

Kvinnors upplevelse av kejsarsnitt

En litteraturstudie

Anette Nilsson

Luleå tekniska universitet

C- uppsats
Omvårdnad

Institutionen för Hälsovetenskap
Avdelningen för Omvårdnad

Kvinnors upplevelse av kejsarsnitt

- en litteraturstudie

Anette Nilsson

Institutionen för hälsovetenskap

Luleå tekniska universitet

Abstract

Fler och fler kvinnor föder idag barn med hjälp av kejsarsnitt. En del kvinnor väljer själva att göra kejsarsnitt medan andra blir tvungna att göra det av medicinska skäl. Syftet med denna studie var att beskriva kvinnors upplevelser i samband med ett kejsarsnitt. Tretton internationellt publicerade artiklar analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med en manifest ansats. Analysen resulterade i tre kategorier: att ha behov av information och vilja bli respekterad; att förlora kontrollen skapade rädsla och en känsla av nedstämdhet och att förlora en del av sitt moderskap. Studien visade att det fanns ett stort behov av att vårdpersonal gav information om kejsarsnitt under hela förlossningsprocessen och att den gavs med en känsla för kvinnans behov. Information kunde i viss mån lindra de negativa känslor som kvinnorna upplevde i samband med ett kejsarsnitt, där även kvinnligheten till en viss del upplevdes hotad. För att kvinnan skulle känna trygghet var även pappans/partners närvaro viktig, speciellt i de fall där kvinnan genomgick akut kejsarsnitt.

Nyckelord: Litteraturstudie, kvalitativ innehållsanalys, graviditet, upplevelse, kejsarsnitt.

Idag sker majoriteten av alla förlossningar på sjukhus. I Sverige har en centralisering av förlossningsvården skett fortlöpande under de senaste tjugo åren och de flesta mindre förlossningsavdelningar har lagts ner. På ett länssjukhus i norra Sverige föds ungefär 1800 barn per år och av dessa föds ca 10 % med hjälp av kejsarsnitt (Gynekolog A. Pohjanen, personlig kommunikation, 5 oktober, 2004, Socialstyrelsen, 2005-03-24).

En förlossning är en viktig händelse för de flesta kvinnor. Upplevelsen av förlossningen kan påverka, positivt eller negativt det psykiska välbefinnandet hos kvinnan och därmed även hennes familj. Sedan 1940- talet har möjligheten att föda barn genom kejsarsnitt i västvärlden blivit allt säkrare och många kvinnor har börjat uppleva detta sätt att föda mer positivt. Kejsarsnitt har historiskt utförts för att i huvudsak skydda kvinnans hälsa, men på senare tid har fostrets hälsa spelat en mer avgörande roll. Indikationerna för kejsarsnitt har varierat mycket genom tiderna och har varit formad av religiösa, kulturella, ekonomiska, professionella och teknologiska utvecklingar. Kejsarsnitt har kanske utförts lite för ofta inom vissa kulturer. Under de sista två decennierna så har utgången av operationen klart förändrat chanserna till det bättre för såväl kvinnor och barn. I vårt samhälle är kanske kvinnor rädda för smärtan av att föda barn men de flesta kvinnor förväntar sig nuförtiden att de och deras barn ska överleva födelsen. Detta är de moderna slutsatserna som kejsarsnitt har hjälpt till att skapa. En operation som nästan alltid slutade i en död kvinna och ett dött barn slutar nu efter mitten på 1940 – talet oftast i att både kvinna och barn överlever. En skillnad som är mycket betydelsefull för både kvinnan och familjen, men även för sjukvården (Sewell, 1990).

Bland dagens indikationer för kejsarsnitt är disproportion/abnorm bjudning den i särklass vanligaste indikationen bland fullgångna graviditeter. De vanligaste kejsarsnittsindikationerna bland prematurförlösta barn är placenta ablatio / praevia eller pre-eclampsi. Även för tidig vatten avgång, ej förklarad hotande fosterasfyxi och andra maternella diagnoser är orsaker till kejsarsnitt. Stigande ålder hos modern ökar även indikationen för kejsarsnitt. Detta gäller både för prematura och fullgångna graviditeter, men är mest uttalat bland fullgångna

graviditeter. Bland kvinnor i fullgången tid löper förstföderskor, jämfört med omföderskor en nästan fördubblad risk att förlösas med kejsarsnitt (Socialstyrelsen, 2005). I en studie gjord i Boston Massachusetts framkom det att risken att föda barn med kejsarsnitt ökade med stigande ålder från 11, 6% för kvinnor under 25 år till 43,1% för kvinnor över 40 år. Äldre kvinnor ville oftare ha sin förlossning igångsatt och en större del av kvinnorna valde att föda med kejsarsnitt. Den ökande frekvensen för kejsarsnitt bland äldre kvinnor verkade vara en kombination av flera faktorer både psykologiskt och praktiskt relaterade (Ecker, Chen, Cohen, Riley & Lieberman, 2001).

Rökning ökar risken för placenta ablatio/ praevia eller hotande fosterasfyxi. Pre-eklampsi är dock mindre vanligt bland rökare. Kvinnor under 150 cm löper större risk, men det allra starkaste sambandet ses mellan maternell kroppslängd och kejsarsnitt vid indikationen disproportion/bjudning. BMI överstigande 29 innebär en fördubblad risk jämfört med kvinnor i övriga BMI klasser. Det råder en ökad kejsarsnittsfrekvens bland graviditeter som avslutas i veckorna 28- 35, men under tidsperioden 1989- 95 kunde även en tendens att avsluta överburna graviditeter med kejsarsnitt skönjas. Risken för perinatal död finns också eftersom det är de komplicerade graviditeterna och förlossningarna som avslutas med kejsarsnitt. Där är det indikationerna placenta praevia och hotande fosterasfyxi som har de högsta riskerna för per/neonatal död, medan kejsarsnitt med diagnoserna bjudning/disproportion eller dystoci innebär en lägre peri/neonatal dödlighetsrisk jämfört med vaginala förlossningar. Det finns även en risk för kejsarsnitt vid nästa graviditet oavsett vilken komplikation som har föranlett det förra kejsarsnittet. Kejsarsnittsfrekvensen varierar även starkt mellan olika sjukhus och län (Socialstyrelsen, 2005).

