och information till föräldrarna behövs vidare forskning kring deras gemensamma upplevelse av det akuta kejsarsnittet och det postoperativa omhändertagandet.

Bakgrund

Historia

Det är oklart var ordet kejsarsnitt tros komma från men historien säger att det uppkommit efter den romerska kejsaren Julius Ceasar. Nyare forskning tyder dock på att ordet kejsarsnitt härstammar från verbet caedere som betyder skära (Andolf, 2014; Högberg, 2010; Todman, 2007). Jacques Guillemeau beskrev ingreppet redan år 1598 som “La section Caesarienne”. Från början användes kejsarsnitt som ett avslutande då inget annat fungerande och då för att rädda barnet och offra modern. Dock finns där så tidigt som på 1500-talet enstaka historier om där både mor och barn överlevde operationen (Todman, 2007). Under 1800-talets mitt

utvecklades anestesin vilket möjliggjorde kejsarsnitt i fler situationer. Mortaliteten var hög och indikationen var framförallt förlossningshinder (Andolf, 2014). En kombination och utveckling av anestesi, sutureringsteknik och hygienkrav gjorde att mödradödligheten drastiskt minskade under slutet av 1800-talet. Under 1900-talet utvecklades blödningskontrollen och tillförsel av blodtransfusion blev allt vanligare. När antibiotikan upptäcktes blev det en vändning i sjukvården som har räddat många liv. Under 1950-talet började Oxytocin användas som livmodersammandragande medel vid postpartumblödning (Todman, 2007). Under 1960-talet började kejsarsnitt användas på fetal indikation. Det var dock först under 1970-talet i samband med att CTG introducerades som det blev allt vanligare med beslut om kejsarsnitt på fetal indikation (Andolf, 2014). Tidigare var den traditionella operationstekniken för utförandet av kejsarsnitt ett längdsnitt över buken (Andolf, 2014; Olofsson, 2010). Först på 1980-talet ändrades tekniken och utvecklades och nu används ett tvärsnitt, vilket ger färre komplikationer (Andolf, 2014; Olofsson, 2010). I Sverige används Cohensnitt (Misgav Ladach metoden) ett tvärsnitt som läggs som en rak linje. En studie gjord av Darj och Nordström (1999) tyder på att metoden är tidsmässigt effektiv, minskar kvinnans blodförluster i samband med operationen samt att behovet av smärtlindring ses minska för kvinnorna postoperativt.

Kejsarsnitt idag

Begreppet kejsarsnitt kategoriseras internationellt i elektiva, halv akut, akut och ur akut kejsarsnitt (Lucas et al., 2000). Ett akut kejsarsnitt görs då moderns eller barnets mående är hotat under en vaginal förlossning. Indikationen kan vara utebliven progress vid en vaginal förlossning, blödning, uterusruptur, navelsträngs prolaps eller hotande fosterasfyxi (Andolf, 2014; Wiklund & Hildningsson, 2016).

De flesta sjukhus har som målsättning att minimera separationen mellan föräldrar och barn i samband med omhändertagandet vid kejsarsnitt. På så sätt minskas riskerna för problem med anknytning och bindning mellan föräldrarna och barnet. Dock ser rutinerna kring den omedelbara postoperativa vården efter kejsarsnitt olika ut beroende på sjukhus (Wiklund & Hildningsson, 2016).

Kvinnor och mäns upplevelser av kejsarsnitt

I en studie där nyblivna föräldrar intervjuades som genomgått ett akut kejsarsnitt, framkom det att deras upplevelse av förlossningen bedömdes ofta negativt på grund av besvikelsen att gå miste om en normal förlossning. Föräldrarna kände även en större oro för barnet i samband med beslutet (Ceronio et al., 1995).

I två studier utförda i Sverige framkom det att kvinnor som genomgått ett akut kejsarsnitt hade dubbelt så hög risk för att uppleva sin förlossning som negativ jämfört med de som gjorde ett elektivt kejsarsnitt (Karlström et al., 2007; Wiklund et al., 2008). I en kanadensisk kvalitativ intervjustudie kände sig kvinnorna lättade över beslutet dels för att de såg slutet på en lång och svår värkperiod och för att barnet föddes friskt (Somera, Feeley & Ciofani, 2010). Kvinnornas smärtupplevelse påverkades inte av deras bakgrund, förväntningar eller om det var ett elektivt- eller akut kejsarsnitt (Karlström et al., 2007). De som genomgått ett akut kejsarsnitt uppfattades av vårdpersonalen som mer sårbara och i större behov av stöd postnalt (Wiklund et al., 2008). I en svensk kvalitativ intervjustudie (Tham et al., 2010) framkom det att familjemedlemmar och personal upplevs som viktiga i den stödjande rollen för de som genomgår ett akut kejsarsnitt. Majoriteten av kvinnorna som hade genomgått akut kejsarsnitt önskade någon form av postpartumsamtal.

Tidigare gjorda studier (Porter et al., 2007; Tham et al., 2010) visar att en del kvinnor under sin förlossning upplevde sig dåligt informerade om progressen och kände sig chockade kring beslutet om det akuta kejsarsnittet. De kände avsaknad av stöd i samband med beslutsfattandet. En del av kvinnorna upplevde också att de blivit bestulna på den vaginala förlossningsupplevelsen och att de saknar en viktig livserfarenhet genom att få kejsarsnitt istället (Ceronio et al., 1995; Porter et al., 2007; Tham et al., 2010). En vanlig känsla som kvinnorna upplevde under operationen var en brist på kontroll över situationen, känslan att vara där men inte kunna påverka situationen (Somera et al., 2010). Efter att ha fått en spinalbedövning i samband med ett kejsarsnitt kan det uppstå eventuella biverkningar som gör att kvinnan får domningar och kraftlöshet i armarna. Detta medförde att det blev svårt att hålla i sitt barn och få känna den viktiga hud-mot hud-kontakt som rekommenderas efter födseln för att främja anknytning och amning (Zwedberg, Blomqvist & Sigerstad, 2015). Kvinnor som genomgått ett kejsarsnitt upplevde mer postnatal sjuklighet än de som haft en vaginal förlossning (Hillan, 1992). De flesta kvinnor uttrycker problem med sår läkning, trötthet, infektioner, obstipation och smärtor efter kejsarsnittet (Hillan, 1992; Porter et al., 2007).

Smärtan efter operationen påverkade anknytningen till det nyfödda barnet då mammorna i större utsträckning hade svårare att ta hand om sitt barn det första dygnet (Ceronio et al., 1995; Hillan, 1992; Karlström et al., 2007; Porter et al., 2007). Smärtan gjorde det svårare att ha barnet nära och kunna hålla om barnet så det kändes bekvämt. Detta resulterade i en negativ start kring amningsupplevelsen hos kvinnorna (Hillan, 1992; Karlström et al., 2007; Porter et al., 2007). Eftervård vid kejsarsnitt försvårar en naturlig hud-mot-hudkontakt som eftersträvas för de nyfödda barnen i Sverige (Zwedberg et al., 2015). Efter ett akut kejsarsnitt är det vanligare att det nyfödda barnet är i behov av neonatalvård och behöver då separeras från de nyblivna föräldrarna. Denna separation påverkade kvinnornas anknytning till barnet negativt och de upplevde att de gått miste om barnets första levnadsdagar (Porter et al., 2007). För de kvinnor som genomgått ett akut kejsarsnitt tog det generellt längre tid för att komma nära och få samma anknytning till sitt barn i jämförelse med kvinnorna som haft en vaginal förlossning. Känslan kunde finnas kvar i flera månader efter förlossningen (Hillan, 1992).

