



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

# När det oväntade hände

- *Mammans upplevelse av den första tiden efter ett akut kejsarsnitt med fokus på separationen från sitt nyfödda barn*

Författare: Cecilia Brandtsfridh & Therese Quirin

Handledare: Elizabeth Crang-Svalenius

Magisteruppsats

Våren 2018

Antal ord: 8881

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

# När det oväntade hände

- *Mammans upplevelse av den första tiden efter ett akut kejsarsnitt med fokus på separationen från sitt nyfödda barn*

Författare: Cecilia Brandtsfridh & Therese Quirin

Handledare: Elizabeth Crang-Svalenius

Magisteruppsats

Våren 2018

## Abstrakt

**Problembeskrivning:** Enligt WHO och UNICEF rekommenderas omedelbar hud mot hud kontakt även till de som genomgått ett akut kejsarsnitt i vaket tillstånd. Rutinerna efter ett akut kejsarsnitt varierar från sjukhus till sjukhus och beroende på vilken tid på dygnet kejsarsnittet utförs. **Syfte:** Att undersöka mammans upplevelse av den första tiden efter ett akut kejsarsnitt med fokus på separationen från sitt nyfödda barn. **Metod:** Kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats där tolv mammor som genomgått akut kejsarsnitt och varit separerade från sitt nyfödda barn i efterförloppet. Materialet arbetades igenom med hjälp av Burnards innehållsanalys. **Resultat:** En huvudkategori urskildes: *När det oväntade hände* som innefattade tre kategorier: Första mötet, separation och ovisshet. **Konklusion:** Barnmorskan har en betydande roll när det gäller att förbättra det postoperativa omhändertagandet och minska känslan av separation samt främja anknytning.

**Nyckelord:** Akut Kejsarsnitt, mammors upplevelser, separation, anknytning, tidig hud mot hud kontakt.

Lunds universitet,  
Medicinska fakulteten

# Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	5
Anknytnings- och barnmorsketeori	5
Hur den nyfödde påverkas av separation	6
Tidig hud mot hudkontakt och amning	7
Kejsarsnittets historia	8
Definition och indikation på akut kejsarsnitt	9
Förberedelser inför ett akut kejsarsnitt, omhändertagandet vid kejsarsnitt och postoperativt	9
Mammans upplevelse av ett akut kejsarsnitt	9
Syfte	10
Metod	10
Urval	10
Instrument	10
Datainsamling	11
Analys av data	12
Forskningsetiska avvägningar	14
Resultat	15
Första mötet	16
Känslan av att möta sitt barn	16
Förväntningar av hud mot hud	18
Försenad amningsstart	19
Separation	19
Känslan av tid	19
Saknad och förlust	20
Att knyta an	21
Ovisshet	22
Förlust av kontroll	22
Informationens betydelse	22
Diskussion	23
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion	26
Konklusion och implikationer	30
Referenser	31

# Introduktion

## Problemområde

I dagens vård läggs stor vikt vid att inte skilja familjen åt efter en förlossning (Lagercrantz, 2001). Det nyfödda barnet ska vara hos mamman och partners närvaro uppmuntras. Undantaget från detta är om någon komplikation inträffat under förlossningen då mamma och/eller barn behöver övervakas. Enligt World Health Organization [WHO] och United Nations Children's Fund [UNICEF] (WHO och UNICEF, 2018) rekommenderas hud mot hud kontakt omedelbart efter förlossningen och detta innefattar även de som genomgått ett akut kejsarsnitt i vaket tillstånd. Denna rekommendation bygger på att det är vid denna tidpunkt nyfödda följer den naturliga instinkten att anknyta till bröstet och påbörja amning. Det är viktigt att vårdpersonalens rutiner inte stör hud mot hud kontakten.

Forskning visar att kejsarsnitt resulterar i separation av mamma och barn pga. sjukhuspolicys och rutiner som inte är förenliga med familjecentrerad vård (Nolan & Lawrence, 2009) Rutinerna efter ett kejsarsnitt skiljer sig åt och kan variera från sjukhus till sjukhus (Bengtsson, 2015) och även på samma sjukhus kan rutinerna se olika ut beroende på om kejsarsnittet utförs dag eller kvällstid (Födelsehuset, u.å.). Enligt Tham, Christensson och Ryding (2007) varar separationen mellan mamma och barn i genomsnitt fyra timmar efter kejsarsnitt även då barnet är friskt. Samma författare menar att en så lång separation inte är acceptabel, då mamma och barn bör vara tillsammans och ha kroppskontakt så snart som möjligt. Tidig hud mot hudkontakt ökar anknytningen och minskar negativa konsekvenser för mamma och barn (Chalmers et al., 2010; Waldenström, Hildingson, Rubertsson och Rådestad, 2004). Kvinnor som genomgått ett akut kejsarsnitt uppger en försämrade upplevelse av förlossningen och sitt tidiga föräldraskap. Separation från sitt barn efter ett akut kejsarsnitt är den främsta orsaken till att mammor skattar sin förlossningsupplevelse lägre (Fenwick, Gamble & Mawson, 2003). Överlag är rutinen att mamma och barn skiljs åt efter ett kejsarsnitt, vilket kan ses som praxis runt om i landet. Därför är det av stor vikt att mammornas upplevelse av den första tiden efter ett akut kejsarsnitt med fokus på separation lyfts fram och utifrån kunskapen av deras upplevelser ge dessa kvinnor ett bättre stöd.

## Bakgrund

### *Anknytnings- och barnmorsketeori*

Begreppet “anknytning” innebär en varaktig inre bild av relationen till föräldern vilket inbegriper en stark tendens att söka dennes närhet vid stress (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2006). Enligt Bowlby (2010) är detta ett beteende som enligt etiologin har ett starkt överlevnadsvärde. Den engelska läkaren och psykoanalytikern John Bowlby utvecklade anknytningsteorin (Broberg et al., 2006). Bowlby hade efter andra världskriget fått i uppdrag av Världshälsoorganisationen (WHO) att studera sambanden mellan små barns psykiska hälsa i förhållande till tidiga separationer. Uppdraget hade sin grund i de otaliga barn som tvingades separeras från sina föräldrar under kriget antingen permanent eller under längre perioder. Bowlby sammanfattade sitt insamlade material i en rapport som visade att det fanns starka indicier på att separation mellan barnet och dennes primära vårdnadshavare kunde efterlämna långsiktiga negativa emotionella konsekvenser (Bowlby, 2010). För att försöka förstå vad som låg till grund för att barnet skulle uppnå en inre trygghet valde Mary Ainsworth (Bowlby’s kollega) att kliniskt observera samspelet mellan mamma och barn under barnets första levnadsår. Ainsworth kom bl.a. fram till att anknytningens kvalitet samt om barnet kunde använda sig av sin primära vårdnadshavare som en trygg bas vid främmande situationer var av stor betydelse för barnets inre trygghet (Broberg et al., 2006). Utifrån den trygga basen vågar barnet sedan utforska omvärlden och utvecklas vidare. Även om anknytningsbeteendet inte blir organiserat förrän vid andra hälften av barnets första levnadsår så visar spädbarnet tidigt ett anknytningsbeteende genom att tydligt respondera i samspel med sin vårdnadshavare (Bowlby, 2010).

Barnmorskan har stor betydelse för kvinnans välmående och inställning till det nyfödda barnet (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Barnmorskan har en unik ställning inom förlossningsvården och förmåga att kunna förbättra vården kring mamman och det nyfödda barnet samt främja anknytningen. I Halldorsdottirs modell från 1996 beskrivs en individualisering av vården för varje kvinna genom metaforen brobygge. Samarbete och minskad separation mellan mamma och barn kan vara “bron” från en bristfällig till en bra anknytning. Halldorsdottir (1996) talar om begreppen vårdande och icke-vårdande och anser att det är viktigt att personalen är närvarande både fysiskt och emotionellt för att kunna förstå hela situationen vilket inte är möjligt om mamma och barn är åtskilda. Barnmorskan kan

använda sig av Antonovskys modell om individens inneboende förmåga att upprätthålla hälsa genom meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet för att skapa känsla av sammanhang då mamma och barn är åtskilda (Antonovsky, 1979).

Anknytningsbeteende kan observeras hos den nyfödde direkt efter födseln (Fernandez et al., 2012). Friska nyfödda barn kan krypa över sin mammas mage och genom lukt lokalisera bröstvårtan. Nyfödda kan även etablera ögonkontakt med sin mamma under livets första timmar. Genom tidig hud mot hudkontakt främjas en rad positiva effekter både för barnet och mamma. Då en del barn tidigt separeras från sina mammor är det en viktig aspekt inom anknytningsteorin att undersöka hur spädbarnet reagerar på separationen. Förr ansågs att det var först några månader efter födseln som barnet reagerade på separation från mamman men ny forskning visar att även det nyfödda barnet reagerar på separation från mamman då den strävar efter kontakt för att säkra sin överlevnad.

### *Hur den nyfödde påverkas av separation*

En studie av Bystrova et al. (2009) visade att kontakten mellan spädbarnet och mamman under de två första timmarna efter förlossningen kunde ha långsiktig effekt på deras relation ett år senare. Mammor som separerats från sitt nyfödda barn upp till två timmar efter förlossningen visade mindre ömsesidighet i sin interaktion jämfört med de som förblev i nära kontakt. Resultatet stödjer teorin om att det finns en känslig period där en nära tidig kontakt främjar anknytningen mellan mamma och barn senare i livet.

Begreppet "den tidiga känsliga perioden" myntades av barnläkarna Marshall Klaus och John Kennell, men började ta form redan i början på 70-talet då Klaus och hans kollegor studerade mödrar som fick ha sitt spädbarn hos sig under en timmes tid inom tre timmar efter födseln och en kontrollgrupp som endast fick se sitt nyfödda barn vid ett kort ögonblick efter födseln och därefter inte förrän sex timmar senare. Efter en månads uppföljning visade de mammor som hade fått ha sitt nyfödda barn hos sig ett mer lyhört förhållningssätt och hade mer ögonkontakt med sitt spädbarn (Klaus, 2009). Bristen på kontakt mellan mamman och spädbarnet kan enligt Bystrova et al. (2009) skapa en sämre självreglering hos barnet vid ett års ålder medan en tidig kontakt, tidig amning, eller både och kan öka barnets möjlighet att hantera stress ett år efter födseln.

Studier tyder på att modersbeteendet hos däggdjur är hormonellt styrt och att det viktigaste hormonet i sammanhanget är oxytocin (Neumann & Landgraf, 2012; Bell, Ericksson & Carter, 2014). Förändringar i beteende och fysiologiska system hos möss som separeras från sin mamma har kunnat ses (Fernandez et al, 2012). De förändringar som setts är aktivitetsnivå, hjärtfrekvens, vakenhet och sönmönster, sugbeteende, skrikbeteende, blodtryck och bildande av hjärnhormoner (Widström, Jonas & Nissen, 2016). De visade att nyfödda spädbarn har ett omoget värmeregleringssystem och separationen från mamman är antagligen liknande den som ses hos andra däggdjur. Hos däggdjur är modersbeteendet välbevarat och har inte påtagligt förändrats under evolutionens gång. Därför har djurstudier ofta utvecklat viktiga teorier och modeller för studier av fysiologiska och psykologiska funktioner hos människa i samband med barnafödande.

### *Tidig hud mot hudkontakt och amning*

Perioden mellan 1970- och 1980-talet kännetecknades av en ökad medvetenhet om det nyfödda barnet och en ökad fokusering på dess behov (Höjeberg, 2011). Leboyer (1974), en fransk obstetriker, lyfte i boken "födast utan våld" att det nyfödda barnet inte var ett litet paket utan hade fulla möjligheter att ta kontakt med sin omgivning. Den tidiga mamma-barn relationen fick inte störas och vården inriktade sig på att främja anknytningen. I en avhandling av Widström (1988) ifrågasattes de rådande rutinerna att separera mamma och barn direkt efter förlossningen och visade att barnet själv kunde hitta fram till bröstet om det lades hud mot hud på mammas mage.

När spädbarnet direkt efter förlossningen kommer upp hud mot hud på mammans mage så väcks barnets reflexer till liv efter en strävan att få näring (Widström et al., 2011). Sökandet sker gradvis och via ett specifikt mönster hittar spädbarnet bröstvårtan och börjar suga. Spädbarnet utför även massageliknande rörelser på bröstvårtan vilket frigör oxytocin hos mamman vilket är en stärkande faktor i samspelet mellan modern och barnet.

Enligt Chaplin Kelly och Kildea (2016) kunde kvinnor som genomgått ett kejsarsnitt uppleva att amningen försvårades eftersom de inte hade fått den initiala hud mot hud kontakten till följd av separationen. Kvinnor efter ett kejsarsnitt ammar även mindre och under kortare tid (Chalmers et al., 2010; Zanardo et al., 2010). Enligt Chaplin et al. (2016) upplevde

mammorna att barnets naturliga reflexmässiga sökande efter bröstet inte infann sig och att barnet var för trött för att suga, vilket skapade känslor av frustration och ångest och en del kvinnor kände sig avvisade av sitt nyfödda barn. Kvinnan kunde även uppleva att mjölken inte ville "rinna till" vilket medförde att modersmjölksersättning tidigt blev introducerat och fick kvinnan att känna sig misslyckad. I en studie av Moran-Peters, Zauderer, Goldman, Baierleins och Smith (2014) där tidig hud mot hud hade upprättats i direkt samband till kejsarsnittet upplevde kvinnorna sig avslappnade vilket bidrog till en tillfredsställande amningsupplevelse.

När den viktiga tidiga hud mot hudkontakten mellan spädbarnet och mamman uteblir efter ett kejsarsnitt förblir barnets oftast hos sin pappa. Pappan kan då hålla barnet hud mot hud och skapa trygghet för det nyfödda barnet (Erlandsson, Dsilna, Fagerberg & Christensson, 2007). Pappor som ensam får ta hand om sitt spädbarn efter ett akut kejsarsnitt kan uppleva en stor osäkerhet inför situationen men också en känsla av stark samhörighet med sitt nyfödda barn (Erlandsson, Christensson & Fagerberg, 2008).

### *Kejsarsnittets historia*

Ordet kejsarsnitt har nämnts i skrifter så långt tillbaka i tiden som i det antika Grekland (Lurie, 2005). Under Antiken fanns en lag, *lex regia* som innebar att en kvinna med foster i livmodern inte fick begravas. Detta då det ansågs hindra modern och barnet från att mötas i livet efter detta. Ingreppet ansågs vara så farligt att det inte kunde utföras på en levande kvinna. Under Romartiden ändrade lagen namn till *lex Cesarean*. Det var först 1973 som Sverige började föra övergripande statistik över kejsarsnitt frekvensen (Socialstyrelsen, 2011). Uppskattningsvis låg frekvensen runt 1,7 % 1950 (Wiklund & Hildingsson, 2016). I början på 70-talet låg frekvensen på 5 % för att senare successivt stiga till 17% år 2015 (Socialstyrelsen, 2015).



### *Definition och indikation på akut kejsarsnitt*

Kejsarsnitt delas in i planerade och akuta förlopp (Wiklund & Hildingsson, 2016). Ett planerat kejsarsnitt görs i slutet av graviditeten och så nära det beräknade datumet som möjligt. Akut kejsarsnitt delas in i akuta och omedelbara. Ett omedelbart kejsarsnitt är mycket påfrestande för mamman och utförs på kortast möjliga tid. Mamman sövs under ingreppet och får inte möjlighet att vara med och uppleva sitt barns födelse. Indikationerna för ett akut kejsarsnitt kan vara dålig progress av förlossningen, vaginalblödning, uterusruptur, maternell sjukdom eller navelsträngs prolaps. Av senast nämnda kräver uterusruptur, navelsträngs prolaps och fetalblödning omedelbart kejsarsnitt som sker på kortast möjliga tid (Andolf, 2014).

### *Förberedelser inför ett akut kejsarsnitt, omhändertagandet vid kejsarsnitt och postoperativt*

Enligt Berg och Dahlberg (1998) inriktar sig den förberedande föräldrautbildningen från mödrahälsovården på normal förlossning och kejsarsnitt nämns som en ovanlig företeelse. Studien visade att den förberedande informationen var viktig för att mamman skulle kunna känna kontroll. När barnet kommer ut tar barnmorskan emot barnet och om möjlighet finns lyfts barnet upp till kvinnans huvudända så att mamman och partnern får känna och lukta på sitt barn. Sedan går barnmorskan ut med barnet till barnbordet så att k-vitamin kan ges och partnern kan klippa navelsträngen. Under de första timmarna efter ett kejsarsnitt observeras mammans puls, blodtryck och andning, blödningsmängd och hur livmodern drar ihop sig samt ges smärtlindring (Wiklund & Hildingsson, 2016). I de flesta fall överflyttas mamman till en postoperativ avdelning på sjukhuset för övervakning efter ett kejsarsnitt men beroende på sjukhus kan det vara att hon direkt kommer tillbaka till förlossningsavdelningen.

### *Mammans upplevelse av ett akut kejsarsnitt*

Att inte få vara med om den vaginala förlossningen och känna att barnet föds fram kan leda till att mamman kan ha svårt att förstå att hon fött ett barn (Lupton & Schmied, 2013). Upplevelsen av att vara separerad och att inte kunna hålla, röra eller se sitt barn ordentligt kan vara mycket stressande (Fenwick, Gamble & Mawson, 2003). De visade att mammor kunde

känna sig frånkopplade och ointresserade av sitt barn, dessa känslor höll sig kvar en lång tid efter förlossningen. Däremot skattade de mammor som hållit sitt barn inom fem minuter sitt mående högre och de kände sig säkrare i att ta hand om sitt barn (Redshaw et al., 2014).

## **Syfte**

Syftet var att undersöka mammans upplevelse av den första tiden efter ett akut kejsarsnitt med fokus på separationen från sitt nyfödda barn.

## **Metod**

Designen var en kvalitativ intervjustudie. Intervjumaterialet analyserades med en induktiv ansats vilket enligt Granskär och Höglund-Nielsen (2012) innebär att författarna lägger sin förförståelse åt sidan och förutsättningslöst analyserar de upplevelser de intervjuade kvinnorna berättar.

## **Urval**

Målet var att rekrytera 15 intervjupersoner med +/- fem deltagare. Till studien rekryterades totalt tolv informanter. Inklusionskriterierna var kvinnor som hade genomgått ett akut kejsarsnitt och behövt vara på post operativavdelning och på så sätt var åtskild från sitt barn under de första timmarna. Exklusionskriterierna var kvinnor som inte behärskade svenska i tal och skrift för att framförallt vara säkra på att kvinnan hade förstått studiens innebörd. Även omedelbara kejsarsnitt och elektiva kejsarsnitt exkluderades samt flerbördsgraviditeter, då kvinnornas upplevelser kan ha olika utgångslägen. Vid elektivt kejsarsnitt och vid flerbörd kan kvinnan haft möjlighet att få information och förbereda sig jämfört med ett akut kejsarsnitt. Vid omedelbart kejsarsnitt sövs kvinnan, åtskiljandet mellan mamma och barn är då oundvikligt.

## **Instrument**

Öppna intervjufrågor användes och den övergripande intervjufrågan var: *Hur upplevde du separationen från ditt nyfödda barn då du var på uppvakningsavdelningen efter det utförda kejsarsnittet?* Om intervjun inte fortskred eller gick in på icke relevanta upplevelser användes följande stödord: förberedelse, amning, anknytning och partners upplevelser.

## **Datainsamling**

Flertal mödrahälsovårdscentraler i Norra Skåne kontaktades hösten 2017 för att rekrytera deltagare i samband med kvinnornas eftervårdsbesök. Verksamhetscheferna och enhetscheferna godkände att tillhandahålla mellanhänder i rekryteringen av respondenter. Barnmorskorna som höll i eftervårdsbesöken blev informerade att lämna ut ett brev med information om studien till de kvinnor som uppfyllde kriterierna för studien. Vid intresse skulle brevet med ifyllda kontaktuppgifter lämnas tillbaka till barnmorskan. Författarna skulle sedan löpande hämta kontaktuppgifter från de utvalda mödrahälsovårdscentralerna. Därefter skulle studiens författare kontakta kvinnorna inom två månader för att höra om intresse kvarstod och då boka in tid för intervju.

Det visade sig vara alltför svårt att rekrytera deltagare till studien på detta vis då mellanhänderna inte hade fått in en enda deltagare. I stället togs kontakt med enhetschefen för kvinnokliniken på en mellanstor förlossningsklinik i Norra Skåne, för att få hjälp från dem att rekrytera deltagare i början av 2018. Författarna var med under ett arbetsplatsmöte (APT) och informerade om studien. Rekryteringsprocessen var tänkt att gå till som beskrivits ovan. Från kliniken rekryterades totalt fem deltagare. För att försäkra sig om att få in tillräckligt med deltagare till studien lades förfrågan även ut på forumet familjeliv.se varefter en deltagare rekryterades. För att bredda sökningen ytterligare lades en förfrågan på en sluten grupp på facebook.com som heter allt om kejsarsnitt, varefter ytterligare åtta deltagare rekryterades. Av dessa åtta exkluderades tre informanter från studien efter intervjun då det inte visade sig förrän under intervjun att de inte uppfyllde inklusionskriterierna. En deltagare rekryterades via personlig kontakt. Totalt inkluderades 12 deltagare till studien.

Av de inkluderade intervjuerna hölls sju genom personligt möte och fem intervjuerna utfördes över telefon (Tabell 1). Båda författarna var med under fem av de personliga intervjuerna. Telefonintervjuerna delades upp mellan författarna förutom en som utfördes tillsammans. I de fall då båda författarna inte var närvarande under intervjun så transkriberade den icke närvarande författaren det inspelade materialet för att få djupare förståelse för det som sagts. Vid personligt möte bestämde informanterna tid och plats. Alla utom en utfördes hemma hos informanten, den intervju som inte hölls hemma var för informanten en trygg allmän plats. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant. Intervjuerna varade i genomsnitt 30 minuter.

Tabell 1. Rekryteringsprocess.

Rekryterings plats	Period	Rekryterings utfall	Personlig intervju	Telefonintervju	Geografiskt område
MVC region Norra Skåne	September 2017-April 2018	0	0	0	0
Privat MVC Norra Skåne	November 2017-April 2018	0	0	0	0
BB avd. Norra Skåne	Februari 2018-April 2018	5	5	0	Norra Skåne
Familjeliv.se	Februari 2018-April 2018	1	1	0	Södra Skåne
Facebook.com	Februari 2018-April 2018	5	0	5	Gästrikland Västmanland Östergötland Västergötland Bohuslän Uppland
Personlig rekrytering	Februari 2018 - April 2018	1	1	0	Södra Skåne

## Analys av data

De inspelade intervjuerna transkriberades först ordagrant med pauser och hummande för att få med alla nyanser av det som sades. Därefter bearbetades datamaterialet enligt Burnards (1991) 14 steg, kvalitativa innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys används för att kunna finna likheter och skillnader i insamlat textmaterial för att därefter sortera materialet i olika underkategorier och kategorier (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012) (Tabell 2).

Analys enligt Burnards 14 steg:

Steg 1: Kortfattade anteckningar gjordes under tiden författarna läste igenom intervjuerna så kallade "memos".

Steg 2: Transkripten lästes åter igenom samtidigt som meningsbärande enheter togs ut. Detta för att försöka sätta sig in i informantens livsvärld och försöka förstå informantens upplevelser (Burnard, 1991).

Steg 3: I detta steg kondenserades de meningsbärande enheterna och därefter lästes transkripten åter igenom. Ur de meningsbärande enheterna kunde sedan en kod växa fram.

Steg 4–5 och 8–10: Koderna för varje intervju markerades med en färg för att senare kunna härledas till vilken intervju de tillhörde. Koderna grupperades från varje intervju under olika innehållsområden som tillhörde syftet och skrevs därefter ut på A4-papper. Koderna klipptes ut under respektive innehållsområde och intervju för att sedan sammanföras beroende på likheter och olikheter. Efter att författarna hade sammanfört koderna bildades underkategorier som återspeglade det centrala i intervjuerna och därefter uppstod kategorier. Kategorier och underkategorier med sina respektive koder klistrades upp på nya A4-papper för att lättare kunna hanteras.

Steg 6: Författarnas handledare läste igenom två av intervjuerna och fick senare se de uttagna koderna samt underkategorier och kategorier. Detta för öka validiteten av metoden och minska risken för bias.

Steg 7: Transkripten lästes åter igenom för att se att de slutgiltiga kategorierna och underkategorierna täckte in den största delen av intervjumaterialet. Vissa underkategorier slogs ihop och kategoriernas namn justerades samt en huvudkategori uppstod.

Steg 11: Detta steg kunde inte utföras till följd av studiens begränsade tid och ersattes genom diskussion med handledare

Steg 12: Innan resultatdelen skrevs såg författarna till att samtliga transkriberade samt inspelade intervjuer fanns nära till hands, för att med lätthet kunna gå tillbaka till ursprungsmaterialet och inte missa sammanhanget av intervjumaterialet.

Steg 13–14: Resultatet skrevs och resultatdiskussion formulerades utifrån aktuell forskning

Tabell 2. Exempel på analyschema.

Citat	Öppen kodning	Underkategori	Kategori
<p><i>“oavsett om allt gick bra under kejsarsnittet så är det ju ändå under de första timmarna som är liksom kritiska vad som helst hade kunnat hända när han var där upp på rummet med sin pappa, och jag låg på uppvaket. Att man inte har kontroll”</i> (Daniella)</p>	<p>Kände att de första timmarna var kritiska och att jag inte kunde ha kontroll på barnet.</p>	<p>Förlust av kontroll</p>	<p>Ovisshet</p>

### Forskningsetiska avvägningar

Arbetet grundar sig på forskningens fyra huvudkrav; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet gällande etiskt förhållningssätt (Vetenskapsrådet, 2002). Som utgångspunkt har individskyddskravet övervägts och de intervjuade får inte utsättas för psykiskt eller fysisk skada, förödmjukelse eller kränkning. Arbetet lämpar sig väl för forskningskravet vilket innebär att tillgängliga kunskaper utvecklas och fördjupas och att förhoppningsvis metoder förbättras.

Informationskravet uppfylldes genom att alla blivande deltagare fick skriftlig eller muntlig information om arbetets syfte och ansökte själv om att delta. I enlighet med datainspektionens (2013) punkt nr 8 fick intervjupersonerna information om studien och hur materialet kommer användas innan de gav sitt samtycke att delta. I och med formen på

rekryteringsprocessen så uppfyller studien samtyckeskravet och deltagarna kunde när som helst under processen dra sig ur studien utan att ange orsak eller bli missgynnade (Vetenskapsrådet, 2002).

Allt material har behandlats konfidentiellt. Alla uppgifter om identifierbara personer har antecknats, förvarats och avidentifierats på sådant sätt att utomstående inte kan identifiera enskilda individer. De citat som används har avidentifierats och benämnts med ett alias.

I enlighet med nyttjandekravet har deltagarna erbjudits ta del av det färdiga arbetet. Behandlingen av personuppgifter har handhåfts enligt personuppgiftslagen PUL (SFS 1998:204). Detta innebär att materialet har förvarats på lösenordskyddat USB minne och är skrivet på en lösenordskyddad dator, där endast författarna och handledare har kunnat komma åt materialet.

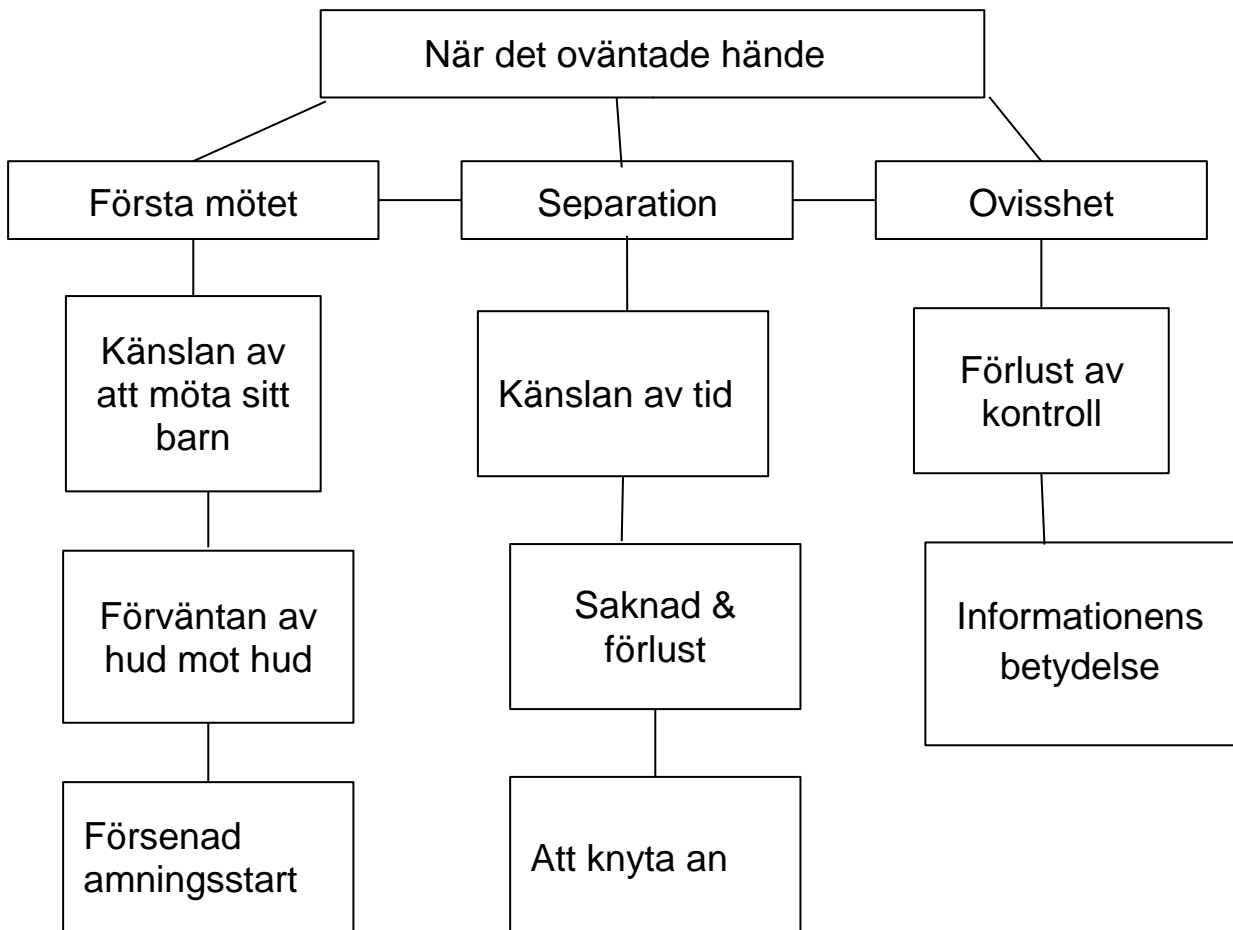
I samband med intervjun kunde minnen från en känslig period kunna uppstå. Alla deltagare har därför erbjudits att ta kontakt med författarna om de har varit i behov av stöd efter intervjun. Om så förelåg kunde författarna hänvisa till mödrahälsovårdpsykiolog vid det landsting de tillhörde och därefter följa upp insatserna.

Ett rådgivande yttrande om studien ansöktes vid vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) diarienummer: 57–17 och fick yttrande i juni, 2017 att genomföra studien. Detta utfördes för att kunna utesluta att arbetet inte medförde några negativa effekter för deltagarna i studien och att arbetet uppfyllde forskningskraven (Forsman, 1997). VEN:s ordförande rådfrågades innan rekrytering på sociala medier påbörjades.

## Resultat

Resultatet bygger på tolv intervjuer från kvinnor som åtskilts från sitt nyfödda barn vid ett akut kejsarsnitt. Tiden på uppvakningsavdelningen varade i genomsnitt mellan två till fyra timmar förutom vid ett fall då separationen varade mer än ett dygn till följd av att barnet var tvunget att vårdas på neonatalavdelning. Tre av kvinnorna hade genomgått ett akut kejsarsnitt tidigare och de delgav händelser från båda upplevelserna. Nio av mammorna var

förfödskor. Efter bearbetning av materialet uppstod en huvudkategori: När det oväntade hände och tre huvudkategorier: Första mötet, separation och ovisshet. De tre huvudkategorierna uppstod ur åtta underkategorier (Figur 1).



Figur 1. Beskrivning av huvudkategori, kategorier och underkategorier

## Första mötet

### *Känslan av att möta sitt barn*

Mammorna beskrev starka känslor i det första mötet med sitt barn. Det var en stor upplevelse att höra sitt barn skrika för första gången. Att höra sitt barn trots att mamman ännu inte kunde se sitt barn gjorde upplevelsen verklig. Mötet beskrevs som emotionellt och fint samt en jättehäftig upplevelse att få se människan som varit inne i ens mage. Mötet kunde även kännas överkligt och ibland svårt att realisera att barnet verkligen var ute.



*“I samma sekund som han kom ut så skrek han, och jag började ju, alltså vi började stört gråta” (Sara)*

Det var inte för alla som mötet blev som förväntat, barnet kunde få komplikationer efter förlossningen och behövde då snabbt tillses eller så var det mamman som behövde tas om hand. Mötena kunde se väldigt olika ut, en del hade möjlighet att vara en längre tid med sitt barn men det fanns inte alltid möjlighet till så mycket fysisk kontakt. Det kunde upplevas svårt att röra eller se sitt barn relaterat till det sätt som kvinnan var lagd i operationsrummet andra upplevde att smärta och obehag efter operationen försvårade. Dessa svårigheter bidrog till att upplevelsen kunde variera från att ha full hud mot hud kontakt till att inskränkas till en hastig blick innan barnet försvann på kontroll och det första mötet kunde då bli svårt att minnas.

Mammorna upplevde att det var viktigt att få upp sitt barn på bröstet, att få känna sitt barn antingen om det var kind mot kind eller bara stryka en hand över barnet. De mammor som hade möjlighet att få ha sitt barn hud mot hud tyckte det var en mysig och fantastisk upplevelse. Det första mötet kunde dock upplevas för kort och som en mamma uttryckte det under en intervju att hon hade velat ha sitt barn hos sig för all evighet. Det var betydelsefullt att få ha träffat sitt barn innan separationen.

*“Jag fick upp henne på bröstet, det var mitt barn, ni har tagit ut något från min kropp och jag har fått se det ...innan så att inte bara magen var helt borta och jag tror att det har gjort skillnad” (Pernilla)*

Att återförenas efter separationen på uppvakningsavdelningen var en stor händelse och kunde bli mammornas egna speciella stund. Det kändes naturligt och som om de aldrig varit ifrån sitt barn. Det var ett känslösamt möte och kunde kännas som det första mötet då det allra första blivit alltför hastigt. Återföreningen liknades med ett förlossningsögonblick, att det var då det inträffade.

*“Det kändes jättebra och det var väl först då som jag fick se bebisen och kände hela den här... jag vet inte kärleken eller vad man ska säga för då kunde jag hålla i honom och få honom till mig så på ett annat sätt” (Carina)*

Mammorna poängterade just vikten av att vara tillsammans och att de kände att personalen oftast förstod vikten av detta och att de blev lämnade ensamma för att få sin stund. Det kunde dock vara omständigheter som gjorde att fokus lades på annat såsom smärtlindring och strul med teknisk apparatur.

### *Förväntningar av hud mot hud*

Mammorna beskrev de förväntningar de hade haft inför det första mötet med sitt barn och att de skulle få upp barnet på bröstet. Förväntningarna kom från förlossningsupplevelser de hade hört eller sett på film, sociala medier eller från vänner och bekanta och det hade bidragit till en nyfikenhet om vad det var som var så speciellt. När inte förväntningarna infriades blev verkligheten svår att ta in.

*“Overklighetskänsla, är det här på riktigt?”*

*Som när man ser på filmer och mamman får barnet direkt på bröstet och dom får det där bandet. För mig var det en chock då jag inte hade sett henne direkt.” (Stina)*

Det kunde uppstå komplikationer efter kejsarsnittet som gjorde att mammorna inte kunde få upp sitt barn på bröstet. I de fall då barnet eller de själva inte mårde bra och behövde stöd efter förlossningen var det lättare att förstå att de inte kunde få upp barnet på bröstet. Ibland fanns det ingen direkt förklaring till varför de inte fick ha sitt barn hud mot hud när det mårde bra, då väckte det mer frågor efteråt. Det uttrycktes en längtan efter upplevelsen av att vara hud mot hud med sitt barn hos de mammor som inte fått möjligheten.

Förlossningsupplevelsen kunde varit så jobbig att mamman inte orkade att ha barnet hos sig hela tiden på eftervårdsavdelningen, något mamman hade fått stöttning med från personalen.

*“De visade upp honom för mig och jag fick röra honom men jag orkade inte att ha honom...och jag brydde mig inte heller” (Felicia)*

## *Försenad amningsstart*

Överlag upplevde mammorna att amningen kom igång bra även om den blivit senarelagd. Till en början kunde mammorna uppleva stress att komma igång med amningen. Barnet var vid tidpunkten för återföreningen för trött för att påbörja amning och sov mycket den första tiden vilket resulterade i att amningsstarten ytterligare senarelades.

*“visste ju det här att man ska lägga barnet på bröstet, och ska det leta upp bröstvårtan och det är så viktigt de här två timmarna....jag var så stressad över att jag inte hade fått amma” (Sara)*

Stödet från personalen upplevdes övervägande som god och att den oftast kom självmant utan att mammorna behövde be om den. Många upplevde fysiska svårigheter som att inte kunna ta upp sitt barn själv och lägga till bröstet till följd av smärtan i snittet. Det upplevdes svårt att hela tiden behöva hjälp. Stödet handlade ofta om att få hjälp att hitta bra amningspositioner relaterat till snittet. Stödet kunde också innebära att personalen hade tilltro till mammornas amningsförmåga och lät dem komma igång med amningen själva. Framförallt de mammor som fött barn via kejsarsnitt tidigare men även förstagångsmammorna kunde känna ett lugn med amningen då de hade god tilltro till sin förmåga att amma.

Det var inte för alla som amningen kom igång och det var inget lätt beslut att lägga ned amningen. Mammorna kände att de hade provat allt men det var andra faktorer än separationen som spelade in. Dessa faktorer var tidigare bröstförminskning eller att barnet inte hade kraft att suga till följd av en infektion. I dessa fall kände mammorna att de fick bra stöd att lägga ned amningen och ge ersättning.

## **Separation**

### *Känslan av tid*

Tiden på uppvakningsavdelningen kunde upplevas som en evig väntan. I regel skulle mammorna vara kvar på uppvakningsavdelningen under två timmar och då skulle de även kunna lyfta på benen. Det var framförallt längtan efter sitt barn som gjorde att timmarna upplevdes långa. Hade mamman fått träffa sitt barn och partner på uppvakningsavdelningen

under en stund upplevdes det att tiden gick fortare. För att skynda på processen kunde mamman ivrigt försöka röra benen, men besvikelse uppstod när det visade sig att de två timmarna var viktigast.

*“....Sedan när jag fattade att jag inte skulle få komma upp, förrän jag hade varit där i två timmar ändå, även om jag hade börjar så här..så bröt jag ihop fullständigt, det var fruktansvärt” (Lisa)*

Personalens inställning var att mamman skulle sova under den tiden hon var på uppvakningsavdelningen. Mammorna kunde däremot ha ambivalenta känslor inför att försöka sova. Det var svårt att komma till ro samtidigt som tankar på hur barnet hade det infann sig. Längtan och förväntningar var också känslor som tog överhand. Däremot hade de mammor som kunde sova en mer positiv upplevelse av tiden. Sönnen kunde för dem vara en räddning för att hämta ny kraft till att orka möta sitt barn.

*“.....så då ligger man där helt ensam, det är helt mörkt och då är tanken att man ska sova, men det går ju inte när du har så mycket adrenalin i kroppen och du vet att du ska få träffa din son snart, då ligger man ju bara och väntar och är spänd” (Daniella)*

### **Saknad och förlust**

Att behöva ligga på uppvakningsavdelning, istället för att vara hos sitt barn väckte starka känslor. Besvikelse, förtvivlan och skuld var några av känslorna som kom fram i intervjuerna. Det fanns en oro för hur barnet mårde och en känsla av att gå miste om den första tiden med barnet. Separationen från sitt nyfödda barn kunde väcka känslor som oro för hur amningen skulle påverkas. Det fanns en önskan att förenas som familj och att ligga på uppvakningsavdelning väckte känslor av ensamhet. Förflyttningen genom kulverten från operationssalen till uppvakningsavdelningen hade upplevts som en evighet vilket förstärkte känslan av ensamhet och distans till sin familj. Väntan på att äntligen få träffa sitt barn hade

varit lång, och nu ville mamman vara nära sitt barn. Mammorna kunde ifrågasätta varför det var nödvändigt att separeras och kunde uttryckas genom följande citat:

*“...han mådde bra, jag mådde bra, varför kan vi inte ligga i samma rum?” (Nelly)*

### *Att knyta an*

Att gå igenom ett akut kejsarsnitt och att separeras från sitt nyfödda barn kunde påverka mammans första kontakt med sitt nyfödda barn på olika sätt. Det var mammor som inte upplevde att anknytningen till sitt barn hade påverkats av separationen och uttryckte att det kändes naturligt att ta till sig barnet och att lyckan infann sig direkt. Däremot kunde separationen leda till att mamman kompenserade för den förlorade tiden från sitt barn. Detta kunde visa sig genom att mamman hade sitt barn liggande hos sig hela tiden utan att tillåta sig själv att sova under flera nätter i följd. För de mammor som hade haft svårt att ta till sig sitt barn berodde det delvis på att de inte hade fått ha sitt barn hos under den första tiden, men även på grund av fysiska begränsningar till följd av kejsarsnittet. Smärta och immobilisering gjorde det svårt att sköta barnet och att kunna trösta vilket gav en känsla av skam. Det akuta kejsarsnittet kunde upplevas som en så pass traumatisk händelse att mamman inte hade ork att ta till sig sitt barn. Utmattning och att inte fått ha sitt barn hos sig från början skapade ett glapp mellan mamma och barn och kunde senare uttryckas genom ointresse för barnet. Det var de mammor som hade behov av att prata igenom sin upplevelse och tre mammor började gå i samtalsterapi efter att de kommit hem. Att gå igenom ett akut kejsarsnitt kunde även radera den förväntade bilden av att föda vaginalt, att inte fysiskt kunna känna att barnet kom ut samt förlusten av att få krysta. När upplevelsen av att ha fött ett barn uteblev och när det initiala “bandet” inte infann sig till barnet, började mamman ifrågasätta sina egna känslor:

*“.... just det här att jag inte kände det här samma bandet som många gör, det skämdes jag för då... liksom att berätta... så det tog mig ganska lång tid innan jag ens berättade det för min sambo....men jag trodde väl verkligen att det var något fel på mig att varför känner inte jag såhär liksom....” (Stina)*

## Ovisshet

### *Förlust av kontroll*

Att befinna sig fysisk långt borta från sitt barn gjorde att mammorna upplevde att de hade bristande kontroll över barnet. Det fanns ett behov av att ha barnet hos sig och de som hade fått ha barnet på uppvakningsavdelning kände sig lugna. Tankar som att "tänk om barnet behöver mig" väckte stress inombords. Att inte ha sitt barn nära och oförmåga till att påverka situationen väckte känslor av dåligt samvete samt upplevelsen av att vara fången i sin kropp. Den första tiden kunde upplevas som kritisk och att det var då saker kunde inträffa med barnet och mammorna var då osäkra på om de hade fått veta det eller de hade mötts av beskedet då de kom upp till avdelningen igen vilket bidrog till känslan av att inte ha kontroll över situationen.

*"Man mådde ju dåligt att hon låg på ett annat ställe, där jag inte hade kontroll över mitt barn" (Elli)*

Mammorna kunde uppleva en trygghet av att barnet var hos partnern men ändå en besvikelse av att inte få vara delaktig. Andra upplevde att de inte hade kunnat ha barnet hos sig då de mådde för dåligt fysiskt efter förlossningen.

### *Informationens betydelse*

Att få information och möjlighet att förbereda sig på vad som skulle ske betydde mycket. Det gällde både information som givits vid förberedande utbildning från mödrahälsovården och information som gavs under och efter själva kejsarsnittet. Informationen som givits från mödrahälsovården beskrevs som obefintlig till att eventuellt ha innefattat någon mening om att ett kejsarsnitt kunde inträffa. Detta gjorde att mammorna fick intrycket av att det var en ovanlig företeelse och önskan från deras sida var mer förberedande information, hellre bli skrämmd innan än chockad vid förlossningen. Mammorna upplevde sig inte mottagliga för alltför mycket information under förlossningen. Om mamman hade blivit förberedd på att de efter förlossningen behövde gå ut en stund med barnet kändes det hela mer begripligt.

*“Så fick jag bara se honom, dom gick förbi jättesnabbt /.../det hade dom talat om att de skulle göra så det kändes ändå okej” (Carina)*

Mammor förundrades över att de blev separerade från sitt barn då de hade vetskap om att mammor som genomgår ett planerat kejsarsnitt kan vårdas tillsammans med sitt barn. När kejsarsnittet ändå hade gått lugnt till hade mamman svårt att se vad det var som skiljde sig från ett planerat kejsarsnitt. Det gjorde att funderingar och tankar uppstod och de hade tyckt det var skönt att veta även om det så bara var en organisatorisk förklaring som att kejsarsnittet skett under nattetid. Att få möjlighet att få foto av sig och barnet som minne beskrevs som värdefullt då det kunde fylla i luckor från den första tiden. Mammorna upplevde att det var bristande information mellan avdelningarna. Det fanns en önskan om information om hur det stod till med partnern och barnet. Vid en del sjukhus var det endast personal från uppvakningsavdelningen som hade kontroll på mammorna men på ett sjukhus hade barnmorskorna som uppgift att komma till uppvakningsavdelningen och kontrollera livmoderns sammandragning och eventuell blödning. Då blev det lättare att få information men det upplevdes ändå tillfällena då kommunikationen var bristfällig. En uppskattad händelse var vid ett tillfälle då barnmorskan kom ner för att kontrollera mamman och hade med sig mannens telefon och visade bilder på barnet.

*“.... kom ned med en telefon. Ja så gjorde hon för dom hade tagit lite bilder till mig på dem däruppe och så kom hon ner med telefonen så att jag skulle kunna titta på dem”  
(Ida)*

## Diskussion

### Metoddiskussion

Att välja en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats kändes som rätt metod för studiens syfte. Enligt Polit och Beck (2013) lämpar sig kvalitativa metoder bra då syftet är att undersöka erfarenheter och upplevelser som i denna studie där mammors upplevelse av den första tiden efter ett akut kejsarsnitt med fokus på separation från sitt nyfödda barn undersöktes. Att hålla intervjuerna enskilda kändes självklart och fokusgrupper kändes inte

aktuellt, både ur etisk synvinkel då det är svårt att garantera konfidentialiteten och att informanterna kan få svårt att öppna upp sig.

Att utgå från öppna intervjufrågor gör att svaren blir mer varierade, vilket lämpar sig bra för att analysera känslor och åsikter (Hansagi & Allebeck, 1994). Ord är många gånger laddade vilket gör att det kan vara lättare med anonyma intervjuer. Flera av intervjuer hölls via telefon på grund av stort geografiskt avstånd. Författarna kunde uppleva att anonymiteten kunde göra att det blev ett öppnare klimat i dessa intervjuer. Vid de personliga mötena kunde däremot författarna se och märka förändringar i ansiktsuttryck och märka av stämningar på annat sätt. Det var en styrka att intervjuerna hölls med båda författarna så att upplevelsen av intervjun kunde diskuteras.

Känsliga frågor kan inte alltid undvikas men behöver ställas på ett "mjukt" sätt så att den tillfrågade ger ett ärligt svar. Enligt Hansagi och Allebeck (1994) kan eventuellt känsliga frågor avdramatiseras genom att varvas med neutrala frågor. Separation och anknytning kändes till en början laddat och svårt att prata om vilket kunde göra att inledningen till ämnet blev lång för att skapa en initial kontakt. Detta kan ses som en styrka då informanterna fått möjlighet att öppna upp sig då en trygg miljö byggts upp. Detta kan ha bidragit till ökad kommunikativ validitet och ökar överförbarheten (Malterud, 2009). Enligt rekommendationer från VEN har författarna närmat sig ämnet anknytning genom att fråga om hur det kändes att ta till sig barnet. Varje intervju avslutades med att fråga informanten om det uppkommit något som de ville tillägga eller undrade över.

Enligt Polit (2013) är det viktigt att använda sig av exklusionskriterier för att rekrytera deltagare som svarar mot studiens syfte. Under studiens gång var det tre informanter som under intervjuens gång visade sig inte uppfylla kriterierna för inklusion. Författarna valde då att inte avbryta intervjun pga. etiska skäl eftersom informanten engagerat sig och avsatt tid. Materialet inkluderades dock inte i studien, däremot gav det ökad kunskap till författarna. Partners upplevelse var en av studiens stödord men då detta blev andrahandsinformation valde författarna i efterhand att exkludera partners upplevelse från studiens resultat. Exklusionskriterierna hade kunnat vara mer omfattande. Författarna märkte, efter att ha hållit intervjuer med mammor som genomgått flera kejsarsnitt, att det blev det svårare att prata om en enskild upplevelse.



Författarna diskuterade även om intervjuer där mammor fick ha sitt barn på neonatalavdelning skulle inkluderas i studien eftersom det då fanns ytterligare en faktor som påverkade den omedelbara tiden efter ett kejsarsnitt. Efter diskussion med handledaren till studien, blev slutsatsen att deras upplevelser kunde tas med då de inte behöver vara åtskilda på neonatalavdelning, rutinen är på de flesta ställen att mamman körs direkt till neonatalavdelningen efter uppvakningsavdelningen, för att träffa barnet.

Att rekrytera deltagare via mödrahälsovårdscentraler visade sig vara svårt. Kontakt till mottagningarna togs antingen via mail eller telefon. Verksamhetscheferna och barnmorskorna upplevdes initialt vara positivt inställda till att vara författarna behjälpliga.

Verksamhetschefen på ett Mödrahälsovårds område skulle vidarebefordra informationen till samtliga mottagningar. När författarna vid senare tillfälle återkopplade till mottagningarna upptäcktes att informationen angående studien aldrig hade nått hela vägen fram till samtliga barnmorskor. Detta var en anledning till rekryteringsprocessen aldrig tog fart. Andra anledningar kan ha varit att studien med tiden glömdes bort eller att studien ämne inte upplevdes lika relevant för barnmorskan på inom mödrahälsovård som för tex en barnmorska på en förlossningsavdelning. Möjligen hade rekryteringsprocessen underlättats om författarna hade kommit och informerat om studien personligen via ett möte. Att rekrytera deltagare via förlossningskliniken var lättare då författarna var på plats under sin verksamhetsförlagda utbildning och hade möjlighet att uppmärksamma potentiella deltagare och därefter vidarebefordra detta till mellanhand. Lättast var det att rekrytera via sociala medier framförallt på Facebookgruppen ”Allt om kejsarsnitt” där författarna till och med var tvungna att ta bort inlägget då de upplevde att de hade tillräckligt många deltagare för studiens begränsade tid. Det stora intresset kan ha berott på att mammorna själv hade sökt sig till Facebookgruppen och kanske tänkt mycket kring sin upplevelse.

För att kunna kontrollera studiens trovärdighet bör resultatet granskas utifrån begreppen överförbarhet, tillförlitlighet, giltighet och delaktighet (Lundman & Hällgren-Granheim, 2012). Urvalet baserar sig från flera olika landsting vilket kan förstärka dess överförbarhet till andra sammanhang. Att använda citat i resultatet ger läsaren en möjlighet att komma nära texten och själv kunna bedöma giltigheten. Enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2012) behöver materialet genomgå en analysprocess och i studiens fall analyserades materialet enligt Burnards 14 stegs analys (Burnard, 1991). Författarna arbetade enskilt under den första delen av analysprocessen fram till steg fyra vilket enligt Lundman och Hällgren-Graneheim

(2012) stärker tillförlitligheten. På grund av studiens begränsade tid har författarna inte kunnat använda sig av Burnards elfte steg där tre informanter ska bekräfta kategorierna. Istället har handledaren till studien tagit del av två transkriberade intervjuer och identifierat och bekräftat kategorisystem. Enligt Burnard (1991) stärker det studiens tillförlitlighet om en utomstående kritiskt granskar analysprocessen och då ökas studiens trovärdighet.

## **Resultatdiskussion**

Det mest framträdande resultatet var att separationen inte enbart var under den tid som mamma och barn var åtskilda då mamman låg på uppvakningsavdelningen. Det visade sig att separationen mellan mamma och barn upplevdes direkt efter förlossningen genom utebliven hud mot hud kontakt, vilket gick emot mammornas önskningar och förväntningar. Den första kontakten var viktig och det kunde vara svårt att hantera när den uteblev. Trots att barnet mådde väl och forskning visar hur viktig den första kontakten är så var det många mammor som inte fick ha sitt barn hud mot hud. Vad är det som påverkar att evidensen inte tagits i beaktning? En nyligen publicerad australiensisk observations och intervjustudie visade att barnmorskan vid ett kejsarsnitt tog ut barnet direkt till barnbordet även om barnet mådde väl, det gick på rutin och ifrågasattes inte (Stevens, Schmied, Burns & Dahlen, 2018).

Separationen mellan mamma och barn gav utrymme för barnmorskan att hinna med administrativa uppgifter. En generell uppfattning var att anestesiologen ”ägde” den del av mammans kropp som låg framför skynket vid ett kejsarsnitt vilket kunde leda till att barnet inte lades upp på mammans bröst. Det fanns anestesiologer som ansåg att interventionen kunde störa övervakningen, att det inte fanns tillräckligt med plats eller att det var för riskabelt för barnet (Stevens et al., 2018). Liknande resultat visar Zvedberg, Blomquist och Sigerstad (2015) som såg svårigheter till att främja hud mot hud kontakt vid kejsarsnitt vilket kunde handla om just det dåliga utrymmet i operationssalen och att barnmorskorna upplevde att de “skuffades” undan. Studier har visat att barnmorskor vid akuta kejsarsnitt upplevde att problemet låg i att de var underbemannade och det inte kunde undvaras en personal till att stanna med mamman och barnet som vid ett planerat kejsarsnitt (Dabrowski, 2007; Zvedberg et al., 2015). Detta motsägs av McKeever och Fleur (2012) och Stevens et al. (2014) som upptäckte att när väl hud mot hud kontakten var implementerad så minskade arbetsbelastningen i och med att mammorna hade färre amningsproblem under sjukhusvistelsen. Det kan vara så att barnmorskor med kortare erfarenhet och bristande stöd har svårt att gå emot gällande rådande hierarki i operationssalen. Om kunskap om vikten av

hud mot hud saknas kan den förbises till förmån för andras kompetensområden. Obstetrikern har som uppgift att operationssåret tillsluts och anestesiolagen ska hålla mamman cirkulatoriskt stabil. Om barnmorskan känner sig tvungen att ta ett steg tillbaka utan att tillgodose mammans och barnets behov, vem för då mammans och barnets talan? Upplevelsen av barnafödandet instrumentaliseras och kan bidra till känsla av överklighet.

Resultatet i föreliggande studie visade att ett akut kejsarsnitt kunde rasera den förväntade bilden av att föda. Kvinnan kunde ha svårt att realisera att hon verkligen hade fött ett barn. Resultatet överensstämmer med studien av Lupton och Schmied (2013) där kvinnor som genomgått ett kejsarsnitt hade svårt att acceptera att deras barn hade fötts till följd av att de varken kunde känna eller se barnet komma ut ur deras kropp. Kvinnorna fick förlita sig på vad partnern eller sjukvårdspersonalen berättade för att försöka skapa sig en bild av vad som hände. Enligt Somera, Feeley och Ciofani (2010) upplevde kvinnor som gick igenom ett akut kejsarsnitt att de gick från att vara en aktiv deltagare i sin förlossning till att bli en passiv observatör vilket skapade känslan av brist på kontroll. Även känslor av överklighet kan infinna sig och mammor kan uppleva det som om att de är på bio och att händelsen spelas upp för dem (Berg & Dahlberg, 1998).

Bristen av kontroll var en upplevelse som förföljde flertalet mammorna i föreliggande studie genom hela deras vårdtid. Den bristande kontrollen kunde vara att mamman inte hade vetskap om barnet och befann sig fysiskt långt borta. Mammorna visste inte hur rutinerna såg ut och kunde känna en oro att om något skulle hända deras barn skulle de då fått veta det eller hade de blivit mötta av beskedet då de kom upp till avdelningen igen. Enligt Berg och Dahlberg (1998) sågs det att endast lite förberedelse och kontinuerlig information kunde upprätthålla känslan av att ha kontroll. Detta stämmer överens med resultatet från föreliggande studie, där de mammor som blev bekräftade i sin saknad genom en liten handling som att barnmorskan kom och visade ett foto på barnet upplevde att detta var av största värde för hennes välbefinnande. Genom att få information känner sig mamman sedd och kan bättre förstå situationen (Berg & Dahlberg, 1998). Författarna i föregående studie upplevde att de mammor som hade erfarenhet av ett kejsarsnitt sedan tidigare visade ett mer lugn över situationen vilket stämmer överens med tidigare studier (Berg & Dahlberg, 1998; Fawcett et al., 2011) där mammor som kunde relatera till föregående traumatiska händelser och därmed ställde mer anpassade frågor på så sätt var bättre förberedda på komplikationer. Många av mammorna kände att de önskat att de fått informationen tidigare. Information från mödrahälsovården var

mest inriktad på "normal förlossning". Förberedande föräldrautbildningen lyckas inte alltid ge föräldrarna realistiska förväntningar på förlossningen och föräldraskapet (Nolan, 1997). Om mammorna hade fått bättre förberedande information hade kanske mammorna i föreliggande studie bättre kunnat hantera sina upplevelser och skapa känsla av sammanhang (Antonovsky, 1979).

Känslan av sammanhang gick lätt förlorad då mammorna på uppvakningsavdelningen i upplevde tiden som en evighet. Mammorna förstod inte alltid meningen med att de var där. Fyndet bekräftas av Erlandsson (2007) som fann att mammor som separerades från sitt nyfödda barn fick en förändrad tidsuppfattning där tiden uppfattades som mycket längre än vad den egentligen var. Resultatet i föreliggande studie visade även att mammorna upplevde att tiden på uppvakningsavdelningen var reserverad för sömn och återhämtning. Denna uppfattning bekräftas av McKeever och Fleur (2012) som visade att vårdpersonalen hade en tendens att anse att mammorna behövdes separeras från sitt nyfödda barn för att kunna vila upp sig efter förlossningen. Under deras arbete att göra sjukhuset till "baby friendly" certifierat upptäcktes det däremot att separationen inte gav några fördelar för mammans återhämtning efter förlossningen, utan tvärtom gav henne svårigheter såsom amningsproblem.

Separationen kunde leda till att det uppstod fysiska begränsningar som gav känslor av skam då de inte kunde sköta om sitt barn eller trösta. Liknande resultat har visats i andra studier (Herishanu-Gilutz, Shahar, Schattner & Kofman, 2009; Porter, Van Teijling, Chi Ying Yip & Bhattacharya, 2007) där mammorna kände avsaknad av kontroll samt maktlöshet över sin situation efter kejsarsnittet. Resultatet i föreliggande studie visade att mamman kände sig hjälplös då hon inte kunde ta hand om sitt barn till följd av smärta, immobilisering och trötthet. Två andra studier som med två års intervall undersökte hur smärta påverkar kvinnors förmåga att amma och ta hand om sitt barn vid akuta och elektiva kejsarsnitt genomfördes på Sundsvalls kvinnoklinik. I första studien (Karlström, Engström-Olofsson, Norbergh, Sjöling & Hildingsson, 2007) sågs att mammorna hade en allt för hög smärtnivå och resultatet ledde till ändrade rutiner på kliniken där anestesiolagen lade till morfin i ryggbedövningen. Studien som utfördes två år senare (Karlström, Engström-Olofsson, Nystedt, Sjöling & Hildingsson, 2010) var en uppföljning på interventionen som visade på att mammorna var betydligt mer smärtlindrande och smärtan påverkade inte förmågan att ta hand om sitt barn eller att amma i lika stor utsträckning som hos deltagarna i studien från 2007. Intressant är också att de mammor som hade genomgått ett akut kejsarsnitt inte hade mer ont än de som genomgått ett

elektivt kejsarsnitt, däremot upplevde mammor med akut kejsarsnitt att smärtan påverkade amningen i högre grad. Det är därför viktigt att mammor som genomgår ett akut kejsarsnitt får adekvat smärtlindring och att amningsstöd erbjuds tidigt.

De flesta mammor i föreliggande studie hade dock en lyckad amningsstart. En bidragande faktor kan ha varit att mammorna överlag upplevde att de hade fått bra stöd från personalen. Vid de fall då amningen inte kommit igång var det andra faktorer som inverkar än just kejsarsnittet. Mammorna visade även på en stark tilltro till sin förmåga att amma vilket motstrider resultatet från Chaplin Kelly och Kildeas (2016) studie där mammorna kände ett tidigt misslyckande då mjölken inte ville rinna till, de blev osäkra och började introducera modersmjölksersättning. Enligt Redshaw et al. (2014) var de mammor som genomgick ett akut kejsarsnitt och fick hålla sitt barn inom fem minuter mer benägna till att amma och ammade i längre utsträckning. Detta stärker barnmorskans ansvar att verkligen försöka stanna upp med barnet hos mamman redan inne på operationssalen även om det blir en väldigt kort stund.

Tre av mammorna i föreliggande studie mådde så pass dåligt efter kejsarsnittet att de fick söka samtalsstöd postpartum. Kvinnor som genomgår ett akut kejsarsnitt har oftare en mer negativ förlossningsupplevelse än de som genomgår ett elektivt kejsarsnitt (Chalmers et al. 2010; Eckerdal et al., 2017; Schindl et al., 2003) och har därmed också en ökad risk att utveckla postpartum depression (Eckerdal et al., 2017). Resultatet visade att separationen från sitt barn kunde påverka mammans första kontakt med barnet på olika sätt. Ett av dessa var att de kunde få svårt att ta till sig barnet och det kunde skapas ett glapp mellan mamma och barn. Även om det hos många kändes naturligt att ta till sig barnet och att lyckan infann sig direkt var det många som kompenserade för den förlorade tiden. Studier om den tidiga mamma-barninteraktionen har sin härkomst från anknytningsteorin (Bowlby, 2010). För närmare femtio år sedan påbörjades de första forskningsprojekten om nära hud mot hud kontakt och hur det kunde förändra samspelet mellan mamma och barn både på kort och lång sikt (Winberg, 2005). I studier (Bell et al., 2014; Fernández et al., 2012; Neuman et al., 2012) har det hittats indikationer på att modersbeteendet hos däggdjur är hormonellt styrt och det viktigaste hormonet i sammanhanget är oxytocin. I studier av (Fernandez et al., 2012; Widström, 1988; Widström et al., 2016) sågs det att anknytningsbeteendet kan observeras direkt efter födseln. Forskningen menar på att de två första timmarna efter födseln verkar signifikant viktiga för mammans känslighet, barnets självreglering och bandet mellan

mamma-barn (Bystrova et al., 2009; Klaus et al., 1972). Samtidigt ska denna tid inte ses som den enda tiden för anknytning utan att den är en "känslig period" och vid separation kan den kompenseras i efterhand men det kräver lite mer arbete vilket är viktigt att beakta för barnmorskorna inom eftervården. Många familjer är känsliga och hade haft en stor fördel av hjälp av det neuro-endokrina system som tidig hud mot hudkontakt ger för att knyta an till den nya familjemedlemmen (Winberg, 2005). Vilka som har detta behov vet vi inte varför separation av mamma och barn endast borde ske i de fall då en separation är oundviklig, inte för att sjukvården inte klarar av att upprätthålla vårdkedjan vilket stärks av WHO och UNICEF att vårdpersonalens rutiner inte ska störa kontakten mellan mamma och barn.

### **Konklusion och implikationer**

Barnmorskan har en betydande roll när det gäller att förbättra det postoperativa omhändertagandet efter kejsarsnitt och minska känslan av separation samt främja anknytning. Även om barnmorskan inte har mandat att bestämma hur den postoperativa vården ska se ut kan barnmorskan ändå göra skillnad. Genom kontinuerlig information, bekräftelse och stöd kan mammans upplevelser bli mer hanterbara och sättas i ett sammanhang.

Föräldraförberedande kurser behöver uppdateras både gällande förberedande information om kejsarsnitt samt om vikten av att vara hud mot hud med sitt barn.

Författarna föreslår en kartläggning över rutiner på hur vården och eftervården ser ut vid akuta kejsarsnitt i olika landsting och mellan olika sjukhus eftersom vården ska vara lika för alla. Samtidigt föreslås att mer forskning läggs på upplevelser där mammor inte separeras från sitt barn vid akuta kejsarsnitt samt hur detta är organisatoriskt möjligt för att sedan kunna implementeras på andra ställen. Viktigt hade också varit att se vilka långsiktiga vinster en sådan vård medför.

## Referenser

- Andolf, E. (2014). Kejsarsnitt. Hagberg, H., Marsál, K. & Westgren, M. *Obstetrik*. (2;(uppdaterade) uppl.) (s. 549–564). Lund: Studentlitteratur
- Andolf, E., Lilja, H., Hildingsson, I., Wiklund, I., Blomdahl, M., Lundberg, F., ...Gunnarsson, M. (2011). *Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan*. (Samarbetsprojektet Nationella medicinska indikationer, rapport 2011:09). Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 17-04-23 från:<https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nationella-indikationer-kejsarsnitt-moderns-onskan.pdf>
- Bell, A.F., Ericksson, E.N. & Carter, C.S. (2014). Beyond labor: the role of natural and synthetic oxytocin in transition to motherhood. *J Midwifery Womens Health*, 59 (1), 35-42. Doi:[10.1111/jmwh.12101](https://doi.org/10.1111/jmwh.12101)
- Bengtsson, K. (2015, 7 December) Kejsarsnitt. Stockholm: 1177.se Hämtad 14 Maj, 2018, från <https://www.1177.se/Stockholm/Fakta-och-rad/Behandlingar/Kejsarsnitt/>
- Berg, M. & Dahlberg, K. (1998). A phenomenological study of women's experiences of complicated childbirth. *Midwifery* 14(1), 23–29. Doi: 10.1016/S0266-6138(98)90111-5
- Bowlby, J. (2010). *En trygg bas: kliniska tillämpningar av anknytningsteorin*. (2. utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T., & Risholm Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori: betydelsen av nära känslomässiga relationer*. (1. utg.) Stockholm: Natur och kultur
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11(6), 461 – 466.
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A-S., Ransjö-Arvidson, A-B., Mukhamedrakhimov, R., Uvnäs-Moberg, K., & Widström, A-M. (2009). Early contact versus separation: Effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*, 36(2), 97-109. Doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00307. x.
- Chalmers, B., Caczorowski, J., Darling, E., Heaman, M., Fell., D.B., O'Brien, B., & Lee, L. (2010). Cesarean and vaginal birth in Canadian women: a comparison of experiences. *Birth*, 37(1), 44-49. <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1523-536X.2009.00377.x>
- Chaplin, J., Kelly, J., & Kildea, S. (2016). Maternal perceptions of breastfeeding difficulty after caesarean section with regional anaesthesia: A qualitative study. *Women and birth*. 29(2). 144-152. Doi: 10.1016/j.wombi.2015.09.005.

Dabrowski, G. (2007). Skin-to-skin contact: giving birth back to mothers and babies. *Nursing for women's health* 11, 64-71. Doi: 10.1111/j.1751-486x.2007.00119.x

Datainspektionen (2013). *Personuppgifter i forskningen – vilka regler gäller?* Hämtad 26 Mars 2017 från: <https://www.datainspektionen.se/Documents/faktabroschyr-pul-forskning.pdf>

Eckerdal, P., Marios, K. Georgakis, Natasa Kollia, Wikström, A-K, Ulf Högberg, Alkistis Skalkidou (2018). Delineating the association between mode of delivery and postpartum depression symptoms: a longitudinal study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 97(3), 301-311 Doi: 10.1111/aogs.13275.

Erlandsson, K (2005). Mothers' lived experiences of co-care and part-care after birth, and strong desire to be close to their baby. *Midwifery* (21) 2, 131-138. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2004.09.008>

Erlandsson, K., Dsilna, R. N., Fagerberg, I., & Christensson, K. (2007). Skin to skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth*, 34(2), 105-114. Doi: 10.1111/j.1523-536X.2007.00162.x

Erlandsson, K., Christensson, K. & Fagerberg, I. (2008). Fathers' Lived Experiences of Getting to Know Their Baby While Acting as Primary Caregivers Immediately Following Birth. *Journal of Perinatal Education* 17 (2), 28–36. Doi: 10.1624/105812408X298363

Fawcett, J., Aber, C., Haussler, S., Weiss, M., Taylor Myers, S., Hall, J.L., Waters, V.L., King, C., Tarkka, M.-T., Rantanen, A., Astedt-Kurki, P., Newton, J. & Silva, V. (2011). Women's perceptions of caesarean birth: A Roy International Study. *Nursing Science quarterly* 24(4), 352-362. Doi: 10.1177/0894318411419211

Fenwick, J., Gamble, J. & Mawson, J. (2003). Women's experiences of caesarean section and vaginal birth after caesarian: A birthrites initiative. *International journal of nursing practice* 9, 10-17. Doi: 10.1046/j.1440-172X.2003.00397.x

Fernández, I., Gabriel, M., Murillo, L., Martínez, A., Costarelli, V. & Santos, I. (2013). Mode of delivery may influence neonatal responsiveness to maternal separation. *Early human development*, 89(5), 339–342. Doi: 10.1016/j.earlhumdev.2012.11.005

Forsman, B. (1997). *Forskningsetik- en introduktion*. Lund: Studentlitteratur

Födelsehuset. *Kejsarsnitt*. Hämtad 14 Maj, 2018, från <https://www.fodelsehuset.se/om-oss/>



Halldorsdottir, S. (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing and healthcare: developing a theory*. (Doktorsavhandling) Medicinal dissertations Linköping: Linköpings universitet.

Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. (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: 10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x

Hansagi, H. & Allebeck, P. (1994). *Enkät och intervju inom hälso-och sjukvård- handbok för forskning och utvecklingsarbete*. Lund: Studentlitteratur

Herishanu-Gilutz, S., Shahar, G., Schattner, E. & Kofman, O. (2009) On becoming a first-time mother after an emergency Caesarean section  
A journey from alienation to symbolic adoption. *Journal of Health Psychology* 14(7). Doi: 10.1177/1359105309341205

Höjeberg, P. (2011). *Jordemor- Barnmorska och barnaföderska- Barnafödandets historia i Sverige*. Stockholm: Carlsson bokförlag.

Karlström, A., Engström-Olofsson, R., Nystedt, A., Sjöling, M & Hildingsson, I. (2010) Women's postoperative experiences before and after the introduction of spinal opioids in anaesthesia for caesarean section. *Journal of Clinical Nursing* 19(9-10). 1236-1334  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03213.x>

Karlström, A., Engström-Olofsson, R., Norbergh K.G., Sjöling, M. & Hildingsson, I. (2007). Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care. *Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing* 36(5), 430-40.  
Doi: 10.1111/j.1552-6909.2007.00160.x

Klaus, M.H. (2009). Commentary: An early, short, and useful sensitive period in the human infant. *Birth* 36(2). Doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00315.x.

Klaus, M.H., Jerauld, R., Kreger, N.C., McAlpine, W., Steffa, M., & Kenell, J.H. (1972). Maternal attachment. importance of the first post-partum days. *New England journal of medicine* 286 (9), 460-463. Doi: 10.1056/NEJM197203022860904

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

Lagercrantz, H. (2001). *När livet börjar*. Borås: Natur och kultur.

Leboyer, F. (1974). *Födas utan våld*. Stockholm: Aldus

Lupton, D. & Schmied, V. (2013). Splitting bodies/selves: women's concepts of embodiment at the moment of birth. *Sociology of health & illness* 35(6) Doi: 10.1111/j.1467-9566.2012.01532.

Lundman, B., & Hällgren Granheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. M Granskär., & B, Höglund-Nielsens (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.

Lurie, S. (2005). The changing motives of cesarean section: from the ancient world to the twenty first century”. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 271(4), 281-283. Doi: 10.1007/s00404-005-0724

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning* (2: a uppl). Lund: Studentlitteratur

McKeever, J. & Fleur, R. (2012). Overcoming barriers to baby-friendly status: one hospital's experience. *Journal of human lactation* 28, 312-314. Doi: 10.1177/0890334412440627

Milton, A. (2002). *Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration - Etiska principer för medicinsk forskning som omfattar människor*. Läkartidningen, vol 99, nr 11. s. 1214-1216. Hämtad 24 april 2017 från: <http://www.sls.se/PageFiles/229/helsingfors.pdf>

Moran-Peters, J.A., Zauderer, C.R., Goldman, S., Baierlein, J. & Smith, A. E. (2014). A quality improvement project focused on women's perceptions of skin-to-skin contact after cesarean birth. *Nurs Womens Health*.18 (4), 294-303. Doi: 10.1111/1751-486X.12135.

Neumann, I.D. & Landgraf, R. (2012). Balance of brain oxytocin and vasopressin: implications for anxiety, depression and social behaviors. *Trends Neurosci*, 35 (11), 649-659. Doi:[10.1016/j.tins.2012.08.004](https://doi.org/10.1016/j.tins.2012.08.004)

Nolan, A & Lawrence, C. (2009). A pilot study of a nursing intervention protocol to minimize maternal-infant separation after cesarean birth. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing* 38, 430-442. Doi: 10.1111/j.1552-6909.2009.01039.x

Nolan, M. (1997). Antenatal education-where next?. *Journal of advanced nursing* 25, 198-1204. Doi: [10.1046/j.1365-2648.1997.19970251198.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.19970251198.x)

Onsea, J., Bijmens, B., Van Damme, S. & Van Mieghem, T. (2017). Exploring and experiences around “gentle” and “standard” caesarean section. *Gynecologic and obstetric investigation*. Doi: 10.1159/000481284.

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

PUL 1998:204. *Personuppgiftslag*. Hämtad 25 April, 2017, från Riksdagen, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204\\_sfs-1998-204](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204)

Schindl, M., Birner, P., Reingrabner, M., Joura, E. A., Husslein, P., & Langer, M. (2003). Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(9), 834-840.

Somera, M.J., Feeley, N. and Ciofani, L. (2010) Women's experience of an emergency Caesarean birth, *Journal of Clinical Nursing*, 19, 19–20, 2824–31. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03230.x

Stevens, J., Schmied, V., Burns, E. & Dahlen, H. (2014) Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Maternal and child nutrition* 10, 456-473. Doi: 10.1111/mcn.12128

Stevens, J., Schimed, V., Burns, E., & Dahlen, H.G. (2018) Who owns the baby? A video ethnography of skin-to-skin contact after a caesarean section *Woman and birth* (17) Doi: 10.1016/j.wombi.2018.02.005.

Socialstyrelsen. (2017, mars). Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2015. Hämtad 25 april, 2017, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20498/2017-3-3.pdf>

Tham, V., Christensson, K., & Ryding, E-L. (2007). Sense of coherence and symptoms of post-traumatic stress after emergency caesarean section. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 86(9), 1090-1096. Doi: 10.1080/00016340701507693

Unicef och WHO (2018) *Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative* Hämtad 27 April 2018 från <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/en/>

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer- inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 24 April, 2017 Från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A negativ birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 31(1), 17-27.  
Doi:10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x

Widström, A-M. (1988). *Studies on breast-feeding: behaviour and peptide hormone release in mothers and infants: applications in delivery and maternity ward care*. Stockholm: Karolinska universitetet.

Widström, A-M., Lilja, G., Aaltomaa-Michalias, P., Dahllöf, A., Lintula, M., & Nissen, E. (2011) Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatrica*. 100(1), 79-85. Doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01983.x. Epub 2010 Sep 14.

Widström, A-M., Jonas, W. & Nissen, E. (2016). Det nyfödda barnet, tidig mor- barn interaktion och amning. H., Christensson, K. & Dykes, A-K. *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (s.624-645). Lund: Studentlitteratur.

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

Winberg, J. (2005). Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior-a selective review. *Developmental psychobiology* 47 (3), 217-229. Doi: 10.1002/dev.20094

Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P., & Trevisanuto, D. (2010). Elective Cesarean Delivery: Does It Have a Negative Effect on Breastfeeding? *Birth* 37(4), 275-279. Doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00421.x.

Zwedberg, S., Blomquist, J. & Sigerstad, E. Midwives' experiences with mother–infant skin-to-skin contact after a caesarean section: 'Fighting an uphill battle'. *Midwifery* 31(1), 215-220. Doi: [org/10.1016/j.midw.2014.08.014](https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.08.014)

## Arbetsfördelning

Båda författarna har tagit lika stort ansvar i arbetsprocessen. Intervjuerna har i den mån det varit möjligt utförts gemensamt och i de fall de har behövts delas upp har den andra kompenserat genom att transkribera. Analys av materialet har skett enskilt och kategorisering har skett tillsammans. Skrivprocessen har både utförts gemensamt samt enskilt via ett öppet dokument.