En förlossning är viktig händelse i en kvinnas psykologiska utveckling. Minnet av att föda barn och hur det kändes, kommer att stanna kvar med kvinnan för resten av livet. Många forskare har upptäckt att kvinnor som föder med kejsarsnitt känner sig mindre positiva till att föda barn än de som har fött vaginalt (Fawcett, Pollio & Tully, 1992).

I vårt västerländska samhälle har moderskapet fått en speciell betydelse för kvinnor. Kvinnor är förväntade att finna sin plats och vara nöjd med rollen som ”alltid givande, själv - uppoffrande mor”(Kruger, 2003). Sedan 1970-talet har feminister enligt Melender och Lauri, (2002) argumenterat för att se på kvinnan som en person med egna behov. Känslor och intressen är viktiga för att kunna slåss mot myten om kvinnor. En moders subjektivitet,

hennes förmåga att reflektera och prata om sina upplevelser, har blivit en viktig ingrediens i att slå hål på myter och förändra den sociala verkligheten. Om kvinnors egna upplevelser av moderskap är omtalade i deras egna berättelser om att vara mödrar, så kommer det att visa sig att många kvinnor väldigt ofta har starka ambivalenta känslor om själva moderskapet.

Kunskap om graviditet och förlossning är viktigt för att kvinnan ska känna sig trygg i sin situation. Även kvinnans utbildning, arbete, sociala stöd och stöd från sin partner är viktigt (Melender & Lauri, 2002).

Ungefär hälften av kejsarsnitten är planerade / elektiva, vilket innebär att de som föder barn har haft allt mellan flera månader till ett par dagar på sig för att vänja sig vid tanken på att föda med kejsarsnitt. Den andra hälften av kejsarsnitten är akuta och därmed mer eller mindre oväntade (Socialstyrelsen, 2005). För somliga har det funnits stor sannolikhet att barnet skulle födas med kejsarsnitt medan det för andra kommer väldigt plötsligt. De har varit helt inställda på en vaginal förlossning och inte förberett sig för ett ev. kejsarsnitt. Akut kejsarsnitt innehåller ändå oftast en tidsangivelse. Katastrofsnitt är benämningen på ett kejsarsnittsnitt när barnet ska vara förlöst inom 10 minuter från det att katastrofsnittslarm är utlöst (Socialstyrelsen, 2005). Det kan ofta gälla skillnaden mellan liv och död. Vid ett akut eller katastrofsnitt finns det inte alltid mycket tid till diskussion. Trots det borde läkaren, barnmorskan försöka att bemöta och lyssna till kvinnans oro. Enligt Lescale, Inglis, Eddleman, QuinnPeeper, Chervenak och McCullough, (1996) är snabb information om kejsarsnittet bättre än ingen alls. Läkaren och sjuksköterskan bör informera kvinnan om risker med kejsarsnitt men även prata med kvinnan om hennes oro över situationen.

Enligt Fawcett et al., (1992) är varje graviditet och förlossning unik och man kan aldrig i förväg veta hur det kommer att utveckla sig. Det kan alltid inträffa något oförutsett med mamman och barnet som gör att läkaren fattar beslut om kejsarsnitt. Många av kejsarsnitten är mer brådskande än andra t ex akuta eller katastrofsnitt. Ofta är förlossningsarbetet redan igång eller så har något hänt med barnet som gör att det måste ut snabbt. I en akut situation är det kanske svårt för en blivande förälder att hinna uppfatta vad som händer och varför det var nödvändigt med ett kejsarsnitt. Kvinnan väljer inte alltid själv att gå igenom kejsarsnitt. För att bättre kunna bemöta kvinnor i samband med kejsarsnitt, är det av vikt att sjuksköterskan har kunskap om kvinnors upplevelser av att föda med hjälp av kejsarsnitt. Syftet med studien var att beskriva kvinnors upplevelser i samband med ett kejsarsnitt.

Metod

Studien utgjordes av en litteraturstudie och omfattade 13 artiklar vilka analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys.

Litteratursökningen

Litteratursökningen skedde via databaserna Academic search, Cinahl och Medline, men även sökning via socialstyrelsen och manuellt i tidskrifter förekom. De sökord som användes var pregnancy, experience, caesarean section, emergency. Sökorden kombinerades på olika sätt för att finna ett lämpligt antal artiklar. Sökningen resulterade i 94 artiklar varav 13 motsvarade studiens syfte (tabell1).

Analysmetod

Kvalitativ innehållsanalys är en metod för att analysera litteratur. Den börjar med en genomläsning av innehållet i texten sökande efter speciella ord eller teman. Därefter delas dessa in i subkategorier och sedan i huvudkategorier (Patton, 1990). Innehållsanalys är både en analysteknik och en observationsmetod, det grundläggande är att resultaten måste vara reproducerbara (Bryder, 1985). I innehållsanalys kan man använda sig både av manifest och latent ansats. Där den latent ansats innebär att söka den underliggande betydelsen i texten. I den manifesta ansatsen däremot vill forskaren ta fram det som står i texten och som är direkt synligt (Downe- Wamboldt, 1992).

Cavanaugh (1997) ansåg innehållsanalys vara en metod där man samlar data om meddelanden på ett objektivt och systematiskt sätt vilket kan leda till skrivandet av slutsatser.

Innehållsanalys handlar inte bara om att samla information och göra hänelser av ord och fraser, utan kan också användas för att utveckla en förståelse av meningen med att kommunicera. Innehållsanalys har utvecklats från att ursprungligen vara analyser av det skrivna ordet till att bli ett sätt att hitta andra vägar att kommunicera och interagera, innehållande till exempel patienters och familjers verbala interaktioner.

I denna studie har materialet analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med en manifest ansats inspirerad av Downe-Wamboldt (1992). Först lästes artiklarna om och om igen för att få en känsla för helheten. Sedan valdes delar av texten ut som stämde överens mot syftet/frågeställningen, så att säga textenheter. Textenheterna kondenserades och översattes. Varje text kodades för att beskriva innehållet. Av de kodade textenheterna framträdde kategorier som till en början fick arbetsnamn. Dessa lästes igenom flera gånger för att hitta gemensamma nämnare och bilda kategorier. Därefter sammanfördes liknande kategorier för att bilda bredare kategorier. Original artiklarna lästes igenom flera gånger för att jämföras med kategorierna för att öka trovärdigheten i analysarbetet och för att få reliabilitet och validitet mot artiklarna och syftet. För att säkra tillförlitligheten i arbetet ägde seminarier rum med ingående diskussioner med handledare. Därefter bildades de slutliga huvudkategorierna. Varje kategori beskrevs sedan i text med citat som tydliggjorde resultatet.

