

**”Barnmorskorna som var där gjord nog
jobbet med stort hjärta, de var nog vår
räddning”**

– En kvalitativ studie om förstföderskors
upplevelser av akut kejsarsnitt och vården i
helhet

Victoria Risberg
Josephine Isuls

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Barnmorska (YH)

Vasa, 2023

EXAMENSARBETE

Författare: Josephine Isuls och Victoria Risberg
Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa
Handledare: Terese Österberg

Titel: "Barnmorskorna som var där gjord nog jobbet med stort hjärta, de var nog vår räddning" – En kvalitativ studie om förstföderskors upplevelser av akut kejsarsnitt och vården i helhet

Datum: 30.5.2023 Sidantal: 40 Bilagor: 4

Abstrakt

Syftet med examensarbetet är att undersöka hur förstföderskor upplever akut kejsarsnitt och vården vid akut kejsarsnitt i helhet. Studien görs för att få mer kunskap om och öka förståelsen för hur vårdpersonalen kan stödja kvinnan vid akut kejsarsnitt så att förlossningsupplevelsen ska bli så positiv som möjligt.

Studien använder sig av en kvalitativ metod där materialet samlats in genom intervjuer. I studien deltog åtta förstföderskor som genomgått akut kejsarsnitt inom de senaste två åren. Analysen har sedan gjorts genom kvalitativ innehållsanalys. Studien teoretiska utgångspunkt är Marie Bergs teori "genuine caring in caring for the genuine".

I resultatet framkommer både vad som bidragit till en positiv och till en negativ förlossningsupplevelse hos förstföderskorna som genomgått akut kejsarsnitt, men man kan sammanfatta det som en omtumlande upplevelse. Man kan se att några grundstenar till en positiv förlossningsupplevelse, god och informativ kommunikation från alla i vårdpersonalen, ett lugnt och tryggt bemötande och att vårdpersonalen har en god yrkeskunnighet. Kontakten till barnet har också varit en betydande del och resultatet visar att den första tiden efter det akuta kejsarsnittet har varit avgörande för hur förstföderskorna upplevt sin förlossning.

Språk: Svenska

Nyckelord: Akut kejsarsnitt, förlossningsupplevelse, kvinnor, vårdpersonal, barnmorska, förstföderskor, stöd och bemötande

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Josephine Isuls ja Victoria Risberg
Koulutus ja paikkakunta: Kätilö, Vaasa
Ohjaaja(t): Terese Österberg

Nimike: ”Kätilöt tekivät kyllä työnsä isolla sydämellä, joka oli meidän pelastuksemme” – Kvalitatiivinen tutkimus ensisynnyttäjien kokemuksista hätäsektiosta sekä hoidosta kokonaisuudessaan.

Päivämäärä: 30.5.2023

Sivumäärä: 40

Liitteet: 4

Tiivistelmä

Opinnäytetyön tarkoitus on tutkia miten ensisynnyttäjät kokevat hätäsektion sekä hoidon hätäsektiossa kokonaisuudessaan. Tutkimus tehdään saadakseen lisää tietoa sekä lisätä ymmärrystä, miten hoitohenkilökunta voi tukea naista hätäsektiossa, että synnytyskokemus on niin myönteinen, kuin mahdollista.

Tutkimus käyttää kvalitatiivista metodia, jossa materiaalit ovat kerätty haastatteluiden kautta. Tutkimukseen osallistui kahdeksan ensisynnyttäjää, jotka ovat läpikäyneet hätäsektion, viimeisen kahden vuoden sisällä. Analyysi on tehty käyttämällä laadullista menetelmää. Tutkimuksen teoreettinen lähtökohta on Marie Bergin teoria ”Genuine caring in caring for the genuine”

Tuloksesta tulee esiin mikä on vaikuttanut sekä myönteiseen että kielteiseen synnytyskokemukseen ensisynnyttäjissä, jotka ovat käyneet läpi hätäsektion, mutta kokemuksen voi tiivistää vavistuttavana. Näemme että kulmakivet myönteiseen synnytyskokemukseen ovat, hyvä ja informatiivinen kommunikaatio kaikilta hoitohenkilökunnasta, rauhallinen ja turvallinen kohtaaminen sekä hoitohenkilökunnan hyvä ammattitaito. Yhteys lapseen on myös ollut merkittävä osa sekä tulokset näyttävät että ensimmäiset hetket hätäsektion jälkeen on ollut ratkaiseva tekijä, miten ensisynnyttäjät ovat kokeneet synnytyksensä.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: hätä keisarileikkaus, synnytyskokemus, naiset, kätilö, hoitohenkilökunta, ensisynnyttäjä, tuki ja kohtelu

BACHELOR'S THESIS

Author: Josephine Isuls and Victoria Risberg
Degree Programme: Midwife
Supervisor(s): Terese Österberg

Title case: "The midwives who were there did their job with a great heart, they were our saviors" – A qualitative study on first-time mothers' experience of emergency cesarean section and the healthcare overall.

Date: 30.5.2023

Number of pages: 40

Appendices: 4

Abstract

The purpose of this thesis is to examine how first-time mothers experience emergency cesarean section and the overall care provided during emergency cesarean section. The study is conducted to gain more knowledge and enhance understanding of how healthcare professionals can support women during emergency cesarean section to ensure a positive childbirth experience.

The study utilizes a qualitative method where data was collected through interviews. Eight first-time mothers who had undergone emergency cesarean section within the past two years participated in the study. The analysis was conducted using qualitative content analysis. The theoretical framework of the study is based on Marie Berg's theory "Genuine Caring in Caring for the Genuine."

The results reveal both factors that contributed to a positive and a negative childbirth experience among first-time mothers who underwent emergency cesarean section, but it can be summarized as a tumultuous experience. It can be observed that there are some cornerstones for a positive childbirth experience, including good and informative communication from all healthcare professionals, a calm and reassuring approach, and healthcare professionals demonstrating competence in their field. The bond with the baby has also been a significant aspect, and the results indicate that the initial period after the emergency cesarean section has been crucial in shaping the first-time mothers' perception of their childbirth experience.

Language: Swedish

Key words: emergency cesarean section, birth experience, women, midwife, health professionals, first time mothers, support, and encounter

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte.....	2
3	Bakgrund	3
3.1	Den normala förlossningen	3
3.1.1	Öppningsskede, latensfas.....	4
3.1.2	Öppningsskede, Aktiv fas	4
3.1.3	Utdrivningsskede.....	5
3.1.4	Efterbördsskede	6
3.2	Kejsarsnitt	7
3.2.1	Planerat kejsarsnitt	7
3.2.2	Akut kejsarsnitt.....	8
3.2.3	Hur kejsarsnitt påverkar kroppen	9
3.3	Hud-mot-hud	11
3.4	Innebörden av att vara förstföderska.....	12
3.5	Barnmorskans stöd vid förlossningen	13
4	Marie Berg – vårdande av kvinnor med riskgraviditet.....	14
4.1	En värdighetsbevarande vårdrelation	15
4.2	Förkroppsligad kunskap.....	16
4.3	Balans mellan det naturliga och det medicinska perspektivet	16
5	Metod	17
5.1	Kvalitativ metod.....	17
5.2	Intervju som datainsamlingsmetod.....	17
5.3	Val av deltagare	19
5.4	Kvalitativ innehållsanalys.....	20
6	Etiska överväganden	21
7	Resultat.....	22
7.1	Att känna sig omhändertagen och trygg	23
7.2	Att känna sig utlämnad och otrygg.....	26
7.3	Kontakten med barnet.....	29
8	Diskussion.....	31
8.1	Metoddiskussion.....	31
8.2	Resultatdiskussion	33
8.3	Slutledning	35
	Källförteckning.....	38

Figurer och tabeller

Figur 1 Sammanfattande bild av Marie Bergs Teori.....	15
Tabell 1 Kategorisering av resultatet.....	23

Bilagor

Bilaga 1 Sociala medier inlägg.....	
Bilaga 2 Informationsbrev.....	
Bilaga 3 Intervjufrågor.....	
Bilaga 4 Samtyckes blankett.....	

1 Inledning

Att föda barn är en väldigt viktig livsupplevelse för kvinnan och hennes familj. Därför går förlossningsupplevelsen hand i hand med kvinnans tillfredsställelse av vårdbemötandet. Även om det är viktigt att identifiera vad som påverkar hur kvinnan upplever förlossningen, exempelvis när det kommer till smärta, har studier påvisat samband mellan oplanerade medicinska ingripanden (såsom akut kejsarsnitt, förlossningskomplikationer samt intensivvård för barnet) och kvinnans missnöje/tillfredsställelse. (Ozkan & Bal, 2019)

På hemsidan Föda med stöd har barnmorskor och mammor kunnat dela med sig om olika erfarenheter vid förlossningar. Där kommer det fram i ett inlägg som skrivits av barnmorskan Christina Nilsson (16.12.2021) att hon och hennes kollegor kunnat se på en förlossning som mycket lyckad när mamman och barnet klarat sig utan fysiska skador samt hur det sedan diskuterats mellan kollegorna "hur bra mamman och barnet mår". Sedan fick barnmorskan sig en ordentlig ögonöppnare när hon träffat mamman några dagar senare efter förlossningen och mamman berättade att hon aldrig mått så dåligt i hela sitt liv. Som barnmorskestuderande anser vi det är mycket viktigt att uppmärksamma hur olika vårdpersonal kan se på en vårdsituation jämfört med patienter, och hur stor påverkan barnmorskor har på kvinnor som kommer in för att föda.

Många kvinnor värderar högt att föda vaginalt utan något medicinskt ingripande. Många kvinnor accepterar ändå att en förlossning kan vara oförutsägbar och en skrämmande upplevelse, vilket kan leda till att kvinnorna behöver anpassa sig till situationen och vad som behövs för att genomföra en säker förlossning. Om ett ingrepp behövs gällande kvinnans förlossning så vill ofta kvinnan vara involverad i beslutet om ingreppet för att fortsättningsvis känna sig i kontroll. (Downe, Flinlayson, Oladapo, Bonet, & Gülmezoglu, 2018)

Enligt Betrán et al. (2016) ökar statistiken för kejsarsnitt i flera av länderna i världen. Ökningen av kejsarsnitt har skett i både låg- och medelinkomstländer men ökningen ses också i höginkomstländer. Sydamerika är den världsdel som har högst frekvens kejsarsnitt i världen.

Eftersom kejsarsnitten ökar i världen är det också viktigt att betona stödet kvinnan behöver i samband med ingreppet så förlossningsupplevelsen blir så positiv som möjligt.

Kvinnor som är nöjda med sin förlossningsupplevelse kommer högst troligen ha klara minnen av sin förlossning upp till 20 år efter sin förlossning. I kontrast till detta så kan en negativ förlossningsupplevelse bidra till att kvinnan känner aggression, rädsla och ledsamhet när hon tänker på barnafödande. (Deninotti, Denis, & Berdoulat, 2020)

Även om vårdkvaliteten har brister och inte fyller olika kvalitetsstandarder kan kvinnorna känna sig nöjda med den eftersom de inte har någon annan vårdupplevelse att jämföra med. Men det är fortfarande viktigt att ta reda på vad som är viktigt för kvinnan vid en förlossning för att kunna förbättra kvaliteten av vården, både lokalt och internationellt. (Downe, Flinlayson, Oladapo, Bonet, & Gülmezoglu, 2018)

Genom att redan under utbildningen för barnmorskor, obstetriker och anestesiläkare kunna identifiera och diskutera de faktorer som påverkar vilken slags uppfattning kvinnan har av vårdkvaliteten vid akut kejsarsnitt, kan hennes upplevelse förbättras (Andersen, o.a., 2020). Därför anser vi också att detta ämne är viktigt att lyfta fram för oss som barnmorskestuderande. Vi vill ha den kunskapen för att kunna säkra och stödja kvinnor så förlossningsupplevelsen blir så positiv som möjligt, även om komplikationer sker.

2 Syfte

Syftet med examensarbetet är att undersöka hur förstföderskor upplever akut kejsarsnitt och vården vid akut kejsarsnitt i helhet. Studien görs för att få mer kunskap om och öka förståelsen för hur vårdpersonalen kan stödja kvinnan vid akut kejsarsnitt så att förlossningsupplevelsen ska bli så positiv som möjligt.

Den huvudsakliga frågeställningen vi har:

- Hurudant stöd och bemötande vid akut kejsarsnitt önskar förstföderskor för att förlossningsupplevelsen ska bli så positiv som möjligt?