Fäder associerar förlossningsupplevelsen kring det akuta kejsarsnittet som mindre positivt (Ceronio et al., 1995; Johansson, Rubertsson, Rådestad, & Hildingsson, 2012). De beskriver att det kände ångest och maktlöshet i samband med ett akut kejsarsnitt (Yokote, 2007). I en studie gjord av Ceronio et al. (1995) där både kvinnan och partnern intervjuades kände sig den blivande fadern chockad över beslutet och nervösa inför operationen. Dock upplevde de att de hade lättare att acceptera beslutet än deras partner då de hade en annan förståelse för orsaken till beslutet. I en studie gjord av Johansson, Hildingsson & Fenwick (2013b) där syftet var att beskriva och förklara faderns upplevelse vid ett kejsarsnitt framkom att en vanlig känsla som uppkom för mannen i samband med beslut om kejsarsnitt var rädsla och oro. Detta berodde framförallt på att de flesta associerade det med en operation vilket är förenat med många risker och komplikationer. De män som fick vara med vid akuta kejsarsnitt där beslutet kommit plötsligt fick känsla av panik och chock i samband med operationen. En känsla av rädsla och hjälplöshet var också vanligt under operationen. Männen var överens om att de var i behov av information från personalen för att känna trygghet och det var också beroende av hur mycket information de fick som gjorde att deras upplevelse blev mer eller mindre positiv. När personalen kontinuerligt berättade vad som skulle hända fick de en känsla av delaktighet. Några av de tillfrågade upplevde att de nonchalerades och glömdes bort i rummet och de har i efterhand en sämre upplevelse av förlossningen. Ögonkontakt var viktig mellan partner och vårdpersonal för att de skulle känna trygghet (Johansson et al., 2013b). Redan under förlossningen uttryckte fäderna hur viktigt det var med stöd och information om progressen

för att efteråt få en positiv upplevelse om förlossningen (Hildingsson, Cederöf & Widén, 2011). Efter beslutet kände fäderna att trots känslorna de själva hade var de tvungna att hålla sig lugna för att inte stressa sin partner. Fäderna uttryckte en lättnad och glädje när de fick se sitt nyfödda barn och stor tacksamhet till sin partner som fått arbeta hårt. Dock fanns där rädsla för återhämtningen och komplikationer som kunde ske postoperativt för deras partner (Yokote, 2007). Det upplevdes positivt för fäderna att få ha den första kontakten med sitt barn efter födseln (Ceronio et al., 1995). Den långa förlossningen som avslutades med kejsarsnitt fick fäderna att känna utmattning när allt var över (Yokote, 2007). I en studie gjord av Johansson, Hildingsson och Fenwick (2013) var det vanligt att fadern inte hade möjlighet att stanna över natten på den postoperativa avdelningen på grund av platsbrist. Detta uttryckte fadern kan ha påverkat deras roll som förälder då de inte direkt fick närvara och känna att deras barn var verkligt. Den första tiden med barnet var viktig för anknytningen och för att stilla osäkerheten hos fadern, detta genom att få känna, klämma, lukta och vara nära barnet. Även kvinnornas upplevelse av eftervården blev sämre när deras män inte fick vara delaktiga och stanna kvar i den postnatala eftervården. Fäderna tyckte att de fick bättre information om amning och postnatala kontroller när de fick stanna kvar på avdelningen över natten (Hildingsson, 2007).

Barnmorskans roll

Vid komplikationer under förlossning är det av stor vikt att barnmorskan arbetar utifrån ett professionellt vårdande. För att vara en god barnmorska utgår Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) från fem hörnstenar. Den första hörnstenen innebär att barnmorskan hjälper kvinnan hitta det positiva med sin kropp under förlossningen och individualisera vården för henne och hennes partner. Den andra hörnstenen syftar till att barnmorskan använder sig av ett kritiskt och kreativt tänkande utifrån ett samspel mellan evidensbaserad kunskap och erfarenhet, detta för att kunna skapa kloka beslut som gynnar föräldrarna. Genom att skapa en trygg och säker miljö som ger en god och säker vård belyses den tredje av Halldorsdottir och Karlsdottirs (2011) hörnstenar. Den fjärde hörnstenen belyser barnmorskans medmänskliga kompetens och att den utvecklas till en tillit mellan barnmorskan, kvinnan och hennes familj. Här är det viktigt att ha ett omtänksamt och hänsynsfullt agerande. Den sista hörnstenen belyser att det är viktigt att barnmorskan utvecklar sig personligt och professionellt inom yrket genom att ständigt reflektera över sitt agerande.

Förlossningsupplevelsen kan stärka kvinnans självförtroende och tillit till sig själv men kan också om det blir en negativ upplevelse ge upphov till misstro och osäkerhet. Barnmorskans närvaro och atmosfären i rummet påverkar kvinnans upplevelse under förlossningen. En god relation till barnmorskan och en hemtrevlig atmosfär i rummet är en av nycklarna till en positiv förlossningsupplevelse (Lundgren et al., 2009). En närvarande barnmorska som skapar en god relation till den födande kvinnan blir på många sätt en vägledare genom hennes förlossningsupplevelse (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Kvinnor belyser vikten av att bli stärkta i tron på sig själv av barnmorskan och av att tillhandahålla information om progress och hur planeringen ser ut (Lundgren et al., 2009).

Syfte

Syftet med studien var att belysa föräldrars upplevelse i samband med ett oplanerat kejsarsnitt.

Metod

Studien är en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Ett induktivt tillvägagångssätt innebär att analysera data utan en förutbestämd teori (Burnard, Gill, Stewart, Treasure & Chadwick, 2008). Den kvalitativa metoden är ett beprövat sätt att belysa upplevelser och erfarenheter (Polit & Beck, 2013). Enligt Kvale och Brinkmann (2014) innebär den kvalitativa intervjun att försöka förstå undersökningspersonernas värld utifrån dennes synvinkel. Transkriptionen från intervjun beskriver materialet men ger inte någon förklaring, det är upp till forskaren att tyda den insamlade datan genom att undersöka och tolka den (Burnard et al., 2008).

Urval

Urvalet av informanter till studien skedde på en perinatalavdelning på ett sjukhus i södra Sverige under 2016. Kriterier för att inkluderas i studien var att graviditeten var fullgången och deras barn hade förlöst med akut eller urakut sectio. Föräldrarna skulle kunna läsa, tala och förstå svenska eller engelska för att minska risken för missförstånd. Föräldrapar som genomgått elektivt kejsarsnitt exkluderades.

Datainsamling

Under våren 2016 skickades en förfrågan om godkännande för att få genomföra studien till verksamhetschefen på den aktuella kvinnokliniken i södra Sverige. Efter godkännande av verksamhetschefen togs kontakt med en av enhetscheferna på avdelningen. Enhetschefen informerade då i sin tur medarbetarna på avdelningen under ett arbetsplatsmöte om studien och dess syfte. Informationsbrev lämnades ut till barnmorskorna på avdelningen som skulle vara författarnas mellanhänder. Mellanhänderna/barnmorskorna har löpande delat ut informationsbrev till de deltagare som de ansåg vara lämpliga för studien. Brevet innehöll informationen kring studiens syfte, att deras medverkan var frivillig och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande samt en samtyckesblankett med kuvert för återkoppling.

Författarna kontaktade sex föräldrapar som givit sitt samtycke till att medverka i studien, varav ett föräldrapar tackade nej i efterhand. Intervjuerna genomfördes av båda författarna tillsammans med föräldraparet i deras hemmiljö, enligt deras eget önskemål. För att få en gemensam skildring av deras upplevelse intervjuades varje föräldrapar tillsammans. Föräldrarna informerades muntligt och skriftligt om studiens syfte och att författarna har tystnadsplikt. Varje intervju spelades in efter att deltagarna givit sitt samtycke. Alla föräldrar blev muntligt och skriftligt informerade om att de när som helst kunde avbryta medverkan i studien utan att ange någon anledning. Intervjuerna inleddes med en öppen fråga för att på så sätt få föräldrarna att själv berätta med sina egna ord om deras upplevelse. En specifik intervjuguide (bilaga nr 1) användes som stöd för författarna under intervjuerna. Efter den inledande frågan: *Vill ni berätta om er upplevelse kring det oplanerade kejsarsnittet i samband med ert barns födsel?* styrdes efterföljande frågor utifrån tema samt stödord utifrån vad föräldrarna berättade. Intervjuerna var mellan 30–60 minuter långa och båda författarna deltog vid samtliga intervjuer.