Tabell 1 Översikt över analyserade artiklar (n=13)

Författare	Typ av studie	Deltagare	Metod	Huvudfynd
Berg & Dahlberg, (1995)	Kvalitativ	10 kvinnor	Intervju	Kvinnors önskan att bli sedda och hörda
Cranley, Hedahl & Pegg, (1981)	Kvalitativ	122 kvinnor	Enkät/ intervju	Akuta kejsarsnitt ger mer negativa upplevelser än planerade kejsarsnitt och vaginal förlossning
Fenwick, Gamble & Mawson, (2002)	Kvantitativ	59 kvinnor	Enkät	Kejsarsnitt var både fysiskt och psykiskt traumatiska
Graham et al., (1999)	Kvalitativ	166 kvinnor	Intervju/ enkät	Kvinnor som gjorde planerade kejsarsnitt hade mer positiva upplevelser än kvinnor som fick göra akuta kejsarsnitt
Hildingsson et al., (2002)	Kvantitativ	3061 kvinnor	Enkät	Kvinnors upplevelser av kejsarsnitt.

MacLean, McDermott & May, (2000)	Kvantitativ	40 kvinnor	Enkät	Kirurgisk förlossning upplevdes mycket mer hotande och stressande än vanlig förlossning
----------------------------------	-------------	------------	-------	---

Tabell 1 (forts) Översikt över analyserade artiklar (n=13)

Författare	Typ av studie	Deltagare	Metod	Huvudfynd
Parrat & Fahy, (2002)	Kvalitativ	6 kvinnor	Intervjuer	Kvinnor som kände förtroende för personalen fick positivare upplevelser
Ryding, Wijma & Wijma, (1998a)	Kvalitativ	53 kvinnor	Intervju	Stressupplevelser i samband med kejsarsnitt
Ryding, Wijma & Wijma, (1998b)	Kvantitativ	483 kvinnor	Enkät	Kvinnor som inte fött vaginalt upplevde mer stress
Ryding, Wijma & Wijma, (2000a)	Kvantitativ	25 kvinnor	Enkät	Kejsarsnitt upplevdes som traumatiska
Ryding, Wijma & Wijma, (2000b)	Kvalitativ	25 kvinnor	Intervju	En del positiva upplevelser, men de flesta fick negativa upplevelser
Ryding, Wijma & Wijma, (2002)	Kvantitativ	40 kvinnor	Enkät	Kvinnor som var rädda och oroliga för att föda barn, var känsligare för att behöva uppleva kejsarsnitt
Waldenström, Borg, Olsson, Sköld & Wall, (1996)	Kvantitativ	295 kvinnor	Enkät	Kvinnor kunde både uppleva negativa och positiva känslor samtidigt

Resultat

Analysen resulterade i tre kategorier (Tabell 2). Kategorierna beskrivs med brödtext och illustreras med citat.

Tabell 2 Översikt över kategorier som ingår i texten (n = 3)

Kategorier

Att ha behov av information och vilja bli respekterad

Att förlora kontrollen skapade rädsla och en känsla av nedstämdhet

Att förlora en del av sitt moderskap

Att ha behov av information och vilja bli respekterad

I ett två studier framkom att det var viktigt för kvinnorna att få kontinuerlig information i samband med kejsarsnitt för att känna sig bekräftade. Genom att få information bli tillfrågade och tilltalade kunde kvinnorna förstå vad som hände och kände sig mer involverade i sin förlossning (Fennwick, 2003; Graham, Hundley, McCheyne, Hall, Gurney & Mill, 1999).

I en studie beskrevs hur både tonen i rösten, vilken sorts information de fick och hur den blev given spelade stor roll för hur kvinnorna uppfattade den. Det framgick även att obehaglig information var bättre att få om det var nödvändigt än ingen information alls. De som fick information om sitt kejsarsnitt kände att det var bra information, även om det skiljde sig mycket mellan olika typer av kejsarsnitt (Berg & Dahlberg, 1997).

Många av kvinnorna som genomgått elektivt kejsarsnitt tyckte att de fått bra information. En del fick ingen information alls och de flesta av dem hade genomgått akuta kejsarsnitt. Många hade inte önskat att få information om kejsarsnitt för de trodde att de skulle få föda vaginalt. I vissa situationer beskrev olika kvinnor hur de hade fått felaktig eller missledande information. Vilket hade inverkat på besluten som de hade fattat. Den eventuella upptäckten att de fått fel

information bidrog till den oro kvinnorna kände över sin förlossning. Den blev oftast större på grund av bland annat dålig kommunikation med vårdpersonalen och dålig information om vad som skulle hända under förlossningen. Kvinnorna började då att söka sin information och kunskap och började då ifrågasätta rutiner och procedurer i samband med kejsarsnittet (Berg & Dahlberg, 1997; Fennwick, 2003; Graham et al., 1999).

Under graviditeten fick föräldrar oftast information om den annalkande förlossningen vilket gav kvinnorna överblick och en känsla av kontroll, men vanligtvis var information och undervisning fokuserad på en normal förlossning. Komplikationer nämndes i förbifarten, men också att dessa inte var vanliga. Det gjorde att kvinnorna var oförberedda om komplikationer uppstod. Omfödorskör som tidigare varit med om traumatiska upplevelser kunde ofta relatera till dessa händelser och visste vilka frågor de skulle ställa. De kände sig oftast mer förberedda om komplikationer tillstötte. (Fennwick, 2003).

En studie (Berg & Dahlberg, 1997) visade att det existerade ett starkt behov hos kvinnor att bli respekterade och sedda. De ville att vårdpersonalen skulle lyssna på dem och deras tankar och önskningsar.