3 Bakgrund

I bakgrunden presenteras den normala förlossningen och kejsarsnitt. Sedan tas hud-mot-hudkontakt med barnet upp och vad det innebär att vara förstföderska. Bakgrundens sista del handlar om hur barnmorskan stödjer kvinnan under förlossningen.

3.1 Den normala förlossningen

Den vanligaste förlossningen är utan komplikationer för kvinnan och barnet. Det kallas för den normala förlossningen och startar spontant mellan graviditetsvecka 37 och 42. Denna förlossning startar spontant med vattenavgång eller sammandragningar. (Lindgren, Rehn, & Wiklund, 2014). Vid en normal förlossning föds barnet spontant i huvudbjudning och mamman och barnet är välmående efter förlossningen (Ajne, Blomberg, & Carlsson, 2021, s. 125).

Vid en normal förlossning föds barnet vaginalt. Det finns olika fördelar med att föda barnet vaginalt i stället för kejsarsnitt. Vaginal förlossning är i jämförelse med kejsarsnitt säkrare samt innebär mindre risker och kräver mindre resurser. (Ajne, Blomberg, & Carlsson, 2021, s. 622). Den normala förlossningen sköts i huvudsak av barnmorskan. Det är endast vid komplikationer en obstetriker blir involverad i förlossningsvården (Panda, o.a., 2018).

Studier har påvisat att kvinnor som föder vaginalt har en bekvämare postpartum tid och har mindre besvär än kvinnor som genomgått kejsarsnitt. Exempel på olika problem som uppstår för kvinnor som genomgått kejsarsnitt är mer förstoppning, smärta och utmattning än kvinnor som fött vaginalt. (Çankaya & Yılmaz, 2020)

Om en kvinna genomgått kejsarsnitt tidigare och vill försöka föda vaginalt är det viktigt att förlossningen är noggrant övervakad och barnmorskan identifierar det som en riskförlossning. Detta innebär noggrann övervakning och att tillgång till förlossningsläkare samt operation och narkos resurser finns nära till hands. (Ajne, Blomberg, & Carlsson, 2021, ss. 624-625)

3.1.1 Öppningskede, latensfas

Vanligtvis börjar en normal förlossning med att kvinnan känner av sammandragningar, men i ungefär 15 % börjar förlossningen med att fostervattnet går. Det är huvudsakligen hormonet oxytocin som kontraherar livmodern och kvinnan känner av en sammandragning. När livmodermunnen öppnar sig kan små blodkärl brista, detta kan också kallas initial blödning. I latensfasen ändrar tidsintervallerna för sammandragningarna. Först kan det vara 30 - 40 minuter mellan sammandragningarna för att sedan successivt kortas ner. Vid en sammandragning kan kvinnan känna att det drar i leder och ligament i korsryggen och mot ljumskarna. (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens, & Wangel, 2019, ss. 87-88)

Latensfasen längd varierar mellan ett par timmar till ett par dagar. Det som huvudsakligen sker i latensfasen är att livmoderhalsen förbereds inför den aktiva fasen av förlossningen och då blir livmodertappen mjukare. (Ajne, Blomberg, & Carlsson, 2021, s. 125). Kvinnokroppen producerar oxytocin som är ett värkstimulerande hormon. Det är viktigt att kvinnan håller sig lugn eftersom en högre halt stresshormoner kolliderar med oxytocin. Värkarna kan bli svagare och förlossningen kan dras ut om denna kollision sker. Oftast sätts värkarbetet i gång under natten eftersom stresshormonerna då är låga. Latensfasen kan ibland vara lång och det är då viktigt att kvinnan vilar och sparar på krafterna. Fostret fixerar sig då i kvinnans bäcken och sedan roterar fostret ner i förlossningskanalen. Rotationen innebär att hakan böjs mot bröstet och fostret tränger sig ner i kvinnans bäcken. (Abascal, 2006)

I livmoderkanalen sitter en geléaktig klump som också kallas slempropp för att skydda barnet mot infektioner under graviditeten. Denna slempropp kan lossna flera dagar före förlossningen, vilket är ett tecken att livmodern förbereder sig för att föda. (Ajne, Blomberg, & Carlsson, 2021, s. 126)

3.1.2 Öppningskede, Aktiv fas

Det finns tre indikationer som tyder på att den aktiva fasen av öppningskedet har påbörjats. Den första indikationen är att cervix öppnats mellan 3 - 5 centimeter. Den andra indikationen kan vara att kvinnan har 3 - 4 sammandragningar under 10 minuter. Den sista indikationen som tyder på den aktiva fasen av öppningskedet är att vattenavgång har skett. Barnmorskan kan säkerställa i

vilket läge och hur öppen livmodermunnen är genom att utföra en vaginal undersökning, där hon känner på livmodermunnen med två fingrar. (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens, & Wangel, 2019, ss. 87-88)

På samma gång som livmodermunnen öppnas trängs barnet ner mot bäckenbotten. Det rekommenderas att kvinnan rör på sig och håller sig i en upprätt framåtlutad ställning för att underlätta kroppens arbete. Det är viktigt för kvinnan att regelbundet tömma urinblåsan eftersom en full urinblåsa kan hindra fostret från att tränga ner i bäckenet. (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens, & Wangel, 2019, ss. 87-88)

Livmodermunnen är full med tunna blodkärl som lätt spricker under den aktiva fasen, detta på grund av att livmodermunnen öppnas och förlossningen framskrider, detta kallas för en teckningsblödning. Det kan också bero på att hinnasäcken lossnat från uterusväggen. (Ajne, Blomberg, & Carlsson, 2021, s. 126)

3.1.3 Utdrivningsskede

I utdrivningsskedet är livmodermunnen fullt vidgad och fostrets huvud står mot bäckenbotten. För förstföderskor kan denna fas pågå i snitt en till två timmar. Det är mycket individuellt men enstaka omföderskor kan behöva endast några krystvärkar för att få ut barnet. (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens, & Wangel, 2019, s. 89)

Det är viktigt att lyssna på kroppens egna signaler och krystreflexer. När kvinnan börjar krysta känns oftast ett stort tryck mot ändtarmen. Det tar i snitt ungefär en timme för förstföderskor från att huvudet på fostret är mot bäckenbotten tills barnet är ute. I detta skede upplever ofta inte kvinnorna smärtan lika stark som tidigare. Många kvinnor tycker smärtan de känner ger dem kraft för att föda fram barnet. Många kvinnor uppskattar att kunna arbeta med värkarna även om det är mycket fysiskt ansträngande. Beroende i vilken ställning kvinnan befinner sig i kan det underlätta utdrivningsskedet, en rekommendation är att sitta på huk eftersom då vidgas bäckenet fullständigt men kvinnan bör lyssna på sin kropp angående vad som känns rätt för henne. (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens, & Wangel, 2019, ss. 89-90)

Under krystningsvärkarna förs barnet ut successivt men mellan krystvärkarna åker barnet tillbaka en liten bit, slidan tänjs därför ut i långsam takt och färre bristningar sker. När barnets huvud är ute kan vanligtvis kvinnan krysta ut kroppen under en krystvärk. (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens, & Wangel, 2019, s. 89). När barnets huvud tränger fram känner kvinnan ofta en mer brännande och skärande smärta som ofta kallas "*Ring of fire*", man kan lugna smärtan med varma fuktiga dukar (Christensson, Dykes, & Lindgren, 2022, s. 587).

När barnet är fött sker avnavlingen vilket innebär att navelsträngen från moderkakan till barnet klipps av. Navelsträngen klipps först när pulseringen upphört. Barnet får fortsatt bland annat syrerikt blod från navelsträngen efter födseln medan barnet tar de första andetagerna. (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens, & Wangel, 2019, s. 90)

3.1.4 Efterbördsskede

I efterbördsskedet är barnet fött och moderkakan och hinnorna ska komma ut, i vanliga fall pågår efterbördsskedet i några minuter upp till en timme. Barnmorskan hjälper till i vissa fall att få moderkakan att lossna medan kvinnan krystar. (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens, & Wangel, 2019, s. 90). Det kan förekomma en del blödning när moderkakan samt hinnorna föds ut, men totala blödningsmängden får inte överstiga 1000 ml (Lindgren, Rehn, & Wiklund, 2014, s. 41). Det ges oftast något farmakologiskt uteruskontraherande läkemedel till exempel oxytocin, detta minskar då risken för rikliga blödningar och efterbördsskedet går snabbare. Barnmorskan kontrollerar moderkakan och hinnorna när dem kommit ut (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens, & Wangel, 2019, s. 90).

Barnmorskan kontrollerar att navelsträngen samt moderkakan inte har några avvikelser. Sedan kontrolleras vulva och vagina ifall eventuella bristningar skett som kräver suturering. (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens, & Wangel, 2019, ss. 90-91)

3.2 Kejsarsnitt

Kejsarsnitt kan kategoriseras baserat på indikationerna för att utföra ingreppet. I huvudsak delas de upp i planerat kejsarsnitt, akut kejsarsnitt och urakut kejsarsnitt. (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens, & Wangel, 2019, s. 103)

År 2021 föddes sammanlagt 49 726 barn i Finland, var av 19,6 % var genom kejsarsnitt. Av dessa kejsarsnitt var 8,0 % planerade, 10,8 % akuta och 0,8 % urakuta. (Institutet för hälsa och välfärd, 2022). På Vasa Centralsjukhus 2021 kom 512 förstföderskor in till förlossningen. Av dessa förstföderskor gick 106 förstföderskor genom kejsarsnitt, av dessa var 29,2 % planerade, 66 % var akuta och 4,7 % var urakuta kejsarsnitt. (Institutet för hälsa och välfärd, 2022)

3.2.1 Planerat kejsarsnitt

Ett planerat kejsarsnitt görs i genomsnitt inom sju till tio dagar före beräknad förlossning. Man har valt denna tidsgräns eftersom då är det mindre risk att fostret inte är tillräckligt utvecklat men tillräckligt tidigt så inte förlossningen påbörjats spontant. (Kaplan, Hogg, Hildingsson, & Lundgren, 2009). Ett planerat kejsarsnitt utförs oftast med spinalanestesi. Under kejsarsnittet är kvinnan vaken och partnern får sitta bredvid kvinnans huvud och de får uppleva förlossningen tillsammans (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens, & Wangel, 2019, s. 103).

Det kan finnas olika orsaker varför man inte har möjlighet att föda vaginalt utan redan på förhand bestämt att man behöver genomgå ett kejsarsnitt. Det kan vara på grund av olika fysiska orsaker såsom att bäckenet är för trångt, om fostret är för stort, beroende på fostrets bjudning, om kvinnan har bäckentumörer eller placenta praevia. (Kaplan, Hogg, Hildingsson, & Lundgren, 2009, s. 351). Om en kvinna genomgått två eller flera kejsarsnitt tidigare rekommenderas i förstahand kejsarsnitt (Ajne, Blomberg, & Carlsson, 2021, s. 625).

Det blir allt vanligare att kvinnor utan fysiologisk orsak önskar planerat kejsarsnitt. Det vanligaste är omföderskor som tidigare upplevt en negativ eller traumatisk förlossning. Vissa förstföderskor har blivit påverkade av släktingar eller andra bekanta som haft komplicerade och långdragna förlossningar och skulle därför föredra kejsarsnitt. Vissa kvinnor som varit utsatta för sexuella

övergrepp kan också vilja undvika vaginal förlossning. (Christensson, Dykes, & Lindgren, 2022, s. 725)

Det finns olika studier som visar att kvinnor med förlossningsrädsla alltmer önskar planerade kejsarsnitt, även om kvinnan inte har en medicinsk orsak för att få genomgå ingreppet. Det är mellan 7 - 12 % av alla kejsarsnitt i Finland som görs utan medicinsk orsak hos förlossningsrädda kvinnor, där de själva har önskat att genomgå kejsarsnitt. (Haapio, Kaunonen, Arffman, & Åstedt-Kurki, 2017) . Om kvinnan uttryckt att hon önskar kejsarsnitt på grund av förlossningsrädsla har obstetriker bekräftat att det inte har varit en betydande faktor om beslutet av kejsarsnitt ska tas eller inte, men dessa förfrågningar var fortfarande något sällsynta. (Panda, o.a., 2018). Många kvinnor som önskar kejsarsnitt på grund av någon slags förlossningsrädsla kan med rätt stöd från barnmorskan redan under graviditeten bli bekväm med en vaginalförlossning (Christensson, Dykes, & Lindgren, 2022, s. 726). I Finland är också låg socioekonomisk status en faktor för de kvinnor som önskade kejsarsnitt (Haapio, Kaunonen, Arffman, & Åstedt-Kurki, 2017).

