

”...i gode hender...”

Intervju med mor og far som har erfart katastrofekeisersnitt

Guri Gisnås



Mastergradsoppgave i sykepleievidenskap

UNIVERSITETET I OSLO

13.07.2009



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTETET

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Guri Gislås	Dato: 13.7.2009
Tittel og undertittel: ”..i gode hender..” Intervju med mor og far som har erfart katastrofekeisersnitt	
<p>Bakgrunn Et katastrofekeisersnitt kan være livstruende for mor og barn. Situasjonen kan virke kaotisk med et stort team tilstede med mange aktiviteter og høyt tempo. Det er liten grense mellom liv og død og teamet har få sekunder til rådighet. Den manglende kunnskap om hvordan mor og far erfarer situasjonen er bakgrunn for å arbeide med denne tematikken.</p> <p>Hensikt Hensikten med studien er å få mors og fars beskrivelser av hvordan de erfarer samhandlingen med teamet etter beslutning om katastrofekeisersnitt.</p> <p>Design Oppgaven er en kvalitativ studie med en utforskende/ beskrivende design. Datasamlingen var 16 forskningsintervjuer, åtte med mor og åtte med far separat i deres hjem, en måned etter katastrofekeisersnittet. Det empiriske materialet ble analysert etter meningsfortetting innenfor en fortolkende tradisjon.</p> <p>Teoretisk perspektiv Den teoretiske referanserammen er i hovedsak hentet fra Lazarus & Folkmans (1984) stressteori, som beskriver stressbegrepet og egenskaper ved situasjonen. Brudals (2000) perinatalpsykologi beskriver egenskaper ved mor og far. Teamets samhandling med mor og far i akutsituasjonen er definert som et ”sykepleiefenomen” av Kim (2000).</p> <p>Resultater Mødrene erfarer et sterkt fokus på å redde livet barnets liv. Hendelser rundt henne som ikke støtter fokus blir tåkelagt. Fedrene må omstille seg til stadig skiftende situasjoner og uventede emosjoner. Både mødre og fedre erfarer et team som kan beskrives som høyekspertise. De erfarer at de føler seg i ”gode hender” fordi teamet er tydelige, rolige, fokuserte, i forkant av situasjonen og at de gir seg tid. Disse kvalitetsparametrene indikerer at teamet har kontroll, at de gir god ivaretagelse og god informasjon.</p> <p>Konklusjon Mors og fars beskrivelse av teamet var svært positiv en måned etter keisersnittet. Tidspunktet for datasamlingen kan ha innvirket på resultatet og det anbefales oppfølging med en longitudinal studie etter tre, seks og 12 måneder. Kvalitetsparametrene underbygger eksisterende praksis, men forbedringer kan gjøres i forhold til informasjon.</p>	
Nøkkelord Akutt og katastrofekeisersnitt, fedre, mødre, PTSD, samhandling, sykepleiere	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Guri Gisnås	Date: 13.7.2009
Title and subtitle: ”..in good hands..” Interviews with mothers and fathers one month after experiencing an emergency caesarean section.	
Background An emergency caesarean section may be lifethreatening for both mother and baby. The situation can seem to be chaotic with a large staff, many activities and a frantic speed of work. There is a small borderline between live and death and the staff have barely seconds of time available. The absence of knowledge in how the mother and father experience the situation is the subject of this research.	
Purpose The aim of this study is to describe how mothers and fathers experience the interaction with the surgical team; midwife, nurses, gynaecologist during after it has been decided to do an emergency caesarean section.	
Method The study employs qualitative research methods with an explorative/ descriptive design. Data were collected from eight interviews with mothers and eight with fathers, separately in their homes, one month after the emergency caesarean section. The empirical interview results were categorized and analysed, within an “interpretive” tradition.	
Literature Review The research background for this research is heavily based on Lazarus & Folkman’s (1984) theory of stress that emphasizes the concept of stress and elements of the situational context. Brudal’s (2000) perinatalpsychology describes behaviours of both mothers and fathers. Interaction between the staff and the mother and father is defined as a “nurse phenomenon” by Kim (2000).	
Results The mothers experience a strong focus on saving the baby’s life. Events around her are experienced as if being in a thick fog. The fathers have to adapt to sudden changes in the situation and experiences unexpected emotions. Both mothers and fathers report experiencing a staff that can be described as highly competent. They experience that they feel “in good hands” because they experience the health provider’s use very clear and direct communication skills, they are focused, calm, in charge of the situation. These perceptions of quality indicate that the health providers are in control, providing good information and superb care.	
Conclusion The mothers’ and fathers’ descriptions of the health providers are very positive one month after the emergency caesarean section. The timing for collection of data may influence the results and a longitudinal study are recommended after three, six and 12 months. The parameters of quality are confirmed, in the area of praxis, but improvements can be made in terms of gathering longer-term information.	
Key words: Acute and emergency caesarean section, fathers, mothers, PTSD, health care providers, nurses	

Innhold

INNHold	I
1. INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	1
1.2 STUDIENS HENSIKT OG OVERORDNEDE PROBLEMSTILLING.....	4
1.3 STUDIENS AVGRENSNING	4
1.4 STUDIENS ORGANISERING	5
2. TEORETISK REFERANSERAMME.....	6
2.1 SYKEPLEIE	6
2.2 STRESS	11
2.3 POST TRAUMATISK STRESS DISORDER (PTSD).....	17
3. STUDIENS FORSKNINGSDESIGN.....	21
3.1 DESIGN	21
3.1.1 <i>Forskningsfeltet</i>	22
3.1.2 <i>Utvalg og utvalgsprosedyre</i>	23
3.1.3 <i>Etiske overveielser</i>	24
3.2 DATAINNSAMLING	25
3.3 ANALYSEPROSESSENS ULIKE TRINN	29
3.3.1 <i>Transkriberingen</i>	30
3.3.2 <i>Veien mot tema</i>	31
3.3.3 <i>Veien mot koder</i>	34
3.3.4 <i>Veien mot subkategorier</i>	35
3.3.5 <i>Veien mot hovedkategorier</i>	38

3.3.6	<i>Veien mot tema</i>	40
3.4	STUDIENS VALIDITET, RELIABILITET OG GENERALISERBARHET	41
4.	FUNN	45
4.1	KURSENDRING.....	46
4.1.1	<i>Far venter alene</i>	46
4.1.2	<i>Far alene med barnet</i>	47
4.1.3	<i>Vanskelig å klage</i>	49
4.2	HØYEKSPERTISE	50
4.2.1	<i>Kontroll</i>	50
4.2.2	<i>Å være i forkant</i>	52
4.2.3	<i>Gjennomgående god informasjon</i>	53
4.2.4	<i>God ivaretagelse</i>	55
4.2.5	<i>Oppsummering av fedrene</i>	56
4.3	HØYEKSPERTISE	57
4.3.1	<i>God informasjon</i>	58
4.3.2	<i>God oppfølging</i>	60
4.3.3	<i>God ivaretagelse</i>	61
4.3.4	<i>Tillit til kompetanse</i>	63
4.4	FOKUS I TÅKE.....	66
4.4.1	<i>Endret kurs</i>	66
4.4.2	<i>Varierende hukommelse</i>	68
4.4.3	<i>Tap av kontroll</i>	69
4.4.4	<i>Sammendrag om mødrene</i>	72
5.	DISKUSJON	74

6. KONKLUSJON	93
KILDELISTE.....	96

Oversikt over vedlegg

Vedlegg 1: Dokument 803 ”sectio- narkose”. St. Olavs Hospital. 18.12.2006

Vedlegg 2: Dokument 6216 ”Keisersnitt”, versjon 1.2.

Vedlegg 3: Søknad om adgang til feltet

Vedlegg 4: Informasjonsskriv til jordmødre

Vedlegg 5: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til mødre og fedre

Vedlegg 6: Anbefaling av studien fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk,

Helse Sør

Vedlegg 7: Tilråding av studien fra Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS

Vedlegg 8: Spørsmålsguide

Oversikt over tabeller

Tabell 1: Fylkesoversikt over keisersnitt.

Tabell 2: Eksempel på første fortolkende fase relatert til tema informasjon.

Tabell 3: Far om fars situasjon.

Tabell 4: Far om teamet.

Tabell 5: Mor om mors situasjon.

Tabell 6: Mor om teamet.

Tabell 7: Kursendring for far.

Tabell 8: Far om teamets høyekspertise.

Tabell 9: Mor om teamets høyekspertise.

Tabell 10: Fokus i tåken for mor.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har arbeidet i 16 år som anestesisykepleier og har ofte vært konfrontert med katastrofekeisersnitt. Selve ordet katastrofe er betegnende for situasjonen da det er få minutter eller sekunder til rådighet. Handlingen skal utføres presist og det er lite skille mellom liv og død. Situasjonen kan virke kaotisk med mye fagpersonell tilstede med stor aktivitet. Mange ganger har jeg undret meg på hvordan det gikk med mor og far. Hvordan erfarte de situasjonen? Utførte vi de riktige tiltakene? Satte situasjonen en evig skrekk i dem som førte til vanskeligheter senere i livet? Kunne vi ha gjort noe annerledes? Hvordan erfarte far situasjonen og utførte vi de riktige tiltakene for han? Denne spørsmålstillingen var utgangspunkt for litteratursøk og formulering av problemstilling.

Årlig fødes ca 59 000 barn i Norge. Av alle fødslene blir ca 10 000 utført med keisersnitt. Keisersnitt er et av de hyppigste inngrepene i Norge i dag. Ca 60 % av keisersnittene er øyeblikkelig hjelp og de graderes i forhold til hast etter indikasjon (Medisinsk fødselsregister, 2008). Et hastekeisersnitt kan være en traumatisk opplevelse for både mor og far. Situasjonen har de kjennetegn som karakteriserer en hendelse som utløser stress: Umulig å flykte fra, uventet, ikke kontrollerbar og trussel mot liv og helse (Shalev, 2002).

Studier har vist at mor kan ha symptomer på Post Traumatisk Stress Disorder (PTSD) i opptil en tredjedel av tilfellene (Ryding, Wijma og Wijma, 1997), og at en fjerdedel er behandlingstrengende. Det er ikke gjort tilsvarende studier på far selv om situasjonen for han også er definert som en mulig traumatisk hendelse etter kriteriene til DSM- IV (American Psychiatric Association, 1994).

Begrepet keisersnitt har en usikker opprinnelse (Osler, 2002). En forklaring er at begrepet stammer fra "Caeso matris utero" som betyr "skåret ut av livmoren", en annen er at Keiser Cæsar ga ordre om at alle barn skulle skjæres ut av de mødre som

døde ved fødselen. Keisersnitt på levende kvinner er beskrevet først på 1400 tallet med stor grad av dødelighet. Her i Norge ble det første keisersnittet utført i 1840, med døden til følge både for mor og barn (Meyer, 2001). Den første som overlevde inngrepet ble forløst i 1890. På hele 1800- tallet ble det foretatt 26 keisersnitt i Norge som er kjent. Fra siste halvdel av 1800- tallet ble keisersnitt anerkjent som forløsningsmetode. Korsvold (2001) påpeker at tradisjonelt ble de fødende pleiet i 14 dager etter en ukomplisert fødsel og hadde en jordmor for seg selv. Fødsel var et kvinneanliggende der den fødende omga seg med kvinner hun hadde tillit til, og jordmor eller hjelpekoner i tillegg. Fedrene holdt seg i bakgrunnen og var ikke direkte delaktig i aktiviteten rundt fødselen.

Hjemmefødsler ble avløst av fødsler i klinikken på begynnelsen av 1800- tallet for de fattige kvinnene og etter hvert for alle kvinner først på 1900 tallet (Korsvold, 2001). Korsvold (2001) skriver at E. C. Dahls Stiftelse i Trondheim var i utgangspunktet bygd for ”falne” kvinner som var ugifte fattige mødre. Den moraliserende holdning blant personalet førte til at noen kvinner heller valgte å føde under åpen himmel enn ved Stiftelsen.

Etter hvert ble far mer delaktig i fødsel. Men tanken var ny. Så sent som rundt 1970-80 skriver Jordmor Backe på Hedemarken at hun ikke husker helt når far fikk begynne å være med ved fødsel, men at hun var sterk motstander av det. *”Jeg hadde ikke noen sans for det. Jeg tenkte at dette blir bare noe bryderi, rett og slett”* (Meyer, 2001, s 94). Men holdningene endret seg.

I dag har far fått en anerkjent omsorgsfunksjon i forhold til fødsel. Fedrene er oftest med både før og etter fødselsforløpet. De fødende har kort sykehusopphold etter både en vanlig fødsel (ca tre dager), og etter et akutt keisersnitt (ca fem dager) før de reiser hjem og tar hand om barnet selv. Fars tilstedeværelse er ikke en udelt positiv erfaring for verken mor eller far. Begge befinner seg i en sårbar situasjon og studier viser at far opplever stress blant annet fordi han ikke greier å gi mor den støtte som er forventet av han (Diemer, 1997). Mor erfarer stress rundt fødsel blant annet på grunn av mangel på støtte fra far og medisinsk personell (Cigoli, Gilli, Saita, 2006). Selv om Norge står på verdenstoppen i forhold til sikkerhet for mors og barnets liv

(Medisinsk fødselsregister, 2008), har bare en tredjedel av mødrene utelukkende positive erfaringer rundt fødselen (Korsvold, 2001). Etter keisersnittet skal mor og far hjem til en situasjon der de skal være ressurspersoner for sitt barn og samtidig bearbeide sine erfaringer.

I dag står et høyspesialisert team i beredskap for katastrofekeisersnitt. Teamet består av jordmor, gynekolog, kirurg, operasjonssykepleier, anestesilege, anestesisykepleier, barnepleier og noen ganger barnelege. Alt utstyr står ferdig og akutteamet befinner seg på operasjonsstua sekunder etter at alarmen har gått. Ved katastrofekeisersnitt er barnet ute av mors liv i løpet av noen få minutter. Perinatal barnedødelighet går stadig ned og meget sjelden får mor livstruende komplikasjoner (Medisinsk fødselsregister, 2008).

Det er høy ekspertise og et godt utkomme i forhold til å redde liv. Derfor er det verd å se på situasjonen fra et helhetssyn og stille spørsmål om mors og fars behov blir ivaretatt i akuttsituasjonen. Interaksjonen i akuttsituasjonen fortjener en granskning, da personalets atferd kan påvirke utkommet for mor og far (Bjørklund, 2004: Brudal, 2002: Ryding et al, 1998: Sjøgren, 1997). Akuttsituasjonen krever at sykepleieren handler raskt, tar hurtige avgjørelser og er drillet i de medisinske prosedyrene som skal utøves. Det er liten tid til å bli kjent med pasienten og å få en vekselvirkning i interaksjonen som kan speile om forståelse er oppnådd (Kirkevold, 2004). Sykepleier-en har en spesielt sårbar pasient å forholde seg til. En vellykket interaksjon er inkludert i den sykepleieutøvelsen som kreves i en akuttsituasjon. Ifølge Kim (2000) vil enhver sykepleie - pasient situasjon der en variasjon i fenomenet har en betydning for pasienten, være verd å analysere ut fra et sykepleieperspektiv. Fenomenet i denne studien er samhandling og hvilken betydning samhandling har for pasientens utkomme i forhold til grader av stressrespons eller opplevelse av respekt og trygghet.

1.2 Studiens hensikt og overordnede problemstilling

Studiens hensikt er å beskrive mors og fars erfaring med samhandlingen med akutteamet etter en beslutning om at det må gjøres katastrofekeisersnitt. Akuttsituasjonen er en del av sykepleiepraksis som stiller særlige krav til teknisk dyktighet og evne til rask beslutning (Kirkevold, 2004). Studier har vist at samhandlingen ved et katastrofekeisersnitt ikke alltid oppleves positivt og har gitt utslag som stressrespons og fødselsskrek hos mor (Bjørklund, 2004; Brudal, 2000; Ryding, 1997; Sjøgren, 1997). Det er ikke gjort tilsvarende studier på far. I akuttsituasjonen er det ingen tid til å få tilbakemelding. Mor og far må spørres i ettertid hvordan de opplevde samhandlingen med teamet.

Overordnet problemstilling for studien er;

Hvordan erfarer mor og far samhandlingen med helseteamet etter beslutning om katastrofekeisersnitt.

1.3 Studiens avgrensning

Samhandlingen i akuttsituasjonen er i fokus i denne studien. Utfallet av samhandlingen kan bli en stressrespons hos mor og far. Den teoretiske referanserammen som er valgt for denne studien, er Lazarus & Folkmans (1984) stressteori. De påpeker at stressrespons er relatert til både personene som er involvert, og til situasjonen selv. I denne studien er det fokusert på selve situasjonen og på personenes spesielle situasjon både i teoridelen, ved selve intervjuet og i analysen. PTSD er også omtalt da diagnosen er et mulig utkomme både hos mor og far.

Stressrespons kan være resultat av mange faktorer, men de er ikke diskutert i denne studien. Fødejournalen er ikke lest da det er mors og fars egne erfaringer med samhandlingen som skal beskrives. Studien har fokus på rollene. Far har rollen som ventende og som pårørende i en akuttsituasjon. Mor har rollen som fødende og som akuttpatient. Mor og far har forskjellige reaksjoner i perinatalperioden (Brudal,

2000), men kjønnsforskjellen er en realitet og blir ikke nærmere utdypet i denne studien. I rollene som pårørende og pasient kan både selve situasjonen og samhandlingen med akutteamet erfares ulikt. Når ulikheter i mors og fars situasjon er erkjent, er det mulig å forvente en bred beskrivelse av samhandlingen med akutteamet fra to ulike ståsted.

1.4 Studiens organisering

Etter innledningskapittelet følger kapittel 2 som er en gjennomgang av det teoretiske rammeverket som skal belyse studiens problemstilling. Akuttsituasjonen presenteres som en sykepleiesituasjon med spesielle krav til utøvelsen. Samhandlingen i akuttsituasjonen ses som en sykepleiefunksjon i praksisfeltet og som et gjenstandsområde innen sykepleieforskning. Stressbegrepet og perinatalpsykologi blir presentert slik det er forstått fra Lazarus og Folkman (1984) og Brudal (2002). Stressrespons og PTSD som et mulig utkomme, er omtalt til slutt i kapittel 2. Kapittel 3 er beskrivelse av studiens forskningsdesign, valg av metode, studiens validitet og analyse av datamaterialet. I kapittel 4 blir resultatene av analysen av datamaterialet presentert. I kapittel 5 diskuteres resultatene i lys av studiens teoretiske referanseramme og ny teori som er en følge av studiens funn. Konklusjon og anbefalinger for videre forskning blir gitt i kapittel 6.

2. Teoretisk referanseramme

2.1 Sykepleie

Sykepleie er i utgangspunktet et praktisk fag som eksisterer på grunnlag av et klart sosialt mandat. Sykepleiefaget har vokst fram som en reaksjon på at mennesket alltid har trengt omsorg og pleie for å ivareta eller gjenvinne sin helse, forebygge utvikling av helseproblemer, lære å leve med sykdom og/eller lindre lidelse der helse og liv ikke kan reddes (Kirkevold, 2004). Kirkevold (2004) viser til International Council of Nurses (ICN) sin definisjon av sykepleie fra 1987. I ICNs definisjon er det blant annet lagt vekt på at innenfor det vide spekteret som helsetjenesten består av, er sykepleierens spesielle område å hjelpe enkeltpersoner, familier eller grupper med deres reaksjoner på aktuelle eller potensielle helseproblemer. Fokus for sykepleietjenesten varierer fra helseoppbyggende tiltak overfor individuelle sykdomsepisoder til utvikling av helsefremmende politikk på lengre sikt. Kirkevold (2004) viser også til Norsk Sykepleierforbunds formulering av sykepleierens mandat og oppgaver i fire pasientrettede funksjoner. Funksjonene er forebyggende, behandlende, rehabiliterende og lindrende. Anvendelse av vitenskapelig kunnskap i sykepleiefaget, er relevant i den grad den kan underbygge og bedre sykepleierens evne til å ivareta de direkte og indirekte pasient- og fagrettede funksjonene.

2.1.1 Sykepleievitenskap

Sykepleievitenskapens legitimitet er knyttet til den legitimiteten sykepleie har som et praksisfag. Kunnskapsproduksjonen skal vedrøre forhold som er relevant for å kunne utøve sykepleie på en bedre måte, og som er utviklet med utgangspunkt i aksepterte verdier (Kirkevold, 2004).

Kirkevold (2004) viser til stor bredde innenfor sykepleiepraksis og på hvilken måte sykepleievitenskapen kan bidra til kunnskapsproduksjon. Hun inndeler ulike praksissituasjoner i fire typer: akuttsituasjoner, problematiske situasjoner, ikke-

problematiske situasjoner og problemidentifiserende situasjoner. De fire praksissituasjonene skiller seg ad i forhold til: Hvordan sykepleieren tenker når hun løser situasjonen, tiden sykepleieren har til rådighet til å foreta kliniske beslutninger og gjennomføre den nødvendige handling, kravene i selve situasjonen og hvilke typer handlinger situasjonen krever av sykepleieren. God sykepleie i praksissituasjonene vil variere med type situasjon. Derfor må bedømmelsen av pleiens kvalitet og kunnskapen som trengs, ha forskjellig utgangspunkt.

Akuttsituasjonen er preget av at pasienten trenger øyeblikkelig medisinsk behandling, rask intervensjon og raske avgjørelser. Situasjonen krever medisinske basiskunnskaper og tekniske, administrative og kommunikative ferdigheter. Ferdighetene må være drillet inn og lært på forhånd. Det må handles med kompetanse der og da. Situasjonen gir ikke rom for analyserende, reflekterende tilnærming eller hovedfokusering på pasientens opplevelser. Kirkevold (2004) hevder at sykepleieforskere har vært lite opptatt av denne delen av sykepleiepraksis da den har vært ansett som et medisinsk område. Hun påpeker at sykepleievitenskapen kan bidra ved å analysere situasjonen i detalj for derved å forebygge komplikasjoner samt sikre en god håndtering av situasjonen.

2.1.2 Samhandling – et relevant forskningsområde i akuttsykepleie

Kims (2000) typologi er utviklet med den hensikt å lage en struktur for hvilke fenomener det er relevant å undersøke innenfor grensene for sykepleiefaget. Typologien kan også være til hjelp for å si om fenomenet som ønskes undersøkt har en sykepleiesignifikans. I tillegg er typologien til hjelp for å sikre at fenomenet blir studert ut fra et sykepleieperspektiv.

Fenomener i pasient-sykepleierdomenet refererer til de situasjoner der sykepleieren er i direkte kontakt med pasienten. Fenomener som oppstår mellom to individer (noen ganger flere enn to når ”pasienten” består av en enhet med flere) som har kommet sammen i en situasjon, fordi en part er en pasient og en part er en sykepleier, er et sykepleierfenomen. Kontakten mellom sykepleier og pasient er medium for ytelse av sykepleieomsorg, for å hjelpe pasienten ut fra et sykepleieperspektiv og for å få en

forståelse av hvilken sykepleieomsorg pasienten har behov for fra pasientens perspektiv. Eksempler på denne kontakten er berøring, empatisk forhold, transaksjon, terapeutisk kommunikasjon, samarbeid og terapeutisk allianse (Kim, 2000).

Sykepleierperspektivet bør sikre at fenomenet betraktes ut fra en kunnskapsproduksjon som kan være normativ for praksisfeltet. Det kan være vanskelig å skille dette domenet fra pasientdomenet eller praksisdomenet. Selv om opplevelsen av fenomenet er individuell, er eksistensen av fenomenet ikke mulig uten en kontekst med sameksistens mellom aktørene. Hva er så kriteriene for at et fenomen er relevant å studere fra et sykepleierperspektiv? Til dette svarer Kim;

” Would a variation of ”this occurrence” (that is, any occurrence of a type) that is taking place between the client and the nurse in any way alter or influence (or should alter) the way the client feels, perceives the world relevant to health, and proceeds to make actions regarding his or her health state?” (Kim 2000, s 103).

Kim (2000) sier videre at hvis svaret er ja, er det identifisert et relevant sykepleiefenomen innen pasient - sykepleierdomenet.

Sykepleier - pasientrelasjonen kan deles inn i tre typer fenomener: Kontakt, kommunikasjon og interaksjon (Kim, 2000). Kontakt innebærer aktørens kroppslighet, fysikk og det rommet kroppen krever. Kommunikasjonsfenomener innebærer bruk av språk og andre symboler som har til hensikt å utveksle verbal og non - verbal informasjon. Interaksjonsfenomener fokuserer på mennesket som et sosialt individ som er i kontakt med et sosialt liv som varierer etter konteksten. De tre fenomener kan ha, sammen eller alene, som hensikt å være terapeutisk eller omsorgsfilosofisk orientert eller et medium som har konsekvenser for sykepleierhandling. Den terapeutisk orienterte hensikten er rettet mot å løse pasientens problemer, og har som mål å bedre pasientens helse. Omsorgsfilosofisk hensikt har som mål å opprettholde menneskelig verdighet ved alle sykepleieintervensjoner, og å forsvare pasientens rettigheter. Når hensikten er å være et medium, brukes interaksjonen primært for å levere en sykepleietjeneste. Både fenomener og hensikter er holistiske og er integrert i sykepleierpraksis som en handling. Inndelingen i mindre fragmenter har som hensikt å muliggjøre en analyse

av begreper og teori fra forskjellige perspektiver. I denne studien er begrepet ”samhandling” benyttet, og forståelsen av begrepet er her valgt å være et samlebegrep for Kims (2000) tre hovedfenomener i sykepleier-pasientdomenet; ” *kontakt, kommunikasjon og interaksjon*” (Kim, 2000, s 45).

2.1.3 Katastrofekeisersnitt

I følge Norsk Folkehelseinstitutt (Medisinsk fødselsregister, 2008) var det 59 283 barnefødsler totalt i 2006 i Norge. Antallet keisersnitt var på ca 9694 eller 16 % av alle fødsler. Keisersnitt inndeles etter grad av hast. Et katastrofekeisersnitt skal være varslet 10 minutter før barnet må være ute, anestesi er generell narkose og alt står klart på operasjonsstuen.

Antall hastekeisersnitt var i 2006 ca 5848 eller 60.3 % av alle keisersnitt. Medisinsk fødselsregister graderer ikke hastekeisersnitt, men tall viser at det ble gitt generell narkose som anestesiform ved 1901 eller 18.1 % av alle keisersnitt i 2006. Graderingen av forskjellige keisersnitt har store fylkesmessige forskjeller, tallene er hentet fra Medisinsk fødselsregister (2008) og er fra 2004.

Tabell 1

Fylkesoversikt over keisersnitt

Fylke	Totalt antall Keisersnitt	Hastesnitt		Generell narkose	
		Ikke planlagt			
Oslo	1494	839	57,4 %	177	11,8 %
Sør-Trøndelag	478	268	56,1 %	83	17,4 %
Vestfold	345	179	51,9	133	33,6 %

Tabellen viser at antall akutte keisersnitt ikke varierer i så stor grad mellom fylkene, mens antallet som har fått generell narkose har større variasjon. Det kan tyde på en forskjell mellom fylkene i graderingen av de ulike keisersnittene. Hastekeisersnitt får stort sett spinalbedøvelse og katastrofekeisersnitt får generell narkose.

Årsaken til keisersnitt vil innvirke på graderingen av hast. Ifølge Medisinsk fødselsregister (2008) viste en studie fra 1999 at føtalt stress pga surstoffmangel var den hyppigste årsaken for hastekeisersnitt. Langsom framgang hos mor var nesten like hyppig. Andre årsaker var tidligere gjennomgått keisersnitt samt seteleie.

I Ryding et al (1998) sin studie av 53 kvinner som hadde fått katastrofekeisersnitt var årsaken følgende; 27 var mistanke om asfyksi, syv etter mistanke om unormalt fødselsforløp, seks pga placentaruptur, fem pga føtalt leie (for eksempel seteleie), fem var pga sykdomsforhold hos mor og tre var pga psykososiale årsaker som fødselsskrek.

På avdelingsplan for anestesi er indikasjonen for keisersnitt i narkose følgende: Stor grad av hast pga blødning (placentaruptur, eller ved komplett placenta previa (ikke absolutt indikasjon)), alvorlig fosterasfyksi samt ved kontraindikasjoner mot regionalanestesi (vedlegg 1). Prosedyren på avdelingsplan for fødeavdelingen har lignende indikasjoner, men supplerer med føtalt leie og mislykket framgang (vedlegg 2).

Det er jordmor som varsler gynekolog ved mistanke om at fødselen vil utvikle seg til et akutt katastrofekeisersnitt. Han tar avgjørelsen og øvrig akutteam blir varslet ved alarm.

2.1.4 Sykepleie ved katastrofekeisersnitt

Sykepleiegruppene som er involvert i teamet er jordmødre, anesthesisykepleiere og operasjonssykepleiere. Det øvrige teamet består av barnepleier, gynekolog, kirurg og anestesilege. Sykepleierne i teamet er drillet på medisinsk handling. Den aktuelle situasjonen skal gjøres mest mulig skånsom og forhindre ettervirkninger som stress. I tillegg til utfordringene med en ekstremt akutt situasjon der sykepleierne skal kunne teknikken og prosedyrene og være i stand til å handle raskt, skal de ivareta mor og far som er i en ekstra sårbar situasjon.

Et katastrofekeisersnitt er en akuttsituasjon med de kjennetegn som karakteriseres av hast, korte beskjeder og med fokus på å redde liv. Ofte har den fødende en normal

framgang og mor og far er innstilt på en normal fødsel. Årsaken for beslutningen kommer ofte uten forvarsel. Når alarmen går, strømmer akutt-teamet til. Mor blir kjørt i full fart ned på operasjonsstua og lagt i narkose. Barnet er ofte forløst innen 6-10 minutter fra varsling. Far må sitte alene på gangen og vente inntil han får beskjed. Han følger ofte barnet til nyfødtafdelingen etter forløsningen, og sitter sammen med barnet og venter til mor er klar for kontakt med far og barn.

2.2 Stress

Matthieu & Ivanoff (2006) hevder at klinikere må ha kunnskap om stressteori. De sier videre at Lazarus & Folkman (1984) sitt rammeverk kan være gunstig å benytte av klinikere ved kartlegging, intervensjoner og som evaluering av individets stress og mestringsrespons. Det er viktig for klinikere å kunne stressteori for å kunne vite hvor målet for intervensjon er mest effektivt: På stedet for den stressfulle hendelsen, i en ettersamtale rundt tankene om hendelsen, på den fysiologiske responsen, eller ved de kognitive og adferdsmessige mestringsstrategiene (Matthieu et al, 2006).

Det har vært mye god forskning på stress de siste årene, men gapet mellom forsker og kliniker er stort (Lazarus, 2000). Forskere gjør ikke resultatene sine godt nok tilgjengelig for klinikerne. Klinikere igjen har ikke tatt bryderiet med å nyttiggjøre eksisterende forskning, selv om den er høyaktuell, i forhold til personer som har mistet sine kjære, fått en akutt eller kronisk sykdom eller har hatt en annen emosjonelt stressende opplevelse.

2.2.1 Stressbegrepet

Lazarus & Folkman (1984) inndeler stresstimuli i tre grupper: Store katastrofer, katastrofer som rammer den individuelle og dagliglivets småstressorer. Selv om de store katastrofene nesten alltid utløser stress, er det likevel ikke riktig å si at årsaken

til stressespons ligger i selve hendelsen. Små og stor katastrofer vil utløse stress hos noen og ikke hos andre. Karakteristika ved personen vil avgjøre om hendelsen utløser stress. Likevel kan ikke responsen alene sees som en definisjon på stress. Hendelsen må være troverdig som utløsende stimuli. Lazarus & Folkman (1984) definerer psykologisk stress som forholdet mellom personen og omgivelsene som er vurdert av personen som utfordrende, som stiller krav til personens ressurser og som er en trussel for personens velbehag.