Det var speciellt viktigt för dem som hade haft en tidigare traumatisk upplevelse av en förlossning. Att vara involverad i besluten, ta ansvar och få information given av vårdpersonalen bidrog också till vilken effekt förlossningen hade på deras upplevelse. Adekvat och uppriktig kommunikation mellan operationspersonal under förberedelser av kejsarsnittet, bidrog till en känsla av trygghet och förtroende. Men om personalen pratade om saker som ej rörde kvinnan, fick de en känsla av att inte bli respekterade av personalen (Berg & Dahlberg, 1995; Fennwick, 2003).

I en studie beskrev många kvinnor att personalen ibland hade svårt att förstå deras behov och önskningsar. Flertalet kvinnor tyckte att personalen inte brydde sig om deras val och de planer de hade inför förlossningen. I en del fall beskrev kvinnor att de kände att deras önskningsar blev behandlade som dumma och idiotiska. En del av den personal som kvinnorna mötte var både oförskända och okänsliga. Kvinnor använde ofta orden aggressiv personal och verbalt missbruk när de beskrev orsaker till att de upplevde sin förlossning som traumatisk (Fennwick, 2003). Andra studier visar att vårdpersonal med en känsla för kvinnans behov, men även positiva förväntningar inför förlossningen ökade tillfredställelsen, medan en utdragen förlossning, smärta och akuta kejsarsnitt hade motsatt effekt (Berg & Dahlberg,

1995; Cranley, Hedahl & Pegg, 1981; Fennwick, 2003). Många kvinnor hade uppfattningen att deras kejsarsnitt var både psykiskt och fysiskt traumatiskt och mycket var relaterat till personalens ingripanden under förlossningen, men även till dålig kunskap om kejsarsnittet och dålig kontakt med personal (Waldenström, 1996).

De som genomgick kejsarsnitt pratade om sina behov av att bli behandlade som ”normalt födande kvinnor”. Kvinnor som genomgår akut kejsarsnitt har en sämre uppfattning om sin upplevelse än de som genomgått ett planerat kejsarsnitt eller fött vaginalt (Cranley et al., 1981; Fennwick, 2003; Hildingsson, Rådestad, Rubertsson, Waldenström, 2002; Ryding, Wijma K, Wijma B, 2000b).

They were talking about something unessential, nothing about the placenta or the actual situation rather gossip, concerning their salary or something else (Berg & Dahlberg 1995, p 26).

Not being listened too.. treated like an idiot. They insulted my intelligence. Had no medical reasons or answers for me... when I spoke and asked questions it was as if I was a naughty girl and I was punished (Fennwick 2003, p. 13).

Att förlora kontrollen skapade negativa känslor

I en studie av Berg & Dahlberg, (1995) framkom det att förlora kontrollen över situationen var en jobbig känsla för många kvinnor. En del kvinnor beskrev känslan av att förlora kontrollen när de fick en epidural bedövning och den elektroniska fetala monitoreringen blev i fokus för vården. Genom att ha kontroll över situationen ökade självkänslan och självförtroendet och kvinnorna kände sig respekterade. Känslan av att ha kontroll blev större när de blev bra förberedda av personal och hade en fortlöpande kommunikation. Behovet av att ha kontroll över hur babyn mårde var viktigt för kvinnorna. Förlust av kontroll gav dem en känsla av skuld, dåligt självförtroende och känslan av att bli depersonifierad som ett objekt (Berg & Dahlberg, 1995; Fennwick, 2003; Waldenström, 1996).

Hos kvinnor som skulle genomgå ett planerat kejsarsnitt var det viktigt att ha så mycket kontroll över situationen som möjligt, De som genomgick ett akut kejsarsnitt upprepat

kommenterade att de inte visste om vilka möjligheter de hade eller att alla beslut som togs bara var medicinska och inget som de hade kunskap om (Cranley et al., 1981).

I en studie av (Berg & Dahlberg, 1995) uppgav kvinnor att vid förlust av kontroll var känslor av överklighet mycket vanliga, ibland med känslan av att inte ha fött barn. Det akuta snittet beskrev många kvinnor som ungefär ett besök på bio, de tyckte inte att det kändes verkligt. I vissa situationer var det nödvändigt att låta någon annan ta över och guida dem. Förmågan att låta någon annan ta över beskrev en del kvinnor som en inlärningsprocess som startade med att man blev gravid och barnet växte i magen och använde sig av kvinnans mage. Processen fortsatte genom graviditeten och förlossning och kvinnan kunde frivilligt låta sig själv ”bli använd av personalen”. Överklighet eller känslor av att världen inte kändes verklig som inte var relaterat till rädsla uppstod ibland när kvinnorna vaknade upp efter narkosen och fick se sin baby för första gången. Kvinnor som upplevt en förlust av verkligheten var i en del fall i lite sämre psykisk kondition. De hade minnen av ”att försvinna bort och perioder av glömska” (Berg & Dahlberg, 1997; Parrat & Fahy, 2003; Ryding, E. L., Wijma, B., & Wijma, K. 1998a,b).

I vissa studier fann man att den dominerande känslan under förlossningen var rädsla. Många kvinnor var rädda för att förlora sin baby eller att själv bli skadade antingen fysiskt eller emotionellt eller att till och med dö under processen. Besvikelse var också en vanlig känsla oftast i kombination med sorg och nedstämdhet. Kvinnor som hade en högre stresströskel under graviditeten visade sig oftare få mental oro några veckor efter förlossningen (Ryding, Wijma, B., & Wijma, K., 2002d; Ryding, Wijma & Wijma, 1998a; MacLean, Dermott & May, 2000).

Förstföderskor hade mer positiva förväntningar inför förlossningen än omföderskor, de kände även mindre ångest. Att ha förtroende, känna rädsla, ångest, missnöje och deras tidigare förlossnings upplevelser var faktorer som låg till grund för kvinnors upplevelse av kejsarsnitt. De kvinnor som önskade kejsarsnitt var i högre grad oroliga både inför gynekologisk undersökning, bli inlagd på sjukhus, att få missfall, förlossningen och annat som exempelvis relationer, ekonomi och om den egna hälsan. Rädsla inför vaginal förlossning var en stark riskfaktor för att önska ett kejsarsnitt bland förstföderskor. Hos omföderskor var tidigare planerat kejsarsnitt, förlossningsrädsla samt en negativ vaginal förlossningsupplevelse starka prediktorer för kejsarsnittsönskan (Cranley et al., 1981; Hildingsson et al., 2002; MacLean et

al., 2000). Kvinnor med kejsarsnittönskan visade i högre grad depressiva symtom och upplevde graviditeten mer negativt, men var även oftare oroliga för att det skulle vara något fel på barnet och sin egen förmåga att ta hand om barnet än kvinnor med önskan om vaginal förlossning (Cranley et al., 1981; Fennwick, 2003; Hildingsson et al., 2002; Ryding, Wijma B & Wijma K, 2000b).