3.2.2 Akut kejsarsnitt

Det finns två olika typer av akut kejsarsnitt, akut kejsarsnitt och urakut kejsarsnitt. När kejsarsnittet bör göras urakut innebär det man har cirka 10 minuter på sig att få fostret framfött. (Kaplan, Hogg, Hildingsson, & Lundgren, 2009). Urakut kejsarsnitt är påfrestande både medicinskt och psykologiskt för kvinnan. Det är vanligast att kvinnan sövs ner eftersom ingreppet bör ske så snabbt som möjligt, detta innebär att kvinnan inte får uppleva när barnet föds. (Christensson, Dykes, & Lindgren, 2022, s. 726). Ett akut kejsarsnitt sker efter att förlossningen har startat och det har uppkommit en komplikation. Vid ett akut kejsarsnitt finns det en tidsangivelse som är given när barnet ska vara framfött. Tidsangivelsen brukar vara inom någon timme, men kan vara kortare. De vanligaste orsakerna till att ett akut kejsarsnitt sker kan vara hotande fosterasfyxi, primär och sekundär värkrubbning och blödningar på grund av placentaavlossning (Ajne, Blomberg, & Carlsson, 2021, s. 615).

Redan på mödrarådgivningen får föräldrarna information om kejsarsnitt eftersom det är så pass vanligt nuförtiden. Detta för att det inte ska komma som en allt för stor chock sedan om det blir nödvändigt med kejsarsnitt för mamman (Kaplan, Hogg, Hildingsson, & Lundgren, 2009, s. 351).

Förlossningsläkaren tar beslutet om akut kejsarsnitt är nödvändigt för kvinnan. I samband med beslutet bör kvinnan och partnern informeras om ingreppet i så god tid som möjligt (Christensson, Dykes, & Lindgren, 2022, s. 727). Obstetrikern tar också hänsyn till barnmorskans synpunkter och om tiden tillåter kan obstetrikern och barnmorskan diskutera sinsemellan om beslutet (Panda, o.a., 2018). När det beslutats att akut kejsarsnitt är nödvändigt får kvinnan åka till operationsavdelningen på sjukhuset. Där tas kvinnan emot av anestesiläkaren samt sjukskötare som ska assistera under ingreppet. När det bestämts vilken bedövning som är passande för kvinnan, ges det av anestesiläkaren. Kvinnan blir täckt med sterila dukar och kirurgen som ska leda och operera kvinnan kommer in till salen (Synnytys, 2020).

När barnet föds tar barnmorskan emot barnet. Det finns studier som poängterar vikten av att mamman även vid kejsarsnitt bör få direkt hud mot hudkontakt med barnet, eftersom det bevisats finnas många fördelar för både mamman och barnet (Gregson, Meadows, Teakle, & Blacker, 2016). Kvinnans partner har också möjlighet i de flesta fall att vara med på förlossningen, partnern får byta om till avdelningens kläder och blir delaktig i omhändertagandet av barnet. Då har partnern också möjlighet att utföra hud-mot-hudkontakt med barnet. Detta då om situationen tillåter (Christensson, Dykes, & Lindgren, 2022, s. 732).

3.2.3 Hur kejsarsnitt påverkar kroppen

Efter att kvinnan genomgått ett kejsarsnitt flyttas hon till uppvakningen eftersom hon genomgått ett kirurgiskt ingrepp och anestesi. Kvinnan kan ha genomgått nedsövning, spinalbedövning eller epiduralbedövning. På uppvakningen kontrollerar man kvinnans vitala funktioner samt allmäntillstånd. Beroende på kvinnan och situationen får hon individuell smärtbedövning. När kvinnans bedövning släppt får hon åka till avdelningen där barnet och partnern befinner sig. Där håller fortsättningsvis vårdarna koll på blodtryck, puls, saturation, temperatur samt allmäntillstånd. Kontroll av temperaturen är viktig eftersom den kan indikera eventuella

postoperativa infektioner. Barnmorskorna håller även koll på att det inte finns några eventuella blödningar, om mamman har smärta, om urineringen börjat fungera samt hur operationssåret ser ut. Urinen följs också med för att kontrollera att det inte skett någon skada åt urinblåsan. Tidig mobilisering är viktigt för att minska trombos- och infektionsrisk. (Christensson, Dykes, & Lindgren, 2022, ss. 728-730)

Vaginalbristning, urininkontinens, analinkontinens och livmoderframfall sker oftast inte för de kvinnor som genomgått kejsarsnitt i jämförelse med de kvinnor som fött vaginalt. En tredjedel av kvinnor som genomgått kejsarsnitt får någon komplikation efteråt och en av tio kvinnor får en operativ komplikation. *Severe acute maternal morbidity (SAMM)* eller så kallat svår mödrakomplikation är ett samlat namn när kvinnan varit i behov av blodtransfusion, tromboembolism, sepsis, uterusruptur och postpartumhysterektomi. SAMM har rapporterats hos 6,4 promille kvinnor med planerat kejsarsnitt medan kvinnor med planerad vaginal förlossning endast varit 3,9 promille. Studier påvisar att kvinnor som genomgått vaginalförlossning mer sällan behövt antibiotikabehandling postpartum än kvinnor som genomgått kejsarsnitt. (Ajne, Blomberg, & Carlsson, 2021, s. 622)

Vid urakut kejsarsnitt söver man oftast kvinnan med generell anestesi eftersom det går snabbt. Riskerna med generell anestesi är bland annat att magtarmmotoriken försämrats och därmed kan maginnehåll aspireras i lungorna. (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens, & Wangel, 2019, s. 103)

Ett kirurgiskt ingrepp på buken såsom kejsarsnitt kan ge risk för bukväggsbräck och olika sammanväxningar. Ungefär en tredjedel av kvinnorna som genomgått kejsarsnitt har någon slags adherens också så kallad sammanväxning. Beroende på vilken kirurgisk teknik kirurgen använder vid kejsarsnitt ökar risken för adherens-bildning. Även när kvinnan genomgår framtida bukoperationer kan tidigare kejsarsnitt påverka, exempelvis vid hysterektomi fördubblas risken för blåsskada om kvinnan genomgått kejsarsnitt tidigare i livet. Framtida graviditeter kan påverkas av tidigare kejsarsnitt eftersom risken för placentakomplikationer ökat efter ingreppet. Olika placentakomplikationer kan vara livshotande eftersom blödningsrisken ökar vid förlossningen. (Ajne, Blomberg, & Carlsson, 2021, ss. 623-624)

Kvinnans hormoner påverkas olika beroende på förlossningssätt. När kvinnan inleder värkarbetet utsöndras hormoner som påverkar fostrets lungmognad samt immunförsvar. Om kvinnan genomgår kejsarsnitt kan fostret gå miste om hormonpåverkan. (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens, & Wangel, 2019, s. 103). Andra hormoner såsom prolactin och oxytocin som är mjölkproducerande hormoner verkar annorlunda hos en kvinna som inte genomgått vaginal förlossning. Barnet har inte heller haft lika många sugtillfällen för en kvinna som genomgått akut kejsarsnitt vilket påverkar produktionen av bröstmjölk. (Kaplan, Hogg, Hildingsson, & Lundgren, 2009). Efter kejsarsnitt är det viktigt att kvinnan får stöd med amningen eftersom bröstmjölkproduktionen kan vara försenad efter ett kejsarsnitt i jämförelse med en vaginal förlossning. Skillnaden på mjölkproduktionen mellan mammor som fött vaginalt och genom kejsarsnitt har oftast försvunnit efter några månader efter förlossningen (Christensson, Dykes, & Lindgren, 2022, ss. 730-731).

3.3 Hud-mot-hud

När barnet fötts ska man sträva till att barnet läggs så snabbt som möjligt upp på mammans bröst. Man kan lägga en filt över barnet men det viktigaste är att barnet ligger naket mot föräldrarnas nakna hud. När barnet ligger hud mot hud mot mamman bryts stresspåslaget barnet fått från förlossningen och övergår till ett avslappnat tillstånd, detta minskar också barnets skrikande och gråtande. Barnets kroppstemperatur samt blodsockernivå hålls också jämt tack vare hud mot hudkontakten. Både mammans och barnets eventuella smärta minskar vid hud mot hudkontakt. När barnet ligger på mammans bröst stimuleras barnets sök- och sugreflexer samt doftcentrum. När barnet hittar bröstet och börjar suga stimulerar det barnets maghormoner samt tarmrörelserna ökar. (Ajne, Blomberg, & Carlsson, 2021, s. 649)

Det är inte bara barnet som har en fördel av hud mot hudkontakt. Den första amningen, mjölkbildningen och fortsatt amning underlättar också för kvinnan tack vare hud-mot-hudkontakt. (Ajne, Blomberg, & Carlsson, 2021, s. 649). Risken för postpartum blödning minskar eftersom Oxytocin frigörs och stimulerar sammandragningar av livmodern när kvinnan har hud mot hudkontakt med barnet (Lindgren, Rehn, & Wiklund, 2014, s. 84).

Hud-mot-hudkontakt är också viktigt att sträva till vid ett medicinskt okomplicerat kejsarsnitt. studier har visat att hud-mot-hudkontakt i dessa fall är säkert för kvinnan och barnet och det inte finns någon negativ inverkan på deras fysiska mående och temperatur. Hud-mot-hudkontakt vid ett sådant kejsarsnitt minskar också på kvinnans stress och ger kvinnan en positivare syn på sitt kejsarsnitt. När det nyfödda barnet och kvinnan fått ha hud mot hudkontakt har det minskat på antalet barn som behövt intensivvårds observation efter kejsarsnitt, och då barnen inte behövt intensivvårds observation har separationstiden mellan barnet och kvinnan minskat. (Crenshaw, Adams, Glider, & Nolte, 2021)

3.4 Innebörden av att vara förstföderska

Definitionen av en förstföderska är att när hon kommer in för att föda sitt barn har hon inte tidigare genomgått en förlossning. Det finns olika saker som skiljer en förstföderskas förlossning i jämförelse med en omföderska till exempel kan en förstföderska i regel ha en längre förlossning än en omföderska. (Ajne, Blomberg, & Carlsson, 2021, s. 133)

Som förstföderska krävs både fysiska och psykiska resurser från andra kvinnor runt henne. Förstföderskan behöver också kunna samspela med hälso- och sjukvårdspersonal i en medicinsk omgivning för en trygg förlossning. När en kvinna kommer in i rollen som mamma för första gången förväntar hon sig professionellt stöd och trygghet när det kommer till att bemöta hennes behov och stödja deltagandet från partnern under förlossningen. (Murphy & Strong, 2018)

Att bli mamma för första gången beskrivs ofta som en överväldigande, kaotiskt och med många blandade känslor. Förstföderskor upplever också ofta att de är i en känslig och utsatt situation och förlitar sig därför ofta på professionellt stöd. (Thorstensson, Andersson, Israelsson, Ekström, & Hertfelt-Wahn, 2016)

3.5 Barnmorskans stöd vid förlossningen

Barnmorskan behöver stötta kvinnan både medicinskt och emotionellt under förlossningen. Detta gör barnmorskan genom god kommunikation och förmåga att skapa tillit. Barnmorskan behöver anpassa vilket stöd hon ger beroende på i vilket förlossningskede kvinnan är. En god och trygg relation mellan barnmorskan och kvinnan sker genom fysisk närvaro. När kvinnan är i latensfasen är det viktigt att barnmorskan bekräftar kvinnans känslor och ger tillräckligt med information om den normala fysiologiska processen hennes kropp går genom. Genom rätt stöd kan kvinnans smärta och oro minskas. (Christensson, Dykes, & Lindgren, 2022, s. 590)

Barnmorskan gör iakttagelser och olika undersökningar under hela förlossningsprocessen för att säkerställa välmåendet hos kvinnan och barnet och då undviks också komplikationer. Barnmorskan kan förbättra kvinnans välmående, genom att sätta sig vid henne och fråga olika frågor, detta visar att barnmorskan har tid att se och höra kvinnans olika behov. Ett gott stöd från barnmorskan ger bättre förutsättningar för en spontan vaginal födsel. När kvinnan känner att hon har tillräckligt med stöd blir hon trygg och kan då hantera värkarna i utdrivningsskedet bättre, detta leder då till en positiv förlossningsupplevelse. (Christensson, Dykes, & Lindgren, 2022, s. 590)

