

”...DU SKA BLI SNITTAD SNART, OKEJ? SEN GICK DE...”

Intervjustudie om kvinnors erfarenheter av barnmorskors informationsgivning inför akut kejsarsnitt

KAJSA ARONSON

Sexuell och reproduktiv hälsa
Avancerad nivå
15hp
Barnmorskeprogrammet
Examensarbete inom sexuell och reproduktiv
hälsa
VAE041

Handledare: Margareta Widarsson
Examinator: Marianne Velandia

Seminariedatum: 19-01-17
Betygsdatum: 19-02-08

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Frekvensen för kejsarsnitt i Sverige har ökat och var 17,6 procent år 2016. Kejsarsnitt delas in i planerade och akuta. Barnmorskan har som uppgift att bland annat förbereda kvinnan och ge information om kejsarsnitt under graviditet på mödrahälsovården samt på förlossningen. I tidigare studier upplevde kvinnor brister i informationsgivningen.

Syfte: Beskriva kvinnors erfarenheter av barnmorskors information inför akuta kejsarsnitt.

Metod: Intervjuer med induktiv ansats och semistrukturerade frågor. Sex kvinnor intervjuades i Mellansverige som genomgått akut kejsarsnitt de senaste fem åren.

Analysprocessen bestod av kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Tre kategorier och tio subkategorier utvecklades. Kvinnorna hade varierande erfarenheter av akuta kejsarsnitt, beroende på mängden information de erhållit av barnmorskan. Kvinnorna önskade att informationen om kejsarsnitt introducerades på mödrahälsovården och normaliserades för att öka förberedelsen inför eventuellt kejsarsnitt och göra det mindre skrämmande. Några kvinnor erfarde barnmorskan som lugn, vilket var viktigt i samband med i informationsgivande så att kvinnorna också kunde känna sig lugna och avslappnade.

Konklusion: kvinnors erfarenheter är att informationen inför kejsarsnitt ofta brister i mängd. Informationen önskas introduceras på mödrahälsovården, erhållas både muntligt och skriftligt, vara lättförståelig samt normaliseras. Barnmorskorna tar sig inte alltid tiden att ge information, vilket kvinnorna önskar att de borde.

Nyckelord: Erfarenhet, förberedelse, förlossningsupplevelse, kvalitativ metod, känslor.

ABSTRACT

Background: The frequency of caesarean section in Sweden has increased and was 17.6 percent in 2016. Caesarean section is divided into planned and emergency. The midwife's task is, among other things, to prepare the woman and provide information on caesarean section during pregnancy in maternity care and in maternity clinic. In previous studies, women experienced shortcomings in information disclosure. **Purpose:** To describe women's experiences of midwives' information prior to emergency caesarean section. **Method:** Interviews with inductive approach and semi-structured questions. Six women were interviewed in middle of Sweden who had undergone emergency caesarean section over the past five years. The analysis process consisted of qualitative content analysis. **Result:** Three categories and ten subcategories developed. The women had varying experiences of their emergency caesarean section, depending on the amount of information they received from the midwife. The women wanted the Caesarean section to be introduced to the maternal health care system and normalized to increase the preparation for possible caesarean section and make it less scary. Some women experienced the midwife as calm, which was important in connection with information giving so that the women could also feel calm and relaxed. **Conclusion:** women's experiences are that the information for cesarean section often fails in quantity. The information is wanted to be introduced in the maternity health care system, obtained both orally and in writing, be easily understood and normalized. The midwives do not always take the time to give information, which the women want them to.

Keywords: Experience, preparation, birth experience, qualitative method, emotions.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	1
2.1	Kejsarsnitt.....	1
2.1.1	<i>Planerat kejsarsnitt.....</i>	3
2.1.2	<i>Akut kejsarsnitt.....</i>	3
2.2	Barnmorskans kompetensområde och förhållningssätt.....	4
2.3	Mödrahälsovårdens verksamhet	5
2.3.1	<i>Barnmorskan inom mödrahälsovården.....</i>	5
2.3.2	<i>Föräldrastöd inom mödrahälsovården.....</i>	6
2.4	Barnmorskan på förlossningen	6
2.5	Kvinnors erfarenheter av kejsarsnitt.....	7
2.6	Teoretisk referensram.....	8
2.7	Problemformulering	10
3	SYFTE	10
4	METOD	10
4.1	Design	10
4.2	Urval	11
4.3	Datainsamlingsmetod	11
4.4	Genomförande.....	12
4.5	Analysmetod.....	13
4.6	Etiska överväganden	14
5	RESULTAT.....	14
5.1	Vikten av att få fullgod information	15
5.1.1	<i>Tillräcklig förberedande information</i>	15
5.1.2	<i>Att förstå informationen</i>	16
5.1.3	<i>Att utnyttja tiden.....</i>	17
5.2	Förhållningssättets betydelse.....	18

5.2.1	<i>Att inkludera partnern</i>	18
5.2.2	<i>Att känna delaktighet i beslutet om förlossningens avslutande</i>	19
5.2.3	<i>Att kontinuerligt få information</i>	19
5.2.4	<i>Betydelsen av en lugn barnmorska</i>	20
5.3	Önskan om förändring	21
5.3.1	<i>Information inom mödrahälsovården</i>	21
5.3.2	<i>Att normalisera och avdramatisera kejsarsnitt</i>	21
5.3.3	<i>Nya informationsmöjligheter</i>	22
6	DISKUSSION	23
6.1	Metoddiskussion	23
6.2	Resultatdiskussion	26
6.3	Etikdiskussion	30
7	KONKLUSION	31
8	KLINISKA IMPLIKATIONER	31
9	FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING	31
	REFERENSLISTA	33
	BILAGA A, INFORMATIONSBREV	
	BILAGA B, SAMTYCKESFORMULÄR	
	BILAGA C, INTERVJUGUIDE	
	BILAGA D, ARTIKELMATRIS	

1 INLEDNING

Den största händelsen och målet i livet kan för många kvinnor vara att föda barn. När graviditeten leder mot sitt slut och kvinnorna äntligen skall få träffa sitt barn, bilda -eller utöka sin familj och få en ny familjemedlem. Många kvinnor förbereder sig under graviditeten inför sin förlossning genom att delta i föräldragrupper och får information via mödrahälsovården, vänner, internet och litteratur. Författaren hade som förförståelse att kejsarsnitt inte är ett vanligt samtalsämne på mödrahälsovården i samband med graviditet och att det är vanligt att kvinnor inför förlossningen upplever att de inte får tillräckligt med information. Att föda vaginalt kan för många kännas som det mest naturliga och som det självklara valet. Förlossningen slutar inte alltid som kvinnorna tänkt sig och kejsarsnitt kan bli aktuellt.

Under utbildning till barnmorska, verksamhetsförlagd utbildning, väninnors berättelser, egen graviditet och arbete som sjuksköterska har författaren kommit i kontakt med kejsarsnitt. Dock har författaren reflekterat över att mödravårdens information om kejsarsnitt till blivande föräldrar brister. Varken i barnmorskeutbildningen, under verksamhetsförlagd utbildning eller i samband med sin egen graviditet, informerades om hur information om kejsarsnitt bör ges till föräldrar samt vad för information som bör ges. Intresset för vad andra kvinnor har för erfarenheter av vad för information som ges i samband med kejsarsnitt väcktes.

2 BAKGRUND

I bakgrunden kommer kejsarsnitt, barnmorskans kompetensområde, barnmorskan på förlossningen, mödrahälsovårdens verksamhet, kvinnors upplevelser av kejsarsnitt, teoretisk referensram samt problemformulering att beskrivas.

2.1 Kejsarsnitt

Under romarrikets första kungadöme fick en avliden gravid kvinna inte begravas oförlöst. Kvinnan var tvungen att genomgå kejsarsnitt och fostret plockas ut innan begravning kunde ske. De som inte följde detta hade orsakat död hos en oskyldig levande individ. Det första kejsarsnittet skedde tidigt inom mänsklighetens historia. Inom svensk historia skedde det första kejsarsnittet år 1758. Överlevnaden hos de som förlöstes med kejsarsnitt på den tiden var låg på grund av postpartuminfektioner och blödningar (Wiklund & Hildingsson, 2016).

Frekvensen för kejsarsnitt har ökat i Sverige de senaste tre decennierna. På 1970-talet låg frekvensen på cirka fem procent och senaste mätningen år 2016 visade att kejsarsnittsfrekvensen i Sverige ökat till 17,6 procent. Orsaker till den ökade frekvensen var att riktlinjer och vårdprogrammen hade utvecklats, att kvinnorna som föder hade högre BMI, högre ålder samt att det var vanligare med kejsarsnitt i samband med sätes- och flerbördsförlossningar. Flest antal kejsarsnitt sker i Stockholm som har en frekvens på 21,5 procent, följt av Värmland och Gävleborg med frekvens på 19,6 procent (Socialstyrelsen, 2018). Varje år föds i Sverige ca 20 000 barn med kejsarsnitt. Kejsarsnitten delas in i de akuta kejsarsnitten och de planerade kejsarsnitten. Majoriteten av de gånger ett kejsarsnitt utförs föds barnet med huvudet först, men i de fall då barnet ligger i sätesbjudning, rekommenderas numera ett planerat kejsarsnitt om vändningsförsök inte lyckas (Wiklund & Hildingsson, 2016).

Barnet förlöses vid kejsarsnitt genom ett snitt i buken. Denna metod var till en början till för att rädda livet på modern, men kom sedan även att användas för att rädda livet på barnet. I alla utvecklingsländer ökar frekvensen för kejsarsnitt, på grund av att komplikationer i samband med kejsarsnittet minskar och indikationerna ökar. Orsaker till att kejsarsnitt blir nödvändigt kan vara på grund av vaginal blödning, tidigare operationer hos moder, långsam progress av förlossning, mammans önskan, barnet blir påverkat, uterusruptur och fosterläge. Indikationen till kejsarsnittet är ofta orsaken till eventuell komplikation. Vid kejsarsnitt blir sårytorna större än om en vaginal förlossning hade ägt rum. Blödningen blir vanligen större än vid vaginal förlossning och risken för infektion ökar. Ett kejsarsnitt hindrar inte en vaginal förlossning vid nästa graviditet. Varje kejsarsnitt ökar dock risken för komplikationer, ju fler kejsarsnitt kvinnan genomgått, desto högre risk för komplikation vid nästkommande graviditet (Andolf, 2014).

När kejsarsnittet är genomfört och barnet hjälpts ut har närstående ofta möjlighet att klippa navelsträngen. Kvinnan får läkemedel som hjälper moderkakan att lossna och livmodern att dra ihop sig. När förlossningsläkaren sett att livmodern dragit ihop sig sys såret ihop, i de flesta fall med en tråd som gör att stygnen förvinner av sig självt och inte behöver avlägsnas. När navelsträngen är avklippt är det inte ovanligt att barnmorskan separerar mor och barn och tar med sig barnet till ett rum bredvid operationssalen, då får närstående följa med barnmorskan. Barnmorskan kontrollerar, under cirka fem till 10 minuter, att barnet mår bra och andas normalt. Om barnet mår bra efter undersökning får närstående eller kvinnan hålla barnet på sitt bröst, gärna hud mot hud. En barnläkare kan finnas med vid kejsarsnittet, då barnet förväntas må dåligt vid födsel. Under operation tar det några minuter från att operationen börjar tills att barnet är ute, men tar längre tid att sy ihop buk och livmoder (Vårdguiden 1177, 2015).

För kvinnan finns risker, även om ingreppet räknas som en enkel operation, för komplikationer såsom infektioner i livmodern eller operationssår, urinvägsinfektion på grund av kateter som erhålls i samband med operation, blodpropp, att livmodern inte vill dra ihop sig och större blödning inträffar, besvär med moderkakan vid kommande graviditeter på grund av att det finns viss risk att moderkakan växer fast i operationssåret. Efter kejsarsnitt kan en del barn få problem- och behöva hjälp med andningen. Orsaken till detta är att barnet hjälps fort ut ur magen och hinner inte alltid förbereda sig. I vissa fall behöver barnet få extra

vård på neonatalavdelning. Föräldrarna får närvara så mycket de vill på neonatalavdelningen (Vårdguiden 1177, 2015). Kontinuerligt stöd av barnmorska och anhöriga under förlossningen, har visat sig minska risken för att förlossningen får negativt utfall och kvinnorna föder mer ofta spontant vaginalt, har mindre behov av farmakologisk smärtlindring, kortare förlossning, mindre risk för instrumentell förlossning, akut kejsarsnitt samt låga Apgar-poäng hos barnet (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2013)

2.1.1 Planerat kejsarsnitt

Precis som namnet säger så är ett planerat kejsarsnitt förutbestämt. Kvinnan vet vilket datum barnet kommer födas och att detta sker med kejsarsnitt (Vårdguiden 1177, 2015). Planerat kejsarsnitt, elektivt kejsarsnitt, utförs vanligen i slutet av graviditeten, gärna så nära det beräknade födelsedatumet som möjligt och gärna inte före graviditeten är 39 fullgångna veckor. De kvinnor som planerat kejsarsnitt främst rekommenderas till är graviditeter där det finns en föreliggande moderkaka, kvinnor med grav havandeskapsförgiftning, där blödning indicerar på att moderkakan är på väg att lossna och om kvinnan tidigare genomgått två eller flera kejsarsnitt. Planerat kejsarsnitt kan även rekommenderas på grund av fosterpåverkan, till exempel om fostret växer dåligt och är litet för tiden eller om fostret är mycket stort (Wiklund & Hildingsson, 2016). Andra indikationer som gör att kejsarsnitt kan bli aktuellt är misstanke om disproportion, symtom efter tidigare sfinkterskada samt sätesändläge (SFOG, 2010). Planerat kejsarsnitt kan även ske på moderns egen begäran. Åtta procent av alla planerade snitt är på grund av detta och beror ofta på förlossningsrädsla, negativa upplevelser eller komplicerad tidigare förlossning, våld och sexuella övergrepp (Wiklund & Hildingsson, 2016).

2.1.2 Akut kejsarsnitt

Ett akut kejsarsnitt liknar det planerade kejsarsnittet, men har startat som en vaginal förlossning och måste av olika anledningar avslutas med kejsarsnitt (Vårdguiden 1177, 2015). Enligt Wiklund och Hildingsson (2016) utgör de akuta kejsarsnitten cirka 60 procent av alla kejsarsnitt och är ofta på grund av en komplikation hos mor eller barn som inträffat under förlossningen där mor eller barns hälsa hotas. Långdraget förlossningsförlopp, blödning, utebliven progress vid vaginal förlossning, det vill säga att modern munnen öppnar sig långsammare än förväntat, prolaps av navelsträng och uterusruptur är några av skälen till att akut kejsarsnitt genomförs. Ett påverkat CTG som tyder på att barnet hotas av asfyxi är också en vanlig orsak till akuta kejsarsnitt, likaså påverkade fosterljud (Wiklund & Hildingsson, 2016). Andra indikationer för akut kejsarsnitt är dystoci, fostrets läge och misslyckad instrumentell vaginal förlossning (SFOG, 2010). De akuta kejsarsnitten delas in i akuta, som kan ske inom en kvart till några timmar, och omedelbara, som bör ske inom kortast möjliga tid. Vid de omedelbara kejsarsnitten sövs kvinnan direkt och är då inte vid medvetande när barnet föds, vilket kan vara mycket psykiskt påfrestande för kvinnan (Wiklund & Hildingsson, 2016). Vid akuta kejsarsnitt som inte sker omedelbart, finns det tid för förberedelser, frågor och information, vilket inte alltid finns vid omedelbara kejsarsnitt. Vid akuta kejsarsnitt är det mer vanligt med ryggbedövning och närstående får vara med vid operation (Vårdguiden 1177, 2015).

