

”Moderskänslorna vaknade då jag lyfte upp honom själv”

En empirisk studie om kvinnans återhämtning under barnsängstiden efter ett kejsarsnitt

Sonja Rönn



EXAMENSARBETE

Författare: Sonja Rönn

Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa

Inriktningalternativ: Barnmorskearbete

Handledare: Eva Matintupa

Titel: "Moderskänslorna vaknade då jag lyfte upp honom själv."

En empirisk studie om kvinnans återhämtning under barnsängstiden efter ett kejsarsnitt

Datum: 13.5.2009

Sidantal: 40

Bilagor: 2

Sammanfattning

Syftet med studien är att undersöka hur kvinnor som blivit förlösta genom kejsarsnitt återhämtar sig och vilket stöd de behöver under barnsängstiden. Studien gjordes för att ta reda på hur vården efter kejsarsnittet kunde vidareutvecklas för att ge kvinnan bästa möjliga stöd.

Datainsamlingsmetod var kvalitativ intervju och som dataanalysmetod användes innehållsanalys. Som teoretiska utgångspunkter användes Erikssons (1996), Watsons (1985, 1988), Orems (1991) tankar om hälsa samt Mercers (1986) tankar om moderskapet.

I resultatet framkom det att mammorna i allmänhet återhämtade sig bra under barnsängstiden. Några gemensamma hälsohinder fanns och dessa var problem att sätta sig upp ur sängen, trötthet, klåda samt känselbortfall i operationssåret. Den psykiska återhämtningen var problemfri för största delen av mammorna men en del upplevde tiden efteråt som svår och tung. Ett par mammor kände sig besvikna över att inte ha fått föda normalt. Stödet som mammorna fick under barnsängstiden var tillräckligt. Samtliga hade sin partner hemma den första tiden och rådgivningen kom även på hembesök. Speciellt mamma-barngrupperna lyftes upp som ett viktigt och bra stöd för alla mammor.

Språk: Svenska

Nyckelord: Återhämtning, kejsarsnitt, barnsängstid,
hälsa, stöd

Förvaras: Yrkehögskolan Novia

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Sonja Rönn

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Hoitotyö, Vaasa

Suuntautumisvaihtoehto: Kätilötyö

Ohjaaja: Eva Matintupa

Nimike: ”Äidilliset tunteet heräsivät kun minä itse nostin hänet syliin”

Empiirinen tutkimus naisten toipumisesta lapsivuodeaikana keisarinleikkauksen jälkeen.

Päivämäärä: 13.5.2009

Sivumäärä: 40

Liitteet: 2

Tiivistelmä

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää miten naiset toipuvat keisarinleikkauksen jälkeen ja mitä tukea he tarvitsevat lapsivuodeaikana. Tutkimus tehtiin jotta saataisiin selville miten keisarinleikkauksen jälkeistä hoitoa voitaisiin kehittää edelleen niin, että naiselle tarjottaisiin parasta mahdollista tukea.

Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin kvalitatiivista haastattelua ja tiedon analysointimetodina käytettiin sisällönanalyysia. Teorettisen viitekehyksen muodostivat Erikssonin (1996), Watsonin (1985, 1988), Oremin (1991) terveyskäsitteet ja Mercerin (1986) äitiys-käsite.

Tutkimuksen tulos osoitti että äidit yleensä toipuivat hyvin lapsivuodeaikana. Muutamia yhteisiä oireita oli. Näitä olivat vaikeus päästä ylös sängystä, väsymys, kutina sekä leikkausarven tunnottomuus. Psykkinen toipuminen oli ongelmattomaa valtaosalla äideistä mutta jotkut äidit kokivat keisarinleikkauksen jälkeisen ajan hankalaksi ja raskaaksi. Pari äitiä tunsivat pettymystä siitä, että he eivät saaneet synnyttää normaalisti. Äitien lapsivuodeaikana saama tuki oli riittävä. Kaikilla oli partneri kotona alkuaikana ja myös neuvolasta tehtiin kotikäyntejä. Äiti-lapsiryhmät mainittiin erityisen tärkeinä ja hyvänä tukena kaikille äideille.

Kieli: Ruotsi Avainsanat: Toipuminen, keisarinleikkaus, lapsivuodeaika, terveys, tuki

Arkistoidaan: Yrkeshögskolan Novia



BACHELORS THESIS

Author: Sonja Rönn

Degree Programme: Nursing, Vaasa

Specialization: Midwifery

Supervisors: Eva Matintupa

Title: "The maternal feelings awoked when I lifted him up myself"

An empirical study of womans recovery during the postpartum period after a cesarean section.

Date: 13.5.2009

Number of pages: 40

Appendices: 2

Summary

The purpose of the study is to examine how woman delivered by cesarean section recover during the postpartum period and what kind of support they might need. The study was done in order to find out how the care after a cesarean section could be further developed to provide the woman with the best possible support.

The method used to collect data was qualitative interview and the data was analyzed using content analysis. As a theoretical framework the respondent used Eriksson's (1996), Watson's (1985, 1988), Orem's (1991) conceptions about health as well as Mercer's (1986) conception about motherhood.

The results show that in general, the mothers recovered well during the postpartum period. Some common symptoms were identified and these were problems with getting out of bed, tiredness, itching and some loss of sensation in the operation scar. The psychological recovery was problem-free for most of the mothers but some felt the time after the operation was difficult and hard. A few mothers felt disappointment over not being able to give birth normally. The support that the mothers received during the postpartum period was sufficient. All of the mothers had partners that stayed home for some time immediately afterwards and the health care worker from the child welfare clinic also made house calls. The mother-and-baby groups were emphasized as an especially important and good support for all mothers.

Language: Swedish Key words: Recovery, cesarean section, postpartum period, health, support

Filed at: Novia University of Applied Sciences

Innehåll

1	Inledning	1
2	Syfte och problemprecisering.....	3
3	Teoretiska utgångspunkter.....	3
	3.1 Hälsa.....	4
	3.2 Moderskap.....	6
4	Teoretisk bakgrund.....	7
	4.1 Kejsarsnitt.....	7
	4.2 Barnsängstiden.....	9
5	Tidigare forskning.....	11
	5.1 Fysisk hälsa och stöd.....	11
	5.2 Psykisk hälsa och stöd.....	15
	5.3 Sammanfattning av tidigare forskningar.....	17
6	Undersökningens genomförande.....	17
	6.1 Val av informanter.....	18
	6.2 Kvalitativ intervju.....	18
	6.3 Innehållsanalys	20
	6.4 Undersökningens praktiska genomförande.....	22
7	Resultatredovisning.....	22
	7.1 Fysisk återhämtning.....	23
	7.2 Psykisk återhämtning.....	26
	7.3 Stöd.....	28
8	Tolkning.....	30

9	Kritisk granskning.....	33
9.1	Perspektivmedvetenhet.....	33
9.2	Intern logik.....	34
9.3	Etiskt värde.....	36
9.4	Struktur.....	37
9.5	Empirisk förankring.....	37
10	Diskussion.....	38

Litteratur

Bilagor

1 Inledning

Barnsängstiden är den tid som följer efter att barnet är fött, dvs. efter förlossningens slut, och 42 dagar framåt. Under den här tiden återbildas kvinnans genitalia både anatomiskt och fysiologiskt till tillståndet före graviditeten och bröstmjölksproduktionen etableras. Kvinnan återhämtar sig både fysiskt och psykiskt och familjen i sin helhet etableras. (Faxelid, Hogg, Kaplan & Nissen, 2001, 201). Tiden efter förlossningen är ansträngande både fysiskt och mentalt och föräldrarna kan ha svårt att slappna av. Kvinnan blir mycket mera känslig och självcentrerad och det är hon och barnet som är i fokus. (Weström, Åberg, Anderberg & Andersson, 2005, 109–110).

Denna studie är en del av Voima-projektet och syftet med studien är att undersöka hur kvinnor som blivit förlösta genom kejsarsnitt återhämtar sig och vilket stöd de behöver under barnsängstiden. Studien görs för att ta reda på hur vården efter kejsarsnittet kunde vidareutvecklas för att ge kvinnan bästa möjliga stöd.

Voima-projektet är en studie som genomfördes i Österbotten 2007–2008. Projektet fick sin början i en arbetsgrupp i gamla Vasa län som arbetar för att utveckla ett regionalt och mångprofessionellt samarbete mellan hälsovården, specialistsjukvården, utbildningen och vårdvetenskapen. Voima-projektet vill effektivisera samarbetet mellan rådgivningen och specialistsjukvården under familje- och förlossningsförberedelsen samt utveckla en strategi för att i ett tidigt skede göra upp en personlig vårdplan för familjen. Det övergripande syftet för projektet är att stöda den nyblivna familjen samt föräldrar som fått sitt första barn. På så sätt vill projektet befrämja barnfamiljens hälsa och välmående samt förebygga utbrändhet. (Paavilainen, Tikkakoski-Alvarez, Rajala, Himanen, Korkiamäki, Huhta & Dabnell, 2007).

Vid vissa graviditeter händer det att kvinnan förlöses genom kejsarsnitt och barnsängstiden för dessa kvinnor ser lite annorlunda ut än för de kvinnor som genomgått en vaginal förlossning. Naturligtvis finns det individuella skillnader men samtliga kvinnor har ett

operationssår på buken, är ömma efter snittet och kan inte röra sig obehindrat. För en del kvinnor går själva ingreppet bra och de mår relativt bra efteråt, men det finns också kvinnor som det tillstött komplikationer för och som är mera medtagna och inte orkar så mycket efteråt. Barnsängstiden handlar både om kvinnans fysiska och psykiska hälsa och känslan av att må bra är viktig för att hon ska orka, med både sig själv, sitt nyfödda barn och resten av familjen.

När kejsarsnittet uppkom är en omtvistad fråga, men den första kvinnan som överlevde ett kejsarsnitt var år 1882 då det först föreslogs att snittet i livmodern skulle sutureras. En viktig milstolpe var på 1920-talet när kirurgerna började göra snittet i de lägre segmenten i livmodern då detta visade sig minska dödligheten efter en operation. (Hacker & Moore, 1998, 352). Studier gjorda idag visar även att denna metod minskar risken för att livmodern ska rupturera i följande graviditeter (Sweet & Tiran, 1997, 692).

Återhämtningen efter ett kejsarsnitt när det gäller kvinnans emotionella hälsa innefattar ofta att kvinnan känner sig misslyckad när hon inte kunnat föda sitt barn vaginalt och hon är i behov av extra stöd från sin omgivning. Kvinnor som har en stödjande familj och vänner runtom sig klarar sig oftast bättre än kvinnor med sociala problem som saknar en nära och stödjande relation. Kvinnor förlösta genom kejsarsnitt kan uppleva förlossningen som en dålig erfarenhet och tvivla på sin förmåga att ta hand om sitt barn. Utöver den emotionella hälsan ska kvinnan även återhämta sig fysiskt och förutom de komplikationer som kan inträffa efter en vaginal förlossning finns det även risk för andra komplikationer associerade till en större operation. De vanligaste komplikationerna är blödning, infektion, anestetiska problem, tromboemboliska tillstånd samt skador på närliggande organ såsom urinblåsa, tarmar och blodkärl. (Hacker & Moore, 1998, 354; Sweet & Tiran, 1997, 693–694).

Respondenten har valt detta ämne för att som blivande barnmorska få en större förståelse för hur kvinnor förlösta med kejsarsnitt återhämtar sig under barnsängstiden och hur barnmorskan, pappan eller annan person kan vara ett stöd för kvinnan under den här

perioden. Efter att ha varit på praktikperioder på olika bb-avdelningar har respondenten vårdat kvinnor förlösta genom kejsarsnitt och sett att alla kvinnor mår olika efter kejsarsnittet men att samtliga är i behov av mer eller mindre hjälp och stöd från personalen. Även pappan har visat sig ha en stor roll inom familjen då det oftast är han som sköter babyn mest den första tiden då mamman helt enkelt inte kan göra det.

2 Syfte och problemprecisering

Syftet med denna studie är att undersöka hur kvinnor som blivit förlösta genom kejsarsnitt återhämtar sig och vilket stöd de behöver under barnsängstiden. Studien görs för att ta reda på hur vården efter kejsarsnittet kunde vidareutvecklas för att ge kvinnan bästa möjliga stöd.

Forskningsfrågorna är följande:

1. Hur återhämtar sig kvinnorna fysiskt efter kejsarsnittet?
2. Hur återhämtar sig kvinnorna psykiskt efter kejsarsnittet?
3. Hurdant stöd önskar kvinnorna få?

3 Teoretiska utgångspunkter

Som teoretisk utgångspunkt kommer respondenten att använda sig av Erikssons (1996) tankar om hälsa. Respondenten kommer att utgå ifrån premissen att hälsa är sundhet, friskhet och en känsla av välbefinnande. Även Watsons (1985; 1988) och Orems (1991) tankar om hälsa samt Mercers (1986) tankar om moderskap kommer att vara utgångspunkter. Respondenten anser att dessa utgångspunkter är lämpliga eftersom de innefattar både det fysiska och psykiska hos individen samt hennes roll som mamma.

3.1 Hälsa

Eriksson (1996, 29) definierar hälsa som ett “integrerat tillstånd av sundhet, friskhet och välbefinnande (men inte nödvändigtvis frånvaro av sjukdom)”. Orden “sundhet” och “friskhet” är nästintill lika och ordet “välbefinnande” är inte synonymt med något av ovanstående ord utan hör endast samman med huvudbegreppet “hälsa”. “Sundhet” eller “sund” är ett kännetecken på “hälsa” och har två betydelser. Den ena betydelsen är psykisk sundhet, vilket betyder att individen är oförvillad och klok. Den andra betydelsen är hälsosam och innebär hur individen handlar och individens konsekvensinsikt. En sund individ handlar hälsosamt. “Friskhet” eller “frisk” är en egenskap på tillståndet hälsa och refererar till olika fysiska egenskaper hos individen, såsom “kry”, “rask”, “duktig”, “hurtig” och “fräsch”. Med friskhet menar Eriksson alltså individens fysiska hälsa. En individ kan uppleva sig “sund” och “frisk” i olika grader och sundheten och friskheten kan uppskattas både av individen själv och av den som observerar individen. (Eriksson 1996, 36).

Välbefinnande är ett fenomenologiskt begrepp och är i motsats till “sund” och “frisk” en känsla hos individen. Individen uttrycker att han känner sig väl eller att han inte gör det. Välbefinnande bör ställas i relation till individens inre upplevelse eftersom en utomstående inte direkt kan observera individens välbefinnande och känsla av att befinna sig hel. Ordet “välbefinnande” betyder “att finna sig väl” och man kan därmed konstatera att “att äga hälsa” betyder att finna sig väl i betydelsen vara sund och frisk. Enligt detta innebär hälsa en mänsklig känsla som rör individens egna allmänna tillstånd och hälsa är således individuellt för varje individ. (Eriksson 1996, 36–37).