Analys av data

Intervjuerna transkriberades ordagrant efter varje intervju av en av författarna. Skratt eller andra ljud effekter som förklarar känslan i intervjun har skrivits inom parentes i transkriberingen för att på så sätt inte gå miste om helheten i intervjun. Intervjuerna har analyserats utifrån Burnard´s innehållsanalys (Burnard et al., 2008). Analysmetoden är uppbyggd utifrån fyra steg och syftet är att upptäcka relevanta teman i intervjuerna och

kontrollera och bekräfta dessa i materialet och skapa kategorier som summerar de olika teman (Burnard et al., 2008).

Det transkriberade materialet lästes igenom ett flertal gånger av båda författarna. Materialet beskriver föräldrarnas gemensamma upplevelse och har analyserats tillsammans som en enhet. Författarna kunde efter läsning finna generella teman som var återkommande i materialet. Därefter gjordes en öppen kodning där materialet sammanfattades med ord eller korta meningar i marginalen. Koderna som uppstod lästes igenom igen av författarna och dubletter togs bort. De koder som liknade varandra sammanfogades för att på så sätt reducera antalet subkategorier. Subkategorierna tilldelades var sin färg och korresponderande stycken i transkriptionerna markerades i dessa färger. Stycken med samma färg samlades ihop för att samla allt material inom samma kategori på samma ställe. De subkategorier som hade liknande tema blev till en kategori.

Handledaren har under analysprocessen haft tillgång till materialet och gett sin syn på tänkta kategorier utifrån materialet. Författarna har var för sig läst igenom det analyserade materialet för att på så sätt säkerställa att inget material har fallit bort.

Citat	Öppen kodning	Subkategori	Kategori
<i>Innan där, när läkarna hade konstaterat det blir, kommer att bli snitt så... förstod man ju att alla har ju säkert 100 saker som de ska göra. De ska förbereda mig och det var, alltså så, och... ändå att de pratade så lugnt och kunde svara på alla mina frågor som jag ställde och liksom, ändå så att man kände att läget var under kontroll, och det liksom, är inte ovanligt eller så. (Mamma 1)</i>	Personalen hade kontroll över situationen	En önskan om att få känna trygghet	Att känna tillit

Tabell 1. Exempel på analyschema.

Forskningsetiska avvägningar

För att ta ställning till forskningsetiska övervägningar har författarna tagit stöd av SFS (2003:460) lagen om etikprövning av forskning som avser människor och Helsingforsdeklarationen (WMA, 2015). Lagen belyser att deltagarna först måste ta del av informationen kring forskningen och därefter skriva på en samtyckesblankett för att författarna ska få bedriva forskningen. Samtycket kan när som helst tas tillbaka av deltagaren.

Författarna har under processen tagit hänsyn till dessa lagar och varit noggranna med att informera sina deltagare om deras rättigheter. Innan författarna påbörjade sitt urval skickades en ansökan till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för ett rådgivande yttrande. Författarna fick ett utlåtande från VEN i maj 2016 med nummer 48-16 och kunde därefter fortsätta med processen.

Under studiens gång har författarna utgått från de grundläggande etiska principerna (autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepincipen) för att främja en god relation (Olsson & Sörensen, 2011). Föräldrarnas deltagande har hela tiden varit frivilligt vilket har framförts både skriftligt och muntligt. Författarna har under varje intervju strävat efter att deltagarna inte skulle uppleva intervjun som obehaglig. Detta genom att behandla deltagarna med respekt och visa hänsyn för deras upplevelse. Principerna bör gälla alla relationer människor emellan (Olsson & Sörensen, 2011). Deltagarna informerades om att intervjuerna skulle spelas in och att materialet enbart skulle hanteras av författarna själva, handledaren och examinatoren. Intervjumaterialet förvarades inlåst på en lösenordskyddad dator och hanterades konfidentiellt. Deltagarna har blivit erbjudna att ta del av magisteruppsatsen. Efter ett godkännande av magisteruppsatsen kommer materialet destrueras.

Resultat

Resultatet bygger på tio föräldrars berättelser om sina upplevelser kring det oplanerade kejsarsnittet. Samtliga graviditeter var fullgångna vid förlossningsstarten och kejsarsnittet utfördes på ett sjukhus i södra Sverige. Majoriteten av föräldrarna var förstagångsföräldrar, ett föräldrapar hade barn sedan tidigare och hade erfarenhet av både vaginal förlossning och tidigare akut kejsarsnitt. Indikationen för det oplanerade kejsarsnittet var odiagnostiserad sätesbjudning, hotande fosterasfyxi och dålig progress. Mödrarna hade varit vakna under kejsarsnittet och samtliga fäder hade varit med under operationen. Efter operationen fick mödrarna åka till uppvaksavdelningen medan fäderna och barnen fick följa med barnmorskan tillbaka till förlossningen/BB-avdelningen.

Under analysprocessen framkom två kategorier och sju subkategorier som sammanfattar resultatet (se figur 1).



Figur 1. Kategorier och subkategorier.

Att känna tillit

En önskan om att få känna trygghet

Föräldrarna kände trygghet när de kom till förlossningen. De upplevde att de kände sig välkomna, att där fanns plats för dem och att de kände trygghet när de fick veta att de fick stanna kvar.

”Det var ju också en trygghet att hon blev inskriven för då visste vi att allting kommer hända här” (Pappa 4).

Trygghet skapades när personalen lyssnade och arbetade utifrån föräldrarnas önskemål och tillgodosåg deras behov. En barnmorska lade stor vikt vid att följa önskemålen i förlossningsbrevet. När barnmorskan var försiktig, omtänksam och visade respekt kändes behoven tillgodosedda. När föräldrarna däremot fick otydlig information kände de sig osäkra. Det visade sig framförallt när kommunikationen brast mellan personalen och föräldrarna. Under en förlossning upplevde ett föräldrapar bristande kontinuiteten hos personalen.

”Det är ju en stor skillnad på att gå från en överlämning med en barnmorska som har följt med än att liksom hoppa runt med olika människor som inte ens har en aning... Och sen blir det akut. Så det var bara tur att jag visste vad jag kunde förvänta mig” (Mamma 5)

Initialt i förlossningen kände föräldrarna en oro för att barnet inte mår bra, vilket vändes till en trygghet när barnmorskan bekräftade att allt var bra med barnet. Det var betydelsefullt att även om det ibland var mycket för barnmorskorna att göra på förlossningsavdelningen gav de bekräftelse till paret att de fanns och att de inte var bortglömda.

Att kunna ta till sig beslutet

Föräldrarna gavs fortlöpande information och upplevde inte beslutet om kejsarsnitt som något hastigt beslut. Fäderna upplevde generellt en större lättnad och de kände trygghet och tacksamhet när beslutet togs. Förlossningspersonalen gav ett lugnt och tryggt intryck även då situationen blev akut. Föräldraparet som tidigare hade genomgått ett akut kejsarsnitt kände sig mer förberedda och trygga i situationen. Föräldrarna uttryckte en önskan över att ha kontroll över situationen. Det framkom att en del av föräldrarna kände stor lättnad över beslutet.

”När läkaren konstaterade att nu kör vi akut kejsarsnitt så kändes det som att jag hade dragit vinstlotten. Nu kan jag slappna av, alltså på ett annat sätt, det var skönt” (Mamma 2)

”Jag var nog mer lättad just då att det skulle bli kejsarsnitt. Jag kände ju bara att nej nu orkar jag inte mer” (Mamma 4)

En del mödrar blev ledsna över beslutet om kejsarsnitt men försökte se förbi den känslan för att inte bli besvikna. Trots det upplevdes beslutet som en besvikelse i att inte få vara med om en normal förlossning. Det framkom tydligt att de inte var något de hade förväntat sig.