2.2 Barnmorskans kompetensområde och förhållningssätt

Barnmorskan ska ha en humanistisk människosyn där hen tillvaratar både patienter och närståendes erfarenheter, kunskaper och önskemål. Barnmorskan ska ha kompetens inom normal- och komplicerad graviditet, förlossning och eftervård och ska på ett pedagogiskt sätt förmedla kunskap inom sexuell och reproduktiv hälsa på både individ och gruppnivå. Vid både manuella och instrumentella förlossningsoperationer ska barnmorskan ha kompetens och kunna ge information. Hen ska ge stöd i föräldraskap och förbereda föräldrarna inför förlossningen samt kunna ge samtalsstöd vid graviditet, förlossningsrädsla och förlossningskomplikationer. Barnmorskor ska kritiskt kunna reflektera över de rutiner som finns och vidta åtgärder vid behov och bidra till förändring av dessa. Hen ska även identifiera ny kunskap och hjälpa till så att den nya kunskapen börjar användas och introduceras för andra (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). Enligt en studie av Litorp, Mgay, Kidanto, Johndotter och Essén (2015) ansåg barnmorskor att information är viktigt, men att det inte alltid sker i praktiken. De önskade att de kunde ge mer information inför kejsarsnitt om kejsarsnitt, smärta och infektionsrisk. Barnmorskorna ansåg att mer information borde ges under graviditeten så att kejsarsnitt inte skulle kännas lika främmande. Enligt Lundgren och Berg (2016) ska barnmorskorna ha en stärkande, stödjande och en vårdande funktion samt ha ett professionellt förhållningssätt.

Enligt Svenska barnmorskeförbundet (1999) etiska kod ska barnmorskor stärka en säker förlossningshandläggning i alla kulturer och miljöer genom att använda sina professionella kunskaper. Barnmorskan ska vara lyhörd för kvinnans behov, psykiska, fysiska, emotionella och andliga behoven. I hälsoupplýsning och friskvård vara goda förebilder för kvinnorna, familjer samt andra hälsoprofessioner. Barnmorskan ska aktivt söka efter utveckling inom sin profession samt personlig och intellektuell utveckling. Barnmorskan ska vara medveten om individens integritet och bevarar därför information i förtroende från individen. Barnmorskan ska ha förståelse och arbeta för att eliminera våld mot etiska och mänskliga rättigheter hos kvinnor och barns hälsa. Barnmorskan befrämjar hälsan hos kvinnan och familjer genom att delta i utveckling och genomförande av riktlinjer och hälsoprogram

Barnmorskan använder vid informationsgivning sin egen varsamhet samt omdöme, ska stå för sina handlingar och beslut samt kunna stå till svars för dessa. Barnmorskan ska ha förståelse och arbeta för att eliminera våld mot etiska och mänskliga rättigheter hos kvinnor och barns hälsa. Barnmorskan befrämjar hälsan hos kvinnan och familjer genom att delta i utveckling och genomförande av riktlinjer och hälsoprogram (svenska barnmorskeförbundet, 1999). Enligt SFOG (2010) har barnmorskan till uppgift att ge konsekvent och sammanhängande information. När kejsarsnitt sker akut är det viktigt att barnmorskan behåller lugnet i samband med informationsgivning, samt ger information till partner. Extra viktigt är det att ge tydlig information vid smärtpåverkad moder. Fortsatt skriver SFOG att det är viktigt att barnmorskan tillsammans med läkaren går igenom händelsen med paret, efter att kejsarsnittet genomförts. Barnmorskan kan med fördel ge mer information än vad hen tror behövs, för att minska risken för missförstånd. Det är viktigt att barnmorskan i samtalen bekräftar paret och deras känslor.

2.3 Mödrahälsovårdens verksamhet

Mödrahälsovården har enligt SFOG (2016) många ansvarsområden och hjälper kvinnor före, under och efter graviditet. Mödrahälsovården har som övergripande mål att hela befolkningen ska få en god sexuell och reproduktiv hälsa. Med god sexuell och reproduktiv hälsa menas att det ska finnas möjlighet till ett ansvarsfullt, säkert och tillfredsställt samliv där människan själv väljer när och med vilket intervall de vill få barn. Genom kunskap om sexualitet, fortplantning, integritet, sexuellt överförbara infektioner, våld och preventivmedel kan den sexuella hälsan främjas. Mödrahälsovården hjälper till att bidra till en god sexuell och reproduktiv hälsa genom att bidra med rådgivning och insatser av hälsofrämjande -och förebyggande form. Identifierar och minimera risker för ohälsa, graviditet, förlossning och spädbarns-tid. Den svenska mödrahälsovården är globalt sett unik med en sammanhållen verksamhet där barnmorskan har en central roll. Den svenska mödrahälsovården arbetar med hälsovård i samband med graviditet, ger stöd till föräldrar och föräldragrupper förbereder föräldrarna inför förlossning -och föräldraskap. Den ska på individnivå utföra familjeplanering, genomföra gynekologiska undersökningar och provtagningar, erbjuda preventivmedelsrådgivning och förebyggande arbete för sexuellt överförbara infektioner. Arbetet på mödrahälsovården måste kontinuerligt utvärderas och anpassas efter ny kunskap och samhällsstruktur (SFOG, 2016).

Mödrahälsovårdens verksamhet regleras enligt SFOG (2016) av övergripande författningar och rekommendationer, men det saknas fortfarande nationella styrdokument. Lokalt anpassade riktlinjer och program finns istället för varje landsting. År 2008 infördes nya riktlinjer för mödrahälsovården och år 2014 publicerade socialstyrelsen kunskapsstöd för mödrahälsovården, för att bidra till en likvärdig mödrahälsovård i hela Sverige och för att stärka användandet av evidensbaserad praktik. Den svenska mödrahälsovårdens modell med alla verksamhetsgrenar har inte utvärderats vetenskapligt, men är organiserad så att den håller god kontinuitet och är lättillgänglig. Verksamheten har relevans för målgruppen den är avsedd för då den har hög anslutning och accepteras av de flesta. Varje landsting har ett detaljerat besöksprogram för hälsovård under graviditet. Det finns medicinska basprogram och övriga vårdprogram som barnmorskan följer och som innebär att den gravida kvinnan ska få komma till sin barnmorskemottagning med kort varsel vid symtom eller andra problem som ger oro. På barnmorskemottagningen gör barnmorskan den första bedömningen och hänvisar kvinnan sedan vidare vid behov. Barnmorskan följer även det psykologiska basprogrammet som följer kvinnans och familjens psykologiska omställning och stödjer deras anpassning till den nya situationen. Barnmorskan har ett nära samarbete med andra professioner och kliniker som till exempel läkare på specialistmödravården, vilket är viktigt vid eventuella komplikationer (SFOG, 2016).

2.3.1 Barnmorskan inom mödrahälsovården

Enligt Hildingsson (2016) har barnmorskan på mödrahälsovården ett självständigt ansvar för kvinnans vård under graviditet, både normal och komplicerad graviditet. Barnmorskan har både ett medicinskt-och ett vårdande ansvar. Barnmorskan ska förmedla information både skriftligt och muntligt både till kvinna och partner som ska innefatta de fysiologiska, psykologiska och sociala förändringarna som föräldrarna har framför sig i samband med

graviditet. Information om fosterdiagnostik, förlossning, perioden med nyfödda barn, amning och föräldraskap ska ges till föräldrarna. Barnmorskan kallar kvinnan vid normal graviditet till besök enligt basprogrammet, vilket är cirka sex till nio besök, men fler besök vid behov. Partner får följa med på samtliga besök. Intervallet mellan besöket är medicinskt grundat, men kan komma att ändras beroende på kvinnans mående och barnmorskans bedömningar. Tre till fyra veckor innan förväntad förlossning håller barnmorskan ett sammanfattande planeringssamtal där upplevelser av tidigare förlossning, förväntningar på förlossning, önskemål och tankar kring amning tas upp. Barnmorskan ska ha ett medicinskt och känslomässigt omhändertagande. Båda föräldrarna ska få möjlighet att bli involverade och få ett respektfullt bemötande. Tid ska ges för samtal, rådgivning och barnmorskan ska ta reda på parets erfarenheter, upplevelser, förväntningar och rädslor (Hildingsson, 2016). Enligt SFOG (2010) har barnmorskan på mödrahälsovården en viktig roll i informationsgivandet och ska delge kunskap -och information kring normal förlossning, men även kring avvikelser, som när kejsarsnitt blir aktuellt.

2.3.2 Föräldrastöd inom mödrahälsovården

Mödrahälsovården har som mål att vid föräldrastöd främja barns hälsa och utveckling, genom att uppmärksamma och ge föräldrarna information och förbereda dem på att möta det nyfödda barnet. Arbetet sker genom fortlöpande möten med föräldrarna enskilt, samverkan med andra familje-angelägna verksamheter och att anordna föräldragrupper. De tre områdena överlappar -och kompletterar varandra för att ge föräldrar det föräldrastöd i den form som passar deras behov (SFOG, 2016). Enligt Barimani (2016) finns ingen data som beskriver hur föräldrastöd i grupp ska vara utformade, men att det skiljer sig åt emellan olika landsting och regioner. Föräldrastöd ska ge kunskap om den fysiska, psykiska och sociala omställningen under graviditet och tiden efter födelse. Kunskap om barnets utveckling, relation mellan föräldrar emellan samt mellan föräldrar och barn. Föräldragrupper ska även ge möjlighet att skapa en kontakt och gemenskap mellan personal och föräldrar samt dela erfarenheter sinsemellan. Målet med föräldragrupperna är att ge stöd i föräldraskapet och svara på frågor om graviditet, förlossningsmetoder samt hjälpa föräldrarna att utvecklas. Innehållet brukar utgå från teman som frågor om graviditet, kost, näringsfrågor, alkohol och tobak, förlossning, smärtlindring, relation till barnet, första tiden med barnet och amning.

2.4 Barnmorskan på förlossningen

Den första kontakten med barnmorskan och förlossningskliniken sker för kvinnan vanligtvis genom ett telefonsamtal. Detta samtal är vanligtvis ett rådgivande samtal och barnmorskan fungerar här som rådgivare. Det är viktigt att barnmorskan tar sig tid och lyssnar på paret. Innan avslutat samtal bör barnmorskan sammanfatta vad som precis har sagts och vad de gemensamt har kommit fram till. Barnmorskan ska vid mötet med kvinnan visa respekt, då det för kvinnan ofta upplevs som en utsatt situation med höga förväntningar, rädsla för utsatthet, smärta och bristande kontroll. Barnmorskan ska vara lyhörd för oro och förväntningar. Genom detta arbetssätt kan barnmorskan skapa delaktighet och hjälpa

kvinnan att utifrån önskemål upprätthålla kontroll. Om paret skrivit ett förlossningsbrev, innehållande en förlossningsplan, ska barnmorskan diskutera- och ta del av denna. Barnmorskan bildar tillsammans med kvinnan och hennes partner ett team och det är viktigt att vara närvarande och delaktig. Barnmorskan har under förlossningen både en medicinsk karaktär samt omvårdande karaktär, med en icke dömande men tolerant hållning (Lindgren, Rehn & Wiklund, 2014). Genom delaktighet, närvarande och lyhörd barnmorska upplever kvinnor att de får kontroll, vilket är något barnmorskan ska sträva efter. Ökad kontroll minskar risken för förlossningsrädsla (Hilding, Nilsson, Karlström & Lundgren, 2011).

När kvinnan kommer till avdelningen så tar barnmorskan en anamnes och tar del av födelseplan. Hen utför intagningstest såsom yttre palpation, lyssnar på fosterljud, tar CTG, urinprov, vikt, vaginal undersökning och blodtryck. Barnmorskan gör iakttagelser och bedömningar konstant. Barnmorskan försöker få kvinnan att slappna av, då förlossningen har bäst förutsättningar då och det är viktigt att barnmorskan tar sig tid för första mötet. Under aktiv förlossning ska barnmorskan öppna ett partogram och fortlöpande göra bedömningar över förlossningens progress. Det är viktigt att barnmorskan skapar en lugn och trygg miljö, då stress har en negativ påverkan på förlossningsförloppet. Barnmorskan ska vara flexibel och hjälpa kvinnan att ändra positioner som känns bra och underlättar. Vid utdrivningsskedet är aktivt perinealskydd från barnmorskan att föredra för att minska risken för perinealbristning. Varje kvinna har under aktiv förlossning rätt till stöd av närvarande barnmorska, det tillhör barnmorskans kompetens att ge stöd och information om förlossningsförloppet och smärtlindringsmetoder. När barnet är fött ska barnmorskan främja hud mot hud kontakten och samtidigt hjälpa kvinnan under efterbörden. Barnmorskan ska föra journal och kontinuerligt uppdatera denna (Lindgren, Rehn & Wiklund, 2014). Barnmorskan ska vid kejsarsnitt ge tydlig information som paret förstår. Förutom att ta hand om kvinnan i samband med kejsarsnitt har barnmorskan ansvar att delge information och trygghet till partner. I akuta situationer är det extra viktigt att barnmorskan behåller lugnet och ser till att paret förstår och godkänner förlossningsmetoden. För många kvinnor kommer beslutet om kejsarsnitt som en chock och skapar oro. Barnmorskan har då en viktig roll som stöd och bekräftar parets känslor (SFOG, 2010).

2.5 Kvinnors erfarenheter av kejsarsnitt

Tidigare studier visar att känslorna hos kvinnorna som genomgått ett kejsarsnitt varierade. Några kvinnor kände i samband med att de fick veta att kejsarsnitt skulle bli aktuellt positiva känslor och tacksamhet att barnet snart skulle komma ut, medan andra kände stor oro, besvikelse och att det var ett misslyckande och en traumatisk händelse (Burcher, Cheyney, Li, Hushmندی & Kiley, 2016; Litorp, Mgaya, Kidanto, Johndotter & Essén, 2015; Phia, 2013; Ryding, Wijma & Wijma, 2010, 1998; Somera, Feeley & Ciofani, 2009). Vaginal förlossning sågs för många kvinnor som det normala och att då istället behöva genomgå kejsarsnitt kom som en chock. De kände sig oroliga och rädda och hade inte kontroll över situationen (Litorp et. al., 2015; Robb, 2011; Tully & Ball, 2013). Minskad kontroll och oro hade enligt kvinnorna ett samband med bland annat brist på kommunikation och information från barnmorskorna, vilket för kvinnorna ansågs vara viktigt (Litorp et.al., 2015; Redshaw & Hockley, 2010; Van

Reenen & Van Rensburg, 2015). Kvinnor som genomgick planerade kejsarsnitt visade sig ha mer positiva känslor kring sin förlossningsupplevelse än de som genomgått akut kejsarsnitt, då de fått mer information innan kejsarsnittet och kände sig mer förberedda (Redshaw & Hockley, 2010; Tully & Ball, 2013).

Det var inte ovanligt att kvinnorna inte fått reda på orsaken varför kejsarsnitt var nödvändigt och aktuellt (Litorp et.al., 2015; Redshaw & Hockley, 2010; Robb, 2011; Van Reenen & Van Rensburg, 2015). Några kvinnor kände att de inte fick information och inte fick bli hörda, att ingen lyssnade på dem. Kvinnorna fick inte sina frågor besvarade och hade svårt att förstå den information som de fick. Barnmorskorna tog sig inte tiden att lyssna på dem (Burcher et. al., 2016; Fenwick, Gamble & Mawson, 2003; Redshaw & Hockley, 2010; Robb, 2011; Tham, Ryding & Christensson, 2010). Smärtan efter kejsarsnitt kom för några kvinnor som en chock. De kände sig inte alls förberedda eller informerade om smärtan och upplevde det viktigt att få information om återhämtandet efter en operation och om eftervården (Litorp et.al., 2015; Nystedt & Hildingsson, 2017; Tham, Ryding & Christensson, 2010; Tully & Ball, 2013; Van Reenen & Van Rensburg, 2015).

Några kvinnor beskrev att de inte kände att kejsarsnittet var en skam, vilket andra kvinnor gjorde, men att de efter kejsarsnittet kände så, då andra kvinnor talade om för dem att det var en skam för att de inte fött vaginalt (Tully & Ball, 2013). Kvinnor som blev förberedda och fått bra information innan sitt kejsarsnitt såg kejsarsnittet som ett mindre misslyckande och kände inte samma skam (Van Reenen & van Rensburg, 2015). Robb (2011) skriver i sin studie att några kvinnor kände inte bara oro och rädsla för deras partners och hade önskat att även dem fick mer information. Karlström (2017) samt Nystedt och Hildingsson (2017) skriver i sina studier att förlossningsrädsla inte var ovanligt efter kejsarsnitt och att några kvinnor inte kunde tänka sig fler barn efter att de genomgått sitt akuta kejsarsnitt.