Enligt Watson (1988, 48) refererar hälsa till enhet och harmoni inom sinnet, kroppen och själen. Hälsa är också förenat med graden av överensstämmelse mellan det uppfattade jaget och det erfarna jaget. Istället för att bara fokusera på specifika aspekter av människans beteende och fysiologi, visar denna syn på hälsa på individens hela natur i hennes fysiska, sociala, estetiska och moraliska värden.

Vidare skriver Watson (1985, 219–223) att hälsa är mer än frånvaro av sjukdom och eftersom hälsan omfattar så många aspekter, bland annat det fysiska, psykiska och sociala hos individen, kan ingen individ ha fullständig hälsa. Hälsa är ett individuellt definierat begrepp som varje individuell person har kontroll över. I allmänhet anses individer som lever upp till de förväntningar som finns från familj, arbete och sociala roller ha god hälsa. Hälsa är en process i vilken individen anpassar sig och utvecklas och det är en ständigt pågående process. En individ som saknar tillfredsställelse med sig själv, andra och livet i allmänhet kan känna att hon inte har hälsa även om hon inte har en diagnostiserad sjukdom. Däremot kan en individ som har en diagnostiserad sjukdom subjektivt uppleva att hon har hälsa. En sådan individ kan ha mer hälsa än den otillfredsställda individen.

Orem (1991, 179) säger att ”hälsa” och ”frisk” är termer som beskriver levande ting såsom växter, djur och människor. Individuella människor kan vara friska eller sjukliga och varje individ utvärderar sitt eget tillstånd av integritet eller helhet uppskattat för varje dag eller ibland oftare utgående från om de känner sig må bra eller dåligt. Individer dömer även andras hälsa oavsett om de har direkt eller indirekt kontakt med dem och detta antyder att en individ har idéer om vad hälsa innebär, åtminstone för dem själva, samt vad som krävs för att döma en person som frisk eller sjuklig. Tillfälliga obenägenheter såsom att inte må bra idag, att ha en kortvarig sjukdom eller vara skadad betyder inte nödvändigtvis att personen är sjuklig, men en avvikelse från det normala funktionella kan beskrivas som en frånvaro av hälsa i bemärkelsen helhet eller integritet.

Enligt Orem (1991, 182–183) innebär termen ”frisk” att vara vid full vigör och styrka och inte ha tecken på sjukdom, samt termen ”hel” att inget har blivit utelämnat, ignorerat eller reducerat. Hälsa, definierat som ett tillstånd av att vara hel eller frisk, är ett tillstånd av mänsklig perfektion som inkluderar fortgående mänsklig utveckling. När hälsan beskrivs som ett tillstånd av att vara hel eller frisk är det nödvändigt att anknyta mänsklig tillväxt och utveckling med mänsklig uppbyggnad och funktion. En individs tillstånd av tillväxt och utveckling förändras med tiden och vid en specifik tidpunkt kan en individ uppvisa en grad av strukturell och funktionell integritet enligt hans eller hennes utvecklingsgrad.

Välbefinnande beskriver Orem (1991, 184) som en individs uppfattade tillstånd av existens och det är ett tillstånd karakteriserat av erfarenheter av tillfredsställelse, njutning och glädje, av andliga erfarenheter såsom en rörelse mot att förverkliga sig själv, samt av ständig personifiering. Välbefinnande är förknippat med hälsa men individer upplever även välbefinnande under tider av motgång, exempelvis vid rubbningar i den mänskliga strukturen och funktionen.

3.2 Moderskap

Modersrollen är en av de mest betydelsefulla och tidskrävande rollerna en kvinna kan ha under sin livstid. Nuförtiden kan kvinnan själv med hjälp av långt framskriden preventivteknologi bestämma när tidpunkten för att bli mamma känns rätt och andelen kvinnor som väljer att bli mamma sent i livet efter att de har etablerat sin karriär har ökat. Kvinnor som efter noga övervägande planerar in när de ska bli mamma har lite information om hur den personliga erfarenheten kan variera vid olika tidpunkter i livet. (Mercer, 1986, 1).

Första månaden av moderskapet är en period som innehåller mycket förändringar i rutiner och hushållsarbete, men även förändringar som omfattar kvinnans personliga liv. Kvinnan har inte hunnit återhämta sig från förlossningen och känner ännu av olika hälsoproblem under månaden med en genomträngande trötthet som mycket vanlig. Oro över barnets hälsa, framtid, tillväxt och utveckling är känslor som kan uppkomma under den här tiden och även oro angående känslan av att räcka till som mamma för sitt barn. Överlag pratar mamman positivt om sina känslor av modersrollen men det kan även vara en tid av hårt utmanande arbete. Det sociala stödet är av stor vikt under den här tiden och det omfattar stöd vad gäller såväl information som emotionellt stöd. (Mercer, 1986, 119, 126, 129–130, 133, 155–156).

Fyra månader efter förlossningen kommer en period av anpassning i moderskapet där de flesta kvinnor känner sig trygga i sin modersroll och där modersrollen känns som en del av

deras identitet. Barnet kan kommunicera bättre och sover längre perioder åt gången och dessa faktorer tillsammans med ett mera förutsägbart schema får mamman att känna sig kompetent. Moderskapet kan upplevas som en prestation som känns mycket tillfredsställande och kvinnan kan uppleva att hon trivs bättre med sig själv, känner sig mera mogen, säker, osjälvisk, berikad och ansvarsfull. Vid åtta månader postpartum är kvinnans fysiska hälsa ännu bättre och oftast lider kvinnan inte längre av några hälsoproblem. Moderskapet känns belönande, underhållande och lättare även om känslor av svårighet med att anpassa sig till modersrollen kan förekomma. (Mercer, 1986, 163, 169, 203, 205–206).

Ett år efter förlossningen har de flesta mammor integrerat modersrollen med sina andra roller och är mera avslappnad i sin roll som mamma. Barnet rör sig självständigt men kräver större moderlig kreativitet för att få till stånd ett säkert men stimulerande hem att vistas i. Moderskapet upplevs enklare och mera njutbart även om utmaningarna under det första året av moderskapet och vad det innebär att bära och uppfostra ett barn kan var något oväntat för kvinnan. (Mercer, 1986, 251).

4 Teoretisk bakgrund

Respondenten kommer här att förklara begreppen kejsarsnitt och barnsängstid för att underlätta förståelsen för lärdomsprovet för läsaren.

4.1 Kejsarsnitt

I Finland föds ungefär 16 % av alla barn genom kejsarsnitt och andelen har ökat såväl i Finland som i övriga världen de senaste åren. Av dessa 16% är ungefär hälften planerade kejsarsnitt, så kallade elektiva, och resten är kejsarsnitt där beslutet tas när förlossningen oftast redan är igång. Indikationer för kejsarsnitt kan delas in i absoluta och relativa även

om den här indelningen egentligen inte har så stor vikt i praktiken då många relativa indikationer även kan vara absoluta. En klar disproportion mellan fostret och bäckenet, tvärläge hos fostret samt fullständig föreliggande moderkaka räknas ändå som absoluta indikationer för kejsarsnitt. En stor del av de kejsarsnitt som utförs är mer eller mindre på grund av relativa indikationer och dessa är bland annat sätesläge hos fostret, syrebrist samt mammans rädsla för en nedrevägsförlossning. (Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen, Äimälä, 2007, 490).

Kejsarsnitt är som vilken annan operation riskfylld och farligare för kvinnan än en normal vaginal förlossning även om det är ett relativt tryggt ingrepp idag. Det är också en mera arbetsam återhämtning efter ett kejsarsnitt och en större risk för infektioner, allvarliga blödningar samt tromboemboliska komplikationer. Dessa risker ska vägas mot risken för mor och barn i samband med vaginal förlossning. Om det inte uppstår någon infektion efter ingreppet återfår livmodern den styrka den hade före ingreppet. Ett planerat kejsarsnitt ses ändå som tryggare än ett akutkejsarsnitt även om det också medför flera risker än en nedrevägsförlossning. Kejsarsnitt är för många kvinnor den enda möjligheten och en bra möjlighet för vissa men beslut om kejsarsnitt får inte tas enbart på grundval av kvinnans uttryckta önskan om kejsarsnitt utan hennes eventuella rädsla bör gås igenom då det ofta går att behandla förlossningsrädsla effektivt. (Paananen, m.fl., 2007, 493–494; Weström, m.fl. 2005, 106).

Det är mycket viktigt att prata igenom varför ingreppet görs tillsammans med båda föräldrarna. De bör få korrekt information om hur ingreppet går till både före och efter operationen och om det är möjligt ska detta ske i god tid före så de blivande föräldrarna hinner förbereda sig. Efter själva ingreppet är det nödvändigt att kirurgen och barnmorskan går igenom det som hänt, helst tillsammans med både kvinnan och mannen. (Weström, m.fl. 2005, 106; Faxelid, m.fl. 2001, 315).

Planerat kejsarsnitt

Ett planerat kejsarsnitt sker innan kvinnan har ett pågående förlossningsarbete. Vanligtvis sker ingreppet 10–14 dagar före beräknad förlossning. Detta för att inte riskera att förlossningen startar spontant. Men det får inte heller ske för tidigt för att riskera att barnet är för omoget att födas. Ibland vet föräldrarna om snittdagen flera månader på förhand och ibland får de reda på det någon dag före. Kvinnan får i allmänhet välja bedövningsmetod själv; allmän narkos, epidural-, eller spinalbedövning. Allmän narkos är ovanligt vid planerade snitt. Ofta får den blivande pappan också vara med under operationen och vara delaktig i barnets födelse. (Weström, m.fl. 2005, 105; Faxelid, m.fl. 2001, 315–316).

Akut/urakut kejsarsnitt

Med akut kejsarsnitt ska ingreppet utföras inom 2 timmar från beslutet. De vanligaste orsakerna till akut snitt är hotande syrebrist hos barnet, värkrubbningar hos modern och blödningar med lossnande moderkaka. Urakut kejsarsnitt sker om barnet har syrebrist, stora och snabbt påkommande blödningar eller om man misstänker att livmodern brister. Då ska barnet vara ute inom 10 minuter från beslut om kejsarsnitt och då blir kvinnan oftast sövd. (Weström, m.fl. 2005, 105; Faxelid, m.fl. 2001, 317).

4.2 Barnsängstiden

WHO och FIGO (International Federation of Gynaecologists and Obstetricians) definierar barnsängstiden som ”tiden från förlossningens slut fram till 42 dagar efter förlossningen”. Barnsängstiden indelas i en tidig period som är 1–7 dagar efter födelsen och en sen period som är 8–42 dagar efter födelsen. (Faxelid, m.fl. 2001, 207).

Efter förlossningen ska föräldrarna och barnet lära känna varandra och det är viktigt att personalen uppmuntrar föräldrarna och ger råd om barnets skötsel samt hjälper den nyblivna mamman att komma igång med amningen. Kvinnan behöver även tid att vila ut både fysiskt och mentalt efter förlossningen. Hormonbalansen hos kvinnan ändras när placenta, dvs. moderkakan avgår och detta gör att kvinnan är mycket känslig och humöret

växlar ofta med många motsägelsefulla känslor. Detta kan vara oerhört svårt för kvinnan och tillståndet kan vara flera månader förrän det försvinner helt. I vissa fall övergår tillståndets till att vara depressivt och i sådana fall behöver kvinnan professionell hjälp. (Weström, m.fl. 2005, 109–110).

Fysiologiskt sker det mycket förändringar i kvinnans kropp. Efter barnet är framfött drar livmodern ihop sig och moderkakan lossnar. Sammandragningarna av livmodern kallas eftervärkar och speciellt i samband med amning kan dessa vara smärtsamma. Där moderkakan suttit fast finns nu ett sår som ska läkas och den blodblandade flytningen som kommer från livmodern kallas avslag. De första 3–4 dagarna består avslaget främst av blod och så småningom minskar blödningen när livmodern kontraheras och med tiden övergår blödningen till en mer sparsam flytning. Avslaget brukar upphöra efter fyra till sex veckor. I samband med att bröstkörtlarna svullnar och mjölken börjar bildas kan kvinnan få en lätt temperaturstegring, detta omkring tredje dygnet efter förlossningen. De första dagarna efter förlossningen ökar urinmängden eftersom blodvolymen minskar. Det är vanligt att kvinnan har svårt att tömma blåsan helt den första tiden och detta ökar risken för infektioner. Även tarmfunktionen påverkas och vanligtvis är den fördröjd ett par dagar efter förlossningen. Om kvinnan har brustit eller blivit klippt i mellangården ökar detta risken för infektioner men eftersom genomblödningen i slida och mellangård är så god sker läkningen oftast väldigt snabbt och utan infektion. Det är viktigt att kvinnan tränar upp bäckenbottenmuskulaturen efter förlossningen för att undvika att få besvär med urinvägar, tarm och underliv senare i livet. (Faxelid, m.fl. 2001, 209–210; Weström, m.fl. 2005, 110–112).

Efter ett kejsarsnitt observeras samma saker som vid en normal förlossning men utöver dessa finns det andra saker som är viktiga att tänka på när det gäller den snittade kvinnan. Hennes vitala funktioner, temperatur, blödning och operationssår följs med under en viss tid och det är viktigt att se till att kvinnan får tillräckligt bra smärtlindring efter operationen. Det dröjer en tid innan kvinnan får börja äta och under den här tiden har hon uppehållsdropp. Amningen är något som de flesta snittade kvinnor behöver hjälp med den

första tiden och det är viktigt att kvinnan får hjälp med att hitta en bekväm ställning inför amningstunden. (Sweet & Tiran, 1997, 487–488, 693).

5 Tidigare forskning

Respondenten kommer att redogöra för ett antal tidigare forskningar om återhämtning och upplevelser av kejsarsnitt samt kvinnans hälsa efter kejsarsnittet. Sökningar har gjorts i EBSCO – Academic Search Elit, Highwire, PubMed och sökord som använts är bl.a. *cesarean section, cesarean, postpartum, well-being, experience, health, mental, perception, support*. När respondenten kombinerat *cesarean* med något annat sökord har antalet träffar varit mellan 4 och 33 där endast ett fåtal varit relevanta. Respondenten har valt ut forskningarna enligt hur väl de svarar på respondentens syfte och frågeställningar. Forskningar som behandlar kvinnans fysiska och psykiska hälsa under barnsängstiden samt olika symptom som kan uppkomma efter ett kejsarsnitt har använts. Respondenten har uteslutit forskningar som undersöker kvinnans upplevelse av själva kejsarsnittet. Respondenten har även sökt i tidskriften *Journal of Midwifery & Women's Health* utan resultat.