Det är barnmorskans uppgift att uppmuntra kvinnan till att vara fysiskt aktiv under förlossningen. Det innebär att barnmorskan bör ge exempel på olika hjälpmedel kvinnan kan använda sig av, exempelvis pilatesboll, gåbord eller bad. Att använda sig av dessa metoder kan vara avslappnande för kvinnan vilket bidrar till mindre användning av farmakologisk smärtlindring. (Christensson, Dykes, & Lindgren, 2022, s. 595)

Ajne, Blomberg & Carlsson (2021) sammanfattar olika studier som undersökt hur kvinnan upplever sin förlossningsupplevelse och vad som påverkat den. Man kan dra slutsatsen från dessa studier att det viktigaste faktorerna påverkat upplevelsen var barnmorskans stöd, kvinnans delaktighet eller kvinnans upplevelse av smärta. Kvinnans delaktighet innebär att hon själv har fått möjlighet att påverka beslut och att hon blivit informerad om vad som händer och sker. Kvinnorna som haft bra kommunikation med personalen och därmed också blivit bra informerad

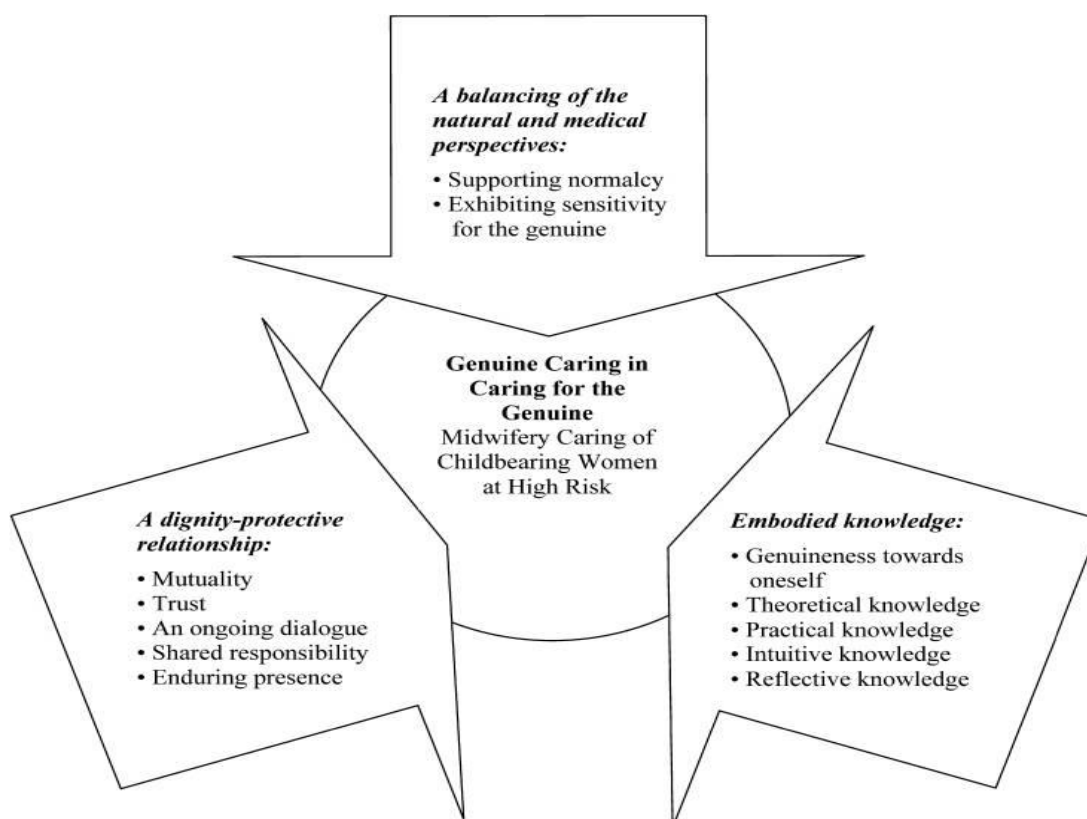
har haft en positiv förlossningsupplevelse. Tack vare en god kontakt mellan kvinnan och personal har vården individualiserats och hennes behov blivit mötta. Kontinuitet påverkar också upplevelsen det vill säga beroende på hur mycket personalbyte som skett under kvinnans vårdperiod och hur miljön runt henne varit. Det finns också forskning som påvisar att kvinnor som inte fått tillräckligt med stöd och därmed varit mer orolig och stressad behövt mer farmakologisk smärtlindring.

När en kvinna upplever missnöje i samband med sin förlossningsupplevelse kan det i vissa fall leda till förlossningsdepression, negativa känslor mot barnet, amningssvårigheter och att inte vilja ha fler barn i framtiden (Ozkan & Bal, 2019). Det är inte bara relationen till barnet som kan påverkas utan också relationen till partnern och andra närstående. Det finns också ett tecken på att kvinnor med en negativ eller traumatisk förlossningsupplevelse kan drabbas av posttraumatisk stress. Posttraumatiskt stressyndrom efter förlossning har vitsats sig vara högre för kvinnor som inte fått förlösa sitt barn på önskat förlossningssätt (Ajne, Blomberg, & Carlsson, 2021, s. 617).

4 Marie Berg – vårdande av kvinnor med riskgraviditet

Marie Berg har skrivit teorin *Genuine caring in caring for the genuine* som kommer användas som teoretisk referensram. Berg förklarar *genuine caring in caring for the genuine* i olika delar. *Genuine* står för äkta, sann, naturlig, giltig och inte falsk. *Genuine caring* inkluderar relationen mellan barnmorskan och kvinnan, att både kvinnan och barnmorskan bryr sig och om varandra och ser den andra som en hel människa och kan utbyta både respekt och förtroende. *Caring for the genuine* innebär att barnmorskan är genuin och öppen för alla olika kvinnor hon möter. Kvinnan känner sig sedd och accepterad som gravid, födande och sedan som mamma om barnmorskan respekterar och stöttar kvinnan på kvinnans egna krav och behov. Teorin lyfter fram vikten av att vårdpersonal inte bara behandlar sjukdomar utan också tar hänsyn till patienternas emotionella och psykologiska behov för att skapa en helhetlig vårdmiljö. Det finns tre huvudsakliga delar som utgör vården vid en riskgraviditet och förlossning när Berg sammanfattar *genuine caring in caring for the genuine*. Dessa tre är *en värdighetsbevarande vårdrelation*,

förkroppsligad kunskap och en balans mellan det naturliga och medicinska perspektivet. Sammanfattningen av vårdteorins grundstenar ses i figur 1. (Berg, 2005)



Figur 1. Sammanfattande bild av Marie Bergs teori *Genuine caring in caring for the genuine*

4.1 En värdighetsbevarande vårdrelation

En värdighetsbevarande vårdrelation grundas i att barnmorskan ser kvinnan som en unik person. Berg utformade fem underkategorier till denna del: ömsesidighet, tillit, en pågående dialog, delat ansvar och en kontinuerlig närvaro. Ömsesidighet kan till exempel uttryckas konkret genom att barnmorskan bekräftar kvinnans smärta under förlossningen. När barnmorskan bekräftar kvinnan minskar stress, osäkerhet och besvikelse hos kvinnan. Tilliten behöver också vara ömsesidig. Barnmorskan bör lita på att kvinnans känslor och att hon klarar av att föda barnet. Den födande kvinnan bör också lita på barnmorskan så att barnmorskan kan ge så god vård som möjligt. En

pågående dialog skyddar värdigheten och är ett sätt att visa respekt. Genom en god dialog får också kvinnan all den information hon behöver under förlossningen. Det är viktigt att hålla kvinnan involverad i vården även när förlossningen behöver expertvård, exempelvis vid akut kejsarsnitt. Om barnmorskan tar över situationen utan att involvera kvinnas egna önskemål kan det upplevas som objektifiering och värdighetskränkande. Kontinuerlig närvaro är en grundsten för att skydda värdigheten hos kvinnor i riskzon barnmorskan är då närvarande och tillgänglig både känslomässigt och fysiskt. (Berg, 2005)

4.2 Förkroppsligad kunskap

Förkroppsligad kunskap inkluderar fem delar och innebär att barnmorskan använder sin kunskap för att vårda kvinnor i riskzon. Barnmorskans kunskap utvecklas genom alla fem sinnen syn, hörsel, lukt, smak, känsel och samt det sjätte sinnet intuition. De fem delarna förkroppsligad kunskap består av är genuinitet mot sig själv och teoretisk, praktisk, intuitiv och reflektiv kunskap. (Berg, 2005)

Att vara genuin mot sig själv inkluderar att man accepterar sin personlighet och vågar visa sina känslor utan rädsla. När barnmorskan vårdar en kvinna i riskzon kan barnmorskan främja trygghet och förtroende genom att visa sina egna känslor. En djup förkroppsligad kunskap det vill säga teoretisk, praktisk, intuitiv och reflektiv kunskap kan inte uppnås genom genvägar, utan detta är något som utvecklas i takt med barnmorskans erfarenheter. (Berg, 2005)

4.3 Balans mellan det naturliga och det medicinska perspektivet

Sista aspekten berör barnmorskornas förmåga att kunna balansera det medicinska och naturliga vid en förlossning. Det är viktigt att barnmorskan ser olika situationer som en normal process i stället för en medicinsk, men att hon fortfarande kan urskilja nödsituationer. Barnmorskan kan också använda sig av medicinskt stöd där det behövs för att främja en så trygg förlossning som möjligt. (Berg, 2005)

5 Metod

I detta kapitel kommer den kvalitativa forskningsmetoden beskrivas. Därmed presenteras datasamlingsmetod, urval av deltagare, etiskt tänkande och dataanalys.

5.1 Kvalitativ metod

En kvalitativ studie innebär att när man samlar in data ska man också beskriva den information man får i stället för att mäta den. Man ska ha som mål att djupdyka in i ämnet och få informationen från exempelvis andra människors erfarenheter, tankesätt och motivation. Man får med hjälp av detta djupare förståelse för ämnet (Henricson, 2017, ss. 111-112).

I en kvalitativ metod är data inte numerisk utan man samlar in data efter personers beskrivningar från till exempel intervjuer. Resultatet från intervjuerna tolkas och analyseras. Man kan också samla in data till en kvalitativ studie genom bloggar, berättelser, från fokusgrupper eller deltagande observation. Forskaren är flexibel och följsam mot deltagare, miljö och förändringar som kan förekomma när forskaren samlar in data i en kvalitativ studie (Henricson, 2017, ss. 112, 115).

I studien användes en kvalitativ metod, där förstföderskor som genomgått akut kejsarsnitt blev intervjuade. Eftersom studien undersöker förstföderskornas upplevelser vid akut kejsarsnitt och vården i helhet ansågs kvalitativ metod bäst för att få fram ett så rättvist och trovärdigt resultat som möjligt.

5.2 Intervju som datainsamlingsmetod

När en intervju utförs finns det olika metoder att följa, det kan vara öppna frågor eller mer eller mindre strukturerade frågor. När en person uttrycker med sina egna ord om en erfarenhet den varit med om, får den möjligheten att bli rätt förstådd genom intervju som metod. Det är viktigt att uppmärksamma att en beskrivning av en upplevelse varierar mellan personer. När intervjufrågorna bestäms är det viktigt att ha dem i lämplig följd samt i viss struktur. Genom goda

intervjufrågor stärks samspelet mellan intervjuaren och deltagaren. (Henricson, 2017, ss. 143-144)

Det är viktigt att man som intervjuare håller sig neutral och kan anpassa sig till situationen, beroende på hurudant samspel intervjuaren och deltagaren har kan resultatet och stämningen under intervjun påverkas. Det är också viktigt att intervjuaren lyssnar aktivt efter olika nyanser i tonfall, eventuellt skratt, gråt och tystnad uppkommer. För att underlätta transkriberandet av intervjun bör intervjuaren lyssna på intervjun samma dag eller dagen efter. Det är också viktigt att intervjuaren inte avbryter deltagaren, samt tänker på att hålla passande tonläge och kroppsspråk. (Henricson, 2017, s. 151)

Man kan använda sig av olika intervjumetoder beroende på vad fokuset i studien är. En metod är att intervjua med öppna frågor vilket ger svar på personers åsikter, känslor, erfarenheter, upplevelser och kunskap. Intervjuer med öppna frågor kan också kallas ostrukturerad intervjumetod. Med denna metod kan intervjun bli narrativ och endast ha få frågor till exempel kan en fråga vara *"kan du berätta om din erfarenhet av sjuksköterskeutbildningen?"*. Till intervjumetoden med öppna frågor hör också semistrukturerad intervju denna metod ger också möjlighet till att deltagaren kan svara berättande på en fråga. Frågorna till en semistrukturerad intervju är skrivna på förhand men behöver inte tas i samma ordning. Intervjuaren kan ställa följdfrågor och anpassa sig efter situationen. (Henricson, 2017, ss. 144-145)

Före en intervju kan genomföras behöver det göras en grundlig planering. Inläsning på området är viktigt men också att formulera ett syfte, tydliggöra etiska frågor, bestämma urval av deltagare och genomföra en provintervju. (Henricson, 2017, s. 146)

Datasamlingsmetoden intervju användes i studien för att få fram så mycket information som möjligt från förstföderskorna som deltog i studien. Eftersom alla förstföderskors förlossningsupplevelse är olika, ville man uppmärksamma allas erfarenheter och upplevelser.