”Jag kände alltså. Ja det var inte det jag hade tänkt” (Mamma 3)

”Så att ha den upplevelse som slutar i akut, det är inte optimalt” (Mamma 5)

När beslutet om kejsarsnitt togs utifrån att barnet var påverkat under värdarbetet framkom känslor av oro hos föräldrarna. Oron hade förstärkts under en längre tid då täta kontroller på barnets mående låg som grund för beslutet. Det upplevdes därför lättare att ta till sig beslutet

om barnets mående var påverkat. Föräldrarna uttryckte att det kändes positivt att beslutet togs när det togs så att barnet inte skulle bli ”mer stressat”.

En känsla av överklighet

Några av föräldraparen uttryckte att de upplevde operationen som en överklig och konstig känsla. Känslan att ligga på operationsbordet var för en del av kvinnorna svårt att beskriva och sätta ord på.

”Ja och det var lite så skämtsam stämning i operationssalen så det tyckte jag ändå kändes konstigt men det kändes som hela grejen var väldigt, det kändes väldigt absurt på något vis och också att vara vaken och samtidigt inte känna någonting och sen ändå veta vad som hände.” (Mamma 3)

Det förekom att föräldrarna upplevde att det kändes precis som att de var med i en film eller tv-serie. Även om det var en allvarlig situation så upplevdes det att stämningen var god och att där fanns många inslag av humor och glädje. Mödrarna beskriver känslan av att se sig själv utifrån och inte kunna påverka situationen. I samma stund som barnet föddes uttryckte föräldrarna en enorm lättnad och känslor av obeskrivlig glädje infann sig.

”...och då bara hör man ett skrik från barnet och så kopplar jag fortfarande inte. Sen hörde jag det andra gången då förlorade jag det helt” (Pappa 4)

Känslan av överklighet uppkom även hos mödrarna när deras barn togs till barnbordet och de inte kunde följa med utan var kvar på operationsbordet.

”Efter kejsarsnittet låg ju jag kvar på operationsbordet medan vår sons pappa följde med vår son och barnmorskan. Jag fick se vår son en kort stund innan de försvann iväg. Jag låg sedan några timmar på uppvaket och kände hela situationen som överklig.” (Mamma 1)

Att känna stöd

Under operationen upplevde samtliga föräldrar att de blev väl bemötta av personalen och att de hade bra kontroll över situationen, vilket hade en lugnande inverkan under operationen. Personalen var ett sammansvetsat team och gav föräldrarna förtroende då de kände att de visste hur de skulle agera i den aktuella situationen. Föräldrarna upplevde att tiden på operation kändes kort vilket var positivt och gav uttryck för lättnad.

Generellt var informationen under operationen viktig för att känna trygghet och i några fall upplevde föräldrarna att informationen inte hade gått fram eller att den hade misstolkats. En del kvinnor kände sig utlämnade när de låg på operationsbordet, det var framförallt känslan av att ha personalen så nära inpå utan att själv kunna påverka det.

Under operationen upplevde fäderna sig maktlösa och att de inte kunde påverka vad som hände. Även om de upplevde att de fick stöd så var situationen i sig en otrygg upplevelse då de kände en rädsla över att det skulle hända mamman eller barnet något.

”...för då ser jag att hennes kropp rör sig och så två vuxna kvinnor står och drar på andra sidan skynket. Sen så ser jag att barnmorskans huvud går ner, går upp och sen försvinner det bak från min syn. Och sen så springer hon förbi med en blå baby, eller en blåaktig baby. Och då blev jag så: å-nej. (Pappa 1)

Att veta att där fanns ett team som kunde ta hand om barnet efter kejsarsnittet gav trygghet till föräldrarna. Samarbetet mellan neonatal och BB-avdelningen gjorde det lättare för de föräldrarna som hade sitt barn på neonatal att känna trygghet i barnets vård. Några upplevde dock att det var svårt att skilja på vilken personal som hörde till moderns vård och vilka som kom för att se efter barnets mående.

Bemötandet på BB-avdelningen upplevdes som tryggt och bra, personalen var professionella vilket skapade förtroende. En kvinna beskriver betydelsen av att bli bekräftad och sedd, det gjorde det lättare för henne att hantera situationen efter operationen. Personalen upplevdes vara tillgängliga och fanns alltid där när föräldrarna tillkallade dem vilket skapade trygghet. Några föräldrapar uttrycker att de fick många värdefulla tips och råd inför deras första tid med

barnet. Samtidigt var tiden efter uppvaksavdelningen många gånger påfrestande då de kände sig trötta och tagna efter operationen.

Kvinnan som tidigare hade erfarenhet av ett akut kejsarsnitt upplevde stark smärta och hade svårt att vara uppe och röra sig, vilket skapade oro. Dagen efter utskrivning fick hon uppsöka akuten på grund av en begynnande infektion i livmodern.

” Som i mitt fall, att ligga så dålig inne på perinatal och behöva åka hem fast man inte mår bra för att behöva söka akuten när du har en nyfödd. Eh, det blir ju inte bra! Eh, då hade det varit bättre att ligga kvar en dag till” (Mamma 5)

Föräldrarna upplevde att de fått löpande information under förloppet och hade inte reflekterat över behovet av återkoppling efter kejsarsnittet men å andra sidan saknade några föräldrar postpartumsamtal i efterförloppet då de enbart hade fått enstaka konkreta förklaringar till varför det blev som det blev.

”Det var mer vid förbifarten sen där nere att vi konstatera att det hade inte gått, men det var inte så att vi satt ner och gick igenom” (Pappa 5)

Efter utskrivningen från BB-avdelningen upplever några att de inte riktigt visste var de skulle vända sig om det uppstod problem eller komplikationer.

”Jaa var vänder man sig liksom? Som då när snittet sprack lite liksom. Då var jag lite såhär jaha vart? Vem vänder jag mig till nu?” (Mamma 3)

Betydelsen av att vara tillsammans

Det framkom att fäderna upplevde otrygghet i att inte kunna vara ett stöd till både barnet och modern efter operationen och kände sig splittrad när barnet togs till ett annat rum.

Barnmorskan hade en viktig roll genom att stärka parets trygghet under tiden de var ifrån varandra.

”Barnmorskan kom ju till mig och meddelade vad som hände med...

nu ligger han på pappas bröst och nu, han mår bra och så.

Det var ju jätteskönt att höra. Sen gick hon ju ner till pappan och berättade.” (Mamma 1)

Kvinnorna upplevde att de fick ett bra bemötande på uppvaksavdelningen och kände att de blev sedda vilket skapade trygghet. Någon upplevde att de fick möjlighet att vila och återhämta sig. Det förekom att kvinnan kände sig trygg och målmedveten, att hon gjorde allt för att så fort som möjligt kunna röra och känna sina ben igen för att kunna återförenas med sitt barn och sin partner. Några beskriver att de kunde känna trygghet i vad som hände när de i efterhand tillsammans med sin partner hjälpts åt att fylla i varandras luckor när de var ifrån varandra.

Att fäderna gavs möjlighet att stanna med mödrarna under vårdtiden upplevde föräldrarna som en stor trygghet. Det infann sig en lättnad av att få vara tillsammans igen.

”Så det betyder mycket att vi kunde vara båda där” (Mamma 3)

Några fäder beskriver att de kände sig bortglömda och utlämnade på BB-avdelningen innan modern kom tillbaka från uppvaksavdelningen. De hade önskat mer information om hur modern mårde och uttrycker en känsla av ensamhet att vara själva med barnet. Föräldraparen upplevde en stor lättnad och trygghet när de återförenades på BB-avdelningen och fick vara tillsammans igen.

”Det var så skönt så när jag väl kom till avdelningen och...

blev välkommen i dörren, jag tror personalen sa: välkommen,

du är efterlängtd. Den kommer jag ihåg, för den värmd så

himla mycket att man bara, oh, ja.” (Mamma 2)

Att vilja medverka

Känslan av delaktighet

Majoriteten av föräldrarna kände sig delaktiga under förlossningen. Dock fanns det tillfällen där föräldrarna upplevde att de inte fick information om hur progressen i förlossningen framskred, samt att de saknade delaktighet kring vissa beslut.