En studie visade att kvinnor som genomgått akutsnitt visade mer posttraumatiska stressreaktioner än kvinnor som genomgått elaktivt kejsarsnitt både några dagar efter kejsarsnittet och över en månad efteråt (Ryding, Wijma & Wijma, 1998).

Efter ankomst till sjukhuset kände sig många förväntansfulla och tyckte det var spännande och såg fram emot förlossningen och babyn. När de senare fick reda på att de inte skulle få föda vaginalt så fick de flesta kvinnor negativa känslor som ångest, besvikelse, förtvivlan och ilska. När beslutet kom att de skulle opereras kände de en viss lättnad men de negativa känslorna fortsatte genom hela förlossnings processen (Ryding et al., 1998a; Ryding, Wijma B, & Wijma K, 2000b; Berg & Dahlberg, 1995).

Kvinnor som kände sig accepterade av personerna runt omkring dem hade självkänsla och upplevde förtroende för sin egen kapacitet och inre styrka. Relationer med personalen samt hela förlossningsmiljön hade effekt på kvinnornas självkänsla men även kvinnans förmåga att anpassa sig till olika situationer (Berg & Dahlberg 1997; Parrat & Fahy 2003). Om de kände sig trygga, betrodda och hade kontroll över situationen så ökade deras självkänsla. Empati för sig själv och inre styrka var ofta svårt att uppnå för de kvinnor som genomgick kejsarsnitt (Fennwick, 2003; Parrat & Fahy, 2003).

You just leave your body. You don't look at yourself, but the course of events. I saw somebody with a green dress. You look at an operating theatre..... you make a image for yourself (Berg & Dahlberg 1997, p. 27).

The physician said that something was not all right, so they needed to examine a blood specimen of the baby. Then she just said emergency section" and I was rushed out immediately into the corridor and into another room. And my arms and legs were

sticking out left and right (Berg & Dahlberg 1995, p.26).

The best safeguard is the mother's trusting of her own instincts and the care provider having faith in the mother wherever the birth maybe (Fennwick 2003, p. 15).

Att förlora en del av sitt moderskap

Studier visade att en av de största förlusterna kvinnorna kände var relaterat till att inte ha kunnat föda vaginalt. Många kände sig besvikna, andra tyckte att de hade misslyckats medan vissa beskrev hur deras kroppars oförmåga att föda barn hörde ihop med känslan av att inte kunna fullfölja sina roller som kvinnor (Fennwick, 2002; Parrat & Fahy, 2003).

Efter ett komplicerat kejsarsnitt kände sig en del kvinnor inkompetenta att föda barn vaginalt och fylldes med en känsla av skuld. Ett ärr på magen sågs på två skilda sätt, efter en positiv förlossning med kejsarsnitt där allt gått bra var det ett tecken på kvinnlighet, medan det efter komplicerade kejsarsnitt kunde upplevas som en stor besvikelse. Kvinnorna tyckte att det viktiga var att babyn mådde bra och de tänkte på sig själva i andra hand. Detta gällde särskilt kvinnor som hade olika sjukdomar som kunde innebära en risk för barnet. Kvinnor som blev separerade från barnet direkt eller inte fick se sitt barn på en gång hade svårt att förstå att de blivit mödrar. De var fyllda med ångest och visste inte om barnet mådde bra eller inte. Efter akuta kejsarsnitt var det speciellt svårt att känna sitt moderskap. När de till slut fick se sitt barn och ha barnet hos sig kände de sig lugnare och en känsla av moderskap uppstod, vilket också kunde medföra en känsla av lättnad efter ett traumatiskt kejsarsnitt (Berg & Dahlberg, 1995; Cranley et al., 1981 Fennwick, 2002; Parrat & Fahy, 2003). En av de mest vanliga orsakerna till att kvinnorna hade en svår upplevelse var separationen från babyn. Att inte få hålla, känna, se och amma sin nyfödda kändes mycket oroande. Kvinnorna kände sig som att de tog avstånd eller var ointresserade av sitt barn (Berg & Dahlberg, 1995; Fennwick, 2002).

Pappans närvaro vid förlossningen var mycket viktig för de flesta mödrar. De menade att det var skönt att veta att pappan fanns kvar i operationssalen efter att de blivit sövda, för att vara med babyn. Många kände att de inte hade kunnat klara sig utan sin man speciellt när de skulle få se sin baby för första gången och var trött och slut. De kunde lita på att deras man var där för att ta hand om barnet åt dem samtidigt som de gladdes över att se sin man lycklig över babyn (Cranley et al., 1981; Ryding et al., 1998a). När kvinnor däremot inte kände att de stod

nära sin man så hade det en negativ effekt på deras upplevelse av förlossningen (Ryding et al., 1998a).

*They came in to me with the incubator and took her out of it.
Then they put her on my tummy And I thought it was lovely, yes
very nice and cosy.....I think it was the mother in me at once*
(Berg & Dahlberg 1995, p. 27).

*I understand that they are present to help the mother through
I feel they are present for much more than that. It's a very
speciell moment for them as well and I feel...that my husband
should have been there to see and feel even if I was under with
a general. He could have told me of his feelings about it after I
was awake* (Cranley et al., 1981, p.13).

Diskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva kvinnors upplevelse i samband med ett kejsarsnitt. För att analysera litteraturen har innehållsanalys med en manifest ansats använts. Analysen resulterade i tre kategorier: att ha behov av information om procedurer och vilja bli respekterad, att förlora kontrollen skapade rädsla och ibland en känsla av nedstämdhet, samt att förlora en del av sitt moderskap.