Bra information och bemötande hade ett samband med en bra förlossningsupplevelse enligt kvinnorna i flertalet studier. De kvinnor som inte fick bra bemötande eller bra information upplevde oftare sin förlossning som negativ. Det var för dem viktigt att i förväg få bra information för att känna sig förberedd inför sin förlossning (Burcher et.al, 2016; Chalmers, Kaczorowski, Darling, Heaman, Fell, O'Brien & Lee, 2010; O'Riley, Choby, Sejourmé & Callahan, 2014; Robb, 2011; Tham, Ryding & Christensson, 2010; Van Reenen & Van Rensburg, 2015). Kvinnorna önskade mer information under graviditeten för att minska oro och stress i samband med att kejsarsnitt blev aktuellt. Vården skulle förbereda kvinnorna inför sin förlossning och de kvinnor som blev förberedda kände att de hade kontroll (Redshaw & Hockley, 2010; Robb, 2011; Van Reenen & Van Rensburg, 2015). Kvinnorna hade önskat få information innan sin förlossning, till exempel på mödrahälsovården (Burcher et.al., 2016).

2.6 Teoretisk referensram

Hallgren (2010) har skapat fyra modeller utifrån en studie gjord på observation av 12 barnmorskors förhållningssätt. De fyra modellerna beskriver barnmorskan i förlossningsförberedande arbetet. I detta arbetet kommer två av dessa modeller att tas upp

och användas som referensram: den bekräftande modellen och den ignorerande modellen, vilket ansågs lämpligt i detta arbete, då dessa beskriver hur barnmorskans sätt att ge information påverkar hur paret upplever det förlossningsförberedande arbetet. De modeller som inte inkluderats ansågs inte relevanta att inkludera med tanke på arbetets resultat och tidigare forskning. Modellerna beskriver två sätt som barnmorskan kan ge information och hur dessa påverkar parets upplevelse av det förlossningsförberedande arbetet. I barnmorskans dagliga arbete ingår kommunikation, bemötande och informationsgivning till kvinnor och deras partners. Barnmorskan ska förbereda kvinnan inför förlossning. Den bekräftande modellen främjar parets egen kompetens, självbestämmande och tillit till personalen och främjar förlossningsförberedelsen, medan den ignorerande modellen kan göra att paret inte känner sig hörda och främjar inte tilliten till vårdpersonal eller det förlossningsförberedande arbetet. Kvinnor upplever brist i bemötande och information och barnmorskan har till uppgift att informera och bemöta kvinnor och deras partners på bästa sätt.

Den bekräftande modellen innebär att barnmorskan har ett bekräftande förhållningssätt. Innehållet utgår från parets erfarenheter, önskemål och synpunkter. Frågor är utgångspunkt för samtalen och medicinsk fakta samt psykiska- och fysiska upplevelser ur både manligt – och kvinnligt perspektiv används och kompletterar varandra. Barnmorskan använder sig av ett vardagligt språk, som är personligt, men lägger inga värderingar i sitt sätt att uttrycka sina känslor. Vid samtalen finns en lugn och tillåtande atmosfär. Barnmorskan ger tid för reflektion, att utbyta erfarenheter och att uttrycka känslor. Barnmorskan lyfter fram parets egen kompetens och deras tillit till sig själva. Information och samtalet anpassas efter individen, både manligt perspektiv och kvinnligt perspektiv. Samarbetet med barnmorskan främjar parets kompetens, självtillit, självbestämmande, hopp- och tillit till vårdpersonal. Ett samspel där både barnmorskan och paret deltar i samtalet (Hallgren, 2010).

Hallgren (2010) skriver att *den ignorerande modellen* innebär barnmorskan ignorerar, både i bemötande och i innehåll, människan som en helhet. Innehållet är ur ett medicinskt perspektiv och fokuserar på kroppen. Barnmorskan förmedlar kunskap som en expert med ett formellt språk. Psykiska och kroppsliga upplevelser tas inte upp. Risken med denna modell är att paret kan uppleva att deras frågor inte blir besvarade på ett lämpligt sätt eller att de blir ignorerade. Teman som kan väcka oro tas upp i förbifarten och det finns inte tid för reflektion. Barnmorskan ger information om rutiner på sjukhuset så att paret kan anpassa sig därefter. Parets tillit befrämjas inte i denna modell, varken till personal eller till sin egen kompetens. Samspelet speglar sig som tystnad med korta frågor och svar (Hallgren, 2010).

Slutsats av modellerna är enligt Hallgren (2010) att den bekräftande modellen kan bidra till tillit för parets egen kompetens samt tillit till personalen. Paret kan då känna sig förberedda på vad som kan hända under förlossningen och kan ge stöd till varandra. Vidare skriver Hallgren att modellen kan användas i kombination med enskilda samtal med paret och hur de har tolkat informationen. Genom den bekräftande modellen kan barnmorskan bidra till en positiv upplevelse av förlossningen. Otydliga arbetssätt och motstridig information har visat sig bidra till en försämrad upplevelse av förlossning.

2.7 Problemformulering

Frekvensen av kejsarsnitt har ökat under de senaste tre decennierna och är idag mer förekommande och ligger på 17,6 procent. Kejsarsnitt klassificeras i planerade kejsarsnitt och akuta kejsarsnitt. Enligt tidigare studier är vaginal förlossning, för de flesta kvinnor det mest självklara alternativet. Kejsarsnitt är en förlossningsmetod de hört talas om, men inte tänkt skulle hända dem. Att få reda på att kejsarsnitt är den förlossningsmetod som kommer att behöva användas under deras förlossning, kommer för många som en chock. En känsla av misslyckande och att inte vara behövd är inte ovanlig hos dessa kvinnor, likaså rädsla, ångest och oro för vad som komma skall. Kvinnorna som genomgår kejsarsnitt känner inte alltid att de fått tillräckligt med information inför sitt kejsarsnitt och det finns brister i kommunikationen, vilket bidrar till en mindre bra förlossningsupplevelse. De känner sig ignorerade och inte inkluderade i beslutet. Barnmorskan ska förbereda kvinnan och hennes partner inför förlossning under graviditeten och vid den aktiva förlossningen. Det är av intresse att ta reda på hur kvinnor upplever barnmorskans information och informationsgivning, vad de önskar få för information och när informationen bör delges. Det saknas kunskap om kvinnors erfarenheter av information inför kejsarsnitt. Genom mer kunskap kan informationen och vården förhoppningsvis utvecklas så att kvinnorna känner sig mer förberedda inför kejsarsnitt.

3 SYFTE

Syftet var att beskriva kvinnors erfarenheter av barnmorskors information inför akuta kejsarsnitt.

4 METOD

I metodavsnittet kommer arbetets design, urval, datainsamling, dataanalys och etiska aspekter att beskrivas.

4.1 Design

Syftet för arbetet var att beskriva kvinnors erfarenheter av barnmorskans informationsgivning, därför användes en kvalitativ metod. Avsikten med metoden var att ett helhetsperspektiv skulle skapas och innebar att ingen absolut sanning fanns. Vid kvalitativ metod samlas data in genom berättelser av personer och kan ske genom till exempel intervjuer, fokusgrupper eller texter (Henricson & Billhult, 2012). Datainsamlingen utfördes

med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Dessa analyserades sedan enligt Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys. Till arbetet valdes en analysform med induktiv ansats, vilket enligt Danielson (2012a) betyder att texterna granskades utan någon bestämd teori. Enligt Fejes & Tornberg (2015) syftar en induktiv ansats till att dra en slutsats genom att analysera ett antal intervjuer.

4.2 Urval

Intervjuerna genomfördes på sex kvinnor i Mellansverige som blivit förlösta med akut kejsarsnitt under de senaste fem åren. Genom forum på sociala medier riktade till förlösta kvinnor skickade författaren en förfrågan om deltagande. Författaren använde sig av ett forum på grund av att där var sannolikheten stor att hitta informanter. Detta innebär enligt Polit & Beck (2012) att ett strategiskt urval användes. Snöbollsurval kom även att användas, då förfrågan kom att sprida sig även i andra forum. Snöbollsteori innebär enligt Polit och Beck (2016) att urvalet kom att väljas genom att förfrågan spridit sig från informant till informant.

Inklusionskriterier var kvinnor som genomgått akut kejsarsnitt inom de senaste fem åren, som talade och förstod svenska. Författaren gjorde ingen skillnad i akuta och urakuta snitt, då båda ingår under begreppet akuta kejsarsnitt. Sammanlagt hörde cirka 20 kvinnor av sig som genomgått kejsarsnitt, fyra föll bort på grund av att de inte hamnade inom inklusionskriterierna. På grund av tidsbrist och bekvämlighetsskäl exkluderades kvinnor som inte bodde i avstånd inom en timme från författaren och nio informanter återstod. Av dessa lottades sex kvinnor ut, som kom att delta i arbetet. Efter alla intervjuer genomförts fortsatte kvinnor att höra av sig och ville delta i studien. Totalt hörde cirka 30 kvinnor av sig från förfrågan lades ut på sociala medier. Författaren valde att inte inkludera för många kvinnor som författaren hade träffat flertal gånger förut eller har en relation med, då detta kan tänkas påverka informanternas svar och resultatet. När informanter hörde av sig, via mail eller sms, mailades informationsbrev (Bilaga A) samt en samtyckesblankett (Bilaga B) till dem så att de kunde läsa igenom informationsbrevet och få möjlighet att tänka över sitt deltagande.

4.3 Datainsamlingsmetod

För datainsamling användes semistrukturerade intervjuer som utgick från en intervjuguide. Intervjuguiden ska vara utformad på ett strukturerat och logiskt sätt med en början av breda frågor som smalnar av i mer specifika frågor och möjligtvis följdfrågor (Polit & Beck, 2012). Författaren följde detta när intervjuguiden utformades (Bilaga C). Intervjuguiden innehöll en öppnande fråga, en inledande fråga och sedan 11 öppna frågor som till sist avslutades med en avslutande fråga där författaren bad informanterna sammanfatta det viktigaste de delat under intervjun för att styrka att informanterna fått sagt de de vill ha sagt. Författaren använde sig av semistrukturerade intervjuer, för att vara säker på att syftet besvarades i de ämnen som kom upp. Semistrukturerad intervju innebär att teman och ämnesområden som skall besvaras under intervjun är förutbestämda. Den som intervjuar bestämmer i vilken

ordning och på vilket sätt som frågorna ställs under pågående intervju. Genom förbestämda ämnesområden ökar homogeniteten i datainsamlingen (Forsberg & Wengström, 2015). Enligt Polit och Beck (2012) kan en pilotintervju göras för att undersöka intervjuguidens utformning och lämpligheten i frågorna. Detta gjordes av denna anledning och för att öva intervjuteknik, då författaren tidigare gjort väldigt få intervjuer. Första frågan kom att tydliggöras, så att frågan syftade på information från barnmorskan, efter pilotintervjun och resten av frågorna svarade informanten på utan behov av förtydligande. Intervjun tog ca 16 minuter, vilket var mindre än planerad tid. Författaren valde att lägga till ytterligare en fråga som uppkom i samband med pilotintervjun. Den var fråga nummer nio (Bilaga C) och intervjuguiden kom sedan att innehålla 12 öppna frågor. Frågan blev besvarade under pilotintervjun och författaren valde därför att inkludera pilotstudien i sitt resultat då den svarade på syftet och hade god kvalitet.

4.4 Genomförande

Intervjuerna spelades in på mobiltelefon. Inspelningen skedde för att materialet som framkom med all säkerhet var informanternas egna ord och att intervjuaren under samtalet kunde vara fokuserad på informanten, på att lyssna och anpassa frågorna efter det som redan sagts och vid behov leda in dem på syftet igen. Alla sex intervjuer ägde rum personligen och varade mellan 11 minuter och 20 minuter. Intervjuerna ägde rum på författarens arbetsplats eller hemma hos informanterna. Informanterna fick välja plats för intervju för att underlätta för dem.

Varje intervju inleddes med en kort presentation av arbetet och dess syfte samt en kort presentation av intervjuaren. Informanterna fick sedan information både muntligt och skriftligt, samma information som dem fått mailat till sig. De fick därefter skriva under samtyckesblanketten där de samtyckte till att delta i arbetet, att dem när som helst kunde avbryta deltagandet, att deltagandet kom att spelas in och att alla uppgifter kom att behandlas konfidentiellt och raderas efter godkänt arbete. Intervjuerna delades upp på olika dagar med max två intervjuer per dag för att författaren skulle hinna transkribera och vara fokuserad på varje intervju. Innan och efter intervjuerna fick informanten möjlighet att ställa eventuella frågor och möjligheten att tacka ja till att få arbetet mailat till sig efter att det är godkänt. Datainsamlingen gav vid flera tillfällen information som hade likheter med tidigare insamlad information, vilket gjorde att materialet ansågs vara tillräckligt. Intervjumaterialet lyssnades igenom flera gånger, för att innehåll inte skulle riskeras att missas och sedan transkriberades materialet ordagrant till skriftligt material. Författaren transkriberade intervjuerna samma dag som de ägde rum för att minska risken att känslouttryck blandades ihop och för att komma vidare i processen. Författaren namngav informanterna till siffror som till exempel intervju 1, intervju 2 och så vidare redan vid intervjun. För att inte behöva använda några namn i det transkriberade materialet så använde författaren fet text på det som sades av författaren och inte fet text på det som informanten sade (Danielson, 2012b).

4.5 Analysmetod

Den kvalitativa innehållsanalysen gjordes med hjälp av Graneheim och Lundman (2004) beskrivning och en induktiv ansats användes. I forskningsprocessen är det viktigt att uppnå en god kvalitet, trovärdighet och pålitlighet (Danielson, 2012a; Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). För att uppnå dessa moment ansåg författaren att denna analysmetod var mest lämplig. Författaren analyserade noggrant det transkriberade materialet för att undvika tolkningar, då viktiga innebörder kan försvinna om tolkning sker (Danielson, 2012a). Enligt Graneheim och Lundman (2004) sker viss grad av tolkning i samband med analysarbete.

Det transkriberat material lästes i sin helhet flera gånger för att få en överblick och sätta sig in i materialet. En tabell skapades för att lätt kunna se de olika meningsbärande enheterna som skapades och var i den transkriberade texten dessa hörde. Detta gjordes genom att färglägga de meningsbärande enheterna i olika färger och namnge dem med siffror. De meningsbärande enheterna som svarade på syftet valdes ut och kondenserades, det vill säga meningarna kortades ner utan att påverka innehållet, och färglades även dem i samma färg som de tillhörde den transkriberade texten. I tabellen skrev författaren även in de koder som bildades från de kondenserade meningsenheterna som i sin tur bildade subkategorier och kategorier som överskådligt kan ses i tabell 1 (utdrag ur analysprocess). Subkategorierna och kategorierna kom att bli en grund för resultatets beskrivning (Danielson, 2012a; Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 1: exempel på analysmetod.