Semistrukturerade intervjuer användes, vilket innebär att på förhand förbereder frågor men fortfarande kan ställa följdfrågor som anses passa efter vad förstföderskan svarat. För att inte

glömma eller missa att ställa väsentliga frågor som berör ämnet och därför ansågs det vara bäst att utgå från en semistrukturerad intervjuform.

När Intervjufrågorna skrevs inleddes intervjuerna med att ställa mer fria och lättbesvarade frågor och förstföderskorna fick berätta fritt om hur exempelvis förlossningsupplevelsen framskred detta för att förstföderskorna skulle slappna av och bli bekväma. Innan intervjuerna påbörjades utfördes ingen pilotering av intervjufrågorna. Intervjufrågorna (bilaga 3) skickades ut på förhand åt förstföderskorna som ville delta i studien så de kunde förbereda sig på vad som skulle tas upp i intervjun.

För att inte missa något som förstföderskorna berättade bandades intervjuerna in på en telefon för att senare lyssnas på och i efterhand transkriberas. Alla intervjuer spelades in och samlades på en och samma telefon. Genom att undvika sitta och konstant anteckna det förstföderskorna berättar blev intervjun lättare och trevligare för båda parterna.

5.3 Val av deltagare

Vi har valt att intervjua olika förstföderskor som varit inställda på en vaginal förlossning men som på grund av olika orsaker behövt ställa om sig för att i stället genomgå akut kejsarsnitt. Vi har valt att utgå från ett ändamålsenligt urval eftersom kvinnorna i intervjuerna behöver ha genomgått akut kejsarsnitt. Ändamålsenligt urval innebär att de som blir intervjuade behöver ha erfarenhet av det ämne som vi valt att skriva om (Henricson, 2017, s. 116).

Förstföderskorna som deltog i studien hittades genom sociala medier såsom Facebook- och Instagraminlägg och genom förfrågning av bekanta. Det deltog hela åtta förstföderskor som ville dela med sig av sina erfarenheter. Intervjuerna utfördes både fysiskt på plats och via Microsoft tjänsten Teams.

Alla kvinnor som deltog i studien var mellan 21 - 38 år gamla när de födde barn. Alla hade endast ett barn och hade fött inom de senaste två åren. Alla kvinnor var svenskspråkiga och bodde i Österbotten. Efter att kvinnorna läst inläggen på sociala medier tog de kontakt både via e-post

och genom privata meddelanden på sociala medier och ett lämpligt datum för intervju bestämdes.

Informanterna var medvetna om att intervjun spelades in, behandlades konfidentiellt och att materialet sedan raderas när studien var klar. De visste också om att de hade rätt att avbryta sitt deltagande när som helst samt att endast skribenter och handledare hade tillgång till materialet. Allt detta påminnes ännu en gång innan intervjuerna tog plats. Intervjuerna tog mellan 30 - 60 minuter. Intervjuerna spelades in på en telefon, och utfördes alltid i par. Intervjuerna flöt på bra men under ett fåtal tillfällen kunde det uppstå någon mindre störning med internetet när intervjuerna på distans tog plats.

5.4 Kvalitativ innehållsanalys

Materialet från intervjuerna läses noggrant igenom flera gånger innan tillvägagångssättet och analysformen visas tydligt. När intervjutexterna blivit igenom lästa flera gånger har man fått en tydlig inblick kan man börja sätta olika teman, kategorier och underkategorier. För att göra det lättare kan intervjufrågorna markeras med annan färg eller fetstil, vilket gör dem synligare. När intervjuerna är gjorda kan man hitta ord, meningar eller stycken som svarar på syftet eller har gemensamt betydelse kan man kalla dem för meningsenhet. Meningsenheten gör grund för kodningen. Kodningen av ord är mer specifika och beskriver en mening med ett ord. Koderna kan sedan samlas in och skapa olika kategorier. Det är lämpligt att använda sig av en tabell där materialet läggs in vid en kvalitativ innehållsanalys (Henricson, 2017, ss. 287, 292).

Forskaren har en fördel av att transkribera intervjuerna själv detta ger djupare förståelse för deltagarnas beskrivningar av svaren. Transkriberingen kan vara tidskrävande eftersom det kräver aktivt lyssnande och skrift. Upprepningen är nyttig för förståelsen och underlättar analysen av materialet (Henricson, 2017, s. 152).

Efter en intervju transkriberades den direkt före nästa intervju tog plats. Transkriberingen utfördes i par för att säkerställa att all viktig information kom med. Transkriberingen skrevs ordagrant efter vad informanterna berättade, vilket kunde bli på dialekt. Det blev sammanlagt 34 sidor transkribering.

När datamaterialet var insamlat påbörjades analyseringen. Först lästes alla transkriberingar igenom och innehållet började koda. När kodningen var gjord underlättade det att sedan dela upp innehållet i underrubriker som hörde till en huvudrubrik, slutligen sammanfattades allt under ett tema. När underrubrikerna hade säkerställts började man färgkoda de meningar som var relevanta för rubriken för att de sedan skulle vara lätta att hitta när resultatet sammanställdes. Efter färgkodningen var gjord printades alla transkriberingar ut och man började klippa ut de olika meningar som tillhörde underrubrikerna för att sedan samla ihop dem i färgordning. Utprintningen av datamaterialet gjordes från våra privata datorer till vår privata printer.

6 Etiska överväganden

När en vetenskaplig studie görs är den i enlighet med god vetenskaplig praxis för att den ska kunna vara etisk godtagbar och tillförlitlig, samt att forskningens resultat ska vara trovärdigt. För att kunna urskilja god vetenskaplig praxis kan man i Finland utgå från ett system som bygger på forskningsetiska delegationens nationella anvisningar. Den forskningsetiska delegationen kallas också för TENK. (Forskningsetiska delegationen, 2021)

Forskningsetiska delegationen i Finland har principer som alla forskare inom vetenskapsgrenar ska styras av. Alla principer som räkas upp styrs också från den finska grundlagen. Första principen är att forskaren har skyldighet att respektera informanternas självbestämmanderätt samt människovärde. Detta innebär att personerna har rätt till personlig-, religion och yttrandefrihet, rätt till liv, och skydd för privatlivet. När någon ger sitt samtycke att medverka i en studie har den alltid rätt att avbryta eller annullera sitt samtycke under vilken tidpunkt som helst av studien. Forskaren har som skyldighet att informera personer i studien hur materialet och personuppgifter behandlas och om forskningens innehåll. (Forskningsetiska delegationen, 2019)

Den andra principen är att forskaren ska respektera både det materiella och det immateriella kulturarvet samt naturens mångfald. Detta skyddar olika befolkningsgruppers rätt att utveckla och behålla sitt språk och kultur. Den tredje principen är att forskningen inte får utgöra en risk

eller någon slags skada gentemot personen i studien, samhället eller andra undersökningsobjekt. Forskaren behöver alltid på förhand informera personen i studien om eventuella olägenheter eller risker som deltagandet medför. (Forskningsetiska delegationen, 2019)

Förstföderskorna fick själv bestämma var intervjuerna höll plats, eftersom förlossningsupplevelsen är personlig och individuellt känslsam. Känslor och minnen kan väckas hos förstföderskorna när de tänker tillbaka på deras förlossningsupplevelse, och därför behöver de få befinna sig i en trygg miljö under intervjuerna så de känner sig trygga att berätta om sina erfarenheten och upplevelser.

Innan intervjun tog plats sändes också ett informationsbrev (bilaga 2) ut där det mer ingående stod bland annat om studiens syfte, vem som utförde studien, hur informationen förstföderskorna gav skulle behandlas och praktiskt om intervjun. Förstföderskorna undertecknade en samtyckesblankett (bilaga 4) innan intervjun tog plats men efter de läst informationsbrevet. Detta för att säkerställa att de blivit informerade om studiens syfte, hur deras information skulle behandlas och deras rättigheter och att inga missförstånd skett.

7 Resultat

Resultatet från intervjuerna med förstföderskorna som genomgått ett akut kejsarsnitt sammanfattas som *en omtumlande upplevelse* och blev resultatets tema. Insamlingsmaterialet från intervjuerna har kategoriserats i tre olika huvudkategorier *att känna sig omhändertagen och trygg, att känna sig utlämnad och otrygg* och *kontakten med barnet*. Under varje huvudkategori finns underkategorier som markeras med **fet stil** i texten. Vart efter en underkategori presenterats följer några citat som förstföderskorna sagt för att stärka resultat innehållet. Citaten är markerade med citattecken och med *kursiv stil*, och för att förtydliga förkortade citat finns [...] före eller efter. Hela kategoriseringen av resultatet ses i tabell 1.

Tabell 1. Kategorisering av resultatet

Tema	Huvudkategori	Underkategori
En omtumlande upplevelse	Att känna sig omhändertagen och trygg	Förväntningar inför förlossningen
		Informativ kommunikation
		Bra bemötande och stöd från vårdpersonalen
		Professionellt handlande/kunskap
	Att känna sig utlämnad och otrygg	Dåligt bemötande och stöd från vårdpersonalen
		Bristfälligt informationsförlopp och kommunikation
		Oprofessionellt handlande och okunskap
	Kontakt med barnet	När barnet föddes
		Tiden på uppvaket
Återföreningen mellan förstföderskorna och barnen på BB		

7.1 Att känna sig omhändertagen och trygg

Förstföderskorna hade mer och mindre **förväntningar inför förlossningen**. En del hade mycket planerat medan vissa ville ta allt vart efter som. De som ville förbereda sig hade använt sig av podcaster och profylaxkurser där de bland annat lärt sig om vad som sker under en förlossning och fått höra på andras förlossningsberättelser. Så gott som alla förstföderskor hade haft tanken på att kejsarsnitt kunde ske. Några upplevde det som skrämmande medan vissa kände förtroende för vården och att det går bra oavsett.

”Ja veta ju att he kan bli kejsarsnitt, men inte kan ja säg att ja va förberedd på e men ungin ska ju ut på ett eller anna vis så ja no veta jaju att e fanns en chans att e blir he.”

”Nånstans vaja no förberedd på kejsarsnitt att he no kan eventuellt händ men int fanns e nånstans i planen så no vae en överraskning.”

”Ja hadd skriva hede förlossningsbreve å där hadd ja skriva att he värsta som kan händ eju att e blir snitt.”

”Överlag hadd ja lyssna på ganska myki poddar för att ja va lite till en början förlossningsrädd.”

Innan det akuta kejsarsnittet bestämdes upplevde en del förstföderskor att de fick ta del av beslutsfattandet och att deras röst blev hörd. Vårdpersonalen hade en tillräckligt **informativ kommunikation** mellan dem och förstföderskorna. Även om informationen ibland kunde vara delvis bristfällande, kunde förstföderskorna i efterhand känna att de ändå inte var i behov av alla detaljer. När vårdpersonalen både innan och under det akuta kejsarsnittet höll förstföderskorna informerade om vad som pågick och vad som skulle ske, upplevde sig förstföderskorna bli både lugnare och tryggare i en redan stressfull situation.

”Han infon ja behöva fick ja no vet, ja behöva kansk int vet att nu skär vi hije och så vidare...”

”Det lugnade ner mig när jag fick mycket information från vårdpersonalen...”

De flesta förstföderskor upplevde sig ha fått ett **bra bemötande och stöd från vårdpersonalen**. Det fanns flera olika handlingar som vårdpersonalen utförde som upplevdes som trygga och lugnande. Ett exempel var att barnmorskorna regelbundet frågade hur förstföderskornas mående var och beroende på svaret de fick diskuterade man kring det och försökte uppnå ett så bra mående som möjligt. De barnmorskor som använde sig av en god ton och hade en peppande men empatisk attityd uppskattades stort hos förstföderskorna. Att hitta ork och kraft att föda för förstföderskorna underlättade när vårdpersonalen uppmuntrade dem och påminde dem om att de snart skulle bli mamma. Förstföderskorna var inte alltid i behov av stora handlingar utan små saker som att få hålla i en hand eller få en kram kunde ge stor trygghet. Bemötandet från

vårdpersonalen påverkade också redan vid första samtalet in till förlossningen och tack vare ett gott bemötande kunde förstföderna åka in med en tryggare inställning och känna att de blev tagna på allvar.

De flesta förstföderna fick ha mer än en barnmorska under sin förlossning. Många upplevde då att de var nöjda med båda men att en av dem kunde upplevas som "mindre varm" eller sakna något som den andra hade. Att genomgå akut kejsarsnitt var omtumlande för de alla och några kunde känna att de skulle gå miste om en positiv förlossningsupplevelse, men tack vare ett gott bemötande och stöd från vårdpersonalen kunde de ändå i efterhand kolla tillbaka på sin förlossningsupplevelse med glädje.

*"ja minns du ja hyperventilera och skaka furi snitte, å då minns du en barnmorska satt å krama
me å he lugna me"*

"barnmorskorna som var där gjord nog jobbet med stort hjärta, de var nog vår räddning"

"hon va it rikti lika varm som honde första, men du fick no ändå he stöd du behöva..."

*"he känns ibland att man ha vari snuva på hande själva förlossningsupplevelsen, men tack vare
honde barnmorskon ... så fick du no en fin förlossningsupplevelse ändå"*

Vårdpersonalen visade på ett **professionellt handlande och** att de hade en god **kunskap** genom att de exempelvis upprätthöll god medicinering på olika sätt. Förstföderna kände sig trygga när vårdpersonalen var noga med att försöka ge så god smärtlindring som möjligt. När vårdpersonalen regelbundet höll koll på fostrets mående och gav regelbunden uppdatering gav det en trygghetskänsla för förstföderna. Tryggheten ökade också när förstföderna upplevde att kommunikationen mellan olika professioner fungerade exempelvis mellan förlossningsläkaren och barnmorskan.

”dom kolla ju regelbundet mitt mående, såre å medicinera mig bra, di hjälpt no me me allt ja behövd.”

”tå ja hadd sjukt så hon försöka som mesamma ring ti narkosläkarin så vi sku kona fyll på min epidural, hon fundera int na extra utan bara gjord.”

7.2 Att känna sig utlämnad och otrygg

Dåligt bemötande och stöd från vårdpersonalen var återkommande bland läkarna. Det var flertal gånger läkarna inte upplevdes lyssna på förstföderskorna med deras frågor och önskemål utan de diskuterade hellre med barnmorskorna eller andra läkare. Läkarna kunde också ge ifrån sig otrevliga kommentarer eller ha en dålig attityd gentemot förstföderskorna. Läkarna kunde också beskrivas som arga när förstföderskorna ifrågasatte läkarnas beslut i stället för att förklara hur de resonerat när de tagit beslutet. I några fall beskrevs också läkarna som kalla och kliniska när de bemött förstföderskorna och att de hellre diskuterat vädret med varandra än att prata med förstföderskorna. Förstföderskorna upplevde i efterhand att läkarna inte kanske menat att vara otrevliga men att deras ton ändå uppfattats fel.

En del förstföderskor upplevde att deras relation till barnmorskan påverkades på grund av stress. De kunde exempelvis tycka att de varken blivit bra eller dåligt bemötta men att tiden för att bygga upp en trygg relation fanns inte. Språkbarriären blev också en faktor till att bemötandet upplevdes som bristfälligt, exempelvis upplevde en förstföderska att det var lättare för vårdpersonalen att vara tysta än att försöka kommunicera med henne.

”Förlossningsläkaren hadd ganska hård ton även om hon kanske int mena na illt, men man tar ju e på e anna sätt tå man ligger tide me krämpor, man eju lite utelämna.”

”... hon vänd på klacken å traska iväg me in jävla fart ut ur rumme.”

”...läkarna bemötte mig väldigt kallt och kliniskt, dom prata hellre om vädret med varandra än att prata med mig.”

*”men ja såg ju som bara masker å huvuden och ingen först na svensk, e va no lite
mardrömsscenario.”*

*”Ingen va ju som direkt dum elo elak, utan ja upplever no som bara att dom it hadd tid att hjälp
me.”*

Bristfälligt informationsförlopp och kommunikation från vårdpersonalen var också något som bidrog till att förstföderskorna kände sig utlämnade och otrygga. När förstföderskorna inte fick vara delaktiga i beslutsfattandet och hölls oinformerade upplevde de att de miste kontrollen över sin egna förlossning. En del av förstföderskorna kunde uppleva att barnmorskorna tog för givet att de skulle ha kunskap från tidigare angående saker kring förlossningen exempelvis amning, skötsel av barnet och postoperativa instruktioner. Det var flertal gånger förstföderskorna kunde känna sig dumförklarade när de inte visste olika saker och därför blev också tröskeln att våga be om hjälp högre för dem. I operationssalen var det ibland mer bråttom och tiden att informera förstföderskorna om vad som sker kunde lämnas bort eller bli väldigt ytlig. Informationen kunde också bli bristfällig från vårdpersonalen när en språkbarriär uppstod.

*”E kändes int som att jag hadd kontroll över förlossningen utan e va all ar som bestämd hue sku
ga till.”*

*”He kändes som att di to förgivet att man kona en massa till exempel om amning och dylikt, fast
man aldri ha gjort heje förr.”*

”Di sa ingenting i princip va di gjord utan e va som bara en massa folk som skåda på me.”

Oprofessionellt handlande och okunskap hos vårdpersonalen utspelade sig på olika sätt beroende på förstföderskornas upplevelser. Många förstföderskor upplevde att innan det akuta kejsarsnittet skedde fick de höra från vårdpersonalen att allt var okej med henne och med fostret samt att förlossningen framskred som den skulle. Sedan när det blev akut kejsarsnitt och det

visade sig att exempelvis fosterbjudningen varit fel eller att navelsträngen påverkat fostret negativt, kunde förstföderskorna känna att vårdpersonalen inte haft den kunskap de behövt under föregående undersökningar.

I vissa fall kunde förstföderskorna uppleva att beslutet till akut kejsarsnitt kunde ha tagits tidigare. Några upplevde att de fick lida i smärta allt för länge även om de tydligt förde fram att de inte orkade mer eller att de önskade kejsarsnitt. En annan faktor som bidrog till att förstföderskorna upplevde att vårdpersonalen hade ett oprofessionellt handlande var när smärtlindringen fallerade. Exempelvis kunde en anestesiläkare skylla på oväsentliga faktorer när epiduralstickningen inte lyckades. En förstföderska var inte tillräckligt bedövad vid kejsarsnittet vilket ledde till en akut nedsövning, detta upplevdes som traumatiskt och oprofessionellt. En förstföderska upplevde också att en läkare spred en nervös stämning genom att fälla olika instrument i golvet och sedan dessutom inte lyckas med de vårdåtgärder läkaren var där för att utföra.

”me tanke på att an låg i sätesläge och hadd navelsträngin runt halsin och kroppen men att personalin sa att allt va normalt.”

”e kändes som att e satt ganska hårt från personalin hede att ja sku få snitt, e kändes som att e va ganska ’antisnitt-anda’ i hede rumme.”

”sköterskorna sa åt aneläkarin att de här e int bedövat att du behöver ge en till spruta. Å de gjord han med den fungera int håller. Så då vaju huden redan uppskuren på magen och då fick dom ju bråttom, de sista jag hörde va att ’kiire, kiire, kiire’.”

”första läkarin gjord tå on kom in va ti sprid en nervös stämning, hon tappa hela ultraljudsgrejon i golve å va jättenervös.”

7.3 Kontakten med barnet

Alla förstföderskor var inte vakna under förlossningen **när barnet föddes** vilket gjorde att de inte hade någon möjlighet att träffa sitt nyfödda barn redan under kejsarsnittet. De förstföderskor som var vakna under snittet kunde vara smärtpåverkade, trötta och så medtagna i situationen att de hade svårt att minnas det första ögonblicket de fick se sitt barn, men det omfattade inte allihop. Några mindes bra av första stunden de fick träffa sitt nyfödda barn och hade möjlighet att få barnet på bröstet, de kände de fick den första tid med barnet som de behövde.

”Man vejt ju så lite under ett snitt, man vejt ju som knappt tå an föds.”

”Ja fick ligg å skåd på an å rör an, å vi fick hande tidin me alla tre.”

Kvinnorna i studien berättar alla att de under **tiden på uppvaket** inte fått vara med sin nyfödda bebis vilket har gett dem olika syner på deras första kontakt till barnet. Några mammor ser tillbaka på denna tid och känner sorg för att ha missat de första timmarna av barnets liv, och om det var något de skulle ändrat på var det att få spendera tid med sitt barn på uppvaket. Två av förstföderskorna upplevde att tiden på uppvaket gick något snabbt och de inte upplevt att det på så sätt påverkat negativt på deras förlossningsupplevelse. En del förstföderskor tog upp att tiden på uppvaket gav en möjlighet för dem att reflektera och bearbeta vad som skett. Något som nästan alla förstföderskor upplevt negativt var den bristande kontakten mellan uppvakningspersonalen och BB personalen. När förstföderskorna hade frågor om sina barns mående var det ingen som kunde svara på deras frågor eller ta reda på om allt var okej. Några förstföderskor fick möjligheten att ringa till sin sambo som var med barnet eller till någon annan anhörig som blivit uppdaterad om situationen, efter att de själv bett om en telefon från vårdpersonalen. Det kunde upplevas som tungt och fel att utomstående eller sambon visste mer om barnets mående än förstföderskan som genomgått förlossningen.

”att som nysnitta och nyförlöst mammo bara få hör ‘ja vejt int ja vejt int’ av personalin på uppvake kändes int na bra.”

"annors tänker ja no att kanske e va bra att va sjölv in stånd efter snitte å få reflekter lite på va som hadd hänt å kuna vil lite."

"he kändes ju som jätte fel att min mamm vissta mer om min bebis än va ja gjord som hadd fött an."

Efter tiden på uppvaket var det äntligen dags för **återföreningen mellan förstföderskorna och barnen på BB**. I helhet upplever alla förstföderskor att de fått den kontakt med barnet de velat på BB. Amningen var något som majoriteten av förstföderskorna ansåg stödde anknytningen mellan dem och barnet och vägde upp för förlorad tid. Flera förstföderskor gick miste om den första vägningen och mätningen av bebisen och det var något som de hade sett framemot eftersom de var inställda från början att få delta i "hela förlossningsupplevelsen". De förstföderskor som inte fick sitt barn på bröstet i operationssalen och de som inte minns av stunden berättar om hur de gärna skulle velat se sitt barn innan barnet var omskött och påklätt.

"ja fick no han kontaktin ja behöva me barne, eftersom han amma mytji"

"men ja missa ju allt hede då han blev vägd, tvätta å mätt"

"Ja sku ju ha vila haft an direkt medan an va kladdo å äckli fö ti upplev hande egentliga förlossningskänslon men nu fick jaju an först tå han va räjn å fin"

8 Diskussion

Detta kapitel är indelat i tre underrubriker metoddiskussion, resultatdiskussion och slutledning. Under rubriken metoddiskussion kommer bland annat styrkor och svagheter med metodvalet att tas upp. I resultatdiskussion speglas resultatet studien fått mot studiens bakgrund och teori. I den sista underrubriken slutledning ser man bland annat på hur tillförlitligt resultatet varit och om resultatets syfte blivit besvarat.

8.1 Metoddiskussion

Under metoddiskussionen kommer trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet förklaras eftersom de är grundstenar för att en kvalitativ studie ska bli av så god vetenskaplig kvalitet som möjligt (Henricson, 2017, s. 431). Här kommer också fram hur dessa olika grundstenar praktiskt utförts i denna studie.

Studiens trovärdighet kan påvisas på olika sätt. När studien skrivs är det viktigt att skribenterna tydliggör för läsaren att kunskapen är rimligt och resultatet är giltigt. Tolkningen av datamaterialet kan diskuteras med "kritiska vänner" dessa kan vara handledaren, kollega eller studiekamrat. Om de "kritiska vännerna" har en annan uppfattning av datamaterialet än skribenterna behöver det ändå inte betyda att resultatet inte är trovärdigt. Det är bra för kvaliteten av examensarbetet att en utomstående person granskar kategorier/teman och underkategorier/underteman. Triangulering innebär att man ser på problemet från olika synvinklar och detta kan vara en metod för att säkra trovärdighet (Henricson, 2017, ss. 431-432).

I studien deltog åtta förstföderskor som fött inom de senaste två åren. När urvalet av deltagare till studien skulle göras bestämdes det att försöka ha så kort tidsperiod som möjligt utan att riskera att inte hitta deltagare. Det vill säga att skulle det deltagit kvinnor som fött för mer än två år sedan kan deras minnen ha försvagats vilket också gäller ifall kvinnan skulle ha mer än ett barn, då skulle risken vara att hon skulle blanda ihop minnen mellan sina förlossningar. Några av förstföderskorna hade fött inom det senaste halvåret och de upplevdes ha mer detaljerade berättelser än några av de som fött för längre än 1 år sedan. De flesta förstföderskor hade fött på

samma sjukhus men några hade inte det vilket ger spekulationer om det eventuellt skulle kunna påverka resultatet. Vården borde vara av samma kvalitet oavsett sjukhus i Finland men detta kan ändå vara en påverkbar faktor till resultatet. Antalet förstföderskor som deltog skulle kunnat vara fler för att få mer upplevelser och för att stärka resultatet.

När tolkning av datamaterialet utfördes delades den med handledaren för studien för att stärka trovärdigheten. All tolkning gjordes också av oss båda för studien. Vart efter underrubrikerna i resultatet framfördes följdes också citat från förstföderskorna som kunde styrka resultatanalysen. Citaten behölls också på dialekt i stället för att översättas till standardsvenska för att det inte skulle ske någon feluppfattning av det förstföderskorna ville framföra.

Pålitlighet säkerställs när skribenterna har beskrivit sin förståelse. Om skribenterna har tidigare erfarenheter som kan påverka datainsamlingen och dataanalysen behöver det belysas. I studien behöver det också framkomma vilken teknisk utrustning som använts exempelvis vid inspelning av intervjuer och utskrift. Det bör också komma fram vem som utfört intervjuerna och transkribering (Henricson, 2017, s. 432).

Ingen av oss hade själv genomgått en förlossning eller kejsarsnitt, därför gick vi också in med en neutral synvinkel och kunde ta in informationen vart efter och sammanfatta samt tolka den så opartiskt som möjligt. I metodkapitlet kommer också fram hur intervjuerna gjordes, bandades in och behandlades. Det kommer fram vem som haft tillgång till materialet samt att deltagarna i studien också var medvetna om detta.

När analysprocessen blivit tydligt beskriven av skribenterna och deras ställningstagande behålls så neutrala som möjliga under hela forskningsprocessen ökar det bekräftelsebarheten. Genom att en utomstående person granskar utskrifter, analyser och resultatbeskrivning minskar risken för att studiens data ska bli påverkade av skribenternas åsikter (Henricson, 2017, s. 432).

Under studiens gång har studiens handledare granskat innehållet så inga personliga åsikter ska genomlysas. Eftersom studien är gjord av två personer har det också kontinuerligt säkerställts att studien hålls så neutral som möjligt men eftersom analysen inte gjorts av utomstående personer finns alltid en risk för att en viss spegling från våra egna tolkningar kan förekomma.

Att erbjuda intervjuer på distans har varit en fördel så fler förstföderskor kunde delta men när man utför en intervju på distans finns det en risk att något tekniskt problem skulle kunna uppstå. När intervjuerna på distans tog plats kunde ljudet exempelvis påverkas en kort stund och förstföderskan blev tvungen att upprepa sig själv. Något som eventuellt skulle underlättat var att informera förstföderskorna att de skulle säkra sin internetuppkoppling på förhand om möjligt för att intervjun skulle flyta på så bra som möjligt.

Studiens trovärdighet, pålitligheten och bekräftelsebarhet behöver vara tillförlitlig för att överförbarheten ska kunna bedömas. Studiens resultat kan överföras till andra kontexter, situationer eller grupper i olika grader, detta är vad överförbarhet står för. Resultatet behöver också blivit tydligt beskrivet i studien (Henricson, 2017, s. 433).

Resultatet i studien behöver i första hand nås ut till all vårdpersonal som kommer i kontakt med den födande kvinnan. Enligt oss har resultatet också framförts på ett logiskt och tydligt sätt för läsaren att förstå.

8.2 Resultatdiskussion

Enligt Berg (2005) är bland annat tillit, delat ansvar och kontinuerlig närvaro mellan barnmorskan och föderskan grundstenar som tryggar föderskans värdighet och respekt utbytes mellan parterna. Enligt förstföderskorna som deltagit i studien ser man tydligt i resultatet att de går när barnmorskan sett och hört förstföderskan har hon känt sig trygg, respekterad och bra bemött. Den kontinuerliga närvaron behövde inte alltid vara att barnmorskan skulle konstant befinna sig fysiskt i förstföderskans närvaro utan det räckte att förstföderskan visste att barnmorskan fanns nära till hands. Barnmorskan kunde uppfattas som lätt tillgänglig också bara genom att regelbundet kika in i dörren och fråga om allt var okej.

I resultatet framkom också hur förstföderskorna haft en god kommunikation mellan dem och barnmorskan och hade därför fått fram sina önskemål angående förlossningen och vågat berätta hur de känner och mår just då under förlossningen. Enligt Berg (2005) är en pågående dialog också en viktig del i att vården ska tryggas för den födande kvinnan. Även Ajne, Blomberg & Carlsson

(2021) beskriver att kommunikationen mellan kvinnan och vårdpersonalen varit avgörande för att få en positiv förlossningsupplevelse. De förstföderskor som inte haft en god kommunikation med vårdpersonalen på grund av olika orsaker hade inte samma trygghetskänsla och deras helhetsupplevelse av förlossningen var inte lika positiv. Down, Finlayson, Oladapo, Bonet & Gülmezoglu (2018) beskriver vikten i att om en förlossning kräver medicinsk intervention behöver kvinnan känna sig involverad i beslutet och detta framkommer också när förstföderskorna berättar om sina upplevelser. De som känt sig hörda av vårdpersonalen och de som känt de kunnat påverka sin egna förlossning har en mer positiv helhetsbild av sin förlossning och känt sig mer i kontroll.

Bergs (2005) teori bekräftar att förlossningen är barnmorskans vetenskap och detta kommer fram när förstföderskorna upplevt gott bemötande och stöd från barnmorskorna. Berg (2005) beskriver hur barnmorskan behöver ha en balans mellan det naturliga och medicinska perspektivet och när barnmorskan hittar denna balans har hon kunnat främja en positiv förlossningsupplevelse hos förstföderskan.

Enligt Murphy och Strong (2018) har förstföderskor en förväntan om att vårdpersonalen ska erbjuda henne och hennes partner stöd och trygghet vid förlossningen vilket de förstföderskor som deltagit i studien upplevt när barnmorskorna gett fysisk kontakt till kvinnan genom exempelvis en hand att hålla eller en kram. Detta skriver också Berg (2005) om när hon förklarar förkroppsligad kunskap. En barnmorska kan ge trygghet genom att visa sina egna känslor och nå ut till kvinnan på det sätt hon behöver. Thorstensson, Andersson, Israelsson, Ekström & Hertfelt-Wahn (2016) framför också att en förstföderska förlitar sig på det professionella stödet eftersom den första förlossningen bland annat är överväldigande och kaotisk.

Enligt Ozkan och Bal (2019) är förlossningen en viktig livsupplevelse och förstföderskorna som deltog i studien berättar också om sin förlossning som om det är en av de mest minnesvärda upplevelserna de någonsin varit med om. Något vi iallafall kan dra slutsats om oberoende om förstföderskan upplevt hon haft en positiv eller negativ förlossning är att det varit en mycket omtumlande upplevelse för henne och att hon inte kan jämföra denna upplevelse med någonting annat hon varit med om.

En annan studie har undersökt hur barnmorskans sätt att visa sina egna känslor kan påverkas av hur hon är kapabel att hantera en traumatisk förlossning, till exempel vid akut kejsarsnitt. Barnmorskan kan ta mentalt avstånd för att skydda sin egen mentala hälsa när barnmorskan inte har de rätta verktygen för att hantera en traumatisk händelse. Då blir också den födande kvinnan drabbad när hon inte får det stöd hon behöver från vården. (Cankaya, Erkal Aksoy, & Yilmaz Dereli, 2020)

Det som de flesta kvinnor upplevde varit jobbigt under sin förlossning var tiden efter kejsarsnittet när de var på uppvaket. Att ligga i ovisshet och inte få någon information om hur barnet mårde och så vidare. Enligt Crenshaw, Adams, Glider & Nolte (2021) behöver kvinnor som genomgått kejsarsnitt också få ha hud- mot-hudkontakt med sitt nyfödda barn eftersom det har visats minska på exempelvis kvinnans stress och förbättrat både hennes och barnets fysiologiska mående. De förstföderskor som fått ha sitt barn på bröstet genast efter kejsarsnittet berättar också om hur de uppskattat detta och varit tacksamma för att inte behövt gå miste om den upplevelsen. Däremot de kvinnor som inte fick ha hud-mot-hudkontakt med barnet fick först ha den kontakten när de fått åka från uppvakningen till BB vilket ibland upplevts som en evighets väntan. De flesta förstföderskor upplevde tiden på uppvaket som orolig och jobbig, skulle de fått ha sitt barn hos sig skulle möjligen bland annat deras oro och stress minskat.

8.3 Slutledning

I resultatet framgick att några av kvinnorna inte fick ett bra bemötande av sin barnmorska. Detta kunde i många fall visa sig när hon haft två eller flera barnmorskor under sin förlossning. Skulle hon upplevt situationen likadant om hon endast hade en barnmorska? De flesta barnmorskor gör sitt jobb med stort hjärta men alla är bara människor och man kommer mer och mindre överens med andra och personligheterna passar bättre och sämre. Om den födande kvinnan får en barnmorska hon upplever är helt på samma våglängd som henne och sedan får en annan barnmorska som fortfarande gör sitt jobb bra men inte har det där extra som den första hade blir det en kontrast för kvinnan och hon kan lättare uppleva att en barnmorska varit sämre än den andra även om barnmorskan inte gjort några etiska- eller vårdfel.

När man jobbat inom vården en viss tid kan det lätt ske att man som vårdpersonal blir "blind". Många begrepp och rutiner blir vardag och man kan glömma bort att det kan vara helt främmande för den som är i behov av vård. För kvinnorna i studien var det många gånger de upplevt att de inte fått tillräckligt med information exempelvis när beslutet om kejsarsnitt hade tagits. När kommunikationen inte var tillräcklig kunde kvinnorna i studien också ifrågasätta vårdpersonalens yrkeskunnighet vilket i sin tur ledde till en viss otrygghet. Om vårdpersonalen berättar varför man gör vissa saker eller hur olika saker går till åt kvinnan bevisar det kunskap hos vårdaren samt kvinnan känner sig mer i trygga händer.

Alla underrubriker som tas upp i resultatet tangerar varandra och bidrar till förlossningsupplevelsen i helhet. När en brister exempelvis kommunikation kan det bli till dåligt bemötande och stöd som i sin tur ger kvinnan en känsla av otrygghet som kan slutligen ge henne en dålig förlossningsupplevelse.

Eftersom förstföderskorna betonat hur de önskat att få mer tid med sitt nyfödda barn direkt efter kejsarsnittet i stället för att ligga på två olika avdelningar med ingen kommunikation skulle man kunna sträva till att på alla förlossningssjukhus i Finland följa det som bland annat kvinnokliniken i Helsingfors har att erbjuda. På kvinnokliniken i Helsingfors får familjer möjlighet till hud-mot-hudkontakt direkt efter kejsarsnitt. I efterhand har familjer uppskattat att få möjligheten till att vara tillsammans direkt efter kejsarsnittet i stället för att skiljas åt (HUS, 2016). Kommunikationen mellan BB och uppvaket är något som skulle kunna utvecklas på de sjukhus där familjeuppvak inte är en möjlighet, så att det lättare skulle finnas en möjlighet för kvinnan att få regelbunden uppdatering om sitt nyfödda barns mående och status, eftersom detta är något som märkbart skulle förbättra föderskors upplevelser vid kejsarsnitt.

Studiens syfte om vilket stöd och bemötande en förstföderska behöver för att få en så positiv förlossningsupplevelse som möjligt vid akut kejsarsnitt kan sammanfattas som god och informativ kommunikation från alla i vårdpersonalen, ett lugnt och tryggt bemötande och att de visar en god yrkeskunnighet.

Efter studien upplever vi att vår förståelse har ökat kring ämnet. Att få höra olika förstföderskors berättelser om en av deras mest omtumlande upplevelser har verkligen visat hur stor påverkan vi som barnmorskor kommer ha på hela deras upplevelse och hur de ser tillbaka på det. Vi anser också att vårdpersonal som kommer i kontakt med födande kvinnor kan stärka sin yrkeskompetens och kunna förbättra kvinnors förlossningsupplevelse genom att läsa de resultat som studien fått där det framkommer vad kvinnorna uppskattat under sin förlossning.

Vi är mycket nöjda över studien och att vår idé om att hitta ett sätt att upplysa och förbättra kvinnors förlossningsupplevelse blev verklig. Avslutningsvis vill vi också rikta ett stort tack till alla förstföderskor som delat med sig av sina värdefulla erfarenheter åt oss.

Källförteckning

- Abascal, G. (2006). *Att föda, en barnmorskas tankar, råd och erfarenheter*. Stockholm: Bonnier fakta.
- Ajne, G., Blomberg, M., & Carlsson, Y. (2021). *Obstetrik*. Lund: Författarna och studentlitteratur.
- Andersen, B., Rasmussen, M., Christensen, K., Engel, K., Ringsted, C., Løkkegaard, E., & Tolsgaard, M. (2020). Making the best of the worst: Care quality during emergency cesarean sections. *Public Library of Science, 15*(2). doi:10.1371/journal.pone.0227988
- Berg, M. (2005). A Midwifery Model of Care for Childbearing Women at High Risk: Genuine Caring in Caring for the Genuine. *The journal of perinatal education, 14*(1), ss. 9-21. doi:10.1624/105812405X23577
- Betrán, A. P., Jianfeng, Y., Anne-Beth, M., Jun, Z., A Metin, G., & Maria, R. T. (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PloS One, 11*(2). doi:10.1371/journal.pone.0148343
- Borgfeldt, C., Sjöblom, I., Strevens, H., & Wangel, A.-M. (2019). *Obstetrik och gynekologi*. Lund: Författarna och studentlitteratur.
- Çankaya, S., & Yılmaz, S. D. (2020). Labour Worry and Postpartum Discomfort of Primiparous Mothers in Konya, Turkey. *Africa Journal of Nursing & Midwifery, 22*(1), ss. 1-19. doi:10.25159/2520-5293/4469
- Cankaya, S., Erkal Aksoy, Y., & Yılmaz Dereli, S. (2020). Midwives' experiences of witnessing traumatic hospital birth events: A qualitative study. *Journal of evaluation in clinical practice, 27*(4), ss. 847-857. doi:10.1111/jep.13487
- Christensson, K., Dykes, A.-K., & Lindgren, H. (2022). *Reproduktiv hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Crenshaw, J. T., Adams, E. D., Glider, R. E., & Nolte, H. G. (Oktober 2021). Measuring health professionals' beliefs about skin-to-skin care during a cesarean. *Maternal & Child Nutrition, 17*(4). doi:10.1111/mcn.13219
- Deninotti, J., Denis, A., & Berdoulat, É. (2020). Emergency C-section, maternal satisfaction and emotion regulation strategies: effects on PTSD and postpartum depression symptoms. *Journal of Reproductive & Infant Psychology, 38*(4), ss. 421-435. doi:10.1080/02646838.2020.1793308
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *Public Library of Science, 13*(4). doi:10.1371/journal.pone.0194906
- Forskningsetiska delegationen. (2019). *Etiska principer för humanforskning och etikprövning*. Hämtat från Forskningsetiska delegationens anvisningar 2019:

- https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Etikprovning_inom_humanvetenskaperna_2020.pdf hämtat 10.11.2022
- Forskningsetiska delegationen. (den 28 April 2021). *Forskningsetiska delegationen*. Hämtat från Forskningsfusk: <https://tenk.fi/sv/forskningsfusk> hämtat 10.11.2022
- Gregson, S., Meadows, J., Teakle, P., & Blacker, J. (2016). Skin-to-skin contact after elective caesarean section: Investigating the effect on breastfeeding rates. *British journal of midwifery*, 24(1), ss. 18-25. doi:10.12968/bjom.2016.24.1.18
- Haapio, S., Kaunonen, M., Arffman, M., & Åstedt-Kurki, P. (2017). Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: an RCT. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.*, 31(2), ss. 293-301. doi:10.1111/scs.12346
- Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- HUS. (den 23 Augusti 2016). *STT info*. Hämtat från <https://www.sttinfo.fi/tiedote/vauvat-paasevat-perheherraamossa-suunnitellun-sektion-jalkeen-heti-ihokontaktiin?publisherId=23980819&releaseId=50005950> hämtat 02.05.2023
- Institutet för hälsa och välfärd. (den 14 November 2022). *Föderskor och förlossningsåtgärder*. Hämtat från Institutet för hälsa och välfärd: https://sampo.thl.fi/pivot/prod/sv/synre/toimenpiteet/summary_hospitalyear?aika_0=610748&synnytystapa_0=10788&aiemmatsynnytykset_0=10808&sikioisyys_0=10837&ika_0=10452&raskausviikot_0=10711&bmi_0=73019&mittarit_0=10690# hämtat 09.03.2023
- Institutet för hälsa och välfärd. (2022). *Perinataaltilasto : synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2021*. Institutet för hälsa och välfärd. Hämtat från <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik-och-data/statistik-efter-amne/sexuell-och-reproduktiv-halsa/foderskor-forlossningar-och-nyfodda/perinatalstatistik-foderskor-forlossningar-och-nyfodda> hämtat 22.12.2022
- Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I., & Lundgren, I. (2009). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Lindgren, H., Rehn, M., & Wiklund, I. (2014). *Barnmorskans handläggning vid normal förlossning*. Lund: Författarna och studentlitteratur.
- Murphy, H., & Strong, J. (2018). Just another ordinary bad birth? A narrative analysis of first. *Healt care for women international*, 39(6), ss. 619-643. doi:10.1080/07399332.2018.1442838
- Nilsson, C. (den 16 December 2021). Betydelsen av goda och stärkande förlossningsupplevelser. *Föda med stöd [Blogginlägg]*. Hämtat från <https://xn--fdamedstd-07ah.se/betydelsen-av-goda-och-starkande-forlossningsupplevelser/>

- Ozkan, S. A., & Bal, M. D. (2019). Maternal Satisfaction in Normal and Caesarean Birth: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), ss. 1-8. Hämtat från http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/46_ozkan_original_12_2.pdf
- Panda, S., Deirdre, D., Cecily, B., Annika, K., Birgitta, L., Lena, B., & Ingegerd, H. (2018). Factors influencing decision-making for caesarean section in Sweden - a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), s. 377. doi:<https://doi.org/10.1186/s12884-018-2007-7>
- Synnytys. (den 29 September 2020). *Åtgärdsförlossning*. Hämtat från Vasa centralsjukhus: https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/for_patienter/vard-och-undersokningar/kvinnor-barn-och-spadbarn/graviditet-och-forlossning/forlossning/atgardsforlossning/ hämtat 15.9.2022
- Thorstensson, S., Andersson, A., Israelsson, S., Ekström, A., & Hertfelt-Wahn, E. (2016). To build a bridge between two worlds: Mothers' experiences of professional support at the maternity ward. *Health Care for Women International*, 37(10), ss. 1067-1081. doi:10.1080/07399332.2015.1094072

Facebook/Instagram inlägg

Hej!

Våra namn är Victoria Risberg och Josephine Isuls och är två barnmorskestuderande vid yrkeshögskolan Novia i Vasa. Vi håller nu på att skriva vårt examensarbete där syftet är att undersöka förstföderskors upplevelser av vårdpersonalens bemötande och stöd vid ett akut kejsarsnitt.

Därför söker vi nu enbarnsmammor som fött sitt första barn med akut kejsarsnitt inom de senaste två åren, och vill dela med sig av sina erfarenheter. I examensarbetet nämns inga namn, dina uppgifter behandlas konfidentiellt och du är anonym. Du har rätt att avbryta ditt deltagande när som helst.

Hör gärna av dig till oss via PM eller epost, josisu@edu.novia.fi eller vicris@edu.novia.fi om du har frågor eller vill delta i intervjun.

Inlägget får gärna delas! 😊



Informationsbrev

Hej!

Våra namn är Victoria och Josephine och vi är barnmorskestuderande vid yrkeshögskolan Novia i Vasa som skriver examensarbete om akut kejsarsnitt bland förstföderskor. Syftet med vårt examensarbete är att undersöka förstföderskors upplevelser av vårdpersonalens bemötande och stöd vid ett akut kejsarsnitt. Studien görs för att få mer kunskap om och öka förståelsen för hur vårdpersonalen kan stöda kvinnan vid akut kejsarsnitt så att förlossningsupplevelsen ska bli så positiv som möjligt.

Materialet samlas in genom intervju med x antal kvinnor som fött sitt första barn med akut kejsarsnitt. Intervjun genomförs gärna genom en fysisk träff, men även digitala hjälpmedel såsom Teams kan vid behov användas. Längden på intervjun beräknas till ca 30-45 minuter.

Det du delar med dig i intervjun behandlas konfidentiellt och endast vi samt vår handledande lärare har tillgång till materialet. Du har alltid rätt att avbryta deltagandet när som helst utan att ange orsak. Intervjun bandas gärna in om du tillåter för att sedan transkriberas och analyseras. Din identitet kommer under hela arbetet vara skyddad och efter arbetet är färdigt förstörs materialet som berör dig. När studien är klar publiceras den på Theseus.fi där den finns tillgänglig för allmänheten.

Tack för att du deltar och delar med dig av din värdefulla information!

Med vänliga hälsningar,

Barnmorskestuderande

Victoria Risberg

victoria.risberg@edu.novia.fi

045 xxx

Yrkeshögskolan Novia

Josephine Isuls

josephine.isuls@edu.novia.fi

040 xxx

Yrkeshögskolan Novia

Handledande lärare

Terese Österberg

Terese.osterberg@novia.fi

+358 xxx

Yrkeshögskolan Novia



Intervjufrågor

1. Hur gammal var du när du fick ditt första barn?
2. Hur länge är det sedan din förlossning?
3. I vilken vecka var du när din förlossning startade?
4. Hur länge tog din förlossning, från första värken tills barnet var ute?
5. Kan du berätta hur du kände inför förlossningen?
-Hade du förberett dig på tanken att kejsarsnitt kunde ske?
6. Berätta gärna hur förlossningen framskred och hur du upplevde öppningsskedet?
7. Berätta om hur du upplevde din relation/ditt samspel/din kontakt med barnmorskan under förlossningen.
8. Vilken var orsaken till ditt kejsarsnitt?
9. Vilken upplevelse/ vilka känslor hade du när beslutet om kejsarsnitt gjordes?
10. Berätta gärna om hur du upplevde informationen och stödet från vårdpersonalen när det blev bestämt att akut kejsarsnitt var nödvändigt.
 - a) Från Barnmorskan och förlossningsläkaren
 - b) Från operationspersonalen.
 - Hurudant bemötande/stöd kändes bra?
 - Skulle du ha önskat annat bemötande eller stöd för att känna dig och omhändertagen och trygg? I så fall hurudant?
11. Berätta gärna om hur du upplevde första tiden på uppvakningen och BB?
 - gällande återhämtning, mående
 - kontakten med barnet
 - behov av stöd och hjälp från barnmorskorna
12. Hur ser du på din förlossningsupplevelse som helhet?
13. Hur går dina tankar inför en eventuell ny graviditet och förlossning?

Informerat samtycke

Jag har fått information om examensarbetet och dess syfte. Jag deltar frivilligt och när som helst kan avbryta mitt deltagande utan motivering. Jag vet att allt material behandlas konfidentiellt och att jag förblir anonym. Jag godkänner att den information jag ger ut i intervjun får användas i examensarbetet på konfidentiellt sätt.

Ort och Datum _____

Underskrift _____