I kategorin *Att ha behov av information och vilja bli respekterad* framkom det att det var viktigt för de flesta kvinnor att få kontinuerlig information genom hela förlossningsproceduren, detta för att känna sig bekräftade och för att känna sig mer involverade i sitt kejsarsnitt och de beslut som togs i samband med den. Andra studier har kommit fram till liknande resultat, som i en studie av Leinonen och Leino- Kilpi (1999) där det beskrevs hur information i samband med en operation ledde till att patienterna fick kunskap och känslan av kontroll samtidigt som deras oro minskade. En annan studie vidhöll kvinnors behov att ha tillgång till evidence baserad information, och att barnmorskor spelade en stor roll vad gällde att ge rätt och riktig information om förlossningen (Cahill, 1999).

Resultaten visade att patienter ofta saknade kunskap eller hade felaktig kunskap vilket gjorde saker och ting svårare att förstå. När de dessutom var chockade inför beslutet att behöva gå igenom ett kejsarsnitt blev det ännu svårare. I annan forskning om bland annat vaginala

förlossningar beskrevs det att för att föräldrarna skulle få adekvat information om vad som hänt och vad de skulle förvänta sig, så var det viktigt att försäkra sig om att det fanns tillfällen till att ge information och att diskutera igenom vad som hände speciellt vid tillfällen då de var mer mottagliga för den. Repetition och frågor för att se om föräldrarna förstått den givna informationen var viktigt (Calam, Lambrenos, Cox & Weindling, 1999).

I resultatet framkom även att personalens uppträdande och bemötande av kvinnorna var av stor vikt för hur kvinnorna upplevde sin förlossning. Dåligt bemötande och ingripanden under förlossningen bidrog till att kvinnorna upplevde sitt kejsarsnitt som traumatiskt. Behovet att bli behandlad som en normalt födande kvinna var stort bland dem som genomgick kejsarsnitt. Calam et al., (1999) visade att personalen bör ha en känsla för vad patienterna gått igenom och försöka förstå vilka strategier de använde för att ta sig igenom svårigheter, detta för att bättre kunna förutsäga hur de skulle närma sig en speciell patient vid en speciell tidpunkt. I en studie av Alexander (2004) där man tittat på interaktioner mellan vårdpersonal och patienter beskrevs interaktioner med vårdpersonalen som medförde att patienterna kände sig underlägsna, oviktiga och till och med dumma och idiotiska för att ha uttryckt oro över speciella saker. Om vårdaren däremot var närvarande, hörde, såg och brydde sig om patienten samt visade dem respekt så blev interaktionen och omvårdnaden som personalen gav dem till en positiv upplevelse. De positiva interaktionerna bjöd på ett nytt sätt att se på omvårdnad och gjorde så att patienten gradvis ändrade sina förväntningar inför vården till att bli mer positiva. I en studie gjord av Bengtsson, Larsson och Udén (1998) beskriver de att det var viktigt att sjuksköterskor och undersköterskor förstod patienternas situation, visade intresse för deras psykiska situation, visade engagemang ”brydde sig om” och var personliga i kontakten.

I kategorin *Att förlora kontrollen skapade rädsla och en känsla av nedstämdhet*, var negativa känslor såsom rädsla, ångest, besvikelse, samt oro och nedstämdhet vanliga i samband med kejsarsnitt. I en studie av Caldwell (1991) framkom att patienter identifierade orsakerna till rädsla i samband med operation med att vara rädd för det okända, anestesi, smärta och rädsla för komplikationer. Kvinnor med mycket negativa känslor var mindre förberedda för förlossningen, var mer rädda för smärta, trodde inte förlossningen skulle bli något positivt, hade mer ångest, kände sig mindre delaktig och var mindre nöjd med den information de fått (Waldenström, Bergman & Vasell, 1999)

Resultaten visar att posttraumatiska stressreaktioner var vanliga hos kvinnor som genomgått kejsarsnitt. Det var dock vanligare hos de som genomgått akut kejsarsnitt än de som genomgått elektivt kejsarsnitt. I Cullberg (1994, s.55) beskrivs post traumatiska stress syndromet av dessa symtom: ångest med irrationell rädsla för att upplevelsen skall upprepas, svåra mardrömmar, koncentrationssvårigheter med tvångsmässigt ihållande minnesbilder av skräckupplevelsen, kronisk depression med skuld känslor, tendens till masochistiska förhållningssätt i tillvaron, isoleringstendenser med skadad identitetsupplevelse, psykosomatiska symtom såsom magont, huvudvärk och hjärtklappning och en speciell psykisk förstelningsupplevelse som kallas ”psychic numbing” (känslolöshet). Ingenting kan få personen att känna spontant eller starkt. Ballard, Stanley och Brockington (1995) menade att posttraumatiska stress reaktioner och dess symtom under och efter förlossningen gjorde att kvinnan utsattes för stora påfrestningar i sitt förhållande till både sin partner och sin baby. Posttraumatiska stressreaktioner efter födseln kunde också innebära en risk för kvinnans psykiska hälsa under en kommande graviditet när ångest relaterade kopplingar till den förra förlossningen blev aktiverade.

Resultaten visade att behovet av att ha kontroll över situationen var av betydelse för kvinnor som genomgått kejsarsnitt. Det ökade deras självförtroende och självkänsla och de kände sig respekterade. Om de däremot inte hade kontroll fick de en känsla av skuld, dåligt självförtroende och känslan av att vara ett objekt. I en studie av Nyström och Axelsson (2002) beskrev de att förlust av kontroll innehöll beskrivningar av känslomässig instabilitet, hot, skuld och osäkerhet. Mödrarna beskrev den känslomässiga instabiliteten relaterad till att ha fött barn som inkluderande känslor av yrsel och känslighet men även orkeslöshet och skörhet.

I resultaten framkom vidare att vid förlust av kontroll var även känslor av överklighet vanliga, ibland med känslan av att inte ha fött barn. Det framkom även i resultatet att kvinnor som upplevt en förlust av verkligheten i en del fall var i sämre psykisk kondition. Cullberg (1993, s.244) beskrev att flera procent av alla förstföderskor reagerar med besvärande psykiska symtom eller depressioner efter en svår förlossning. Mammor har ibland vänt sig bort när barnet kommit in till dem eller trott att det inte är deras barn, eller verkat helt likgiltiga inför barnet. Dessa psykoser klingade dock bort av sig själv utan vare sig diagnos eller behandling. Sjuksköterskor behövde dock bättre kunskap om dessa tillstånd.