Meningsbärande enhet (ME)	Kondenserad ME	Kod	Subkategori	Kategori
Du ska bli snittad snart. Okej? och sen gick dem. Jag själv var helt slut, så jag orkade inte ställa några frågor och min make visste inte vad han skulle göra heller. Ska han följa med eller stanna kvar på förlossningen	Du ska bli snittad, sen gick dem. Jag orkade inte ställa frågor, min man var ovetande.	Otydlig information och make ovetande	Att inkludera partnern	Förhållningssättets betydelse
Ja men i stora drag är jag nöjd med informationen jag fick, men kanske man ska se mer till partnern också. Kvinnan är patient på förlossningen, men man ska se till helheten när man ger information också. Det är bättre att informationen går till båda och att jag kan fokusera på att vara patient och inte någon som ska informera vidare	Nöjd i stora drag med informationen, men mer information till partnern. Kvinnan är patient, men se till helheten vid informationsgivande. Information till båda, fokusera på att vara patient och inte förmedlare.	Information till partner också, helhet.		
När det blir aktuellt, eller egentligen när det börjar bli tal om det. Det handlar om att hela tiden ge information, fortlöpande vad som händer. Så blir det kanske ett snitt som det var i det här fallet då hade dem kunnat ge informationen då.	När det blir aktuellt. Handlar om att ge information fortlöpande, hela tiden.	Fortlöpande information	Att kontinuerligt få information	

Det var bra att det blev lite utportionerat. Både när man misstänkte att det skulle bli snitt och när man bestämt sig för det. Annars hade nog all information kommit på samma gång och då hade det varit svårt att ta in all information.	Bra utportionerat, vid olika tillfällen. Svårt att ta in all information på en gång.	Utportionerad information.		
--	--	----------------------------	--	--

4.6 Etiska överväganden

Författaren använde sig av Vetenskapsrådet (2002) beskrivning av de fyra etiska kraven när arbetet utfördes för att få en hög kvalitet på arbetet och för att deltagarna inte ska utsättas för förnedring, kränkning eller psykisk skada. De fyra viktiga kraven är Informationskravet, Konfidentialitetskravet, nyttjandekravet och samtyckeskravet. *Informationskravet* har i arbetet uppfyllts genom att alla deltagare fått både muntlig och skriftlig information om arbetets syfte och tillvägagångssätt. Deltagarna fick innan arbetet ett informationsbrev med information om bakgrund, kontaktperson och kontaktuppgifter (se bilaga A). För att få en uppfattning för vad för information som informationsbrevet bör innehålla använde författaren sig av en beskrivning av Kjellström (2012). *Konfidentialitetskravet* uppfylldes genom att deltagarna fick information om att de var konfidentiella, det vill säga att alla deltagares personuppgifter avidentifierades under arbetets analysprocess och i resultatet presenterades det inte. Vetenskapsrådets näst sista krav *nyttjandekravet* uppfylldes genom att författaren informerade deltagarna om att materialet som framkommer från intervjuerna endast kommer användas för det aktuella arbetet. Genom att deltagandet var frivilligt, att dem informerades både muntligt och skriftligt, att alla intervjuer sker på samma villkor och att deltagarna kan välja att när som helst avbryta sitt deltagande i arbetet tog författarna hänsyn till *samtyckeskravet*.

5 RESULTAT

Resultatet beskrivs utifrån tre kategorier med 10 underliggande subkategorier (se tabell 2). Sex kvinnor i åldrarna 27 till 32 år från Mellansverige deltog i intervjuerna. Intervallerna från senaste kejsarsnittet var mellan åtta månader och fyra och ett halvt år. Kvinnorna hade mellan ett och två barn och genomgått ett akut kejsarsnitt.

Tabell 2: subkategorier och kategorier.

Subkategorier	Kategorier
Tillräcklig förberedande information	Vikten av att få fullgod information
Att förstå informationen	
Att utnyttja tiden	
Att inkludera partnern	Förhållningssättets betydelse
Att känna delaktighet i beslutet om förlossningens avslutande	
Att kontinuerligt få information	
Betydelsen av en lugn barnmorska	
Information inom mödrahälsovården	Önskan om förändring
Att normalisera och avdramatisera kejsarsnitt	
Nya informationsmöjligheter	

5.1 Vikten av att få fullgod information

Kvinnorna beskrev informationen de fått inför sitt kejsarsnitt som varierande. Den beskrevs antingen som tillräcklig och bra, eller som bristfällig och att de inte förstod varför kejsarsnittet hade ägt rum. Kvinnorna beskrev att de inte alltid förstod informationen eller varför barnmorskorna gjorde som hen gjorde. Kvinnorna upplevde att tiden funnits för att få information, men att barnmorskorna inte tagit vara på tiden för att ge fullgod information.

5.1.1 Tillräcklig förberedande information

Kvinnorna beskrev sina förkunskaper inför sitt kejsarsnitt som varierande. De visste att kejsarsnitt existerade och hade fått beskedet -och informationen att det skulle äga rum, men visste inte vad ett kejsarsnitt innebar eller hur det skulle gå till. Några kvinnor beskrev att de fått en förvarning innan beslutet tagits, medan andra inte fått det. Några kvinnor hade dock erfarenheten att de inte fått mer information om kejsarsnitt än att det skulle äga rum. De hade önskat få mer information om vad som skulle ske där näst.

”Jag hade velat veta mer vad som hände där och då. Ehm. Situationen kändes stressig, men vad som ska ske här och näst hade jag velat få info om. Bara det här vart är vi på väg? Ska jag vara vaken eller inte vaken? Kommer min sambo

vara med på salen? Som jag minns det fick jag inte information om det ens”
(intervju 3).

Kvinnorna beskrev att mer information innan det akuta kejsarsnittet hade minskat deras nervositet. En kvinna beskrev att hon önskat få mer information från barnmorskan innan sitt akuta kejsarsnitt, för att känna sig mer förberedd. ”Ja men det mesta tror jag att jag saknade. Alltså, ehmm, ahmen all egentligen” (intervju 2). Den informationen hon fått var inte tillräcklig. Kvinnor som arbetade inom vården beskrev att de hade erfarenheten att barnmorskan inte givit tillräckligt med information för att de hade baskunskaper, men kvinnorna upplevde att informationen inte varit tillräcklig, då de hade kunskaper av att vara vårdpersonal, inte av att vara patient.

”Men man jobbar ju inte som patient där. Jag tror de ställde frågan hur känner du om det skulle bli ett snitt? Sådana frågor, men inte mer faktamässigt om snitt. Det tror jag inte att jag fick någon information om, men det var nog att dem tänkte att ja men hon har nog kunskap om det och visst har jag Basic kunskapen om det, men hur det känns måste man ju vara patient för att erfara” (intervju 6).

Kvinnorna beskrev att den förberedande informationen inför sitt kejsarsnitt, hade de fått på operation och inte av en barnmorska. Kvinnorna hade förståelse att de olika professionerna samarbetade, men hade erfarenheten att mycket av den informationen de fått på operation önskade de fått tidigare av en barnmorska. Kvinnorna beskrev liknande händelser i sin vänkrets och att det inte verkade vara en slump att just de råkat ut för bristande informationsgivning.

Kvinnor beskrev att de fått bra och tillräcklig information av barnmorskan på förlossningsavdelningen. De kvinnorna med positiva erfarenheter av sitt akuta kejsarsnitt beskrev att de förknippade upplevelsen med ett gott bemötande från barnmorskan och övrig vårdpersonal samt god informationsgivning. De med sämre förlossningsupplevelser förknippade erfarenheten med bristande information och onödig stress.

5.1.2 Att förstå informationen

Kvinnorna beskrev att de inte förstått varför kejsarsnittet hade ägt rum och att barnmorskan inte hade förklarat eller sett till att de varit införstådda. En kvinna beskrev att barnmorskan uttryckt att det var bra att hon hade en EDA, för då kunde de använda den, men hon hade inte förstått varför och när de skulle använt den. Kvinnorna beskrev att de fått information att kejsarsnittet skulle ägt rum inom en viss tid, men att operationen sedan blev framflyttad på grund av organisatoriska skäl och kom istället att ske på en gång. Kvinnorna beskrev att onödig stress skapades och det hade önskat att operationspersonalen fått väntat 10 minuter, så att kvinnorna och deras partners hade fått mer information och därmed fått förstå varför kejsarsnittet ägde rum. Kvinnorna beskrev att de då hade upplevt sig mer förberedda. En kvinna beskrev att hon blev stressad samt orolig och att det hade undvikits om hon fått tydlig förberedande information som hon förstod innan sitt kejsarsnitt.

”Det var väldigt svårt när barnet föds och försvinner på en gång, det uppstod någon slags stress och oro vart han är och hur han mår. Hade jag fått veta innan

att jag inte kommer se eller träffa honom, hade jag inte blivit lika orolig” (intervju 1).

Kvinnorna beskrev att tydlig information, så att de förstått, hade minskat stress och orostankar. En kvinna beskrev att hon blev orolig och tänkte alla mardrömsscenarioer när hon skulle till operation för att genomgå sitt akuta kejsarsnitt. Hon hade börjat blöda och varken hon, läkaren eller barnmorskan förstod orsaken till varför hon blödde. Kvinnan beskrev att hon förstod att personalen inte alltid hade svar på vad som skedde och varför, men att personalen i detta fall hade varit lugna och samtalat med henne om potentiella orsaker och åtgärder. Hon kände sig så förberedd som hon kunde bli.

Några kvinnor hade erfarenheten att informationen de erhållit som missvisande. En kvinna beskrev hur barnmorskan pratat om de igångsättande preparaten som effektiva och gjorde att kvinnan hade känt sig säker på att en vaginal förlossning skulle ägt rum. Hon hade då inga tankar alls på att förlossningen kunde sluta med ett kejsarsnitt. När preparaten sedan inte visade sig vara effektiva för kvinnan hade barnmorskan pratat om andra alternativ. Barnmorskan tog upp kejsarsnitt som ett alternativ om de andra metoderna inte fungerade, men berättade inte kring hur ett kejsarsnitt gick till. En kvinna beskrev hur barnmorskan informerat att det skulle bli ett kejsarsnitt och att hon skulle bli sövd, men sen behövde hon inte bli sövd, utan hade fått ryggbedövning istället. Kvinnan beskrev att barnmorskan kunde ha varit tydligare i sin informationsgivning och förberett henne på alternativa tillvägagångssätt i samband med kejsarsnittet.

”Jag minns att hon sa at det här blir nog ett snitt och att vi kommer behöva söva dig, men sen behövde de helt plötsligt inte göra det. Jag var inställd på det så jag hade velat ha info om båda alternativen” (intervju 3).

Några kvinnor beskrev att de fått för mycket information vid samma tillfälle, så att informationen blev svår att förstå och ta in, medan några kvinnor beskrev informationen som bra och lättförståelig. De hade inga frågetecken och kände sig förberedda. De fick bland annat information om att barnet inte alltid skriker när hen kommer ut, att partner fick vara med på operationssalen och hade möjlighet att följa med barnet till barnbordet.

5.1.3 Att utnyttja tiden

Några kvinnor hade erfarenheten att de fått mycket information, då barnmorskan tagit sig tiden, vilket uppskattades av kvinnorna. Kvinnorna beskrev att det var viktigt att få informationen i tid, innan det blivit stressigt och för tätt inpå kejsarsnittet. Att få tid att smälta informationen och fundera på eventuella frågor beskrev kvinnorna som viktigt, men att de förstått att om situationen blivit akut, finns inte alltid tid för information på förlossningen.

Kvinnorna beskrev att det efter beskedet om kejsarsnitt fanns tid som kunde utnyttjats till informationsgivning. De hade önskat få skriftlig information de gånger som barnmorskan inte hade tid att ge muntlig information då hade distraherat deras orostankar och nervositet. Kvinnorna upplevde att tiden funnits där, men att barnmorskan inte tagit sig tiden. ”alltså inför att man ska snitta någon när det inte är as-bråttom. Dem hade ju tid till att göra det

mycket bättre än dem gjorde det faktiskt” (intervju 1). Kvinnorna upplevde hela situationen som stressande även om tid egentligen funnits.

”Jag låg inne med värkar i nästan 72 timmar och nej inget prat om kejsarsnitt alls förrän mot slutet och då var jag helt borta av smärta. Jag hade så ont och hade gärna fått information tidigare, då det fanns tid” (intervju 2).

Att få information när det fanns tid och inte i situationer där kvinnorna var påverkade av smärta, smärtlindring eller på väg till operation var av betydelse ansåg kvinnorna. De beskrev att de gånger barnmorskan tog sig tid att ge fullgod information upplevdes mer positivt än de gånger som barnmorskan inte tog sig tiden och gav fullgod information.

5.2 Förhållningssättets betydelse

Kvinnorna beskrev att barnmorskans förhållningssätt påverkade hur de och deras partner upplevde informationen, delaktighet i beslut samt om partner fått ta del av informationen. Kvinnorna beskrev att kontinuitet i mötet med barnmorskan och informationsgivandet varit viktigt och att barnmorskan hade ett lugnt förhållningssätt. Några kvinnor beskrev att förhållningssättet varit nedlåtande och att kejsarsnittet därför hade upplevts som ett misslyckande.

5.2.1 Att inkludera partnern

Hälften av kvinnorna upplevde att informationen de fått på förlossningen inte inkluderade eller riktade sig till deras partner. Det var viktigt för kvinnorna att informationen kom direkt från barnmorskan till både kvinnan och partnern, så att kvinnan inte behövde vara en medlare och istället kunde fokusera på sin förlossning. De beskrev att informationen i vissa fall varit tillräcklig för dem själva, men inte för deras partners. Kvinnorna hade önskat att de blivit sedda som en helhet, även om det var kvinnan som vårdades hade partnern en viktig roll.

”Ja men i stora drag är jag nöjd med informationen jag fick, men kanske man ska se mer till partnern också. Kvinnan är patient på förlossningen, men man ska se till helheten när man ger information också. Det är bättre att informationen går till båda och att jag kan fokusera på att vara patient och inte någon som ska informera vidare” (intervju 6).

För att minska oro hos både kvinnan och partnern önskade kvinnorna att informationen på förlossningen hade anpassats så att även partnern blev inkluderad i vad som skedde och skulle komma att ske. Kvinnorna beskrev att barnmorskorna gav dem information, trots att de varit påverkade av smärta och trötthet. Deras partners hade samtidigt fått för lite information och då inte blivit inkluderade och visste inte vad som skulle ske. Barnmorskan hade inte pratat med partnern om de skulle vara med på operationssalen eller ej.

”Du ska bli snittad snart. Okej? och sen gick de. Jag själv var helt slut, så jag orkade inte ställa några frågor och min make visste inte vad han skulle göra heller. Ska han följa med eller stanna kvar på förlossningen?” (Intervju 5).

En kvinna beskrev att hennes partner fick veta att kejsarsnittet skulle ägt rum inom en viss tid och blev då orolig och rädd, men fick i efterhand veta att den tidsramen klassades som ett lugnt akut kejsarsnitt, och inte ett urakut. Det hade enligt kvinnan underlättat för partnern att få denna information och hade bidragit till att båda parter känt sig mer lugna. Kvinnorna upplevde att partnern ibland fått information, men hade svårt att ta in den just där och då. Kvinnorna hade istället önskat skriftlig information som partnern hade kunnat läsa i lugn och ro eller att barnmorskan stämt av med partnern så att hen förstått informationen och därmed känt sig inkluderad.

5.2.2 Att känna delaktighet i beslutet om förlossningens avslutande

Kvinnorna beskrev att de på förlossningen inte alls känt sig delaktiga i konversationen angående akut kejsarsnitt. De beskrev att läkaren och barnmorskan hade en diskussion, men att de endast pratade med varandra och inte involverade kvinnan eller hennes partner.

”Det jag upplevde var ju att de som var där, barnmorskan och läkaren pratade med varandra. Och eh ja. Det var det jag minns kanske mest av den situationen är ju att de bara pratar med varandra, inte med mig” (intervju 1).

Några kvinnor kände sig istället helt delaktiga i informationen och beslutet, att kvinnan tillsammans med barnmorska och läkare hade en dialog. Även om akut kejsarsnitt inte varit det förlossningssätt som kvinnorna föreställt sig, så bidrog delaktigheten till att de varit nöjda med sin förlossning. Barnmorskans sätt att prata med kvinnorna hade varit inbjudande och barnmorskan lyhörd, vilket gjorde att kvinnorna upplevt sig som en del av konversationen och beslutet. Det beskrevs även positivt att inte bara barnmorskan informerade i samband med beslutstagandet om akut kejsarsnitt, utan att även läkaren varit delaktig. En kvinna beskrev att hon och partnern tagit beslutet tillsammans med läkaren och barnmorskan.

”Det var så lugnt allting och ingen stress och då förklarade de på ett bra sätt. Vi var jättenöjda med våran barnmorska och läkaren också. Det var också bra att det var både läkare och barnmorska som kom och informerade när man beslutade om kejsarsnitt. De samtalade tillsammans och vi kom överens allihop tillsammans” (intervju 4).

Att känna sig inkluderad och delaktig i beslut och information upplevdes positivt och bidrog till mer positiva erfarenheter av förlossningen.