Några föräldrar upplevde att personalen saknade information om dem, och upplevde därför att personalen hade svårt att göra dem delaktiga i vården. En kvinna beskriver att det inte var någon som riktigt lyssnade på henne när hon gav uttryck för att inte allt kändes riktigt rätt. Trots att hon kände igen känslan från sin förra förlossning som slutade med kejsarsnitt fick hon först inget gehör. Detta resulterade i att hon kände att det inte riktigt fanns någon hon kunde anförtro sig till. När förlossningen tog en oväntad vändning upplevde föräldrarna mindre delaktighet i situationen.

*”Nej okej det började inte som vi kanske trodde eller som vi
liksom hade förväntat oss. Så ganska snabbt började man bli lite
inställd på att det just kunde gå på många olika sätt.
Ja nä lite så inte har kontroll” (Mamma 3)*

Det framkom att när föräldrarna gavs tydlig information blev det lättare att acceptera beslutet om kejsarsnitt och de kände sig delaktiga när de visste hur allting skulle gå till. En del av föräldrarna upplevde att beslutet om kejsarsnitt ställdes som en fråga som de gemensamt fick ta ställning till vilket fick dem att känna sig delaktiga. De upplevde också delaktighet och stöd i att barnmorskan belyste vikten av att alla mår bra efter förlossningen.

En del kvinnor upplevde att de kände trygghet och delaktighet under operationen då de hade en specifik person som satt vid dem och gav information och hade kontroll på kvinnans mående. Å andra sidan upplevde några kvinnor att där var så många moment som var på gång samtidigt att det var svårt att ta till sig vad som hände vilket gjorde det svårt att vara delaktig.

”Alltså det är det som är så det svåra med information. För att man behöver information men samtidigt, emellanåt så kan det blir för mycket information så att man bara... alltså, jag ser att du pratar med mig just nu, men jag kan inte ta in vad du säger.” (Mamma 2)

Personalen gjorde föräldrarna delaktiga genom att presentera sig vid namn och vad de hade för roll under operationen. Fäderna upplevde i de flesta fallen att de hade en person som tog sig an dem och gjorde dem delaktiga i situationen.

”De informerade och man träffade dem, det var en som var med oss hela tiden, som snackade med oss hela tiden, och då kommer man ner lite i varv liksom.” (Pappa 1)

Det förekommer att fadern upplevde att det var viktigt för honom att ta till sig all information som gavs då han upplevde att modern inte tog till sig all information. Efter operationen var det viktigt för honom då han kunde fylla i de luckor som hans partner haft för att få en komplett upplevelse av situationen.

Fäderna fick en viktig roll i att vara hos barnet när de kommit ut till barnbordet. Generellt kände de sig delaktiga i omhändertagandet av barnet efter födseln genom att klippa navelsträngen, få vara med och mäta och väga samt att få hålla sitt barn för första gången. Dock upplevde fadern sig misstrodd då han kände att barnmorskan ifrågasatte hans förmåga att klippa navelsträngen, och kände sig stundtals i vägen när personalen från neonatal tog hand om deras nyfödda barn.

” ...och där var full action och det de fokuserade på var han. Och då är det typ så, då backade jag för att jag ska inte stå där och ta någon plats. Så jag tror nog att jag stod bara upptryckt mot väggen och väntade på att få ett besked.” (Pappa 2)

På BB-avdelningen upplevde föräldrarna att det största fokus låg på barnets mående och att kvinnornas behov i vissa fall åsidosattes. Några hade svårt att röra sig och bemästra smärtan de första dagarna, vilket upplevdes påfrestande samtidigt som de skulle vara delaktig i vården av sitt nyfödda barn. De kunde därför stundtals uppleva att personalen inte tog hänsyn till att kvinnorna nyligen genomgått en stor operation och att kraven ibland var för höga på den nyopererade kvinnan.

”...jag kan tänka mig att de flesta föder ju naturligt och då behöver man kanske inte lika mycket hjälp. Så då blir det ju att man satsar mer på barnet då. Och sen de som har kejsarsnitt... alltså det försvinner kanske lite mellan stolarna ” (Pappa 4)

Föräldrar beskriver sin besvikelse över att inte bli tillfrågade direkt kring att få amma sitt barn när barnet vårdades på neonatal och att barnet istället gavs ersättning vid sin första måltid. Besvikelsen över att ha sett fram emot att få amma sitt barn blev påtaglig och kvinnan kände sig förargad.

Att kunna knyta an

Eftersom kvinnorna och deras barn och partners fick skiljas åt efter operationen hade de olika intryck av detta. Kvinnorna upplevde att det var svårt att skiljas från sin nya familjemedlem. Modern som tidigare hade haft en vaginal förlossning upplevde att det kändes svårare att knyta an till sitt barn när de inte kunde vara tillsammans direkt.

”Men jag som hade haft en naturlig födsel reagerade väldigt starkt på det. Att det kändes som att nu togs mitt barn bort och vad är det för barn, de säger att det är mitt” (Mamma 5)

Innan barnet och fadern skulle lämna operationsavdelningen så fick de komma in och träffa den nyblivna modern, några kvinnor upplevde detta momentet som svårt att ta till sig. Tiden var kort och det upplevdes som svårt att lägga på minnet då kvinnan var mitt i operationen.

De kände att det var svårt att fokusera på barnet innan de var färdiga på operation och på uppvakningsavdelningen.

”Men det var också så att då låg jag fortfarande fastspänd. Det var nästan det jobbigaste för då liksom att man fick upp honom så vid ansiktet så jaha men här ligger jag liksom så, då var jag mer inställd på att ja nu ska jag bort och sen tillbaka liksom någon timme senare. För det kunde jag liksom inte riktigt ta in eller så det blev. Det tyckte jag var svårt” (Mamma 3)

Föräldrarna uttrycker särskilt att barnmorskan hade förmågan att vända kejsarsnittets beslutet till något positivt, genom att pappan skulle få en central roll i anknytningen till barnet. Kvinnorna uttrycker att de upplevde det som positivt att partnern fick en mer naturlig roll i anknytningen till sitt barn när fadern var själv med barnet. Fäderna upplevde tiden när mödrarna var på uppvaksavdelningen som en tid då tröttheten efter förlossningen började kännas och försökte utnyttja tiden till att vila. Vilket å andra sidan gjorde det svårt att vara delaktig i vården av deras barn.

Majoriteten av fäderna upplevde dock tiden ensam tillsammans med barnet efter kejsarsnittet som en extra möjlighet att känna närhet med deras nyfödda barn och större möjlighet att umgås.

”...udda upplevelse man är helt oförberedd, men det var jättefint” (att vara själv med sitt barn) (Pappa 3)

”...jag fick ju en helt annan roll och vara med på ett helt annat sätt när det blev kejsarsnitt” (Pappa 5)

När mödrarna var ifrån sina barn kände de att de gått miste om att få vara delaktiga kring första tiden efter födseln. Saknade av att inte få vara med vid barnets första matning och blöjbyte gjorde att de kände att de tappade en värdefull bit av deras förväntade upplevelse av

att få barn. De upplevde tiden på uppvaksavdelningen som lång och frustrerande då det enda de ville var att få träffa sitt nyfödda barn. Några kvinnor kände en stor ensamhet och längtan efter sitt barn.

"...jag har inte sett min son på flera timmar, jag minns inte hur han ser ut, jag minns inte hur stor han var, jag har aldrig fått hålla honom, jag har aldrig fått lukta på honom vilket kändes väldigt jobbigt och känslösamt och nu skulle det dröja ännu längre till jag fick träffa honom" (Mamma 1)

En ofta förekommande aspekt i eftervården var att mödrarna hade svårigheter att mobiliseras och kände därför att de kom efter i delaktighet och anknytning med deras nyfödda barn.