I kategorin *Att förlora en del av sitt moderskap* framkom det att det var en stor förlust för kvinnorna att inte kunna föda vaginalt. Det gav dem en känsla av att inte kunna fullfölja sina roller som kvinnor och en känsla av skuld i samband med det. Separationen från babyn i samband med kejsarsnittet gjorde det svårt att förstå att de blivit mödrar. Att inte få hålla, se och amma sin nyfödda kändes oroande. Även annan forskning visade att bland mödrar till nyfödda barn framkom det att vara separerad från sitt nyfödda barn innebar en känsla av att deras barn var lidande och att de själva hade ansvaret för det. De flesta mödrar sökte efter en förklaring till vad som hade hänt för att få reda på om det var något de gjort under graviditeten som hade förorsakat deras barns sjukdom. Osäkerhet inkluderade en känsla av ensamhet, och brist på engagemang från personalen. Mödrarna var osäkra om deras barn var utsatta för onödiga blodprov men även osäkra om deras barn var ensamma och grät (Nyström et al., 2002). I en studie av Gathwala och Narayanan (1991) beskrevs det att även närvaron av ett smärtande sår på buken gjorde att mödrarna hade svårt att vara nära sina barn och bidrog till ett avståndstagande mellan dem.

Resultatet visade även att pappans/ partners närvaro vid kejsarsnitt för de flesta kvinnor innebar en trygghet. Pappan kunde ta hand om barnet samtidigt som pappan kunde berätta vad som hänt under förlossningen om kvinnan varit sövd. I en studie av Barclay & Lupton (1999) beskrevs hur pappan/ partnern kunde göra en insats för kvinnan, när kvinnan själv inte hade kapacitet att ta hand om sin baby under förlossningen. Det gjorde att pappan kände sig mer involverad i förlossningen samtidigt som modern kände mer trygghet.

Fördelen med den analysmetod som använts i denna studie är att den säkrar validiteten om den är textnära. Validitet betyder att studien har undersökt det fenomen som var tänkt från början. Tyvärr så bör det alltid tas med i beräkningen att fel kan göras när data kodas, relaterat till förutfattade meningar och perception (Downe – Wamboldt, 1992). I föreliggande studie har en ständig återgång till original texten skett, detta för att ständigt vara nära det skrivna. En svaghet i studien har möjligen varit svårigheten att få tag på kvalitativa artiklar om kvinnors upplevelse av kejsarsnitt, samt att många av artiklarna kom från samma författare.

En fortsatt forskning kunde kanske utgöras av studier av pappans upplevelser i samband med kejsarsnitt. Samt interventionsstudier med utvärdering om olika sätt att organisera omvårdnad för att möta föräldrars behov i samband med kejsarsnitt. Larsson (2004) beskriver ett samtal om ett perioperativt arbetssätt där kontinuitet och den perioperativa dialogen sätts i fokus.

I det perioperativa samtalet mötte patienten anesthesi- eller operations sjuksköterskan före operation. I lugn och ro gavs patienten tid att berätta om sig själv, tankar inför operationen och ställa de frågor som han/hon önskade. Sjuksköterskan i sin tur fick kännedom om patienten och kunde ställa sina egna frågor. Det intraoperativa samtalet började när patienten togs emot på operationsavdelningen där det påbörjade samtalet fortsatte och patienten möttes av ett känt ansikte. Alla förberedelser var redan gjorda eftersom sjuksköterskan redan visste om hur patienten ville ha det. I det postoperativa samtalet besökte sjuksköterskan sin patient vid lämpligt tillfälle efter operationen. Tillsammans utvärderade de då tiden på operationsavdelningen och det de planerat tillsammans i det perioperativa samtalet. Samtalen upplevdes som värdefulla av de flesta patienterna. Patienterna togs emot på operation av någon de redan träffat, de kände sig i ”säkra” händer, allt blev lugnare, de fick tala med en sjuksköterska som varit med under den tid de varit sövda, de kände sig betydelsefulla som patienter samt kände att sjuksköterskan brydde sig om dem. Sjuksköterskorna i sin tur kände att de fick lära känna patienten före operationen, fick möjlighet att planera inför operationen samt kände sig mer tillfreds i sitt arbete.

Sundell och Siljeström (1999) beskriver informationsträffar för planerade kejsarsnittsföräldrar, där syftet med informationsträffarna var att skapa goda förutsättningar för en positiv upplevelse av kejsarsnittsförlossningen genom tidig information och bättre förberedelser och på det sättet höja vårdkvaliteten. I en enkätundersökning senare visade det sig att det fanns ett stort behov av information för att lindra rädsla och ångest. För att tillfredställa patienternas behov av trygghet spelade det även en stor roll att de kände igen lokalerna samt hade mött någon ur personalen tidigare. De flesta av de deltagande i undersökningen var nöjda med besöken och tyckte att de fått tillräcklig information.

Att operations- och anesthesi-sjuksköterskor arbetar perioperativt innebär många fördelar för föräldrar och kvinnor som ska genomgå ett kejsarsnitt. Alla föräldrar som skall genomgå planerade kejsarsnitt bör få möta en sjuksköterska från operations avdelningen i ett pre- och postoperativt samtal . De bör även få möjlighet att besöka operationsavdelningen på samma sätt som besök sker på förlossningsavdelningen. Av vikt kan även vara att i ett tidigt skede av graviditeten kunna identifiera kvinnor med speciella behov, med tanke på bland annat eventuella tidigare traumatiska förlossningsupplevelser eller förlossningsrädsla för att kunna förbereda dem bättre för ett eventuellt kejsarsnitt.

Referenser

De artiklar som använts i resultatet är märkta med *

Alexander, I. M. (2004). Characteristics of and problems with primary care interactions experienced by an ethnically diverse group of women. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 16, 300 –310.

Ballard, C. G., Stanley, A. K., & Brockton, I. F. (1995). Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 166, 525- 528.

Barclay, L., & Lupton, D. (1999). The experiences of new fatherhood: a socio- cultural analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1013- 1020.

Bengtsson, G., Larsson, B., & Udén, G. (1998). Resultatindikatorer att utvärdera, från patientens perspektiv. *Vård i Norden*, 4, 9-14.

*Berg, M., & Dahlberg, K. (1995). A phenomenological study of women's experiences of complicated childbirth. *Midwifery*, 14, 23- 29.

Bryder, T. (1985). *Innehållsanalys som idé och metod*. Åbo: Åbo Akademi

Cahill, H. (1999). An orwellian scenario: court ordered caesarean section and womens autonomy. *Nursing ethics*, 6, 494- 505.

Calam, R. M., Lambrenos, K., Cox, A. D., & Weindling, A. M. (1999). Maternal appraisal of information given around the time of preterm delivery. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17, 267- 280.

Caldwell, L. M. (1991). Surgical out- patient concerns. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 53, 761- 767.

Cavanaugh, S. (1997). Content analysis: Concepts, methods and applications. *Nurse researcher*, 4, 5- 15.

*Cranley, M., Hedahl, K., & Pegg, S . (1981). Women's perceptions of vaginal and cesarean deliveries. *Division of nursing of the national institute of health*, 32, 10- 15.

Cullberg, J.(1994). *Dynamisk psykiatri* (4:e rev uppl) Värnamo: AB Fälth's Tryckeri.

Downe- Wamboldt, B. (1992). Content analysis: Method, applications and issues. *Health Care for women International*, 13, 313- 321.

Ecker, J, L., Chen, K, T., Cohen, A., Riley, L, E., & Lieberman, M. (2001). Increased risk of cesarean delivery with advancing maternal age: Indications and associated factors in nulliparous women. *American Journal of Obstretic and Gynecology*, 4, 883- 7.

Fawcett, J., Pollio, N., & Tully A. (1992). Women's perceptions of cesarean and vaginal delivery: Another look. *Research in Nursing & Health*, 6, 439- 46.

*Fenwick, J., Gamble, J., & Mawson. (2003). Women's experiences of caesarean section and vaginal birth after caesarean; A birthrites initiative. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 10- 17.

Gathwala, G., & Narayanan, I. (1991). Influence of cesarean section on mother- baby interaction. *Indian Pediatrics*, 28, 45- 50.

*Graham, W. J., Hundley, V., McCheyne, A.L., Hall., Gurney, E., & Milne, J. (1999). An investigation of women's involvement in the decision to deliver by caesarean section. *British Journal of Obstretics and Gynaecology*, 106, 213- 220.

*Hildingsson, I., Rådestad, I., Rubertsson, C., & Waldenström, U. (2002). Few Women Wish to be Delivered by Caesarean Section. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 618- 623.

Melender, H-L., & Lauri, S. (2002). Experiences of security associated with pregnancy and childbirth: A study of pregnant women. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 289-296.

Larsson, L. (2004). *Kontinuiteten och den perioperativa dialogen*. (FoU- rapport., nr1). Skövde: Skaraborgs Sjukhus, Kärnsjukhuset.

Leinonen, T., & Leino- Kilpi, H. (1999). Research in peri- operative nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 123- 138.

Lescale, K. B., Inglis, S. R., Eddleman, K. A., Quinn Peeper, E., Chervenak, F. A., & McCullough, L. B. (1996). Conflicts between physicians and patients in non- elective cesaeen Delivery: incidence and the adequacy of informed consent. *American Journal of Perinatology*. 13, 171-176.

Kruger, L- M. (2003). Narrating Motherhood: The transformative potential of individual stories. *South African Journal of Psychology*, 33, 198- 204.

*MacLean, L.I., Mcdermott, M.R., & May, C.P. (2000). Method of delivery and subjective distress: women´s emotional responses to childbirth practices. *Journal of Reproduction and Infant Psycholog*, 18, 154- 162.

Nyström, K & Axelsson, K. (2002). Mother´s experience of being separated from their newborns. *Journal of Obstretic, Gynecology, and Neonatal Nursing*, 31, 275- 282.

*Parrat, J., & Fahy, K. (2003). Trusting enough to be out of control: A pilot study of women´s sense of self during childbirth. *Australian Midwifery Journal*, 16, 15- 22.

Patton, M. Q (2002). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park: Sage.

*Ryding, E. L., Wijma, B., & Wijma, K. (1998a). Experiences of emergency cesarean section: a phenomenological study of 53 women. *Birth*, 25, 247- 251.

*Ryding, E. L., Wijma, B., & Wijma, K. (1998b). Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *Journal of Psychosomatics, Obstetrics and Gynaecology*, 19, 135- 144.

*Ryding, E.L.,Wijma, K., & Wijma, B. (2000a). Emergency cesarean section: 25 women's experiences. *Journal of Reproduction and Infant Psychology*, 18, 34- 39.

*Ryding, E. L., Wijma, B., & Wijma, K. (2000b). Post traumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstetrics and Gynaecology Scand*, 76, 856- 861.

* Ryding, E.L., Wijma, B., & Wijma, K. (2002). Predicting psychological wellbeing after emergency caesarean section: a preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20, 26- 36.

Sewell, J. (1990). *Bountiful Bodies: Spencer Wells, Lawson Tait, and the Birth of British Gynaecology*. Ann Arbor, Michigan: U.M.I.

Socialstyrelsen (2005). *Kejsarsnitt i Sverige*. Hämtad från www. <http://soc.se/sos/stat.htm>. (2005, mars 24).

Sundell, Siljeström, G. (1999). Preoperativ information till planerade kejsarsnittsföräldrar vid Södertäljesjukhus. *Uppdukat*. 11, s16

Thorp, J. M., Kennedy, B. W., Millar, K., & Fitch, W. (1993) Personality traits as predictor of anxiety prior to caesarean section under regional anaesthesia. *Anaesthesia*, 48, 946- 950.

*Waldenström, U., Borg,I-M., Olsson, B., Sköld, M., & Wall, S. (1996). The childbirth experience: A study of 295 new mothers. *BIRTH*, 23, 145- 153.

Waldenström, U., Bergman, V & Vasell, G. (1999). The complexity of labour pain: experiences of 278 women. *Journal of Psychosomatic and Obstetric Gynecology*, 17, 215-228.