5.2.3 Att kontinuerligt få information

Kvinnorna beskrev att kontinuerligt få information under hela graviditeten, förlossningen och under eftervården hade varit viktigt och upplevdes positivt. Kvinnorna beskrev att det varit viktigt att få information kontinuerligt om kejsarsnitt, och inte bara när det blivit aktuellt att kejsarsnittet skulle äga rum. En kvinna beskrev att informationen borde ges kontinuerligt och inte bara när kejsarsnittet blev aktuellt.

”När det blir aktuellt, eller egentligen när det börjar bli tal om det. Det handlar om att hela tiden ge information, fortlöpande vad som händer. Så blir det kanske

ett snitt som det var i det här fallet då hade dem kunnat ge informationen då”
(intervju 3).

En kvinna som fått information genom hela förlossningsförloppet beskrev att det upplevdes positivt och hade ökat tilliten till barnmorskan och att deras relation därmed stärktes. Det upplevdes positivt att barnmorskan lyfte ämnet redan när de hade märkt att förlossningen eventuellt skulle avslutas med kejsarsnitt och hade förklarat varför och vad som skulle ske där näst. Barnmorskan hade även givit information kring kejsarsnitt när beslutet tagits. Kvinnan ansåg att få all information på en och samma gång hade upplevts som negativt och att det istället var bättre att få den fortlöpande.

”Det var bra att det blev lite utportionerat. Både när man misstänkte att det skulle bli snitt och när man bestämt sig för det. Annars hade nog all information kommit på samma gång och då hade det varit svårt att ta in all information”
(intervju 4).

Kvinnan hade positiva erfarenheter att hon fått information när de varit på väg till operation om vad som skulle ske där samt efter att kejsarsnittet hade genomförts, om hur kejsarsnittet gått till och vad hon kunde förvänta sig efter att kejsarsnittet hade genomförts.

5.2.4 Betydelsen av en lugn barnmorska

Kvinnorna beskrev att barnmorskorna hade ett bra bemötande och var lugna i sin roll som barnmorskor, även om omständigheterna kunde upplevas stressiga. Kvinnorna upplevde att barnmorskorna i de flesta fall behållit sitt lugn som smittat av sig på kvinnorna och gjort att även de känt trygghet och ett lugn. Att utstråla ett lugn både i samtalen kring situationen och när information ges beskrev kvinnorna som viktigt, oavsett hur akut situationen varit. Kvinnorna beskrev att informationen inte bör stressas på och ges på stående fot eller på vägen till operation, utan i den mån det går istället ge informationen i ett lugnt skede av förlossningen och i en lugn miljö av en barnmorska med ett lugnt förhållningssätt. En kvinna beskrev att hon var mycket nöjd med barnmorskan som inte överspelade att progressen av förlossningen inte blev som de tänkt sig, utan istället haft ett lugnt förhållningssätt. Barnmorskan hade hjälpt kvinnan att minska nervositeten och riktat tankarna mot det positiva, vilket hon upplevde var bra.

”Barnmorskan sätt, ja hon var väldigt bra och lugn. Hon överspelade ingenting att utfallet inte blev som man tänkte, men hon utstrålade ett lugn. Hon var pedagogisk och riktade in sig på att snart får du träffa ditt barn och den där nervositeten var då som bortblåst för att dem var lugna själva” (Intervju 6).

Kvinnorna beskrev att i en lugn och inte stressig miljö fick de tid att ta till sig informationen och fundera på frågor. Att barnmorskan och övrig personal hade ett lugnt förhållningssätt var inte bara viktigt för kvinnorna, utan även för deras partners.

5.3 Önskan om förändring

Kvinnorna beskrev att de önskade få den första informationen om kejsarsnitt på mödrahälsovården, så att det förlossningssättet vid förlossningen inte hade känts lika främmande och normaliseras. Kvinnorna önskade att kejsarsnitt skulle introduceras som en annan förlossningsmetod snarare än ett andrahandsalternativ.

5.3.1 Information inom mödrahälsovården

Ingen av kvinnorna hade fått information om kejsarsnitt, på mödrahälsovården, varken vid föräldragrupsutbildningar eller rutinträffar, då barnmorskan bland annat mäter tillväxt och pratar om förväntningar inför förlossningen. Kvinnorna beskrev att barnmorskorna på mödrahälsovården endast nämnt att kejsarsnitt kunde inträffa, men inte berättat vad ett kejsarsnitt innebar och detaljer kring begreppet. Att introducera information om kejsarsnitt redan på mödrahälsovården på ett naturligt -och inte skrämmande sätt ansåg kvinnorna skulle varit positivt, både för dem själva och sina partners. Begreppet kejsarsnitt skulle då inte kännas lika främmande och skrämmande och de skulle känna sig mer mentalt förberedda. Kvinnorna ansåg att barnmorskorna borde prata om kejsarsnitt både på föräldragrupsutbildningar och på rutinträffarna för att de och deras partner skulle fått möjlighet att få informationen och ställa frågor.

”Om jag ska tänka mödrahälsovård, ska man väl prata lite mer om kejsarsnitt iallafall akuta kejsarsnitt. Så att partnern också får lite mer information än vad vi fick i föräldragrupp, för på kontrollerna var det inte så mycket snack om det”
(intervju 6).

Kvinnorna beskrev att barnmorskan vid rutinträffarna kunde stämt av vad kvinnorna kände till för förlossningssätt och pratat om kejsarsnitt. För kvinnorna där kejsarsnittet hade upplevts som en traumatisk upplevelse, på grund av för lite stöd och för lite information, hade mer information om kejsarsnitt på mödrahälsovården upplevts som bra.

5.3.2 Att normalisera och avdramatisera kejsarsnitt

Kvinnorna beskrev att barnmorskorna inom mödrahälsovården gav information som riktade in sig på vaginal förlossning som det normala födandet och kejsarsnitt kom att ses som ett andrahandsalternativ. Kvinnorna beskrev att de förstod att kejsarsnitt inte hörde till det som klassificerades som en normal förlossning, men ansåg att kejsarsnitt inte behövde komma som ett andrahandsval och bli något tabu-belagt. Istället ansåg de att barnmorskan kunde prata om kejsarsnitt som en variant av förlossningen. Kvinnorna önskade neutralisera begreppet så att det inte blev lika skrämmande och gjorde de mer medvetna om förlossningssättet och att det faktiskt kunde bli aktuellt. En kvinna beskrev att alla förlossningar inte slutar som barnmorskan lär ut på mödrahälsovården, att barnet föds vaginalt, hamnar på bröstet och börjar amma. ”Sen också att de inte talar om att det kan bli på ett dåligt sätt, att det inte alltid flyter på. Man föreställer sig att man bara ska åka in och föda barn, helt lätt” (intervju 2). Kvinnorna beskrev att de önskat att mödrahälsovården inte bara pratat om den vaginala förlossningen, utan även hade förberett dem på att det kan

inträffa saker som gör att förlossningen kan behöva avslutas med kejsarsnitt eller sugklocka. Informationen bör enligt kvinnorna inte ges på ett skrämmande sätt, men som gör att begreppet känns naturligt och tar bort den negativa klangen att det inte är ett andrahandsalternativ, utan ett annat alternativ.

”ja men informera tidigt. Ta bort nivån av att man inte ska vara rädd, men inte vifta bort det. Känner att det är vanligt. Omfattande operation som oftast går bra. Naturligt och vanligt. Göra det mer neutralt så att man inte ligger på förlossningen och får information och känner att man inte vet någonting och är helt nollställd. Inte göra det till en negativ grej, utan en mer normal grej” (intervju 5).

Kvinnorna beskrev att kejsarsnitt borde ses som ett alternativ även om barnmorskan strävar efter vaginal förlossning, då det finns kvinnor som inte vill -eller kan föda vaginalt. ”jag kunde inte föda vaginalt visade det sig, för mitt bäcken var för trångt” (intervju 5). Kvinnorna upplevde att kejsarsnitt var ett bra alternativ till vaginal förlossning, men att mer information bör ges och i ett tidigare skede än precis innan kejsarsnittet ska ägde rum. De beskrev att i barnmorskans yrke ingår att förbereda kvinnan inför förlossning, oavsett om det sker vaginalt eller med kejsarsnitt.

Kvinnor beskrev att barnmorskan i samband med beslutstagandet att kejsarsnitt skulle äga rum försökte övertala och intala dem att det var det bästa alternativet, trots att det inte var så de förväntat sig förlossningen. Kvinnorna hade inte förväntat sig någonting innan förlossningen, mer än att få gå därifrån med sitt barn. En kvinna beskrev att barnmorskan uttryckt ”att det var tråkigt för mig att det blev tvunget att bli ett kejsarsnitt och jag såg det inte alls så” (Intervju 1). Att förlossningen slutade i kejsarsnitt kändes därför som ett misslyckande hos några av kvinnorna. Kvinnorna hade inte alls tänkt på kejsarsnittet som ett misslyckande, förrän personal och närstående talade om det för dem. Hon hade istället önskat att barnmorskan hade en neutral syn på förlossningssättet och att det just var ett annat förlossningssätt.

5.3.3 Nya informationsmöjligheter

Kvinnorna beskrev att de hade velat få informationen inte bara muntlig, vilket de fått under deras graviditeter och förlossningar, utan de önskade även få information skriftligt. Den skriftliga informationen på förlossningen hade varit bra för att distrahera dem, hinna tänka igenom vad som skulle ske, fundera på frågor och att partner kunde läst materialet och blivit mer delaktig. Kvinnorna beskrev att information bör ges som vid planerade kejsarsnitt, där informationen ges skriftligt samt muntligt i god tid innan ingreppet.

”Nu vart det ju så att snittet blev samma dag men även kanske fått lite skriftlig information. Nu tänker jag på min sambo och även jag, att man kunde fått lite. Det hade nog också varit bra med sån typ av information och det kan jag tänka mig är mer elektiva snitt” (intervju 6).

Kvinnorna beskrev att vid skriftlig information hade de kunnat gå tillbaka och läsa den när de kände sig mer mottagliga, efter att beslutet tagits. En kvinna beskrev att hon tyckte det vore bra med skriftlig information, men att hon hade svårt att tänka sig att hon skulle haft ro att

läsa den på förlossningen. Hon föredrog att få information från flera personer istället, men att lite skriftlig information istället kan ges på mödrahälsovården, i förberedande syfte.

”Det är ju alltid bra med skriftlig information, men jag har svårt att se att man skulle läsa den där och då. He he. Så jag tror egentligen inte det, utan det var bra att fler gav information och att den inte bara kom från en person” (intervju 4).

Kvinnorna beskrev önskemål att informationen som ges ut var kort, men lättförståelig. Den bör innehålla information om troliga orsaker, förberedelse, tillvägagångssätt och eftervård efter kejsarsnitt. En kvinna beskrev att hon inte var förberedd på smärtan efter sitt kejsarsnitt och hade gärna fått information om detta i det förlossningsförberedande arbetet. Kvinnorna beskrev att mer information om hur barnet kan må efter kejsarsnitt hade varit bra, såsom att det inte är ovanligt att barnet inte skriker efter de hjälpts ut och att det inte behöver betyda att de inte mår bra. Kvinnorna önskade även få information om praktiska saker som att det kan vara mycket personal på operationssalen och att partner får följa med om det inte blir ett urakut kejsarsnitt.

6 DISKUSSION

Under diskussionsavsnittet presenteras metoddiskussion, resultatdiskussion och etikdiskussion.

6.1 Metoddiskussion

I metoddiskussionen diskuteras arbetet utifrån kvalitetskriterierna trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet (Elo et.al., 2014). Arbetets genomförande samt metod diskuteras utifrån styrkor och svagheter.

Att resultatet blir trovärdigt beror på val av en metod som är lämpligt för det valda syftet (Elo et al., 2014; Graneheim och Lundman, 2004). Då syfte var att beskriva kvinnors upplevelser användes kvalitativ metod med induktiv ansats. Denna metod ansågs mest lämplig, då kvalitativ forskning har för avsikt att studera levda erfarenheter av ett fenomen som människor har (Henricsson & Billhult, 2012). Vidare skriver Elo et.al. (2014) att de informanter som väljs ut bör ha den kunskap och erfarenhet som behövs för att svara på det som arbetet har för avsikt att beskriva och syftet bör styra urvalet av informanter på ett lämpligt sätt. Detta gjorde författaren och styrker trovärdigheten genom att använda sig av strategiskt urval samt skapa Inklusionskriterier och därefter välja ut kvinnor som uppfyllde dessa kriterier. Till exempel att bara inkludera kvinnor som genomgått akut kejsarsnitt. Ett snöbollsurval kom även att användas, vilket författaren inte planerat från början, men inte ser som en nackdel då antalet möjliga informanter ökade.

Danielson (2012a) skriver att frågorna i en intervjuguide inte får bli för detaljerade, då detta kan störa samspelet mellan deltagarna och att informanten blir styrd av frågorna. Författaren valde därför semistrukturerade frågor och anser inte att frågorna styrde svaren, utan att de användes som hjälp för att leda in på syftet. Antalet informanter i arbetet kan anses för lite för att materialet ska få en mättnad. Enligt Henricson och Billhult (2012) är det bra att i en kvalitativ design ha god variation hos deltagarna för att samma fenomen ska få olika beskrivningar. Variationen kan ses som begränsad i detta arbete, då det endast är utfört på sex informanter, men viss variation har skapats då tidsperioden sedan kejsarsnittet ägde rum varierade hos kvinnorna, samt det fanns variation av förlossningskliniker. Mer variation hade kunnat skapats om arbetet utförts på fler kvinnor och fler delar i landet, men på grund av att författaren hade en tidsram att hålla sig till och skrev ensam var detta inte möjligt.

En pilotintervju genomfördes och användes i resultatet. Detta då endast fåtal ändringar ägde rum och ansågs tillräcklig för att användas i resultatet. Genom pilotintervjun fick författaren möjlighet att testa sina frågor och öva intervjuteknik. Författaren kom att i nästkommande intervjuer lägga till en fråga samt använda sig mer av följdfrågor såsom ”på vilket sätt...” eller ”kan du berätta lite mer...”. Detta för att få ut mer information i svaren och få ett bredare resultat. Intervjuerna ägde rum i en lugn miljö, utan störande moment, men anpassad efter informanterna för att skapa förtroende och en hitta en miljö där dem känner sig avslappnade i. Enligt Danielson (2012a) bör intervjuerna med fördel helst utföras på samma plats för att intervjuerna skall kunna förberedas och utföras ostört. Författaren hade på sin arbetsplats ett rum bokad för samtal, men för majoriteten av informanterna var det mer avslappnat att ses utanför sjukhusmiljön. Detta gjorde författaren då miljö där informanterna inte känner sig avslappnade i kan komma att påverka innehållet i svaren och därmed resultatet.

Alla intervjuer utgick från samma intervjuguide och alla informanter fick samma förutsättningar att svara på frågorna. Detta styrker pålitligheten och att arbetet har varit konsekvent, då pålitligheten enligt Graneheim och Lundman (2004) utgår från tillvägagångssätt av forskningsprocessen och om tillvägagångssättet har varit konsekvent. Alla intervjuer gjordes genom fysiskt möte, av samma intervjuare. Vilket kan ses som en fördel då frågorna formulerats på samma sätt. Intervjuerna varade mellan 11 och 20 minuter, vilket är kortare än den planerade intervjutiden. Detta ser författaren inte som ett hinder, då svaren i intervjuerna var innehållsrika och svarade på arbetets syfte. Tiden för planerad intervju var medvetet en hög tidsgräns, då författaren inte ville att informanterna skulle känna sig stressade om intervjuerna drog ut på tiden och att resultatet då skulle komma att påverkas samt att det vid rekrytering ansågs som en fördel att informanterna hade en tidsram att förhålla sig till. Författaren upplevde att informationen i intervjuerna kom att räcka till resultat. Ju fler intervjuer som författaren genomförde, desto bättre blev intervjutekniken och det kunde i efterhand ha varit bra med några fler pilotstudier för att kunna få ut mer information från informanterna då intervjutekniken blivit bättre. Författaren ansåg dock informationen i det transkriberade materialet tillräckligt för att få ett resultat. Det går även att diskutera om fler intervjuer hade kunnat ge en högre trovärdighet i resultatet, men med tanke på tidspress och att författaren skrev arbetet ensam, fanns inte möjlighet till detta.