"...jag kunde ju inte resa mig upp först heller. Jag kunder varken ta honom när han skrek eller till att byta blöjan utan det var ju liksom pappan som var experten då" (Mamma 3)

Det fanns en föreställning hos föräldrarna om att bli en familj och att få vara tillsammans efter förlossningen. Besvikelsen blev påtaglig för en del av kvinnorna som kom tillbaka från uppvaksavdelningen när deras barn hade eller var på väg att förflyttats till neonatal för vidare omhändertagande. Besvikelsen de kände övergick till en känsla av ledsamhet över att inte få vara tillsammans.

"Och så rullades man in i salen, och så kommer jag ihåg att jag rullades in med huvudet före, så jag såg ju liksom inte in, vilka som var där eller så. Men så var bara du där. Och jag hade liksom målat så... rosa moln och liksom, här är min familj och så. Bara du som var där, och han var inte där" (Mamma 1)

”...man vill ju vara alla tre... eller det är det man har föreställt sig.

Att det skulle vara patienthotellet, det skulle vara det här myset.

Och det blev det ju inte riktigt” (Pappa 1)

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ ansats ansågs mest lämplig då författarna ville nå deltagarnas egna subjektiva upplevelser. Den kvalitativa metoden är fördelaktig om studien belyser erfarenheter och upplevelser (Polit & Beck, 2013).

Metodvalet var relevant för studiens syfte. Fokusgruppsintervjuer har diskuterats men ansågs inte lämpligt då deltagarantalet var begränsat och det hade varit en praktisk svårighet att få ihop en grupp med föräldrapar som har nyfödda barn. Kvale och Brinkmann (2014) menar att det finns en stor risk att starka personligheter har tendens att ta över i en fokusgruppsintervju och blir därför svår att kontrollera för författarna, vilket kan försvåra en analys.

Intervjuerna valdes att genomföras tillsammans med de båda föräldrarna för att få en helhetsbild av deras upplevelse. Förhoppningen var att föräldrarna skulle komplettera varandras upplevelse, vilket förstärktes under intervjuernas gång. En nackdel med att hålla intervjuerna tillsammans kan ha varit att den ena föräldern pratade mer än den andra, det finns också en risk vid gemensamma intervjuer att en av parterna inte vågar säga sin mening.

Att använda mellanhänder kan påverka urvalet då det är en ökad risk att de gör ett selektivt urval utöver exklusionskriterierna. Genom att använda sig av exklusionskriterier möjliggör det för mellanhänderna att rekrytera deltagare som kommer svara mot studiens syfte (Polit & Beck 2013). För att kunna samla in deltagare till studien var författarna beroende av att använda sig av mellanhänder. Dock kan en stressig arbetssituation mitt i semesterperioden medfört svårigheter för mellanhänderna att prioritera utdelningen av information kring studien till lämpliga deltagare. En nackdel som alltid bör tas hänsyn till är att de som inte är

intresserade eller upplever det som emotionellt jobbigt avstår från att delta, vilket kan påverka resultatet.

Lundman och Hällgren-Graneheim (2012) anser att studiens trovärdighet bör diskuteras och belysas utifrån begreppen överförbarhet, tillförlitlighet, giltighet och delaktighet.

För att öka variationen i resultatet hade det varit önskvärt med fler deltagare med tidigare erfarenhet av förlossning och kejsarsnitt. Vid god variation skapas en heterogen grupp som ger en giltighet av studien och en större trovärdighet av resultatet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012; Polit & Beck, 2013). Antalet deltagare blev begränsat då det fanns svårigheter med rekryteringen och med tanke på tidsaspekten.

Deltagarna fick själv välja var intervjuerna skulle hållas och samtliga deltagare valde att ha det i sina hem. Mötet i hemmet ingav lugn och trygghet och gjorde att det inte blev så många yttre faktorer som påverkade deltagarna vilket stärker giltigheten av resultatet (Polit & Beck 2013). Samtliga intervjuer genomfördes tillsammans av författarna under samma upplägg vilket kan påverka giltigheten av materialet positivt enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2012).

Intervjuerna spelades in med samtycke från samtliga deltagare. Dock kan inspelningen påverkat deltagarnas känsla av trygghet vilket i sin tur kan påverka giltigheten av materialet negativt (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Ljudinspelning av intervjuerna stärker giltigheten genom att ge en försäkring att deltagarnas skildringar stämmer överens med resultatet (Polit & Beck 2013). Transkriberingen har skett i direkt anslutning till intervjun vilket gjorde att intryck och känslan fanns kvar i författarnas minne. Transkriberingen har genomförts av en av författarna och har sedan lästs igenom av den andre författaren, för att styrka att transkriberingen skett ordagrant och i sin helhet utan att material har fallit bort vilket påverkar giltigheten positivt.

För att öka giltigheten användes citat från samtliga föräldrars upplevelse i studiens resultatdel. Lundman och Hällgren-Graneheim (2012) anser att trovärdigheten stärks om citaten i resultatet stämmer överens med de skapade koderna och kategorierna. Genom att återkommande gå tillbaka till den transkriberade texten för att kontrollera att citaten skildras korrekt i resultatet stärks trovärdigheten av analysen (Burnard, 1991).

För att tillförlitligheten i resultatet ska bli optimalt ska materialet genomgå en analysprocess (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). I denna studie har materialet analyserats utifrån Burnards fyra steg vilket ökar tillförlitligheten av resultatet (Burnard et al., 2008). Materialet har bearbetats och lästs igenom kontinuerligt av författarna och har vid ett flertal tillfällen diskuterats tillsammans med handledaren för studien vilket gör studien mer tillförlitlig (Polit & Beck 2013). Enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2012) stärks tillförlitligheten om författarna arbetar enskilt under första delen av analysprocessen för att sen jämföra analysprocessen. Författarna har enskilt satt koder och subkategorier till materialet, för att sedan gemensamt gå igenom det kodade materialet och göra jämförelser, vilket har varit överensstämmande. En kritisk granskning av någon utomstående stärker tillförlitligheten av analysprocessen vilket i slutändan kan öka trovärdigheten av studien (Burnard, 1991)

För att stärka tillförlitligheten har handledaren fortlöpande fått material och själv gett förslag till koder och subkategorier som överensstämmer med författarnas. Då urvalet har skett från enbart ett sjukhus kan detta ha påverkat giltigheten i resultatet. Genom att beskriva urval, datainsamling och analys kan studiens överförbarheten lättare bedömmas (Lundman & Hällgren-Graneheim 2012). Enligt Lundman & Hällgren-Graneheim (2012) är det upp till läsaren att bedöma resultatets överförbarhet till andra sammanhang. Studiens material är begränsat utifrån deltagarantalet och den begränsade geografiska spridningen vilket påverkar överförbarheten till andra sammanhang.

Resultatdiskussion

Resultatet av studien visar att det cirkulerar många positiva känslor såsom trygghet, delaktighet, lättnad, glädje och förväntan men också många negativa känslor som otrygghet, brist på delaktighet, brist på stöd, oro, ilska, maktlöshet och rädsla.

Föräldrarna upplevde överlag ett positivt bemötande från personalen och ansåg att de gav tydlig information och ett omtänksamt stöd genom förlossningen och under operationen. Dessa aspekter ansåg fäder i en studie av Hildingsson et al. (2011) som centralt för en positiv upplevelse.