5.1 Fysisk hälsa och stöd

I en studie gjord i Minnesota i USA undersöktes anställda kvinnors hälsa fem veckor efter förlossningen för att bredda definitionen av postpartumhälsa och då speciellt för kvinnor i anställningsförhållande där vissa redan återgått till arbetet. Studien tog även fasta på huruvida typ av förlossning samt amning inverkade på kvinnornas hälsa. Kvinnorna som deltog i studien var över 18 år med en medelålder på 29 år och de skulle uppfylla vissa kriterier för att få delta. Dessa var att de hade ett arbete redan före förlossningen och tänkte återvända till arbetet efter förlossningen, pratade engelska, bodde i det område där studien skulle genomföras samt att de födde ett barn utan större komplikationer. Kvinnorna fick

delta i en intervju via telefonsamtal fyra respektive åtta veckor efter förlossningen där de tillfrågades om sin fysiska och psykiska hälsa. I studien deltog 817 kvinnor där 716 (87,5 %) fullföljde intervjun. (McGovern, Dowd, Gjerdingen, Gross, Kenney, Ukestad, McCaffrey & Lundberg, 2006, 159–161).

McGovern m.fl. (2006, 163–166) fann i resultatet att trötthet (63,8 %) var det vanligaste förekommande symptomet bland kvinnorna med ett medeltal på 6,4 timmars sömn per natt. 50 % av kvinnorna upplevde att de aldrig eller sällan kände sig pigga när de vaknade på morgonen. Andra symptom som förekom bland många var problem med bröstet (60,3 %), minskad sexuell lust (52,4 %), ömma eller irriterade bröstvårtor (50,0 %), huvudvärk (49,6 %) samt rygg- eller nacksmärta (43,3 %). Kvinnor som ammade hade i regel mera symptom än de som inte ammade. Resultatet visade även att kvinnor förlösta genom kejsarsnitt hade sämre fysisk hälsa än kvinnor som fött vaginalt och att de inte var helt återställda bara fem veckor efter förlossningen. Detta beror troligen på att de förutom att de har ett barn att ta hand om även ska återhämta sig från en operation. Kvinnorna i studien fortsatte att uppvisa symptom relaterade till förlossningen fem veckor postpartum och detta indikerar att de behöver en längre tid för vila och återhämtning än den nuvarande postpartumperioden. Om kvinnan hade tillgång till ett bra socialt stöd hade det ett samband med bättre mental hälsa postpartum.

Syftet med Chin, Chen, Liu och Wangs studie (2006, 631–632) var att undersöka vilken betydelse en förlossning har på bäckenbottenmuskulaturen och om ett kejsarsnitt kunde förhindra skador på bäckenbottenmuskulaturen. I studien deltog 539 kvinnor som väntade sitt första barn och inte hade några tidigare problem med urininkontinens eller tidigare utförda operationer i bäckenbottenmuskulaturen. 116 kvinnor genomgick akut kejsarsnitt, 243 planerat kejsarsnitt och 180 kvinnor födde vaginalt. Som kontrollgrupp fungerade kvinnorna som fött vaginalt där kvinnor där kvinnor som blev förlösta genom instrumentell förlossning eller hade en tredje eller fjärde gradens ruptur uteslöts ur studien. Kvinnorna fick delta i en telefonintervju ett år efter att de fött barnet där de svarade på frågor om huruvida de hade symptom på urininkontinens.

Resultatet visade att kvinnor som förlöses genom akutkejsarsnitt löper störst risk att drabbas av urininkontinens av de tre grupperna. 11,21 % av kvinnorna som förlöstes genom akut kejsarsnitt led av urininkontinens efter förlossningen medan siffran för de som förlöstes med planerat kejsarsnitt var 2,06 %. Kontrollgruppen, dvs. de som födde vaginalt, löpte ungefär samma risk att drabbas av urininkontinens som de som förlöstes genom akutkejsarsnitt. Resultatet visade även att äldre kvinnor samt kvinnor med högt BMI före graviditeten löper större risk att drabbas av urininkontinens efter förlossningen. (Chin, Chen, Liu & Wang, 2006, 632–633).

I en studie i Oregon undersöktes faktorer associerade till postpartumanalinkontinens hos förstföderskor där även typen av förlossning beaktades. En enkät skickades ut till alla kvinnor som fött sitt första barn under en period av ett år och sammanlagt var det över 5000 kvinnor som deltog i studien 3–6 månader postpartum. Medeltalet för när kvinnorna lämnade tillbaka enkäten var 4,4 månader. Ett kriterium för att få delta i studien var att kvinnan inte led av analinkontinens före graviditeten. Kvinnorna fick svara på en enkät tre månader efter förlossningen där det frågades om hur ofta kvinnan lider av samt vilka faktorer som framkallar analinkontinenssymptom, typ av förlossning samt andra faktorer som kan inverka på förekomsten av analinkontinens. (Guise, Hamilton Boyles, Osterweil, Li, Eden & Mori, 2008, 62–63).

Guise m.fl. (2008, 63) fann i resultatet att 45,2 % av kvinnorna led av åtminstone ett symptom av analinkontinens postpartum. Av dessa kvinnor var det 46,4 % som enbart led av problem med att hålla gaser, 22,8 % led av analinkontinens i form av lös avföring medan andelen för fast avföring var 17,7 %. 28,2 % av kvinnorna rapporterade avföringsträngning. Det framkom i studien att vissa faktorer påverkar förekomsten av analinkontinens efter förlossningen och dessa faktorer var högt BMI före graviditeten, vaginal förlossning, stort barn, långt krystskede, yogaövningar under graviditeten samt om kvinnan stått mer än 75 % av dagen under den senare halvan av graviditeten. Kvinnor med astma och förstoppning löpte även större risk att utveckla analinkontinens.

Angående typ av förlossning visade det sig att kvinnor som fött vaginalt löpte större risk att drabbas av analinkontinens än kvinnor förlösta genom kejsarsnitt. 28 % av kvinnorna i studien förlöstes genom kejsarsnitt och 38,6 % av dessa uppgav att de hade analinkontinensproblem postpartum medan andelen för kvinnor förlösta vaginalt var 47,8 %. Totalt sett var kvinnorna som förlöstes genom kejsarsnitt betydligt äldre, tyngre, mindre aktiva och fick större barn än kvinnorna som födde vaginalt. Endast förstoppning visade sig vara en riskfaktor för analinkontinens hos kvinnor förlösta genom kejsarsnitt. (Guise, m.fl., 2008, 64, 65).

I en stor undersökning gjord i Kanada jämfördes riskerna vid lågriskplanerade kejsarsnitt och planerade vaginala förlossningar hos kvinnor med fullgången graviditet. I undersökningen samlades datamaterial in under en tidsperiod på 14 år, från 1991 till 2005, från en databas i Kanada (The Canadian Institute for Health Information). Över 2,3 miljoner kvinnor utgjorde undersökningsgruppen där över 46 000 kvinnor förlöstes med planerat kejsarsnitt på grund av sätesläge och över 2,2 miljoner kvinnor hade en planerad vaginal förlossning. Kvinnor med tidigare kejsarsnitt, flerbörd, prematurförlossning samt vissa medicinska risker eller obstetriska komplikationer uteslöts ur studien. (Liu, Liston, Joseph, Heaman, Sauve & Kramer, 2007, 455–456).

Liu m.fl. (2007, 457, 458) fann i resultatet att kvinnor som fött genom planerat kejsarsnitt hade högre allmän sjuklighet, som var allvarlig, än kvinnor som fött genom planerad vaginal förlossning. De löpte även större risk att drabbas av komplikationer såsom blödning som kräver hysterektomi, livmoderruptur, anestetiska komplikationer, obstetrisk chock, venös tromboemboli, hjärtstillestånd, njursvikt, större infektion samt hematom i operationssärret. Kvinnorna som blivit förlösta genom kejsarsnitt hade även längre vårdtid på sjukhuset.

5.2 Psykisk hälsa och stöd

Ukpong och Owolabi (2006, 127–129) undersökte förekomsten av emotionell ohälsa hos 47 nigerianska kvinnor 6–8 veckor efter genomgått kejsarsnitt och jämförde dem med en kontrollgrupp som genomgått normal vaginal förlossning. Kvinnorna i de båda grupperna var i samma ålder (\pm två år), hade samma socioekonomiska status, utbildning samt samma antal tidigare graviditeter och förlossningar (\pm ett). 14,9% (7) av de 47 kvinnorna hade genomgått planerat kejsarsnitt och 85,1% (40) akut kejsarsnitt. Medelåldern hos samtliga kvinnor var 31,02 år och 30,43 år i kontrollgruppen. Som undersökningsmetod användes ett formulär för generell hälsa (General Health Questionnaire, GHQ) samt ett självvupskattningsformulär för mätandet av depression (Beck Depression inventory, BDI).

I resultatet framkom att hos 42,5 % av kvinnorna som hade genomgått kejsarsnitt fanns märkbar emotionell ohälsa 6-8 veckor efter snittet samt depression hos 29,8 % av dem. Resultatet att nästan 30 % av kvinnorna lider av depression stöds av tidigare forskning som visar att det är större risk att drabbas av depression efter kejsarsnitt. Ogifta kvinnor hade i medeltal märkbart högre poäng på GHQ-skalan än gifta, vilket eventuellt kan bero på att gifta kvinnor anses ha mera socialt stöd än ogifta. Det fanns inget som indikerade att varken planerat eller akut kejsarsnitt skulle ge högre poäng på depressionsskalan. Enligt tidigare forskning är kejsarsnitt inte ett accepterat sätt att föda bland nigerianska kvinnor och i vissa kulturer anses kvinnan ha misslyckats om hon fött med kejsarsnitt. Detta leder till att det kan föreligga en risk att utveckla emotionell ohälsa efter kejsarsnitt bland dessa kvinnor. (Ukpong & Owolabi, 2006, 127–129).

I en omfattande studie gjord i Sverige undersöktes relationen mellan postpartum psykos och specifika graviditets- och förlossningskomplikationer samt andra obstetriska variabler. Undersökningsgruppen innefattade alla förstföderskor mellan åren 1975 och 2003 där över en miljon kvinnor följdes upp tre månader efter förlossningen angående intagning på sjukhus p.g.a. postpartumpsykos. Under denna period var det 1413 kvinnor som var under sjukhusvård p.g.a. postpartum psykos och 35 % av dem hade fått vård för psykiska problem

inom två år före förlossningen. (Nager, Sundquist, Ramírez-León & Johansson, 2008, 13, 15).

Nager m.fl. (2008, 16–17) fann i resultatet att ökad risk för postpartumpsykos fanns hos kvinnor med följande obstetriska variabler där kejsarsnitt var den vanligaste: allvarlig syrebrist under förlossningen, prematurförlossning, kejsarsnitt, perinatal dödlighet och barn med låg födelsevikt i relation till graviditetsvecka. Vid justering angående sjukhusvård för psykiska problem inom två år före förlossningen var det endast prematurförlossning som visade sig öka risken för postpartumpsykos. Könet på det nyfödda barnet var inte en riskfaktor för postpartumpsykos. Kvinnor som hade fått sjukhusvård tidigare för psykiska problem visade sig ha en 100-faldig ökad risk för postpartumpsykos. Angående kejsarsnitt framkom det i resultatet att endast akut kejsarsnitt förblev en betydande riskfaktor för postpartumpsykos efter justering för tidigare sjukhusvård för psykiska problem. Detta stöder uppfattningen om att en svår förlossning och ett svårt värkarbete nattetid kan vara predisponerande för postpartumpsykos.

I Wijma, Ryding och Wijmas studie (2002, 25, 27–29) undersöktes huruvida kvinnans psykologiska tillstånd under graviditeten har något samband med hennes psykologiska välbefinnande efter ett akut kejsarsnitt. Under ett års tid inbjöds alla kvinnor som planerat föda vid ett av de större sjukhusen i Sverige att delta i studien. Samtliga kvinnor var då i graviditetsvecka 32 och populationen bestod av 2361 kvinnor varav 1981 (84 %) fullföljde ifyllandet av frågeformuläret. Totalt 97 (5 %) av dessa kvinnor födde genom akut kejsarsnitt och 79 (81 %) av dessa kvinnor inbjöds att delta i studien efter förlossningen. Kvinnorna fick fylla i olika formulär före, ett par dagar efter och en månad efter det akuta kejsarsnittet. Formulären innehöll frågor angående rädsla för förlossningen, allmän ångest, stresshantering, traumatiska stresssymptom samt allmän mental ohälsa.

I resultatet framkom det att rädsla för förlossningen sent i graviditeten och allmän ångest var predisponerande faktorer för mental ohälsa efter genomgått akut kejsarsnitt. Rädsla för förlossningen var relaterad till förlossningsrädsla postpartum men även till förekomsten av

traumatisk stressymptom samt allmän mental ohälsa, både några dagar och en månad postpartum. Kvinnor med låg förmåga till stresshantering visade sig överraskande nog ha mindre problem efter det akuta kejsarsnittet än väntat. I de fall där komplikationer hade inträffat i samband med kejsarsnittet framkom det att kvinnorna reagerade mera negativt över det som hänt en månad postpartum än vad de gjorde några dagar efter kejsarsnittet. Vidare kom det fram i resultatet att vården av kvinnor med komplicerade förlossningar i form av rådgivning och samtal postpartum kunde koncentreras till kvinnor som tidigare haft svår förlossningsrädsla eller annan ångest under graviditeten. (Wijma, m.fl. 2002, 32–34).

5.3 Sammanfattning av tidigare forskningar

Återhämtningen efter kejsarsnitt är betydligt svårare för kvinnan än återhämtningen efter en vaginal förlossning. Den omställning kejsarsnittet innebär rent psykologiskt gör att kvinnan löper större risk att utveckla emotionell ohälsa efteråt. Rädsla för förlossningen under sen graviditet ökar även risken att drabbas av psykiska problem efter akut kejsarsnitt. Kvinnan har i regel mera hälsohinder och är i behov av mer stöd från omgivningen under den första tiden. Stödet inverkar även positivt på kvinnans emotionella hälsa. Kvinnor förlösta genom kejsarsnitt har i allmänhet en längre vårdtid på sjukhuset än kvinnor som fött vaginalt.

6 Undersökningens genomförande

Undersökningen är en kvalitativ empirisk studie och en del i Voima-projektet. Datainsamlingsmetoden som användes var kvalitativ intervju och som dataanalysmetod användes induktiv innehållsanalys. Genom att använda intervju ville respondenten få mera ingående och personliga svar än vad som är möjligt med t.ex. enkätmetoden.

6.1 Val av informanter

Undersökningsgruppen var 5 förstföderskor som genomgått antingen planerat eller akut kejsarsnitt. Tidsperioden sträcker sig från 6 månader till 3 år och samtliga kvinnor födde ett barn. Respondenten tog själv kontakt med informanterna via vänner och bekanta till respondenten och känner således ingen av informanterna från tidigare.

6.2 Kvalitativ intervju

Frågeformulär, såsom intervjuer och enkäter, är ett sätt att samla in information på. En intervju kan göras så att intervjuaren och personen som ska intervjuas träffas, men också via telefonsamtal. Genom intervjun vänder sig forskaren till undersökningens livsvärld och söker nå kunskap om den. En intervju består i huvudsak av tre olika typer av samtal: logiskt begreppsligt samtal, emotionellt personligt samtal och empiriskt samtal om vardagsvärlden. Inledningsvis måste forskaren klargöra intervjuens syfte, det vill säga varför den görs, och så långt det är möjligt försöka relatera syftet till intervjuans egna mål. Det finns många olika typer av intervjumodeller men följande tre saker är skäl att lägga på minnet när det gäller intervjuer. En intervju är en dialog som sker mellan minst två personer och det är viktigt att skapa ett samarbetsvilligt klimat för att den som intervjuas ska ge så bra information som möjligt och känna att hon är viktig och får tala till punkt. Irrelevanta faktorer får inte påverka intervjuans upplysningar utan de måste vara pålitliga. Slutligen ska den intervjuade ge svar på det som frågas, det vill säga att intervjun ska ge svar på det intervjuaren är ute efter. (Patel & Davidson, 2003, 69–70; Olsson & Sörensen, 2007, 80).

Den kvalitativa intervjun benämns ibland djupintervju och med det menas att forskaren söker koncentrera intervjun till ett avgränsat område, ”djup” sökes framom ”bredd” i informationen forskaren får från den intervjuade. Den kvalitativa intervjun är ostrukturerad och flexibel och är ganska lika ett vardagligt samtal, skriver Carlsson (1991, 25). Enligt Olsson och Sörensen (2007, 81) är den kvalitativa intervjun ett samtal med ett specifikt ämne som rubrik som både den intervjuade och intervjuaren har intresse av. Det är således

den intervjuades livsvärld eller relation till denna som är viktigt och livsvärlden i detta sammanhang innebär personens inre värld och uppfattning om omvärlden.

En kvalitativ intervju är en mycket tidskrävande informationsinsamling och varje enskild intervju kan ta allt från en till tre timmar. Metoden är svårdefinierad på grund av de många olika aspekterna för hur den kan genomföras. En låg grad av standardisering är något som de flesta kvalitativa intervjuer har. Det innebär att den intervjuade har möjlighet att utgående från sina egna språkvanor, erfarenheter, önsknings, etc. tolka frågorna och svara med egna ord. Vidare betyder det att intervjuaren har några på förhand färdiga frågor men inte ställer dem i någon bestämd ordning utan som det bäst faller sig i varje enskilt fall. Antalet intervjupersoner är varierande beroende hur krävande intervjusituationen är, på vilket sätt intervjupersoner väljs samt analysmetoden. När tillräckligt med information har samlats in bör datainsamlingen avslutas. Kommer det i ett senare skede fram att mera information behövs går det bra att gå tillbaka till intervjupersonerna för att få mera information. (Holme & Solvang, 1997, 100; Patel & Davidson, 2003, 77–78; Olsson & Sörensen, 2007, 80).

Patel och Davidson (2003, 82) understryker vikten av noggranna förberedelser. Det första forskaren behöver ha klart för sig är om alla aspekter i frågeställningen täcks genom intervjun. Vidare är det skäl att kontrollera om alla frågorna i intervjun behövs och frågor som inte har betydelse för själva forskningen utan enbart för forskarens eget intresse tas bort. Att kritiskt granska sina intervjufrågor kan vara avgörande för om intervjupersonen överhuvudtaget förstår vad som frågas. Det som är självklart för forskaren behöver inte vara självklart för intervjupersonen. Genomförandet av en pilotstudie är eftersträvansvärt när det gäller intervjuer. Genom att testa sina frågor på en representativ grupp kan forskaren justera frågornas innehåll, sekvens, antal och formuleringar. Detta för att intervjun och frågorna ska fungera så bra som möjligt för den undersökningsgrupp den är ämnad för.

Användandet av bandspelare som registreringsteknik under intervjun har många fördelar. Forskaren får intervjupersonens svar direkt registrerade som de blivit sagda och korta

yttranden, tonfall eller tveksamheter kan även vara av betydelse. Forskaren kan också gå tillbaka till bandinspelningen för att kontrollera nya detaljer. En nackdel med ljudinspelning är att intervjupersonen kan känna sig besvärad av närvaron av bandspelaren och detta kan påverka de svar forskaren får. Ofta börjar intervjupersonerna prata mera öppet när bandspelaren stängs av. Det som är viktigt vid denna form av registrering är att intervjupersonen är medveten om att intervjun bandas. (Carlsson, 1991, 39; Patel & Davidson, 2003, 83).

6.3 Innehållsanalys

För att analysera det material som erhållits genom datainsamlingsmetoden finns det givna riktlinjer vilka kan följas oavsett forskningsdata. Dahlberg (1993, 89) skriver om dataanalysens tre faser. Den första fasen kallas den bekantgörande fasen där forskaren läser datamaterialet för att få en inblick och första förståelse för materialet. I den andra fasen tolkar forskaren materialet med hjälp av kreativ tolkning för att fördjupa förståelsen för materialet. Den tredje och sista fasen innebär att forskaren beskriver resultatet av sin analys i någon form.

Enligt Eriksson (1992, 282–283) består innehållsanalysen i huvudsak av fem faser. Dessa är formuleringen av forskningsuppdraget, val av kommunikationsinnehållet för analysen, konstruktionen av analysenheter eller kategorierna, utförandet av analysen samt rapporteringen. Tillförlitligheten vid användandet av innehållsanalys beror på hur väl och omsorgsfullt forskaren utfört sitt arbete och den bygger även på att datamassan är representativ för den helhet som den utgått från. Vidare måste det vara möjligt att återupprepa analysen.

Innehållsanalys som dataanalysmetod används för att analysera dokument på ett vetenskapligt sätt. Detta gäller för dokumenterat, skrivet, uttalat eller symboliskt framställt material. Innehållsanalysens objekt är kommunikationsinnehåll och beroende av hur brett eller djupt kommunikationsinnehållet har avgränsats formas svaren därefter. ”Som man

ropar får man svar” är ett ordspråk med mycket sanning i även inom forskningen. (Olsson & Sörensen, 2007, 129; Eriksson, 1992, 280).

Carlsson skriver (1991, 62) att det första forskaren måste göra när analysen startar är att försöka ”bringa ordning i kaos”. Forskaren behöver reducera informationen för att göra datamassan hanterbar och skapa kategorier för uttryck eller påståenden som säger samma sak. Forskaren måste arbeta på flera abstraktionsnivåer samtidigt även om den konkreta innehållsbeskrivningen görs först och tolkningen sedan. Båda delarna måste vara med under hela analysprocessen och därför är innehållsanalysen en besvärlig men fascinerande process.

Med innehållsanalys analyseras dokument både systematiskt och objektivt och det är ett sätt att ordna, beskriva och kvantifiera undersökta begrepp. Innehållsanalys kan antingen göras induktivt eller deduktivt. Ett induktivt närmelsesätt betyder att forskaren utgår från datamassan och sedan analyserar den. Innan analysen påbörjas måste forskaren avgöra vad som ska analyseras, om det är bara själva texten i sig eller om det även gäller det som står skrivet mellan raderna. Ur datamassan påbörjas nu en analysprocess och genom att använda induktiv innehållsanalys reducerar, grupperar och abstraherar forskaren materialet. Reducering innebär att forskaren kodar olika uttryck som härstammar från materialet. Med gruppering ordnar forskaren de uttryck som kommit fram i reduktionen till enskilda grupper för att sedan göra olika kategorier där de olika begreppen passar in. Dessa kategorier benämns övergripande (förenade) kategori, överkategori och underkategori. Kategoriseringen av datamassan fortsätter tills allt finns med i någon kategori, även om det är svårt att hitta ett beskrivande namn åt den enskilda kategorin. (Kygäs & Vanhanen, 1999, 4–7).

6.4 Undersökningens praktiska genomförande

Efter godkänd plan kontaktade respondenten informanterna för att bestämma tidpunkt och plats för intervjun. Intervjun utfördes i informantens hem och bandspelare användes. Informanterna bestod av 5 förstföderskor. Respondenten använde sig av en intervjuguide (bilaga 2) med några på förhand uppställda frågor. Under intervjuns gång samtalade respondenten och intervjupersonen fritt om tiden efter kejsarsnittet med utgång från intervjuguiden. Efter genomförd intervju skrev respondenten ner hela intervjun för att göra kategorier för resultatredovisningen. Utgående från respondentens frågeställningar sökte respondenten efter likheter från det som kommit fram i intervjuerna. Sedan gjordes gemensamma kategorier upp för den information som framkommit ur intervjuerna. Tolkningen av kategorierna från intervjun skedde mot de teoretiska utgångspunkterna, de tidigare forskningarna samt den teoretiska bakgrunden.

7 Resultatredovisning

I resultatredovisningen framställs materialet från intervjuerna med hjälp av innehållsanalys där respondenten har grupperat resultatet utgående från frågeställningarna för att göra det lättare för läsaren att ta del av resultatet. Frågeställningarna är fysisk återhämtning, psykisk återhämtning och stöd. Inom frågeställningarna presenteras kategorierna svärtade och citat används för att belysa de olika kategorierna.

Informanterna utgjordes av fem förstföderskor med en medelålder på 23,8 år där den yngsta var 21 år och den äldsta var 29 år vid tidpunkten för kejsarsnittet. Fyra av kvinnorna genomgick akut kejsarsnitt där samtliga hade pågående värkarbete och en av dessa aktivt krystningsskede. Orsaken till kejsarsnittet var hotande syrebrist hos fostret (1), disproportion mellan fostrets storlek och bäckenet (1) samt bjudningsfel (2). En genomgick planerat kejsarsnitt p.g.a. sätesläge hos fostret. Graviditetsveckorna sträckte sig från 39 till 42+2. Det var i medeltal ett och ett halvt år sedan tidpunkten för kejsarsnittet med en tidsperiod på 6,5 månader till 2 år och 7 månader. 4 av kvinnorna var gifta och 1

samboende. Samtliga kvinnor fick epidural- eller spinalbedövning under själva kejsarsnittet och operationen lyckades väl för alla fem kvinnor. Vårdtiden på bb var fyra till sex dygn med ett medeltal på 5,4 dygn.

7.1 Fysisk återhämtning

Det har bildats fem kategorier som beskriver mammornas fysiska återhämtning. Dessa kategorier är **att röra sig**, **trötthet**, **bröst och amning**, **operationsärrät** samt **hälsohinder**.

I kategorin **att röra sig** framkom det att alla mammor upplevde mer eller mindre problem med att röra sig, komma upp ur sängen samt svänga sig i sängen den första tiden. Samtliga kvinnor var i behov av hjälp för att kunna svänga sig i sängen samt överhuvudtaget sätta sig upp den första tiden efteråt. Smärtmedicin använde alla kvinnor ett par veckor efter att de hade kommit hem från bb och en mamma var i behov av mycket värkmedicin per dag för att kunna röra på sig.

”Jag slapp inte upp ur sängen om jag inte hade värkmedicin.”

”...Jag fick nog äta värkmedicin i en och en halv vecka efteråt.”

”Jag fick nog ha mannen att hjälpa mig att svänga mig i sängen. Jag var mycket sjuk. Jag bara låg i sängen.”

”Det var ganska jobbigt den första tiden efter då magmusklerna inte riktigt orkade, att ta sig upp ur sängen.”

Trötthet var ett allmänt förekommande symptom hos de flesta mammor. Några kände sig trötta endast någon dag efter att de kommit hem från bb och några tyckte att de var trötta länge och att det tog länge innan de kände sig som sig själva igen. Flera mammor påpekade att de blev fort trötta när de var ute på promenad. En del mammor uttryckte att de inte visste om det var på grund av kejsarsnittet eller omställningen att bli förälder som gjorde att de var trötta. En mamma upplevde enorm trötthet under tiden på bb och en mamma upplevde att hon tröttheten berodde på att hon hade ett långt och besvärligt värkarbete bakom sig före beslutet om kejsarsnitt togs.

"Jag flåsade nog när jag var ut och gå, inte orkade jag gå så långt. Jag var trött efteråt".

"Trött var jag väl, men det tror jag alla småbarnsföräldrar är!"

"Jag sov inte på flera nätter... Jag höll på att tappa förståndet."

"Efter de tre första veckorna började jag var lite mera mig själv"

"Det tog kanske tre månader innan man kände att nu kan jag 'börja vara' ungefär."

"...Jag hann nog prova på värkarbetet, jag kunde bara stå och var riktigt darrig så det kan nog hända att jag var ännu mera slut efteråt på grund av det."

I kategorin **bröst och amning** framkom det att de flesta inte hade några problem varken med bröstet eller amningen. Det att babyn skulle ha rätt grepp om bröstvårtan upplevdes av en mamma som svårt. Samtliga mammor ammade sin baby och tyckte att det gick bra när de väl fått öva sig lite. En mamma fick en bröstinflammation efter att hon kommit hem men den ställde inte till några större problem. Samtliga mammor upplevde att de fick hjälp med amningen på bb och tyckte det var bra att de visade olika amningsställningar samt hjälpte dem att lyfta babyn när de inte kunde göra det själva. Några mammor upplevde personalen som påträngande och okonsekventa när det ofta kom olika information från olika personer.

"Det var lite svårt i början, det var svårt att komma på den rätta tekniken... Inte tog det länge så kom vi på hur det fungerar båda två. När vi kom hem hade vi redan klurat ut det. Det var inte något större problem."

"Det var nog mera besvärligt med de här sköterskorna som skulle hjälpa till... Vissa frågade före att behöver ni hjälp, får jag hjälpa, men vissa knuffade undan mig och tog i och rev."

"Han sög väl egentligen bra, men att han skulle ha rätt grepp om bröstvårtan. Jag tyckte ibland att de sa olika...Ibland kändes det lite förvirrande."

"De visade olika tekniker."

"...Jag fick faktiskt en bröstinflammation, men det redde upp sig bra."

"Jag fick ju hjälp med att lägga henne till bröstet."

I kategorin **operationsärret** framkom det att de flesta mammor upplevde problem som var relaterade till operationsärret. Klåda, känselbortfall samt smärta vid ansträngning var de vanligaste symptomen, men även en huggande känsla vid ansträngning förekom. Två mammor hade inga problem alls med operationsärret. De flesta mammor tyckte att kroppen sa ifrån om de ansträngde sig för mycket, t.ex. med att dammsuga eller lyfta tungt. Flera mammor påpekade också att de fick ont i magen om de promenerade länge. Samtliga mammor hade fått instruktioner från bb att inte lyfta något tungt under den första tiden. Flera mammor påpekade att de försökte följa detta för att det skulle göra mindre ont i magen, men de upplevde även att det hindrade dem i det vardagliga livet.

”Det högg till i såret.”

”Det enda störande är att såret kliar.. Men det är väl inte så farligt.”

”Jag tyckte länge att jag inte hade någon bra känsel i magen, det var som om den skulle ha varit domnad, som om det inte skulle ha varit min mage.”

”...Man lärde ju sig efterhand att man inte skulle gå ut och så jättelångt till först. Man märkte ju om det blev sjukare, om man ansträngde sig för mycket blev magen sjuk”.

*”Till först provade jag att dammsuga, men jag fick nog sluta, det gick inte.”
”Jag följde väl instruktionerna att jag inte skulle lyfta något tyngre än babyn... tog jag i så kände jag i såret att det var inte bra.”*

”Och så försökte man vara försiktig som de sagt att man inte ska lyfta så mycket.”

”Det var ganska jobbigt minns jag när man inte fick lyfta något på en lång tid. Jag minns att jag hade någon gång grannen att lyfta vagnen i bilen.”

”Snittsåret var inget extra.”

I kategorin **hälsohinder** framkom det olika symptom som en del mammor hade, men som överlag inte var vanliga. Dessa var illamående, smärta vid insticksstället för epiduralbedövningen, smärta i höfterna samt förstoppning.

”...Jag mådde illa, kunde inte äta.”

”Det enda som jag länge hade problem med var på insticksstället av epiduralen, det gjorde ont i nio månader.”

”...Jag hade så problem med höfterna... Jag vet inte om alla föderskor är sjuk i höfterna, men jag var det så jag hade jättebesvärligt att ligga i sängen.”

”...Att få balans med den egna magen.”

7.2 Psykisk återhämtning

Under psykisk återhämtning fick respondenten fram tre kategorier och dessa var **moderskänslan, besvikelse och oro**.

Den psykiska återhämtningen varierade ganska mycket mellan mammorna. De flesta tyckte att de återhämtat sig bra psykiskt och var nöjda över både själva kejsarsnittet och återhämtningen. I kategorin **moderskänslan** framkom det att det till viss del var tungt psykiskt efteråt och att det kändes omtumlande att ha blivit mamma. Samtliga mammor upplevde nog att moderskänslorna fanns där och de tog babyen till sig men för några tog det lite längre tid innan de förstod att de hade blivit mamma och kunde ta till sig babyen på riktigt. Flera mammor påpekade att när de själva fick börja lyfta och ta hand om babyen kände de att de blivit mamma. Några mammor upplevde inga problem alls med att känna sig som mamma.

”Jag hade inga problem att känna mig som mamma.”

”...När jag såg henne så kände jag att det där är nog min unge...Jag funderade inte att jag skulle ha varit mindre mamma för det.”

”Ja, det var nog lite otroligt att man plötsligt hade ett barn. Man behövde inte kämpa för att få det ut...”

”...Man hade ett barn, men det var först när en barnmorska sa det håller nog, alltså min mage, att hålla i honom, så då...”

”Jag tror att det faktiskt var så omtumlande allting så, ja första dagen efter förstod man inte riktigt.”

”När jag fick börja ha henne med då vaknade moderskänslorna.”

”Då jag lyfte upp honom på riktigt själv första gången så då fanns alla de rätta känslorna där.”

I kategorin **besvikelse** framkom det besvikelse över att inte ha fått föda normalt och över att inte få ha babyn med sig efter förlossningen. Det att inte kunna lyfta sitt eget barn den första tiden upplevdes av några mammor som negativt med att ha fött genom kejsarsnitt. En mamma påpekade dock att även om hon kände sig besviken var kejsarsnittet en rik erfarenhet. Några mammor upplevde att de inte alls var besvikna över att ha blivit förlösta genom kejsarsnitt, utan glada för att möjligheten finns.

"Till först var det nog som en besvikelse... Nu i efterhand bryr jag mig inte."

"På ett sätt var det nog en upplevelse rikare".

"... Att inte få ha henne med, det var jag lite besviken på. Det var nog en nackdel."

"... Man hade väl fantiserat om att då man far till förlossningen så får man upp en baby på magen, med det fick jag inte..."

"Det var just det att inte veta hur det var det där att föda vanligt..."

"Ganska jobbigt, eftersom jag verkligen inte skulle ha velat ha snitt... Jag känner mig snuvad på konfekten."

"Eftersom jag var så svag och inte kunde röra mig så mycket så var det nog en stor nackdel med snittet... Det tog tre dagar innan jag kunde lyfta henne själv och det att alla andra kunde lyfta henne drog nog ner på sinnesstämningen mycket."

"...Jag kände inte någon gång besvikelse... Jag är nöjd över att snitt är en möjlighet."

I kategorin **oro** uttryckte mammorna en oro över hur det skulle gå efter att de kommit hem från bb trots att alla upplevde det skönt att få fara hem. Flera mammor uttryckte oro över att de inte kunde ringa på klockan som de gjort på bb och vänta att någon skulle komma. Några mammor oroade inte sig alls utan hade den inställningen att de tar en dag i taget och ser hur det går. En mamma var, under tiden hon var på bb, väldigt orolig över att babyn skulle sluta andas då hon kastade upp mycket efter amningen och även i sömnen. Hon kände sig även orolig över att personalen inte litade på att hon hade tillräckligt med mjölk utan matade tillägg åt babyn.

"Det var nog skönt. Man kände att det inte var någon som tittade på en hela tiden."

"Jag minns att jag tänkte när jag var på bb att när jag är hemma kan jag inte ringa på klockan... men nog gick det riktigt bra. Man blev fort van."

”Jag har alltid haft den inställningen att det fixar sig oftast, och det har det gjort.”

”... Jag tänkte hur det går för stunden, jag var bara på bb då jag var där och sedan kom man hem och det bara flöt på.”

”... Jag måste sitta och vakta henne hela tiden för att jag hörde inte alltid när hon började spy, jag var rädd att hon skulle bli utan luft... När jag fick övertygat personalen om att jag har faktiskt mjölk så då blev det bra.”

7.3 Stöd

Under kategorin stöd har det bildats tre underkategorier och dessa är **pappan**, **rådgivning** och **anhöriga**.

I kategorin **pappan** framkom det att de flesta mammor upplevde att de har fått det stöd de behövt under återhämtningstiden från sin partner. Samtliga mammor hade pappan till babyn hemma under en till ett par veckor och det uttryckte mammorna som väldigt positivt. Papporna skötte om hemmet och matlagningen och mammorna upplevde att de kunde vila ordentligt när babyn sov då de inte hade hushållet att tänka på. En mamma tyckte att pappan gärna kunde ha stannat hemma längre än tre veckor och en mamma tyckte det var för lite när pappan var ledig endast en vecka.

”... Jag behövde inte känna nån stress över att jag skulle behöva göra något... Det var nog bättre än jag kunnat vänta mig.”

”Jag tog hand om babyn och han skötte resten, jag behövde inte göra något egentligen.”

”Det skulle gärna ha fått vara mera, det var en stor omställning. Det hade bara varit han och jag och babyn som skulle äta, sova och bytas på.”

”Nog skulle det ha räckt med de tre veckorna om han skulle ha varit det, men han var ju bara en. Så det var för lite.”

I kategorin **rådgivning** framkom det att samtliga mammor upplevde stödet därifrån som tillräckligt. Rådgivningen kom på hembesök en eller två gånger till alla mammor och alla tyckte att det räckte med det. Några mammor påpekade även att de hade ringt till rådgivningen om det var något de funderade över. Från de flesta rådgivningsbyråer hade det

ordnats mamma-barngrupper som mammorna deltog i. Två av mammorna hade själv tagit kontakt med andra mammor och på så sätt kunnat träffa andra mammor och barn. Dessa mamma-barngrupper upplevdes som ett stort stöd för mammorna men några mammor tyckte att det tog för länge innan gruppen kom i gång efter förlossningen.

”De var från mödrarådgivningen en gång... Jag har nog ringt dit flera gånger.”

”Egentligen var hon väl bara en gång, annars var vi ju dit en gång i månaden. Det var tillräckligt.”

”Babygrupperna var nog ett otroligt stöd.”

”Jag tycker att det är bra att de ordnar, det är kanske är många som inte har någon att umgås med.”

”Det var ganska länge efteråt som det började, det skulle gärna ha fått vara lite tidigare. Så man skulle ha kommit ihåg förlossningen bättre.”

I kategorin **anhöriga** framkom det att mammorna upplevde släkt och vänner som ett stöd som ställde upp om det var något de behövde och en mamma sade själv till när hon inte orkade sköta baby. Alla mammor upplevde att släkten och vännerna förstod att de var trötta och var i behov av mera hjälp på grund av att de genomgått kejsarsnitt. Flera mammor påpekade även att de sa till om de inte orkade med besök och att anhöriga förstod detta.

”Nog har de ställt upp... Mamma har blivit snittad så hon visste ju också lite hur det var... Hon kunde ge ett stöd som jag kanske inte visste att jag behövde.”

”Familjen förstod nog att jag inte var så pigg.”

”Vi sa när de frågade om de fick komma ut... att vi inte orkade med besök och det förstod de.”

”Jag har aldrig varit blyg att säga till andra att ta hand om henne, nu tar jag en paus!”

8 Tolkning

Resultatet som erhållits genom intervjuerna har respondenten tolkat utgående från de teoretiska utgångspunkterna hälsa och moderskap, den teoretiska bakgrunden samt från tidigare forskning inom ämnet. Kategorierna är svärtade i tolkningen.

Fysisk återhämtning

I resultatredovisningen framkom det att den fysiska återhämtningen överlag upplevdes av mammorna som lätt och problemfri. **Att röra sig** var ett vanligt förekommande symptom hos alla mammor och det hindrade dem att fungera normalt i vardagen. Samtliga mammor var även i behov av smärtmedicin under en tid efteråt och detta får stöd av Sweet och Tiran (1997) som poängterar att det är viktigt att kvinnan får tillräcklig smärtlindring efter kejsarsnittet.

Trötthet var något som de flesta mammor led av under den första tiden och det får stöd från McGovern m.fl. (2006) studie som visade att hela 63,8 % av undersökningsgruppen led av trötthet där hälften av informanterna upplevde att de sällan eller aldrig kände sig utvilade när de vaknade. Studien visade även att kvinnor förlösta genom kejsarsnitt inte har hunnit återhämta sig på endast fem veckor efter förlossningen och det framkom även i respondentens resultatredovisning då de flesta mammor behövde en återhämtningstid på i medeltal 2–3 månader. Även Mercer (1986) tar upp tröttheten som ett mycket vanligt hälsohinder under den första månaden efter förlossningen. Utgående från Erikssons (1996) ”välbefinnande” upplevde mammorna i respondentens undersökning att de kände sig väl efter kejsarsnittet även om de var trötta och behövde vila mycket. Enligt Erikssons (1996) definition på hälsa skulle respondenten vilja påstå att samtliga mammor upplevde hälsa och välbefinnande under återhämtningstiden.

Bröst och amning var inte något som ställde till större problem hos mammorna i respondentens studie, till skillnad från McGovern m.fl. (2006) studie där över hälften hade problem med bröstet. Det förekom dock svårigheter med amningen den första tiden samt problem med att babyn skulle suga rätt. Bröstinflammation drabbades en mamma av men ingen av mammorna påpekade att de hade haft ömma eller irriterade bröstvårtor som McGovern m.fl. (2006) fann i sitt resultat. Samtliga mammor var glada över att personalen hjälpte dem att få babyn till bröstet samt att de visade olika amningsställningar. Detta påpekar även Sweet och Tiran (1997) samt Weström m.fl. (2005) som viktigt under den första tiden.

Operationsärret var något som de flesta mammor fick symptom från och de vanligaste var klåda, känselbortfall samt smärta vid ansträngning. Ingen av mammorna drabbades av hematom i operationsärret som Liu m.fl. (2007) fick fram att var en komplikation som kvinnor förlösta genom kejsarsnitt har ökad risk att drabbas av. I respondentens resultat påpekade några mammor att det gjorde ont i magen och såret om de ansträngde sig för mycket och enligt Eriksson (1996) skulle det innebära att dessa mammor inte agerade direkt sunt eftersom det inte var ett hälsosamt beteende för dem då det gjorde ont.

Respondenten fann i sitt resultat några **hälsohinder** som förekom hos en del mammor. En mamma upplevde att det största problemet var att hon hade ont i ryggen där epiduralbedövningen hade blivit lagt. Även Liu m.fl. (2007) fann i sin studie att anestetiska komplikationer är vanligare hos kvinnor förlösta genom kejsarsnitt.

Psykisk återhämtning

Moders känslan infann sig hos samtliga mammor i respondentens studie men några mammor hade lite svårare att ta barnet till sig och förstå att de blivit mamma. Mercer (1986) skriver att under den första månaden efter förlossningen kan mamman känna oro över att inte räcka till som mamma och många förändringar sker under den här tiden. I resultatredovisningen framkom det att flera mammor upplevde det omtumlande att ha blivit

mamma. Även om de tog babyn till sig hann inte moderskänslan riktigt med utan det tog en tid innan de förstod att de hade blivit mamma. Mercer (1986) säger även att mamman talar positivt om sina känslor av modersrollen och detta får respondentens studie stöd av då mammorna ändå var glada och lyckliga över babyn.

I kategorin **besvikelse** uttryckte en del mammor besvikelse över att inte få föda normalt, de upplevde det som att de hade misslyckats och var mindre mamma för det. Relaterat till resultatet i respondentens studie kan det finnas samband med kejsarsnitt och emotionell ohälsa såsom Ukpong och Owolabi (2006) fann i sin studie. Två av mammorna som deltog i studien upplevde att de var direkt besvikna över att det hade blivit kejsarsnitt. En mamma var i det aktiva krystningsskede när beslut om kejsarsnitt togs och även om hon inte utvecklade postpartumpsykos kan det som Nager m.fl. (2008) fann i sin studie vara en riskfaktor för postpartumpsykos om kvinnan har en svår förlossning eller ett svårt värkarbete.

Oro uttrycktes på olika sätt hos mammorna i respondentens studie. En mamma var väldigt orolig över babyns hälsa vilket även Mercer (1986) nämner om. Ingen av mammorna var dock oroliga över att inte räcka till som mamma vilket kommer fram i Mercers (1986) tankar. De flesta mammor var nöjda över situationen och glada över att få komma hem där de kände att de mår bättre.

Stöd

Kategorierna **pappan** och **anhöriga** får stöd av både Ukpong och Owolabis (2006) samt McGoverns m.fl. (2006) studier som hävdar att om kvinnan har ett bra socialt stöd efter förlossningen bidrar det till att hon har bättre allmän och mental hälsa. I respondentens resultatredovisning framkom det att fyra av kvinnorna var gifta och en samboende men någon skillnad mellan den allmänna och mentala hälsan hos dessa fanns inte såsom Ukpong och Owolabi (2006) fann i sin studie. Respondenten fann inte i resultatet att någon av mammorna skulle ha haft speciella förväntningar från någon som Watson (1985) anser, utan

både pappan till babyn och övrig familj och vänner ställde upp om mammorna behövde hjälp. Mammorna upplevde att omgivningen förstod att de var i behov av mera hjälp och stöd men det betyder inte att de inte skulle ha haft god hälsa.

Även kategorin **rådgivning** kan relateras till ovanstående studier eftersom samtliga mammor upplevde stödet från rådgivningen som tillräckligt. Även Mercer (1986) poängterar vikten av det sociala stödet under återhämtningstiden och det innefattar både information, som kanske bäst erhålls från rådgivningen, samt emotionellt stöd som exempelvis mamma-barngrupper kan ge. Mammorna uttryckte dessa grupper som ett stort stöd under barnsängstiden men i vissa fall kunde grupperna ha startats tidigare.

9 Kritisk granskning

Respondenten har valt att kritiskt granska studien utgående från Larssons (1994) kvalitetetskriterier med hjälp av perspektivmedvetenhet, intern logik, etiskt värde samt struktur. Vidare kommer respondenten att använda empirisk förankring som ett validitetskriterium. Larsson (1994, 163) menar att kvalitet i arbeten är fundamentala och att utan dessa kan forskaren inte göra ett gott arbete.

9.1 Perspektivmedvetenhet

Bakom varje beskrivning av verkligheten finns ett perspektiv och en dominerande tanke idag är att sanningen är relativ. En förförståelse för det som ska tolkas finns redan innan tolkningen börjar, dvs. det finns en uppfattning om vad det betyder. Denna förförståelse förändras hela tiden under tolkningsprocessens gång men genom att klargöra förförståelsen tydliggörs utgångspunkten för tolkningen samtidigt som perspektivet inte undanhålls för läsaren. I praktiken innebär detta en avgränsning till det som är rimligt och relevant. En annan möjlighet är att redovisa förförståelsen genom att beskriva personliga erfarenheter

som varit viktiga och utgående från dessa har förförståelsen uppkommit. (Larsson, 1994, 165–166).

Respondenten valde ut Erikssons (1992, 1996), Watsons (1985, 1988) och Orems (1991) tankar om hälsa samt Mercers (1986) tankar om moderskapet som utgångspunkter för studien. De tre förstnämnda hade överlag relativt likadana definitioner av hälsan och eftersom respondentens studie ville få svar på hur hälsan ser ut för kvinnan som blivit förlöst genom kejsarsnitt var dessa väl lämpade som utgångspunkter. Moderskapet är ju även en del av livet hos kvinnor som fött genom kejsarsnitt och därför anser respondenten att det var en lämplig utgångspunkt. En annan utgångspunkt som skulle ha varit användbar är stöd.

Den teoretiska bakgrunden bestod av beskrivning av kejsarsnitt och barnsängstid. Det fanns lite information om återhämtningen efter kejsarsnitt men den information som respondenten använt sig av stämmer långt överens med respondentens egna förförståelse av återhämtningen efter kejsarsnitt. Respondenten hade väntat sig att återhämtningen skulle vara tyngre än det som resultatet visade och att kvinnorna skulle ha behövt mera stöd än det som fanns. Alla mammor hade ju en partner och därmed ett stort stöd nära tillhands, men för de mammor som är ensamstående och kanske inte har övrig familj nära tror respondenten att ett speciellt stöd borde finnas.

Respondenten hade i den tidigare forskningen tagit upp sju forskning där endast vissa kunde relateras till respondentens studie. Respondenten upplevde att det inte fanns forskning som undersökte kvinnans behov av stöd under barnsängstiden och i och med det tycker respondenten att det fattas en viktig bit i studien.

9.2 Intern logik

Enligt Larsson (1994, 168, 170) måste det finnas en harmoni mellan forskningsfrågor, datainsamlings- och dataanalysmetod där forskningsfrågorna ska vara styrande för

metoderna. Ett vetenskapligt arbete skall vara en väl sammanfogad konstruktion, dvs. ett slutet system. Den interna logiken innefattar en idé om en helhet till vilken alla enskilda delar kan relateras.

Syftet med studien var att undersöka hur kvinnor som blivit förlösta med kejsarsnitt återhämtar sig och vilket stöd de behöver under barnsängstiden. Studien gjordes för att ta reda på hur vården efter kejsarsnittet kunde vidareutvecklas för att ge kvinnan bästa möjliga stöd. Forskningsfrågorna var: Hur återhämtar sig kvinnorna fysiskt efter kejsarsnittet? Hur återhämtar sig kvinnorna psykiskt efter kejsarsnittet? Hurdant stöd önskar kvinnorna få? Som datainsamlingsmetod användes kvalitativ intervju och dataanalysmetoden var innehållsanalys.

Respondenten anser att forskningsfrågorna var relevanta för studien. I intervjuguiden frågades inte direkt hurdant stöd kvinnorna önskade få utan respondenten och intervjupersonen diskuterade om kvinnan upplevde att hon fått det stöd hon behövt ha. Intervjupersonen blev även tillfrågad om hon tyckte att stödet var tillräckligt och om det borde finnas ett speciellt stöd för kvinnor förlösta genom kejsarsnitt. Samtliga kvinnor tyckte att stödet räckte till och respondenten kan dra den slutsatsen att eftersom alla hade sin partner hemma och rådgivningen kom på hembesök så behövdes inget mera. Mamma-barngrupperna poängterades av alla mammor som oerhört viktiga och det var ett stöd som respondenten inte hade räknat med att kunde finnas.

Val av intervju som insamlingsmetod lämpade sig bra men i vissa fall upplevde respondenten att materialet blev för tunt och ytligt. Det skulle ha varit intressant att se hurdana svar respondenten kunnat erhålla genom enkäter. Undersökningsgruppen utgjordes av endast förstföderskor och det ser respondenten som både positivt och negativt. Eftersom informanterna endast speglade förstföderskors återhämtning blev det ett större material som kunde koncentreras till en grupp. Antalet informanter var fem stycken och om respondenten hade intervjuat både förstföderskor och omföderskor kunde det ha varit nödvändigt att ha en större undersökningsgrupp.

Innehållsanalys var ett lämpligt val av analysmetod och respondenten kunde relativt enkelt reducera och kategorisera undersökningsmaterialet. Det gav även en bra överblick av resultatet.

Ett fel som respondenten gjorde under intervjuernas gång var att specifikt fråga om informanterna led av urin- eller avföringsinkontinens. Informationen som respondenten fick från frågan har inte använts i resultatredovisningen då det var en styrande fråga som inte hör till den kvalitativa intervjun.

9.3 Etiskt värde

Larsson (1994, 171) poängterar etiken som en viktig aspekt av en vetenskaplig studie. Individer som deltar i studien har rätt att vara anonyma och detta måste vägas mot forskarens intresse att erhålla ny kunskap. För att uppnå ett högt etiskt värde krävs det ofta att andra kvaliteter reduceras i studien och det kan uppstå en konflikt mellan validitet och etik. En god etik innebär således att informanterna, platser och institutioner förblir anonyma. Kvaliteter i vetenskapliga studier förutsätter av forskaren att inte fuska med det sin forskaren själv uppfattar som sant. En annan viktig aspekt i fråga om god etik är att forskaren inte får dra förhastade slutsatser som drabbar oskyldiga.

Eftersom respondenten tagit kontakt med informanterna via bekanta och deras bekanta är det endast respondenten som är medveten om vem som deltagit i studien. Respondenten var noga med att förklara för informanterna att deras identitet kommer att skyddas väl och att de själv får välja att berätta eller inte berätta att de deltagit i studien. Respondenten har även i resultatredovisningen varit noga med att skriva så att ingen enskild informant kan kännas igen. Citaten har korrigerats från dialekt till högsvenska och eventuella språkfel har rättats utan att förvränga det informantens ville ha sagt.

9.4 Struktur

Med god struktur menar Larsson (1994, 173–175) att studien ska var överskådlig och enkel till sitt resultat samt att resultatet ska vara tydligt. Vidare är det viktigt att läsaren ska kunna följa resonemanget utan att viktiga aspekter blir bortlämnade, dvs. det ska finnas en röd tråd genom arbetet. I texten är det viktigt att forskaren är noga med att tydliggöra det som är väsentligt och det som är mindre väsentligt så att inte bisaker tar upp mera plats än det som är kärnan i arbetet.

Respondenten anser att studien har en god och enkel struktur. Layouten och kapitelindelningar är tydliga och resultatet har indelats i kategorier för att göra det lättläst för läsaren. Resultatet har tolkats mot de teoretiska utgångspunkterna, tidigare forskning samt teoretisk bakgrund som respondenten beskrivit och på så sätt har respondenten försökt skapa en röd tråd genom studien. Respondenten har även använt sig av citat för ännu tydliggöra resultatet och framhäva viktiga aspekter.

9.5 Empirisk förankring

Larsson (1994, 180–181) hävdar att en studie behöver ha en koppling mellan verklighet och tolkning för att vara empirisk. Det krävs flera olika källor som grund för en empirisk studie och för att tecken på validitet ska finnas måste dessa källor överensstämna med varandra.

Respondenten har använt flera olika källor som grund för studien och i tolkningen fanns likheter med den tidigare forskningen och de teoretiska utgångspunkterna. Vissa av de tidigare forskningarna berörde enbart ett specifikt område och i dessa fall fick inte respondentens studie stöd från dessa och det var svårt att använda dem i tolkningen. Respondenten upplever ändå att forskningsfrågorna blivit besvarade och att studien har en empirisk förankring då den gjorts utgående från verkligheten genom att respondenten intervjuat kvinnor som blivit förlösta genom kejsarsnitt.

10 Diskussion

Tiden efter förlossningen är en tid med mycket nya intryck, förväntningar, upplevelser samt en stor omställning för den nyblivna mamman. Hon har fått en människa att ta hand om, uppfostra och älska och som är helt beroende av henne under en lång tid framöver. Detta kan upplevas av kvinnan som något kravlöst eller något som ställer mycket krav på henne. Att samtidigt återhämta sig från ett kejsarsnitt och inte kunna ge babyen all den uppmärksamhet och hjälp som den behöver kan leda till att kvinna känner sig misslyckad i sin modersroll och en känsla av otillräcklighet som i sin tur kan leda till psykisk ohälsa. Därför är det oerhört viktigt för kvinnan att hon har ett bra socialt stöd under återhämtningstiden för att ha någon att vända sig till och någon som kan hjälpa henne för att hon på bästa sätt kan vara den mamma hon vill för sin baby.

Mammorna i respondentens studie hade alla tillgång till ett tillräckligt och gott stöd under sin återhämtningstid och de var glada för att papporna har möjlighet att stanna hemma de första veckorna. Rådgivningen kan även vara ett bra stöd för kvinnan genom hembesöken samt genom att de ordnar mamma-barngrupper. I dessa grupper kan mamman möta andra i samma situation och utbyta erfarenheter, tankar och funderingar. Om det finns andra mammor som också blivit snittade ger det ytterligare en möjlighet till djupare diskussioner och mera samhörighet även om detta inte är nödvändigt för att kvinnan ska få ett bra stöd från gruppen.

Respondenten ville undersöka hur kvinnor som blivit förlösta genom kejsarsnitt återhämtar sig under barnsängstiden samt vilket stöd de önskar få. Respondenten anser utgående från resultatredovisningen att återhämtningen för förstfödskor som blivit förlösta genom kejsarsnitt i allmänhet är relativt enkelt och problemfritt. Respondenten hade väntat sig att det skulle vara tyngre att återhämta sig från kejsarsnitt både fysiskt och psykiskt.

Största delen av mammorna i studien upplevde även den psykiska återhämtningen som lätt och de hade inga problem som de kunde relatera till att de fött genom kejsarsnitt. Ett par mammor upplevde det dock väldigt tungt efteråt och de kände sig besvikna över att inte ha fått föda normalt. Dessa kvinnor hade inte långt kvar av förlossningen innan de skulle bli mamma och kanske detta bidrog till att de kände sig besvikna och misslyckade? Kanske är det så att kvinnor som bara har själva krystningsskedet kvar upplever sämre psykisk hälsa under barnsängstiden eftersom de var nästan vid målet men av en eller annan orsak blev det inte som de tänkt? Om kvinnan vet om på förhand att det kommer att bli kejsarsnitt kan hon förbereda sig bättre och på ett helt annat sätt än om beslutet om kejsarsnitt kommer plötsligt och dessutom i en situation där kvinnan är känsligare än vanligt och utelämnad åt personalen.

Eftersom undersökningsgruppen endast bestod av förstfödorskor ger inte studien en fullständig bild av återhämtningen efter kejsarsnitt. Det är säkert en helt annan sak att som omfödorska återhämta sig när det finns flera barn att ta hand om, eller att som nybliven flerlingsmamma återhämta sig samtidigt som man har två, tre, fyra eller ännu flera spädbarn att ta hand om. Respondenten skulle även ha haft möjlighet att intervjua ett par tvillingmammor men med tanke på att studien ändå är ganska liten valde respondenten att hålla sig till endast förstfödorskor som fått ett barn för att få ett djupare resultat koncentrerat till en grupp. En idé till vidare studier inom ämnet kunde vara att jämföra återhämtningen mellan förstfödorskor och omfödorskor som blivit förlösta genom kejsarsnitt för att se om det finns olikheter i återhämtningen.

Respondenten har i och med denna studie fått lägga åt sidan en del av de uppfattningar som fanns om återhämtningen efter kejsarsnitt och fått nya insikter om att det inte bara behöver vara jobbigt och tungt. Positivt överraskande var att alla mammor upplevde stödet från partnern som tillräckligt. Respondenten har kanske trott att de flesta kvinnor gör det mesta hemma fast de kanske inte skulle orka, men enligt resultatet i studien är det inte så vilket är mycket upplyftande. Det är tacksamt att samhället ger papporna möjlighet att delta i babyns första veckor i livet dygnet runt och att det utnyttjas av så många pappor. Studien har varit

mycket intressant och lärorik att genomföra och respondenten hoppas att informationen från studien kommer till nytta i respondentens framtida yrkesliv.

Litteratur

Carlsson, B. (1991). *Kvalitativa forskningsmetoder. För medicin och beteendevetenskap*. Falköping: Almqvist & Wiksell.

Chin, H-Y., Chen, M-C., Liu, Y-H. & Wang, K-H. (2006). Postpartum urinary incontinence: a comparison of vaginal delivery, elective, and emergent cesarean section. *International Urogynecology Journal*, 17, 631-635.

Dahlberg, K. (1993). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1992). *Broar – introduktion i vårdvetenskaplig metod*. (2. uppl.). Åbo Akademi: Institutionen för vårdvetenskap.

Eriksson, K. (1996). *Hälsans idé*. (2. uppl.). Göteborg: Almqvist & Wiksell.

Faxelid, E., Hogg, B., Kaplan, A. & Nissen, E. (2001). *Lärobok för barnmorskor*. (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Guisse, J-M., Hamilton Boyles, S., Osterweil, P., Li, H., Eden, K. B. & Mori, M. (2008). Does cesarean protect against fecal incontinence in primiparous women?. *The International Urogynecological Association*, 20, 61-67.

Hacker, N. F. & Moore, J. G. (1998). *Essentials of obstetrics and gynecology*. (3. uppl.). Philadelphia: W. B. Saunders Company.

Holme, I. M. & Solvang, B. K. (1997). *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999). Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, 11 (1), 3-12.

Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: Starrin, B. & Svensson, P-G. (red.). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. (163-187). Lund:

Studentlitteratur.

Liu, S., Liston, R. M., Joseph, K. S., Heaman, M., Sauve, R. & Kramer, M. S. (2007). Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Canadian Medical Association Journal*, 176, (4), 455-460.

McGovern, P., Dowd, B., Gjerdingen, D., Gross, C. R., Kenney, S., Ukestad, L., McCaffrey, D. & Lundberg, U. (2006). Postpartum Health of Employed Mothers 5 Weeks After Childbirth. *Annals of Family Medicine*, 4, (2), 159-167).

Mercer, R. T. (1986). *First-Time Motherhood. Experiences From Teens to Forties*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Nager, A., Sundquist, K. Ramírez-León, V. & Johansson, L. M. (2008). Obstetric complications and postpartum psychosis: a follow-up study of 1.1 million first-time mothers between 1975 and 2003 in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 12-19.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (2. uppl.). Stockholm: Liber AB.

Orem, D. E. (1991). *Nursing. Concepts of Practice*. (4. uppl.). St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.

Paananen, U. K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.). (2007). *Kätilötyö*. Helsingfors: Edita.

Paavilainen, E., Tikkakoski-Alvarez, H., Rajala, K-R., Himanen, M-R., Korkiamäki, K., Huhta, T. & Dabnell, P. (2007). *VOIMA-HANKE. Piloottikunnissa Kokkola, Seinäjoki, Vaasa. Ensisyntyttäjäperheiden hoitopolun mallintaminen neuvolan ja synnytysyksikön välillä*. Opublicerad text.

Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Sweet, B. R. & Tiran, D. (ed.). (1997). *Mayes' Midwifery. A Textbook for Midwives*. (12. uppl.). London: W. B. Saunders Company, Ltd.

Ukpong, D. I. & Owolabi, A. T. (2006). Postpartum emotional distress: a controlled study of Nigerian women after caesarean childbirth. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 26, (2), 127-129.

Watson, J. (1985). *Nursing: the philosophy and science of caring*. (2. uppl.). Boulder: Colorado Associated University Press.

Watson, J. (1988). *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*. (2. uppl.). New York: National League for Nursing.

Weström, L., Åberg, A., Anderberg, E. & Andersson, A-B. (2005). *Obstetrik och gynekologi. Klinik och vård*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Wijma, K., Ryding, E. L. & Wijma, B. (2002). Predicting psychological well-being after emergency caesarean section: a preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29, (1), 25-36.

Bästa förälder!

Mitt namn är Sonja Rönn och jag studerar vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa vid sektorn för social, hälso- och idrottsområdet. Mina studier kommer att leda till sjukskötarexamen våren 2009 och till min utbildning ingår det att skriva ett lärdomsprov. Mitt lärdomsprov är en del av ett större projekt som pågår i Österbotten och jag kommer att undersöka hur kvinnan återhämtar sig under barnsängstiden efter genomgått kejsarsnitt. Syftet med mitt lärdomsprov är att undersöka hur kvinnan återhämtar sig både fysiskt och psykiskt efter ett kejsarsnitt, samt vilket stöd hon behöver under barnsängstiden.

Jag vill vänligen anhålla om att få göra en intervju med Er om hur Ni återhämtade Er efter kejsarsnittet. Det är frivilligt att delta och alla uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt.

Om något är oklart eller Ni önskar få mera information om mitt lärdomsprov får Ni gärna kontakta mig.

Tack på förhand!

Sonja Rönn

Tel: 050-5613374

E-post: sonja.romn@novia.fi

Adress: Kyrkvägen 368

66850 Jeppo

Handledare för mitt lärdomsprov är lektor Eva Matintupa.

Intervjuguide

1. Tid

2. Orsak

3. Fysisk återhämtning

4. Psykisk återhämtning

5. Behovet av stöd

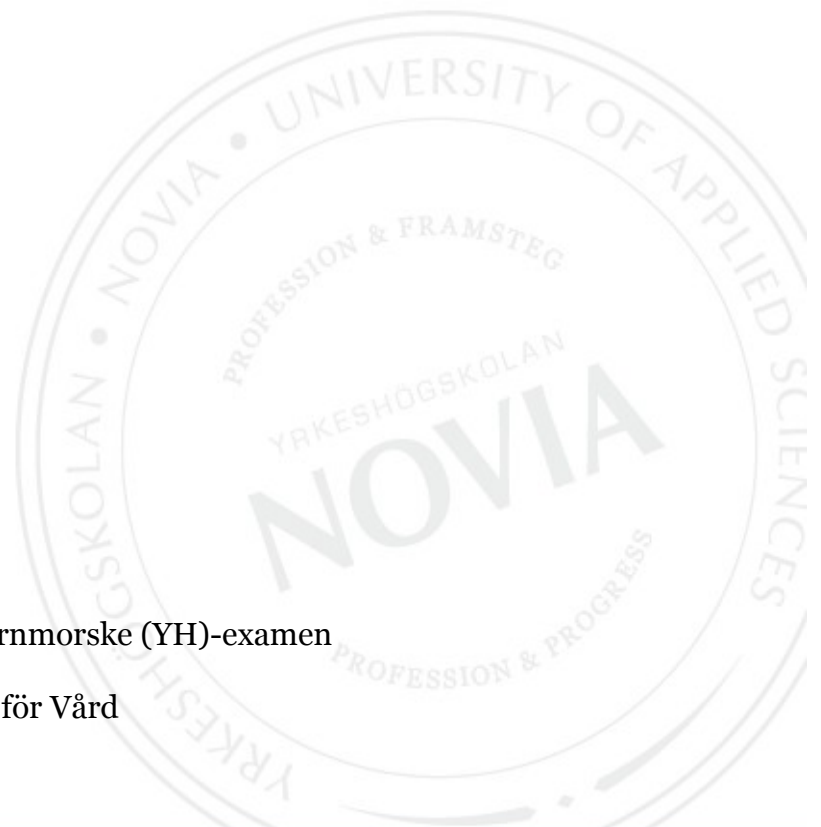
Återhämtning efter kejsarsnitt

Rönn Sonja

Utvecklingsarbete för barnmorske (YH)-examen

Utvecklingsprogrammet för Vård

Vasa 2011



UTVECKLINGSSARBETE I BARNMORSKEKUNSKAP

Författare: Rönn Sonja
Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa
Inriktningsalternativ: Barnmorskearbete
Handledare: Koskinen Monika

Titel: Återhämtning efter kejsarsnitt

Datum 24.5.2011

Sidantal 5

Bilagor 1

Sammanfattning

Detta utvecklingsarbete är en fortsättning på respondentens examensarbete "Moderskänslorna vaknade då jag lyfte upp honom själv" (Rönn, 2009) som är en empirisk studie om hur kvinnor som har blivit förlösta genom kejsarsnitt återhämtar sig under barnsängstiden. Syftet med utvecklingsarbetet är att sprida budskapet som kom fram i examensarbetet (Rönn, 2009) via en artikel. Artikeln skrivs för att öka vårdpersonalens kunskap om återhämtningen efter ett kejsarsnitt. I artikeln, som är ämnad för Vård i Fokus, har respondenten tagit fram det väsentligaste av resultatet från examensarbetet (Rönn, 2009).

Språk: Svenska Nyckelord: kejsarsnitt, barnsängstid, återhämtning, stöd, artikel

Förvaras: Examensarbetet finns tillgängligt i webbiblioteket Theseus.fi

EXPERT KNOWLEDGE IN MIDWIFERY

Author: Rönns Sonja
Degree Programme: Health Care, Vaasa
Specialization: Midwifery
Supervisors: Koskinen Monika

Title: Recovery after a cesarean section

Date 24.5.2011

Number of pages 5

Appendices 1

Summary

This expert knowledge project is a continuation of the authors thesis "The maternal feelings awoked when I lifted him up myself" (Rönns, 2009) which is an empirical study of women's recovery during the postpartum period after a cesarean section. The aim of this expert knowledge project is to spread the message from the thesis (Rönns, 2009) by writing an article. The article is written to increase the health care staffs knowledge about the recovery after a cesarean section. The article is aimed for *Vård i Fokus* and in the article, the author has brought out the most important from the result in the thesis (Rönns, 2009).

Language: Swedish Key words: Cesarean section, postpartum period,
recovery, support, article

Filed at: The examination work is available at the electronic library Theseus.fi

Innehåll

1 Inledning.....	1
2 Artikel.....	2
3 Beskrivning av arbetsprocessen.....	3
4 Resultat.....	4
5 Kritisk granskning och diskussion.....	4

Litteratur

Bilaga

1 Inledning

Återhämtningen efter ett kejsarsnitt är på många sätt annorlunda än återhämtningen efter en vaginal förlossning och detta gäller såväl den fysiska som den psykiska återhämtningen. Förutom de fysiologiska förändringarna, dvs. livmoderns återbildning till normaltillstånd samt etableringen av mjölkproduktionen, ska kroppen återhämta sig efter den stora bukoperation som ett kejsarsnitt är. Den första tiden efteråt är kvinnan mer eller mindre rörelsehindrad och smärtpåverkad på grund av operationen och såret på buken. Detta påverkar hennes förmåga att ta hand om barnen och delvis sig själv. För de flesta går operationen bra och de mår relativt bra efteråt, med ibland tillstötter till komplikationer som gör att kvinnan är mera medtagen och inte orkar så mycket efteråt. Många olika känslor kan dyka upp och många mammor kan känna sig misslyckade för att de inte har fått föda sitt barn vaginalt. Ett tillräckligt bra stöd från omgivningen underlättar hennes återhämtning och bidrar också till att hon har möjlighet att koncentrera sig så mycket som möjligt på att knyta an till sitt barn. (Rönn, 2009).

I examensarbetet undersökte respondenten hur mammorna återhämtade sig efter ett kejsarsnitt, både fysiskt och psykiskt, samt vilket stöd de var i behov av efteråt. I resultatet framkom det att majoriteten återhämtade sig bra både fysiskt och psykiskt. De fysiska hälsohinder som var mest allmänna var trötthet, problem med att sätta sig upp i sängen, klåda samt känselbortfall i operationsåret. Den psykiska återhämtningen upplevdes som svår och tung för en del mammor samt en besvikelse över att inte ha fått föda sitt barn normalt förekom också. Stödet från partnern, rådgivningen samt anhöriga upplevde samtliga mammor som tillräckligt och mamma-barngrupperna upplevde mammorna som ett viktigt stöd. (Rönn, 2009, 23-29).

Syftet med detta utvecklingsarbete är att sprida budskapet som kom fram i examensarbetet via en artikel. Artikeln skrivs för att öka vårdpersonalens kunskap om återhämtningen efter ett kejsarsnitt.

Som teoretiska utgångspunkter används Erikssons, Watsons och Orems tankar om hälsa samt Mercers tankar om moderskapet, vilka kan läsas om i examensarbetet (Rönn, 2009).

2 Artikel

Att skriva är en omfattande arbetsprocess som kräver såväl förberedelser som efterarbete. Skribenten förbereder sig på olika sätt i arbetsprocessen genom att samla material, bearbeta och formulera materialet om och om igen. Även mentalt förbereder sig skribenten genom att ständigt ha skrivuppgiften i åtanke. Skrivprocessen kan indelas i olika stadier där förstadiet handlar om att skribenten först analyserar skrivuppgiften. Skribenten funderar över vilken typ av läsare texten riktar sig till samt vad ämnet ska vara och utgående från ämnet börjar skribenten samla in material. Det är lätt hänt att materialmängden blir för stor och då gäller det att sortera materialet utgående från den tänkta läsargruppen och sedan strukturera materialet genom att sätta upp någon slags disposition. När allt detta är klart börjar själva skrivstadiet. Skribenten gör ett första utkast och för vissa handlar det om att skriva ner innehållet så snabbt som möjligt medan vissa vill skriva texten så färdig som möjligt redan nu. Det slutgiltiga efterstadiet varierar i omfattning beroende på hur skribenten skrev sitt första utkast. En del bearbetar texten många gånger innan de har ett resultat som de är nöjda med. Hit hör också att korrekturläsa den slutgiltiga texten samt publicering eller eventuell tryckning av texten. (Strömquist, 1996, 28-32; Strömquist, 1993, 24).

En bra skriven text ska vara personlig och varierande men samtidigt hålla sig till fakta och till det ämne som skribenten behandlar. Genom att skriva personligt speglas skribentens sätt att uttrycka sig och genom variation av både korta och långa meningar samt stycken blir det lättare att läsa texten. Språket får även en spännande rytm genom att variera längden på meningarna. Använder sig skribenten enbart av korta meningar i förhoppning att det ska vara enklare för läsaren att förstå, är det möjligt att texten istället är svårläst i och med att den blir hackig och läsaren snubblar fram över texten. Däremot ska skribenten inte heller krångla till texten utan för läsarens skull uttrycka sig så enkelt

och tydligt som möjligt redan från början. Skribenten bör tänka på meningsbyggnaden och ibland slå ihop två meningar eller ta isär en lång och invecklad mening. Skribenten bör fundera över vem som ska läsa texten och utgående från det ha läsaren i åtanke när texten skrivs. Skribenten får inte utgå från att läsaren är insatt i ämnet och inte heller syfta på någon viss information annat än om den är allmänt känd. (Strömquist, 1996, 73-74; Strömquist, 2000, 81-82, 84; Rudvall, 2001, 37, 70)

Innehållet ska presenteras så klart och överskådligt som möjligt och det är viktigt att skribenten har en logisk struktur över texten genom att markera nya stycken samt eventuellt använda rubriker och underrubriker. Texten ska kunna läsas var som helst, när som helst och av vem som helst, förstås inom den tänkta mottagargruppen. Genom att föra fram det viktigaste först får skribenten fram sitt budskap till läsaren. Texten ska locka till läsning, vara lätt att förstå samt lätt att komma ihåg för att budskapet ska nå fram. (Strömquist, 1996, 81; Strömquist, 2000, 85; Rudvall, 2001, 23).

3 Beskrivning av arbetsprocessen

Efter att respondenten kommit fram till att skriva en artikel som utvecklingsarbete började respondenten fundera ut syfte samt söka litteratur för hur en artikel ska skrivas. Respondenten tog också kontakt med redaktören för tidningen *Vård i Fokus* till vilken artikeln är tänkt och redaktören var intresserad av att publicera artikeln. Respondenten har skrivit artikeln utgående från litteraturens anvisningar samt utgående från de anvisningar som tidningen *Vård i Fokus* har.

Målgruppen är *Vård i Fokus'* läsare, dvs. vårdpersonal i olika yrkeskategorier, såsom hälsovårdare, sjukskötare, barnmorskor, avdelningskötare, lärare och studeranden.

4 Resultat

Resultatet från utvecklingsarbetet, dvs. artikeln för *Vård i Fokus*, kan läsas i bilaga 1. Artikeln behandlar kvinnans återhämtning fysiskt och psykiskt efter ett kejsarsnitt samt hennes behov av stöd den första tiden hemma.

5 Kritisk granskning och diskussion

Strömquist (1993, 24; 1996, 30-32) beskriver skrivandet som en omfattande arbetsprocess som kräver både förberedelse och efterarbete. Under tiden som uppgiften formas har skribenten den ständigt i åtanke. Skribenten ska samla in material, bearbeta och sälla det samt fundera över vilken målgrupp uppgiften är tänkt för. Respondenten började med att fundera ut målgruppen för artikeln och har tänkt att någon tidning för vårdpersonal som arbetar med mammor under barnsängstiden skulle passa bra.

Respondentens examensarbete var grunden för artikeln och i och med detta behövde inte respondenten samla in information från andra källor. Detta gjorde att själva materialinsamlingen inte var så krävande och inte heller tog speciellt lång tid. Respondenten gick igenom examensarbetet många gånger och sammanfattade det viktigaste därifrån. Eftersom examensarbetet inte var särskilt omfattande upplevde inte respondenten att materialmängden var för stor så som Strömquist (1996, 31) menar att det ofta kan vara. Respondenten upplevde däremot att det var svårt att få innehållet i examensarbetet att vara tillräckligt för den tänkta artikeln.

Respondenten skrev artikeln ganska färdig redan från början men vissa omarbetningar och justeringar har naturligtvis blivit gjorda. Inför den slutgiltiga texten har respondenten korrekturläst artikeln för att utesluta eventuella stavfel. Allt detta precis som Strömquist (1996, 31-32) skriver att bör göras när skribenten har texten färdigt skriven.

Både Strömquist (2000, 81) och Rudvall (2001, 37) menar att det är viktigt att skribenten skriver texten så tydlig och enkel som möjligt samt håller sig till fakta om ämnet i fråga. Respondenten har strävat till att artikeln ska vara lättläst och lättförståelig samt faktabaserad. Eftersom artikeln är ämnad för vårdpersonal, har respondenten använt ett sådant språk som är förståeligt för den tänkta målgruppen. Detta påpekar Strömquist (2000, 85) som viktigt för att läsaren ska kunna ta till sig texten. Rudvall (2001, 37, 70) menar även att det är viktigt att tänka på hur meningsuppbyggnaden ser ut, texten bör innehålla såväl korta som långa meningar samt ha en logisk struktur med nya stycken samt rubriker och underrubriker för att göra texten mera levande och lättläst. Respondenten har använt sig av dessa rekommendationer i artikeln och med hjälp av styckeindelningen och rubrikerna hoppas respondenten att texten ska vara enkel att förstå för läsaren.

Examensarbetet var inte så omfattande och det gjorde att själva artikeln behandlar ämnet ganska ytligt samt att den kanske tar upp sådana saker som läsarna redan vet och känner till. En större undersökning om kvinnans återhämtning efter kejsarsnitt kunde ge en bredare artikel med mera substans som även kunde ge vårdpersonal ny information som de kunde ha nytta av i sitt arbete. Respondenten hoppas ändå att läsarna ska få någon ny information ur artikeln samt kanske få inspiration för hur man kunde utveckla vården för att ännu bättre möta kvinnans behov. De flesta rådgivningar ordnar mammabarngrupper för nyförlösta förstföderskor, men det skulle vara intressant att studera omföderskors upplevelser samt behov av en grupp för att se om det är annorlunda för dem.

Litteratur

Rudvall, E.J. (2001). *Ordning på orden. Handbok för ofrivilliga skribenter*. Malmö: Egmont Richter AB.

Rönn, S. (2009). *Moderskänslorna vaknade då jag lyfte upp honom själv. En empirisk studie om kvinnans återhämtning under barnsängstiden efter ett kejsarsnitt*. Opublicerat examensarbete för barnmorskeexamen. Yrkeshögskolan Novia, Sektorn för hälsovård och det sociala arbetet, Vasa.

Strömquist, S. (1996). *Skrivboken*. Malmö: Gleerups förlag.

Strömquist, S. (1993). *Skrivprocessen*. Lund: Studentlitteratur.

Strömquist, S. (2000). *Konsten att tala och skriva*. Kristianstad: Gleerups förlag.

Bilaga 1

Moderskänslorna vaknade när jag lyfte upp honom själv

Sammanfattning

Denna artikel baserar sig på mitt examensarbete om kvinnans återhämtning efter ett kejsarsnitt. Syftet med examensarbetet var att undersöka hur kvinnor som blivit förlösta genom kejsarsnitt återhämtar sig samt vilket stöd de behöver under barnsängstiden. Som datainsamlingsmetod användes intervju där fem förstföderskor med en medelålder på 28,3 år intervjuades. I resultatet framkom det att både den fysiska och psykiska återhämtningen hade gått relativt bra. En del hälsohinder var återkommande och dessa var bl.a. trötthet, problem att röra sig samt klåda. En del mammor kände sig besvikna över att inte de inte hade fått föda sitt barn normalt och de flesta kände en viss oro över hur det skulle gå när de kom hem. Samtliga mammor upplevde stödet efteråt från partnern, omgivningen samt rådgivningen som tillräckligt. Utgående från resultatet av examensarbetet kan man anta att återhämtningen för mammorna i undersökningen är relativt problemfri såväl fysiskt som psykiskt, samt att de får det stöd som de behöver under barnsängstiden. Titeln på artikeln är ett direkt citat av en mamma som intervjuades för studien.

Detta visste man: Återhämtningen efter ett kejsarsnitt är på många sätt väldigt annorlunda än efter en vaginal förlossning och ofta är mamman i behov av mera stöd och hjälp under barnsängstiden.

Detta lärde man sig av undersökningen: Att ha ett tillräckligt bra stöd under barnsängstiden hjälper mammorna att återhämta sig bättre efter ett kejsarsnitt. Att få bearbeta sina upplevelser med andra i samma situation upplevs som viktigt.

Barnsängstiden – en tid för återhämtning och vila

Barnsängstiden, som följer 42 dagar efter förlossningen, innebär en rad olika förändringar i kvinnans kropp. Livmodern samt kvinnans genitalia ska återbildas till det tillstånd som var före graviditeten och bröstmjölksproduktionen ska etableras. Kvinnan ska återhämta sig både fysiskt och psykiskt samt anpassa sig till den nya livssituationen som nu börjar (1). Detta gäller även för kvinnor som fött sina barn genom kejsarsnitt

men utöver den normala återhämtningen ska hon även återhämta sig från kejsarsnittet med allt vad det innebär av operationssår, smärta och begränsad rörelsefrihet. Hon ska orka ta hand om sig själv, sitt nyfödda barn samt resten av familjen och ibland även återhämta sig från en känsla av misslyckande över att inte ha kunnat föda sitt barn normalt (2, 3). Eftersom hormonbalansen ändras efter förlossningen, påverkar det kvinnans humör och gör att hon blir mycket känslig och ofta uppkommer många motsägelsefulla känslor. Detta tillstånd kan ofta vara svårt för kvinnan men vanligtvis går det över inom några månader. I de fall där det övergår i ett depressivt tillstånd behöver kvinnan professionell hjälp (4). Det är dock normalt att kvinnan är mera emotionellt känslig eftersom det hjälper henne att tolka samt svara på de signaler som barnet sänder ut (5).

Allmänt om kejsarsnitt

Ungefär 16 % av alla barn som föds i Finland föds genom kejsarsnitt och ungefär hälften av dessa är planerade kejsarsnitt medan resten är kejsarsnitt där beslutet tas när förlossningen redan har startat. Trots att ett kejsarsnitt är ett relativt tryggt ingrepp idag är det en riskfylld operation och innebär även större risker för kvinnan än en normal vaginal förlossning. Kvinnan löper även större risk att drabbas av infektioner, allvarliga blödningar, livmoderuptur, större hematom i operationsåret samt anestetiska och tromboemboliska komplikationer (5, 6).

Den fysiska återhämtningen

I resultatet av undersökningen (2), som denna artikel baserar sig på, framkom det att den fysiska återhämtningen var relativt problemfri för mammorna även om det fanns en del faktorer som påverkade deras fysiska hälsa efter förlossningen. Tidigare forskning (7) säger att kvinnor förlösta genom kejsarsnitt har sämre fysisk hälsa än kvinnor som fött vaginalt. Problem med att röra sig samt smärta är vanligt förekommande efter ett kejsarsnitt samt allmän trötthet. Tröttheten kan dock bero på många olika orsaker och är inte alltid enbart relaterad till förlossningen. Själva omställningen i sig att bli mamma gör att kvinnan ofta känner sig trött och om hon har haft ett långt värkarbete innan kejsarsnittet har blivit gjort gör det ofta att hon är ännu tröttare. Det är också vanligt att det tar en tid innan kvinnan känner sig som sig själv igen och studier visar (7) att det tar längre tid för kvinnan att återhämta sig om hon har blivit förlöst genom kejsarsnitt. Att mamman får bra hjälp med att komma igång med amningen underlättar även hennes

återhämtning. Mammorna önskar gärna att personalen på BB visar olika amningsställningar samt hjälper dem att få babyn till bröstet så länge de behöver hjälp med det. Ofta behöver mamman hjälp med att få babyn att ta rätt grepp vid amningen. De flesta mammorna har en del problem relaterade till operationsåret där klåda och känselbortfall samt smärta vid ansträngning är vanligt. Mamman kan även få problem med illamående eller förstoppning även om dessa inte är så vanligt förekommande.

Den psykiska återhämtningen

Den psykiska återhämtningen i studien (2) var varierande mellan mammorna men samtliga upplevde någon slags mental ohälsa en tid efter förlossningen. Studier (8, 9) visar att den emotionella hälsan hos kvinnor förlösta genom kejsarsnitt ofta är sämre än för kvinnor som har fött vaginalt och att det är vanligare med depression bland dessa kvinnor. Om kvinnan har upplevt rädsla inför förlossningen sent i graviditeten eller har känt allmän ångest ökar även det riskerna att drabbas av mental ohälsa efter ett akut kejsarsnitt.

Det är en stor omställning och ofta väldigt omtumlande att bli mamma och ibland kan det ta en tid innan kvinnan förstår att hon har blivit mamma även om moderskänslorna finns där. När mamman väl kan börja lyfta och sköta babyn själv kommer ofta känslan av att ha blivit mamma. Allt detta är naturligtvis individuellt och vissa mammor upplever inte att de har svårt att känna sig som en nybliven mamma. Ofta känner mamman även en besvikelse över att inte ha fått föda sitt barn normalt, men det finns även mammor som upplever att det är bra att möjligheten att föda genom kejsarsnitt finns. Det är väldigt vanligt att mamman oroar sig för hur det ska gå när de väl kommer hem från BB. Så länge hon är på BB har hon alltid tillgång till personal som kan komma och hjälpa när hon behöver det, men hemma ska hon klara sig själv (2).

Professionellt stöd

Från de flesta rådgivningar kommer en hälsovårdare eller barnmorska på ett hembesök ungefär en vecka efter att familjen har kommit hem från BB och detta upplever mammorna som bra och ett besök är ofta tillräckligt. Mamman har även möjlighet att ringa till rådgivningen vid behov och även om det är under en ofta relativt begränsad tid upplever de att det är bra att möjligheten finns. De flesta rådgivningarna ordnar mammabarngrupper efter förlossningen och där finner mammor som genomgått

kejsarsnitt ett stort stöd eftersom de där kan utbyta tankar och erfarenheter.

Stöd från anhöriga

Den första tiden hemma är det viktigt att mamman har ett tillräckligt bra stöd från sin partner och omgivning för att kunna återhämta sig på bästa sätt (2). När familjen väl kommit hem ska de klara sig självständigt utan stöd från personalen på sjukhuset och ansvaret för barnet ligger hos föräldrarna. Nuförtiden pratar man gärna om delat och jämlikt föräldraskap där båda föräldrarna sköter om barnet och hemmet lika mycket (5). I Finland har alla nyblivna pappor rätt att vara hemma upp till 18 dagar efter barnets födelse (10) och detta upplever mammorna som mycket bra eftersom de då har bättre möjlighet till återhämtning och vila.

Slutsatser

En helt ny tid i kvinnans liv börjar i det ögonblick som hon blir mamma. Hon får nu en ny liten människa att ta hand om, vårda, älska och uppfostra. Att bli mamma är omtumlande oavsett på vilket sätt man blir mamma men det är helt naturligt att det för kvinnor som har blivit förlösta genom kejsarsnitt kan vara mycket mera arbetsamt både fysiskt och psykiskt. Det är naturligtvis individuellt hur olika kvinnor återhämtar sig efteråt men det tar tid och kroppen ska även återställas från en stor operation, vilket kan ta många veckor. Det är viktigt att kvinnan har möjlighet att vila sig tillräckligt samt möjlighet att få hjälp med babyvården och hushållet den första tiden. Känslorna är ofta väldigt varierande den första tiden och kvinnan kan uppleva besvikelse över att inte ha fått föda sitt barn normalt. Då är det viktigt att hon har ett bra socialt stöd runt sig och i de flesta fall är partnern ett tillräckligt stöd för kvinnan. Utöver kvinnans familj kan rådgivningen stöda kvinnan genom att finnas tillgänglig och ordna mamma-barngrupper där kvinnan kan möta andra i samma situation som hennes egen.

Litteratur

- (1) Faxelid, E., Hogg, B., Kaplan, A. & Nissen, E. (2001). *Lärobok för barnmorskor*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- (2) Rönn, S. (2009). *Moderskänslorna vaknade då jag lyfte upp honom själv. En empirisk studie om kvinnans återhämtning under barnsängstiden efter ett kejsarsnitt*. Opublicerat examensarbete för barnmorskeexamen. Yrkeshögskolan Novia, Sektorn för hälsovård och det sociala arbetet, Vasa.
- (3) Hacker, N.F. & Moore, J.G. (1998). *Essentials of obstetrics and gynecology*. (3. uppl.). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- (4) Weström, L., Åberg, A., Anderberg, E. & Andersson, U-B. (2005). *Obstetrik och gynekologi. Klinik och vård*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- (5) Paananen, U.K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.). (2007). *Kätilötyö*. Helsingfors: Edita.
- (6) Liu, S., Liston, R.M., Joseph, K.S., Heaman, M., Sauve, R. & Kramer, M.S. (2007). Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Canadian Medical Association Journal*, 176 (4), 455-460.
- (7) McGovern, P., Dowd, B., Gjerdingen, D., Gross, C.R., Kenney, S., Ukestad, L., McCaffrey, D. & Lundberg, U. (2006). Postpartum Health of Employed Mothers 5 Weeks After Childbirth. *Annals of Family Medicine*, 4 (2), 159-167.
- (8) Upkong, D.I. & Owolabi, A.T. (2006). Postpartum emotional distress: a controlled study of Nigerian women after caesarean childbirth. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 26 (2), 127-129.
- (9) Wijma, K., Ryding, E.L. & Wijma, B. (2002). Predicting psychological well-being after emergency caesarean section: a preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20 (1), 25-36.
- (10) Faderskapspenning (2011). [Online]
<http://www.kela.fi/in/internet/svenska.nsf/NET/181001141337EH?OpenDocument>
(hämtat 11.5.2011).