Transkriberingen skedde av författaren, vilket styrker konfidentialiteten, men kan vara en svaghet om författaren blir trött eller risk för tolkning kan uppstå. Författaren var därför noga med att ta pauser och lyssna på materialet flertalet gånger under transkriberingen, så att informationen som framkom blev så korrekt som möjligt. Transkriberingen ägde rum samma dag eller nästkommande dag efter intervjun. Detta då det enligt Danielson (2012a) styrker materialet då pauser, kroppsspråk och uttryck för känslor såsom skratt och gråt kan höras tydligt i intervjun och kan vara av nytta när analysarbete sker. Genom att författaren transkriberade intervjuerna kom författaren ihåg det kroppsspråk som var kopplat till tonläge och kunde genom detta avgöra om texten hade en positiv eller negativ innebörd.

Författaren valde att avgränsa urvalet till kvinnor som genomgått akut kejsarsnitt, detta för att inte få en för brett urval och för att det enligt tidigare forskning anses som informationen inför akuta kejsarsnitt är mer bristfällig än för planerade kejsarsnitt. Kvinnorna skulle inte ha genomgått kejsarsnittet för längre än fem år sedan. Detta på grund av att tidigare studier använt sig av detta tidsspänn samt att ju närmare kejsarsnittet, desto troligare kommer kvinnorna ihåg händelsen och vad hon upplevde. Kvinnorna skulle ha goda kunskaper i att prata och förstå svenska, för att minska risk för missförstånd. Alla kvinnorna förstod och talade flytande svenska. Informanterna som anmälde sitt intresse var från början cirka 20 stycken, men några föll bort då de inte följde inklusionskriterierna. Genom att informanterna söktes via forum på sociala medier kunde ge en större variation bland kvinnorna än vad som användes till arbetet. Detta av bekvämlighetsskäl för författaren. Ett alternativ för att få större variation hade varit att genomföra telefonintervjuer eller via videosamtal, men författaren föredrog personligt möte för att kunna ta del av kropps- och känslouttryck.

Analysen av materialet skedde med hjälp av Graneheim och Lundman (2004) beskrivning, då denna metod ansågs lämplig utifrån arbetets syfte och var även en metod som författaren använt sig av förut, vilket kan ses som en styrka. De meningsbärande enheterna får enligt Graneheim och Lundman (2004) inte vara för korta, då det kan uppkomma svårigheter i analysprocessen och viktiga innebörder kan gå förlorade som kan försvåra den fortsatta bearbetningen av den transkriberade texten. Detta tog författaren i beaktande vid analysprocessen och var noggrann att inte göra för mycket tolkningar av materialet, vilket är en styrka vid analys av materialet. Bearbetning med analysprocessen hade kunnat underlättas om författaren inte skrev ensam och kan ha påverkad graden av tolkning, men författaren var kritisk mot sig själv, genom att ständigt fråga sig själv vad kvinnorna berättade, vad som var författarens förförståelse och var noga att bearbeta materialet noggrant.

Författaren har under hela arbetet varit medveten om sin tidigare inställning till kejsarsnitt och sin förförståelse. Förförståelse innebär medvetenhet om de kunskaper författaren besitter innan arbetet påbörjas. Kunskaper och erfarenheter författaren besitter från studier, erfarenheter, värderingar och utom-akademiska kunskaper (Priebe & Landström, 2012). Författaren har kontinuerligt under arbetet reflekterat över sin förförståelse och försökt att inte påverka resultatet med denna. Författaren hade som förförståelse att kejsarsnitt inte är ett vanligt samtalsämne på mödrahälsovården i samband med graviditet och att det är vanligt att kvinnor inför förlossningen upplever att de inte får tillräckligt med information. Författarens förförståelse har till viss del blivit bekräftad och visat sig stämma. Att reflektera

över sin förförståelse innan och under arbetets gång styrker enligt Priebe och Landström (2012) pålitligheten genom att författaren kan hantera sin förförståelse på ett öppet sätt.

Författaren försökte inkludera informanter som författaren inte hade någon relation till i den mån det gick, för att inte materialet skulle påverkas och informanten skulle berätta det som hon trodde författaren ville höra, vilket ses som en styrka. Enligt Elo et al. (2014) skall arbetet innehålla ett resultatavsnitt som presenteras tydligt för att styrka pålitligheten. Detta har författaren haft i åtanke och har ett resultatavsnitt som även stärks med citat från intervjuerna. I tabell 1 finns även ett utdrag ur arbetets analysprocess som tydliggör hur författaren kommit fram till resultatet, vilket styrker pålitligheten.

Överförbarhet avser enligt Graneheim och Lundman (2004) hur väl resultatet kan överföras till en grupp eller ett sammanhang. Den som läser arbetet får enskilt göra en tolkning om syftet är uppfyllt. Alla kvinnor har unika upplevelser och kan inte jämföras sinsemellan, men allt resultat kan ge en ökad kunskap om vad de upplever och vad sjukvården kan göra för att bidra. Ett bredare urval kan ses som en styrka då det ger variation. Kvinnorna förlöstes på olika kliniker och hade olika kommuner som mödrahälsovård. Enligt Henricson och Billhult (2012) ökar överförbarheten om det i arbetet förekommit en variation hos informanterna. Detta har författaren haft i åtanke och informanterna i studien har varit i åldrarna mellan 27 och 32 år och antalet kejsarsnitt per kvinna har varierat mellan ett och två samt att tiden från senaste kejsarsnitt varierat mellan åtta månader och fyra och ett halvt år. Författaren lottade informanter, för att alla som ingick i inklusionskriterierna skulle få möjlighet att bli inkluderade, och hade turen att åldrarna varierade. Hade det inte funnits variation hade författaren möjligtvis kunnat handplocka informanter för att uppnå en variation. Detta skulle kunna bidra till arbetet har en god överförbarhet och kan bidra till hur barnmorskor kan ge information till kvinnor som kan komma att genomgå kejsarsnitt.

6.2 Resultatdiskussion

I resultatdiskussionen diskuteras resultatet mot tidigare forskning från arbetets bakgrund och arbetets teoretiska referensram. Hur kvinnorna upplever barnmorskans informationsgivning skiljer sig mellan kvinnorna, vilket inte är förvånansvärt, då varje kvinna är unik och har en egen upplevelse av sitt kejsarsnitt och omhändertagandet i samband med detta. Resultatet är inte möjligt att applicera på en större grupp med kvinnor då resultatet endast är baserat på sex informanter. Resultatets styrka är att varje kvinna har en unik upplevelse som ger viss kunskap om hur de upplever barnmorskans information och informationsgivning och att resultatet i arbetet stämmer överens med tidigare forskning.

Den ignorerande modellen innebär enligt Hallgren (2010) att barnmorskan ignorerar innehåll och bemötande i sin helhet när förlossningsförberedande arbete och information ges. Kvinnorna upplever då sig inte ha god kommunikation med barnmorskan och känner sig ignorerade. Om barnmorskan istället använder sig av den bekräftande modellen så blir samtalen med kvinnan mer innehållsrika och barnmorskan ger utrymme för reflektion och delger information samt kunskap. Detta är något som barnmorskan enligt författaren alltid bör sträva efter och ingår även i barnmorskans kompetensbeskrivning (Svenska

Barnmorskeförbundet, 2018). I arbetets resultat samt i tidigare forskning av Litorp, Mgaya, Kidanto, Johnsdotter & Essén (2015), Redshaw och Hockley (2010) samt Van Reenen och Van Rensburg (2015) framkommer att det inte verkar vara ovanligt att den ignorerande modellen används, då kvinnorna inte hade erfarenheter av att erhålla tillräckligt med information och kunskap och att detta var förknippat med barnmorskans förhållningssätt. Hur mycket och vad för information som kvinnorna fått kom att påverka om de fått positiva eller negativa erfarenheter av sin förlossning och förlossningsförberedelse. Känslor som minskad kontroll och oro hade ett samband med brist på kommunikation och information. Svenska barnmorskeförbundet (2018) skriver att i barnmorskans kompetensområde ingår att barnmorskan ska förbereda kvinnorna och deras partners under graviditet, förlossning och eftervård samt att de ska se till patienters och närståendes kunskaper och önskemål. Hos kvinnorna i arbetets resultat fanns varierade erfarenheter hur vida de blivit förberedda på en förlossning som avslutas med akut kejsarsnitt. Vissa kvinnor upplevde att de på förlossningen blivit väl informerade och kände sig förberedda, medan andra kvinnor inte kände sig förberedda. Alla kvinnorna hade dock gemensamt att de ansåg att mer information om kejsarsnitt borde ske tidigare, på mödrahälsovården. I en studie av Litorp et. al (2015) beskrev barnmorskor att informationsgivning var viktigt och att de önskade kunna ge mer information inför kejsarsnitt. Barnmorskor bör möjligen reflektera över sitt arbetssätt och de riktlinjer som finns, samt om det finns tillräckligt med riktlinjer, till exempel på mödrahälsovården för att förbereda kvinnorna mer inför eventuellt kejsarsnitt. Finns riktlinjer kan dessa behövas förtydligas och utvecklas.

Ett lugnt bemötande och god relation till barnmorskan var viktigt för kvinnorna enligt arbetets resultat. Goda erfarenheter av förlossningsupplevelsen var förknippad med gott bemötande och god information, medan en mindre bra förlossningsupplevelse var förknippad med mindre information och mindre bra bemötande från barnmorskor och därmed mindre bra erfarenheter. Detta stämmer överens med det Chalmers, Kaczorowski, Darling, Heaman, Fell, O'Brien och Lee (2010), O'Riley, Choby, Sejourmé och Callahan (2014) samt Ryding och Christensson (2010) beskriver i sina studier, att kvinnor som fick ett bra bemötande och god information var mer ofta nöjd med sin förlossningsupplevelse än de som inte fått det. Hallgren (2010) beskriver att anpassad information i en lugn och tilltalande atmosfär är gynnsamt i det förlossningsförberedande arbetet. Det är enligt författaren av vikt att barnmorskan reflekterar över hur hen kan ge stöd och trygghet till patienten och hur hen uttrycker sitt kroppsspråk för att på bästa sätt skapa förtroende och ge god information, då dessa komponenter hör samman och kan bidra till en bättre förlossningsupplevelse.

En traumatisk förlossning beskrivs i tidigare studier av Ryding, Wijma och Wijma (2010, 1998), Somera, Feeley och Ciofani (2009), Phia (2013), Litorp et. Al (2015), och Burcher et.al. (2016). Detta beskrivs även av kvinnorna i arbetets resultat. Genom god kommunikation, lugnt bemötande och förberedande information tidigare under graviditeten kan barnmorskorna omvända upplevelsen så att den blir mindre traumatisk. Det förekom både i arbetets resultat och i studier av Litorp et. Al (2015), Redshaw och Hockley (2010) samt Robb (2011) att kvinnorna inte förstod informationen de fått. Kvinnorna beskrev att barnmorskans sätt att ge information och bemötande hade ett samband med hur situation och information uppfattades. Enligt Hallgren (2010) bör informationen anpassas efter varje enskild individ, genom en lugn -och bemötande atmosfär. Detta ger paret hopp och tillit till personal och de

kan ställa frågor. Istället förekommer det att barnmorskan delger sin kunskap med ett medicinskt perspektiv och ett formellt språk, vilket gör att paret inte alltid förstår vad som sägs. Författarens förståelse har blivit bekräftad vad gäller att informationsgivningen brister, vilket är synd då det både i arbetsbeskrivning från sjukhus i Mellansverige, i sjuksköterskeutbildningen, barnmorskeutbildningen och i barnmorskans kompetensbeskrivning står att barnmorskor ska förbereda kvinnan inför förlossning och ska anpassa informationen efter varje individ (svenska barnmorskeförbundet, 2018). Förlossningskliniker och mödrahälsovården bör enligt författaren reflektera över sitt sätt att ge information och ta reda på vad för information kvinnorna önskar få kring kejsarsnitt.

I resultatet framkom att kvinnorna upplevde att barnmorskan inte tog sig tid, trots att tid fanns, vilket stämmer överens med studier av Redshaw och Hockley (2010), Fenwick, Gamble och Mawson (2003) samt Burcher et.al. (2016) som också skriver att kvinnorna inte kände sig hörda eller fick tid att ställa frågor. Att barnmorskan inte tar sig tiden kan bero på orsaker som brist i kommunikation där barnmorskan inte uppfattar att kvinnan erhållit fullgod information samt brist på personal och hög arbetsbelastning. Författaren anser att om kejsarsnittet inte ska ske urakut bör barnmorskan på förlossningen ta sig tiden att ge förberedande information och om barnmorskan inte har tid eller möjlighet, finns det möjlighet att delegera det vidare till en kollega. Både Svenska Barnmorskeförbundet (2018) och Hildingsson (2016) skriver att barnmorskan ska ta sig tid samt anpassa informationen till den befintliga situationen. Barnmorskan bör sträva efter att använda sig av den bekräftande modellen (Hallgren, 2010) för att skapa förtroende och bidra till att alla parter bidrar i samtalet och känner sig delaktiga, men istället verkar barnmorskorna till kvinnorna i detta arbete ha använt sig av den ignorerande modellen (Hallgren 2010) som bidrar till att kvinnorna och deras partners inte upplever sig hörda och eller delaktiga.

Hallgren (2010) skriver att information bör ges ur parets perspektiv som en helhet för att förbereda dem på bästa sätt inför sin förlossning. I arbetets resultat och i studie av Robb (2011) framkom att kvinnorna önskat att informationen var mer inriktad till deras partners och inte bara till dem själva. Detta skulle underlätta för kvinnorna och minska onödig stress och oro. Kvinnorna hade önskats ses som en enhet istället för två. Barnmorskan borde göra som Svenska Barnmorskeförbundet (2018), Hildingsson (2016) och Hallgren (2010) skriver, barnmorskan ska anpassa informationen efter individen och ta reda på upplevelser, erfarenheter och förväntningar som kvinnan och närstående har för att gynna det förlossningsförberedande arbetet. Detta skulle möjliggöra att paret känner sig hörda och får tid till reflektion och frågor.

Ingen av kvinnorna i resultatet upplevde att de innan sin graviditet och förlossning hade särskilt mycket förkunskaper om vad det innebar att genomgå ett kejsarsnitt. Några kvinnor hade tidigare arbetat på kvinnoklinik i olika delar av Mellansverige, men de kände inte heller att de hade så mycket förkunskaper, mer än att vårda kvinnorna efter kejsarsnittet. Kvinnorna som arbetat på kvinnokliniken upplevde att barnmorskorna inte gav dem information inför sin egen förlossning för att de trodde att kvinnorna hade förkunskaper. Svenska Barnmorskeförbundet (2018) skriver att information och kunskap ska ges utifrån varje individ och individanpassas. Likaså beskriver Hallgren (2010) att den bekräftande modellen utgår från parets tidigare erfarenheter och önskemål. Här har barnmorskans

förförståelse tagit över rådgivningen och barnmorskan skulle istället tagit reda på vad paret hade för förkunskaper istället för att gå på sin förförståelse. Hallgren (2010) skriver vidare att genom en dialog mellan paret och barnmorskan där erfarenheter och fakta utbyts gynnas tilliten till vårdpersonalen och kvinnorna känner sig i större utsträckning mer förberedda inför sin förlossning, vilket är något barnmorskorna skulle tagit i beaktande i mötet med dessa kvinnor.

I arbetets resultat och i en studie av Litorp et.al. (2015) framkom att kvinnorna önskade få information om kejsarsnitt under graviditeten på mödrahälsovården och att begreppet då hade blivit mindre skrämmande. Arbetet på mödrahälsovården måste och ska kontinuerligt utvärderas och anpassas efter ny kunskap (SFOG, 2016 & Hildingsson, 2010). Det verkar som att barnmorskorna på mödrahälsovården inte har reflekterat över den information de ger tillräckligt, eller använder sig av en kommunikationsmetod där det inte finns plats för reflektion och teman som kan väcka oro endast tas upp i förbifarten (Hallgren, 2010).