Ved hjelp av kognitiv vurdering (appraisal) søker personen å gjenopprette velbefinnende. Kognitiv vurdering er evaluerende og er tilstede hele livet i våken tilstand. Den kognitive vurderingen som skjer ved en stresstimuli, kan gi helt individuelle emosjonelle utslag.

Lazarus & Folkman (1984) inndeler kognitive vurderinger i primære og sekundære. Primære vurderinger bærer preg av: ”Er jeg i trøbbel nå eller kan jeg oppnå fordeler?”, og: ” Hva skjer nå og hva skjer i framtiden?” Primære vurderinger kan inndeles i tre grupper: *Irrelevante*, der utkommet ikke har noe betydning for personens velbefinnende, *benign /positive* som har et forventet positivt utfall og *stress- vurderinger* som innebærer smerte/ tap, trussel og utfordringer. *Trussel* omfatter skader eller tap som ikke har skjedd, men som er forventet. *Utfordringer* innebærer en fokusering på mulige positive utfall, og karakteriseres av følelser som iver, spenning og opphisselse. Trussel er mer preget av følelser som sinne, angst og frykt. Trussel og utfordring er ikke gjensidig utelukkende og kan opptre blandet. Hvis personen føler et snev av kontroll, vil han heller kunne føle hendelsen som en utfordring enn som en trussel. En person som kommer ut for en hendelse han ikke kontrollerer kan skifte fokus til å beholde roen under hendelsen.

De sekundære vurderingene er: ”Hva – hvis noe – kan bli gjort med det?” Fokus er på *hvilke* tiltak som løser problemet og forventninger til *om* de løser problemet. Hvis personen ikke kan gjøre noe med hendelsen, utløses høy grad av stress.

Psykologisk sårbarhet (vulnerability) defineres som en lettpåvirkelighet til å reagere på en bred klasse hendelser. Sårbarhet er forholdet mellom individets mønster for

verdier og personens ressurser for å verne disse verdiene mot trusler. Jo større styrken i verdiene for personen er, jo mer sårbar er han når verdiene er truet.

2.2.2 Egenskaper ved personen.

Noen faktorer er knyttet til personen i relasjonen mellom stimuli og respons. Lazarus & Folkman (1984) hevder at de viktigste faktorene for våre beslutninger er verdier (comitments) og tro (beliefs). Med verdier menes det som er viktig for en person og det personen legger til grunn for sine valg. Tro defineres her som det som bestemmer ”hvordan ting er” i omgivelsene, det vil si det som skaper forståelse. Tro på personlig kontroll kan ha alle grader av variasjoner, fra stor tro på egen kontroll til ingen. Når situasjonen blir truende oppstår frykt som er en høy grad av stressfaktor. Frykten fører til at personen må endre sitt forhold til omgivelsene. De søker kontroll for å gjøre trusselen mindre. Helse relaterte objekter som kan være mål for kontroll er: mestring av smerte, hjelpeløshet, hospitalets omgivelser og behandlingsprosedyrer, utvikling av et adekvat forhold til personalet, mestring av emosjonell balanse, et godt selvbilde, et godt forhold til familie og venner eller forberedelse til en usikker framtid.

Mor og far har fysiske og psykiske reaksjoner i perinatalperioden (Brudal, 2000). Reproduksjon er en livshendelse som angår oss alle uavhengig av kjønn.

Eksistensialismen består av fire hovedtemaer; menneskets forhold til døden, menneskets muligheter for valg i livet, menneskets opplevelse av meningsløshet i tilværelsen og menneskets ensomhet i verden (Brudal, 2000). Brudal (2000) hevder at reproduksjon er det femte hovedtemaet.

Når vi møter eksistensielle tema i livet, oppstår en eksistensiell angst. Angst betraktes som en normal reaksjon som kan føre til vekst. Når vi unnviker eksistensiell angst, kan resultatet bli psykisk ubalanse eller psykisk forvirring.

I den eksistensielle tradisjon er begrepet ”opplevelsesverden” sentralt. Individets indre verden er mest betydningsfullt for en forståelse av den menneskelige eksistens. Det er ikke mulig å finne fram til en kunnskap som sier den hele og fulle sannhet om

virkeligheten. Begrepet "livsverden" kan betraktes ut fra ulike dimensjoner: *Naturverden*, som omhandler kroppen og naturlovene, *den sosiale verden*, de erfaringer vi gjør som er resultat av sosiale og kulturelle påvirkninger, *den private verden*, med tanker, karaktertrekk, drømmer og fantasier som tilhører oss selv som den personen vi er i egne øyne, og *ideologiverden* som er en abstrakt verden med fokus på etikk, moral, religiøse elementer og ideologier (Brudal, 2000). Brudal (2000) hevder at vi beveger oss inn og ut av disse verdener og i den tiden er vi i et grenseland der vi er ekstra sårbare og ensomme. Tiden i perinatalperioden er et grenseland.

Mors og fars livsverden er ikke nødvendigvis i balanse, en og samme hendelse som fødsel kan ha flere dimensjoner. For mor er naturverden dominerende i og med at hun føler endringen sterkt på sin egen kropp. Far vil i sin private verden ha en narrativ om fødselsopplevelsen som er hans egen. Erfaringer i den private verden og naturverden har kanskje ingen plass i den sosiale verden, og da inntreer ensomheten. Konsekvensen av å oppleve i privatverden er at opplevelsene kanskje ikke er akseptable i den sosiale verden og ikke kan snakkes om eller integreres. Mor og far kan være ambivalente til barnet og kan ha en opplevelse av negative følelser mens omverden forventer at den som venter barn skal være lykkelig (Brudal, 2000).

Brudal (2000) hevder at emosjonell logikk melder seg inn når livet er i endring. Ved fødselsangst er det skrekken som dominerer tankelivet. Den rasjonelle logikken uteblir både for menn og for kvinner. Brudal (2000) har valgt å betrakte prosessen i lys av regresjon. Regresjon innebærer en aksentuering av lavere funksjonsplan, mens det samtidig skjer en nedtoning av senere og høyere utviklede plan. Konsekvensen er at når vi opplever krise eller livsfaseendring kan vekten av rasjonalitet bli forskjøvet til en mer emosjonell, personlig og en mer snever og uberegnelig måte å forholde seg til verden på. Brudal (2000) har definert prosessen som en normalprosess, og det er utfallet av den som kan variere. Brudal (2000) hevder videre at den enkelte far og mor gjennomlever en regressiv prosess i forbindelse med svangerskap, fødsel og tiden etter. Den regressive prosessen kan føre til vekst og modning og omtales da innenfor fødselspsykologien som "regresjon i reproduksjonens tjeneste". Andre utfall

av den regressive prosessen kan være mer uheldige, individet kan komme i en kronisk tilstand av hjelpeløshet og angst.

Brudal (2000) viser også til endrede bevissthetstilstander som Altered states of consciousness (ASC) og Primary Maternal Preoccupation (PMP). ASC er en bevissthetstilstand der det forekommer et kvalitativt skifte i individets mentale måte å fungere på. Hos noen fedre har denne tilstanden artet seg som en følelse etter fødselen der de svever, føler seg som beruset, trollbundet og utenfor seg selv. Hos noen mødre er det tilsvarende opplevelse og kan beskrives som en ”emotional trip”. Denne endringen i bevissthetstilstanden er spontan.

PMP er en tilstand hos mor som har den hensikt å utvikle en sensitivitet slik at mor kan møte barnets behov. PMP bærer preg av en ”tåketilstand” eller en form for mental dissosiasjon, og medfører et sterkt engasjement og en uvanlig fokusering på indre opplevelser og egne mentale prosesser. Far kan også ha denne formen for bevissthetsendring (Brudal, 2000). Personen kan være klar over bevissthetsendringene eller den kan bare observeres av andre. Tilstanden kan forringe realitetene i den forstand at personen bare får med seg deler av det som skjer i omverden på grunn av konsentrasjonssvikt.

Brudal (2000) viser til at det er en signifikant korrelasjon mellom bevissthetsendringene og høyt blodtap, og det er også korrelasjon mellom anestesi og søvnforstyrrelser. Hun stiller så spørsmålet om integrering av opplevelsene er ekstra utfordrende når kvinnen har hatt stort blodtap eller har fått anestesi. Blodtap eller anestesi er faktorer som ofte er tilstede når fødselen har vært traumatisk.

2.2.3 Egenskaper ved situasjonen

Lazarus & Folkman (1984) hevder at man trenger å identifisere noen faktorer i situasjonen som gjør den potensielt farlig og truende. Faktorene har de kalt: *”Novelty, predictability, event uncertainty, ambiguity, the timing of stressful events in relation to the life cycle”* (Lazarus & Folkman 1984, s 83).

Nyhet (novelty) definerer en situasjon som personen ikke tidligere har kjennskap til. Enhver ny situasjon vil passere gjennom et preeksisterende system av skjematisk og abstrakt kunnskap med den hensikt å finne forståelse og mening. En ny situasjon er stressende bare når den er forbundet med fare eller trussel.

Forutsigbarhet (predictability) innebærer at det finnes forutsigbare karakteristika ved omgivelsene som fungerer som en advarsel for at noe som er skadelig og smertefullt kommer til å skje. Usikkerhet rundt en situasjon kan være mer vanskelig å forholde seg til enn sikkerhet selv om utfallet på situasjonen er alvorlig.

Tidsfaktoren (temporal factors) er en av de viktigste faktorene i stressfulle situasjoner. Det forutsetter at situasjonen er forbundet med trussel, skade, mestring eller vinning. Hvis situasjonen er nært forestående, vil personen raskt fatte trusselen, men det vil ikke være tid nok til å finne effektive mestringsstrategier. Panikkliknende reaksjoner blir resultatet, og stressnivået er høyt. Ved litt mer tid til rådighet vil personen være bedre i stand til å utvikle mestringsstrategier og stresset reduseres. Hvis det går noe lengre tid vil ubehaget vokse igjen, fordi en mer kompleks vurdering inntreffer. Utfallet kan da bli positivt eller negativt avhengig av personens kognitive vurderinger.

Varighet (duration) refererer til hvor lenge en stressfull hendelse varer. Lazarus & Folkman (1984) beskriver stressresponsen i tre trinn: Den innledende alarmfasen, motstandsfasen og utholdenhetsfasen/ utmattelse. Det er lite forskning på tidsfaktoren sin effekt på stress, bortsett fra den kroniske som er utmattende (Lazarus & Folkman 1984).

Midlertidig usikkerhet (temporal uncertainty) i tidsfaktor refereres til at personen ikke vet når en hendelse skal finne sted. Trusselen er større når en ikke vet når situasjonen inntreffer sammenliknet med når tiden er kjent. Det er lite forskning på området (Lazarus & Folkman 1984).

Uklarhet i situasjonen (ambiguity) oppstår når en person ikke får tilstrekkelig informasjon om en situasjon. Informasjonen er nødvendig for at en effektiv vurdering skal finne sted. Det spesielle ved uklarhet i en akutsituasjon er at det er vanskelig å

identifisere situasjonens karakteristika. Jo mer uklar situasjonen er, jo mer vil de indre personlige faktorer skape forståelse av situasjonen. Integreringen av situasjonen blir mer av personlig karakter enn hva de objektive signaler fra situasjonen tilsier. Det er umulig å forutsi en persons reaksjon på en situasjon. Selv når folk har erfaringer fra like situasjoner vil deres indre individuelle prosess gi erfaringene forskjellige meninger i deres hukommelse. En truende situasjon kan bli undertrykt i minnet i første omgang, for siden å øke i styrke og gi en ny forståelse av hvor truende den har vært. Uklarhet i situasjonen vil ikke alltid føre til at personen føler seg truet da det kommer an på personens toleranse for uklarhet. Noen ganger er uklarhet i situasjoner foretrukket fordi realitetene blir for voldsomme.

En stressfull hendelse skjer ikke i et vakuum, men opptrer i en kontekst. Den ene hendelsen kan påvirke den andre slik at reaksjonen til personen synes uforklarlig. I følge Lazarus & Folkman (1984) har folk en mental livssyklus klokke der de forventer at hendelser skal komme på bestemte tidspunkt. Normale hendelser i en livssyklus skaper ikke kriser i seg selv, men *timing*en av hendelsene kan forårsake krisene. Hvis en person faller utenfor "tidsskjema" vil det gjøre han ekstra sårbar eller ukomfortabel. Mange hendelser i livet som ikke tilhører den normale livssyklus opptrer også samtidig med livssyklushendelsene.

2.3 Post Traumatisk Stress Disorder (PTSD)

Den stressfulle hendelsen har uforutsigbart utkomme. Hos noen fører den til vekst eller likevekt, hos andre kan den utløse diagnosen PTSD. DSM-IV (1993) inkluderer den individuelle reaksjonen på hendelsen. Når to mennesker opplever samme hendelse kan den være traumatisk for den ene men ikke for den andre. Shalev (2002) velger begrepet "mulig traumatisk hendelse", siden en hendelse i seg selv har ulik evne til å frambringe stressrespons. DSM-IV (1993) sin definisjon inkluderer både direkte og indirekte eksponering. Shalev (2002) påpeker at DSM-IV (1993) sin definisjon inkluderer hendelser som ikke automatisk innebærer å være eksponert for en trussel. Traumatiske hendelser omfatter også tap (følelsesmessig tilknytning,

mestringsressurser, nettverk), eksponering for misdannede kropper, isolasjon (for eksempel ved avstraffelse av fanger i fengsel), separasjon, flytting (en trussel mot territoriale vaner) og ydmykelse og degradering (opphold i konsentrasjonsleir eller gruppevoldtekt). En felles indikator for disse faktorene er at de representerer en nyhet og uoverensstemmelse med tidligere erfaringer i livet. Det er vanskelig å forutsi sammenhengen mellom tidligsymptomer på stress, som kan være harmløse, og utvikling av PTSD. Tidligsymptomene kan arte seg som agitasjon, depresjon, angst, sinne, fortvilelse og hyperaktivitet (Shalev, 2002: Gershuny & Thayer, 1999). Symptomene er skiftende og ingen av dem varer lenge. Etter noen dager kan symptomene bli erstattet med symptomer på PTSD og depresjon.

Symptomer på PTSD er samlet i tre grupper, og kriteriene sier at det må være tilstede et visst antall symptomer fra hver av de tre gruppene: 1) Minst et gjenopplevelses-symptom (nattdlige mareritt, flashbacks, påtrengende tanker og følelser), 2) minst tre unngåelsessymptomer (tilbaketrekning fra andre, dempede affeksjoner, bestrebelsler for å unngå tanker og aktiviteter som minner om hendelsen) og 3) minst tre symptomer på uro (hypersensibilitet, konsentrasjonsvansker, søvnforstyrrelser). For å møte kriteriene for denne diagnosen må symptomene være tilstede i minst en måned etter traumet (Gershuny et al, 1999).

2.3.1 Post Traumatisk Stress Disorder (PTSD) og keisersnitt

En nyforløst kvinne som har hatt en traumatisk fødsel, kan ha reaksjoner som sammenfaller med symptomene på PTSD (Brudal, 2000). Mødrene kan ha sterke mareritt om natten og intens motvilje mot å gjenoppta seksuallivet, fordi det minner henne om fødselsopplevelsen. Far kan oppleve det å være tilstede ved fødselen som en grensesprengende opplevelse, fordi han trodde at partneren var i en livstruende situasjon. En tilbaketrekning og avvising av barnet kan knyttes opp mot sjokkerte opplevelser både for mødre og fedre, og de vil ha nok med seg selv og sine egne krisereaksjoner (Brudal, 2000).

Ryding, et al (1997) påpeker at posttraumatiske reaksjoner etter akutt keisersnitt er mer uttalt enn etter planlagt keisersnitt. 19 av 24 kvinner syntes at opplevelsen med

akutt keisersnitt var traumatisk etter noen få dager. Et par måneder etter fødselen var åtte av de 24 kvinnene fortsatt plaget av posttraumatiske stressreaksjoner. En oppfølgende studie (Ryding et al, 1998) ble utført med den hensikt å se om akutt keisersnitt fyller kriteriene til DSM-IV. Konklusjonen ble at akutt keisersnitt fyller kriteriene som en hendelse som kan utløse PTSD. Studien (Ryding et al, 1998) viser også at i tillegg til frykt for sitt eget og barnets liv, var følelsen av å ikke ha blitt godt behandlet av personalet en utløsende faktor. Frykt og sinne over dårlig behandling var størst på det tidspunkt de lå på operasjonsbordet. En litteraturstudie av Nilsson (2005) viser også at interaksjonen mellom personalet og mor har stor betydning for om opplevelsen skal ha et positivt eller negativt utfall. Der interaksjonen var av en slik art at pasienten følte seg underlegen, uviktig og dum, fordi de hadde spurt visse spørsmål, ble hele opplevelsen negativt ladet. Ved en interaksjon der pasienten følte seg sett, hørt og ble vist respekt, ble opplevelsen positivt ladet. Tap av kontroll var en traumatisk opplevelse for kvinnene, noe som kunne reduseres ved god informasjon og ved å bli vist respekt (Nilsson, 2005).

Personalets atferd kan være utløsende for fødselsangst. I et utvalg på 100 kvinner fant Sjøgren (1997) følgende årsaker til angsten: 73 % hadde liten tiltro til de som arbeidet innen fødselshjelp, 65 % hadde angst for ikke å mestre fødselen, 55 % hadde dødsangst som gjaldt kvinnen selv eller barnet, og 44 % hadde høy grad av smertefrykt. Negative forventninger, skrekk og redsel for fødsel er samsvarende med problemer ved fødselen (Bjørklund, 2004; Sjøgren, 1997, 2004).

Beskrivelsene av interaksjonen mellom personalet og pasienten kan være så varierende at det er vanskelig å trekke noen slutninger om de avgjørende faktorer (Olde, Hart, Kleber og Son, 2006).

Mødrenes disponering for å utvikle PTSD kan være relatert til andre faktorer enn hendelsen rundt selve keisersnittet og negative aspekter i interaksjonen med personalet. Disponerende faktorer kan være lav inntekt og voldelig partner under graviditeten (Rodriquez, M.A., Heilemann, M.V., Fielder, E., Ang A, Nevarez, F., Mangione CM, 2008), kvinner som er immigranter og sosialt underprivilegerte (Tham, Christensson og Ryding, 2007), opplevelsen av manglende støtte fra familie

og medisinsk personale samt tidligere depresjoner (Cigoli, Gilli og Saita, 2006), tidligere fødselsopplevelse, tidligere traumatisk opplevelse, nivå av angst og frykt, tap av kontroll og dårlig partnerforhold (Lesanics, 2005: Olde et al, 2006). Hvorvidt type fødsel spiller noen rolle er noe usikkert (Cigoli, Gilli og Saita, 2006: Lesanics 2005: Olde et al, 2006) da intensiteten i traumet, uansett type, ikke alltid har noen sammenheng med utviklingen av PTSD (Olde et al, 2006). Det er likevel funnet en viss sammenheng mellom traumatisk fødselsopplevelse og utvikling av PTSD (Olde et al, 2006).

Teorigjennomgangen viser at samhandlingen mellom mor, far og akutteamet etter beslutning om katastrofekeisersnitt er et praksisområde for sykepleiere og et relevant område for forskning innen sykepleievitenskap. Arena for samhandlingen er akutt situasjonen og egenskaper ved den er beskrevet ut fra Lazarus & Folkman (1984) sin stressteori. Egenskaper ved personen vil være avgjørende for hvordan han mestrer den akutte situasjonen, og mors og fars spesielle sårbarhet i perinatalperioden er beskrevet med utgangspunkt i Brudal (2000). Når en person møter en stressfull opplevelse vil han bruke sine ressurser på å gjenopprette velbefinnende. Hvorvidt han mestrer dette er uforutsigbart. Nyere forskning viser at det er en økt risiko for utvikling av PTSD etter en traumatisk fødsel og ved en negativ interaksjon med personalet. Mødre i risikogruppen har faktorer som kan være disponerende for utvikling av PTSD i tillegg til situasjonen rundt selve keisersnittet.

I neste kapittel diskuteres studiens design og metode.

3. Studiens forskningsdesign

I dette kapitlet presenteres først studiens design, forskningsfelt, utvalg og etiske overveielser. Deretter presenteres datainnsamling med det kvalitative forskningsintervju og forforståelse. Analyseprosessens ulike trinn beskrives, før kapitlet avsluttes med studiens troverdighet og pålitelighet.

3.1 Design

En forskningsdesign inkluderer en strategi eller en generell plan for gjennomføring av studien og en struktur eller et teoretisk rammeverk av strukturerende teorier eller begreper (Nord, 1998). Under kvalitativ design finnes forskjellige typer metodologi (Kvale, 2006). Design og metodologi bestemmes av det forskningsspørsmålet som stilles og den kunnskap som foreligger på området (Lorensen, 1998).

Studien er i skjæringspunktet mellom utforskende og beskrivende design. *Utforskende design* brukes i hovedsak for å oppdage et problem eller å definere et problem. Utforskende design er også akseptabelt når problemet er identifisert, dersom litteraturen på området er svært mangelfull eller ikke eksisterende. Denne type design er også kalt hypotesegenererende design (Nord, 1998). Utforskende design er preget av fleksibilitet, som gir forskeren mulighet til å utvikle nye teorier og ideer, til å skaffe seg ny innsikt i eksisterende fenomener samt å oppdage nye fenomener. Forskerkontrollen bør være minimal, situasjon og data skal kontrollere forskeren. Forskeren er instrumentet som kan tilpasse seg og lokalisere nye mål og gjøre en umiddelbar tolkning av nye data. Det forutsettes en stor grad av åpenhet hos forskeren. *Beskrivende design* forutsetter en viss kunnskap om fenomenet, og forskeren forholder seg til forhåndsdefinerte temaområder og styrer datasamlingen dit. Studier presenteres ofte som ”utforskende/beskrivende”, men kan deles inn i grader av struktur og forskerkontroll (Nord, 1998).

Det er flere metoder for datainnsamling. Felles for de to typer design er at de ofte har små utvalg. Formålet med studien vil avgjøre hvilken intervjuform og hvilket

utvalg som skal benyttes. En hypotese genererende studie krever i tillegg en åpen spørsmålsform (Kvale, 2006).

Spørsmålet i denne forskningsstudien er hvordan mor og far erfarer samhandlingen med helseteamet etter beslutning om katastrofekeisersnitt. Det eksisterer en del kunnskap på området i forhold til mor og utvikling av fødselsskrek som har en sammenheng med personalets atferd. Det finnes også kunnskap om at mor er i en ekstra sårbar situasjon både i forhold til å være fødende og en akuttpasient. Vi har lite kunnskap om far, men vi vet at også han er ekstra sårbar fordi han også er i perinatalperioden og han er pårørende til sine nærmeste i en akutt situasjon. Det vi ikke har så mye kunnskap om er *hva* det er ved personalets atferd som mor og far finner positivt eller negativt i sin ekstra sårbare situasjon. Hensikten med studien er å utdype innsikt i et allerede eksisterende fenomen. Studien blir derfor definert som ”beskrivende/ utforskende” design. Det er uforskende da respondenten har en mulighet til å utdype de fenomener det er liten kunnskap om i form av spontane egne tanker og refleksjoner. Studien er beskrivende da det vil følge en spørsmålsguide, og en viss form for struktur, ut fra allerede eksisterende kunnskap. Studien er hypotese genererende og intervjuformen må gi rom for nytenkning og spontanitet.

3.1.1 Forskningsfeltet

Respondentene ble rekruttert fra et større universitetssykehus, som har en forekomst på ca 50 tilfeller av katastrofekeisersnitt i året. Fødeavdelingen og operasjonstuen er forbundet med en akuttheis. Det vil ta noen få minutter fra det blir besluttet å utføre et katastrofekeisersnitt, til pasienten er på operasjonstuen. Far følger oftest mor til operasjonstuen og sitter utenfor og venter. Etter inngrepet vil mor bli kjørt til recovery, mens far oftest blir med barnet, sammen med barnepleier, for å måle og veie barnet samt å vente på mor. Når mor har kommet seg etter narkosen blir hun kjørt til barselavdelingen på enerom sammen med far og barn. Mor og far vil møte jordmor, gynekolog, fødselslege, anestesilege, anesthesisykepleier, operasjonssykepleier, recoverysykepleier og noen ganger barnelege. I denne studien

er det uvesentlig hvem det er som har samhandlet med mor og far. Alt personell bli nevnt som teamet videre i studien.

Søknad om adgang til feltet ble forelagt øverste leder for sykepleietjenesten, klinikkssjefen, som innvilget søknaden (vedlegg 3). Jordmødrene fikk både muntlig og skriftlig informasjon (vedlegg 4), og alle var positive til å delta i datainnsamlingen i studien.

3.1.2 Utvalg og utvalgsprosedyre

Studiens hensikt vil være avgjørende for størrelsen på utvalget. Det finnes ingen kriterier eller regler som på forhånd bestemmer utvalgets størrelse (Kvale, 2004: Malterud, 1999: Polit & Beck, 2004). Polit & Beck (2004) sier at følgende spørsmål bør stilles av forskeren når utvalget bestemmes; Hvem vil være en informasjonsrik datakilde for min studie og hvem skal jeg snakke med for å maksimere min forståelse av fenomenet? Det første kritisk steg i kvalitativ datasamling er å finne informasjonsrike kilder. Det viktige er at relevant data som er nødvendig for analyse og fortolkning er samlet inn. Polit og Beck (2004) hevder at en god regel er datasamling inntil metning har funnet sted, det vil si når nye intervju ikke har noe nytt å fortelle. En for stor datamengde kan gjøre materialet uoversiktlig og analysen overfladisk (Kvale, 2004: Malterud, 1999).

I denne studien var det ønskelig å høre hvilken erfaring akuttpatienten har med helseteamet. Gruppen som ble valgt måtte være av en viss forekomst, og samtidig ikke kognitivt redusert av for eksempel smertestillende eller sederende medikamenter. Valget falt på mødre og fedre som har erfart katastrofekeisersnitt og som kan gi rikelig med informasjon. Temaet, fødsel, var noe de gjerne ville snakke om og de ville gjerne delta i studien. Åtte fedre og åtte mødre, som var det planlagte antall, ble intervjuet separat en måned etter katastrofekeisersnittet. Tidspunktet var ikke tilfeldig. Det var nok tid til at de fikk komme seg litt etter fødselen og ikke så lang tid at detaljer ble glemt.

Inklusjonskriterier: 1) Kvinner som har hatt katastrofekeisersnitt for første gang, uavhengig av tidligere antall fødsler. 2) Mor og far som er norsktalende. 3) Par, der begge var tilstede da det ble besluttet å gjøre et katastrofekeisersnitt.

Eksklusjonskriterier: 1) Alvorlig komplikasjon og eller sykdom hos mor og barn. 2) Anamnese med psykisk lidelse hos mor eller far. 3) Tidligere traumatisk fødselsopplevelse.

Det var ikke ønskelig å sette flere kriterier for å få en mer homogen gruppe. Variasjon i alder, utdanning og tidligere antall fødsler kan være en styrke ved å kunne gi et nyansert bilde av ett og samme fenomen (Polit & Beck, 2004).

Jordmødrene avgjorde hvilke par som oppfylte inklusjonskriteriene ut fra eget informasjonsskriv for jordmødre (vedlegg 4). Respondentene ble gitt et informasjonsskriv med samtykkeerklæring (vedlegg 5) den dagen de ble utskrevet fra sykehuset. De som aksepterte underskrev på at forsker kunne ringe dem etter en måned og forespørre dem et intervju. Det ble i informasjonsskrivet understreket at deltagelse var frivillig og at de kunne trekke seg fra studien når som helst uten å oppgi noen grunn. Svaret ble lagt i en lukket svarkonvolutt med forskers navn, og oppbevart av postsekretær inntil de ble hentet av forsker. Forsker hadde ingen kontakt med respondentene før en måned etter utskrivelse. Nesten alle var positive til å delta, og de valgte selv å bli intervjuet i eget hjem.

3.1.3 Etske overveielser

Mødrene og fedrene er en sårbar gruppe og temaet for intervjuet er av sensitiv art. De må uttale seg om mangel på kontroll, redsel for å dø, redsel for å miste sine nærmeste og mulige krenkelser fra personalet. Derfor vil ivaretagelse av frivillighet, anonymitet og nytteverdi være en viktig del av etske overveielser.

Studien har fulgt ” Etske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden” (SSN, 2004).

Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Helse Sør, har anbefalt studien (vedlegg 6).

Norsk Samfunnsvitenskaplige Datatjeneste har godkjent studien (vedlegg 7).

Prinsippet om *frivillighet* er understreket i ”Informasjonsskriv med samtykkeerklæring” (vedlegg 5). Det er også presisert i muntlig informasjon fra jordmødre (vedlegg 4), og det er muntlig gjentatt fra intervjuer ved telefonsamtale.

Prinsippet om *anonymitet* er ivaretatt ved at respondenten først ble informert skriftlig i informasjonsskrivet. Lydbandopptak ble anonymisert ved transkribering. Det er kun veileder og forsker som vil ha tilgang til lydbandene. Opptakene ble oppbevart nedlåst med destruksjon etter sensurfall. Det vil ikke bli opplyst ved hvilket sykehus studien er gjennomført.

Prinsippet om *nytteverdi* ble presisert i informasjonsskrivet som fulgte samtykkeerklæringen (vedlegg 5). Der ble det lagt vekt på at studien kanskje ikke kom respondenten til gode, men de som kommer etter dem som en endring/forbedring av praksis.

Under en slik studie kan det komme fram at noen av respondentene hadde vært våken under generell narkose, har en ubearbeidd krise, eller tidligere traumer samt en traumatisk fødselsopplevelse kan reaktiveres. Intervjuer vil da være behjelpelig med å kontakte nødvendig hjelp. Anestesiavdeling, jordmor eller fastlege ville bli kontaktet etter behov.

3.2 Datainnsamling

Kvalitativ forskning er undersøkelse av fenomener, med en dybde og helhetstilnærming gjennom en samling av rike narrative data, der det er blitt benyttet en fleksibel forskerdesign (Polit & Beck, 2004). Forskere velger kvalitativ metode når de vil legge vekt på det dynamiske, helhetlige og individuelle aspektet ved menneskets opplevelse og når de vil fange disse opplevelsene i sin helhet, innen den konteksten opplevelsen finner sted. Forskeren ønsker å forstå menneskets liv slik det

er levd (Polit & Beck, 2004). Kvalitativ forskning er forskningsstrategier som er egnet for beskrivelse og egenskaper eller karaktertrekk ved de fenomener som skal studeres. Malterud (2006) sier at kvalitativ tilnærming passer godt for utforskning av dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet. Det eksisterer et bredt spekter av strategier og metoder innen kvalitativ forskning (Malterud, 2006: Polit & Beck, 2004). Samhandling er den dynamiske prosessen som er ønskelig å undersøke, derfor er kvalitativ tilnærming valgt i dette studiet.

3.2.1 Det kvalitative forskningsintervju.

Datamaterialet for denne studien er innsamlet ved hjelp av forskningsintervjuet. Det kvalitative forskningsintervju er egnet som metode for innsamling av data og utvikling av kunnskap når formålet er å innhente beskrivelser av informantens livsverden, deres egen forståelse og erfaringer med henblikk på tolkning av de beskrevne fenomenene (Bengtsson, 2006: Kvale, 2006). Forskningsintervjuet har som målsetning å frambringe en empirisk kunnskap om dagliglivet (Kvale, 2006). Forskningsintervjuet er mer enn en hverdagslig samtale, der målet er å utveksle synspunkter om et felles tema. Forskningsintervjuet er en faglig samtale med en viss struktur og en klar hensikt (Kvale, 2006). Det kreves bevissthet om hvordan spørsmålene stilles og om hvordan dynamikken i interaksjonen er. Atmosfæren i intervjuet må inngi en trygghet slik at det blir naturlig for respondenten å åpne seg og fortelle om sine erfaringer og opplevelser slik de faktisk er (Kvigne, Gjengedal og Kirkevold, 2002). Kvigne et al (2002) påpeker at det kreves åpenhet hos intervjueren slik at han har sett og hørt det som faktisk er sagt. Mulighetene for åpenhet hos begge partene kan bli forstyrret av flere faktorer slik som asymmetrisk maktbalanse, forskerens teoretiske innsikt, respondentens fysiske og psykiske helse, kulturell bakgrunn, kjønn, sosial klasse samt utdanning. Disse faktorene må forskeren ta i betraktning hvis han skal lykkes i å få tilgang på den andres livsverden. Kvigne et al (2002) påpeker også at informasjonen formidles i to språk, det verbale og det nonverbale. Forskeren må være åpen for det nonverbale språket og atmosfæren i intervjuet da dette kan gi verdifull informasjon.

Ifølge Kvale (2006) skal selve intervjuet ha en innledende briefing og en debriefing etter selve intervjuet. Briefingen skal inneholde en kort informasjon om studiet og intervjueren samt om lydbandopptaket. Kvale (2006) påpeker at mot slutten av intervjuet kan respondenten føle en viss spenning, engstelse eller tomhetsfølelse. Den intervjuede har gitt mange opplysninger om sitt liv og har kanskje ikke fått noe tilbake. Kanskje har de en usikker følelse for hvordan forskeren vil benytte den informasjonen som er gitt. I følge Kvale (2006) vil mange likevel føle intervjuet som en givende opplevelse, der de har fått snakke med en oppmerksom lytter. Debriefingen etter intervjuet blir en situasjon der utfyllende informasjon kan gies og der respondenten kan spørre om ting de ikke følte seg trygge på under lydbandopptaket.

3.2.2 Intervjuet, planlegging og gjennomføring

Det ble i forkant av intervjuene utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 8), som skulle fungere som en huskeliste for strukturen på intervjuet. Guiden var lik for far og mor og den ble gjennomført i alle intervjuene.

På forhånd var det blitt gjort et par pilotintervjuer på kolleger som hadde erfart katastrofekeisersnitt for å teste ut og trene på spørsmålsguiden. De første intervjuene i studien var preget av en bundethet i forhold til spørsmålsguiden. Det var lærerikt for intervjuer å lytte til de opptakene som var gjort fordi en kunne lytte kritisk til seg selv. Etter fjerde intervju ble det gjort en foreløpig analyse av datamaterialet. Det viste seg at materialet inneholdt mye informasjon som ikke var knyttet til tidsaksen i problemstillingen. Kvalitativt design har den styrken at det er fleksibelt (Polit & Beck, 2004) og tillater justeringer underveis forutsatt at forsker stiller kritiske spørsmål til sine valg som en fortløpende valideringsprosess. Intervjuformen ble justert ved de siste fem intervjuene, til i første rekke å omhandle tidsaksen fra beslutning om katastrofekeisersnitt til gjenforening av far, mor og barn. Denne intervjuformen viste seg å være mer funksjonell i forhold til å få et datamateriale som produserte kunnskap i forhold til aktuell problemstilling, teori og begrepet samhandling. Utdypingsspørsmål ble benyttet i stor grad både for å sikre at respondenten var forstått riktig, f.eks.: ”Har jeg forstått deg riktig når jeg tror at...”,

”Mener du med det at...” eller ”Kan du utdype det...”. Kontrollspørsmål er en sikring av validiteten i intervjuet. Respondenten svarer alltid sant, spørsmålet er hva han svarer sant på (Kvale, 2006; Malterud, 2006). Forskerens forforståelse innebærer også egne definisjoner av begreper. Når respondenten brukte begreper som profesjonalitet, faglig dyktighet, eller omsorg ble de bedt om å utdype sin egen oppfatning av begrepet. Pauser ble brukt aktivt i stor grad og ble gjerne brutt av respondentens eget utsagn. Ledende spørsmål som stilles uforvarende, er negativt for studiens pålitelighet (Kvale, 2006). I selve intervjusituasjonen er det vanskelig å si om dette kunne forekomme. Slike spørsmål ble derfor lyttet etter på opptaket ved transkriberingen. Andre typer ledende spørsmål ble brukt bevisst for å lede intervjuet i en retning som kunne gi svar på problemstillingen for studien.

Respondentene ønsket å bli intervjuet i hjemmet, noe som ble betraktet som en fordel da dette ga en mulighet til å observere dem i deres egen kontekst. Fordelen er at respondenten kan oppleve det mer avslappende. Derved gis det rom for større åpenhet i intervjuet som er en forutsetning for at kunnskapsproduksjon skal finne sted (Kvigne et al, 2002).

Intervjusituasjonen startet med en briefing, som inneholdt en kort informasjon om hensikten med studiet samt at det ble benyttet lydband, at disse ville bli innelåst og at bare veileder og intervjuer hadde tilgang på dem. Briefingen ble utført, men det var respondentene som styrte den i form av å ville vise fram og snakke om barnet, hvordan ammingen gikk, hvor mye nattevåk det var og om intervjuer hadde noen råd for utslett etc. Det virket som om de sa velkommen til en fagperson som kunne gi dem råd og som delte deres engasjement for barn og fødsel. De gikk inn i selve intervjuet med stor fortellerglede. Intervjuene var ment å skulle vare en halv time, men de fleste varte ca 40-50 minutter.

Debrifingen var i stor grad styrt av respondentene da de hadde mange spørsmål. Spørsmålene gjaldt situasjonen rundt keisersnittet. Debrifingen inneholdt også oppklaringer av misforståelser rundt sykehusoppholdet. Intervjusituasjonen ble totalt sett endret og tilpasset de faktiske forhold etter hvert som intervjuene ble utført. Polit & Beck (2004) hevder at det er typisk for kvalitativ forskning at en studiedesign

utvikler seg over tid. Kontinuerlig refleksjon vil endre studien underveis basert på den kunnskap som kommer etter hvert og som ikke var der i utgangspunktet.

3.2.3 Forforståelse

I utforskende/ beskrivende design har forskeren en viktig rolle som selve instrumentet. Forskeren vil bære med seg en ”ryggsekk” inn i prosjektet med holdninger, erfaringer, hypoteser og teoretisk referanseramme (Malterud, 2006). Det kan være fruktbart å bruke tid på å identifisere sin egen ryggsekk i forkant av studien ved å stille seg selv visse spørsmål (Malterud, 2006: Polit & Beck, 2004). Uidentifisert forforståelse kan føre til en skjevhet i studien. I denne studien med ekstra sårbare respondenter følte det særlig viktig og fruktbart å gjennomgå spørsmålene eller testlisten i Malterud (2006) og Polit & Beck (2004). Som forsker lover en seg selv å være tro mot respondentene og det de har sagt. Det innebærer å ta ansvar for sin egen forforståelse slik at den ikke blir ødeleggende. Flere ganger under studien ble spørsmåls- og testlisten kontrollert. Likevel opplevde jeg at jeg skulle til å stoppe i spørsmålsrekken på et for tidlig punkt, fordi mine holdninger var blitt bekreftet. Det viste seg at når jeg fortsatte med utdypningsspørsmål, ble resultatet et helt annet.

3.3 Analyseprosessens ulike trinn

Kvalitativ forskningstilnærming er preget av fleksibilitet og forskeren jobber ofte parallelt med flere faser i forskningsprosessen (Blystad, 2005). Blystad (2005) hevder at datainnsamling, analyse og tolkning som regel er så sammenvevd at det blir misvisende å vise til analysen som en egen fase i forskningen. Det er ikke tilstrekkelig å vise til et anerkjent analytisk rammeverk som en forklaring på resultatene. Kreativitet som er et element for innlevelse og innsikt, er vanskelig å legge ut for ”inspeksjon”. En kan derfor bare delvis vise til hvordan en er kommet fram til de forskjellige punktene i analysen. Kravet om validitet i analysen er at

forsker må kunne vise til alle trinn og alle valg som er gjort i prosessen (Kvale, 2006: Malterud, 2006: Polit & Beck, 2004). Det er i denne studien forsøkt å legge tydelige spor etter seg slik at alle konklusjoner skal kunne tilbakeføres til det opprinnelige datamaterialet.

Malterud (2006) påpeker at en gjennomarbeidet og veldokumentert analyse er det som skiller vitenskaplig arbeid fra vanlig ”synsing”. Et vitenskaplig arbeid skal stille spørsmål til materialet, lese materiale i lys av spørsmålsstillingen og organisere og gjenfortelle svarene på en systematisk og relevant måte.

Kvalitativ analyse innebærer filtrering og reduksjon (Malterud, 2006). De fleste prinsipper for analyse i kvalitativ forskning bygger på dekontekstualisering og rekontekstualisering. Forskeren velger de elementene han vil se nærmere på, løfter dem ut av teksten og sammenlikner dem med andre elementer i materialet. I rekontekstualiseringen skal forskeren se på om svarene fortsatt stemmer med helheten.

Trinnene i analysen for denne studien vil bli gjort rede for videre i dette kapittel. Selv om analyse og fortolkning er tilstede under hele prosessen (Kvale, 2006: Malterud, 2006: Polit & Beck, 2004) er det i denne studien valgt å starte analysekapittelet med transkriberingen. Mor og far ble analysert hver for seg.

3.3.1 Transkriberingen

Transkriberingen av det muntlige datamaterialet er ikke bare en teknisk prosess, men en tolkningsprosess i seg selv (Kvale, 2006: Malterud, 2006). Transkriberingen er en dekontekstualisering og gjenspeiler ikke virkeligheten. Muntlig og skriftlig språk har forskjellige regler. Det som kan leses i teksten er ikke identisk med det som er sagt (Kvale, 2006: Malterud, 2006). Ifølge Malterud (2006) er hensikten med transkriberingen i kvalitativ tilnærming å gjøre tale om til tekst slik at data blir tilgjengelig for analyse. Kvale (2006) påpeker at hensikten med analysen, og problemstillingen for studien, vil være avgjørende for den transkriberingsformen som blir benyttet. Det er mange muligheter for feilkilder i transkriberingen, blant annet

opptakets kvalitet (Kvale, 2006). Polit & Beck (2004) viser til tre hovedkategorier for feil: Rydding i teksten for å få den til å se ut slik den burde, ved å ekskludere forstyrrelser og alle pauser, ”eh” og ”ummm”, feil ved pauser, tegnsetting og misforståelser av ord som kan endre meningen i utsagnet, tap av kroppspråk, understekninger og stemmeleie. En mest mulig korrekt og hensiktsmessig transkribering er av avgjørende betydning for studiens totale reliabilitet og validitet (Kvale, 2006).

Intervjuene ble tatt opp med lydband og de ble transkribert umiddelbart av forsker selv. Det ferdige datamateriale bestod av ca 150 sider fra mor og 130 sider fra far. Dette var mange timers jobb, men hadde sine fordeler. Når forsker var bindeledd mellom tale og tekst ga bedre kvalitet på transkriberingen. Selv om det er en fordel å få intervju respondenten i sin egen kontekst har det også sine negative sider. Forsker har liten kontroll på støy som forringet opptakskvaliteten i respondentens hjem. Støy fra kjøkkenmaskiner, telefoner og barnegråt gjorde deler av opptaket uklart. Dette ble i stor grad opprettet av forskeren selv ved umiddelbar transkribering etter intervjuet, da forskeren kunne huske situasjonen og hva som ble sagt.

Opptakene ble lyttet til og omformet til skriftelig materiale og forsker fikk mulighet til å se nye betydninger i datamaterialet. Hensikten med analysen er i dette studiet en meningskategorisering av det som er faktisk sagt og hørt. Underliggende betydninger eller språklige nyanser og alle ”eh..umm” samt pauser, ble ikke fullstendig nedskrevet.

3.3.2 Veien mot tema

Koding kan defineres som: *”The process of transforming raw data into standardized form for data processing and analysis; in qualitative research, the process of identifying recurring words, themes or concepts within the data”* (Polit & Beck, 2004 s 713). Etter at intervjuene var utført, ble det skrevet et kort resymé, med fokus på det mest sentrale tema i intervjuet. Resymeet ble benyttet etter tematiseringen av transkripsjonene og det viste seg å være samsvar mellom førsteinntrykket av intervjuet og tematiseringen. Organiseringen av datamaterialet startet med en

kryssgjennomlesning av alle transkripsjonene for å finne sentrale tema. De sentrale tema kunne være ord som stadig gikk igjen eller emneområder som det ble snakket mye om. Enkelte tema ble for upresise og overlappet hverandre. Etter nærmere bearbeidelse ble noen av de opprinnelige tema slått sammen mens andre ble mer presist utformet.

For far ble det kodet ni tema:

- 1) *Informasjon*; fordi det ble mye snakket om i intervjuene
- 2) *På sidelinjen*: fordi det ble gjentatt at far ikke ville være i veien, eller at han var ”uviktig” i denne sammenhengen
- 3) *Tillit til personalet*: fordi det ble nevnt på forskjellige måter at de alle hadde tillit til personalet.
- 4) *Kontakt med personalet*: fordi forskjellige typer kontakt med personalet ble nevnt.
- 5) *Profesjonalitet*: fordi selve ordet profesjonalitet ble nevnt av alle.
- 6) *Ro*: fordi ordet ro ble gjentatt av alle.
- 7) *Stress*: fordi ordet stress ble gjentatt av alle.
- 8) *Inntrykk hos far*: fordi far hadde en del inntrykk som ikke hadde noe annet fellesbegrep da det var både mønster og forskjeller.
- 9) *Følelser hos far*: fordi far hadde en del sterke følelser i situasjonen.

På grunn av for mye overlapping ble profesjonalitet, ro og stress i likhet med inntrykk og følelser slått sammen til ett tema. Det ble seks tema totalt: Informasjon, tillit til personalet, kontakt med personalet, profesjonalitet, stress og ro var egenskaper ved personalet som far observerte og som førte til at han dannet seg et inntrykk av dem. På sidelinjen og inntrykk og følelser hos far ga uttrykk for hvordan far følte seg i situasjonen.

Hos mor ble det i utgangspunktet funnet 16 tema. Kodingsprosessen viste at det ble mye overlapping, og flere tema ble slått sammen til totalt 12 tema.

- 1) *Informasjon*: Fordi det var et tema alle snakket om.
- 2) *Bekymring for barnet*: fordi det var alle mødrenes fokus
- 3) *Mors mottakelighet*: Fordi mor uttrykte i noen intervju at de var slitne, opptatt med rier, lukket øynene og ”forsvant” fra situasjonen, at de sov og at de var ”hinsides”.
- 4) *Tillit/ Trygghet*: To tema alle snakket om, som ble sammenslått til ett på grunn av overlapping.
- 5) *Skuffelse og lettelse*: fordi ordene ble brukt i intervjuene som beskrivelse på hva de følte da beslutningen ble tatt.
- 6) *Omsorg*: Et tema som gikk igjen i alle intervjuene som erfart eller savnet.
- 7) *Kompetanse/ profesjonalitet*: to tema som alle nevnte og som ble slått sammen. Når respondenten brukte de ordene ble de bedt om å komme med en utdyping av begrepet.
- 8) *Dobbelrolle: fødende og operasjonspasient*: Et tema som gikk igjen i alle intervjuer.
- 9) *Endring/på operasjonsstua/mye folk*: Tre tema som ble nevnt av alle og ble slått sammen på grunn av overlapping.
- 10) *Smerte/ ubehag/ redsel*: Tre tema som ble nevnt av alle og slått sammen på grunn av overlapping.
- 11) *Tidsperspektivet*: Et tema som gikk igjen i alle intervjuene og som enten handlet om uklar opplevelse av tid og hvilket tidspunkt som var best egnet for forskjellige intervensjoner, som for eksempel informasjon.
- 12) *Kommunikasjon*: Ett tema som gikk igjen i alle intervjuer.

Informasjon, tillit/trygghet, omsorg, kompetanse/profesjonalitet, endring/på operasjonsstua/mye folk og kommunikasjon var tema som beskrev egenskaper ved personalet. Bekymring for barnet/mors mottakelighet, skuffelse/ lettelse, dobbeltrolle, smerte/ubehag/redsel var tema som beskrev egenskaper ved mor. Tidsperspektivet var tema som beskrev egenskaper ved både mor og personalet.

3.3.3 Veien mot koder

Koding er en systematisk dekontekstualisering hvor deler av teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng (Malterud, 2006). Prosessen for å organisere og redusere datamaterialet til mindre og mer oversiktlige enheter omtales i Polit & Beck(2004) som utvikling av et kategoriseringsskjema. Det finnes ingen enkle retningslinjer for hvordan dette skal gjøres (Kvale, 2006: Malterud, 2006: Polit & Beck, 2004). Noen ganger foreslås å utarbeide et kategoriseringsskjema før innsamling av data, andre ganger som i denne studien, er det planlagt å gjøre det etter granskning av datamaterialet. De seks tema hos far og 12 tema hos mor ble utgangspunktet for fargelegging av utsagn i intervjuene. Meningsbærende enheter i alle intervjuene om det aktuelle tema ble gitt en fargekode. Den meningsbærende enheten kunne bestå av en løsrevet setning eller et avsnitt som belyste tema (Malterud, 2006). Deretter ble meningsbærende enheter med samme fargekode klippet ut av alle intervjuene og samlet under det aktuelle tema. Tekstene som ikke var fargelagt, som ikke passet under noen av temaene, ble gjennomgått for å se hva de inneholdt. Disse tekstene handlet om tema som lå utenfor problemstillingen. Eksempler var relasjonen mellom mor og far, hendelser før de ankom sykehuset, praktiske problemer i forhold til hjemmesituasjonen og nettverket rundt dem Dette er interessante tema, men uten relevans for denne studien.

Neste trinn i organisering og reduksjon av materialet var å gjennomgå innholdet i hver av kodegruppene som foreløpig hadde samme navn som de opprinnelige tema. Meningsinnholdet i hver enhet ble gransket uten kondensering. Dette ble gjort for ikke å miste innhold ved rekontekstualiseringen. Meningsinnholdet ga igjen grunnlag for nye tema. Ved gjentatt lesning av utsagnene under de nye tema ble det

dannet et inntrykk av hva respondentene sa om temaene og det ble foretatt en ”språkvask”. Hensikten var å finne kjernen i hva de enkelte meningsbærende enhetene handlet om. Dette kunne være vanskelig fordi en meningsbærende enhet kunne inneholde ord fra flere tema, og betydningen ble forskjellig alt etter hvilket tema en leste setningen ut fra.

En tabell for hver av kodegruppene ble laget for å få en oversikt over hva som ble sagt om hvert tema. Dette lettet arbeidet med å synliggjøre hvor de alternative tolkningene egentlig kom fra. De meningsbærende enhetene ble lest fra teori, problemstilling, begrepet samhandling og mors og fars situasjon. Ved å lage tabeller for hver kodegruppe kom det tydelig fram at det var samme meningsinnhold på tvers av de opprinnelige tema. Denne organiseringen førte til at nye tema dukket opp. I tabell 3.1 vises fremgangsmåten i første fortolkende fase.

Tabell 2

Eksempel på første fortolkende fase relatert til temaet informasjon

Meningsbærende enhet	Tema
..jeg savner kanskje litt informasjon om akkurat det der da, men så kom en sykepleier tilfeldigvis forbi og sa at jeg ville bli hentet når de skulle begynne..	savner informasjon
..vi var hele tiden godt informert om forløpet... og det gjorde at vi var litt i forkant av situasjonen... jeg opplevde at de fortsatt hadde kontroll og de informerte oss på samme rolige måte..	å være i forkant
..det som er viktig er at du får vite hva som skjer..akkurat når det skjer..det er viktig å få høre om det går bra fortløpende	fortløpende informasjon

3.3.4 Veien mot subkategorier

En kategori kan ifølge Kvale (2006) være oppstått på forhånd eller, slik som i dette tilfellet, være utviklet under analyse. Den kan også komme fra teori, fagspråk eller

intervjupersonens eget utsagn. I det følgende blir den type kategori benevnt som subkategori.

Ved å gå gjennom innholdet i hver kodegruppe og å tolke hvert utsagn i forhold til hva det uttrykte ”dukket” nye tema opp eller ble tydeligere. Samme tema ”dukket opp” i de ulike kodegruppene, for eksempel temaet kontroll. Nye tema førte til ny organisering av meningsenhetene. De opprinnelige kodegruppene ble oppløst og organisert på nytt i forhold til tema som kom fram og utgjorde subkategoriene i tabellen. Datamaterialet slik det så ut nå ble organisert og analysert på nytt i forhold til subkategoriene. De meningsbærende enhetene ble på nytt organisert under de nye subkategoriene. Etter kondensering ble innholdet under hver subkategori mer tydelig og subkategoriene fikk nye overskrifter.

Etter første koding ble datamaterialet fra fedrene organisert i 18 nye subkategorier: opplevelser (sterke, positive, negative), venting, støtteperson, tidsperspektivet, feedback, undring, ambivalens, vurdering, endring, informasjon kompetanse, ivaretagelse, inkludering, tillit, kommunikasjon og kontakt. Lesingen av sammendragene under hver av disse subkategoriene, førte til at noen ble slått sammen. Vurdering og undring ble slått sammen til endret forløp og noen subkategorier ble utelatt da de ikke var relevante for studiens problemstilling og hensikt. Et eksempel var støtteperson. De nye subkategoriene for far ble *Lettelse*, fordi fedrene følte det da beslutningen om keisersnitt ble tatt. *Å være i forkant*, ble gjentatte ganger beskrevet på forskjellige måter som viktig og som en kvalitet hos personalet. *Kontroll over situasjonen*, beskrives av respondenten som at personalet hadde kontroll og hvilke kriterier de la til grunn for den beskrivelsen. *Inkludering*, ble kodet fordi fedrene følte seg delaktige ut ifra forskjellige beskrivelser. *Ivaretagelse gjennom hele prosessen*, var en annen kode fordi respondentene beskrev ivaretagelse på forskjellige måter. *Personalet viste sin kompetanse, faglige dyktighet og omtanke for mor og far på ulike måter*, fordi opplevelsen av de kvalitetene ble uttrykt på mange måter. *Gjennomgående god informasjon*, fordi respondentene opplevde at de fikk god informasjon tilrettelagt til de forskjellige situasjonene som oppstod. *Far alene med barnet etter snitt*, fordi alle fedre hadde klare beskrivelser av opplevelsen

fra den situasjonen. *Far tilsidesatt eller "glemt"*, fordi far hadde mange tanker om situasjonen der de ventet utenfor operasjonstuen. *Viktig med kontinuerlig informasjon til far under operasjonen*, fordi alle fedrene nevnte det som viktig og som et savn. *Vanskelig å klage, påpeke mangler*, fordi noen av fedrene uttrykte dette på forskjellige måter. *Endret forløp*, fordi det var egenskaper ved situasjonen i endringsfasen som far beskrev inngående.

Etter første koding av datamaterialet fra mødrene ble det tydelig at det var mye overlapping. De første kodegruppene ble oppløst og de nye fikk mer dekkende navn slik at overlappingen ble redusert. Enkelte tema begynte etter hvert å framstå som tydelige og det ble mulig å se hva som var essensen i mødrenes erfaringer. De nye kodegruppene ble: *Lettelse*, fordi alle mødrene sa noe om det, og at det hadde betydning for hvordan de gikk inn i akuttsituasjonen. *Skuffelse*, fordi de fleste mødrene følte skuffelse på et tidspunkt. *Informasjon*, fordi alle snakket om det som et sentralt tema. *Dobbelrolle*, fordi det ble den nye situasjonen som mødrene måtte forholde seg til både på operasjonstuen og på barsel. *Fokus*, fordi det etter hvert framstod som et mer tydelig tema som omfattet flere tema fra første koding. *Hukommelse*, fordi mødrene snakket mye om at de ikke husket særlig når det gjaldt informasjon og som gjør det tydelig at de ikke kunne beskrive teamets totale atferd fullstendig. *Ivaretagelse*, fordi det var dekkende for flere tema som overlappet hverandre, f. eks omsorg, tillit/trygghet og kommunikasjon. *Opplevelser, positive-/negative*, ble kodet i første rekke fordi det så ut i første omgang som disse opplevelsene var viktige uten at de kunne plasseres i en mer spesifikk gruppe. Kodegruppen ble oppløst etter kondensering da det var tydelig at opplevelsene kunne plasseres i andre kodegrupper. *Redd for barnet*, fordi kodegruppen framstod som en viktig del av mødrenes fokus. *Ubehag*, som var en kode som samlet temaene redsel, smerte og ubehag og framstod som en kodegruppe som var en forklaring på mødrenes evne til mottakelighet. *Mottakelighet*, ble en kodegruppe som mødre beskrev som "å være utkoblet", "alt var som en tåke", "å være utenfor tid og rom", "å være nesten bevisstløs". *Oppfølging*, fordi flere tema fra den gamle kodegruppen inneholdt utsagn som var mer fruktbar å kode som oppfølging, for eksempel tidsperspektiv, omsorg og

kommunikasjon. *Tillit til kompetanse*, fordi alle mødrene på forskjellige måter beskrev at de hadde tillit.

3.3.5 Veien mot hovedkategorier

Etter prosessen med å finne subkategorier, skal de kobles sammen og utvikle høyere begrepsmessige strukturer, eller teoribygging (Kvale 2006). Ved sammenslåing av kategoriene viste det seg at noen subkategorier endret navn fordi de var for uspesifikke. Noen av subkategoriene ble til hovedkategorier fordi navnene var beskrivende for grupper av beskrivelser og begreper. Kategorien med subkategoriene ble inndelt i to enheter fordi en gruppe beskrev fars spesielle situasjon med den fortløpende tidsaksen og den andre gruppen beskrev hva far erfarte av kvaliteter hos teamet.

Følgende tabeller viser hvilke kategorier som ble slått sammen og hvilke hovedkategorier de hører inn under.

Tabell 3

Far om fars situasjon

Hovedkategori	Far venter alene	Far alene med barnet	Vanskelig å klage
Subkategori	Lettelse Redsel Hurtig beskjed	Glede og sårhet Alenefølelse Dialog mellom føden og barsel	Utakknemlighet Tilrettelegging Kompetansemangel

Tabell 4

Far om teamet

Hovedkategoror i	Kontroll	Å være i forkant	Gjennomgående gode informasjon	Gjennomgående og ivaretagelse
Subkategori	Ro Tydelighet Fokusert Samstemt	Forberedt Vet hva som skal skje Planlegging	Tidspunkt Vet hva som skjer Fortløpende Balanse	Inkludert Profesjonalitet Tilpasning

Etter gjennomlesning av det kondenserte materialet fra mødrenes datamateriale, der essensen i beskrivelsene kom mer tydelig fram, viste det seg å være gunstig å inndele subkategoriene i to hovedgrupper. En gruppe omhandlet mødrenes situasjon og en gruppe var mødrenes beskrivelse av teamet. Følgende tabell er brukt for å vise hovedkategoriene for mor:

Tabell 5

Mor om mors situasjon

Hovedkategori	Endret kurs	Hukommelse	Tap av kontroll
Subkategori	Fokus Redd for barnet Skuffelse/lettelse	Husker godt Husker delvis Husker ikke	Mottakelighet Ubehag Dobbelrolle

Tabell 6

Mor om teamet

Hovedkategor i	Informasjon	Oppfølging	Ivaretagelse	Tillit til kompetanse
Subkategori	Fortløpende	Kontinuitet	Å ta seg tid	Ro
	Forberedende	Ettersamtaler	Det lille ekstra	Tydelighet
	God informasjon	Savner	Trøst	Fokus
	Savner informasjon	oppfølging	De brydde seg	Orden i kaos
				Overgivelse
				I gode hender

3.3.6 Veien mot tema

Etter flere gjennomlesninger av teksten i forskjellige sammenhenger og sammensetninger under forskjellige tema, kom gradvis ”følelsen” av at både fedrene og mødrene beskrev et team med høy kompetanse. Fedrenes situasjon var preget av at de måtte tilpasse seg endringer samt at de var delvis uforberedt på de følelser endringene medførte. Flere begrep var mulige under prosessen men de var ikke dekkende for fedrenes beskrivelser. Stadig nye gjennomlesninger av det transkriberte datamaterialet for å finne sitat og for å kontrollere at de var hentet fra riktig hendelse, førte til en presentasjon av funn samt en modningsprosess i forhold til overordnet tema. Sluttresultatet ble *Kursendring* som en beskrivelse på fars erfaring med den situasjonen som oppstod uforberedt og plutselig. Når fedrene beskriver personalet, beskriver de et team som har *Høyekspertise* og som utøver en kompleks handling med kvaliteter på mange plan. Ved analysen av mødrene var det enklere å se at hun også beskrev et team som har *høyekspertise*. Mødrenes og fedrenes beskrivelse av teamet er høyekspertise selv om nyansene er litt forskjellig. Nyansene i beskrivelsene

er ikke gjensidig motstridene men utfyllende og gir en helhetlig beskrivelse av et team som fungerer optimalt.

Situasjonen for mødrene var meget forskjellig fra fedrenes. Under analysen ble det stadig mer tydelig at mors mottakelighet og hukommelse var meget redusert pga smerter og redsel, men at de hadde et klart fokus som handlet om å redde barnet. Hovedtema for mødrene som var beskrivende for deres situasjon, ble *Fokus i tåke*.

3.4 Studiens validitet, reliabilitet og generaliserbarhet

Validering av en studie er å stille spørsmål om den kunnskap som er blitt produsert er sann og gyldig (Kvale, 2006; Malterud, 2006), eller å stille spørsmålet om kunnskapen gjenspeiler sannheten (Polit & Beck, 2004). Kravet om den absolutte sannhet har sitt ytterpunkt i den positivistiske vitenskapstradisjon der sannheten er absolutt i motsetning til den subjektive realismen der alt kan bety alt. Kvale (2006) forsøker å unngå disse ekstreme posisjonene når han innfører begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet. Begrepene er blitt kritisert fordi de har sitt utgangspunkt i kvantitativ forskningstradisjon. Kvale (2006) har valgt å ikke avvise begrepene, men å gjenskape dem i en form som er tilpasset kvalitativ forskningstradisjon. Både kvalitative og kvantitative forskningstradisjoner må vise til godt handverk, ut fra vitenskaplige etterrettelighet. Kravet som stilles til vitenskaplig kunnskap i forhold til hverdagskunnskap, er at den er innhentet og systematisert i henhold til de krav som vår kultur kjenner og anerkjenner.

3.4.1 Validitet

Spørsmål til validitet må stilles i hver fase av intervjuundersøkelsene. Validering er en kontinuerlig holdning gjennom hele forskningsprosessen (Kvale, 2006; Malterud, 2006). Krav om absolutt sannhet er byttet ut mot et ønske om et forsvarlig kunnskapsutsagn. Kvale (2006) beskriver tre former for validitet i kvalitativt forskningsdesign: Vurdering av forskerens handtverksmessige kvalitet, evnen til å kommunisere kunnskapen, og evnen til kunnskapsanvendelse. Tre viktige begreper

for håndverksmessig validering er å kontrollere, å stille spørsmål og å teoretisere. Svarer respondenten sant? Er emnet glemt, forherliget eller tabubelagt? Hva svarer respondenten sant på? Er spørsmålet riktig stilt og oppfattet? Spør vi i forhold til det vi vil vite? Snakker vi forbi hverandre?

Komunikativ validitet innebærer å overprøve kunnskapen i en dialog. De som skal validere tolkningen, kan være intervjupersonen, det allmenne publikum eller det vitenskapelige miljøet.

I pragmatisk validitet blir begrunnelse erstattet med anvendelse. Malterud (2006) knytter pragmatisk validitet opp mot begrepet relevans. Relevans følger etter ferdigstilt studie og sier noe om hvorvidt kunnskapen ble tatt i bruk. Spørsmålet om relevans kan også stilles i forkant av studiet, om kunnskapsproduksjonen vil føre til noen praktisk konsekvens i den konteksten problemstillingen hører hjemme.

Alle trinn i prosessen er viktig, og det skal legges igjen spor slik at ”revisjonen” vet hvilken vei en har gått og hvilke valg en har tatt (Kvale, 2006). Valideringsprosessen starter ved søk i databasene. Ut ifra den opprinnelige spørsmålstilling som gir grunnlag for databasesøk vil det utformes en aktuell problemstilling. Hvis det viser seg at kunnskapsområdet er forsket mye på før, vil studien ha liten relevans (Malterud, 2006). I denne studien har litteratursøk pågått kontinuerlig. Det er funnet få liknende studier som spesifikt omhandler samhandling i akuttsituasjonen slik den erfares av pasient og pårørende.

Spørsmålsstillingen må vurderes ut ifra om den er dekkende for forskerens egentlige spørsmål. Kvale (2006) spør hvem, hva og hvor ved vurderingen. I denne studien er svaret mødre og fedre som erfarer fenomenet samhandling med personalet i en kontekst som er katastrofekeisersnitt. Hensikten med studien, å beskrive mors og fars erfaring, burde være relevant og oppnåelig. Når problemstillingen og hensikt er definert, er det tid for å spørre: Hvordan? Hvilken metode er egnet for å finne svar på spørsmålet?

Transkripsjonens gyldighet er vanskelig å bedømme, ifølge Kvale (2006). Spørsmålet er ikke om transkribering er korrekt, men om den er nyttig.

Trinnene i analysen viser veien fra rådata til hovedtema. Begrunnelse for valg av metode, utvalg, intervju type og utfordringer til instrument, transkripsjonen samt trinnene i analysen, diskuteres i kapittel 3.

En kvalitativ analyse gir muligheter for flere fortolkninger, selv om forskjellen ikke har vist seg å være så uttalt som kritikken tilsier (Kvale, 2006). Denne studien er en studentoppgave der veileder er involvert, slik at prinsippet om ”peer debrifing” (Polit & Beck, 2004) er til en viss grad tilstede.

Presentasjon av funn skal utføres på en måte som er leselig og forståelig og hensiktsmessig i forhold til studiens hensikt og problemstilling (Kvale, 2006). Funn presenteres i kapittel 4.

Et funn er ikke valid før det er drøftet opp mot aktuell teori, ifølge Kvale (2006). Det redegjøres for teoretiseringen i kapittel 5.

Forskerens evne til å kommunisere sin forskning påvirker den gyldighet den får (Kvale, 2006; Malterud, 2006). Kvale (2006) kaller dette for kommunikativ validitet. Forskeren skal spørre hvem som er leseren av kunnskapen som er utviklet. Forskeren må bruke det språket som adressaten forstår og konklusjoner og argumenter må framsettes slik at de oppfattes som troverdige. Denne studien er utført som en del av en mastergrad inne sykepleievitenskap. Sykepleievitenskap er nært knyttet opp til praksisfeltet. Det er et ønske at studien skal tillegges en pragmatisk relevans. Adressaten er utøveren i praksisfeltet, og presentasjonen av den kunnskap studien gir, må finne et uttrykk som gjør resultatet tilgjengelig for praksisfeltet.

3.4.2 Reliabilitet (pålitelighet)

Reliabilitet eller pålitelighet har med forskningsfunnenes konsistens å gjøre (Kvale, 2006). Kvale (2006) har spesielt tatt opp reliabilitet i forhold til spørsmålstillingen i intervjuet. Ledende spørsmål kan være uheldig hvis de ikke er en bevisst del av intervjuet, men stilles uforvarende. I den grad ledende spørsmål er bevisst leder de mot noe, og er også en sjekkliste for intervju svarenes reliabilitet. Intervjupersonen

svarer alltid sant, men spørsmålet er hva han svarer sant på (Kvale, 2006: Malterud, 2006). Spørsmålstillingen er redegjort for i kapittel 3.

Reliabiliteten ved forskningsfunnene vil også være avhengig av kvaliteten på transkripsjonen. Kvaliteten på transkripsjonen er både avhengig av opptaket og av den som utfører skrivingen (Kvale, 2006).

3.4.3 Generaliserbarhet

I vår daglige interaksjon generaliserer vi spontant. Ut ifra det vi erfarer fra en person eller en situasjon, forutsetter vi nye hendelser. I forhold til positivistisk tradisjon er målet å finne lover om menneskelig atferd som skal kunne gjøres universelle. Humanistisk vitenskap har sentrert seg om det unike individuelle, og postmodernismen har vektlagt kunnskapens mangfold og det kontekstuelle (Kvale, 2006). I følge Malterud (2006) er det kun unntaksvis at det gjøres funn som gjelder for alle mennesker i alle samfunn under enhver historisk epoke. Malterud (2006) bruker begrepet *overførbarhet*, som har sine begrensninger, og sier at utvalgsstrategien er betingelser som bestemmer hvor grensene går. Overførbarhet avgjør hvorvidt funnene gir mening utover seg selv. Kvale (2006) beskriver tre former for generalisering: Naturalistisk generalisering, som er basert på personlig erfaring, statistisk generalisering som er formell og eksplisitt, analytisk generalisering, som er en begrunnet vurdering av i hvilken grad funnene fra en studie kan forutsi andre situasjoner.

Denne studien er hypotesegenererende og har ikke som utgangspunkt å være generaliserende. Utvalgsstrategien er heller ikke planlagt med det formål å skulle generalisere. Hvorvidt funnene er overførbare til andre i den konteksten problemstillingen foreligger, vil kunne avgjøres i praksisfeltet. Om funn virker troverdige og gjenkjennbare for utøverne, i den grad at de vil implementere dem i praksis, vil vise seg etter studiens slutt. Hvis kunnskapsproduksjonen blir anvendt vil en si at studien er generaliserbar i kvalitativ forstand.

4. Funn

Rekruttering av respondenter startet i slutten av november 2007, og varte til midten av juni 2008. I denne perioden ble det utført totalt 15 katastrofekeisersnitt på det aktuelle sykehuset. Av disse ble syv foreldepar ekskludert av ulike årsaker. Det ene intervjuet der mor og far hadde annet morsmål ble utført og transkribert, men ble ekskludert fra analysen. Andre par ble ekskludert på grunn av sykt barn og dødt barn og ett par hadde bosted i en annen kant av landet. Av det totale antall på 15 katastrofekeisersnitt ble fire par ekskludert fordi de var fremmedspråklige. Totalt åtte fedre og åtte mødre ble intervjuet. Alle som ble forespurt om deltagelse, samtykket.

Variasjonen ved respondentene som ble intervjuet var stor, spesielt i forhold til hvordan fødselen artet seg før beslutningen om katastrofekeisersnitt ble tatt. Andre variasjoner var alder, utdanningsnivå, antall tidligere svangerskap og fødsler. Indikasjonen for keisersnitt var variabel i utgangpunktet, men truende asfyksi var årsak til den endelige avgjørelsen hos de fleste mødre. Etter at beslutningen ble tatt om katastrofekeisersnitt, hadde historiene likhetstrekk.

De to hovedtema som karakteriserer analysen av fedrene: *Kursendring* og *høyekspertise* er ikke gjensidig utelukkende. Når fedrene omtaler hendelsene rundt katastrofekeisersnittet, beskriver han egne reaksjoner samt samhandlingen i en del av en kontekst der han, situasjonen og teamet er involvert. Fars reaksjoner er avhengig av den samhandling han har med teamet i situasjonen. Temaet *kursendring* er dekkende for fars situasjon. Far må på grunn av endret kurs erfare en situasjon han ikke hadde forestilt seg. Den erfaringen han beskriver med teamet i situasjonen, er en beskrivelse av et team som på alle plan er *høyekspertise*. Kategoriene under tema høyekspertise flyter delvis over i hverandre da samme begrep har en tendens til å gå igjen i samme setning. Kategoriene er likevel opprettholdt da fedrene har beskrevet forskjellige kvaliteter ved personalet med en del felles begrep.

4.1 Kursendring

Kursendring består av de tre kategoriene; *far venter*, *far alene med barnet*, og *vanskelig å klage*. Situasjonene de tre kategoriene beskriver opptrer på hvert sitt tidspunkt på tidsaksen, fra beslutning fram til gjenforening med mor. Tabellen under viser de tre kategoriene og hovedtema.

Tabell 7

Kursendring for far

Kategorier	Overordnet tema
Far venter alene	Kursendring
Far alene med barnet	
Vanskelig å klage	

4.1.1 Far venter alene

De fleste fedrene følte selve beslutningen om keisersnittet som en lettelse selv om de i utgangspunktet hadde forventet et normalt fødselsforløp. Situasjonen for mor og barn før beslutning var blitt vanskelig. De følte de hadde full tillit til at den medisinske avgjørelsen var fornuftig og tatt på riktig grunnlag. En far sa det slik: ” Men etter kort tid fikk vi vite at han skulle taes med keisersnitt... for aktiviteten hans var gått litt ned..og da ble jeg veldig lettet..for da hadde de tatt tak i problemet og gått litt videre for å ordne opp i det..og da følte jeg meg i trygge hender.”

Kategorien *Å vente alene* beskriver tidsaksen når far sitter og venter utenfor operasjonsstuen mens keisersnittet blir utført. Beskrivelsen av å sitte alene var sprikende hos respondentene. Erfaringene var slitenhet etter langt fødselsforløp, forvirring, kort varighet på situasjonen, ensomhet uansett personale tilstede, redsel for å være til bry, godt å sitte alene og ønske om å være inne på operasjonstuen.

”Det ville ha vært mye verre å sitte der hvis jeg ikke var så sliten, at jeg holdt på å falle ut, det var ikke gøy men det gikk bedre enn om jeg hadde vært i en annen form. Jeg trodde jeg skulle miste dem, men siden alt gikk så fort og jeg slapp å vente så

lenge gikk det ganske bra. Det var noen personer i rommet mens jeg ventet, de snakket ikke til meg og jeg er usikker på om jeg ville ha likt det eller ei. Det er veldig viktig at noen tar ansvar for far mens han sitter der og gir han beskjed så fort som mulig. Det kan godt hende det hadde vært bedre hvis noen hadde sittet der, men du vil jo ikke være til bry så du sier det går greit liksom.”

Alle fedrene, unntatt en, sa de hadde tanker om at de var redde for å miste mor eller barn eller begge: ”Jeg tenkte på om jeg skulle miste begge to da... eller en av dem ...og hvordan det skulle bli... det var mest det..”

Fedrene ble spurt om de hadde noen gode råd til personalet før, under og etter operasjonen. De fleste fedrene svarte at en person burde ta ansvar for far mens han ventet utenfor operasjonsstuen: ”Det kan eventuelt være de minuttene jeg satt der alene og ventet på operasjonen..kanskje det hadde vært fornuftig med en person... om han ikke hadde vært der hele tiden så bare kommet innom og sagt noen ting..eller spurt om det var noen ting jeg ville ha hatt... eller bare spurt om hvordan jeg hadde det..”

Fedrene var samstemt da de beskrev hvor viktig det var at far fikk kontinuerlig og tidlig beskjed om mor og barn: ”Men det å få gitt den beskjeden til far ...om at alt er gått bra... så fort som mulig å få gitt beskjed... det er viktig... men jeg regner med at det blir gjort også...”

4.1.2 Far alene med barnet.

Kategorien *far venter alene med barnet* befinner seg på tidsaksen når far sitter alene igjen med barnet og mor ligger på recovery fram til gjenforening med mor.

Hendelsesforløpet er preget av en situasjon som brått blir endret og forventninger som ikke blir innfridd. Far har hatt emosjonelle svingninger, fra redsel for å miste mor eller barn til glede over å ha blitt far og at alt gikk bra på kort tid. Litt uventet ble gleden over barnet blandet med sårhet over at mor ikke var tilstede. De hadde forestilt seg en situasjon der alle tre skulle være sammen. En far uttrykte ”..det blir jo en veldig rar følelse... fra å være livredd.. til å bli kjempeglad... men så får du ikke til å være helt glad fordi det ikke er to der...” videre beskriver far at det tenkte forløpet har

endret kurs når han sier:” Det var ikke slik jeg hadde forestilt meg at det skulle bli... det var liksom verste fall... nei da tenkte jeg mye mer på mor igjen da... at hun ikke var der ...og det var sårt.” Fedrene beskrev følelsen av å sitte der med barnet uten mor som en ensomhetsfølelse. De understreket at det ikke hadde hjulpet med noen andre tilstede enn mor eller muligens noen andre de kjente godt. ”Jeg ville ikke ha følt det naturlig med en annen person der... hvis det var noen jeg skulle ha delt de timene med så måtte det ha vært mor... eller noen jeg kjenner som står meg nær. ”Alle respondentene var fornøyd med den hjelpen de hadde fått av personalet i situasjonen. Men selv om de hadde vært hjelpsomme og tilstedeværende, var det savnet av mor som var fokus.

Fedrene følte stor glede over barna, men gleden kunne være blandet med en følelse av hjelpeløshet. ”Ja, da følte jeg meg både glad og veldig utilstrekkelig... for jeg har jo ikke pupper... så jeg var litt bekymret for jeg trodde jeg skulle være sammen med han en hel natt alene.” En annen far var opptatt av at barnet ikke skulle savne kroppskontakt siden mor var borte, og ba personalet gjentatte ganger om å få legge han på brystet. ”... for jeg har jo lest at hvis det skulle gå så ille så er det veldig fint om far kan være nær barnet da... med kroppskontakt og sånn...”

De fleste respondentene uttrykte at det var viktig at personalet ga fortløpende informasjon om mor i denne situasjonen, at det var en dialog mellom oppvåkningsavdelingen og barselavdelingen. Hvorvidt de syntes de hadde fått denne informasjonen var sprikende. En respondent uttrykte at han savnet denne dialogen. ”Det eneste jeg hadde ønsket meg mer av det var hvordan det stod til med mor... jeg fikk ikke inntrykk av at det var noen stor dialog fra henne og opp til føden.”

En annen uttrykte at han var svært fornøyd med dialogen: ”Nå i ettertid så ser jeg at det var absolutt viktig at jeg fikk den informasjonen.. og når jeg først fikk den..så syntes jeg det var veldig bra..”

”Da jeg satt der alene med barnet var jeg fryktelig glad, men jeg følte det også litt sårt at mor ikke var der. Vi hadde fått ei ny lita ei, men jeg hadde ingen å vise henne til for mor sov jo etter narkosen. Det var ikke slik vi hadde tenkt det, vi skulle jo være sammen alle tre. Jeg følte meg så alene.”

4.1.3 Vanskelig å klage

De fleste fedrene hadde ingen behov for å klage eller påpeke mangler. To fedre nevnte at de hadde tenkt å gjøre det, men ikke hadde fått det til av ulike grunner. En far nevnte indirekte at han muligens ville klage hvis barnet viste seg å være skadet, men at han ikke visste hvordan. Begrunnelsen for å klage var ulik hos de tre fedrene mens årsaken for at det var vanskelig å klage hadde likhetstrekk.

Årsakene for klager kom i fire hovedgrupper. En far satte spørsmålstegn ved personalets vurderinger. Han lurte på hvilke faglige vurderinger som lå til grunn når de lot mor vente så lenge i fødselsforløpet og hvilken faglig bakgrunn personalet hadde som ga dem rett til det. Han ville komme til å klage i ettertid hvis det viste seg at barnet kunne ha fått skade; ”Hvis det skulle vise seg at det har skjedd noe med gutten på grunn av surstoffmangel, så kommer jeg til å lure på hvordan de vurderer når de holder på så lenge med fødselen.” Far syntes også mor måtte vente unødvendig lenge i forhold til å spise fordi hun fastet til blodprøver. Fastetiden burde være tilpasset slik at ikke mor ble liggende uten å kunne spise da hun allikevel var syk og medtatt. ”Det som kunne ha gjort det bedre for mor og far var at vi hadde sluppet all den ventingen med faste, for hun hadde så vondt og måtte spise når hun hadde matlyst så når hun da skulle faste midt inne i det der så ble det nesten litt sånn...”

En far ville klage på en kommunikasjonssvikt mellom mottagelsen og avdelingen. En av fedrene opplevde noen av personalet som lite faglig dyktig.

Årsakene til hva de ville klage over lå utenfor tidsaksen som er i fokus for denne studien, mens årsakene til ikke å klage omhandlet hele perioden de var innlagt.

Årsakene for ikke å klage hadde fellestrekk. Alle de tre respondentene sa at bortsett fra den ene uheldige hendelsen hadde alt annet vært så bra under oppholdet at de fant det uriktig, ubetydelig eller utakknemlig å klage: ”For det er litt sånn at du føler du har fått så god hjelp og da blir det litt utakknemlig å sende et brev med sånne klagegreier.”

”Jeg skulle ha skrevet et brev og gitt sykehuset tilbakemelding, men når alt annet var så bra så virker det så utakknemlig å klage. Vi har vært på sykehuset med gaver til de som var så flinke for vi ville vise vår takknemlighet.”

4.2 Høyekspertise

Tabell 8

Far om teamets høyekspertise

Kategorier	Hovedtema
Kontroll Å være i forkant Gjennomgående god informasjon Gjennomgående god ivaretagelse	Høyekspertise

4.2.1 Kontroll

Tidsaksen for denne kategorien befinner seg i situasjonen fra jordmor oppdager at det er et endret forløp via beslutningsprosessen og fram til far og mor blir kjørt til operasjonsstuen.

Alle fedrene erfarte at personalet hadde kontroll over situasjonen og spørsmålstillingen i intervjuene fokuserte da på hvilke faktorer som indikerte kontroll.

Alle fedrene brukte begrepet *ro* da de beskrev at personalet hadde kontroll. De beskrev at selv om det var mange mennesker og situasjonen endret seg fort, opptrådte teamet på samme rolige måte. En far beskrev denne roen som fravær av ukontrollerte armbevegelser og flakkende blikk: ”Du ser på kroppspråket til folk om de har kontroll på det..”. Han framhevet også ro på den måten at ”det var veldig bra at de som jobbet der var rolige hele tiden. Det var ingen av dem som var usikre eller så

stresset ut og det var veldig viktig for meg for da vet jeg at det var rutinerne folk som kunne jobben sin.”

Begrepet kontroll ble også beskrevet av fedrene som teamets evne til å være fokusert på sine arbeidsoppgaver da situasjonen ellers virket kaotisk. En far beskrev det slik ”.. jeg registrerte at det var mye folk der men de var veldig fokusert på sine arbeidsoppgaver og det var ikke noe stress og mas. De kom forsiktig inn og bare de som hadde noe å si, snakket. De andre stilte seg som skygger i bakgrunnen. Det var lett å holde fokus på den som foretok undersøkelsen.”

Teamets evne til å formidle *ro* ble beskrevet som en egenskap som virker tillitsbringende i en hastesituasjon der alt går ekstremt fort. Far fikk følelsen av at teamet hadde kontroll på situasjonen: ”Det gikk ekstremt fort.. men jeg var aldri i tvil om at vi var i gode hender for en av overlegene jeg hadde sett før.. han var så rolig, han foretrakk ikke en mine og det var ikke antydning til at han var stresset eller noenting.”

Begrepet *tydelighet* ble også brukt når fedrene beskrev at teamet hadde kontroll på situasjonen. Teamet informerte kort og konsist og var tydelig i kroppsspråk samt at de sikret seg at informasjonen var forstått: ”En lege der sa at hun hadde behov for å informere meg om hvordan barnet kunne komme til å se ut etterpå..og for å være sikker på at jeg tok den informasjonen så var hun veldig tydelig og rettet hendene sine mot meg... og så sa hun: Denne informasjonen gir jeg deg nå og det er viktig at du forstår den.” Far mente at teamet var litt i forkant med å sikre seg kontroll over situasjonen ved å sørge for at far var støttespiller for mor for å unngå unødig støy.

Teamet signaliserte også sin kontroll over situasjonen da de ”visste hva som kom til å skje”. De var alltid litt i forkant av situasjonene som dukket opp. Det ble uttrykt av en far som sa: ”Det var veldig godt at de var så organiserte da... og så liksom at det her det kunne de.. og de visste akkurat hva de skulle gjøre.. og akkurat hva de skulle si.. så da følte jeg meg i gode hender..” En far uttrykte det slik at teamet så ut til å mentalt forberede seg for neste fase i situasjonen fordi de visste hva som skulle komme. Han opplevde at de distanserte seg litt fra mor og far og snakket mer med hverandre. Dette

ble opplevd som at teamet var *fokusert* og ble ikke på noen måte erfart som ubehagelig: ”Når tempoet økte trakk de seg litt tilbake.. det var de som snakket sammen og tok avgjørelser uten å i like stor grad ha fokus på ivaretagelsen av oss.. vi mistet litt kontakten med dem... men på ingen måte som var ubehagelig... de var fokusert.. det så ut som de mentalt forberedte seg på neste fase som ville komme.”

Teamet ble også oppfattet som *samstemt*, at det ikke ble forsinkelser på grunn av uenighet eller diskusjoner ”..det verste som kunne ha skjedd var at legene hadde stått og klødd seg i hodet og ikke visst hva de skulle gjøre... men de var veldig raske når de snakket med hverandre..og de var enige..og det var veldig betryggende å se at de var samstemte og visste hva de skulle gjøre.”

”Jeg så de var rolige og hadde kontroll over situasjonen selv om det gikk ekstremt fort. Jeg var trygg på at mor og barn var i gode hender da de ble kjørt på operasjonsstuen, for situasjonen i forkant tydet på at de hadde god kontroll. Når de sa at alt var bra så slappet jeg av for dette var mennesker som visste hva de holdt på med.”

4.2.2 Å være i forkant

Å være i forkant er å *planlegge* neste fase i hendelsen. Det innebærer å vite hva som skal skje samt å ha evne til fokus for *planlegging*. Det innebærer også formidlingsevne overfor mor og far slik at de får vite hva som kommer til å skje. Å være i forkant er å ha kontroll over situasjonen. Fedrene brukte begrepet ”Å være i forkant” i stor grad ved beskrivelsen av personale og de presiserte begrepet på forskjellig vis. Når situasjonen ble akutt, ønsket de en kort, konsis informasjon som handlet om hva som skulle skje. En far uttrykte det slik: ” Informasjonen skal være veldig enkel.. hvilke avgjørelser som er tatt.. litt om tidsperspektiver.. hvilken plan de har lagt videre ...slik at vi vet hva som skjer og kan føle oss trygge på det..” Fedrene opplevde at teamet informerte på denne måten. Fedrene opplevde også at teamet informerte i forkant om hva som kunne komme til å skje i den mest akutte fasen ”så fikk hun øyekontakt og så formidlet hun det at hvis det ble en setefødsel, så ville babyen kunne bli litt slapp... det vil ta lengre tid før det høres barnegråt... og han kan

bli litt blå.. men det er helt normalt og det er ingenting å være redd for.. og det legger jeg til profesjonaliteten i ivaretagelsen ved å være litt i forkant.”

Selve beslutningsprosessen vedrørende keisersnittet, ble også erfart som at teamet var i forkant av situasjonen. Avgjørelsen ble tatt på et så tidlig tidspunkt at unødig stress ikke oppstod. En far uttrykte at han ble ”tydelig informert om at når hjertelyden går ned nå så er den ikke på noe kritisk nivå, de ville bare være i forkant av situasjonen. Jeg oppfattet at de fortsatt hadde kontroll over situasjonen og de fortsatte å informere oss på samme gode rolige måte.”

Når teamet signaliserte at de var i forkant og visste hva som kom til å skje, gjorde det mulig å *forberede* mor og far på det som skulle komme. Det førte til at akuttsituasjonen ble lettere å handtere for dem.

Forberedthet i forhold til tid var viktig for fedrene både i situasjonen der mor lå i fødsel, når far ventet utenfor operasjonsstua og når han ventet alene med barnet. Flere av fedrene nevnte at ved lengre tid enn angitt ble de engstelige, men ved kortere tid ble de positivt overrasket. Det ble også oppfattet som å være i forkant av situasjonen at teamet faktisk kom med tidsangivelser. Når far opplevde at det gikk kortere tid enn forventet ble det uttrykt slik: ”Det var ganske lurt at de ikke sa at jeg skulle vente i 10 minutter da.. for det kunne kanskje ha gått litt lengre tid.. og da hadde jeg blitt engstelig.. det kan være noe de har tenkt gjennom på forhånd..”

”De visste hva som skulle skje og de var hele tiden litt i forkant. Det så ut som om de hadde gjort dette mange ganger før. Når vi fikk beskjed om hva som skulle komme til å skje, følte vi at vi taklet situasjonen mye bedre. Når de kom med tidsangivelser, visste jeg hva jeg kunne forvente og da var det lettere å forholde seg rolig.”

4.2.3 Gjennomgående god informasjon

Fedrene var entydige i sin beskrivelse av den gode informasjonen de hadde fått. Behovet for informasjon i den akutte fasen var ikke så stort for de ”skjønte hva som skulle skje”. De fikk nok informasjon i den korte stunden ved å lytte til teamet som snakket seg imellom. Dessuten hadde jordmor i varierende grad nevnt hva som kunne komme til å skje da de i en tidlig fase var på omvisning ved føden. De fleste husket

hva jordmor hadde sagt når situasjonen oppstod. En far uttrykte at: ”Kanskje var det noen som sa at han måtte taes ut med keisersnitt, men jeg husker ikke hvem.. akkurat da var det ganske tåkete egentlig... men jeg skjønnte jo hva som skjedde.. for jordmor hadde nevnt at det kunne skje da vi var på kurs”. En annen far bekreftet utsagnet med å si at..” det har kanskje ikke noe med akuttsituasjonen å gjøre, men jeg vil trekke fram hva jordmor sa på omvisningen om hva som kom til å skje hvis det ble akutt... av en eller annen grunn bet jeg meg merke i det..og det gjorde situasjonen lettere for meg da den oppstod.”

Fedrene mente ikke at informasjon mens de ventet alene nødvendigvis ville ha hjulpet. En far uttrykte det slik: ” Jeg visste hva som skjedde da.. og så ville jeg så fort som overhodet mulig få vite om det hadde gått bra.. men poenget er jo at man er i en helt forferdelig situasjon... så jeg kan ikke se egentlig at informasjon ville ha bedret situasjonen egentlig.” Fedrene uttrykte at i akuttsituasjonen ville de ha enkel og tydelig informasjon *fortløpende* om det helt nødvendige. Det var så mye som skjedde på kort tid og alt gikk så fort at det ikke var riktig tidspunkt for utbroderende informasjon. Fedrene sa at de var fornøyd med den informasjon de hadde fått i akuttsituasjonen. Detaljert informasjon burde blitt gitt før situasjonen ble akutt. Fedrene følte at teamet var inkluderende i måten de informerte på, og at mor og far fikk lik informasjon. En far uttrykte dette slik: ”Jeg fikk den samme informasjonen som hun fikk.. de var flinke på det at de snakket til begge, de snakket ikke mer med den ene eller den andre.”

Noen av fedrene sa at de ikke husket om de hadde fått informasjon om narkosen. En far sa at hvis han skulle hatt informasjon måtte det være i situasjonen og ikke etterpå, det ville være feil *tidspunkt* da andre ting kom mer i fokus.

Fedrene uttalte seg delvis sprikende når de ble spurt om de ønsket oppfølgingssamtaler. I de tilfellene der de fikk jevnlig oppfølging på grunn av barnet uttrykte de ikke noe behov for flere samtaler: ”Vi er jo på sykehuset to ganger i uka og da spør vi om alt det vi trenger å vite.”

Fedrene påpekte at teamet *balanserte* informasjonsinnhold og mengde og at de tilpasset den til situasjonen. For mye informasjon kunne bli misforstått på grunn av den begrensede evnen de hadde til å motta informasjon i den akutte situasjonen: ”..man kunne egentlig ha fått mer informasjon.. men det kan slå i feil retning.. en kan på en måte bli bombardert med massiv informasjon.. og hvis en da sier ett ord eller en setning feil.. og en kan bli misforstått.. og da kan det gjøre større skade enn gagn..” Selve ordet katastrofekeisersnitt ble nesten ikke brukt i akuttsituasjonen noe fedrene syntes var bra da ordet kunne virke skremmende. Fedrene foretrakk at ordet katastrofekeisersnitt ble benyttet på et annet tidspunkt i informasjonen.

”Når de informerte i akuttsituasjonen, var de tydelig, korte og konsise. Vi fikk fortløpende informasjon om det vi trengte å vite. De valgte å informere den av oss som var mest mottakelig for informasjon og de sjekket at de ble forstått. Vi trengte ikke så mye informasjon for vi visste hva som skulle skje da jordmor hadde nevnt det tidligere.”

4.2.4 God ivaretagelse

Alle fedrene erfarte at teamet ivaretok dem godt under hele prosessen. Teamet ga fedrene en følelse av å være *inkludert*. Fedrene følte seg ikke i veien og de hadde sin rettmessige plass i rollen som far. En far uttrykte det slik: ”Vi fikk gjennomgående god ivaretagelse.. jeg synes vi ble behandlet som et par og ikke en fødende mor med en far på slep.. jeg syntes hele tiden de forholdt seg til oss på en meget profesjonell og ordentlig måte.”

Fedrene oppfattet teamet som meget *profesjonelt*. De var samstemte om hva de la i begrepet profesjonalitet. Fedrene oppfattet profesjonalitet som faglig dyktighet, formidling av informasjon om ulike alternativer fortløpende for mor og far, og ro og tydelighet. Kvaliteten var gjennomgående god for hele teamet: ”De ga oss god faglig informasjon ...og så har de forklart hele tiden.. om hva de har funnet og hvilke medisinske vurderinger de har bestemt seg for å gjøre..og fortløpende skissert nye alternativ.. og alt dette er gjort på en rolig måte.. med en gjennomgående profesjonalitet i hele teamet.”

Fedrene følte også at teamet så dem og tilpasset måten de snakket på etter reaksjonen til paret. ”jeg tror det blir en vurdering der og da.. når de snakker med folk så ser de også hvordan de reagerer.. hvis de hadde sett på meg at jeg ikke skjønnte hva de mente, så hadde de tilpasset det uansett”. En annen far nyanserte beskrivelsen ved å presisere at teamet så hvem av mor og far som var mest mottakelig for informasjon, og at de *tilpasset* informasjonen etter det ” samtidig som jeg oppfatter at de ser begge to.. så gjør de en vurdering på at her gir vi informasjon til den som best kan ivareta den.. eller som vi tror best vil oppfatte det vi sier”. Teamet *tilpasset* også informasjonsinnholdet til situasjonen, i akuttsituasjonen erfarte fedrene at informasjonen endret seg fra ”small talk” til ”need to know”.

Fedrene påpekte at *ro* var en kvalitet som virket betryggende og ivaretaende på mor og far under hele prosessen. Roen kunne formidles gjennom et *beroligende* kroppspråk som en far beskrev slik: ”Det var noen som var mer kjappe og raske og litt brå, mens det var de gamle damene som kom inn litt sånn bestemoraktig og satte seg ned, som beroliget oss. De var rolige i bevegelsene og i måten å snakke på, mens de som var kjappe og raske så ut til å ha det travelt, rett og slett. De som er rolige signaliserer at de har kontroll, mens de som er raske signaliserer stress og mangel på kontroll.”

”De ivaretok oss godt fordi de inkluderte både mor og far ved måten de snakket til oss på og var rundt oss. De viste oss at de var rolige og hadde tid til oss og at vi var i fokus for deres oppmerksomhet. De var faglig dyktige og vi følte oss trygge på at beslutningen ble tatt på et solid medisinsk grunnlag. Vi følte at vi var i gode hender.”

4.2.5 Oppsummering av fedrene

Fedrene erfarte at de har fått gjennomgående god informasjon og god ivaretagelse med lite unntak. I de tilfellene at fedrene kunne tenke seg å klage opplevde de at feedback ikke var tilrettelagt. De opplevde at å klage også var vanskelig fordi det var ”utakknemlig” da det meste ved oppholdet hadde vært så bra.

Fedrene opplevde stort sett lettelse da beslutningen om katastrofekeisersnitt ble tatt. Å sitte alene utenfor operasjonstuen ble opplevd som en litt vond situasjon fordi

tankene spant rundt tap av mor og/ eller barn. Fedrene mente at det burde være et opplegg der noen tok ansvar for å varsle far tidligst mulig om utfallet, men de var usikre på gevinsten av å ha en person sittende der.

Fedrene erfarte situasjonen der de satt alene med barnet etter keisersnittet som blandet. Gleden, men også usikkerheten over ansvaret for barnet var blandet med en sårhet over at mor ikke var tilstede. De opplevde en følelse av alenehet, som ikke personalet kunne gjøre så mye med, da det var mor de ønsket skulle være der.

Akutteamet ble erfart som profesjonelle, og ro, fokus og tydelighet var begreper som gikk igjen som kvalitetsbeskrivelse. På grunn av teamets opptreden følte fedrene at de var ”i gode hender”, og de hadde ingenting å utsette på teamet etter at situasjonen ble akutt. Fedrene opplevde at teamet hadde full kontroll. De opplevde også at personalet hele tiden prøvde å være i forkant av situasjonen, noe som også ble erfart som kontroll samt at mor og far ble beroliget da de fikk vite hva som ”kom til å skje”.

Informasjon og ivaretagelse ble opplevd gjennomgående god. Informasjonsbehovet i akuttsituasjonen var ikke så stort fordi de opplevde at de ”skjønte hva som skjedde”. Den informasjonen de fikk av jordmor på en forberedende omvisning på sykehuset, ble erfart som viktig for å være forberedt ved akuttsituasjonen.

Tidsaspektet var presisert i flere sammenhenger, i forhold til relevant informasjonsmengde, type og innhold. Tidsaspektet var også viktig når det gjaldt venting, i forhold til varighet på fødselsforløp, venting utenfor operasjonsstuen samt på mor etter keisersnitt.

4.3 Høyekspertise

Hos mødrene ble hovedtema høyekspertise, slik som hos far, og fokus i tåke som en beskrivelse av mødrenes egen situasjon. Disse to tema er ikke gjensidig utelukkende men inngår i et samspill mellom mor og teamet der mor beskriver teamet ut ifra den spesielle situasjonen hun er i. Kategoriene under begge hovedtema hos mødrene

flyter litt over i hverandre men de er likevel opprettholdt for å kunne beskrive nyanser ved de to tema.

Tabell 9

Mor om teamets høyekspertise

Kategori	Overordnet tema
God informasjon	Høyekspertise
God oppfølging	
God ivaretagelse	
Tillit til kompetanse	

4.3.1 God informasjon

Mødrene beskriver den fortløpende informasjonen som at de hele tiden ble fortalt litt i forkant hva som skulle skje. Det innga trygghet fordi mødrene oppfattet at teamet ”visste hva som kom til å skje” fordi de hadde ”gjort dette før.” Noen av mødrene husket ikke alt som ble sagt, bare at teamet hele tiden forklarte, og at dette gjorde dem trygge.” De ga meg informasjon om ting jeg lurte på. Jeg husker ikke i ettertid hva de sa men det roet meg. Jeg fikk svar på ting underveis, de var hele tiden litt i forkant og forklarte så jeg visste hva som skulle skje”.

Teamets informasjon ble beskrevet som kort, konsis og tydelig. En mor beskrev denne uttrykksmåten som ”nå gjør vi det..og da blir det sånn”. Måten å informere på innga tillit da det virket som om teamet visste hva de gjorde og hadde full kontroll. En mor uttrykte det som at teamet pratet etter et skjema og alle visste akkurat hva de skulle si. Noen mødre presiserte at de i akuttsituasjonen ville ha relevant informasjon som støttet det fokus mødrene selv hadde. Relevant informasjon innebar enkel

informasjon om hva som skulle skje, at ungen ville komme fort ut og at alt var bra. De erfarte at de ikke hadde behov for informasjon om for eksempel narkosen i akuttsituasjonen, da det ikke var deres fokus: ”Det var mer positivt for meg at de sa at nå har vi barnet ute snart enn at de informerte om narkosen og sa at nå skal du få sove og etterpå får du morfin.”

Mødrene påpekte at informasjonen de fikk var relevant og presiserte at akuttsituasjonen var slik at de ikke var mottakelig for mer informasjon enn den som var helt nødvendig

Flere av mødrene nevnte hvor viktig det var for dem at de hadde fått se akuttheisen på forhånd. Det var betryggende å vite ”løypa” og hvor fort det gikk. De hadde vært på omvisning ved føden og hadde fått forberedende informasjon av jordmor. Når situasjonen ble akutt, erindret de hva jordmor hadde sagt på denne omvisningen og brukte denne informasjonen til å roe seg: ”De viste at når de trykket på en knapp så åpnet alt seg og det gikk fort, og hvis ikke så hadde jeg vel vært enda mer forvirret, for da visste jeg hvor jeg skulle, hvor veien gikk.” Det ble nevnt at jordmor hadde vært svært kortfattet da hun informerte om akuttsituasjonen og hadde sagt at dette skjer svært sjeldent: ”Og det synes jeg er rart, at på omvisning på føden så viser de badekaret og alt, at de ikke viser heisen, for da vet du at om noenting går galt så er det bare sekunder så er du på operasjonstuen.” Etter keisersnittet har mødrene fått varierende grad av informasjon om inngrepet. Noen mødre er svært fornøyd med den gjennomgangen de har fått, især når de som informerte hadde vært tilstede under fødselen. Informasjonen tok form som både uformelle samtaler, svar på tilfeldige spørsmål og som formaliserte oppfølgingssamtaler. På spørsmål om de ville ha informasjon om narkosen etterpå var svaret ”tja”, de syntes ikke den informasjonen var relevant for det de var opptatt av på det tidspunktet. De var mer opptatt av å få informasjon om øyeblikkets hendelser enn det som hadde skjedd tidligere. Tidspunktet for oppfølgingssamtalen var et tema hos mødrene. De følte at de første dagene etter keisersnittet var de for ukonsentrert og ”groggy” til å kunne motta informasjon, og at mange spørsmål først kom etter en måneds tid: ”Jeg savner at man kunne hatt ettersamtale etter en måned, for det er da spørsmålene kommer, for i

dagene etter da er du så bortroet av lykke og alle slags følelser at du ikke har noen spørsmål.” Typen informasjon må tilpasses med tidspunktet for informasjon. En mor uttrykte dette slik: ”Jeg var ikke i stand til å lese informasjonen, og jeg husker ikke hvor jeg la papiret heller.”

Mødrene følte at de ikke fikk tilstrekkelig informasjon om seg selv som operasjonspasient. Still av operasjonssår, fjerning av sting og eventuelle komplikasjoner ved senere svangerskap var ubesvarte spørsmål hos mødrene: ” Jeg fikk god informasjon under hele keisersnittet, men den biten fra de sydde meg sammen til jeg skulle hjem... ja det visste jeg ingenting om”.

”De var hele tiden litt i forkant og fortalte, så jeg visste hva som kom til å skje. Jeg hadde fått forberedende informasjon om akuttheisen og det hjalp. Jeg fikk den informasjonen som var tilstrekkelig da jeg skulle i narkose, for mye hadde vært skremmende. Relevant informasjon for meg var at nå har vi barnet ute snart, jeg brydde meg ikke om noe annet. Jeg synes det skal være oppfølgingsamtaler etter en måned, de første dagene etterpå er en for groggy. Jeg savnet informasjon om såret og ting vedrørende operasjonen etterpå.”

4.3.2 God oppfølging

De fleste mødrene mente de fikk gjennomgående god oppfølging. De presiserte at oppfølgingen var spesielt bra på de dagene da det var rolig på fødeavdelingen og de følte at personalet ”tok seg tid”: ”Siden hun hadde tid den dagen.. derfor valgte hun å sette seg ned og informere om hva som kunne skje.” Mødrene påpeker hvor trygt og godt det er når en og samme person sitter der hele tiden eller gir dem hyppige tilsyn: ”Hun satt der nesten hele tiden, bortsett fra noen små turer ut, ellers hadde vi tilsyn hele tiden og det føltes veldig trygt og godt..” Mødrene erfarte at de fikk snakket om erfaringene sine både i formaliserte samtaler og ved mer generell prat: ”Men nå har vi fått pratet så mye om det både ved en samtale når vi var på sykehuset og etterpå når vi har gjennomgått fakta både spesielt og generelt når jordmødrene var innom og spurte hvordan det gikk.”

Mødrene erfarte betydningen av at de samme personene kom tilbake i flere sammenhenger. Gjenkjennbarhet og kontinuitet ga positive erfaringer. Gjenkjennbarheten ble uttrykt av en av mødrene på denne måten. ”og da jeg kjente

igjen øynene til jordmoren inne på operasjonstuen visste jeg at jeg kom til å bli ivaretatt, at det ikke bare kom til å bli et slaktehus: ”Viktigheten av kontinuitet ble uttrykt slik: ”Det går jo så fort at det er ikke sikkert folk oppfatter at de blir snakket til engang.. så hvis det hadde vært en person der som bare snakket til deg... og forklart hele veien hva som skjer..” En annen av mødrene uttrykte behovet for gjenkjennbarhet og kontinuitet slik: ”Og det føltes veldig trygt da jordmoren som hadde fulgt oss i fødsel hentet meg. Da følte jeg at åh, nå er jeg hjemme igjen”.

Mødrene påpekte at det var positivt når oppfølgingssamtalene ble gjennomført av de personene som mødrene hadde fått et forhold til under oppholdet: ”Jeg satte veldig pris på den samtalen og det ville ha gjort stor forskjell hvis jeg måtte ha hatt den med noen andre, det var utrolig godt at det var henne som var der og ikke noen andre, men det er ingen selvfølge har jeg forstått.”

De mødrene som hadde ekstra oppfølging av barnet, savnet ikke oppfølgingssamtaler, mens de andre mødrene kunne tenke seg en samtale etter en måned. Da følte de at de kunne stille nye spørsmål, særlig rundt det som angikk dem selv som operasjonspasient: ”Det burde vært gitt informasjon i et hefte hjemme med de vanligste spørsmålene.. og en burde fått komme og stilt spørsmål etter en måned om operasjonssår og hvor lenge en må vente og sånt.”

”Vi fikk god oppfølging for det var rolig på føden den dagen og de kunne ta seg tid. Jordmor satt der hele tiden og det føltes trygt og godt. Vi fikk pratet mye om det vi hadde opplevd både ved samtaler og ved at de stakk innom. Det var så viktig at en person fulgte oss hele tiden og det var så godt da jeg så henne jeg kjente igjen. Ettersamtalen ble så bra fordi det var den jordmoren som hadde fulgt meg under fødselen. Det burde vært en ettersamtale etter en måned fordi jeg hadde nye spørsmål spesielt rundt det å være operasjonspasient. De fulgte meg ikke opp som operasjonspasient på barsel.”

4.3.3 God ivaretakelse

Mødrene påpekte at de følte seg ivaretatt når personalet gjorde ”det lille ekstra ” og ”tok seg tid”. Det ble opplevd som et positivt tillegg til faglig dyktighet og som noe personalet strengt tatt ikke hadde trengt å gjøre: ”Ja de er jo faglige.. og de er der bare for å gjøre en jobb.. men hun gjorde det der lille ekstra.. den medmenneskeligheten..

jeg følte at alle var nære meg.. at de tok seg den der ekstra tiden”. ”Å ta seg tid” ble ofte gjentatt av mødrene som en kvalitet som viste seg i forskjellige situasjoner. Det at de tok seg tid viste at de er tilstedeværende og ga mødrene en mulighet til å stille spørsmål, samt at det er en forutsetning for å kunne gi god omsorg. Mødrene følte også at personalet *brydde seg* og mente at den korte tiden var årsaken til at visse prosedyrer ikke var blitt utført, de følte seg godt ivaretatt likevel: ”De brydde seg.. det gikk så fort at de rakk ikke å gjøre slike ting som smertelindring, men det forstår jeg.. siden det gikk så fort.” En annen mor påpekte at hun trodde det ville bli vanskelig å ha andre mennesker så nær innpå kroppen sin i en så intim situasjon. Hun erfarte at den omsorgen hun fikk i den intime situasjonen var helt riktig og naturlig: ”Men den omsorgen en får i en sånn situasjon er ikke krenkende på noen måte... det er en naturlig situasjon og det er veldig sånn greit..”

Mødrene understreket at det ble opplevd som trygt at teamet var *tydelige* og tok kontroll i en situasjon der mor selv ikke hadde så mye kontroll: ”Ja de kan godt være litt bestemt og tydelige.. for det er en litt utenfor - deg – selv - opplevelse når du holder på sånn..”

Mødrene erfarte også at personalet tok seg tid til å lytte til deres historie. Personalet ga dem følelsen av at deres historie var interessant, men de lyttet også fordi de visste at mødrene hadde behov for å snakke om den akutte situasjonen de hadde vært i: ”Og de sitter der og lytter og jeg tenker at de faktisk ikke bare er interessert i å høre hvordan det går, men de vet også at det er viktig for oss å få snakke om det..”

Mødrene erfarte i akuttsituasjonen at teamet var fokusert på handling, og at de ville at barnet skulle bli forløst fortest mulig. De uttrykte at det var godt å få trøst, hvis trøst ikke kom i veien for fokus: ”Og jordmora strøk meg over håret og tok veldig godt vare på meg da..og sa at dette skal gå bra.. snart har vi ungen ute...”

Inne på operasjonsstuen, der alt går ekstremt fort, erfarte mor at hun ble ivaretatt og at de lyttet til hva hun sa: ”Det var inne på operasjonsrommet og det kom avføring under en pressri.. og jeg ble litt sånn.. hjelp det er kommet avføring.. og de sa at jeg skulle ikke bry meg om det.. de lyttet faktisk til det jeg sa.. selv om de hadde det så

fryktelig travelt.” En av mødrene påpekte også måten hun ble tatt på inne på operasjonsstuen og framhevet tryggheten ved en fast hand og fast berøring: ”Det var hender overalt og de tok tak i meg.. ikke den der fysiske at du ikke kjenner det og de står bare der og stirrer... men den tryggheten i den faste handen som du kjenner fysisk.”

I situasjonen rundt beslutningen erfarte mødrene at teamet vendte oppmerksomheten bort fra dem. De fleste syntes det var greit da de følte at teamet var fokusert og hadde begynt å planlegge neste fase. En av mødrene opplevde det som en avvisning og at hun og far ble overlatt til seg selv: ”Jeg følte det litt sånn at vi ble overlatt til oss selv da beslutningen ble tatt.. da var de liksom bare han (far) og jeg som pratet.. vi var med.. men ikke ivaretatt.” På barsel opplevde mødrene varierende ivaretakelse fra personalet. De som var fornøyd, opplevde at personalet tok seg tid og var interessert. De som ikke følte seg ivaretatt, opplevde at personalet distanserte seg, var lite interessert og virket raske og korte når de var inne på rommet: ”Det er faktisk det at de er rolig når de er der inne og de har faktisk tid til å stå der i to minutter, de står liksom ikke ved døra og er på tur ut igjen.. ringer du så svarer de.. men du ser at de liksom ikke er så interessert.”

”Det er det lille ekstra, det at de tar seg tid og kommer innom og viser at de er interessert og bryr seg som gjør at det blir så trygt og godt. De må gjerne være bestemt og tydelig og ta kontrollen nå vi selv mister den. De var så interessert når vi fortalte vår historie og de visste at vi hadde behov for å snakke om det som hadde hendt oss. Selv om de hadde det travelt inne på operasjonstuen, lyttet de til det jeg sa og de tok i meg med faste trygge hender. Den omsorgen jeg fikk var helt naturlig og ikke krenkende på noen måte selv om det var fremmede mennesker i en intim situasjon med kroppen min.”

4.3.4 Tillit til kompetanse

Alle mødre uttrykte at de hadde stor tillit til teamets kompetanse. Noen av mødrene følte takknemlighet overfor teamet som hadde bidratt til at det gikk godt med mor og barn. De uttrykte også at de ville føde igjen ved det samme sykehuset fordi de følte seg trygge der: ”Det er viktig for meg å få takke for den hjelp jeg har fått.. og vise

hvilken pris man setter på at folk faktisk legger ned en masse arbeid for å utdanne seg slik at de kan hjelpe mennesker.”

Mødrene følte seg gjennomgående trygge etter møtet med anestesilegen inne på operasjonsstuen selv om dette møtet var kortvarig. Det var vanskelig for mødrene å forklare hvorfor, men det var en følelse de fikk. En mor uttrykket det slik: ”Jeg har tenkt på hva det var som gjorde det.. for jeg hadde jo bare truffet han et halvt minutt.. han hadde maske på seg og var anonym.. jeg vet ikke hva det var... så det må ha vært stemmen da.. eller måten han pratet på.. for han var jo veldig rolig da..”

Alle mødrene nevnte at de erfarte teamet som meget kompetente. På spørsmål om hva de la i begrepet kompetanse svarte de fleste at *ro* var en kvalitet hos teamet og at de virket trygge i jobben sin: ”Det er mest på måten de oppfører seg på.. at de har en ro.. du kan se om en person er sikker.. at de vet hva de holder på med og er trygg i det de gjør.. det er bare det at du føler denne tryggheten.”

Flere av mødrene sa at de erfarte teamet som tydelige og fokuserte og at det var kvaliteter som ga dem trygghet: ”Han (anestesilegen) var så tydelig og når han pratet med andre.. så var han så fokusert på det han gjorde...” En av mødrene uttrykte at når den ene personen i teamet ga henne slik trygghet, så innvirket det på hennes oppfatning av resten av teamet: ”Det var på grunn av han (anestesilegen) at jeg ble beroliget og da fikk det liksom gå for resten også.. i min verden var det bare han.. som skulle ordne opp her..”

De fleste mødrene følte at det var greit å gi fra seg kontrollen over kroppen sin fordi de følte seg trygge og hadde tillit til teamet. Mødrene brukte også begrepet profesjonell når de beskrev teamet. På spørsmål om hva de la i begrepet, sa de at de ikke fomlet eller var usikre og at de ikke rotet med faguttrykk men var tydelig og klare. Erfaringen til mødrene var at teamet opptrådte meget profesjonelt: ”Det var veldig profesjonelle folk rundt meg da..og jeg fikk inntrykk av at dette kunne de og dette hadde de gjort før.. for de fomlet ikke og de hørtet ikke usikre ut når de ga beskjeder og de rotet ikke med faguttrykk.. de ga klar beskjed..”

Mødrene hadde også lagt merke til at selv om det virket kaotisk på operasjonsstuen med masse mennesker og aktiviteter så var det likevel ryddig. Teamet hadde helt tydelig sine veldefinerte oppgaver: ”Det var som om de hadde markeringer på gulvet, for alle visste akkurat hvem som skulle gjøre hva.. og det var veldig betryggende.. det var nesten litt militært.. det var orden i kaoset..”

Alle mødrene påpekte at de hadde følt at de var i trygge eller gode hender: ”Jeg var aldri redd eller lurte på om dette kom til å gå bra.. jeg følte meg i trygge hender.” På spørsmål om hva som gjorde at de følte seg i trygge hender, svarte de at de opplevde kompetanse, tydelighet at de ble sett og hørt og at teamet signaliserte at dette var noe de kunne og som de hadde gjort før: ”Jeg følte det var kompetanse der.. at jeg ble sett på en måte.. at de brydde seg om hvordan jeg hadde det..”

Mødrene erfarte at selv om de var redde, så hadde de full tillit til teamet. De kunne gi fra seg kontrollen og overgi seg til teamet. De erfarte at teamet tydelig visste hva de gjorde og følte seg trygge på deres kompetanse: ”Jeg ga fra meg kontrollen på slutten.. og da følte jeg meg trygg på å kunne gjøre det..det var ikke noe problem.. for de viste tydelig at dette kunne de..”

”Jeg fikk tillit til han selv om det bare var noen minutter for han var så rolig, tydelig og fokusert på det han gjorde. Jeg følte meg i trygge hender fordi de så tydelig viste at dette kunne de. De var så flinke at jeg følte jeg bare kunne overlate kontrollen og overgi meg til dem. Selv om det var masse folk inne på operasjonsstua så jeg tydelig at det var full orden i kaoset fordi alle hadde sine oppgaver og visste hva de skulle gjøre. Jeg er så takknemlig for at folk var så flinke og jeg vil aldri føde noe annet sted enn ved dette sykehuset.”

4.4 Fokus i tåke

Tabell 10

Fokus i tåken for mor

Kategorier	Hovedtema
Endret kurs Varierende hukommelse Tap av kontroll	Fokus i tåken

4.4.1 Endret kurs

Mødrene hadde forventet seg en normal fødsel. Når situasjonen endret seg og ble til dels truende, endret mors fokus seg. Mødrenes fokus var å få forløst barnet så fort som mulig slik at barnet ikke blir skadet. En mor uttrykte det slik: ”Jeg var bare ivrig etter å få i gang ting.. og det var mange som ordnet med ledninger og mye styr rundt meg.. men jeg var ikke noe nervøs for jeg var egentlig bare gira på å komme i gang og få henne ut..”. En annen mor uttrykte: ”Når det først ble keisersnitt var det bare om å gjøre å få det gjort så fort som mulig..” Selv om mor ligger med sterke rier, er hun fokusert på det som angår barnets sikkerhet og får med seg tegn fra omgivelsene som forteller om det er bekymring: ”Jeg begynte å riste.. og det var en erfaren jordmor og jeg så i hennes øyne at noe var galt.. og de snudde bort skjermen midt i en riaktivitet.. og det var pressrier.. og jeg hadde aldri tenkt tanken å se på den.. men da skjønnte jeg at noe var galt..”

Siden mødrene var opptatt av at barnet skulle ut fortest mulig, opplevde de andre hendelser som ikke støttet dette fokus som uvesentlig. En mor påpekte at hun fant det ”rart” at de hilste på henne: ”Ja så derfor ble kanskje den hilsingen litt rar.. for det var ikke viktig for meg i forhold til å få ting gjort.. for jeg tror selv også at jeg hadde litt hastverk da..” Mødrene uttrykte at ivaretagelse for dem var å få hjelp til å få ut barnet

fort, andre detaljer ble uvesentlige: ”Det må ha vært greit med de hendene som tok på meg.. for det var ikke på noen måte noe jeg brydde meg om.. det var uvesentlig.. for jeg hadde et helt klart fokus på at jeg bare ville ha det gjort...” Noen av mødrene presiserte at de ikke var opptatt av å få trøst, de ville ha handlinger som støttet fokus: ”I en sånn situasjon vil en ikke ha dulling og trøst.. det var ikke det jeg var ute etter.. jeg var fokusert på å bli ferdig og å få ut det som var inni meg i god stand..”

Mødrene erfarte at de hadde kontakt med de som stod nærmest og at de som fysisk var mer på avstand ikke fikk deres oppmerksomhet. En mor uttrykte det slik: ”Jeg fikk med meg narkoselegen og narkosepsykeleieren.. det var de to jeg fokuserte på.. det var mange andre folk rundt omkring.. men de var ute i periferien så jeg rakk ikke å forholde meg til dem..”

Endringen i situasjonen skaper også stor frykt for barnet. Mødrene følte at det var for risikabelt å ha barnet inni seg fordi det kunne gå galt med det: ”Jeg tenkte bare på hans vel da. Jeg tenkte ikke på meg selv. Jeg tenkte at jeg bare måtte få ungen ut slik at jeg berget han. Jeg torde ikke å ha han inni meg lenger..” En annen mor påpekte at hun ikke ville vite hvor dårlig det hadde vært med barnet fordi det ville ha trigget fantasien: ”Jeg ville ikke vite hvor lavt hjertelyden gikk ned, for jeg tror ikke jeg har godt av å vite det.. da ville jeg bare ha laget scenarier over det som kunne ha skjedd istedenfor det som skjedde..” Mødrene presiserer også at de ikke brydde seg om smerter fordi det var uviktig i forhold til risikoen for barnet: ”Jeg hadde fryktelig panikk for barnet.. jeg var klar for at de kunne åpne meg i heisen.. jeg hadde ikke brydd meg smerter, betydde ingenting der og da.. jeg var bare redd for babyen.. ut med han..” Flere av mødrene nevnte også at de ble stresset når de skjønnte at noe var galt og at det ble en akuttsituasjon. De forsøkte å forholde seg rolig siden de trodde at barnet ville ta skade hvis de ble stresset: ”Og da tenkte jeg med en gang på ungen liksom.. at det skal gå bra med han.. det var det som lå til grunn.. at nå må jeg slappe av og ikke bli stresset.. for det er han ikke tjent med..”

Mødrene hadde forventet et normalt fødselsforløp og da det ble besluttet katastrofekeisersnitt, følte de både skuffelse og lettelse. De var skuffet over at de ikke fikk oppleve et fødselsforløp slik de hadde drømt om, og de var lettet over at det ble

iverksatt tiltak og at det raskt ble gjort noe. Noen av mødrene hadde opplevd en gradvis forverring av tilstanden til barnet og ble lettet da beslutningen endelig ble tatt: ”Jeg ble skuffet over at jeg ikke fikk høre det første skriket.. og den følelsen av at nå kommer han ut og blir lagt varm på magen.. alle snakket om det..og jeg hadde gledet meg sånn..” En annen mor sa: ”Først ble jeg skuffet.. så ble jeg veldig, veldig lettet.. jeg tenkte det skulle bli godt å få det overstått for de hadde holdt på så lenge..” Noen av mødrene uttrykte også at de var lettet over å bli lagt i narkose når det først ble et keisersnitt: ”Når løpet ble som det ble.. og jeg har vært gjennom narkose før.. så følte jeg at nå sovner jeg jo snart.. og da er jeg ferdig.. det var beroligende å ikke skulle være tilstede under et slikt inngrep..”

”Når det først ble keisersnitt, ville jeg ha det gjort så fort som mulig for de hadde holdt på så lenge. Jeg så i jordmorens øyne at noe var galt og så snudde de bort skjermen så jeg ikke skulle se den. Jeg ville ha han ut fortest mulig og jeg visste at de kunne det for jeg hadde sett heisen. Det var ikke forstyrrende at det var mange folk i rommet for jeg var bare opptatt av hva de nærmeste og jeg selv holdt på med, de andre var ute i periferien. Jeg hadde panikk for barnet, og sa at de måtte gjerne ta han ut uten bedøvelse, smerter brydde jeg meg ingenting om. Jeg ble skuffet over at det ikke ble et vanlig fødselsforløp men lettet over at nå ble det iverksatt tiltak slik at ting kunne skje raskt.”

4.4.2 Varierende hukommelse

Mødrenes hukommelse er sterkt varierende. Den varierer med riaktiviteten, graden av smerte, redsel og hva som føles relevant for deres fokus.

Flere av mødrene kunne huske at de ble snakket til, men de kunne ikke huske hva som var blitt sagt: ”De informerte meg hele tiden om hva de gjorde med meg, men jeg husker ikke hva de sa..” Mødrene husker også bare de mest tydelige og vesentlige beskjedene, resten ser ut til å bli borte på grunn av den tilstanden de er i: ”Jeg husker så vidt at en eller annen kom og sa at nå måtte de skynde seg for nå ble det keisersnitt.. og så husker jeg at alt bare gikk kjempefort..” En annen mor bekreftet dette med å uttrykke: ”Det ble sagt.. her gjør vi klar.. det ble selvfølgelig sagt en hel masse ting.. men det har jeg ikke noe bilde av.. jeg husker nesten ingenting..”

Mødrene husker informasjon som er gitt før akuttsituasjonen, noe som fører til at behovet for informasjon i akuttsituasjonen reduseres: ”Jeg mener de sa at nå skal vi

kjøre deg ned på operasjonsstuen eller noe sånt.. jeg hadde gått løypa før og visste hvor jeg skulle.” Mor ser også ut til å huske best det som samsvarer med hennes eget fokus, resten er noe tåkelagt: ”Jeg husker ikke om jeg fikk noen informasjon da for alle var vi bare så opptatt av å få han ut.. det kan godt hende det var noen som snakket til meg.. men det husker jeg ikke.”

Noen av mødrene sier at de har glemt ting som de har behov for å huske. En mor syntes hun erindret det første møtet med barnet for dårlig, og en annen mor ville ha husket mer fra situasjonen der andre tok hand om kroppen hennes: ”Jeg vil gjerne vite i detalj hva som skjedde.. jeg har jo bare det de forteller meg i og med at jeg ikke husker.. for jeg vil jo vite det i og med at det var min kropp de holdt på med.. som jeg ikke hadde kontroll over..”

Mødrene ser ut til å huske detaljert hva som er sagt og gjort før situasjonen blir akutt eller før de får sterke rier og ubehag: ”Ja de begynte med undersøkelsen og jeg hadde bedt om mer bedøvelse.. så gjorde de undersøkelsene og fant en 6-7 cm åpning.. og da så jeg at hun ble litt rar i ansiktet og da var fosterlyden gått ned til 40..og så trykket de på alarmknappen.. og de innstilte oksygen på 100 %..”

”Jeg husker bare så vidt at det ble sagt at vi må skynde oss, nå blir det keisersnitt og så gikk alt kjempefort. Det kan hende de snakket til meg, men det husker jeg ikke. Det triste er at jeg husker ikke barnet heller, og jeg skulle ønske at jeg husket for jeg hadde ventet så lenge og så ble dette øyeblikket så fjernt. Jeg husker detaljer fram til riene ble sterke og det ble en endring, etter det husker jeg lite.”

4.4.3 Tap av kontroll

Mødrene beskriver at de ikke er mottakelige for mange av inntrykkene fordi de har smerter, ubehag eller er redde. De uttrykker at de er i en dis eller tåketilstand: ”Jeg husker ikke så mye mer enn at jeg hadde fullstendig panikk.. og jeg fikk høre av jordmor i ettertid at jeg hadde bedt dem ta han ut i heisen.. det var den redselen..” En annen mor beskrev: ”Det er så mye som er borte for meg som i en tåke.. alle smådetaljene er borte.. jeg vet ikke om det var for at jeg var så redd..” Noen av mødrene beskriver at de bevisst stengte omgivelsene ute fordi inntrykkene ble for voldsomme: ”Jeg husker ikke..jeg tror at jeg bevisst lukket øynene for jeg prøvde å

lukke alle de lysene og folkene ute.. jeg lukket øynene og hørte bare lydene som kom inn..” Alle mødrene påpeker også at ting skjedde så fort at de derfor ikke fikk med seg hva som hendte: ”Jeg fikk ikke med meg hva han sa sånn tydelig.. det skjedde så mye på så forferdelig kort tid.. tenker jeg.. jeg vet ikke hvor lang tid det tok engang.. det er nesten som om du er utenfor tid og rom..”

Noen av mødrene var utslitte etter et langt og smertefullt fødselsforløp. De beskrev at de sov delvis mellom riene, og at de var nærmest bevisstløse: ”Jeg har prøvd å huske hva som skjedde, men jeg var nærmest bevisstløs på slutten..”

En av mødrene beskrev at hun hadde koblet ut og overgitt seg til teamet rundt seg på et visst tidspunkt. Hun hadde vært helt klar lenge inntil hun plutselig ikke fulgte med lenger: ”Jeg følte liksom at jeg var med hele tiden.. men så plutselig overga jeg meg bare helt til de rundt meg og tenkte at dette kan de bedre enn meg.. og da koblet jeg bare ut..”

Flere av mødrene påpekte at selv da de var for ”avkoblet” til å få med seg noe annet så visste de hvor de skulle fordi de hadde blitt vist nødheisen og veien til operasjonstuen: ”De kunne ikke gjort noe annerledes.. men om de har sagt noe til meg vet jeg ikke.. for jeg var helt borte.. men jeg visste jo hva som skjedde og hvor jeg skulle for jeg har jo gått den løypa før..”

Mødrene presiserte på forskjellige måter at tidspunktet for ettersamtaler var viktig da det måtte gå en viss tid før de var mottakelige for den: ”Jeg var klar for en opprydningssamtale etter en måned eller et par uker før.. men ikke de første dagene etter.. for da var det så mye følelser og barseltårer.. så det var greit at det gikk noen uker..”

Tidsperspektivet for mødrene er noe diffust. De vet ikke hvor lang tid det har gått eller hvilke rekkefølge hendelsene har: ”Men helt fra vi kom den morgenen til vi var ferdige har jeg ingen tidslinje i hodet mitt.. ja jeg satt jo tre timer i badekaret, men det kjentes ut som en halvtime maks.. så tidsskjema er helt borte synes jeg..”

Mødrene hadde ubehag av forskjellige årsaker som rier, stilling på fødebordet og skjelvinger. Ubehaget ga dem følelsen av å miste kontroll over kroppen: ”Jeg

skjønner ikke at jeg skalv sånn.. det var så ekkelt.. jeg fikk ikke kontroll over kroppen i det hele tatt.. tennene klapret og jeg skalv, jeg fikk ikke til å roe meg ned..” Mødrene følte også at de mistet kontrollen da riene ble sterke: ”Sjokket da riene kom så kraftig var større enn da de besluttet å gjøre et katastrofesnitt”. De mister også kontrollen over selve beslutningsprosessen selv om ikke det ser ut til å være noe stort problem: ”Jeg hørte de diskuterte seg imellom hva det kunne være og hva de skulle gjøre.. jeg lot dem bare holde på.. jeg ga blaffen..”

Oppvåkningen etter narkosen ga også ubehag av forskjellig art som kvalme, uvisshet over hvor barn og samboer befant seg og en skremmende uvirkelighetsfølelse: ”Å ligge der lenge det var rart.. det var litt spøkelsesaktig.. jeg fikk et sånt bilde fra en film som het ”Riket”.. sånn litt dystert.. jeg hadde ikke lyst til å være der så lenge..”

Mødrene befinner seg også plutselig og ufrivillig i en rolle som operasjonspasient i tillegg til å være fødende. På operasjonsstuen vil det som skulle være et fødselsforløp bli erstattet med kirurgi: ”Det var ingenting romantisk ved det nei.. det var ikke som de andre fødslene mine.. det var en steril operasjon... plopp så var han ute og jeg hadde ingen føling med det..” Mødrene er lykkelige over å få se barnet etter operasjonen, men møtet er også preget av at hun er operasjonspasient: ” Men når de kom med han så var det ikke så om å gjøre å ha han på brystet, og da følte jeg meg mer som en operasjonspasient enn en mamma.” På barsel er denne dobbeltrollen fødende/operasjonspasient enda mer tydelig da sårmerter hindrer mor i å utføre det stellet som hun forventer hun skal: ”Ja hodet ville, for hodet var som før. Men kroppen sa nei og det var en voldsom frustrasjon og jeg skrek mange tårer og når han skrek om natten, måtte jeg rykke i snoren for å få dem til å komme og legge han til brystet..” Mødrene erfarer også at selve operasjonsdelen ved keisersnittet ikke blir tatt godt nok vare på av helseteamet mens de er på barsel i form av temperaturmåling, informasjon og sårstell: ”Jeg savnet informasjon rundt det med såret.. de så på det som peanuts på barsel..” Hjemreisen erfares for tidlig i forhold til dobbeltrollen operasjonspasient/ barselkvinne. De føler at de er i altfor dårlig form til å ta vare på barnet sitt: ”Jeg var veldig redd for å bli utskrevet fra sykehuset for jeg kunne ikke gå

på do selv.. og så skal jeg bli hjemsendt som mor.. jeg kunne ikke bære han for jeg var redd for at jeg skulle besvime og miste han..”

”Jeg husker ikke mer enn at jeg hadde fullstendig panikk. Jeg skjønnte ikke noe før jeg ble kastet over i en seng. Jeg fikk ikke med meg noen informasjon, jeg var bare glad for at det gikk så fort. Hvis de sa noe så var jeg ikke i stand til å ta det til meg fordi jeg var nærmest bevisstløs. Alt var i en tåke fordi jeg var så redd. Jeg var redd for barnet ikke for meg selv. Jeg hadde sagt til dem at de bare kunne ta han ut i heisen uten bedøvelse. På operasjonsstua ble forløsningsen omgjort til en operasjon. Det var ikke noe romantisk ved det slik det skulle være, bare upersonlig og sterilt. På barsel var de opptatt av amming og meg som fødende, ikke av meg som en operasjonspasient og alt det medførte av ekstra problemer.”

4.4.4 Sammendrag om mødrene

Mødrene er gjennomgående fornøyd med den informasjonen de har fått. Typen informasjon de har behov for avhenger av hvor de er på tidsaksen. Før situasjonen blir akutt er det viktig hva jordmor har forberedt dem på og særlig at hun har vist mødrene ”løypa”. I akuttsituasjonen har de behov for kort konsis informasjon om hva som skal skje. Mødrenes synes det er viktig at teamet er litt i forkant og gir fortløpende beskjed. Etter keisersnittet synes mødrene det mangler informasjon om operasjonspasienten frahelseteamet.

Mødrene fremhever ro, det å gi seg tid og å gi ”det lille ekstra” og trøst som kvaliteter for god ivaretagelse. De opplever seg godt ivaretatt før endring og av akutteamet. På barsel er ivaretagelsen varierende og de savner ivaretagelse rundt det å være operasjonspasient.

Kontinuitet og gjenkjennbarhet blir sett som positivt i forhold til oppfølging. Det er nødvendig at de samme personene følger dem underveis og at ettersamtalen gjøres av teamet som fulgte mødrene i fødselsforløpet.

Mødrene har stor tillit til teamets kompetanse, noe de uttrykker som å være ”i gode hender” når teamet er rolige, tydelige og fokusert i det de gjør. Selv om det er et kaos av folk og aktiviteter etter endringen, erfarer mor at det er orden i kaoset. Mødrene er redde, men overgir seg i full tillit til teamet.

Mødrene er skuffet over å miste den fødselsopplevelsen de har forventet seg, men føler lettelse over at en problematisk situasjon blir tatt hand om og at ting skjer raskt.

Mødrene føler seg i en dobbeltrolle inne på operasjonsstuen der fødselsforløpet blir endret til en operasjon og etterpå som barselkvinne og operasjonspasient. Rollen som operasjonspasient erfarer mødrene at det ikke blir godt nok tatt vare på av helseteamet.

Ubehag som smerter, rier, kvalme, redsel og sårmerter på barsel erfares av mødrene. Ubehaget reduserer mottakeligheten og hukommelsen. Redusert mottakelighet blir beskrevet som å være i tåka, i en dis, å stenge alt ute og å bare være i sin egen verden. Redselen hos mødrene er sentrert rundt det å skulle miste barnet eller at det skal bli skadet. Mor husker godt fram til hun får sterke rier og fram til det blir en endring, etterpå reduseres hukommelsen.

Til tross for redusert mottakelighet og hukommelse har mor et sterkt og avgrenset fokus som er å få barnet fort ut i god behold. Mødrene er mottakelig for og kan huske det meste av hendelser som støtter fokus.

I neste kapittel diskuteres funn fra denne forskningsstudien opp mot eksisterende teori.

5. Diskusjon

Forskningsspørsmålet for denne studien var hvordan mor og far erfarer samhandlingen med helseteamet etter beslutning om katastrofekeisersnitt. Resultatene som ble presentert i forgående kapittel kom fram ved å studere hva de to partene sier om sine egne reaksjoner, og hva de sier om akutteamet. Dette førte fram til tre overordnede tema. Aspekter ved mors og fars egne reaksjoner diskuteres først under *Kursendring* og *Fokus i tåken*. Deretter følger en diskusjon rundt mors og fars beskrivelse av akutteamet under kapitlet *Høyekspertise*.

5.1 Kursendring

Fars reaksjoner endte opp i de tre aspektene *sitte alene og vente*, *vente alene med barnet* og *vanskelig å klage*. Resultatene kom tydelig fram fordi alle fedrene hadde svært klare emosjonelle beskrivelser som var knyttet til de ulike situasjonene. Det første aspektet dekker tiden mens far venter utenfor operasjonsstuen. Det andre omfatter tiden når mor ligger på recovery og far sitter alene med barnet. Det tredje aspektet er ikke knyttet til én spesiell tidsfase, men skjedde fortløpende både under sykehusoppholdet og etter hjemkomsten. At det var vanskelig å klage var noe de i tillegg opplevde som uoppgjort.

Samtlige av fedrene beskrev situasjonen der de ventet utenfor operasjonsstuen og satt alene med barnet, som vanskelig og svært emosjonelt ladet. Situasjonen som frambragte reaksjonene var uventet, den kom raskt og far mått omstille seg emosjonelt på kort tid. Lazarus & Folkman (1984) beskriver situasjoner som kommer uventet og som man er uforberedt på som mer stressutløsende enn de situasjonene som man er forberedt på. Desto mer ukjent situasjonen er, jo mer personlige fortolkninger vil ligge til grunn for erfaringen av situasjonen (Lazarus & Folkman, 1984). Diemer (1997) hevder at fedrenes situasjon er så sårbar at det burde ha vært sterkere fokus på dem i forhold til stressreaksjoner. Han konkluderer med at stressteoretikere som Lazarus & Folkman (1984) burde være aktuelle som ramme

med henblikk på fokus på far. Brudal (2000) legger også vekt på at fedrene er svært sårbare i perinatalperioden. Kombinasjonen av sårbarhet og en stressutløsende hendelse gir muligheter for utvikling av en stressrespons hos far.

Ivaretakelsen av fedrene er et problemområde innenfor sykepleiefunksjonen. Så hvordan kan faren for stressrespons minskes eller avverges? Én måte er å studere fars rolle. Han har som pårørende en støttende funksjon i forhold til mor, men er også selv en "pasient", jmfør Kims (2000) definisjon av en klient (kap. 2.1.2, s 7).

Nyere forskning (Yokote, 2007) viser at jordmødre bør vite om fars komplekse følelser for å kunne hjelpe til med å styrke fars støttende funksjon, og for å bedre kunne forstå parets bekymringer og behov. Far betraktes som en støtteperson for mor og ikke som en person som selv har behov for støtte og omsorg. Flere av respondentene nevnte fars rolle som en støttefunksjon, at "far var et vedheng" og at "far ikke var viktig ut fra en medisinsk vinkling". Deres egne behov for omsorg var i stor grad knyttet til at mor fikk sitt behov for omsorg tilfredstilt. Far følte at han ble inkludert av personalet som en støttespiller for mor, men opplevde selv at han ble utilstrekkelig i denne støttefunksjonen. Han syntes at det han gjorde hadde liten nytte. Å bli sittende alene å vente utenfor operasjonsstuen, opplevde de fleste fedrene som en vond situasjon. De ble tvunget inn i en passiv rolle der de ikke lenger kunne ivareta sin rolle som støtteperson. I tillegg satt de alene med frykten for livet til mor og barn.

Fars rolle som aktivt tilstedeværende i fødselssituasjonen er relativt ny. Fedrene har ingen nedarvede historier om erfaringer fra egne fedre. May & Sollid (1984) påpeker at selv om fedres tilstedeværelse var akseptert i noen områder i USA, erfarte fedrene at de ikke ble godt nok inkludert av personalet. Denne studien er noe gammel, men den er republisert i *Birth* i 2007. Fedrene reagerte på at de var utestengt fra operasjonsstuen under forberedelsene av mor og ved generell narkose. Forklaringen på at de var utestengt var at mor under narkosen ikke hadde behov for fars støtte. Fedrene hadde ingen rettigheter for sin egen del. De ble ikke oppfattet som en "pasient-enhet" sammen med mor. Denne praksisen gjelder fortsatt i dag og med samme argumentasjon. En av fedrene i denne studien ønsket å bli med inn på

operasjonsstuen for å være nær mor. De andre fedrene aksepterte utestengingen uten kommentar og i intervjuet var emnet ikke noe tema.

Robinson & Smiley (2004) hevder at praksis med å la far vente utenfor operasjonsstuen er basert på anesthesiologens frykt for at noe kan gå galt ved innledningen, og at fedrene ikke har godt av å se deres partner eller barnet i en situasjon der de kan være i fare eller bli skadet. Robinson et al (2004) har imidlertid forståelse for utestengningen når det er katastrofekeisersnitt. Likevel påpeker de at andre barrierer for fars tilstedeværelse ved fødsel, gradvis er blitt brutt og at utestengningen fra operasjonsstuen bare er en siste barriere. Dagens praksis er at generell narkose kun gis ved spesielle situasjoner eller katastrofekeisersnitt, og da er far ikke tilstede. Robinson & Smiley (2004) og May & Sollid (1984) argumenterer for fars tilstedeværelse ut fra obstetrikers vinkling. Anestesiologisk vinkling er ikke representert i noe studie, men erfaring fra praksisfeltet tilsier at det er et ønske om å opprettholde dagens praksis. Synsintrykkene fra akuttsituasjonen kan bli sterke og anestesiteamet har ingen kapasitet i akuttsituasjonen til å ivareta far. Anestesiteamet foretrekker å få ”arbeidsro” i den krevende situasjonen som en innledning av narkose ved katastrofekeisersnitt er. Hvilket hensyn som skal veie tyngst er et diskusjonstema mellom anestesiteamet og obstetriker basert på en reell nytteverdi erfart av mødre og fedre.

Yokote (2007) tar ikke stilling til om fedrene bør være inne på operasjonsstuen, men hun fant også at tiden da de satt og ventet utenfor var en spesiell emosjonell situasjon for far. Hun fant at når årsaken var føtalt stress, erfarte fedrene frykt for mor og barn i større grad enn ved andre indikasjoner. I denne studien hadde de fleste fedrene erfart frykt for mor og barn. Det virket som fedrene erfarte mindre grad av stress der de gradvis var blitt forberedt på at det kunne bli et keisersnitt under fødselsforløpet. Mengde og tidspunkt for informasjon må følge en viss timing. Alle fedrene uttrykte at de ville bare ha informasjon som var enkel, kort og konsis i akuttsituasjonen. I akuttsituasjonen er det ikke tid til å forberede fedrene og tidspunktet er for nært situasjonen. De fedrene som hadde deltatt på omvisning med jordmor tidligere i svangerskapet, hadde ”bitt seg fast” i hva jordmor sa om katastrofekeisersnitt.

Informasjonen fra jordmor tidlig i forløpet ble hentet fram igjen og benyttet i akuttsituasjonen da de ble sittende alene og vente. Reaksjonen er i samsvar med stressteori (Lazarus & Folkman, 1984) og innenfor katastrofepsykologi der personen ”blar bakover i arkivet” for å finne en rasjonell måte å forholde seg på (Dyregrov, 1999).

Etter en emosjonell berg og dalbane kommer en situasjon der far sitter alene med barnet og venter på mor som ligger på recovery. De fleste fedrene erfarte emosjonell ambivalens i denne situasjonen. De følte glede og lettelse over barnet og at det hadde gått fint med mor, men samtidig erfarte de en tomhets - eller alenehetsfølelse fordi mor ikke var der og kunne dele øyeblikket. De påpekte at de ikke hadde ønske om at noen andre personer enn mor var der. De hadde gledet seg og forberedt seg på at de tre skulle være sammen om denne situasjonen. I Yokotes (2007) studie ble det funnet glede og lettelse hos fedrene over det friske nyfødte barnet, lettelse over at kirurgien hadde vært vellykket og takknemlighet overfor partneren som hadde gitt dem et friskt barn. Ingen av fedrene i hennes studie beskrev den emosjonelle ambivalensen som kom tydelig fram i denne studien. Yokotes (2007) studie viste at i de tilfellene der mødrene var i en kritisk situasjon, følte fedrene frykt for sin partner og hadde behov for å ha en dialog med overvåkningsavdelingen. Alle fedrene i denne studien hadde behov for en god dialog med overvåkningsavdelingen, selv om mødrene var i god form, fordi de ville ha en kontinuerlig kontakt med mor. Yokotes studie (2007) er fra Japan og kulturelle forskjeller kan være en forklaring på forskjellene i funn. I hennes studie var det vanskelig å få intervjuet fedrene en uke etter fødselen fordi de på det tidspunktet ikke bodde sammen med sin partner. Mødrene bodde hjemme hos sin familie etter fødselen for å lære barnestell. I vår kultur viser en studie av Diemer (1997) at nettverket ofte manglet rundt paret fordi de geografisk hadde en avstand til familie og venner eller at rollemodellen manglet, eller at det nettverket de hadde ikke var i samme situasjon. Det blir en form for sosial ensomhet.

I likhet med Yokotes (2007) studie viser denne studien at fedrenes erfaringer er kompliserte og skiftende under hele forløpet. Lazarus & Folkman (1984) påpeker at kognitiv vurdering hele tiden er i endring etter at personen har blitt utsatt for

stresstimuli. Umiddelbart etter stressresponsen inntreer en primær vurdering med høy grad av stress. Stressnivået synker etter noen minutter fordi tankearbeidet fører til en enkel analyse av den truende situasjonen. Deretter kommer en sekundær kognitiv vurdering der en mer kompleks analyse av situasjonen finner sted og stressnivået øker igjen. Tidsfaktoren er avgjørende for hvilken fase av stressnivået personen vil befinne seg i. I fedrenes situasjon skjer det mye på kort tid som skaper sterke emosjoner, og under bearbeidelsen av stressfasene vil de stadig bli utsatt for nye inntrykk. Funn fra Yokotes (2007) studie og denne studien viser en forskjell i fedrenes erfaringer fra tiden de sitter alene med barnet og venter på mor.

Med hensyn til fedrenes tanker og følelser, i beslutningsøyeblikket om katastrofekeisersnitt, er det i stor grad et sammenfall med funn fra denne studien. Yokote (2007) delte respondentene i to grupper etter årsak til akutt keisersnitt: føtalt stress eller for langt fødselsforløp. Hun fant at fedrene som erfarte langt fødselsforløp, følte spesielt lettelse, mens ved føtalt stress var situasjonen preget av at de ikke hadde noe valg og at de måtte stole på doktoren som tok beslutningen. I denne studien ble det ikke funnet hensiktsmessig å dele inn i grupper etter årsak, fordi et langt fødselsforløp også kan ende i føtalt stress. Fedrene i denne studien uttrykte mer generelt en lettelse over at tiltak ble gjort når situasjonen ble opplevd som truende. De erfarte også at de hadde full tillit til at avgjørelsen som ble tatt var riktig, og ingen nevnte noe om at de ikke hadde noe valg. Situasjonens karakter er slik at fedrene ikke har noe mulighet for valg i forhold til de tiltak som skal utføres. Fedrene har kanskje ikke noe annet valg enn å føle tillit til de som tar avgjørelsen, hvis ikke blir situasjonen uholdbar.

I denne studien hadde ingen av mødrene noe ønske om å klage på noen av hendelsene rundt fødselen. Tre av fedrene hadde hendelser de ønsket å klage på, men fant det vanskelig å få utført av ulike grunner. Fedrene som erfarte hendelser som var uheldige eller ubehagelige, hadde tanker om at de burde sende en klage til sykehuset. Ingen av fedrene sendte noen klage og de oppga som årsak at det var mangel på tilretteleggelse fra sykehuset, vanskelig å få tid til å sende brev i en travel hverdag og at de ikke var sikre på hvem de skulle henvende seg til med klagen. Alle fedrene

mente at det var vanskelig å klage siden ”alt annet hadde vært så bra”, de følte at det var utakknemlig. Årsaken til at de ville klage lå stort sett i mangel på ivaretagelse av far før og etter akuttsituasjonen.

I May & Sollids (1984) studie klaget fedrene over at de ikke hadde fått delta i diskusjonen rundt beslutningen om keisersnittet og at anestesi hadde ekskludert dem fra operasjonsstuen, men studien viste ikke om fedrene kom med formell klage. Nyere forskning (Yokote, 2007) og denne studien viste at fedrene stort sett, med noen unntak, var fornøyde med teamets avgjørelser.

Helsepersonell i klinisk praksis har behov for både negativ og positiv feedback. Ettersamtalene er et forum i denne studien der feedback er mulig. Både fedrene og mødrene erfarte at ettersamtalene kom for tidlig etter keisersnittet og at tankene og spørsmålene endret seg over tid. En oppringning fra jordmor en måned senere kunne være et forum for tanker, spørsmål og feedback. Nyere forskning (Pierre, 2007: Waldenstrøm, 2004) og Lazarus & Folkman (1984) viser at kognitive vurderinger endres og erfaringer integreres over tid. Matthieu et al (2006) påpeker at kjennskap til Lazarus & Folkmans (1984) stressteori er nødvendig for klinikerer når han skal vite hvilket tidspunkt som er mest effektivt for intervensjon.

5.2 Fokus i tåken

Intervjuene ble utført en måned etter keisersnittet. Tidsfaktoren kan ha hatt en betydning for resultatet. En studie av Waldenstrøm (2004) viser at mødrene endret sine beskrivelser til å bli mer negative over tid. Waldenstrøm (2004) hadde intervjuet mødrene både etter to måneder post partum og etter ett år. Hun konkluderte med at mødrene to måneder post partum var mer lettet over å ha fått et velskapt barn enn ett år etter da de hadde fått tid til å integrere de negative følelsene. En fødsel har en sosial forventning av å være en lykkelig begivenhet (Brudal, 2000: Pierre, 2007) og negative følelser kan være vanskelig å snakke om. Ifølge Pierre (2007) kunne det ta mødrene flere måneder før de greide å snakke om sine negative følelser fordi de hadde egne og sosiale forventninger om å være lykkelige. De følte at de var dårlige

mødre og at negative følelser er et sosialt tabuområde. De negative følelsene i forbindelse med en traumatisk fødsel kommer mer til verbalt uttrykk over tid mens symptomer på stressrespons og PTSD er høyest like etter fødselen og synkende over tid innen et år (Ryding et al, 1998). Resultatet av denne studien kunne ha blitt annerledes ved datasamling på et senere tidspunkt. Liknende studier er ikke funnet av fedre og pårørende.

Nyere forskning viser at utkommet for mor kan bli en stressrespons etter et katastrofekeisersnitt (Cicoli et al, 2006:Olde et al, 2006: Ryding et al, 1998,1999, 2000). Mor har rollen som akuttpasient og som fødende, og sykepleierens ivaretagelse av mor defineres som et sykepleiefenomen (Kim, 2000). Aspektene *endret kurs, hukommelse og tap av kontroll* kom frem etter hvert som analysen pågikk og ble beskrivende for hovedtrekkene i mødrenes erfaringer. Klokketiden mødrene beskriver sine erfaringer fra, er kort. Kognitiv vurdering endrer seg over tid og stressresponsen varierer. Det er usikkert hvor mødrene befinner seg på stresskurven på det tidspunktet de blir lagt i narkose. Tidsbegrepet for mødrene i denne studien er uklart. Hendelser som var kortvarige virket som en evighet i akuttsituasjonen, mens lang tid under fødselsforløpet kunne virke kort. Det er også et velkjent fenomen innenfor katastrofepsykologien der erfart lang og kort tid ikke har noen sammenheng med klokkeid (Dyregrov, 1999). I følge Lazarus & Folkman (1984) er ikke lengden på stressituasjonen avgjørende for om den utløser en stressreaksjon hos personen.

Tidligere erfaringer, fødselsforløp, årsak til at det ble besluttet keisersnitt, personlighetstype og sosialt nettverk vil være faktorer som førte til variasjon i mødrenes erfaringer. Ryding et al (1997, 1998, 2000) presiserer at det er viktig å se på individuelle faktorer hos kvinnene for å kunne forstå deres erfaringer, da mødrenes erfaringer gir stor variasjon.

Mødrene uttrykte at da beslutningen om katastrofekeisersnitt ble tatt, følte de skuffelse over at det ikke ble en fødsel slik de hadde drømt om. Mødrene følte imidlertid lettelse over at en problematisk situasjon ble tatt tak i og at fødselsarbeidet snart skulle være overstått. Ryding et al (1998) fant at av 53 mødre som hadde erfart

katastrofekeisersnitt, mistenkte 26 av mødrene keisersnitt på forhånd. Fire av disse følte skuffelse ved mistanken og fem følte skuffelse ved beslutningsøyeblikket. Ingen av dem følte skuffelse etterpå. Langt flere av de 53 mødrene følte lettelse. Fire av 25 kvinner følte ren lettelse ved beslutningsøyeblikket mens 16 av de 25 mødrene følte en blanding av skuffelse og lettelse. Fire av mødrene hadde ingen følelse av skuffelse eller lettelse.

I denne studien ble det funnet at mødrene følte både skuffelse og lettelse, men at det var variasjon mellom mødrene hvilken følelse som dominerte og variasjon i styrken på følelsen. Noen av mødrene i denne studien erfarte skuffelse etter keisersnittet fordi de ikke hadde fått fødselsopplevelsen og ikke hadde hørt det første skriket. Andre mødre følte bare lettelse etterpå fordi det hadde gått bra og de hadde fått et friskt barn.

Beslutningen om katastrofekeisersnitt er oftest begrunnet i føtalt stress. Når endringen kommer og mødrene oppfatter at noe er feil, blir de redde for barnet. Mødrene frykter at de kan miste barnet eller at det kan bli skadet på en eller annen måte. Frykten for barnet ble det sentrale fokus i mors bevissthet, mens hun før endringen hadde vært mer opptatt av selve fødselsforløpet. Endringen av fokus hos mødrene er sammenfallende med funn i studien til Ryding et al (1998). Studien viste at 49 % av mødrene hadde erfart intens frykt for skade på barnet på et tidspunkt i situasjonen. I Ryding et als studie (1998) studie erfarte totalt 55 % av mødrene intens frykt av ulike årsaker. Ryding et als studie (2000) viser også at de fleste mødrene i de forskjellige gruppene erfarte frykt, til dels panikk for barnet. 26 % av mødrene i Ryding et als studie (1998) følte frykt for sitt eget liv, og noen få av dem følte skyldfølelse fordi de fryktet mer for sitt eget liv enn barnets. Mødrene i denne studien nevnte ingenting om frykt for eget liv, deres eneste frykt var for barnet.

Mødrene hadde et klart fokus på frykten for barnet, og deres interesse var å få barnet ut av kroppen fortest mulig i best mulig stand. De så ut til å konsentrere seg om den informasjon og de hendelser som støttet fokus. Alt annet enn det som handlet om å få barnet fort ut i best mulig stand virket "uvesentlig" og ble skjøvet vekk fra mødrenes oppmerksomhet. Det sterke fokuset samtidig med tåkelegging av andre inntrykk, er

ikke beskrevet i studiene til Ryding et al (2007: 2008 : 2009). Innen katastrofepsykologi (Dyregrov, 1999) er fenomenet beskrevet. Individets sterke evne til å fokusere på de aspekter som fører til overlevelse blir tydelig i livstruende situasjoner. Selv om erfaring fra liknende situasjoner ikke finnes, kan individet ha en evne til konstruktiv tenkning selv i ekstreme situasjoner. Mødrenes respons på katastrofekeisersnitt tilsier at kriteriene for å kalle situasjonen en traumatisk hendelse er tilstede, ifølge Ryding et al (1998). Mødrenes frykt for barnets liv og deres sterke fokus på tiltak som er nødvendig for å berge liv, har likhetstrekk med den tankerekken som mobiliseres generelt under stresssituasjoner. I forhold til Lazarus & Folkman (1984) vil situasjoner der det i øyeblikket er fare for livet og på lenger sikt kan virke truende i framtiden i form av uopprettelig skade, være situasjoner som i stor grad av stressutløsende.

Mødrene i denne studien har god og detaljert hukommelse fram til at de får sterke rier eller at det blir en mistanke om at noe er galt med barnet. Etter det skjer en endring i evnen til å huske. Hukommelsen reduseres i ulik grad, men felles for mødrene er at de husker det som var mest viktig i forhold til det som var deres fokus. Detaljer var tåkelagt mens de nesten ordrett kunne huske det som bekreftet fokus. Det er usikkert hva som faktisk ble formidlet av akutteamet siden mor ser ut til å ha en selektiv hukommelse. Mødrenes egne erfaringer med situasjonen er tema for denne studien, ikke hva som faktisk foregikk og ble formidlet. Mødrene ser ut til å huske hva de er blitt informert om av jordmor på et tidligere tidspunkt når situasjonen oppstår. De husker ”løypa” og ”blar i arkiver” for å finne noe kjent og rasjonelt å forholde seg til selv om de ikke har erfart liknende situasjon før. I en katastrofesituasjon hevder Dyregrov (1999) at hjernen har en utpreget evne til å mobilisere tidligere erfaringer for å mestre en ny situasjon. Denne studien viste at tidligere informasjon ble hentet fram og benyttet i akuttsituasjonen selv om informasjonen ikke hadde virket aktuell på det tidspunktet den ble gitt. Tidspunktet for effektiv intervensjon av informasjon vil ligge i tiden før akuttsituasjonen finner sted.

Ryding et al (1998) fant i likhet med denne studien en gradvis økende amnesi fra beslutningsøyeblikket og fram til etter oppvåkning på recovery. Studien konkluderte

med at amnesien kunne skyldes en følelse av endret virkelighet eller en dissosiasjon. De hendelsene som hadde funnet sted, var for skremmende til å beholde i bevisstheten. Lazarus & Folkman (1984) hevder også at absolutt klarhet i situasjonen ikke er foretrukket fordi realitetene er for smertefulle. Ryding et al (2000) fant at fire av de 25 mødrene led av denne formen for forvirring og glemsel. I forhold til forståelsen av katastrofepsykologi (Dyregrov, 1999) vil hjernen mobilisere på denne måten i forhold til den truende situasjonen der fokus er å redde liv.

Alle mødrene i denne studien hadde glemsel for bruddstykker av situasjonen. De var individuelle i hva de husket. Noen kunne huske at de fikk trøst inne på operasjonsstuen andre husket spesielt negative ting som ble sagt og negative hendelser. Nyere forskning (Ayers, 2007) viser at mødre som utvikler PTSD husker forskjellig fra "friske" mødre. Ayers (2007) sammenliknet to grupper av mødre. En gruppe hadde symptomer på PTSD og en var symptomfri. Mødrene med symptomer husket i overvekt de negative opplevelsene og dvelte mer ved de vonde minnene. Mødrene i den symptomfrie gruppen hadde i større grad "valgt" å glemme det som var smertefullt og konsentrerte seg mer om nåtid og framtid. Mødrene i Ayers (2007) studie hadde erfart alle typer fødsler, mens mødrene i denne studien var mer ensartet i forhold til type fødsel. Mønsteret i forhold til hukommelse var også mer ensartet i denne studien og fokuserte i forhold til at situasjonen var livstruende.

Mødrene har et behov for å huske det som skjedde under keisersnittet og hadde stort behov for repeterte ganger å få gjenfortalt hva som faktisk skjedde. Bearbeidelsen av hendelsen var viktig for mødrene både i form av ettersamtaler med jordmor og gjennomgåelse av fødselsjournalen. Mødrene i denne studien påpekte at kontinuitet i form av jordmødre var viktig ved denne samtalen men også at det var tilfeldig om de fikk den samme jordmoren. Hvis fedrene hadde vært tilstede ville de hatt en mulighet til å fortelle mor hva som skjedde under fødselsøyeblikket som ellers er tapt for mor (Robinson & Smiley, 2004 : Barclay & Lupton, 1999). I en studie om pårørendes tilstedeværelse i akuttsituasjoner (Presno, Tønnesen & Rødal, 2004) diskuteres fordeler og ulemper, og en av fordelene med tilstedeværelsen er at pårørende i lettere grad kan hjelpe akuttpasienten med bearbeidelsen.

Fødselsforløpet gjør mor sårbar og avhengig av hjelp fra profesjonelle klinikere. Når beslutningen om katastrofekeisersnitt taes, har mødrene ingen valgmulighet. Årsakene til at det blir besluttet katastrofekeisersnitt er at situasjonen er livstruende for mor og barn. Muligheten for diskusjon og valg fører til en bedre opplevelse for mødrene (Lee, 2006; Ryding et al, 1998, 2000). Nilsson (2005) påpeker at mødrene som hadde elektivt keisersnitt og et personale de var fortrolig med, var mer tilfreds enn de som hadde et å haste - keisersnitt. Mødrene som hadde et haste - keisersnitt gjentok at keisersnittet var en medisinsk avgjørelse som de ikke hadde kunnskap om. De som hadde erfart et haste - keisersnitt, hadde større grad av uvirkelighetsfølelse, glemsel og følelsen av å forsvinne bort. De som hadde et haste - keisersnitt hadde også større problemer med å forstå at barnet var deres eget. I en livstruende akuttsituasjon der valget står mellom liv og død, er det liten reell valgmulighet. Problematikken er lite aktuell, det er ikke tid til å diskutere seg fram til en løsning som partene kan forsones seg med. I denne studien hadde flertallet av mødrene i stor grad følelsen av at barnet var deres, men et par av mødrene beskrev uvirkelighetsfølelse over å ha blitt mor. Uvirkelighetsfølelsen var fundamentert på at alt hadde gått så fort, at de hadde vært så redde og at de var i så dårlig fysisk forfatning. Tap av kontroll ble ikke nevnt som spesielt vanskelig for dem i forhold til kontakten med barnet.

Mødrene mister kontroll over situasjonen og de er ikke mottakelige for alt som skjer rundt dem. Mødrene erfarte at de hadde vanskeligheter med å oppfatte informasjon som ble gitt og hendelser som fant sted. De beskrev at de var opptatt av sterke rier, at de var redde og at verden var som i en dis eller tåke eller at de var utenfor tid og rom. Brudal (2000) hevder at bevissthetsendring i form av ASC og PMP er naturlig i perinatalperioden, men at den bør forsvinne over tid.

Katastrofekeisersnittet er ikke planlagt og kommer som en overraskelse på mødrene. De er forberedt på en fødsel og ikke en operasjon. De er heller ikke forberedt på at de kommer i en dobbeltrolle som både operasjonspasient og barselkvinne. Operasjonspasienten har sår på magen som gir smerter når de ammer. Infeksjoner og blodtap pga operasjonen nedsetter deres fysiske kapasitet. Mødrene har ikke den

kontroll de forventet på kroppen sin på grunn av de ettervirkningene en operasjon gir. Manglende fysisk kapasitet gjør det vanskelig for dem å være mor. Skuffelse, sorg og dårlig selvbilde var resultatet som mødrene følte i varierende grad i denne studien.

5.3 Høyekspertise

Mors og fars situasjon er forskjellig fra hverandre ut fra rollene de har som pårørende og akuttpatient som ventende far og fødende mor. Men deres erfaring med teamet har store likhetstrekk. Resultatet av analysen blir en bred beskrivelse av kvalitetsparametre på høyekspertise sett fra to forskjellige ståsted.

Mor og far har to forskjellige roller under katastrofekeisersnitt. Deres erfaringer med egne reaksjoner er forskjellige og utfordringene de blir stilt overfor, erfares ulikt. Mødrene og fedrene beskrev sin erfaring med akutteamet med de samme ordene og de vektla de samme egenskapene hos teamet som verdifulle. Mødrene og fedrene var meget fornøyd med teamet, med noen få unntak, og beskrivelsene de kom med var dekkende for et team som innehar høyekspertise. Mødrenes og fedrenes ga til sammen en bred beskrivelse av kvalitetsparametre. Situasjonen krever kunnskap som strekker seg ut over det sykepleiefaglige i form av medisinsk kunnskap, tekniske, kommunikative og administrative ferdigheter. Fokus på pasientopplevelsen må vike plassen for målrettet handling som er nødvendig for å redde liv. Både mødrene og fedrene i denne studien erfarte at de fikk den hjelp de skulle ha i akuttsituasjonen. De erfarte personalet som fokusert og målrettet. Fokus for mor og far og teamet var det samme, å utføre handlingen så raskt og effektivt som mulig for å redde liv. Det var nøyaktig hva mødre og fedre hadde behov for i den spesielle situasjonen.

Nyere forskning fra andre fra akuttavdelinger med andre diagnoser enn katastrofekeisersnitt viser at pasientene erfarte liknende kvalitetsparametre hos personalet som i denne studien (Hawley, 2000: Ommen, Janssen, Neugebauer, Bouillon, Rehm, Rangger, Erli & Pfaff, 2008).

Hawley (2000) intervjuet 14 menn og kvinner med forskjellige akutt diagnoser og ba dem beskrive hva det var ved sykepleierens atferd som førte til at pasientene følte seg

mer komfortable. Pasientene hadde følt at de var ”i gode hender” i akuttsituasjonen og brukte omtrent de samme uttrykkene som i denne studien som: ”De visste hva de gjorde” og ”De gjorde det lille ekstra”. Hun fant fem hovedkategorier der det viktigste kvalitetsparameteret var at de viste umiddelbar og kompetent tekniske og medisinske ferdigheter. De andre kategoriene var positiv kommunikasjon, kontinuitet og total tilstedeværelse, oppmerksomhet i forhold til fysisk ubehag og en støttende holdning overfor familien. Kategoriene ble beskrevet med liknende utsagn som i denne studien. Hun konkluderte blant annet med at det var behov for studier med pårørendes beskrivelse av hva de erfarte som profesjonelle ferdigheter hos akuttpersonalet. Diskusjonen om hvor mye pårørende skal være tilstede i akuttsituasjoner, utvikler seg til å bli mer aktuell enn tidligere.

Ommen et als (2008) studie av 71 alvorlig skadde pasienter viste at tillit til personalet skapes særlig ved at personalet viser sin kompetanse gjennom alle former for informasjon og emosjonell støtte. Studiens mål var å identifisere hvilke faktorer som førte til tillit og ”å være i gode hender” og om pasientdiagnose hadde noen sammenheng med hva som ga tillit. Ommen et al (2008) konkluderte med at pasienttype ikke hadde noen innvirkning på tillitskapende faktorer. Kvalitetsparametrene ved informasjon og emosjonell støtte ble i detalj beskrevet samsvarende med Hawleys (2000) studie og denne studien. Likheten ved beskrivelsen av kvalitetsparametre på personalet i disse tre studiene fra akuttsituasjonen, er stor. Tidspunktet for datasamlingen for Ommen et als studie (2008) var 48 timer etter at pasienten hadde kommet på vanlig sengepost og før de ble utskrevet. I Hawleys (2000) studie var første datasamling før utskrivelse og andre etter hjemkomst. Tidsfaktoren kan innvirke på svarene (Waldenstrøm, 2004) og svarene kan endre seg over tid. Det ble ikke utført oppfølgende datasamlinger i de to studiene. Ommen et als studie (2008) er fra Tyskland, Hawlys studie (2000) er fra Canada og denne studien fra Norge. Det er vanskelig å si om det er store kulturforskjeller i studiene, men det er geografiske forskjeller og likevel finner en den samme ordlyden og beskrivelsene av kvalitetsparametrene i de tre forskjellige studiene. Ut fra disse studiene ser det ut til at pasienttype, diagnose og geografiske

forskjeller spiller liten rolle når pasienten beskriver hvilke ferdigheter hos personalet som fører til trygghet i en livstruende situasjon.

Mødrene og fedrene erfarte at de var ”i gode hender”. De aspekter som mødrene og fedrene framhevet som viktige, var *god informasjon, god oppfølging, god ivaretagelse, tillit til kompetanse, og kontroll. Tydelighet, ro, fokus, å være i forkant og å gi seg tid* var ordene som i stor grad ble brukt når mødrene og fedrene ble bedt om å utdype kvalitetene.

I akuttsituasjonen er det lite tid til å gi utdypende informasjon. Det jobbes raskt og effektivt, det sies lite og det som blir sagt er gjerne i form av korte beskjeder. Både mødrene og fedrene i denne studien erfarte at de fikk den informasjon som var nødvendig. Måten teamet snakket på ble erfart som en kvalitet, det virket målrettet og fokusert og mor og far erfarte at tiden ikke ble kastet bort på uvesentligheter. De var ikke mottakelig for mer informasjon enn den som ble gitt. Informasjon om andre ting enn fokus ble sett som uvesentlig. Informasjonen ble gitt som enkle og tydelige beskjeder. Mødrene og fedrene erfarte det som signaler om at teamet hadde kontroll, at de visste hva de gjorde og at de hadde gjort dette før. De erfarte at teamet var rolige i situasjonen når de ikke kom med unødvendig prat. De fleste av mødrene og fedrene hadde vært på et informasjonsmøte tidligere i forløpet og de husket hva jordmor hadde sagt om akuttsituasjonen og de visste hva som kom til å skje når situasjonen oppstod. Lazarus & Folkman (1984) påpeker viktigheten av forberedthet som stressreduksjon. Graden av stressreaksjon henger sammen med graden av forberedthet. Studier av blant annet Ryding et al (1997: 1998: 2000), Lee (2006) og Nilsson (2006) viser at det er viktig at mødrene er godt informert. Informasjon virker forberedende og stressreduserende på mødrene. I akuttsituasjonen kan informasjonen som blir gitt være ufullstendig (Lee, 2006). Informasjon ser ut til å være mer verdifull når den er gitt på forhånd. Mødrene i denne studien erfarte at det som ble sagt var tilstrekkelig siden de var informert i forkant. Fedrene erfarte at han hadde behov for jevnlig informasjon mens han ventet utenfor operasjonsstuen. Både mødre og fedrene hadde behov for jevnlig informasjon om far mor og barn mens mor lå på recovery. Ved lite informasjon blir logikken mer emosjonelt farget mens rasjonell

informasjon demper stress (Lazarus & Folkman, 1984). Timing av informasjon synes å kreve kunnskap om stressteori av Lazarus & Folkman (1984) for å finne riktig tidspunkt for intervensjonen (Matthieu et al, 2006).

I denne studien påpekte både mødrene og fedrene kvaliteten ved at teamet hadde gitt fortløpende informasjon. Den fortløpende informasjonen bestod av korte, klare beskjeder i hovedsak om hva som umiddelbart skulle skje. Mødrene og fedrene erfarte den typen informasjon som at de hele tiden ble inkludert i prosessen. De følte at teamet signaliserte full kontroll fordi de visste hva som skulle skje da de hadde gjort dette før. I studien av Hawley (2000) framhevet pasientene kort og fortløpende informasjon som positiv fordi de fikk følelsen at de visste "what was going on".

Deltakerne i Hawleys (2000) studie påpekte det positive i at sykepleierne i akuttsituasjonen hadde brukt positive ord som; "Dette går bra", og "Nå er du snart gjennom det". Det var i samsvar med funn hos mødrene og fedrene i denne studien. Ordene de fant positive var "dette går bra, snart er barnet ute". Mødrene og fedrene hadde observert at ordet katastrofe ikke var brukt når teamet beskrev grad av hast, noe de fant positivt da ordet kunne virke skremmende. Mødrene og fedrene i andre studier (Ryding et al, 2007, 2008 & 2000; Nilsen, 2004; May og Sollid, 1984) hadde i større grad erfart en følelse av sinne fordi de ikke var blitt snakket til på en positiv måte. Den negative erfaringen var ikke spesielt knyttet til akuttsituasjonen i noen av studiene, men i større grad til tiden før og etter selve akuttsituasjonen. I Hawleys (2000) studie der pasienter med ulike diagnoser beskrev akuttsituasjonen, var bare en pasient misfornøyd med informasjonen fordi han ikke hadde forstått ordene som ble brukt. Pasienten i akuttsituasjonen er fokusert på overlevelsesaspektet. De har en høy stressrespons som fører til et selektivt kognitivt arbeid (Lazarus & Folkman, 1984; Dyregrov, 1999) der trusselen om fare for liv eller skade er sentral. Den type informasjon som er mest hensiktsmessig i denne situasjonen, vil sannsynligvis være annerledes i andre sykepleiesituasjoner, der pasienten har behov for en annen form for informasjonstype.

Mødrene og fedrene i denne studien fant det positivt med kontinuitet i personalkontakten under hele forløpet. De foretrakk at det samme personalet fulgte

dem både før akuttsituasjonen, når det ble akutt og etterpå. I Hawleys (2000) studie er også kontinuitet regnet som en kategori for kvalitet. I ettersamtaler der handlingsforløpet skulle gjennomgås, var det svært viktig for dem at dette ble gjort av det personale som hadde vært tilstede under hele handlingsforløpet. Mødrene erfarte at tilstedeværelsen av jordmor inne på operasjonstuen var av stor verdi da mødrene følte seg tryggere fordi noe ble gjenkjennbart i en helt ukjent situasjon. De erfarte også at synet av jordmor ga dem følelsen av at de fortsatt var i fødsel og at ikke fødselsforløpet totalt var endret til et kirurgisk inngrep. I andre studier om akutt keisersnitt er ikke gjenkjennbarhet spesielt nevnt, men fars tilstedeværelse også under generell anestesi er sett som en trygghetsfaktor for mor (Ryding et al 1997, 1998, 2000 : Nilssen, 2004: May & Sollid, 1984: Robinson & Smiley, 2004). Studien fra Hawley (2000) viser at sykepleierens ivaretagelse og inkludering av pårørende gir akuttpasienten en trygghetsfølelse. Når pasienten så at sykepleieren viste omsorg for de pårørende, følte de seg godt ivaretatt. I truende situasjoner som er ukjente, vil personen lete etter noe som er kjent eller noe de har opplevd før. Gjenkjennbarhet reduserer stressresponsen og gir en forståelse av situasjonen som ellers opptrer som ny og ukjent (Lazarus & Folkman, 1984: Dyregrov, 1999).

Mødrene og særlig fedrene i denne studien var opptatt av at riktig type informasjon ble fulgt opp til riktig tid. Beskrivelsene av hvilken informasjon som var god og nødvendig, er sammenfallende med Hawleys (2000) og Ommen et als (2008) studie. Fedrene ville gjerne ha informasjon om inngrepet mens det pågikk. Etter selve inngrepet var de fokusert på andre ting som for eksempel barnet, og ikke i like stor grad i type anestesi som var gitt. Riktig ”timing” i forhold til informasjon og hendelse var viktig i forhold til hva mødrene og fedrene var interessert i og mottakelige for. Postoperativ visitt har vært diskutert av anestesipersonell i praksisfeltet som et mulig tilbud til mødre og fedre som har erfart katastrofekeisersnitt. Mødrene og fedrene i denne studien var litt usikre på om de hadde behov for mer informasjon om narkosen og inngrepet. De erfarte at de hadde lagt det litt bak seg og var opptatt av andre ting på det aktuelle tidspunkt, men at det godt kunne være et tilbud hvis behovet skulle være der.

Mødrene og fedrene erfarte at de fikk god ivaretagelse under stort sett hele forløpet og spesielt i akutt-situasjonen. De påpekte at grunnlaget for å erfare den gode ivaretagelsen var at teamet "tok seg tid". "Å ta seg tid" innebar å se og lytte til fedrene og mødrene samt å ta seg tid til å gi den ekstra informasjonen eller å vise til den ekstra lille omtanken som strengt tatt ikke var helt nødvendig. I denne studien følte mødrene og fedrene seg bekreftet. Andre studier (Ryding et al, 1997,1998, 2000: Nilsson, 2004:May & Sollid, 1984) viste at i de tilfeller personalet overså mødrene og fedrene og snakket om private tema kjente mødrene og fedrene et sinne fordi de følte seg små, ubetydelige og dårlig behandlet. Når teamet fokuserte på mor og far og deres situasjon, erfarte de situasjonen med større tilfredshet.

I denne studien erfarte mødrene og fedrene at når situasjonen ble akutt, endret teamet seg og mistet fokus på mor og far. Teamet diskuterte seg imellom og mødrene og fedrene opplevde at de vendte fokus mot den situasjonen som skulle komme. Endring i fokus ble ikke på noen måte oppfattet som ubehagelig eller avvisende. Teamet hadde fortsatt mødrenes og fedrenes situasjon og ivaretagelsen av sikkerheten for barnet i fokus. Mødrene og fedrene fant teamets interne diskusjon som en form for informasjon. Mødrene og særlig fedrene var fornøyd med at diskusjonen foregikk slik at de kunne høre hva som ble sagt slik at de visste hva som foregikk. Ingen av mødrene og fedrene i denne studien nevnte at de hadde følt seg utelatt fra beslutningsøyeblikket men de påpekte at den beslutningen som teamet tok, helt uten tvil, var etter den beste medisinske vurdering av sikkerhet for mor og barn. I likhet med denne studien fant Yokote (2007) i sin studie at fedrene følte takknemlighet til teamet for deres raske tolkning av situasjonen og raske iverksettelse av keisersnittet, og til jordmødrene som raskt hadde identifisert et problem. I andre studier (May & Sollid, 1984: Nilssen, 2004: Lee, 2006) erfarte mødrene og fedrene at det var negativt at de opplevde seg ekskludert fra beslutningsprosessen. Mødrene og fedrene i denne og i Yokotes studie (2007) erfarte beslutningsprosessen som inkluderende selv om de ikke hadde noen påvirkning på resultatet av beslutningen. Mødrene og fedrene hadde vært tilstede mens teamet diskuterte situasjonen og hadde derfor større grad av akseptasjon for beslutningen enn der de var utelatt fra diskusjonen. Positiv effekt av å

inkludere mødrene og fedrene i beslutningsprosessen står i samsvar med Hawleys (2000) funn. Pasientene i hennes studie presiserer at "just knowing" reduserte ubehag og frykt. Tilstedeværelse i medisinske diskusjoner som gjaldt pasienten, førte til en umiddelbar lettelse når han "just got the story".

Ivaretagelse i form av trøst ble tolket av mødrene som at personalet brydde seg om hvordan de hadde det. Mødrene presiserte at de viste det "lille ekstra", og teamet gjorde ting for henne uten at hun trengte å spørre. Det er sammenfallende med funn i Hawleys studie (2000) der pasientene framhevet at de ikke trengte å spørre fordi det så ut som om sykepleieren på intuisjon visste hva de trengte. Sykepleierne var "on the edge", de var så fokusert og tilstedeværende at de så pasientens signaler. Mødrene i denne studien erfarte at teamet tok i dem på en trøstende måte og snakket beroligende og oppmuntrende til dem. I likhet med Hawleys (2000) funn var berøring og snakk beroligende i situasjoner med frykt og smerter. Mødrene påpekte at selv om trøst var godt å få, måtte det ikke komme i veien for det som var fokus i akuttsituasjonen. Det står i samsvar med Hawleys (2000) funn der pasienten fant det først og fremst betryggende at sykepleierne umiddelbart iverksatte tiltak der de viste at de hadde kontroll på teknikken og medisinsk kunnskap i en livstruende situasjon.

Ro var en kvalitetsparameter både mor og far brukte når de beskrev akutteamet. Teamet signaliserte ro selv om de jobbet raskt og effektivt og selv om det var mange mennesker tilstede. Når de signaliserte ro, signaliserte de samtidig at de hadde kontroll og fokus. Ro ble en kvalitetsparameter på generell ivaretagelse. Når personalet signaliserte ro ved å sette seg ned, folde hendene og se mødrene og fedrene i øynene følte de seg trygge. Travelhet, flakkende blick og et "travelte kroppspråk" signaliserte avvisning og fikk mødre og fedre til å føle seg små og ignorerte. I Hawleys studie (2000) bekreftes dette funnet med utsagnet "keeping things cool" som et viktig signal på kontroll og orden i en akuttsituasjon.

Mødrene og fedrene brukte begrepene profesjonalitet, kompetanse og faglig dyktighet når de beskrev sin erfaring med akutteamet. Når de ble bedt om å utdype begrepene kom de ofte med beskrivelsen: "De visste hva de gjorde", "De var trygge i det de gjorde", " De hadde gjort dette før". "De var rolige og tydelige", "De var

fokusert på sine oppgaver” og ”Det var orden i kaoset”. Orden i kaoset var beskrevet som at til tross for at det var høyt tempo og mange mennesker, så visste alle åpenbart hva de skulle gjøre. Mødrene beskrev at de følte seg så trygge på at de var ” i gode hender” at de fullstendig overga seg til teamet og stolte på dem. Fedrene beskrev det samme og de sa at selv om de fryktet for barnets og mors liv, så erfarte de teamet så kompetente at de følte de var ”i gode hender”. Følelsen av å være ” in good hands” er også utkommet for pasientene i Hawleys (2000) og Ommen et al (2008) studie når de har erfart liknende profesjonelle ferdigheter hos teamet. Pasientene erfarte at teamet hadde full kontroll over situasjonen fordi de viste de beskrevne profesjonelle ferdighetene.

Fullstendig tillit til akutteamet er erfart av fedre og mødre i denne studien og av pasientene i Hawleys (2000) og Ommen et al (2008) studie. Beskrivelsene blir nesten overveldende. Spørsmålet blir om teamet virkelig er så gode eller om mødre, fedre og pasienter ”velger” erfaringen. Mødrene, fedre og pasientene i livstruende akuttsituasjoner har ikke noe annet valg enn å stole på at de som tar kontrollen, innehar de ferdigheter som fører til at de blir tatt hånd om når de selv ikke kan. En beskrivelse av teamets ferdigheter kan være farget av pasientens behov for å redusere stress. Hvis ikke pasienten og mødre og fedre kan føle denne tilliten, ender de opp i en høy grad av stressituasjon. I følge Lazarus & Folkman (1984) utfører personen mange handlinger og mekanismer for å redusere stress og å gjenvinne velbehag. I denne studien er det pasientenes erfaringer som er etterspurt, og funn er basert på hva de har sagt. De egenskaper de spesielt har nevnt er viktige for dem uansett om teamet er kvalifisert i den grad som pasienter, mødre og fedre har gitt uttrykk for.

6. Konklusjon

Hensikten med denne studien var å beskrive mødrenes og fedrenes erfaring med samhandlingen med helseteamet etter beslutning om katastrofekeisersnitt. Bakgrunnen for problemstillingen var flere års undring som anestesisykepleier over erfaringen rundt situasjonen hos fedre og mødre. Hvordan gikk det med dem? Kunne vi ha gjort noe annerledes? Utførte vi de riktige tiltakene? Det viste seg ut fra et lite utvalg at mødre og fedre var svært fornøyd med sin erfaring med teamet i akuttsituasjonen, og at det var lite som burde endres i praksisfeltet.

Mødrene og fedrene erfarer sine egne reaksjoner i situasjonen svært forskjellig. Fedrene som har rollen pårørende og ventende far, må tilpasse seg de stadig skiftende situasjonene og den emosjonelle berg og dalbanen. Mødrene er i rollen som akuttpatient og fødende og har et klart fokus om å redde barnet, mens detaljer som ikke er relevante for fokus blir tåkelagt. Både mødrene og fedrene har full tillit til teamets kvaliteter og overgir kontrollen til dem selv om de frykter for mors og barnets liv. Ut fra deres forskjellige ståsted kommer en bred beskrivelse av hvilke kvalitetsparametre som er dekkende for begrepet høyekspertise. Mødrene og fedrene erfarer disse kvalitetene i samhandlingen med akutt-teamet en måned etter keisersnittet.

I følge Lazarus & Folkman (1984) er stressresponsen en følge av karakteristika ved både selve situasjonen og ved personen. Katastrofekeisersnitt kan defineres som en traumatisk hendelse (Ryding et al, 1999) og mødre og fedre i perinatalperioden er spesielt sårbare (Brudal, 2000). Studier viser at atferden hos personalet kan utløse stress (Bjørklund, 2004; Nilsson, 2005; Ryding et al, 1999), men få studier (Hawley, 2000; Ommen et al, 2008) sier noe om karakteristika ved denne atferden som virker positivt eller negativt. En bedre viten om karakteristika ved teamet i akuttsituasjonen vil kunne underbygge eller endre praksis.

Studier viser at en positiv erfaring ved en traumatisk fødsel kan endre seg over tid til å bli mer negativ (Waldenstrøm, 2004). Studier viser også at symptomer på

stressreaksjon er størst like etter et katastrofekeisersnitt og synker over tid (Ryding et al, 1998). I følge Lazarus & Folkman (1984) vil den kognitive vurderingen endre seg over tid fra en primær til en mer kompleks sekundær vurdering. Tidspunktet for datainnsamlingen etter en traumatisk hendelse vil kunne påvirke resultatet, og en longitudinell studie med gjentakelser av datasamlingen etter tre, seks og 12 måneder anbefales.

Helseteamets kvaliteter fører til at mødre og fedre føler de er ”i gode hender”. Studier fra andre akuttavdelinger (Hawley, 2000; Ommen et al, 2008) viser at diagnose ikke er avgjørende når pasienter beskriver kvalitetsparametre. Funn fra deres studier er sammenfallende med funn fra denne studien, og respondentene har liknende beskrivelser når de beskriver egenskaper ved helseteamet som gjør at de føler seg i gode hender. Pårørende er ikke inkludert i deres studier, mens de er inkludert i denne studien, og fedrene har sammenfallende beskrivelser på kvaliteter ved akutt-teamet med mødre og pasientene i Hawley (2000) og Ommen et al (2008) sine studier. Få studier er gjort på pårørendes erfaringer rundt samhandling med akutt-teamet. Sykepleierens samhandling med pårørende i akuttsituasjonen er et sykepleiefenomen (Kim, 2000) og burde være et gjenstandsområde for videre forskning.

Inklusjonskriteriene i denne studien var keisersnitt der det gikk bra med mor og barn. Spørsmålet i en oppfølgende studie kan være om pasient og pårørende er like fornøyd med teamet der resultatet ikke er like vellykket.

Beskrivelsene mødre og fedre ga av samhandlingen i denne studien, underbygger den eksisterende praksis. Resultatet fra studien kan fortelle hvilke kvaliteter som er viktige å bevisstgjøre i videre opplæring av teamet i praksisfeltet. *Ro, tydelighet, fokus, å være i forkant og å gi seg tid* er egenskaper som får mødre og fedre til å føle at de er i gode hender i tillegg til teknisk og medisinsk kompetanse. Informasjonen i akuttsituasjonen ble oppfattet som tilstrekkelig. Før akuttsituasjonen bør informasjonen inneholde opplysninger om akuttsituasjonen, da denne informasjonen benyttes når situasjonen er akutt. Etter akuttsituasjonen bør ettersamtalen følges opp av personale som var tilstede ved hendelsen. En

telefonsamtale fra jordmor etter en måneds tid er nyttig. Mødrene og fedrene får komme med spørsmålene som kommer gradvis etter utskrivelsen. I tillegg kan samtalen fange opp hvordan det gikk med mor og far. Tilrettelegging for positiv og negativ feedback fra mor og far bør finnes i de to ettersamtalene. Gjevnlige informasjon mellom far og helseteamet på operasjonsstuen, og mellom helseteamet på barsel og recovery er et ønske slik at mor og far slipper å engste seg for den andre mens de er atskilt.

Kildeliste

- American Psychiatric Association. (1993) *Diagnostic and Statistic Manual of mental disorders*. 4. Edition. Washington DC: Author.
- Ayers, S. (2007) Thoughts and Emotions During Traumatic Birth: A Qualitative Study. *Birth*, 34(3), s 253 – 263.
- Barclay, C.G., Lupton, D. (1999) The experience of new fatherhood: a socio- cultural analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1013-1020.
- Bjørklund, U. (2004) Forløsningsopplevelsen. Svensk forening for obstetikk og gynekologi. *Forlossningsredsla*. Rapport nr 51, s 15-17.
- Brudal, L. F. (2000) *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Polen: OZGraf SA.
- Cigoli, V., Gilli, G., Saita, E. (2006) Relational factors in psychopathological response to childbirth. *Psychosom Obstet Gynaecology*, 27 (2), s 91-7.
- Diemer, G.A. (1997) Expectant fathers: Influence of Perinatal Education on Stress, Coping, and Spausal Relations. *Research in Nursing & Health*, 20, s 281-293.
- Dyregrov, A. (1999). *Katastrofepsykologi*. 2. Utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gershuny, B.S., Thayer, J.F. (1999) Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress. *Clinical Psychology Review*, 19 (5), s 631-657.
- Hawley, M. P. (2000) Nurse Comforting Strategies. Perceptions of Emergency Department Patients. *Clinical Nursing Research*, Vol 9 (4), s 441-459.
- Kim, S. H. (2000) *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Kirkevold, M. (2004) *Vitenskap for praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Korsvold, T. (2001) *Sykehusfødselen tar form*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kvale, S. (2006) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lazarus, R. S. (2000) Toward Better Research on Stress and Coping. *American Psychological Association*, 55 (6), s 665-673.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lee, B. (2006) Obstetric emergencies: coping with their impact. *Midwives*, Vol 9 (5).
- Lesanics, D. (2005) Posttraumatic stress symptomatology following emergency caesarean delivery. Dissertation Abstract international: Section B. *The Science of engineering*, 65 (12-B), s 6659.
- Malterud, K. (2006) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Matthieu, M. M., Ivanoff, A.. (2006) Using Stress, Appraisal, and Coping Theories in Clinical Practise: Assessments of Coping Strategies After Disasters. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6, s 337-348.
- May, K. A., Sollid, D. T. (1984) Unanticipated Caesarean Birth from the Father's perspective. *Birth*, Vol 11(2).
- Meyer, L. (2001) *Hent Jordmora!* Brumundal: Hagen offset as.
- Nettsted for folkehelseinstituttet, *Medisinsk fødselsregister 09.05.1998*
<http://www.folkehelseinstituttet.no>.
- Nilsson, A. (2005) *Kvinnors opplevelse av kejsarsnitt, en litteraturstudie*. C-opsats, Luleå tekniske universitet.
- Olde, E., Hart, O.V.D. Kleber, R., Son, M.v. (2006) Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review*, 26, 1-16.

- Ommen, O., Janssen, C., Neugebauer, E., Bouillon, B., Rehm, K., Rangger, C., Erli, H., J., Pfaff, H. (2008) Trust, social support and patient type – Associations between patients perceived trust, supportive communication and patients preference in regard to paternalism, clarification and participation of severely injured patients. *Patient Education and Counseling*, 73, s 196 – 204.
- Osler, M. (2002) *Fødselshjælpens historie*. København, Medisinsk-Historisk Museum: Fadl Forlag.
- Pierre, C. M, St (2007) The taboo of Motherhood: Postpartum Depression. *International Journal for human Caring*, Vol 11, No 2.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2004) *Nursing Research, Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Retterholt de Presno, H., Tønnesen, H. V., Rødal, E. S. (2004) Pårørende i en akuttsituasjon. *Sykepleien, Nr 19*.
- Robinson, N., Smiley, R. (2004) Partners should be allowed to stay in the operating theatre during caesarean section under general anaesthesia. *International Journal of Obstetric Anaesthesia*, Vol 13, s 251-256.
- Rodriquez, M.A., Heileman, M.V., Fielder, E., Ang, A., Nevarez, F., Mangione, C.M. (2008) Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant Latina women. *Ann Fam Med*,6 (1), s 44-52.
- Ryding, E.L., Wijma, B., Wijma, K. (1997) Posttraumatic stress reactions after emergency caesarean section. *Acta Obstet Genecology Scand*, 96, s 856-861.
- Ryding, E.L., Wijma, K., Wijma, M. D. (1998) Experiences of Emergency Caesarean Section. *Birth*, 25 (4).
- Shalev, A.Y. (2002) Acute stress reactions in adults. *Biological Psychiatry*, 51 (7) s 532-543.

Sjögren, B. (1997) Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Psychosomatic Obstet Gynaecology*, 18, s 266-272.

Tham, V., Christensen, K., Ryding, E.L. (2007) Sense of coherence and symptoms of post-traumatic stress after emergency caesarean section. *Acta Obstet Gynaecology Scand*, 86 (9), s1090-6.

Waldenstrøm, U. (2004) Why Do Some Woman Change Their Opinion About Childbirth Over Time? *Birth*, 31(2) s 102 – 107.

Yokote, N. (2007) Fathers' feelings and thoughts when their partners require an emergency caesarean section: Impact of the need for surgery. *Japan Journal of Nursing Science*, 4, s103-110.

Epilog

Under intervjuene med mødrene kom det tydelig fram at de erfarte kvalme etter narkosen. Funnet var til dels overraskende for anestesipersonell som ikke hadde fått mye tilbakemelding om dette, og problemet med kvalme dukket opp etter at pasienten hadde ”forlatt” anestesiteamet. Problemet ble diskutert av forsker og ansvarlig anestesilege, og det ble foreslått å gi profylaktisk kvalmestillende under narkosen og før vekking. Ansvarlig anestesilege endret prosedyren på bakgrunn av dette funnet. Funnet er ikke nevnt i studien da det er av ren medisinsk karakter og ikke relevant for problemstillingen. Bedre tilrettelegging av feed – back er i midlertidig nevnt som et forbedringspotensiale, og helsepersonell har en utfordring på dette området. Tilrettelegging av feed-back må også gjelde mellom helseteam innen de forskjellige fagområdene, da mødre og fedre er innom flere forskjellige fagområder under innleggelsen: Jordmødre og gynekologer under fødselsforløpet, anestesi og operasjonspersonell, sykepleiere på recovery og syke-pleiere og jordmødre på barsel.

Sectio - narkose

Versjon: 1.1 **Godkjent av:** Hynne, Hans (Overlege) **Dato:** 06.12.2006

Hensikt

Retningslinjen skal sikre at pasienter som får utført keisersnitt får sikker behandling og et godt postoperativt resultat.

Omfang

Retningslinjen gjelder pasienter som får utført keisersnitt.

Godkjent på medisinsk faglig grunnlag

Retningslinjen er godkjent på medisinsk faglig grunnlag av overlege Herman Lonnee, Klinikk for anestesi og akuttmedisin.

Grunnlagsinformasjon

Operasjon: Keisersnitt, Pfannenstiehnitt.

Narkose gis ved stor grad av hast som ved blødning (abruptio placentae, evt. ved komplett placenta

praevia- ikke absolutt indikasjon) og alvorlig fosterasfyksi, samt ved kontraindikasjoner mot regionalanestesi.

Operasjonstid: 30 - 60 minutter.

Arbeidsbeskrivelse

Ansvar

Leger og sykepleiere som gir anestesi.

Fremgangsmåte

Preoperativt

Avgjørelse om narkose eller regional gjøres om mulig i samråd med gynekolog.

Natriumcitrat 30 ml p.o. gis før innledning til alle. Ved særlig disposisjon for gastroøsofagal reflux overveies: Zantac (ranitidine) 150 mg p.o. kvelden før operasjonsdagen og neste morgen, evt. 50 mg i.v. operasjonsdagen.

Fosterlyd/rieaktivitet overvåkes av jordmor.

Utstyr/monitorering: Pulsoxymeter, capnometri, EKG, NIBP, 2 gode venfloner, skråpute, blærekateter.

(blodvarmer, ventrikkelsonde, isofluran/sevofluran-fordamper. LMA (#4 og #5) og Fasttrack #4 + ETT

7.0 tilstede!)

Resusciteringsbord (kontrollert av anestesilege).

Ekstra medikamenter: Ketalar 10 mg/ml, Oxytocin, Natriumcitrat.

Pre-medikasjon: Ingen, evt ranitidine.

Blodbestilling/antibiotika: Vanligvis ingen. Evt keflin 2 gr iv ved akutt sectio. Se egen prosedyre.

Tromboseprofylakse: Klexane 40 mg sc. 4 timer etter sectio.

(obs blødning, eller abnormal koagulasjonsstatus hos (pre-) eclampsi HELLP pasiente)

Obs! Leie: Bra posisjonering av hode med evt. to til tre pute under hode/brystkasse. Med store bryster

evt. "polio" laryngoskopblad tilgjengelig.

Ryggleie, venstre arm ut og høyre hviler på brystet. Skråpute under høyre hofte for å unngå aorta-vena

cava kompresjon (15° tilt under hofte, til vanlig hø side men ca. 15 % trives bedre med venstre hofte oppe!).

Peroperativt

Sectio - narkose

Versjon: 1.1 **Godkjent av:** Hynne, Hans (Overlege) **Dato:** 06.12.2006

Dokument 803 "Sectio - narkose" Ver. 1.1 - EQS Side 1 av 2

http://eqs.stolav.helsemn.no/cgi-bin/document.pl?pid=rit&do=print_mini&DocumentI...
06.07.2009

Før innledning:

Vurdering av luftvei!

En person står hele tiden ved pasientens hode og beroliger/informerer/pre-oxygenerer. Operatør på plass (evt. barnelege), vasker og dekker, Natriumcitrat 30 ml p.o., god pre-oxygenering.

Innledning:

"Rapid sequence induction" (RSI) med (glycopyrrolat), thiopentone, suxamethonium.

Ketamin overveies ved blødning - hypotensjonstruet, pas.

Klarsignal til operatør når tuben er på plass, alltid PCO₂ monitorering påkoblet.

Lystgass/O₂ i forholdet 1-1 og isofluran/sevofluran ca. 2/3 MAC inntil navlestrengen er avklemmt. Tilstreb normoventilasjon, unngå hyperventilasjon.

Etter avklemmt navlesnor:

Etter avnavling gis også langsomt oxytocin, 2-5 I.E. i.v. på gynekologens tilsagn. Vær forsiktig med

oxytocin ved hypovolemi.

Fentanyl, evt muskelrelaksant. Lystgass/O₂ i forholdet 2-1, evt fortsettes O₂/luft.

Første ansvar moras sikkerhet, men hjelp gjerne med evt. resuscitering av barne!

Epiduralkateter fjernes etter operasjonen hvis det ikke er behov for epidural smertelindring (vanlig pñannenstiehl snitt). Obs ved unormal blødningsstatus.

MHT til tromboseprofylaxe: fjerning av kateter 12 t etter siste klexane dose; etter fjerning av kateter

minst 2t før neste klexane dose.

Blod gis med høyere terskel enn vanlig (obs. alvorlig pågående blødning).

Ved uterusatoni: oxytocin infusjon, prostaglandin E₂ vaginalt/intra-uterine/rektalt, prostaglandin F_{2α}

im. eller i uterusruskulatur (Obs . arrytmier).

Ved pågående blødning vil gynekolog vurdere liggering av a. uterina/ileaca, "B-Lynch"-sutur, eller hysterektomi (Obs DIC!).

Aspirer fra ventrikkelsonden før vekking.

Postoperativt

Vanligvis overvåking på Barsel. OBS! blødning/uterusatoni.

Væske: Ringer, Glucose 5%.

Smertebehandling: Paracetamol, Voltaren (OBS! ikke ved pågående blødning, (pre-)eclampsi og andrekontraindikasjoner), Morfin, evt pethidine ved kraftig etterri.

Dokumentasjon

Dokumentasjonsnivå: Avdelingens praksis. Litteratur.

Litteratur:

1. Maternal death from aneesthesia 1997-1999. (*Confidentialenquiry maternal death 97-99 BJA* 2002

(89) 499-508).

2. Bruk av B-lynch sutur ved blødning etter fødsel. (*Tidsskr Nor Lægeforen nr 4, 2002;122:370-372*)

Dokument 803 "Sectio - narkose" Ver. 1.1 - EQS Side 2 av 2

http://eqs.stolav.helsemn.no/cgi-bin/document.pl?pid=rit & do=print_mini & DocumentI...
06.07.2009

Keisersnitt

Utarbeidet ved:	St. Olavs Hospital
Versjon:	1.2
Erstatter:	1.1
Revisjonsendring:	
Dokumentet angår:	Jordmor, Lege, Spesialsykepleier, Sykepleier Overlege Anestesiologi Dagmar Heinke Mostad Overlege Anestesiologi Hermanus Antonius Lonnee Student Raija Helena Tolonen Dahlø Overlege Gynekologi Runa Heimstad
Forfatter:	Avd. Sykepleier Ann Kristin Strømsnes Avdelingsjordmor Liv Melland Nordtug Ass. Avdelingssykepleier Sigrid Qvenild Nesset Spesialsykepleier Randi Sellesbakk
Dokumentadministrator:	Administrasjonskonsulent Berit Elisabet Kvarme Aune
Godkjent av:	Salvesen, Kjell (Overlege Gynekologi)
Dato:	31.05.2006
Følgende har uttalt seg:	
Gjelder for enheter:	Fødeavdelingen (St. Olavs Hospital - Kvinnekl. -)
Dokumentkategori:	Pasienter / forløp/Behandling Pasienter / forløp/Fødsel

Hensikt

Hensikten med denne prosedyren er å sørge for god informasjon og behandling ved keisersnitt.

Omfang

Omfatter alle som får utført keisersnitt ved St.Olavs Hospital.

Grunnlagsinformasjon

Keisersnitt er et operativt inngrep og det skal være en klar indikasjon for inngrepet.

Keisersnitt deles i tre forskjellige grader av hast:

1. elektiv (planlagt): beslutning tas > 8 timer før keisersnittet
2. hastekeisersnitt: utføres senere enn 15 min, men innen 8 timer etter at beslutningen er tatt
3. katastrofekeisersnitt: bør være utført innen 15 min

Melderutiner til anestesi/operasjonspersonell, barnelege: se egen prosedyre.

Arbeidsbeskrivelse

Indikasjoner for elektiv sectio:

- Seteleie hvor kriteriene for vaginal fødsel ikke er oppfylt
- Placenta praevia
- Vekstretardasjon med patologisk blodstrøm i navlesnoren
- Tidligere inngrep på uterus etter individuell vurdering:
 - to eller flere sectio
 - lengdesnitt i uterus

- større operasjoner på uterus
- Fødselshindring (tumores, myomer etc)
- Tidligere vanskelig vaginal forløsning og mistanke om relativt mekanisk misforhold
- Sykdommer hos mor som forhindrer vaginal forløsning
- Tilstander hos fosteret som forhindrer vaginal forløsning
- Etter store vaginalplastikker og uretropexier
- Fødselsangst/mors ønske

Merknader:

Kvinner med fødselsangst bør få tilbud om samtale og hjelp slik at de kan bli i stand til å gjennomføre en vaginal forløsning.

Indikasjoner for akutt keisersnitt:

- Truende asfyksi
- Langsom/stans i fremgang
- Rikelige blødninger (abruptio placentae, randsinusblødninger etc)
- Amnionitt hvor en ikke har tid til å vente på vaginal forløsning
- Alvorlig preeklampsi hvor en ikke har tid til å vente på vaginal forløsning
- Mislykket induksjon

Rutiner ved elektiv keisersnitt:

Dagen før:

Den gravide kommer til Føde vest eller Føde øst dagen før til forberedelse (på fredag, hvis keisersnitt planlagt til mandag):

- Vanlig innkomstprøver (BT, puls, temp., urin)
- Legejournal skrives
- Tilsyn av anestesilege (husk anestesiskjema)
- Hb og forlik tas (eventuelt andre blodprøver, som er rekvirert av lege)
- Informasjons-skjema: "Informasjon til keisersnittpasienter" deles ut
- Operasjonsskjema fylles ut
- Den gravide får informasjon om fasting (det mest vanlige er at hun faster fra midnatt men kan drikke vann fram til kl 06.00)

På operasjonsdagen:

- Den gravide kommer til avdelingen fastende kl 07.45
- Jordmor lytter på fosterlyd
- Jordmor legger inn kateter og barberer
- Jordmor sikrer at sengen er merket og at den gravide har navnebånd
- Jordmor gir Paracetamol 1,5 g per os
- Ved seteleie: verifiser leie med ultralyd før en kjører til operasjonsstue
- Jordmor gir rapport til Gyn/Føde-overvåking om kvinnen: ringer på forhånd eller kommer innom etter operasjonen

Anestesi:

Regionalanestesi foretrekkes framfor narkose (Obs. failed intubation 1:200, versus 1:2000 hos ikke gravide!). Anestesiform skal om mulig avgjøres i samråd med gynekolog. Narkose gis vanligvis ved stor grad av hast som katastrofesectio, abruptio og eventuelt placenta praevia (siste ikke absolut indikasjon), samt kontraindikasjoner mot regionalanestesi.

Fosterlyd/riaktivitet overvåkes av jordmor, spesielt rett etter at bedøvelsen er satt (**Obs:** skråpute, O₂).

Leie:

Før barnet er forløst bør den gravide ligge rotert mot venstre side.

Hudincisjon:

Pfannenstiel-snitt eller (modifisert) Joel Cohen. Unntaksvis legges lengdesnitt.

Uterotomi:

Tversnitt i nedre uterinsegment. Ved smalt nedre uterinsegment kan Nitroglycerin (Nitrolingual-munnspray 0,4 mg/dose) gis umiddelbart før uterotomien legges. Lengdesnitt ved spesielle

tilfeller.

Barnet:

Avnavles og overlates til jordmor.

Placenta:

Placenta trykkes ut, eventuelt med et lett drag i navlesnoren, og uterus tørres ut med kompress .

Lukning av uterotomien:

Uterus lukkes med ett eller to lag suturer.

Peritoneum:

Lukkes vanligvis ikke.

Fascie:

Lukkes med fortløpende eller avbrutte suturer.

Hud:

Klips eller intracutan sutur (Prolen på rett nål).

Antibiotika:

Se egen prosedyre.

Postoperativ overvåking:

- Kvinnen flyttes over til Gyn/Føde overvåking etter inngrepet
- Respirasjon, frekvens over 8, under 20
- Surstofftilførsel gis etter narkose eller ved saturasjon under 95 %
- Sirkulasjon, blodtrykk, puls og diurese hver time hvis alt er stabilt, oftere hvis pasienten er ustabil
- Intravenøs væske etter forordning fra anestesivdelingen. Ved blodtrykksfall gis Ringer intravenøst
- Smertestillende: Morfin, eventuelt Ketorax, Voltaren 50 mg x 3 og Pinex forte 2 x 4, eventuelt Pinex major supp 1 x 4, hvis ikke kontraindikasjoner mot Voltaren og NSAID preparater. Eventuelt kan PCA (smertepumpe) brukes etter forordning fra anestesilege
- Abdominal størrelse og eventuelt forandring av omfang observeres. Jordmor kommer og sjekker om uterus trekker seg sammen eller er unormalt stor
- Blødning kan forekomme. Bandasje og vaginal blødning sjekkes med jevne mellomrom. Hvis gjennomblødning i bandasje, legges forsterkning over, skiftes helt inn hvis forsterkning er gjennomblødd. Ved blødning sjekkes hemoglobin, og bestilles blod eventuelt
- Etter spinalbedøvelse: observeres tegn på at bedøvelsen begynner å gå ut ved å sjekke bevegelse og følelse i bena samt blodtrykkskontroll
- Temperatur kontrolleres før overflytting til barsel
- Barnet legges til brystet så fort som mulig
- Hvis barnet er på barneklubben, bør moren få et bilde av barnet
- Husk tromboseprofylakse hvis moren blir på overvåking over 4 timer
- Moren skal flyttes over til barsel når hun har følelse/bevegelse i bena etter spinalbedøvelse, hun er stabil sirkulatorisk/respiratorisk og er godt smertelindret

På Barselposten:

- Smertestillende: Voltaren 50mg x 3 og Pinex forte 2 x 4, eventuelt Pinex major supp 1 x 4 (vanlige kontraindikasjoner mot Voltaren og NSAID preparater generelt må iakttas), Morfin i.v. etter behov i tillegg, 2,5mg i gangen
- Jordmor observerer blødning fra uterus
- Kvinnen kan spise og drikke fritt
- Tromboseprofylakse: Lavmolekylært Heparin (Klexane 40 mg x 1s.c.) gis fire timer etter at spinalbedøvelsen er satt. Videre gis samme dose en gang per dag (helst om kvelden) så lenge moren er innlagt. Eventuell epiduralkateter fjernes 12 timer etter siste og 2 timer for neste Klexane. Viktig med mobilisering: på operasjonsdagen: sitte på sengekanten, gå på toalett
- Urinkateter fjernes så fort som mulig, senest 24 timer etter operasjon

- Blodtrykksmåling etter behov, temperatur kontrolleres hver dag
- Moren må få hjelp og støtte til amning og stell
- Såret (se prosedyre om operasjonsår i "Prosedyrebok for sykepleie"):
 - Ingen dusjing før etter 24 timer
 - Ingen rutinemessig sårskifte de første 24 timer
 - Hvis bandasjen er gjennomvåt, skiftes helt inn
 - Hvis bandasjen er løsnet slik at såret er avdekket, skiftes bandasje helt inn
 - Bandasje fjernes før dusj ved lukket sår. Såret lufttørkes før ny bandasje legges på
 - Såret renses hvis det er rikelig med synlig blod eller sekret
 - Visuell observasjon av såret. Se etter: rødme, varme, hevelse, sekresjon, sårrandens tilheling
 - Agraffer fjernes vanligvis 5. dag

Det er viktig at kvinnen og eventuelt mannen, får postpartum samtale med gynekolog og jordmor. Dette er spesielt viktig ved haste- og katastrofekeisersnitt. Eventuelt gis tilbud om samtale senere. Kvinnen kan gå til etterkontroll i primærhelsetjenesten. Ved spesielle behov eller hvis hun har gått alle svangerskapskontrollene på Svangerskapspoliklinikken, kan hun få time til etterkontroll der.

Vedlegg:

02000069,_Inf._til_keisersnittpas..DOC: Informasjon til keisersnittpasienter

Søknad om adgang til å rekruttere mor og far etter akuttsectio som respondenter, ved barselavdelingen ved St Olav, som forskningsfelt for masteroppgave ved institutt for sykepleievitenskap, universitetet i Oslo.

Jeg er student ved Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, der jeg for tiden jobber med min masteroppgave.

Studiens tittel er foreløpig "Akuttpasienten og helseteamet", og problemstillingen er "Hvordan erfarer mor og far som må ha akuttsectio samhandlingen med helseteamet etter beslutning om akuttsectio"

Jeg har jobbet som anestesisykepleier ved anesthesiavdelingen ved St Olav siden 1992, og har møtt mange akuttpasienter. Ofte har jeg undret meg over hvordan de opplevde situasjonen med hast og kaos, og hva vi kunne ha gjort bedre som helsepersonell. Denne undringen er bakgrunn for mitt temavalg.

Jeg har valgt mor og far som har erfart katastrofeseccio som respondenter til studien min. Dette er et relativt hyppig inngrep der mor ikke er premedisinert og muligens i stand til å huske situasjonen.

Den litteraturen jeg finner viser at stressresponsen etter en akuttsectio er relativt høy 24 %, og has noen blir den stående som P.T.S.D. 4 %. Akuttsectio har kjennetegn som en mulig traumatisk hendelse, både for mor og far da de kan erfare situasjonen som livstruende. Litteraturen viser også at personalets adferd er det som virker mest utløsende for stressresponsen. Spørsmålet er hva det er i personalets adferd som virker på godt og på vondt. Jeg ønsker å spørre både mor og far, da de må anses som en enhet, som sammen skal bearbeide følelser etter opplevelsen med akuttsectio. Hensikten med studien er å få mer kunnskap om hvordan mor og far har erfart denne situasjonen, på bakgrunn i intervju av foreldrene, slik at praksis eventuelt kan bedres.

Jeg ønsker å rekruttere 8 par, og mor og far skal intervjues separat. Rekrutteringen av respondentene vil foregå ved at jordmor (Hellfrid Sivertsen) deler ut et informasjonsskriv med samtykkeerklæring like før utskrivning. Denne oppbevares i en lukket konvolutt ved avdelingen og jeg vil fortløpende ta kontakt for å hente eventuelle svar.

I skrevet blir respondenten spurt om hun/han kan bli oppringt etter en måned og forespurt et intervju. Intervjuet vil bruke en guide, med likelydende spørsmål til mor og far, og ha en varighet på ca 30 minutter. Sted for intervjuet blir avtalt med mor og far, om de vil komme til et kontor på sykehuset eller om jeg skal komme hjem til dem. Intervjuet vil bli tapet. Studien følger kravene til Helsinkideklarasjonen i forhold til anonymisering, konfidensialitet skriftlig informert samtykke, og rekruttering i med hensyn til hvem som rekrutterer og betenkningstid fra forespørsel til oppringing.

Det vil bli søkt tillatelse og anbefaling fra forskningsetisk komité og datatilsynet, og rekrutteringen starter når svarene fra dem foreligger.

Studien er planlagt å være ferdig våren 2008, og jeg bidrar gjerne med framlegg av funnene hvis det skulle være av interesse.

Min veileder ved instituttet er professor Eli Haugen Bunch, tlf 900 68 455, e-mailadresse; e.h.bunch@medisin.uio.no.

Dersom dere har spørsmål angående studien kan jeg kontaktes på tlf 994 01 810. eller e-mailadresse guri@student.uio.no

Med vennlig hilsen Guri Gisnås, Anestesisykepleier/Masterstudent ved Uio/Ish

Det gies herved tillatelse til at Guri Gislås får rekruttere respondenter ved vår avdeling, for studien "Akuttpasienten og helseteamet".

Trondheim den.....^{5/9-07}.....

Kjell A. Salvesen

Kjell A. Salvesen
seksjonsoverlege
professor dr. med.
Kvinneklubben
St. Olavs Hospital HF
ID 2134101 Tlf. 75 86 83 08



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Side 1 av 3

Til jordmødre ved barselavdelingen, St. Olavs

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
 Seksjon for sykepleievitenskap
 Postboks 1153 Blindern
 N-0318 OSLO

Dato 11 november 2007

Deres ref.:

Saksbehandler:

Rettledning til jordmødrene ved barselavdelingen

Mors og fars erfaringer med helseteamet etter at det er besluttet å gjøre et katastrofekeisersnitt.

Informasjon til mor og far

I informasjonskrivet med skriftlig samtykkeerklæring som deles ut til mor og far står informasjon om studien.

Det er likevel viktig at du sier noe om studien samtidig med at de leser selv hva som står i skrevet.

Mor og far skal ikke på noen måte overtales til å være med i studien.

Det må understrekes at det er helt frivillig å delta, at de har rett til å trekke seg når som helst uten å oppgi grunn og at dette ikke vil få noen følger for dem ved en eventuell senere behandling ved St. Olav Hospital.

Undersøkelsen gjøres fordi jeg ønsker kunnskaper om hvordan mor og far erfarer samhandlingen med helseteamet fra det er besluttet at det skal gjøres et katastrofesnitt. Kanskje kan dette føre til at vi forbedrer praksis, eventuelt endrer praksis til det bedre.

Mor og far vil bli bedt om å skrive ned et telefonnummer de kan kontaktes på, hvis de er positive til å delta i studien.

De som skriver under vil bli kontaktet etter en måned med forespørsel om jeg kan få et intervju.

Den underskrevne samtykkeerklæringen legges i en lukket konvolutt, merket "Guri Gisnås", og leveres en av personalet. Konvolutten oppbevares av jordmor i avdelingen inntil jeg henter den. Informasjonsskrivet tar de med hjem.



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Side 2 av 3

Hvis de sier ja til et intervju, vil dette ta maksimalt en halv time. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd. Lydbandet vil bli låst ned inntil sensur faller høsten 2008 og så bli makulert. Ved utskrivning av båndopptakene vil mor og far bli anonymisert, og det vil ikke bli mulig å gjenkjenne hver enkelt deltaker.

Hvis mor eller far lurer på noe du ikke kan svare på kan du eller de nå meg på tlf 994 01 810 eller e-mail gurigi@student.uio.no.

Rettledning til jordmødrene

Jeg håper det ikke blir for stor belastning for dere å gjøre dette arbeidet.

Jeg er nok svært avhengig av dere for å få dette gjennomført.

Inklusjonskriterier for mor og far

- Begge var tilstede da beslutning om katastrofesnitt ble tatt
- Norsktalende
- Første gangs katastrofekeisersnitt uavhengig av tidligere antall para

Eksklusjonskriterier

- Tidligere traumatisk fødselsopplevelse
- Alvorlig sykdom hos mor eller barn
- Alvorlig psykiatrisk lidelse i anamnesen hos mor eller far

Det er viktig at alle som fyller kriteriene blir spurt. De som fyller kriteriene skal spørres siste dag, før utreise.

Den underskrevne samtykkeerklæringen blir lagt i en lukket konvolutt, merket "Guri Gisnås". Konvolutten leveres til dere før de reiser hjem. Dere oppbevarer konvolutten for meg inntil jeg henter den.

Informasjonsskrivet beholder mor og far.



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Side 3 av 3

Jeg kommer til å ha tett kontakt med avdelingen i denne perioden.

Det vil bli ført loggbok over;

- hvor mange katastrofesnitt det er i rekrutterings perioden,
- hvor mange som ble ekskludert fra studien,
- og hvor mange som sa nei til å være med.

Rekrutteringen vil foregå inntil 8 par er positive til å bli intervjuet

Tusen takk for hjelpen

Med vennlig hilsen

Guri Gisnås. Anestesisykepleier St. Olavs Hospital/masterstudent ISV/UiO

år ref.:



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Side 1 av 3

Til mor og far som har erfart katastrofekeisersnitt

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Seksjon for sykepleievitenskap

Postboks 1153 Blindern

N-0318 OSLO

Dato 11.november.2007

Deres ref.:

Saksbehandler:

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt - om mors og fars erfaringer angående informasjon ved akutt keisersnitt

Hensikten med prosjektet er å få mer kunnskaper om hvordan mor/far erfarer informasjonen personalet gir dere når det er bestemt at det er nødvendig å gjøre et akutt keisersnitt.

Intervjuene jeg ønsker å gjøre med dere er en del av min mastergrad ved Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo. Jeg, Guri Gisnås, er anestesisykepleier og har arbeidet med mange mødre hvor det blir bestemt at det må gjøres ett akutt keisersnitt.

Dersom du/dere samtykker til å delta vil du/dere bli kontaktet på telefonnummeret som står på vedlagte svarskjema. Du vil bli kontaktet ca en måned etter at du/dere har reist fra sykehuset.

Du/dere blir spurt om jeg kan intervju deg/dere om erfaringer med hensyn til informasjonen dere fikk da det ble bestemt å gjøre ett akutt keisersnitt. Intervjuene, som vil vare ca 30 minutter, kan foregå ved at forsker kommer hjem til deg, eller et annet sted du ønsker vi skal gjøre dette. Intervjuene vil bli tatt opp på lydband og deretter skrevet ut. Det som skrives ut vil bli anonymisert. Lydbåndene vil bli oppbevart i et nedlåst skap hvor kun veileder og jeg har tilgang på dem. Alle lydbånd slettes etter at oppgaven er sensurert medio høsten 2008.

Alle data vil bli anonymisert når resultatene presenteres. Det vil ikke være mulig å identifisere enkelt deltakerne i undersøkelsen.

Du kan når som helst trekke deg fra prosjektet uten å oppgi noen grunn, og uten at det vil få konsekvenser for eventuelt framtidig behandling ved St. Olav sykehus. Du/dere vil ikke nødvendigvis få direkte utbytte av intervjuet men erfaringene kan føre til at sykehusets rutiner endres i forhold til akutt keisersnitt.

Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk Helseregion Sør B, og av personvernombudet.



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Side 2 av 3

Dersom du/dere kan tenke dere å delta i undersøkelsen ber vi deg skrive under på den vedlagte samtykkeerklæringen. Denne legger du i svarkonvolutten, merket "samtykkeerklæring" og mitt navn som lukkes og leveres til en av personalet på avdelingen. Informasjonen om studiet kan du beholde.

Med vennlig hilsen
Guri Gislén anestesisykepleier/masterstudent.

Veileder for masteroppgaven er professor Eli Haugen Bunch, ISV, Uio som treffes på e-post e.h.bunch@medisin.uio.no dersom dere ønsker ytterligere informasjon



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Professor Eli Haugen Bunch
 Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
 Universitetet i Oslo
 Pb. 1153 Blindern
 0318 Oslo

Regional komité for medisinsk forskningsetikk
Sør- Norge (REK Sør)
 Postboks 1130 Blindern
 NO-0318 Oslo

Telefon: 228 50 670

Telefaks: 228 44 661

E-post: jorunn.lindholt@medisin.uio.no

Nettadresse: www.etikkom.no

Dato: 27.11.07

Deres ref.:

Vår ref.: S-07406b

S-07406b Akuttpatienten & helseteamet [2.2007.2368]

Vi viser til brev datert 09.11.2007 mottatt 14.11.2007 fra mastersudent Guri Gisnås med følgende vedlegg: revidert informasjonskriv med samtykkererklæring og revidert forskningsprotokoll.

Komiteen behandlet søknaden i sitt møte den 25.10.2007. Prosjektet er vurdert etter lov om behandling av etikk og redelighet i forskning av 30. juni 2006, jfr. Kunnskapsdepartementets forskrift av 8. juni 2007 og retningslinjer av 27. juni 2007 for de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Forskningsetisk vurdering

Vi takker for svar på merknader og tar brev med vedlegg til etterretning.

Med den informasjon som nå foreligger har komiteen ingen innvendinger mot at prosjektet gjennomføres.

Vedtak

Komiteen godkjenner at prosjektet gjennomføres i samsvar med det som framgår av søknaden og ettersendte dokumenter.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Tor Norseth
 Leder

Jorunn Lindholt
 Jorunn Lindholt
 Sekretær

Kopi: Mastergradsstudent Guri Gisnås, Kolstadflata 39B, 7078 Snapstad

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Eli Haugen Bunch
Seksjon for sykepleievitenskap
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 07.11.2007

Vår ref: 17553 / 2 / KS

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.09.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

17553	<i>Akuttpatienten & helseteamet</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Eli Haugen Bunch
Student	Guri Gisnås

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

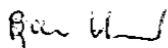
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/melding/pvo_endringsskjema.cfm. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.08.2008, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal tlf: 55 58 35 42
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Guri Gisnås, Kolstadflata 39 B, 7078 SAUPSTAD

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel. +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel. +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel. +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uo.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

17553

Det vil i prosjektet bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Det vedlagte informasjonsskrivet til utvalget vurderes som tilfredsstillende, forutsatt at følgende tilføyes:

1. Det bør informeres om at man vil benytte en koblingsnøkkel, og at dette betyr at deres navn erstattes med et nummer i spørreskjema/transkripsjoner som viser til en separat navneliste, samt at denne koblingsnøkkelen/navnelisten vil slettes etter at oppgaven er sensurert. Så lenge man benytter en koblingsnøkkel kan man ikke si at transkripsjonene er anonymiserte, i stedet bør begrepet aidentifisert benyttes.

2. Det må understrekes i selve brevet at det er frivillig å delta.

Revidert informasjonsskriv ettersendes ombudet før utvalget kontaktes.

Prosjektsslutt er angitt til 01.08.2008. Senest ved prosjektsslutt vil datamaterialet være anonymisert. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariable eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel. Lydopptak slettes.

SPØRSMÅLSGUIDE

Hele intervjuet vil vare i maksimalt 30 min, av hensyn til mor og far som befinner seg i en sårbar og slitsom periode av livet.

Mor og far vil bli intervjuet hver for seg.

Spørsmålene er tidsmessig begrenset fra det øyeblikk det blir bestemt å gjøre en akuttsectio.

Hvis det skulle vise seg at mor og far har ubearbeidede kriser, eller strever mer enn det situasjonen skulle tilsi vil intervjuer være behjelpelig med å henvise videre til primærlege eller anestesi/føde avdeling, hvis mor eller far er interessert i det.

Problemstilling

Hvordan erfarer mor og far samhandlingen med helseteamet etter beslutning om akuttsectio.

Forskningsspørsmål

Hva forventer mor og far, og hva savner de av informasjon etter at det er bestemt å gjøre en akuttsectio.

Hva gjorde inntrykk på mor og far i møtet med helseteamet, etter at det ble bestemt å gjøre en akuttsectio

Intervjuspørsmål

Husker du hva som skjedde da det ble bestemt at det skulle gjøres en akutt sectio

Fikk du informasjon

Hva fikk du av informasjon

Forstod du informasjonen

Husker du hvem som ga deg denne informasjonen

Har du flashback fra situasjonen etter at det ble bestemt å gjøre en akuttsectio

Hva er innholdet i disse flashbacks

Til mor; følte du at mannen din ble inkludert

Til far; Ble du inkludert

Fikk du noen oppfølging etterpå vedrørende det du hadde opplevd

Hva kan vi som helsepersonell gjøre bedre – før, -under og – etter en akuttsectio

Har du råd til leger og sykepleiere om hva de kunne gjort annerledes