En stor oro för föräldrarna i den föreliggande studien var att inte få plats på förlossningen eller att tidsbristen skulle göra att de inte kände sig välkomna. För ett av paren var denna känsla befogad då det kom en dag då arbetsbelastningen var hård, vilket i sin tur präglade deras upplevelse av vistelsen på sjukhuset. För de andra paren var lättnaden stor när de fått bekräftelse på att de fått plats på förlossningen och personalens bemötande var vänligt och tillmötesgående. De saker som i efterhand har påverkat föräldrarna negativt är generellt orsakade av organisationsproblem och bristande rutiner. Överlag har föräldraparen en positiv upplevelse av förlossningen när de fått den uppmärksamhet de behövde vilket skiljer sig från tidigare gjorda studier som visat att kvinnor och män påverkas negativt i sin upplevelse av förlossningen vid ett akut kejsarsnitt (Bastona et al., 2008; Karlström et al., 2007). Orsaken till varför det skiljer sig åt kan ha varit att i den föreliggande studien var majoriteten förstagsångsföräldrar utan tidigare erfarenhet och beslutet om kejsarsnitt behövde aldrig bli en urakut situation.

Delaktighet framkom i resultatet som en viktig del för att föräldrarna skulle känna trygghet och kunna skapa sig en positiv förlossningsupplevelse. Detta framkom också i en studie att delaktighet i samband med beslut var viktig för tryggheten (Tham et al., 2010). Föräldraparet som prioriterades bort av personalen i föreliggande studie fick en sämre upplevelse, vilket också visade sig i en studie angående fäder där de som glömdes bort under förlossningen fick en sämre upplevelse (Johansson et al., 2013b). I två studier gjorda av Porter et al. (2007) och Tham et al. (2010) upplevde kvinnorna beslutet som överraskande och något de inte hade tänkt på innan eller under förlossningens gång vilket även framkommit i föreliggande studie. Det väcker frågan om kvinnornas förberedelse på mödravårdscentralen är för liten när det gäller kejsarsnitt med tanke på att närmare 18 % av alla kvinnor förlöses med kejsarsnitt i Sverige idag (Socialstyrelsen, 2015).

I samband med beslutet skiljde sig föräldrarnas upplevelser i föreliggande studie åt då det fanns både olika uppfattningar i parrelationen och kvinnorna emellan. Dock upplevde föräldraparen genomgående att de fick bra stöd och information i samband med beslutet. Detta skiljer sig från en studie gjord av Tham et al. (2010) där kvinnorna uttryckte att de saknade stöd i samband med beslutsfattandet. Känslorna kring beslut och operation var komplexa för både mödrar och fäder i studien. Mödrarna kände lättnad samtidigt som där fanns en stor besvikelse i samband med beslutet. En vanlig känsla som dök upp hos en del av kvinnorna i föreliggande studie och som också är återkommande i andra studier är att kvinnan

känner besvikelse över att inte få uppleva en vaginal förlossning (Ceronio et al., 1995; Porter et al., 2007; Tham et al., 2010). Tillfälle uppkom då några mödrar upplevde värkarbetet som svårhanterligt och kände att beslutet blev ett välkommet avslut vilket också framkom i en annan intervjustudie som belyser kvinnornas upplevelse av ett akut kejsarsnitt (Somera et al., 2010). I en japansk studie av Yokote (2007) belyses att fäderna både kände lättnad i beslutet men också en stor oro vilket även framkommer hos några av fäderna i föreliggande studie. I Yokotes studie (2007) belyser fäderna att oron innefattar både modern och barnet i magen. Fäderna i föreliggande studie upplevde generellt en lättnad och accepterande i beslutet då de kände att det var det rätta för modern och barnet vilket även stärks av en studie gjord av Ceronio et al. (1995). Föräldrarna i föreliggande studie belyser återkommande barnmorskans roll i deras upplevelse. Precis som Halldordottir och Karlsdottir (2011) tar upp i sin teori är det viktigt att miljön kring den födande kvinnan är trygg och att en god kompetens ligger bakom de beslut som tas. I den föreliggande studien har barnmorskans roll varit betydande för föräldrarnas tillit och medverkan i processen.

I studien framkom fädernas vilja att försöka vara lugna i situationen för att på så vis vara ett stöd för sin partner vilket även presenterades i Yokotes (2007) studie om faders upplevelse kring ett akut kejsarsnitt. Mödrarna i den föreliggande studien belyser också vikten av att deras partner var närvarande för att de skulle kunna känna trygghet i situationen vilket även framkom i en studie gjord av Ceronio et al. (1995). Halldordottir och Karlsdottir (2011) menar att när barnmorskan visar en professionell omvårdnad och individualiserar och lyfter fram kvinnans positiva egenskaper i tuffa situationer, stärker detta kvinnan och partners upplevelse och trygghet.

Under operationen upplevde mödrar och fäder en maktlöshet för att de inte kunde påverka situationen, en känsla som även förekommit hos kvinnor i Somera et al. studie från 2010 och hos fäder i Yokotes studie från 2007. Författarna har tolkat att där fanns en sorts outtalad rädsla under operationen som är svår att påverka även om allt runt omkring har fungerat. En rädsla som kanske är oundviklig i en allvarlig situation som ett akut kejsarsnitt innebär. Även i Johansson et al. (2013b) studie framkom det att fäderna kände rädsla och panik i situationen, känslan mattades av stöd och professionell personal.

En viktig aspekt i resultatet är föräldrarnas inställning till att de behövde skiljas åt efter operationen. Enligt Wiklund och Hildingsson (2016) finns en risk att det blir problem med

anknytningen mellan föräldrar och barnet i samband med en separation. I föreliggande studie upplevde mödrarna att de gått miste om värdefull tid med sitt barn när de befann sig på uppvakningsavdelningen. Det framkom också att den postoperativa smärtan och svårigheten att mobiliseras det första dygnet hindrade dem från att ta hand om sitt barn, vilket även belyses i andra studier där anknytningen till barnet påverkades (Ceronio et al., 1995; Hillan, 1992; Karlström et al., 2007; Porter et al., 2007). I en studie gjord av Porter et al. (2007) påverkas anknytningen mellan mödrar och deras barn negativt när barnet behövde neonatal vård och mödrarna ansåg att de gått miste om barnets första tid tillsammans. Detta var något som även mödrar i föreliggande studie reflekterade över och saknade. Fäderna upplevde dock ensamtiden med barnet efter operationen delvis som positiv då de fick större möjlighet att knyta an till sitt barn, vilket även framkom i Ceronio et al. (1995) studie.

Att fäderna kunde vara med på BB-avdelningen ansågs positivt av föräldraparen för att de på så sätt kunde bli mer delaktiga och för att vara ett bättre stöd under vårdtiden. I en studie av Johansson et al. (2013) där det framkom att fäderna i större utsträckning fick åka hem efter operationen sågs det påverka deras anknytning till barnet och möjligheten att vara ett stöd till modern. Detta stärks i föreliggande studie där föräldraparen hade positiva känslor över faderns möjlighet till delaktighet. Mödrarna i den föreliggande studien upplevde att kraven var höga att de skulle återhämta sig snabbt efter operationen för att fortare kunna skrivas ut, vilket troligen är ett resultat av brist på personal och tillgängliga vårdplatser. En av föräldrarna upplevde efter kejsarsnittet att omvårdnaden av moder och barn faller något mellan stolarna. Detta kanske kan bero på att vårdpersonalen är så vana vid kejsarsnitt att de normaliserar tillståndet trots den stora operationen som det innebär.

I resultatet framkommer att föräldrar saknar återkoppling till förlossning och kejsarsnitt vilket kan ha påverkat deras bearbetning av händelsen. Tham et al. (2010) tar upp i sin studie att de flesta kvinnor önskar att ett postpartumsamtal för att bearbeta händelsen. Framförallt var önskan stor att få reflektera över sin upplevelse av situationen några veckor eller till och med månader senare. I Halldordottir och Karlsdottirs studie från 2011 beskrivs hur viktig tilliten mellan barnmorskan och kvinnan och hennes familj är och det framgår tydligt i den föreliggande studien när denna hörnsten rubbas i vården, vilket troligen tillsammans med bristande rutiner är orsaken till varför eftervården inte upplevdes optimal. En barnmorska ska inneha både medmänsklig och professionell kompetens för att skapa trygghet hos kvinnan och hennes partner (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). En brist i barnmorskans professionella

kompetens var att inte följa upp det arbete hon utfört för att knyta ihop säcken vilket samtliga föräldrapar i studien saknar.

Konklusion och implikationer

Det har framkommit att när föräldrarna får tydlig information och känner att de får vara delaktiga underlättar och möjliggör det för dem att kunna acceptera beslutet kring kejsarsnittet. Föräldrarna har påverkats negativt av rutinerna kring det postoperativa omhändertagandet där mor och barn skiljs åt, vilket resulterade i att familjen inte kunde vara tillsammans såsom de hade föreställt sig. Däremot upplevdes det positivt att fäderna fick möjlighet att knyta an till sitt nyfödda barn och på så sätt fick ta ett större ansvar. Ett oplanerat kejsarsnitt är en akut åtgärd och är ett scenario som är svårt att i förväg förbereda sig på. Stödet föräldrarna har gett varandra samt barnmorskans kompetens har varit en viktig del för att de kunde känna trygghet i situationen och möjliggjort att vända upplevelsen till något positivt. Resultatet i studien tyder på att föräldrarnas negativa upplevelse av förlossning grundar sig i det postoperativa omhändertagandet när de skiljs åt. Vilket borde innebära att det finns utrymme för förändringsarbete kring rutinerna efter ett oplanerat kejsarsnitt för att optimera föräldrarnas helhetsupplevelse. Författarna tror att det hade varit intressant att göra liknande studier på andra sjukhus där det postoperativa omhändertagandet ser annorlunda ut där familjen inte skiljs åt efter operationen.

Referenser

- Andolf, E. (2014). Kejsarsnitt. I Hagberg, H., Marsal, K & Westgren, M. (Red), *Obstetrik* (s.549–564). Lund: Studentlitteratur.
- Baston, H., Rijnders, M., Green, JM & Buitendijk, S. (2008). Looking back on birth three years later: Factors associated with a negative appraisal in England and in the Netherlands. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(4), 323–339.
DOI: 10.1080/02646830802408480
- Brodén, M. (2004). *Graviditetens möjligheter - tid då relationer skapas och utvecklas*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Educ Today*, 11(6), 461-6.
DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0260-6917\(91\)90009-Y](http://dx.doi.org/10.1016/0260-6917(91)90009-Y)
- Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E & Chadwick, B. (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*, 204(8), 429-432.
DOI: 10.1038/sj.bdj.2008.292
- Ceronio, C, C., Dorfling, C, F., Nolte, A, G, W. (1995). The experiences of parents where pregnancy ended in an unplanned caesarean section. *Curationis*, 18(4), 48-51.
(<http://hdl.handle.net/10210/9136>)
- Darj, E & Nordström, M-L. (1999). The Misgav Ladach method for cesarean section compared to the Pfannenstiel method. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 78, 37–41.
- Halldorsdottir, S & Karlsdottir S.I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 806-817. DOI: <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x>
- Hildingsson, IM. (2007). New parents' experiences of postnatal care in Sweden. *Women and Birth*, 20, 105-113. DOI: 10.1016/j.wombi.2007.06.001
- Hildingsson, I., Cederöf, L & Widén, S. (2011). Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Women and Birth*, 24, 129-136. DOI: 10.1016/j.wombi.2010.12.003
- Hillan, EM. (1992). Maternal-infant attachment following caesarean delivery. *Journal of Clinical Nursing*, 1(1), 33-37. DOI: <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1365-2702.1992.tb00053.x>
- Högberg, U. (2010) Historik. SFOG (Svensk förening för obstetrik och Gynekologi). *Kejsarsnitt* (s. 9-10). ARG-rapport nr. 65. Stockholm: SFOG.

Johansson, M., Hildingsson, I & Fenwick, J. (2013). Fathers want to stay close to their partner and new baby in the early postnatal period: *The importance of being able to room in after a surgical birth. Sexual & Reproductive Healthcare*, 4 (1), 35-36.
DOI: 10.1016/j.srhc.2012.11.002

Johansson, M., Hildingsson, I & Fenwick, J. (2013b). Important factors working to mediate Swedish fathers' experiences of a caesarean section. *Midwifery*, 29(9), 1041–1049.
DOI: <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.midw.2012.09.009>

Johansson, M., Rubertsson, C., Rådestad, I. & Hildingsson, I. (2012). Childbirth – An emotionally demanding experience for fathers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(1), 11-20. DOI: 10.1016/j.srhc.2011.12.003

Karlström, A., Engström-Olofsson, R., Norbergh, K-G., Sjöling, M & Hildingsson, I. (2007). Postoperative Pain After Cesarean Birth Affects Breastfeeding and Infant Care. *the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*, 36(5), 430–440
DOI: 10.1111/j.1552-6909.2007.00160.x

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lucas, DN., Yentis, SM., Kinsella, SM., Holdcroft, A. May, AE., Wee, & Robinson, PN. (2000). Urgency of caesarian section: a new classification. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93(7), 346-350.

Lundgren I, Karlsdottir SI & Bondas T. (2009). Long-time memories and experiences of childbirth in a Nordic context –secondary analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 4(2), 115–28. DOI: 10.1080/17482620802423414

Lundman, B. & Hällgren Granheim, U. (2012) Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2. uppl., s. 187–201). Lund: Studentlitteratur.

Olofsson, P. (2010) Operationsteknik vid kejsarsnitt. SFOG (Svensk förening för obstetrik och Gynekologi). *Kejsarsnitt* (s. 75-102). ARG-rapport nr. 65. Stockholm: SFOG.

Olsson, H & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen* (3. uppl.). Stockholm. Liber.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2013). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (8th ed.) Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Porter, M., Van Teijlingen, E., Chi Ying Yip, L & Bhattacharya, S. (2007) Satisfaction with Cesarean Section: Qualitative Analysis of Open-Ended Questions in a Large Postal Survey. *Birth*, 34(2), 148–154. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2007.00161.x

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 1 december, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Socialstyrelsen. (2015). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973–2014. Assisterad befruktning 1991–2013*. Stockholm: Sveriges officiella statistik.

Somera, M, J., Feeley, N. & Ciofani, L. (2010). Women's experience of an emergency caesarean birth. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19/20), 2824–283. DOI: <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1365-2702.2010.03230.x>

Tham, V, Ryding, E-L & Christensson, K. (2010). Experience of support among mothers with and without post-traumatic stress symptoms following emergency caesarian section. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1(4), 175-180.

Todman, D. (2007). A history of caesarean section: From ancient world to the modern era. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 47(5), 357–361. DOI: 10.1111/j.1479-828X.2007.00757.x

Wiklund, I., Edman, G., Ryding, E-L & Andolf, E. (2008). Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(3), 324–331.

Wiklund, I. & Hildingsson, I. (2016) Att föda med kejsarsnitt. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A-K (red.), *Reproduktiv hälsa – barnmorskans kompetensområde*. (s. 568-577). Lund: Studentlitteratur.

World Medical Association [WMA]. (2015). *Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 8 december, 2016, från WMA, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Yokote, N. (2007). Fathers' feelings and thoughts when their partners require an emergency cesarean section: Impact of the need for surgery. *Japan Journal of Nursing Science*, 4(2), 103–11.

Zwedberg, S., Blomqvist, J & Sigerstad, E. (2015). Midwives' experiences with mother–infant skin-to-skin contact after a caesarean section: 'Fighting an uphill battle'. *Midwifery*, 31(1), 215–220. DOI: <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.midw.2014.08.014>

Arbetsfördelning

Under studiens gång har arbete fördelats jämnt sinsemellan författarna. Samtliga intervjuer utfördes gemensamt av båda författarna och transkriptionen av intervjuerna delades upp författarna emellan. Kategorisering och analys av materialet har genomförts först enskilt och sedan gemensamt. Skrivprocessen har skett både enskilt men till största delen gemensamt.

Intervjuguide

Inledande fråga: Vill ni berätta om er upplevelse kring det oplanerade kejsarsnittet i samband med ert barns födsel?

Områden att belysa:

Beslut

Bemötande

Postnatal vård