I resultatet och i en studie av Tully och Ball (2013) framkom att kvinnorna upplevde kejsarsnitt som ett andrahandsalternativ och som kom att ses som en skam och ett misslyckande på grund av barnmorskans förhållningssätt. Det är viktigt att barnmorskan reflekterar över sitt sätt att tala och inte lägger in personliga värderingar, utan har ett neutralt förhållningssätt. Barnmorskan bör i sitt förlossningsförberedande arbete använda sig av ett vardagligt språk, som är personligt, men som inte lägger några värderingar i sitt sätt att uttrycka känslor (Hallgren, 2010), vilket inte kvinnorna i resultatet eller i tidigare forskning upplevde. Hallgren (2010) beskriver vidare att anpassad information i en lugn och tilltalande atmosfär är gynnsamt i det förlossningsförberedande arbetet. Det är av vikt att barnmorskan reflekterar över hur hen kan ge stöd och trygghet till patienten och hur hen uttrycker sitt kroppsspråk för att på bästa sätt skapa förtroende och ge god information, då dessa komponenter hör samman och bidrar till en bättre förlossningsupplevelse. Att få information endast muntligt var något som kvinnorna i resultatet inte upplevde tillräckligt, utan de hade önskat skriftlig och muntlig information både på mödrahälsovården och på förlossningen. Enligt SFOG (2016) ska barnmorskan på mödrahälsovården i sitt förlossningsförberedande arbete förse kvinnan och närstående med information både muntligt och skriftligt. Författaren reflekterade kring om det inte finns skriftlig information på mödrahälsovården eller om den bara inte används. Barnmorskan ska anpassa informationen efter varje individ (Hallgren, 2010) och en del kvinnor föredrar muntlig information medan andra föredrar skriftlig. Det borde vara en självklarhet att kunna få ta del av båda alternativen.

I resultatet framkom att kvinnorna önskade mer information om troliga orsaker till att kejsarsnitt kan bli ett alternativ, tillvägagångssätt, praktiska saker kring kejsarsnitt samt om eftervården. Varje kvinna hade sina egna önskemål. Författaren har inte hittat studier som svarar på vad för information kvinnorna önskar, men att informationen är bristfällig och gör att kvinnorna inte känner sig förberedda. Detta är ett ämne som kan forskas mer på. Resultatet kan ha blivit mer utvecklat och informationsrikare om författaren ställt mer följdfrågor under intervjuerna och om fler informanter kunnat delta.

Barnmorskan ska sammanfattningsvis enligt svenska Barnmorskeförbundet (2018) ha förmåga att ge stöd, information, förebygga ohälsa samt främja hälsa. Resultatet visar att kvinnorna upplevde variation av detta hos barnmorskorna, men gemensamt är att mer information, kunskap och vägledning i dialog skulle behövas inför kejsarsnitt för att kvinnorna ska känna sig mer nöjda.

6.3 Etikdiskussion

Vetenskapsrådet (2002) fyra krav för empiriska studier använde författaren sig av för att skydda informanterna. De fyra kraven är informationskravet, konfidentialitetskravet, nyttjandekravet och samtyckeskravet. Informationskravet tog författaren hänsyn till genom att informanterna fick ett informationsbrev (bilaga A) innan intervjuerna ägde rum som innehöll tydlig information om studiens syfte och att intervjuerna skulle komma att användas i detta arbete. I brevet fanns även information som namn på författaren samt kontaktuppgifter till både författare och handledare. När författaren skickade ut informationsbrevet till informanterna hade syftet inte bearbetats tillräckligt och kom att utvecklas till dess att intervjuerna ägde rum. I informationsbrevet stod att syftet var att beskriva kvinnors upplevelser av information inför akuta kejsarsnitt, medan i arbetet var syftet: att beskriva kvinnors upplevelser av barnmorskors information inför akuta kejsarsnitt. Vid varje intervju upplyste författaren informanterna om det ändrade syftet.

I inledning av intervjutillfället fick varje informant både muntlig -och skriftlig information på de ändringar som gjorts samt en samtyckesblankett (Bilaga B) som de fick signera. Samtycket innefattade att intervjun kommer spelas in, transkriberas ordagrant och sedan analyseras. Att deltagandet är frivilligt och att deltagaren när som helst kan avbryta sin medverkan utan att ange orsak. All information som informanterna fick var författaren noggrann att tydligt ge muntligt för att få möjlighet att avbryta sitt deltagande om så önskades och för att en förståelse skulle uppnås. Genom detta har författaren tagit hänsyn till samtyckeskravet.

Vid intervjutillfällena försökte författaren ha en neutral roll, så att inte känsla av maktförhållanden skulle infinna sig och att informanten inte skulle känna sig tvingad att delta, svara på ett visst sätt eller känna sig i underläge. De som har haft tillgång till de inspelade intervjuerna och transkriberingarna är författaren, men vissa delar har visats upp för författarens handledare. De transkriberade intervjuerna markerades med siffror, till exempel intervju 1 och 2, för att säkerställa konfidentialitet och att informanterna inte skulle kunna identifieras. Författaren har genom detta tagit hänsyn till konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Efter färdigställt arbete kommer det inspelade och transkriberade materialet förstöras direkt. Efter avslutad intervju hörde ingen av informanterna av sig till författaren om frågor eller avbrytande att delta. När arbetet är godkänt kommer det mailas till informanterna enligt överenskommelse. Författaren har genom detta följt Vetenskapsrådet (2002) etiska krav på bästa sätt och kan inte tänka på något som kunde göras på annat sätt.

7 KONKLUSION

De slutsatser som kan dras från arbetet är att kvinnorna önskar få mer information om kejsarsnitt. Information bör ges fortlöpande under hela vårdkedjan och första introduktion av det operativa ingreppet bör ske under besök på mödrahälsovården. Informationen bör ges både muntlig och skriftlig och rikta sig till både kvinnorna och deras partners.

Barnmorskorna bör vara lugna i sitt bemötande och ha ett neutralt förhållningssätt till kejsarsnitt och normalisera förlossningsmetoden. Barnmorskan bör vid informationsgivning vara lugn, då kvinnorna hade erfarenheter av att även de bli mer lugna och kunde lättare ta del av informationen, som inte kom att kännas lika skrämmande. Informationen som ges bör vara lättförståelig och barnmorskan bör ta sig tid att ge information.

8 KLINISKA IMPLIKATIONER

Arbetet ger viss kunskap av kvinnors erfarenheter av barnmorskans information inför akut kejsarsnitt. Kvinnorna hade varierade upplevelser av sitt akuta kejsarsnitt och upplevelserna berodde till stor del på vad för information de erhållit inför sitt akuta kejsarsnitt. Kvinnorna upplevde att det fanns tid till information, men att barnmorskorna inte tog sig tiden att ge paret fullgod information inför akut kejsarsnitt. Resultatet kan användas för att öka kunskapen för hur kvinnor upplever barnmorskans information och informationsgivning inför akuta kejsarsnitt samt för att öka förståelsen för vilken information kvinnor önskar och när information om kejsarsnitt borde introduceras. Med detta arbete kan barnmorskor, både inom mödrahälsovården och på sjukhus få en inblick i hur kvinnorna upplever informationsgivningen inför akuta kejsarsnitt och påbörja en reflektion angående sitt arbetssätt och sin utvecklingspotential för att på bästa sätt möta kvinnornas önskemål och därmed också bidra till en mer positiv förlossningsupplevelse. Alla kvinnor i arbetet önskar att informationen om kejsarsnitt blir mer neutralt och introduceras tidigare än på förlossningsavdelningen. Ett förslag är att introducera information om kejsarsnitt och dess tillvägagångssätt på ett neutralt sätt redan inom mödrahälsovården så att begreppet inte känns lika främmande när förlossningen väl bli aktuell och att ge information både skriftligt och muntligt, både vid föräldragrupps utbildning och vid enskilda samtal med barnmorskan.

9 FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING

Det finns forskning kring hur kvinnor upplever sina akuta kejsarsnitt, men det finns begränsad forskning på kvinnors erfarenheter av barnmorskans information inför akuta kejsarsnitt och vad för information som kvinnorna saknar eller anser var bra. Detta arbete

visar att det fanns brister i kommunikation och informationsgivande mellan barnmorskan och kvinnorna och att detta påverkar deras förlossningsupplevelse negativt, då de inte känner sig förberedda, ovetande och chockade inför sitt kejsarsnitt. Ett förslag är att mer forskning, genom intervjuer på fler kvinnor, kring vad för information kvinnorna önskar erhålla och när denna bör introduceras. Genom detta kan barnmorskorna få ökad kunskap om hur hen kan förbättra bemötandet med kvinnor samt partner och bidra till en bättre förlossningsupplevelse. Det skulle även vara av intresse att veta vad barnmorskorna anser om informationen om kejsarsnitt som ges ut för att jämföra med upplevelser från kvinnorna. Det skulle även vara av intresse att genomföra intervjuer med kvinnor som inte genomgått kejsarsnitt för att se vad för erfarenheter och önskemål de har i samband med information inför kejsarsnitt och om denna stämmer överens med de erfarenheter som kvinnor som genomgått kejsarsnitt har.

REFERENSLISTA

- Andolf, E. (2014). Kejsarsnitt. I H. Hagberg, K. Marsál & M. Westgren. (Red.), *Obstetrik*. (s. 550–564). Lund: studentlitteratur.
- Barimani, M. (2016). Att leda föräldragrupper på mödrahälsovården ur ett föräldrastödsperspektiv. I H., Lindgren, K., Christensson & A. K. Dykes. (red.). *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde*. (s. 323–329). Lund: Studentlitteratur.
- Burcher, P., Cheyney, M. J., Li, K. N, Hushmندی, S. & Kiley, K. C. (2016). Cesarean Birth Regret and Dissatisfaction: A Qualitative Approach. *Birth*, 43(4), 346-352.
- Chalmers, B., Kaczorowski, 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.
- Danielson, E. (2012a). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 329–343). Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2012b). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från ide till examination inom omvårdnad* (s. 163–174). Lund: Studentlitteratur.
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE open*.
- Fejes, A., & Thornberg, R. (2015). *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber.
- Fenwick, J. Gamble, J. & Mawson, J. (2003). Women's experiences of Caesarean Section and Vaginal Birth after Caesarean. A Birthites initiative. *International Journal of Nursing Practice*. 9, s. 10–17.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015) *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Författare och natur & kultur: Stockholm.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–111.
- Hallgren, A. (2010) Förlossningsförberedelse och metoder för att hantera förlossningen. I M. Berg & I. Lundgren. (Red.). *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*, (s. 89–94). Lund: studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 129–137). Lund: Studentlitteratur.

- Hildingsson, I. (2016). Hälsovård under graviditet. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A. K. (red.) *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde* (s. 273–281). Lund: Studentlitteratur.
- Hilding, I., Nilsson, C., Karlström, A. & Lundgren, I. (2011) A longitudinal survey of childbirth-related fear and associated factors. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 40(5), 532-543.
- Hodnett, ED., Gates, S. Hofmeyr, G. J. & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(7), s. 1-17.
- Karlström, A. (2017). Women's Self-reported experience of unplanned caesarean section: Results of a Swedish study. *Midwifery*, 50(2017), 253–258.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69–90). Lund: studentlitteratur.
- Lindgren, H., Rehn, M. & Wiklund, I. (2014). *Barnmorskans handläggning vid normal förlossning-forskning och erfarenhet*. Lund: studentlitteratur.
- Litorp, H., Mgya, A., Kidanto, H. L., Jonsdotter, S. & Essén, B. (2015). What about the mother? Women's and caregiver's perspectives on caesarean birth in a low-resource setting with rising caesarean section rates. *Midwifery*, 31(2015), 713–720.
- Lundgren, I. & Berg, M. (2016). Professionellt förhållningssätt. I H. Lindgren, K. I. Christensson & A. K. Dykes. (Red.). *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde* (s. 19–25). Lund: Studentlitteratur.
- Nystedt, A. & Hildingsson, I. (2017). Women's and Men's negative experience of childbirth-A cross-sectional survey. *Women and Birth*, 31(2018), 103-109.
- O'Rilley, A., Choby, D., Sejourmé, N. & Callahan, S. (2014). Feelings of control, unconditional self-acceptance and maternal self-esteem in women who had delivered by caesarean. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(4), 355-365.
- Phia, D. (2013). A Meta-Synthesis of Women's Experiences of Cesarean Birth. *National Geographic*, 38(1), 42-47.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (9th ed.)*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2016). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (10th ed.)*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Priebe, G. & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – Grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 31–50). Lund: Studentlitteratur.

- Redshaw, M. & Hockley, C. (2010). Institutional Processes and Individual Responses: Women's Experiences of Care in Relation to Cesarean Birth. *Birth*, 37(2), 150-159.
- Robb, K. (2011). A Qualitative Study Exploring Women's Experiences of Unplanned Cesarean Surgery and Their Suggestions for Improving Care. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice*, 10(3), 17-28.
- Ryding, E.L., Wijma, K. & Wijma, B. (2010). Emergency cesarean section: 25 women's experiences. *Journal of reproductive and infant psychology*, 18(1), 33-39
- Ryding, E.L., Wijma, K. & Wijma, B. (1998). Experience of Emergency Section: A Phenomenological Study of 53 Women. *Birth*, 25(4), 246-251.
- SFOG (2010). *Kejsarsnitt*. Rapport nr 65. Hämtad: 190123 från: <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG6546953362-8e9e-4acd-bd5b-ff9f6415419d.pdf>
- SFOG (2016). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa*, uppdrag 76. Hämtad: 181204 från: <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2016/12/Modrahalsovard-Sexuell-och-Reproduktiv-Halsa-2016-Rev.-Bla-Bok.pdf>
- Somera, M. J., Feeley, N. & Ciofani, L. (2009). Women's experience of an emergency caesarean birth. *Journal of Clinical Nursery*, 19, 2824-2831.
- Svenska barnmorskeförbundet (1999), *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. Hämtad: 181213 från: <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf>
- Svenska Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska*. Hämtad: 181127 från: <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>
- Socialstyrelsen (2018). *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2016* Hämtad: 190118 från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20807/2018-1-6.pdf>
- Tham, V., Ryding, E. L. & Christensson, K. (2010). Experiences of support among mothers with and without post- traumatic stress symptoms following emergency caesarean section. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 1, 175-180.
- Tully, K.P. & Ball, H. L. (2013). Misrecognition of need: Women's experiences of and explanations for undergoing cesarean delivery. *Social science & Medicine*, 85(2013), 103-111.
- Van Reenen, S & Van Rensburg, E. (2015). South African Mother's Coping With an unplanned Caesarea Section. *Health Care for Women International*, 36, 663-683.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2018-11-28 från:
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Vårdguiden 1177. (2015). *Kejsarsnitt*. Hämtad: 181213 från: <https://www.1177.se/Fakta-och-rad/Behandlingar/Kejsarsnitt/#section-2>

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

BILAGA A, INFORMATIONSBREV



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Förfrågan om deltagande i studien ”Information inför kejsarsnitt”

Mitt namn är Kajsa Aronson och jag går andra terminen på barnmorskeprogrammet vid Mälardalens högskola i Västerås. Jag ska nu börja på min magisteruppsats, vilken är en del i utbildningen.

Att bli förlöst med kejsarsnitt är för många en omvälvande händelse och studier visar att det innan förlossningen inte ges så mycket information om kejsarsnitt. Studiens syfte är att beskriva kvinnors upplevelser av barnmorskors information inför akuta kejsarsnitt.

Du tillfrågas därför om att delta i en intervju för att samtala om din upplevelse av informationen du fick inför ditt kejsarsnitt. Intervjun beräknas ta cirka en timme och kommer spelas in.

Du kommer få ge ditt skriftliga medgivande att delta i studien innan samtalet. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att du behöver uppge orsak. Allt material kommer att bearbetas och behandlas konfidentiellt, vilket betyder att all data och alla uppgifter kommer kodas och användas så att ingen utomstående kan knyta uppgifter till dig.

Med vänliga hälsningar

Kajsa Aronson

Tel: 0708148803

Mail: kan17002@student.mdh.se

Handledare:

Margareta Widarsson

Universitetslektor & barnmorska

Tel: 021-107336

Mail: margareta.widarsson@mdh.se

BILAGA B, SAMTYCKESFORMULÄR



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Samtyckesformulär till deltagande i studien ”Information inför kejsarsnitt”

Jag har tagit del av medskickad information angående intervjustudien om kvinnors upplevelser av barnmorskors information inför akuta kejsarsnitt och är väl införstådd med informationen jag fått både muntligt och skriftligt. Jag är väl medveten om att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan att behöva motivera mitt val. Jag har även fått information om vilken person jag kan vända mig till för eventuella frågor kring studien. Jag samtycker att intervjun spelas in, sparas och sedan analyseras och transkriberas ordagrant. Att studien är konfidentiell och all information som kan avslöja personens identitet tas bort.

.....
Underskrift

.....
Namnförtydligande

.....
Datum

BILAGA C, INTERVJUGUIDE

Intervjuguide

Demografiska data

Ålder

Antal barn

Antal förlossningar

Antal kejsarsnitt

När inträffade senaste kejsarsnitt?

Syfte: att beskriva kvinnors upplevelser av information från barnmorskor inför akut kejsarsnitt.

Öppningsfråga:

Berätta lite om din upplevelse av kejsarsnitt.

Introfråga:

Hur viktig är information för dig?

1. Kan du berätta lite om den information du fått från annat håll än från barnmorskor?
2. Vad fick du för information inför kejsarsnitt på mödrahälsovården?
3. Vad fick du för information inför ditt kejsarsnitt på förlossningen?
4. I vilken form fick du informationen?
5. Var det bra information? Vad var bra?
6. Var det någon information som du saknade? Vad saknades?

7. Finns det något annan information som kunnat hjälpa dig mer i förberedelseväg inför ditt kejsarsnitt?
8. Hur upplevde du barnmorskans sätt att ge informationen?
9. Förstod du informationen du fick?
10. Kunde barnmorskan gett informationen på annat sätt? På vilket sätt?
11. När anser du att information om kejsarsnitt bör introduceras av barnmorskan?
12. Vad tycker du är viktigast i barnmorskans informationsgivande inför kejsarsnitt?

Avslutningsfråga:

Kan du göra en sammanfattning av det viktigaste du delat här med mig idag?

Eventuella följdfrågor

Kan du utveckla det lite mer?...

Kan du berätta lite mer?....

På vilket sätt?...

Vad menar du med?...

Kan du ge något exempel?...

Vad gjorde du då?...

Hur upplevde du det?...

BILAGA D, ARTIKELMATRIS

Artikel-nummer	Författare Titel Tidskrift År Land	Syfte	Metod	Resultat
1	Burcher, P., Cheyney, M. J., Li, K. N., Hushmendi, S. & Kiley, K. C. Cesarean Birth Regret and Dissatisfaction: A Qualitative Approach. BIRTH 2016 Albanien	Att identifiera potentiella faktorer som går att ändra, som bidrar till att kejsarsnitt ångras.	Kvalitativ studie n=30 kvinnor	Kvinnorna kände sig inte hörda och det var bristfällig kommunikation. Att inte känna sig hörd var värre hos många kvinnor än att få lite information. Stress, och saknad av kontroll fanns hos kvinnorna. De ville ha information redan på mödrahälsovården för att veta vad de hade att förvänta sig, innan det blev skarpt läge vill säga. Misstro till personal var inte ovanligt.
2	Chalmers, B., Kaczorowski, J., Darling, E., Heaman, M., Fell, D. B., O'Brien, B. & Lee, L. Cesarean and Vaginal Birth in Canadian Women: A Comparison of Experiences. BIRTH 2010 Canada	Att se kvinnors upplevelser genom att se påverkan mellan att ha genomgått kejsarsnitt och se barn. mamma bandet, amning, stöd och generell tillfredsställelse av förlossning jämfört med vaginal förlossning.	Kvantitativ studie n= 6421 kvinnor	Kvinnor som genomgått kejsarsnitt upplevde att de fick hålla barnet för sent och för lite, att amningen kom igång senare, men har stöd från sin partner. Att genomgå kejsarsnitt gav en mindre positiv förlossningsupplevelse.

3	Fenwick, M. J., Feeley, N. & Ciofani, L. Women's experiences of caesarean section and vaginal Birth after Caesarean: A Birthites initiative. International journal of Nursing Practice. 2009 Australian.	Att ge konsumenterna en talan om kejsarsnitt och vaginal förlossning efter akut snitt.	Kvalitativ studie n= 59 kvinnor	Kejsarsnitt upplevdes både känslomässigt och fysiskt traumatiskt av kvinnorna. Några upplevde barnmorskorna som positiva i sitt bemötande och gav stöd, medan andra kände sig i vägen, inte lyssnade på och fick bristfällig information och dålig kommunikation. Brist på kunskap. Kontinuitet inom vården gav en positiv inverkan.
4	Hildingsson, I., Nilsson, C., Karlström, A. & Lundgren, J. A Longitudinal Survey of Childbirth-Related Fear and Associated Factors 2011 Sverige	Att undersöka förekomsten av förlossningsrädsla och hitta faktorer som påverkar och kan minska rädslan.	Kvantitativ studie n=697 kvinnor	Närvarande, delaktiga och lyhörda barnmorskor som gav stöd och skapade god kontakt bidrog till god kontroll hos kvinnorna och bidrog till mindre risk för förlossningsrädsla.
5	Hodnett, ED., Gates, S., Hofemyr, GJ. & Sakala, C. Continous support for women during Childbirth. Cochrane Database of systematic reviews. 2013 Australia, Belgium, Botswana, Brazil, Canada, Chile, Finland, France, Greece, Guatemala, Mexico, Nigeria, South Africa, Sweden, Thailand, and the United States	Att jämföra stöd kontinuerligt jämfört med vanlig vård.	Random effects analysis, Cochrane pregnancy and Childbirth groups trials register.	Kontinuerligt stöd ökade risken för vaginal spontan förlossning, minskade användning av farmakologisk smärtlindring, gav kvinnan mer kontroll och gjorde de mer nöjda. Kvinnorna upplevdes få en kortare förlossning, minskade risk för kejsarsnitt och instrumentell förlossning.

6	Karlström, A. Women's self-reported experience of unplanned caesarean section: Results of a Swedish study. Midwifery. 2017. Sverige	Att jämföra självrapporterade födelseutfall för kvinnor som genomgår spontan start av arbetskraft mellan dem som faktiskt hade en vaginal förlossning och de som så småningom hade ett akut snitt.	Kvantitativ studie n=870 kvinnor	Vanligaste orsakerna till kejsarsnitt var dystoci, fosterpåverkan och malpresentation. Förlossningsrädsla var vanligt hos de som snittades och var ännu vanligare efter kejsarsnittet. De med kejsarsnitt hade mindre positiva upplevelser. Kvinnorna önskade erhålla mer information.
	Litorp, H., Mgya, A., Kidanto, H.L., Johnsdotter, S. & Essén, B. "What about the mother?" women's and caregiver's perspectives on caesarean birth in a low-resource setting with rising caesarean section raters. Midwifery 2015 Tanzania	Att få inblick i kvinnor och vårdgivares erfarenheter, antaganden, attityder och tro i relation till kejsarsnitt.	Kvalitativ studie n= 29 personer varav 13 kvinnor och 16 vårdgivare.	Känslor som rädsla och chock infann sig hos kvinnorna när de fått beskedet om kejsarsnitt. Av både barnmorskor och kvinnorna ansågs vaginal förlossning vara förstahandsval och ansågs vara det "normala". Kvinnorna fick information inför kejsarsnitt, men saknade information om orsaker och varför kejsarsnittet skulle äga rum. Vårdgivarna ansåg att informationen inför kejsarsnitt borde bli bättre och introduceras tidigare under graviditeten för att förbereda kvinnorna inför eventuellt kejsarsnitt. Kvinnorna hade för lite kunskap och trodde att ett kejsarsnitt innebar att nästa förlossning också skulle bli kejsarsnitt och därför kände dem sig begränsade i antal barn de ville ha. De upplevde kejsarsnitt som något negativt.

8	Nystedt, A. & Hildingsson, I. Women's and men's negative experience of childbirth- A cross-sectional survey. Women and Birth. 2017 Sverige	Att analysera och beskriva kvinnor och mäns uppfattningar och erfarenheter av förlossning.	Kvantitativ tvärsnittstudie n= 936 kvinnor samt 828 män.	Majoriteten av förlossningsupplevelserna var positiva, men de som hade negativa upplevelser berodde främst på långdraget förlopp, smärta och kejsarsnitt. När det kom till kejsarsnitt var negativa upplevelser vanligare än positiva och kvinnorna visste inte vad som skulle hända och fick då en panikkänsla. Panikkänsla var dock vanligare hos männen än kvinnorna i samband med kejsarsnitt.
9	O'Riley, A., Choby, D., Séjourné, N. & Callahan, S. Feelings of control, unconditional self-acceptance and maternal self-esteem in women who had delivered by caesarean. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2014 Frankrike	Att skapa större förståelse för de känslomässiga och kognitiva mekanismerna associerade med kejsarsnitt.	Kvalitativ samt kvantitativ studie n=201 kvinnor.	De som födde vaginalt upplevde högre värde av självförtroende än de som födde instrumentellt eller med kejsarsnitt. De som födde med kejsarsnitt hade mindre känsla av kontroll och mer stress. Stöd kring barnafödande var viktigt för att minska de negativa aspekterna förlossning.
10	Phia, D. A Meta-synthesis of Women's Experiences of Cesarean Birth. National Geographic 2013 Australien, USA, England, Scotland, Canada och Japan.	Att få förståelse för kvinnors erfarenheter, emotionella och fysiska behov vid kejsarsnitt	Metasyntes av kvalitativa studier n= 3721 kvinnor.	Rädsla, chock, besvikelse och misslyckande var vanliga känslor. Brist på förberedelse och kunskap, obesvarade frågor och dålig attityd var några beskrivna saker av kvinnorna. Några kvinnor hade positiv upplevelse, då vårdgivarna gett bra information och stöd. Kände sig inte redo för den postoperativa smärtan.

11	Redshaw, M. & Hockley, C. Institutional Process and Individual Responses: Women's Experiences of Care in Relation to Cesarean Birth. Birth 2010 England	Att få en bättre förståelse, genom att undersöka enskilda kvinnors senaste erfarenheter och reflektioner kring deras vård.	Kvalitativ studie n=2960 kvinnor.	Känslor som rädsla, hjälplöshet, brist på information av barnmorskor och vårdpersonal och ingen möjlighet att få ställa frågor. Kvinnorna kände sig inte hörda och den informationen de fått var för lite och svår att förstå. Några kvinnor hade en bra förlossningsupplevelse och dessa var främst de kvinnor som genomgått elektivt kejsarsnitt.
12	Robb, K. A Qualitative Study Exploring Women's Experiences of Unplanned Cesarean Surgery and Their Suggestions for Improving Care. Canadian Journal of Midwifery Research and Practice. 2011 Canada	Att belysa kvinnors upplevelser av kejsarsnitt.	Kvalitativ studie n= 8 kvinnor.	Några kvinnor kände en lättnad, även om det inte var det förlossningssätt som de önskat. Chock, rädsla var vanliga känslor. Vissa kände att de inte var en del i diskussionen och kände sig överkörda. Att de inte fick reda på varför kejsarsnitt var nödvändigt och att det fanns brist på information. De hade önskat mer information i för tid och gärna en rundtur under graviditeten på operation. Bra ifall man skulle behöva kejsarsnitt.
13	Ryding, E.L., Wijma, K. & Wijma, B. Emergency cesarean section: 25 women's experiences. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2010 Sverige	Att undersöka möjligheten att kategorisera kvinnors upplevelser av akuta kejsarsnitt baserat på de monster som visas i deras berättelser av händelse och om möjligheten att beskriva särdrag hos dessa kategorier.	Kvalitativ studie n= 25 kvinnor	Vissa kvinnor hade bara positiva känslor kring kejsarsnittet medan andra hade negativa och upplevde det traumatiskt. De med positiva känslor var glada att se sina barn, medan de med traumatiska minnen inte förstod att det var deras barn.

14	Ryding, E.L., Wijma, K. & Wijma, B. Experiences of Emergency Cesarean Section: A Phenomenological Study of 53 Women. BIRTH 1998 Sverige	Att beskriva kvinnors tankar och känslor under processen av förlossningen som slutade i kejsarsnitt, för att se om akut snitt kan utgöra kriterier för att drabbas av PTSD och att se vad kvinnorna föredrar.	Kvalitativ studie n=53 kvinnor	Kvinnor upplevde att information gjorde kvinnorna mindre rädda och mer förberedda. Bra stöd av partner och att de kände att de förstod informationen de fick av vårdpersonal och orsaken varför kejsarsnitt skulle genomgåas var viktigt för kvinnorna. Känslor som besvikelse och ledsamhet var vanliga känslor.
15	Somera, M. J. Feeley, N. & Ciofani, L. Women's experience of an emergency caesarean birth. Journal of Clinical Nursery. 2009 Kanada	Att utforska kvinnors upplevelser av akut kejsarsnitt för att få en bättre förståelse av deras tankar och känslor genom förlossningsupplevelsen.	Kvalitativ studie n= 9 kvinnor	Kvinnorna hade gemensamt att de innan förlossningen hade som mål att få en frisk bebis, men kände vid kejsarsnittet en saknad av kontroll, kände sig värdelösa, med positiva tankar kunde de lättare hantera situationen. Besvikelse att inte föda vaginalt var en vanlig känsla, likaså rädsla. När beskedet kom att de skulle snittas hade de ingen tid att förbereda sig mentalt.
16	Tham, V., Ryding, E.L. & Christensson, K. Experience of support among mothers with and without post-traumatisk stress symptoms following emergency caesarean section. Sexual and Reproductive Healthcare. 2010 Sverige	Beskriva hur kvinnor med och utan PTSD efter akutsnitt och hur dem fick stöd i barnafödandet.	Kvalitativ studie n= 84 kvinnor	Barnmorskorna upplevdes ofta trevliga och vänliga, gott omhändertagande. Men några upplevde personalen stressad och ointresserad. De fick för lite information och fick be om stöd och info för att få den. Kände sig som ett objekt. För lite information om vad som händer efter kejsarsnittet, som till exempel smärta var viktigt. För många barnmorskor var inblandade och de fick olika informationer.

17	Tully, K.P. & Ball, H.L. Misrecognition of need: Women's experiences of and explanations for undergoing cesarean delivery Social Science & Medicine 2013 England	Att dokumentera de omständigheter där kejsarsnitt ansågs lämpligt, genom kvinnor och deras partners ögon och upplevelser av ingreppet. Hur kvinnor upplever sina begränsade födelseval.	Kvalitativ studie n= 75 kvinnor.	De akuta snitten berodde främst på långsam progress och medicinsk indikation. Kvinnorna beskrev hur de innan föreställt sig sin idealförlossning som vaginal och fin emotionellt, då de fått den bilden, men att det blev en livrädd upplevelse med akut kejsarsnitt. Smärtan efter kejsarsnittet kom som en överraskning och inget som de kände sig beredda på, vilket inte var det enda de inte kände sig förberedda på, utan även snittet i sig. Sjukvårdspersonalen var bra stöd och såg inte bara en patient, utan även en person. De kvinnor som genomgick elektivt kejsarsnitt och därmed fick information kunde förbereda sig och ställa in sig psykiskt på vad som skulle hända.
18	Van Reenen, S & Van Rensburg, E. South African Mother's Coping With an Unplanned Caesarean Section. Health Care for Women International. 2015 sydafrika	Att förklara och förstå hur en grupp sydafrikanska kvinnor handskas med sina upplevelser av ett oplanerat kejsarsnitt.	Kvalitativ studie n= 10 kvinnor.	Information och kommunikation var viktigt för att få förberedelse och få sina frågor besvarade inför kejsarsnitt. Känslor som oro och rädsla infann sig när de fått beslutet. De som under graviditet fått förberedande information och förberedelse för eventuellt kejsarsnitt upplevde inte samma oro och kaos. Viktigt att få veta vad som skulle hända, varför det skulle hända och vad som skulle hända efter kejsarsnittet. Några kvinnor upplevde att dem inte förstod vad som hände och varför.

Box 883, 721 23 Västerås
Box 325, 631 05 Eskilstuna
E-post: info@mdh.se Web



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS