



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp

Kvinnors upplevelser av när barnet tas till barnbordet i anslutning till förlossningen

En kvalitativ enkätstudie

Women's experience when their newborn is taken to the Neonatal resuscitation table following birth

A qualitative questionnaire study

Författare:

Angelica Ahlund
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Handledare:

Emilija Wilson
Barnmorska, PhD
Universitetsadjunkt

Författare:

Malin Lundborg
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Examinator:

Ewa Andersson
Barnmorska
Tillförordnad lektor

Förord

Vi önskar tacka alla de kvinnor som bidragit till ny kunskap genom att delta i denna enkätstudie. Utan er fantastiska insats hade vi inte kunnat slutföra studien.

Vi vill även tacka Emilija Wilson för fantastisk handledning under arbetet.

Stort tack!

Angelica Ahlund och Malin Lundborg

Sammanfattning

Bakgrund: Den omställning det nyfödda barnet genomgår för att anpassa sig till ett liv utanför livmodern är fysiologiskt sett den mest betydande under en människas liv; cirka 5–10% av de barn som föds tas till barnbordet i anslutning till födseln för någon typ av extra vård. Genom att undersöka kvinnans upplevelse av när barnet tas till barnbordet kan vi bidra med ny kunskap som kan hjälpa barnmorskor och undersköterskor att arbeta mer personcentrerat gentemot den födande kvinnan när ett barn tas till barnbordet.

Syfte: Att undersöka kvinnans upplevelse av att det nyfödda barnet tas till barnbordet i anslutning till förlossningen, ur ett kort- och långsiktigt perspektiv, samt vårdpersonalens inverkan på upplevelsen.

Metod: Kvalitativ enkätstudie med öppna frågor, 63 enkäter analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Resultatet mynnade ut i tre huvudteman; *Kvinnans upplevelser och intryck av att barnet togs till barnbordet*, *De andra i rummet – vårdpersonalen och partners inverkan på upplevelsen* och *Påverkan på livet*.

Slutsats: Upplevelsen av att barnet tas till barnbordet innefattade flertalet olika intryck, tankar och känslor för den födande kvinnan. Det framkom även att den information, stöd och trygghet som barnmorskan och undersköterskan gav utgjorde en central del av kvinnans upplevelse. Kvinnorna beskrev även långsiktiga konsekvenser av att barnet tagits till barnbordet, dessa innefattade upplevelser om hur händelsen påverkade kvinnan i det vardagliga livet.

Nyckelord: Barnbord, personcentrerad vård, upplevelse, separation

Abstract

Background: The postnatal transition newborn babies must endure to adjust to life outside the womb is physiologically the most important adjustment of the human life. About 5-10% of all newborn babies will need some help and support after birth to endure the postnatal transition. The knowledge gained from studying women's experiences and feelings when their child is given medical help to support the postnatal transition, immediately following the birth, can help midwives and certified nursing assistants work towards more patient centered care.

Aim: To examine women's experiences when their newborn is taken to the neonatal resuscitation table after labor, from both short and long term perspectives, along with the health care professional's impact on the experience.

Method: Qualitative method, electronic questionnaire with open questions. 63 questionnaires were analyzed with a qualitative content analysis.

Result: Three main themes were identified in the result: *The woman's experiences and impressions, Health professionals and the partners impact on the experience, and the effects on the woman's life.*

Conclusion: The woman's experience of a newborn requiring support for the postnatal transition, immediately following birth, included many different impressions, thoughts, and feelings. It emerged that information, communication, and a feeling of safety were central parts of the women's experience. Consequences of the experience were also described to include long lasting effects for the women later in life.

Keywords: Neonatal resuscitation table, patient centered care, experiences, separation



Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund	2
2.1	Fosterövervakning och barnets omställning vid födseln	2
2.2	Hälsofördelar för det nyfödda barnet att vara hud mot hud med en förälder	3
2.3	Etik vid vård av nyfödda barn	3
2.4	Situationen vid barnbordet.....	4
2.5	Barnmorskans omhändertagande av det nyfödda barnet	5
2.6	Föräldrars behov av stöd då barnet vårdas på barnbordet	6
2.7	Upplevelser av separation från det nyfödda barnet	6
3	Problemformulering	7
4	Syfte	7
5	Metod	7
5.1	Studiedesign.....	7
5.2	Datainsamling.....	8
5.3	Urval	8
5.4	Analys.....	9
6	Etiska aspekter.....	11
7	Resultat.....	11
7.1	Kvinnans upplevelser och intryck av att barnet togs till barnbordet	12
7.1.1	Vad som hände och varför	12
7.1.2	När det inte blev som det var tänkt	13
7.1.3	Känsla av trygghet och lugn.....	14
7.2	De andra i rummet – vårdpersonalen och partners påverkan på upplevelsen.....	14
7.2.1	”Hon gjorde allt rätt” upplevelser av god information och gott stöd av personal..	14
7.2.2	”Att han lever hade räckt” – Upplevelser av bristande information och stöd från personal	16
7.2.3	Ibland räcker det inte till	18
7.2.4	Upplevelsen av partners stöd och roll	18
7.3	Påverkan på livet	19



7.3.1	Tacksamhet och ödmjukhet.....	19
7.3.2	Ångest och oro	19
7.3.3	Sekundär förlossningsrädsla.....	20
7.3.4	Det viktiga samtalet.....	21
8	Metoddiskussion.....	22
8.1	Studiedesign.....	23
8.2	Datainsamling och urval	24
8.3	Dataanalys	25
9	Resultatdiskussion.....	27
9.1	Kvinnans upplevelser och intryck av att barnet togs till barnbordet	27
9.2	Personalens inflytande på kvinnans upplevelse.....	29
9.2.1	Oavsiktlig skada	31
9.3	Påverkan på livet	32
10	Förslag på framtida forskning	34
11	Klinisk implikation och slutsats	35
12	Referenslista	36
	Bilagor.....	42

1 Inledning

Omställningen det nyfödda barnet genomgår för att anpassa sig till ett liv utanför livmodern är fysiologiskt sett den mest betydande under en människas liv (Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi [SFOG], 2013). När barnet är fött sker en stor anpassning i barnets kropp då barnet ska etablera en egen andning. De flesta barn klarar av att komma igång med andningen på egen hand inom någon minut, men ibland krävs särskilda insatser (Hooper, Te Pas & Kitchen, 2016). Under 2018 föddes ca 115 000 barn i Sverige (Statistikmyndigheten, 2019). Upp till 10 procent av de barn som föds varje år har behov av någon typ av extra åtgärd i samband med födseln. Det ingår i barnmorskans uppgifter att kontinuerligt göra en bedömning av tillståndet hos det nyfödda barnet för att det snabbt ska få adekvat hjälp om behovet uppstår (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). Det ingår även i barnmorskans etiska kod att tillgodose de psykiska och emotionella behov som den födande kvinnan kan ha vid en sådan situation (International Confederation of Midwives [ICM], 2014). När ett barn tas till barnbordet uppstår en situation som ofta upplevs som traumatisk för föräldrarna, läget kan vara allvarligt och miljön upplevas stressig. Under graviditeten utformar den gravida kvinnan tankar och bilder om hur det kommer vara att bli förälder (Nyström & Axelsson, 2002). När något oväntat sker, som att barnet kräver extra vård eller föds sjukt, så förändras den bild som kvinnan har om sitt nya föräldraskap (Nyström & Axelsson, 2002). För att kunna identifiera eventuella förbättringar för hur barnmorskor kan bemöta kvinnor i dessa situationer behöver vi en ökad förståelse för hur dessa situationer kan upplevas.

2 Bakgrund

2.1 Fosterövervakning och barnets omställning vid födseln

En förlossning är påfrestande för det ofödda barnet, under förlossningsvärken utsätts barnets huvud för ett stort tryck, upp till 100 mm Hg (Lagercrantz & Slotkin, 1986). Trycket utgör en stress för fostret och gör att katekolaminer frisätts. Katekolaminerna, som utsöndras vid stresstillstånd eller vid lågt blodsocker, hjälper barnet med den extrauterina omställningen vid födseln. För att säkerställa att barnet är välmående under förlossningen används i klinisk verksamhet kardiotokografi (CTG) som mäter livmoderns kontraktioner och barnets hjärtljud (Lindgren, Christensson & Dykes, 2016). Barnets hjärtljud kan även övervakas med hjälp av en skalpelektrod som kopplas till CTG-registreringen (Lagercrantz, Hellström-Westas & Norrman, 2015). För att bedöma om fostret är väl syresatt mäts basalfrekvens, accelerationer, variabilitet och decelerationer i relation till värkarna och förlossningsförloppet (Lindgren, et al. 2016). Vid asfyxi minskar syrehalten i fostrets blod och hjärtminutvolymen sjunker (Lagercrantz et al., 2015). Fostret får en anaerob förbränning och utsöndrar mjölksyra i vävnaderna och barnet kan därmed utveckla en metabolisk acidosis. Vid misstanke om asfyxi kan ett skalpblodprov tas där pH-värdet eller laktat mäts.

När barnet föds sker en stor omställning då barnet ska etablera en egen andning (SFOG, 2013). Intrauterint är barnets syresättning låg ca 50–70 procent, barnet har vätskefyllda lungor med hög resistens i lungkretsloppet, energiförsörjning genom placenta och inaktiva organ (SFOG, 2013). När barnet är fött krävs en snabb anpassning av andning, cirkulation och kroppstemperatur (Lagercrantz et al., 2015).

Vid födelsen har barnet höga nivåer av adrenalin i navelartärblodet som stimulerar frisättningen av surfaktant och absorptionen av lungvätska vilket underlättar luftfyllnad av lungorna (Lagercrantz & Slotkin, 1986). Barnet har även höga nivåer av katekolaminer i blodet, detta ger barnet en ökad resistens mot asfyxi samt en ökning av p-glukos vid födseln och gör att blod till barnets hjärna prioriteras. Barn som föds med kejsarsnitt utan etablerat värkarbete har betydligt lägre katekolaminhalter. Detta då den mekaniska stress som förlossningsvärkarna innebär för barnet är en viktig faktor gällande insöndringen av katekolaminer (Lagercrantz & Slotkin, 1986). Benterud, Sandvik och Lindemann (2009)

skrifer att det finns ett samband mellan förlossningssätt och det nyfödda barnets behov av andningsstöd, en vaginal födsel uppges ha en positiv effekt på den extrauterina omställningen. Av de barn som föds behöver cirka 5–10 procent någon typ av andningsstöd för att etablera en fullgod egen andning, cirka 2 procent behöver ett mer omfattande andningsstöd och 1–2 barn per 1000 födda har en så allvarlig asfyxi att det är ett hot för barnets liv och/eller neurologiska utveckling (SFOG, 2013).

2.2 Hälsofördelar för det nyfödda barnet att vara hud mot hud med en förälder

Vid en okomplicerad förlossning läggs barnet direkt till den födande kvinnans bröst. Detta har många hälsofördelar för såväl föräldern som för barnet. Att ha barnet hud-mot-hud kan ge en positiv inverkan på den egna tilltron till sin kompetens som förälder (Blomqvist & Nyqvist, 2011). Vid hud-mot-hudkontakt utsöndras oxytocin hos både mor och barn som främjar den emotionella bindningen mellan de båda (Lundqvist, 2013). I en studie av Widström, Lilja, Aaltomaa-Michalias, Dahllöf, Lintula, och Nissen (2011) studerades barnets beteende då det låg hud-mot-hud med sin mor efter förlossningen. Barnen som deltog i studien vaknade till när de fick komma till bröstet och rörde på armar och ben. Barnen tittade på sin mors ansikte, gav ljud ifrån sig och sökte kontakt. Barnen sökte även efter bröstvårtan, tog tag och sög på bröstet under en stund innan det somnade i sin mors famn. Charpak, Ruiz-Pelaez och Figueroa (2001) skriver att hud-mot-hud med en förälder har många positiva hälsoeffekter för barnet, forskning har visat att barn som ligger hud-mot-hud med sina föräldrar har kortare vårdtid vid inläggande neonatal intensivvård. Hud-mot-hud minskar även förekomsten av hypotermi hos det nyfödda barnet (Bergman, Linley & Fawcus, 2004) och främjar viktuppgång (Suman, Udani & Nanavati, 2008). Att tillämpa hud-mot-hud har också en god effekt på amningsfrekvensen och de barn som legat hud-mot-hud ammar i högre utsträckning (Hake-Brooks & Anderson, 2008).

2.3 Etik vid vård av nyfödda barn

I all hälso- och sjukvård som bedrivs i Sverige gäller tre etiska grundprinciper; *inte skada/göra gott*, *autonomiprincipen* och *rättvisepincipen* (Lundqvist, 2013). Då ett nyfött barn ej har en egen autonomi i det avseendet att det kan tala för sig självt behöver det nyfödda barnet ett ombud, ombudet är oftast barnets föräldrar, som också har ett eget intresse i barnets

vård. När en akut situation uppstår går händelseförloppet snabbt och det finns ofta inte tid för olika överväganden. Det är viktigt att ha i åtanke att barnets föräldrar påverkas av de insatser som görs för barnet samt att föräldrarna vid en akut situation är i beroendeställning till förlossnings- och neonatalvården. Barnkonventionen (2018:1197), Förenta nationernas (FN) konvention om rättigheter för barn är sedan den första januari 2020 lag i Sverige (Regeringskansliet, u.å.). Barnkonventionen innehåller olika regler om barns rättigheter, det står bland annat i barnkonventionen att hänsyn till barnets bästa ska tas vid beslut som rör barnet. Det står även att barn har rätt till en god hälsa samt hälso- och sjukvård. Samtliga barnmorskor är även skyldiga att följa den internationella etiska koden för barnmorskor (ICM, 2014) där det bland annat framgår att barnmorskan ska tillgodose kvinnans mentala, fysiska, emotionella och spirituella behov samt aktivt söka ny kunskap som kan implementeras i arbetet med de kvinnor de vårdar. Etisk kompetens är även en del i den kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska som utfärdats av Svenska Barnmorskeförbundet (2018).

Att arbeta utefter de vårdetiska principerna innebär även att arbeta evidensbaserat. Detta då implementeringen av evidensbaserad vård kräver en vilja av vårdpersonalen att tillämpa bästa vetenskapliga bevis (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Att arbeta evidensbaserat innebär att sjukvårdpersonal, i sin bedömning av åtgärder, väger in patientens unika situation och önskemål tillsammans med klinisk expertis och bästa vetenskapliga underlag (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016).

2.4 Situationen vid barnbordet

Samtliga sjukhusavdelningar där förlossning och vård av nyfödda barn bedrivs, inklusive eftervårdsavdelningar samt operation ska ha utrustning för att kunna omhänderta ett nyfött barn i behov av akuta åtgärder (Lindgren, Christensson & Dykes, 2018). Vanligtvis finns denna utrustning vid en särskild plats för hjärt- och lungräddning (HLR), "barnbordet".

Barnbordet är ofta placerat i närliggande lokal på avdelningen där barnet föds eller vårdas, på en del förlossningsavdelningar finns ett barnbord på förlossningsrummet. Barnbordet är utrustat med nödvändiga hjälpmedel för att kunna utföra adekvat vård, såsom värmekälla, utrustning för syrgasbehandling, klocka, ljus, samt saturationsmätare (Lindgren. et al, 2016).

Om barnet är bradykardiskt, dvs att hjärtfrekvensen är under 100 slag per minut är det ett tecken på hypoxi, har barnet även nedsatt egenandning och nedsatt tonus stärker det misstanken om hypoxi (Lagercrantz et al., 2015). Om barnets hudfärg är blek eller grå så kan det tyda på allvarlig sjukdom som anemi eller ett chocktillstånd hos barnet, dock beror blekheten ofta på initial nedsatt perifer cirkulation som övergår spontant. Central cyanos i munnen och framförallt tungan och på bålen är ett tecken på nedsatt syrgassaturation hos barnet. Perifer cyanos kan dock vara normalt under det första levnadsdygnet. Nedsatt tonus hos det nyfödda barnet beror ofta på hypoxi, då skriker inte barnet och det rör inte heller på extremiteterna. Om ett barn drabbas av asfyxi sker en snabb tömning av barnets energidepåer och insatser krävs omgående.

För att arbetet vid neonatal HLR ska gå så strukturerat till som möjligt finns en algoritm med evidensbaserade riktlinjer för neonatal HLR (Blennow & Bohlin, 2017). Algoritmen presenterar olika steg utifrån; A – luftväg, B – andning, C – Cirkulation och D – läkemedel, som tydligt beskriver arbetsgången vid en akut situation. Det första behandlingsschemat med riktlinjer för neonatal HLR i Sverige gavs ut 1972, detta var ett kompendium om det asfyktiska nyfödda barnet (SFOG, 2013). Kompendiet har därefter utvecklats och reviderats i steg med ny forskning.

2.5 Barnmorskans omhändertagande av det nyfödda barnet

I Sverige ingår det i barnmorskans kompetensområde att självständigt handlägga den normala förlossningen, barnmorskan ska även kunna göra en bedömning av det nyfödda barnet (Lindgren, Christensson & Dykes, 2016). Efter att barnet är fött gör barnmorskan en initial bedömning av barnet, enligt en internationell modell; Apgarmodellen. Barnets hudfärg, hjärtfrekvens, retbarhet, muskeltonus och andning bedöms vid en minut – samt fem minuter och tio minuters ålder (Fenna, 2002). Om barnet visar tecken på asfyxi eller är i behov av omedelbar HLR avnavlas barnet direkt och tas till barnbordet. Kunskaper – samt praktiska färdigheter i åtgärder som kan behövas vid ett akut omhändertagande av ett nyfött barn ska finnas hos all personal som arbetar med nyfödda (Blennow, 2016). Barnmorskan är ofta ensam på plats när en oväntad akut situation kring det nyfödda barnet uppstår och kan i dessa fall behöva påbörja neonatal HLR i väntan på barnläkare.

2.6 Föräldrars behov av stöd då barnet vårdas på barnbordet

När ett barn tas till barnbordet innebär det alltid ett trauma för barnets föräldrar (<http://www.neohlutbildning>). Även i de fall där barnet återhämtar sig snabbt och kan komma tillbaka till föräldrarna behövs stöd och god information för att händelsen inte ska bli ett trauma för föräldrarna. När ett barn tas till barnbordet ska vårdpersonalen arbeta aktivt för att föräldrarna ska närvara vid barnbordet. Det är viktigt att personalen gör plats till den som är anhörig och ger möjlighet till de anhöriga att få hålla i barnets hand eller på annat sätt få röra vid barnet. Alla föräldrar har ett behov av att få vara när sitt barn genom fysisk kontakt som att hålla barnet i handen eller få ta på barnet (Lundqvist, 2013). Den som är medicinskt ansvarig ska informera de anhöriga fortlöpande om händelseförlopp och åtgärder. En i vårdpersonalen ska utses som anhörigstöd under förloppet. Det är också viktigt att den vårdpersonal som agerar anhörigstöd håller den föräldrarna väl informerade om barnets tillstånd (Lundqvist, 2013).

2.7 Upplevelser av separation från det nyfödda barnet

I en svensk intervjustudie av Nyström och Axelsson (2002) beskrivs separationen från det nyfödda barnet som att den samexistens modern önskade ha med sitt barn blivit avbruten. Kvinnorna kände sig maktlösa i situationen då de inte fick möjlighet att ta hand om barnet på det sätt de föreställt sig. Flera kvinnor beskrev också att de var mycket trötta efter förlossningen och att de därav hade svårt att ta till sig den initiala information som vårdpersonalen gav gällande varför barnet togs ut till barnbordet. De önskade att informationen upprepades och att än en gång få en förklaring till varför situationen uppstått. Kvinnorna var också oroliga över att barnet grät och var ledset och hoppades att vårdpersonalen skulle trösta barnet om så var fallet, det fanns också en oro över att barnet utsattes för onödiga provtagningar. Kvinnorna i studien beskrev att de kände sig ensamma och ledsna då de inte kunde ta hand om sitt barn och beskrev en känsla av tomhet och sorg. Vissa kvinnor upplevde ett bristande stöd från vårdpersonalen och kände sig till besvär när de ställde frågor eller behövde emotionellt stöd. Detta ledde till att kvinnorna isolerade sig på sina rum och bearbetade situationen i ensamhet. Kvinnorna beskrev dock glädje och lättnad över att barnet var välmående och inte allvarligt sjukt (Nyström & Axelsson, 2002).

I en annan australiensisk intervjustudie av Fenwick, Barclay och Schmied (2001) framkom det att god kommunikation mellan nyblivna mammor och vårdpersonal på en neonatalavdelning hade en positiv påverkan på mödrarnas självförtroende, deras känsla av kontroll över situationen samt anknytningen till det nyfödda barnet. I studiens slutsats skriver författarna att det är viktigt att vårdpersonal talar till modern på ett stöttande och omtänksamt sätt samt visar intresse för de nya föräldrarna. I studien betonas att vårdpersonalens sätt att tala till föräldrar är ett starkt kliniskt redskap som kan användas för att hjälpa föräldrar att utveckla självförtroende i sin nya föräldraroll, vilket också hjälper föräldrarna att knyta an till det nya barnet.

3 Problemformulering

Att barn tas till barnbordet för någon typ av extra vård i samband med förlossningen är relativt vanligt. Idag finns begränsad forskning som beskriver kvinnors upplevelser av när deras barn tas till barnbordet direkt efter födelsen. Genom att få kunskap om hur denna situation uppfattas av kvinnan som fött barn, kan barnmorskor och annan vårdpersonal utveckla kunskap som bidrar till en mer personcentrerad vård genom att förstå de behov som kvinnan har när barnet tas till barnbordet.

4 Syfte

Att undersöka kvinnans upplevelser av att det nyfödda barnet tas till barnbordet i anslutning till förlossningen, ur ett kort- och långsiktigt perspektiv, samt vårdpersonalens inverkan på upplevelsen.

5 Metod

5.1 Studiedesign

En kvalitativ metod valdes då syftet med studien var att undersöka kvinnors upplevelser. (Polit & Beck, 2013) menar att kvalitativa metoder lämpar sig bra då upplevelser ska undersökas eftersom deltagarna då får möjlighet att beskriva sina erfarenheter vilket bidrar till en djupare förståelse för det fenomen som studeras. Malterud (2001) beskriver att syftet med en kvalitativ studie är att bidra till en fördjupad kunskap om en människas erfarenheter, behov

och upplevelser vilket lättast uppnås med hjälp av öppna frågor. För studiens syfte utformades en strukturerad elektronisk enkät med 12 öppna frågor. En elektronisk enkät var passande då författarna önskade nå ut till kvinnor i hela Sverige. Enkäten innehöll även 8 slutna frågor, dessa användes för att samla in demografiska data och information om förlossningen, se *bilaga 2*. Enligt Trost (2012) är detta viktigt för att redogöra för vilken grupp som ingick i studien. Frågorna i enkäten utformades av författarna med stöd av litteratur inom kvalitativ metod. Ejlerthsson (2005) beskriver att det är viktigt att frågorna formuleras på ett sätt som målgruppen kan förstå, samt att frågorna ställs så att de inte kan tolkas på mer än ett sätt.

5.2 Datainsamling

Deltagarna fick tillgång till enkäten den 2 februari 2020 klockan 14.30 genom olika grupper i sociala medier, detta för att nå ut till så många kvinnor i Sverige som möjligt. Att ha en variation bland deltagarna kan enligt Henricson och Billhult (2017) bidra till större variationer i berättelserna hos personerna som medverkar i en studie. Insamlingsperioden planerades att pågå under 7 dagar, författarna fick dock stänga enkäten redan inom ett dygn på grund av hög svarsfrekvens, enkäten stängdes därmed 3/2 2020 kl. 09.00, då hade 216 deltagare svarat på enkäten inom en tidsram på 17,5 timmar.

5.3 Urval

Totalt svarade 216 kvinnor på enkäten, av dessa analyserades 63 svar. För att få ett så omfattande resultat som möjligt hade författarna en förhoppning om att minst 10 kvinnor deltog i studien. Kriteriet för att delta i studien var kvinnor som fött minst ett barn som tagits till barnbordet i anslutning till födseln. Att deltagarna har erfarenhet av det studerade fenomenet är en förutsättning för att få fram ett resultat vid kvalitativa studier (Henricson & Billhult, 2017). Av den anledningen var det även viktigt att det framgick i enkätens informationsbrev vilken målgrupp som efterfrågades till undersökningen. Författarna valde att inte undersöka den icke födande förälderns upplevelse då studien ansågs bli för omfattande för ett examensarbete.

Under urvalsprocessen framkom att i grupperna där kvinnorna fött barn i veckorna 23+0–36+7 samt 42+ var det ofta förekommande att författarna inte kunde utesluta att en beskriven

upplevelse till större del handlade om barnets prematuritet, eller att en förlossning föranletts av induktion. Snarare än ögonblicket där barnet togs till barnbordet. Kvinnor vars barn vårdats på barnavdelning uppgav i många fall svar som inte kunde relateras till undersökningens syfte. Det förekom även svårigheter att urskilja upplevelser som skulle leda till syftet bland kvinnor som fött sitt barn via kejsarsnitt, då det i flera fall inte framkom om kvinnan varit nedsövd eller inte. Slutligen skiljde sig rutiner kring födslar och vård vid barnbordet på sjukhus utomlands från rutinerna i Sverige, av den anledningen ansåg författarna att kvinnor som fött sina barn i Sverige bäst kunde svara på syftet.

Gruppen som bäst svarade på syftet var kvinnor som genomgått vaginala födslar i gestationsvecka 37+0–41+6 där barnet inte vårdats på neonatalavdelning i anslutning till födseln. För att kunna få ett resultat som svarade på syftet exkluderades därför: *Kvinnor som fött barn utomlands, Kvinnor vars barn vårdats på barnavdelning efter födseln, Kvinnor som fött barn som var överburna eller prematura, kvinnor som fött barn med kejsarsnitt.*

5.4 Analys

Den insamlade datan analyserades gemensamt av båda författarna, först enskilt och sedan gemensamt, med hjälp av en innehållsanalys som utgår från Graneheim och Lundmans beskrivning (2004). I en kvalitativ innehållsanalys ligger fokus på det studerade fenomenet och sammanhanget kring detta, man belyser även skillnader och likheter i innehållet (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen påbörjades genom att samtliga enkätsvar lästes igenom av båda författarna tillsammans flera gånger för att få en helhetsbild av materialet. Därefter granskades informationen noggrant för att finna meningsbärande enheter, det vill säga meningar och ord som författarna ansåg kunde relateras till studiens syfte. I nästa steg reducerade författarna texten med avsikt att skapa kondenserade meningsenheter där det mest väsentliga i stycket betonades (Graneheim & Lundman, 2004). De kondenserade meningsenheterna formades därefter om till koder som mycket kortfattat beskrev meningens fokus, *se tabell 1*. Av koderna skapades senare olika underkategorier som sedan grupperades i kategorier och bildade teman, *se tabell 2*. Analysen resulterade i 3 huvudteman som senare delades vidare upp i subteman för att ge resultatet struktur, *se tabell 3* (Graneheim & Lundman, 2004). Författarnas förförståelse för fenomenet har diskuterats, reflekterats och

identifierats under hela analysprocessen, detta för att de subjektiva erfarenheter och nya aspekter som deltagarna beskrivit helt ska spegla studiens resultat.

Tabell 1. Exempel på skapande av koder.

<i>Meningsbärande enhet</i>	<i>Kondenserad enhet</i>	<i>Kod</i>
På kvällen föddes en lite pojke.. Men han skrek inte, han var alldeles blå. Navelsträngen 2 varv runt halsen och en äkta knut. De försökte få liv i han men han andades inte.. de sprang ut ur rummet.. jag fick inte veta något.. mina tankar var att han är död	Han skrek inte, han var blå. Navelsträngen runt halsen och äkta knut. De försökte få liv i honom, han andades inte. De sprang ut ur rummet. Jag fick inget veta. Mina tankar var han är död.	Jag trodde han var död
De sprang snabbt iväg med henne till barnbordet och jobbade med hennes andning, pappan sprang med så även om det kändes jobbigt så litade jag på personalen.	De sprang snabbt till barnbordet. Pappan sprang med. Även om det kändes jobbigt så litade jag på personalen.	Jag litade på personalen

Tabell 2. Exempel på analysprocessen av framtaget huvudtema enligt Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys.

<i>Huvudtema</i>	<i>Kvinnans upplevelser och intryck när barnet togs till barnbordet</i>							
<i>Kategori</i>	Intryck		Känslor			Tankar		
<i>Underkategori</i>	Synen av barnet	Vad händer	Äntligen över	Stark rädsla	Lugn och trygg	Lättnaden av det första skriket	Skrämmande tankar	Goda tankar
<i>Kod</i>	Barnet kippade efter luft	Chock	Orkeslöshet	Rädsla	Kände på mig att det var bra	Jag hörde barnet skrika	Jag trodde han var död	Det kommer att gå bra
	Barnet var blå	Kunde inte tänka	Jag överlevde	Ej mottaglig	Barnet var i goda händer	Lättnaden att höra skrik i korridoren	Lever barnet?	Det här fixar proffsen
	Barnet andades inte	Jag förstod ingenting	Lättad att det var över	Sorg	Mitt barn tas ifrån mig			
		Alla försvann	Hämta andan		Jag var inte orolig			

6 Etiska aspekter

Då studien ingår som examination på barnmorskeprogrammet vilket är en universitetsutbildning krävs inget godkännande från etisk kommitté enligt etikprövningslagen (2003:460). Vår studie baserades på aidentifierande uppgifter, då en studie baseras helt på aidentifierade uppgifter krävs ingen etikprövning för studien. Eftersom studien utgörs av material från människors personliga upplevelser är det viktigt att ta hänsyn till etiska aspekter, detta görs för att skydda deltagarnas integritet (Kjellström, 2017). Författarna utgick från de forskningsetiska principerna: *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet* (CODEX, 2020). I enkäten fanns ett informationsbrev med information gällande studiens syfte, det framgick även att studien gällde ett examensarbete på barnmorskeprogrammet samt namn och kontaktuppgifter till oss författare, detta enligt *informationskravet*. I brevet framgick även att deltagande var frivilligt och att deltagarna när som helst kunde välja att avsluta enkäten utan motivering enligt *samtyckeskravet*. Deltagare informerades även om att enkätsvaren förblir anonyma och att samtliga svar kommer att raderas efter studiens slut enligt *konfidentialitets-* och *nyttjandekravet*. Vidare har författarna även diskuterat de fyra vårdetiska principerna *göra gott*, *inte skada*, *autonomi* och *rättvis principen* i samband med studiens eventuella vinster. Detta då en ökad förståelse för fenomenet förhoppningsvis kan främja en personcentrerad vård för den födande kvinnan under förloppet.

7 Resultat

Kvinnorna som svarade hade en ålder från 18 år och uppåt och kom ifrån hela Sverige. Samtliga kvinnor hade fött sina barn mellan åren 1992–2020, varav de flesta mellan åren 2006–2020. En förlossning ägde rum år 1992 och en år 1993. Samtliga barn som föddes hade överlevt den akuta situationen.

Studiens resultat visade att upplevelsen av att barnet tas till barnbordet innefattar flertalet intryck, tankar och känslor. Det framkom att information, kommunikation och trygghet var centrala delar av upplevelsen. Kvinnorna beskrev även konsekvenser av upplevelsen som innefattar hur händelsen har påverkat kvinnan vidare i livet. Resultatet mynnade ut i tre teman; ”Kvinnans upplevelser och intryck av att barnet togs till barnbordet”, i detta avsnitt presenteras kvinnans intryck, känslor och tankar under händelsen. Det andra temat var ”De

andra i rummet – vårdpersonalen och partners inverkan på upplevelsen”, här beskrivs kvinnans upplevelse av information, stöd och trygghet gällande vårdpersonalen och partnern. I det tredje temat ”*Påverkan på livet*” beskrivs konsekvenser av händelsen för kvinnan i det fortsatta livet. Samtliga huvudteman har tilldelats flertalet subteman i enighet med Graneheim & Lundmans (2004) innehållsanalys. Se tabell 3.

Tabell 3 Redovisning av huvudteman och kategorier.

<i>Kvinnans upplevelser och intryck av att barnet togs till barnbordet</i>	<i>De andra i rummet – personalen och partners påverkan på upplevelsen</i>	<i>Påverkan på livet</i>
Vad som hände och varför	”Hon gjorde alla rätt” Upplevelser av god information och gott stöd av personal	Tacksamhet och ödmjukhet
Det blev inte som jag hade tänkt	”Att han lever hade räckt” Upplevelser av bristande information och stöd av personal	Ångest och oro
Känsla av trygghet	Ibland räcker det inte till	Sekundär förlossningsrädsla
	Upplevelsen av partners stöd och roll	Det uppföljande samtalets betydelse

7.1 Kvinnans upplevelser och intryck av att barnet togs till barnbordet

7.1.1 Vad som hände och varför

Då barnet var framfött och togs till barnbordet uttryckte flera av kvinnorna att de initialt inte förstod vad som hänt i och varför barnet tagits ut ur rummet. De förstod inte heller varför ”alla försvann” och uppgav att en känsla av chock infann sig.

”-Chockartat till en början. När jag öppnade ögonen var bebisen och nästan all personal borta. Där låg jag med benen i vädret och undrade vad som hände.” – deltagare 10

En del kvinnor upplevde att de trots chocken inte känt oro i stunden, utan att trötthet och orkeslöshet efter förlossningen var den mest påtagliga känslan. Flera kvinnor uppgav att detta berodde på kraftlöshet och utmattning efter förlossningen. Denna trötthet blev huvudkänslan i

stunden och gjorde det svårt för kvinnan att identifiera en viss känsla relaterat till separationen. En kvinna beskrev att hon bara ville vila på grund av tröttheten och fick därefter dåligt samvete för att hon inte känt någon oro. En annan kvinna uppgav att hon känt sig helt slut och var mest lättad att förlossningen var över. En tredje deltagare beskrev att hon känt sig helt utsliten efter förlossningen och inte kunde minnas känslan av separationen alls. Andra kvinnor uppgav att de känt sig avtrubbade till följd av förlossningen och på grund av detta inte kan minnas hur de kände initialt när barnet togs till barnbordet.

"Jag kommer inte riktigt ihåg, var helt utsliten. Jag kommer ihåg att det första jag tänkte var "jag överlevde"." – deltagare 12

7.1.2 När det inte blev som det var tänkt

En stor del av kvinnorna uppgav att de upplevde situationen när barnet togs till barnbordet som en traumatisk upplevelse. De beskrev att de i samband med händelsen drabbats av känslor som tomhet, rädsla, uppgivenhet och oro. Kvinnorna beskrev även en känsla av att vara utelämnad och ensam. Det framkom att glädjen över att ha fött ett barn snabbt förvandlades till rädsla och panik. Kvinnorna beskrev även sinnesstämningar som skuldkänslor, att gråta eller en vilja gråta, att skrika rakt ut och bara "ge upp".

"-Jättejobbigt. Panik. Var helt säker på att hon var död. Fick skuldkänslor, började fundera på hur jag hade dödat henne." deltagare 6

Flera kvinnor beskrev att de efter förlossningen såg att barnet var "lealöst", "svart", och "blått". En del beskrev även att barnet inte skrek direkt efter födseln och att det gett upphov till en stark oro och ångest. En känsla av sorg beskrevs även då en del kvinnor trodde att barnet hade dött efter eller i samband med förlossningen. Det framkom även att en del kvinnor upplevt överklighetskänslor som att förlossningen aldrig ägt rum och att barnet inte fanns;

"-Jag kände mig tom. Jag hade inte ens sett hur han såg ut, jag hade inte hört honom skrika. Det var som att han inte ens fanns." deltagare 23

En del kvinnor beskrev även en sorg över att gå miste om den första stunden med det nyfödda barnet, då de föreställt sig att få upp ett skrikande barn till bröstet och få börja amma barnet direkt. Flera kvinnor uttryckte en stark stress över att de inte kunde följa med barnet till barnbordet, oavsett hur snabbt uppdaterad informationen om barnets hälsotillstånd framfördes till kvinnan upplevdes det ”som en evighet”. Ett par kvinnor uttryckte även att de upplevde en stark stress över att barnet förflyttades till ett annat rum.

”-Det var hemskt! Att se han helt blå... jag var helt övertygad om att han var död.. att vara ovetande o ensam i rummet, inte kunna springa efter. Jag kände mig så hjälplös.” deltagare 46

Flera kvinnor som upplevde stark oro och stress beskrev en enorm lättnad när de hörde det första skriket från barnet utifrån korridoren. Även då barnet kom tillbaka till förlossningssalen uppgav flera kvinnor att den värsta oron och stressen släppte i och med att barnet skrek.

7.1.3 Känsla av trygghet och lugn

En del kvinnor uppger att de aldrig kände rädsla då barnet togs till barnbordet, detta då de hade en känsla av att det skulle gå bra. En kvinna beskrev att hon innerst inne visste att barnet var i trygga hände och kunde därmed slappna av. En annan kvinna beskrev att hon tyckte lite synd om barnet under förloppet men att hon inte hade en tanke på att det någonting var allvarligt fel. Det framkom även att de kvinnor som hörde barnet skrika innan det togs till barnbordet i större utsträckning upplevde trygghet och lugn då de visste att barnet levde.

”När min bebis kom ut sprang dom iväg med honom. Men jag blev inte rädd, kände på mig att allt var bra. Jag hörde honom dessutom skrika på vägen till det andra rummet.” – deltagare 5

7.2 De andra i rummet – vårdpersonalen och partners påverkan på upplevelsen

7.2.1 ”Hon gjorde allt rätt” upplevelser av god information och gott stöd av personal

Informationen och stödet från vårdpersonalen framkom som centrala delar av upplevelsen. I de fall där informationen beskrevs som god beskrevs den som tydlig och saklig. Kvinnorna

uppgav att de var väl informerade om att barnet eventuellt kunde komma att behöva extra vård i anslutning till förlossningen och fick också förklarat varför.

”mycket tydlig, de berättade om varför de skulle ta bort honom och jag var förberedd så blev aldrig orolig” – deltagare 3

Att få kontinuerlig uppdatering gällande barnets hälsotillstånd ingav lugn och trygghet för kvinnan då barnet vårdades på barnbordet. Det framkom även att det upplevdes viktigt att den vårdpersonal som fanns kvar med kvinnan på rummet, under tiden då barnet togs till barnbordet, kunde svara på frågor gällande barnets hälsotillstånd. Då kvinnan fick god information samt kände tillit och trygghet till personalen upplevde kvinnan i mindre mån stress och oro under tiden då barnet vårdades på barnbordet. Det framkom också att personalens agerande, i de fall agerandet var lugnt och metodiskt, var avgörande för den positiva upplevelsen. En kvinna uppgav att upplevelsen troligen hade kunnat se annorlunda ut om personalen inte agerat med lugn i den akuta situationen;

”Mycket tror jag beror på personalens lugn och deras agerande som gjorde/bidrog till att situationerna inte blev så märkvärdiga eller traumatiska. Jag tror att mina förlossningsupplevelser kunnat se helt annorlunda ut om personalen agerat annorlunda, visat stress, osäkerhet eller annat” – deltagare 34

En kvinna uppger att personalens lugna agerande gjorde henne så lugn att hon inte hade en tanke på att någonting kunde vara fel med barnet;

”Personalen var så lugn när de tog dottern och sa bara att de skulle kolla en sak så jag hade inte en tanke på att något eventuellt skulle kunna vara fel” – deltagare 61

De upplevdes även som gott stöd när personalen visade empati och omsorg. En kvinna beskrev att undersköterskan som var kvar på rummet höll henne i handen och såg till att hon fick i sig något att dricka. Hon beskrev undersköterskan som fantastisk och upplevde stödet som mycket positivt. En annan kvinna beskrev att undersköterskans lugn hade en direkt

lugnande effekt på henne själv när barnet togs till barnbordet. I den beskrivna situationen fanns inte tid att förklara för kvinnan varför barnet behövde tas till barnbordet vilket gjorde henne orolig och rädd. Dock blev hon lugn då undersköterskan som kom in till rummet agerade med lugn.

”Jag kunde inte förstå vad som hände, ingen hade tid att förklara. Jag kände mig kraftlös och orolig. (...) Sen kom en mycket lugn undersköterska och pratade med mig och hennes lugn gjorde mig lugn också” – deltagare 50

7.2.2 ”Att han lever hade räckt” – Upplevelser av bristande information och stöd från personal

Majoriteten av kvinnorna upplevde bristande information och stöd från personalen under händelsen. Framförallt var det bristen på information som var särskilt framträdande.

De kvinnor som upplevde bristande information beskrev att informationen var otillräcklig då barnet togs till barnbordet. Det framkom också att det saknades uppföljande information om varför barnet tagits till barnbordet efter att barnet var tillbaka på förlossningssalen. Flera kvinnor beskrev att informationen om vad som hände vid barnbordet främst kom från partnern och en kvinna beskrev även att hon läst sin journal i efterhand för att hitta information om vad det var som hände och varför barnet togs till barnbordet.

”Jag fick ingen som helst information, inte heller när bebisen kom tillbaka till rummet, då var det min man som kom med bebisen i en filt och ingen personal följde med och berättade någonting” – deltagare 48

Det framkom att personalens tystnad i den akuta situationen upplevdes som stressande då kvinnan märkte att något var avvikande utan att få information om vad. En kvinna beskrev att hon hann gripas av panik för att det var så tyst i rummet innan barnet togs iväg till barnbordet. En annan kvinna beskrev att den informationen hon fick skapade mer oro än lugn då personalen uppgav att barnet ”inte andades”. En kvinna uppgav också att hon själv fick be om information då vårdpersonalen inte gav kontinuerliga uppdateringar. Flera av kvinnorna beskrev att personalen försökte stötta och lugna men att bristen på information gjorde att de



blev stressade och rädda. Kvinnorna fick ofta höra att de inte behövde vara oroliga men att saklig information om förloppet uteblev.

”Frågade barnmorskan vart de tog vägen och hon sa att de är i rummet bredvid och att pappan är med så jag ska inte oroa mig” - deltagare 19

Ett par kvinnor upplevde det som stressande att den vårdpersonal som fanns kvar på rummet i samband med att barnet togs till barnbordet inte kunde ge kvinnan information om barnets hälsotillstånd. I vissa fall utsågs en undersköterska eller barnmorska som ”stöd” till kvinnan, dessa personer var dock inte insatta i förlossningsförloppet och kunde därmed inte svara på de frågor som kvinnan hade. Bristen på information i detta fall resulterade i att stödet som gavs inte kunde vara till tröst för kvinnan då informationen beskrevs som det avgörande stödet. Flera kvinnor beskrev att de inte fick någon information alls om barnets hälsotillstånd förens barnet kom tillbaka till förlossningssalen, detta kunde dröja mellan 20–40 minuter och gav utrymme för en stark oro. I ett fall lämnades en kvinna helt ensam på förlossningssalen utan stöd från vårdpersonal under 25 minuter, detta berodde enligt kvinnan själv, på en mycket hög arbetsbelastning på förlossningen.

Det framkom i flera fall att vårdpersonalen som var kvar på rummet med kvinnan under tiden barnet vårdades på barnbordet inte förstod att kvinnan upplevde situationen som traumatisk;

”Min bm satt kvar mellan mina ben och sa lugnt ”nu ska vi se om moderkakan kommer snart” och de kändes så konstigt att hon satt där lugnt som att inget hänt och hela det jag föreställt mig med att få upp en skrikande bebis på bröstet var som bortblåst” – deltagare 38

En kvinna uppgav att hon efter barnet tagits till barnbordet kände sig ledsen och grät. Kvinnan beskrev att barnmorskan, istället för att ge stöd, började arbeta med att få ut moderkakan, sy eventuella bristningar eller städa undan efter förlossningen.

”Jag blev ledsen och grät, fick inget stöd från personal pga 3 barnmorskor som undersökte mig och bedömde skadorna” – deltagare 16

Det framkom i flera fall att barnmorskan och kvinnan befann sig i olika mentala stadier när barnet tagits ut till barnbordet, flera kvinnor uppgav att de var mycket oroliga och rädda över barnets hälsa men att barnmorskan inte uppmärksammade utan fortsatte att arbeta på som om ingenting hade hänt.

7.2.3 Ibland räcker det inte till

Vårdpersonalens agerande beskrevs ofta som den avgörande faktorn i huruvida kvinnan kände sig trygg och lugn tiden barnet vårdades på barnbordet. En del kvinnor uppgav dock att de fått gott stöd av vårdpersonalen men att situationen i sig var så skrämmande och oroväckande att de inte kunde ta till sig det stöd som gavs.

”Det var hemskt när ett helt team sprang iväg med min son, barnet var inte i samma rum som jag var i. Min man följde med vår son. Jag var ensam kvar med en undersköterska som säkert var jättesnäll men det kändes jättejobbigt och som att de var borta i en evighet! Jag kände mig väldigt ensam...” – deltagare 23

7.2.4 Upplevelsen av partners stöd och roll

De flesta av kvinnorna uppgav att deras partner följt med barnet till barnbordet i anslutning till förlossningen. Detta beskrevs i de flesta fall som en trygghet för kvinnan att partnern fanns hos barnet under den akuta fasen. Kvinnorna uppgav att de genom partnern kunde ta del av händelserna vid barnbordet och därmed få en mer detaljerad bild av hur det hade gått till och vad man hade gjort med barnet. Flera kvinnor beskrev en tacksamhet över att partnern kunde följa med barnet då kvinna av fysiska skäl, inte själv hade möjlighet. Det uppskattades att partnern fotograferade eller filmade barnet så att kvinnan kunde få se barnets första minuter.

”Upplevde tacksamhet att han kunde gå efter sonen, då jag kände att ”jag ville gå efter men kunde inte”. ” – deltagare 25

En kvinna berättade att hon, förutom sin partner, även haft sin syster med vid förlossningen, system kunde därmed stanna kvar på rummet medan partnern gick med barnet till barnbordet,

detta extra stöd upplevdes som en trygghet för kvinnan. En del kvinnor, som endast haft sin partner med vid förlossningen, upplevde att de blev lämnade ensamma i en svår situation där de behövt sin partners stöd. En kvinna uppgav att partners rädsla överfördes på henne innan barnet fördes till barnbordet då partnern var uppenbart skrädd av situationen;

”Jag fick då inte se bebisen direkt, men min man fick en rejäl chock. När jag inte fick se min bebis och endast kunde se min mans oroliga ansikte och allt spring av personalen, kom chocken/oron och smärtan glömdes” – deltagare 50

Ett återkommande fynd var att flera av kvinnorna upplevde att deras partners inte kände sig sedda i samband med situationen och att kvinnan därmed fick ta rollen att stödja partnern under förloppet;

”-Det var nog jag som fick stötta honom både när det hände och sedan lång tid efter. Hans upplevelse av det var mycket jobbigare än min. Han fick ju se sonen bli ännu sämre innan det vände och var helt utom sig av oro.” deltagare 49

En del kvinnor uttryckte att de upplevde att stödet till partnern under händelsen var bristfälligt.

7.3 Påverkan på livet

7.3.1 Tacksamhet och ödmjukhet

En del kvinnorna uppgav att erfarenheten gett en större ödmjukhet och tacksamhet inför livet. Det framkom även att ett par deltagare som varit med om situationen en gång tidigare upplevde sig tryggare då nästkommande barn behövt extra insatser vid barnbordet.

”-Nej, eller jo säkert att jag är mer ödmjuk och tacksam för livet. Men mest på ett positivt sätt.” -deltagare 36

7.3.2 Ängest och oro

De kvinnor som drabbats av ångest och oro efter händelsen beskrev att de fått en större medvetenhet över att livet är skört och att olyckor och sjukdom kan inträffa. Detta hade i en

del fall lett till att kvinnorna utvecklat en allmän oro över barnets hälsa efter förlossningen som följt med kvinnorna vidare i livet, i vissa fall under flera år. Det fanns en oro för att barnet hade fått bestående skador till följd av händelsen, främst av syrebristen. En kvinna uppgav att hon kände en oro varje gång ett utvecklingssteg avvek, om endast lite. En annan deltagare beskrev en initial oro över att barnet skulle sluta andas efter händelsen, detta bidrog till att kvinnan hade svårt att sova den första tiden då hon kände sig tvungen att ha koll på barnets andning;

”I början hade jag väldigt mycket ångest och trodde alltid att hon skulle sluta andas. Kunde inte sova när hon sov de första tre veckorna. Var tvungen att kolla att hon andades hela tiden” – deltagare 6

Det framkom även att en del kvinnor utvecklat katastroftankar efter händelsen och att detta i vissa fall lett till depression och ångest samt en vilja att ständigt beskydda barnet. En kvinna beskriver att hon minns det ansiktsuttryck som barnet hade när det kippade efter luft innan det togs till barnbordet, kvinnan uppger själv att denna minnesbild och händelsen var en del av orsaken till en depression som hon drabbades av efter förlossningen. Även andra kvinnor uttrycker att de besvärats av eller fortfarande besvärats av tankar om att barnet kunnat dö, de flesta uppger dock att tankarna avtagit något under tid och att den jobbigaste perioden med katastroftankar var den närmaste tiden efter förlossningen. En kvinna uppgav dock att det tog flera år innan hon upplevde att hon blev sitt glada jag igen. En del kvinnor uppgav att den psykiska ohälsan efter händelsen påverkat partnerrelationen. Anknytningsproblem till barnet på grund av händelsen nämns även av en kvinna. På frågan om händelsen hade påverkat henne i livet svarade en kvinna:

”Tanken om att jag inte har min son så länge finns kvar.. Men inte lika stark. Men de påverkar såklart. O de kan göra att nedstämdheten dyker in ibland.” - deltagare 46

7.3.3 Sekundär förlossningsrädsla

Några av deltagarna i undersökningen uppgav att de utvecklat förlossningsrädsla efter händelsen då händelsen upplevts som ett trauma. Det framkom att det fanns en oro över att händelsen skulle upprepas och en rädsla över att barnet då skulle dö i samband med

förlossningen. En del kvinnor uppgav att de önskade kejsarsnitt vid nästa graviditet för att slippa utsättas för en liknande situation igen. Det framkom även att en del kvinnor väntat i flera år innan de vågat bli gravida och föda ett barn igen.

”Lite skulle jag säga, vill ha fler barn, men tanken överlag på att något kan gå fel och att det är så lätt hänt gör att jag är livrädd.” Deltagare 33

En del kvinnor uppgav att de känt sig rädda under senare graviditeter och känt ett behov av att samtala med en kurator på grund av detta. Flera kvinnor beskriver att samtalen som viktiga för att våga gå genomgå en ny graviditet. En del kvinnor fick stöd från sin barnmorska på barnmorskemottagningen, andra fick en remiss till en auroramottagning. En kvinna beskrev att hon på grund av upplevelsen fått beviljat igångsättning inför nästkommande förlossning, detta för att öka känslan av kontroll och undvika att en upplevelse av ”kaos” ska upprepas. Det framkommer även att en del kvinnor till följd av denna erfarenhet utvecklat misstänksamhet och ett minskat förtroende gentemot vårdpersonal då upplevelsen hade ”slätats över som ingenting”;

”Som att det för dem bara var en dag på jobbet. En snabb smidig och lätt förlossning med lite insatser. Som slutade bra men ett litet gupp på vägen. Ingen förstod vilket trauma det var för oss”. - deltagare 30

Ett fåtal kvinnor uppgav att de på grund av händelsen beslutat att inte skaffa fler barn.

7.3.4 Det viktiga samtalet

Majoriteten av kvinnorna som svarade på undersökningen hade inte blivit erbjudna ett uppföljande samtal. De flesta som fått ett uppföljande samtal upplevde det som mycket positivt och som en chans att öka sin förståelse för händelsen och därmed kunna bearbeta upplevelsen. Det beskrevs även som viktigt att få svar på de frågorna som fanns efter förlossningen. En kvinna beskrev att det var väldigt värdefullt att få informationen i efterhand då hon inte hade någon som helst aning om vad som hade hänt eller varför. En annan kvinna berättade att hon hade upplevt bemötandet från vårdpersonalen som dåligt tills dess att hon fått det uppföljande samtalet, först då kunde hon bearbeta händelsen och förstå vad som hade hänt. Hon uppgav även att samtalet var viktigt då det gav henne en chans att få prata om och

få gehör för sin egen förlossningsupplevelse. Det framkom också att en kvinna såg det uppföljande samtalet som helt avgörande för att våga skaffa fler barn i framtiden;

*”vi tycker båda två att det var väldigt bra annars hade vi aldrig vågat ha mer barn” –
deltagare 13*

En del kvinnor upplevde dock det uppföljande samtalet som negativt, främsta orsaken till detta var att den barnmorska eller läkare som höll i samtalet var stressad och skyndade på samtalet. I ett par fall hölls det uppföljande samtalet i för nära anslutning till förlossningen, ibland så nära som några minuter efter att barnet kommit tillbaka till rummet från barnbordet, detta upplevdes som negativt då det ansågs vara för nära förlossningen och kvinnorna uppgav att de inte kunde ta till sig informationen i samtalet. Flera av de kvinnor som inte erbjöds ett uppföljande samtal uppgav tydligt att de hade önskat ett samtal då obesvarade frågor i många fall bidrog till oro;

”Jag hade velat fått mer info i efterhand vad det var som hände, gärna av barnläkaren och om man kunde förvänta sig framtida problem pga detta. Jag har bara fått journaler att försöka tolka och än idag slås man av tanken så fort något utvecklingssteg avviker om så bara lite... Det står tex inget i journalen om hjärtkompressioner men pappan såg ju detta och undrar om och hur allvarligt det egentligen var.” – deltagare 43

Ett par kvinnor uttrycker också en undran om situationen hade kunnat undvikas eller om de kan förvänta sig att barnet fått bestående skador. Dessa frågor har dock inte besvarats då det saknades uppföljning

8 Metoddiskussion

Metoden i en studie bör granskas ur ett kritiskt perspektiv enligt Henricson (2017) är detta viktigt för att redogöra för hur kvaliteten på arbetet verifierats. Studien granskades därmed med utgångspunkt i begreppet trovärdighet som innefattar tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet, dessa begrepp är vanliga utgångspunkter vid kvalitetsgranskning av kvalitativa studier (Hällgren-Graneheim & Lundman, 2017).

8.1 Studiedesign

Utifrån syftet med en studie görs valet av metod (Henricson & Billhult, 2017), då studien ämnade att studera människors upplevelser var en kvalitativ metod därmed mest lämplig för studien (Malterud, 2001; Polit & Beck, 2013). En elektronisk enkät valdes då metoden ansågs passande då deltagare från hela Sverige kunde delta i undersökningen, något som författarna ville eftersträva. Författarna hade till en början för avsikt att genomföra en intervjustudie, författarna såg både för och nackdelar med detta. Flera av de kvinnor som önskade delta i en intervjustudie hade negativa erfarenheter av fenomenet vilket skulle kunna bidra till ett partiskt resultat. Kvinnor med neutrala eller goda erfarenheter tycktes i mindre mån vilja avsätta tid för en intervju. Fördelen med en intervju är att den som intervjuar kan ställa motfrågor och leda om konversationen om den som intervjuas svävar ut i sina svar eller misstolkar frågan. En nackdel är att deltagaren behöver avsätta tid för ett personligt möte. Med en enkätundersökning som metod är det inte möjligt att ställa motfrågor till den som svarar, detta kan leda till att deltagaren beskriver upplevelser, tidsramar eller förlopp som är irrelevanta för syftet. Trots för- och nackdelar valdes en elektronisk enkät, detta då det ansågs fördelaktigt att deltagarna fick möjlighet att tänka igenom och minnas sina upplevelser i större utsträckning än vid ett personligt möte vilket sågs som positivt för studiens syfte. Att fånga upp deltagare i olika åldrar samt över ett större geografiskt område ansågs stärka studiens *trovärdighet*, eftersom den insamlade datan innehöll erfarenheter från en varierad grupp. Enligt Ejlerthsson (2005) är enkätstudier lämpliga när deltagare över ett stort geografiskt område efterfrågas, respondenterna ges även möjlighet att själva bestämma tid och plats för att besvara enkätens frågor och kan göra det i lugn ro.

Då författarna i denna undersökning efterfrågade kvinnors upplevelser utformades enkäten främst med öppna frågor, detta på grund av att deltagarna skulle ges möjlighet att delge sina erfarenheter med egna ord och beskrivningar. Enligt Bryman och Nilsson (2011) ger öppna frågor i en enkät utrymme för deltagarna att komma med svar som är av oväntad karaktär. Detta anses vara en styrka i undersökningen samt ökar *trovärdigheten* då kvinnorna som deltog gavs utrymme att fritt berätta om sin upplevelse och genom det leda fram till studiens syfte. Samtliga frågor i enkäten var konstruerade av författarna själva med stöd av litteratur, enligt Billhult (2017) är det viktigt att frågor i en enkät utformas på ett sätt där svaren kan

leda fram till syftet, författarna anser att detta gjordes vilket ses som en styrka i arbetet. Enkäten testades innan den aktiverades, vilket ses som en styrka i arbetet. De som testade enkäten uppfattade frågorna korrekt. Dock lades ytterligare två frågor till; ”Har denna händelse påverkat dig i avseende att föda fler barn?” och ”Fick du något uppföljande samtal/stöd från vårdpersonal efter händelsen? Om ja, hur upplevde du det?”, dessa frågor lades till då testpersonerna upplevde händelsen som traumatisk. Författarna ansåg det därmed relevant att undersöka uppföljande samtal samt huruvida upplevelsen påverkade kvinnan att föda fler barn.

8.2 Datainsamling och urval

Graneheim och Lundman (2004) menar att urvalet i en studie är relevant för studiens *giltighet*. Att nå fram till deltagare med både erfarenhet av det studerade fenomenet och en vilja att delta i undersökningen är en förutsättning för ett gott resultat då dessa aspekter ökar *giltigheten* på en studie. Samtliga kvinnor deltog frivilligt i studien och delgav sina erfarenheter av det ämne som studerades, med tanke på det anses urvalet stödja undersökningens *giltighet*.

Ett etiskt dilemma i denna studie är faktumet att många av respondenterna fått exkluderas i efterhand. Detta berodde på att inklusionskriterierna initialt var för vida. Bakgrunden till detta var främst av två anledningar, dels för att författarna hade en förförståelse om att deltagarnas bakgrund inte skulle ha någon betydelse för ögonblicket vid separationen i samband med när ett barn tas till barnbordet. Den andra anledningen var att författarna hade en föreställning om att maximalt 10 personer skulle delta i undersökningen.

Då författarna uppskattade att enkäten skulle få låg respons var initialt det enda kriteriet för att delta i studien att kvinnorna som deltog skulle ha fött minst ett barn som tagits till barnbordet. Intresset för enkäten var dock större än förutsett och det mottogs 216 svar inom 17.5 timmar. Författarna valde då att avsluta enkäten för att analysera det material som kommit in. Under analysprocessen uppmärksammades att en majoritet av svaren inte svarade mot syftet. Detta då det inte kunde uteslutas att en beskriven upplevelse till större del handlade om upplevelser med ett annat fokus än situationen då barnet togs till barnbordet. Den grupp som beskrev

upplevelsen med huvudfokus på barnbordet var de kvinnor som fött barn vaginalt mellan gestationsveckorna 37+0 - 41+6 där barnet inte vårdats på neonatalavdelning efter födseln. I efterhand inser författarna att de borde riktat in sig på den ovan nämnda gruppen gällande gestationsvecka och förlossningssätt då det huvudsakligen var upplevelsen av barnbordet som skulle undersökas och inte andra omständigheter.

Ett alternativ till att i efterhand exkludera deltagare var att genomföra flera olika analyser där kvinnorna skulle delats in i grupper utefter getstationsvecka där ett resultat skulle representera de olika grupperna; barn födda mellan gestationsvecka 23+0–36+6, 37+0–41+6 samt 42+. Då skulle även ett par undergrupper behövt analyseras, dessa innefattade barn som vårdats på neonatalavdelning efter födseln och de barn som förlösts med kejsarsnitt. Det var dock inte möjligt för författarna att genomföra denna analys på grund av tidsbrist, vilket är en svaghet i studien. Av denna anledning valde författarna att analysera den grupp som tydligast svarade på syftet, det vill säga kvinnor som fött barn vaginalt i gestationsvecka 37+0 – 41+6 där barnet inte vårdats på neonatalavdelning efter födseln.

Trots att flera enkäter inte analyserades till studiens resultat upplevde författarna att de kvinnor som svarade på studien uppskattade att få berätta om sina upplevelser. Flera kvinnor uppgav att de känt sig sedda och hörda för första gången gällande detta utforskade ämne. Författarna upplever därmed att deltagandet, även för de deltagare som senare exkluderades, gav något positivt till de kvinnor som deltog.

8.3 Dataanalys

Inom kvalitativ forskning finns en viss risk att resultat innehålllet påverkas av författarnas förförståelse, detta beror till stor del på att kvalitativa metoder sker genom ett samspel mellan författare och respondent, där deltagaren berättar om sin upplevelse och författaren behandlar materialet (Hällgren-Graneheim & Lundman, 2017; Korstjens & Moser, 2017). Båda författare till undersökningen är barnmorskestudenter som har haft verksamhetsförlagd utbildning på förlossningsavdelning, av ena författaren finns viss erfarenhet som barnmorskestudent på plats när ett barn separerats från modern för att tas till barnbordet. Av andra författaren finns erfarenhet som födande där barnet tagits till barnbordet. Genom att

vara införstådda i att det finns en risk med kvalitativa studier att resultatet kunde speglas av den förförståelse som fanns hos författarna, var det viktigt att genom hela analysprocessen tillämpa ett så neutralt förhållningssätt som möjligt. Mårtensson och Fridlund (2017) menar att förförståelsen hos författarna är viktig att belysa då denna även har en påverkan på studiens *giltighet*. En viss förförståelse är dock viktig för att kunna förstå fenomenet som studeras.

Vidare har alla enkätsvar lästs igenom av båda författare flera gånger för att därefter diskuteras i avseende att kontrollera att innehållet tolkats likvärdigt. Analysen genomfördes därefter av båda författarna, först enskilt och sedan gemensamt. Att flera personer arbetar med resultatet bidrar till att *tillförlitligheten* i studien stärks (Polit & Beck, 2013). Författarna identifierade gemensamt meningsbärande enheter i materialet för att sedan koda och skapa, underkategorier, kategorier och teman, detta ses som en styrka samt öka *tillförlitligheten* då materialet granskats djupgående av två personer.

Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan författarna ge läsaren möjlighet att själv reflektera över studiens *giltighet* genom att redovisa citat från deltagarna i resultattexten. *Giltigheten* i studien kan även påvisas då resultat innehåller presenterar kvinnors upplevelser av att ett barn tagits ut till barnbordet, vilket var syftet med studien att undersöka.

Begreppet *överförbarhet* används för att uppskatta om innehållet som presenteras i resultatet är möjligt att tillämpa på andra grupper, situationer eller miljöer (Graneheim & Lundman, 2004). En tydlig presentation av resultat innehåller är en förutsättning för att kunna göra en bedömning av en studies överförbarhet (Mårtensson & Fridlund, 2017). Då studien undersökte kvinnors upplevelser av när ett barn tagits till barnbordet efter en vaginal förlossning i gestationsvecka 37+0 – 41+6, anses resultatet inte vara *överförbart* till andra grupper. Det är heller inte överförbart till kvinnor som fött prematurt, i vecka 42+, utomlands eller via kejsarsnitt. Det är heller inte överförbart till kvinnor vars barn vårdades på en neonatalavdelning i anslutning till förlossningen. Detta då dessa grupper inte deltog i studien.

Författarna har arbetat enligt de forskningsetiska kraven som nämnts ovan under rubriken *etiska aspekter*. De citat som använts i resultatet har ej kunnat härledas till specifika sjukhus,

årtal, avdelningar eller annat som skulle kunna avslöja deltagarens anonymitet. Författarna är medvetna om att studiens eventuella vinst inte beskrevs tillräckligt tydligt i informationsbrevet. Författarna är även medvetna om att enkätens information riktade sig specifikt mot kvinnor som fött barn. Genom att frågan ställdes på det sättet är vi medvetna om att vi kan ha missat transpersoner som fött barn.

9 Resultatdiskussion

Nedan diskuteras resultatets nyckelfynd under de övergripande teman som presenterats i studiens resultat.

9.1 Kvinnans upplevelser och intryck av att barnet togs till barnbordet

I resultatet framkom att separationen från det nyfödda barnet då barnet togs till barnbordet, i de flesta fall, kunde upplevas som påfrestande för den födande kvinnan. De förväntningar som kvinnan hade över första tiden efter förlossningen inbringades inte, istället följdes förlossningen av en separation som varade mellan några minuter och upp till 45 minuter. Det framkom att den initiala synen av ett lealöst barn upplevdes som traumatisk och utgjorde känslor av rädsla och panik. Det framkom också att utmattningen efter förlossningen kunde upplevas så påfrestande att kvinnan inte kunde ta in det som skedde i rummet.

Enligt Nyström och Axelsson (2002) fantiserar de flesta kvinnor om den första tiden med barnet efter födelsen, där oväntade situationer inte är inräknade i tankarna. Hall (2005) har i sin studie studerat danska föräldrars upplevelse av att ha ett svårt sjukt barn, han menar att ett sjukhus i sig är som en "främmande värld" för de flesta föräldrar och när då en akutsituation uppstår i denna okända miljö ökar stressen för barnets föräldrar. I en amerikansk studie av Miles, Wilson och Docherty (1999) som studerat hur afroamerikanska kvinnor reagerar på sjukhusinläggning av sitt sjuka nyfödda barn är en separation från barnet mycket påfrestande för kvinnan då hon kan känna en maktlöshet och avsaknad av kontroll över situationen. Att ett barn förs i väg i ett akut tillstånd är mycket påfrestande för barnets föräldrar då de inte vet hur allvarligt tillståndet är eller om barnet kommer att komma tillbaka vid liv (Hall, 2005).

I resultatet framkom att det upplevdes skrämmande för kvinnan att se barnet ”blått”, ”lealöst” och att det fanns en stor rädsla för att barnet skulle dö. Det framkom att minuterna innan beskedet om barnets hälsa framfördes till kvinnan, oavsett den faktiska tiden, kändes som oerhört lång. I en brittisk intervjustudie av Mapp och Hudson (2005) uppgavs liknande resultat. I studien intervjuades 10 kvinnor efter att ha varit med om en traumatisk händelse under sin förlossning. I studiens resultat framkom det att kvinnorna, i den akuta situationen, upplevde en rädsla för att barnet skulle dö. Det framkom även att i de fall då kvinnan själv befann sig i ett livshotande tillstånd, präglades fortsatt tankarna kring oron för barnets hälsa. Det framkom

att kvinnan, på grund av rädslan i situationen, inte kunde ta in den information som vårdpersonalen gav (Mapp & Hudson, 2005). Ett liknande fynd har visats i Nyström och Axelssons (2002) studie där det framkom att utmattning uppgavs som en anledning till att den födande kvinnan initialt inte kunde ta till sig information om händelsen. Enligt Mapp och Hudson (2005) bör vårdpersonal ta i beaktning att en kvinna i en akut förlossningssituation kan känna sig tillfälligt kognitivt begränsad och ha svårt att ta in den information som ges. Detta innebär att barnmorskan, vid senare tillfälle, bör upprepa informationen för kvinnan och säkerställa att hon förstått händelseförloppet.

Kvinnorna i vårt resultat uttryckte en önskan om att vara nära det nyfödda barnet och att inte kunna följa med till barnbordet resulterade i känslor som maktlöshet och rädsla. Liknande resultat visades i studien av Hall (2005) där studiens resultat visade att föräldrarna önskade att vara nära barnet och vara informerade om vad som hände i en akut situation. Hall (2005) menar att föräldrars vilja att vara nära sitt barn i en akutsituation kan tyckas självklart, men att det även är viktigt att ha i åtanke att det är mycket svårt för en förälder att stå vid barnets sida och se sitt barn i ett tillstånd där barnet, exempelvis, inte andas. En brittisk studie av Franck och Spencer (2003) skriver att där föräldrars deltagande i barnets vård på en neonatalavdelning undersöktes, att de föräldrar som närvarande då barnet utsattes för en smärtfylld behandling, kände stress i mindre mån än de föräldrar som inte fått eller kunnat närvara.

I Sverige har de flesta sjukhus barnbordet utanför förlossningssalen, det innebär att kvinnan i de fallen inte har något val att vara delaktig i barnets vård då barnet måste förflyttas till ett annat rum. Enligt Wigert, Johansson och Hellström (2006) ges utrymme för kvinnan att fantisera om vad som sker med barnet när det vårdas ett annat rum vilket kan ge upphov till en stark stress. Deltagarna i denna studie uttryckte att de trodde att upplevelsen hade kunnat förbättras om de fått närvara och se vad som hände med barnet. I ny forskning har det även framkommit att barnets chans till överlevnad förbättrats då barnet återupplivats i moderns säng med navelsträngen intakt (Andersson, Rana, Ewald, Målqvist, Stripple, Basnet & Ashish, 2019). Nya Karolinska sjukhuset i Stockholm är en av de förlossningsavdelningar i Sverige som har ett barnbord på varje förlossningssal vilket innebär att barnet inte förflyttas till ett annat rum. Det är oklart om fler sjukhus kommer att gå i samma riktning.

9.2 Personalens inflytande på kvinnans upplevelse

Studiens resultat visade på att personalens agerande hade en direkt inverkan på kvinnans upplevelse av att barnet togs till barnbordet, personalens inflytande över kvinnans upplevelse anses därmed vara ett nyckelfynd. Oavsett om kvinnan initialt känt sig trygg eller otrygg då barnet togs till barnbordet, så framstod den fortsatta informationen och det fortsatta stödet från personalen, i de flesta fall, som avgörande för upplevelsen. Gott stöd och god information gav kvinnan en mer positiv upplevelse av händelsen medan bristande information och bristande stöd resulterade i en mer negativ upplevelse. Därmed anses barnmorskans agerande avgörande för kvinnans upplevelse när ett barn tas till barnbordet.

En svensk studie av Eliasson, Kainz och Von Post (2008) skriver att relationen till barnmorskan är högt värderad under en förlossning. När en kvinna anländer till förlossningen förväntar hon sig att bli bemött av en barnmorska som vårdar och stöttar henne under hela förlossningen (Eliasson et al., 2008). Att känna förtroende för barnmorskan under förlossningen är mycket viktigt för den födande kvinnans upplevelse av förlossningen (Berg, Lundgren, Hermansson & Wahlberg, 1996).

I studiens resultat framkom att kvinnorna uttryckte ett stort behov av information under tiden som barnet vårdades på barnbordet. I de fall då informationen var god upplevde kvinnan i

större mån trygghet under förloppet. Det framkom även att kvinnan speglar personalens beteende under den akuta situationen, då personalen agerade lugnt och metodiskt, kände sig den födande kvinnan i större mån lugn under förloppet. Barnmorskans lugna agerande kan därmed ses som ett skydd för den födande kvinnans upplevelse av stress.

Att barnmorskan inbringar tillit och stöd är viktigt för att den födande kvinnan ska få en positiv förlossningsupplevelse (Lindgren, Rehn & Wiklund, 2019), det är även viktigt att kvinnan känner sig delaktig under förloppet. För att kvinnan ska känna sig delaktig krävs god kommunikation, både genom ord men även genom kroppsspråk (Byrom & Downe, 2010). Genom gott bemötande och stöd bidrar barnmorskan till att kvinnan känner sig trygg. Lundgren och Berg (2007) skriver att det uppfattas som positivt då barnmorskan har en god intuition och kan se kvinnans behov av stöd utan att hon behöver be om det. Detta blir framförallt viktigt i en akut situation (Mapp & Hudson, 2005), exempelvis då barnet tas till barnbordet. Mapp och Hudson (2005) skriver att kvinnans oro kan lindras genom att under den akuta situationen utse en person som kan stötta kvinnan genom att finnas till hands, förklara situationen i enkla termer som kvinnan förstår samt ge emotionellt och fysiskt stöd. Det är också viktigt att informera kvinnan om att detaljerad information kommer att ges vid ett senare tillfälle. I en akut situation är all kommunikation viktig, både den verbala kommunikationen, barnmorskans kroppsspråk och ansiktsuttryck (Mapp & Hudson, 2005).

I studien av Mapp och Hudson (2005) framkom även att kvinnan bedömde situationens allvar utifrån barnmorskans ansiktsuttryck, då barnmorskan utstrålade rädsla uppfattades det skrämmande för den födande kvinnan. Enligt Hall (2005) önskar föräldrar rak och ärlig information om barnets tillstånd i en akut situation, vaga förklaringar eller lugnande ord utan saklig information gör att föräldrar har svårt att förstå barnets tillstånd. Det är även viktigt att informationen ges i ord och termer som föräldrarna förstår (Hall, 2005). I vårt resultat framkom att det fanns en avsaknad av saklig information under förloppet och att det upplevdes stressande och skapade oro för den födande kvinnan.

Det framkom även i vårt resultat att en del kvinnor upplevde att de inte fick sitt behov av stöd tillgodosett under tiden då barnet vårdades på till barnbordet. Eliasson et al. (2008) skriver att då barnmorskan inte möter kvinnans emotionella behov och därmed misslyckas med att infria

de förväntningar som kvinnan har på barnmorskans agerande under förlossningen minskar förtroendet för barnmorskor generellt. Genom gott bemötande och gott stöd kan barnmorskan bidra till att kvinnan känner sig trygg under förloppet. Lundgren och Berg (2007) skriver att det uppfattas som positivt då barnmorskan har en god intuition och kan se kvinnans behov av stöd utan att hon behöver be om det. Att barnmorskan kan läsa kvinnans kroppsspråk är en del av en skicklig kommunikation (Byrom & Downe, 2010). Eliasson et al. (2008) uppger att barnmorskan spelar en avgörande roll gällande hur kvinnan kommer att uppleva förlossningen, även i de fall då förlossningen upplevts traumatisk kan positiva minnen bevaras om barnmorskan agerat omsorgsfullt. Detta styrks även i en studie av Waldenström (2003) som skriver att en god förlossningsupplevelse är skyddande för kvinnan under en lång tid efter förlossningen. Även Lundgren (2005) skriver att barnmorskans stöd under förlossningen är avgörande för förlossningsupplevelsen.

9.2.1 Oavsiktlig skada

Studiens resultat visar att barnmorskan i vissa fall inte uppfattade kvinnans behov av stöd då det nyfödda barnet vårdades på barnbordet. I dessa fall lade barnmorskan, istället för att stötta, ett stort fokus på den medicinska bedömningen efter förlossningen. Detta gjorde att kvinnan och barnmorskan befann sig på olika mentala stadier under förloppet. Enligt Eliasson et al. (2008) kan barnmorskan, genom att inte kunna tolka kvinnans behov av stöd, orsaka oavsiktlig skada. Om barnmorskan inte förstår att dennes agerande uppfattas som nonchalant så kan barnmorskan heller inte uppfatta att beteendet orsakar skada. Detta gör att barnmorskan oavsiktligt agerar oprofessionellt och känslolokalt. Enligt Mapp och Hudson (2005) är det problematiskt att en stor del av den träning på akuta situationer som sker, utövas på dockor i en miljö som är avhumaniserad. Detta gör att patientens upplevelse inte får fokus och kan glömmas bort. Mapp och Hudson (2005) skriver att kvinnorna uppskattade att bli berörda med en varm hand under den akuta obstetriska situationen, då det gjorde att de kände sig sedda och viktiga.

Enligt statistik ökar den sekundära förlossningsrädslan i Sverige (L. Svensson, refererad till svenska graviditetsregistret, 11 januari 2019). Detta samtidigt som barnmorskors och undersköterskors arbetsmiljö försämrats och det råder brist på barnmorskor i samtliga 21

regioner i Sverige (Socialstyrelsen, 2019). En studie från Australien skriven av Cramer och Hunter (2019) uttrycker i sin studie en oro för att vårdkvaliteten påverkas negativt av den stress som barnmorskor utsätts i sitt dagliga arbete då en förutsättning för barnmorskan ska kunna ge god och säker omvårdnad är en god egen emotionell hälsa. För att barnmorskan ska kunna möta varje kvinnas unika behov krävs också möjlighet att utveckla sina kunskaper inom yrket enligt en brittisk studie av Steele (2009). Om arbetsmiljön riskerar barnmorskans emotionella välbefinnande är det sannolikt att kvinnans rätt till en respektfull och säker vård äventyras (Cramer & Hunter, 2019). Stress och tidsbrist för barnmorskor resulterar även i att den födande kvinnans själsliga och emotionella stöd kan behöva prioriteras bort, detta då den medicinska förpliktelsen måste prioriteras i första hand. Barnmorskan kan därmed svårt att arbeta utifrån de vårdetiska principerna vilket i sin tur kan inbringa oavsiktlig skada gentemot den födande kvinnan.

9.3 Påverkan på livet

Resultatet visade att minnet av när barnet togs till barnbordet kunde fortsätta att påverka kvinnan under en lång tid efter förlossningen. I de fall då upplevelsen varit övervägande positiv, påverkades kvinnans liv då en tacksamhet för barnets liv fanns närvarande. I andra fall var oro, ångest och sekundär förlossningsrädsla konsekvensen av en traumatisk upplevelse av att barnet togs till barnbordet. Det framkom även att en del kvinnor kände en oro för barnets hälsa och hade tankar kring huruvida händelsen kunde komma att påverka barnet vidare i livet. Det fanns även en undran om barnet fått permanenta skador under förlossningen. En hel del oro grundade sig i obesvarade frågor då det fanns en avsaknad av uppföljande samtal.

Eliasson et al. (2008) skriver att en förlossning är en så speciellt upplevelse i en kvinnas liv att förlossningsupplevelsen kan komma att påverka hela familjens liv. I en amerikansk studie av Simkin (1991) studeras kvinnors långsiktiga uppfattningar av sin första förlossningsupplevelse, enligt studien bör det tas i beaktning att det vid varje förlossning finns en möjlighet att genom bemötandet och vården, främja den födande kvinnans mentala hälsa, eller att i motsats, inbringa skada. Det som sker under en förlossning kommer att påverka modern och hennes minne av barnets födelse (Simkin, 1991). Minnet av barnets födelse och

den första interaktionen med det nyfödda barnet är ett minne som kommer att finnas med kvinnan under en lång tid i livet. Att kvinnan får en positiv upplevelse är därmed av största vikt då det ger kvinnan en positiv start i den omvälvande tiden med det nya barnet. Enligt Lundgren (2005) uppgav kvinnor två år efter förlossningen fortsatt att barnmorskans agerande var avgörande för förlossningsupplevelsen, oavsett om barnmorskans agerande uppfattats som positivt eller negativt.

I Simkins (1992) studie undersöktes kvinnans upplevelser och minnen av förlossningen efter 14–20 år. I studiens resultat framkom att negativa minnen från en förlossning tenderar att upplevas mer negativt över tid. Positiva minnen upplevdes ungefär likande som vid tidigare undersökning. Även Eliasson et al. (2008) skriver att negativa minnen från en förlossning förstärks över tid och upplevs som än mer traumatiska i efterhand. Detta styrks även av Lundgren (2005) som skriver att minnet av den fysiska smärta som kvinnan genomgått under förlossningen tenderar att avta under tid, medan den mentala upplevelsen av förlossningen tenderar att upplevas mer negativ.

I resultatet framkom att anknytningsproblem till barnet upplevts i enstaka fall efter en traumatisk upplevelse. I en rysk studie av Bystrova, Ivanova, Edhborg, Matthiesen, Ransjö-Arvidson, Mukhamedrakhimov och Widström (2009) framkom att kvinnor som varit separerade från sina barn under två timmar efter födseln visade mindre interaktion ett år efter händelsen än de som inte separerats. Enligt Berg och Lundgren (2010) kan en traumatisk förlossningsupplevelse påverka anknytningen till barnet. Detta då den ångest som följer en negativ förlossningsupplevelse kan gör att kvinnan har svårare att ta till sig barnet. Berg och Lundgren (2010) skriver att barnmorskan spelar en viktig roll i att stödja modern under och efter en ofrivillig separation och därmed främja en god start på moderskapet.

Enligt Rubertsson, Waldenström, Wickberg, Rådestad och Hildingsson (2005) upplever kvinnor som tidigare haft en negativ förlossningsupplevelse i större utsträckning oro och ångest under antenatal-perioden i nästkommande graviditet. Kvinnor med negativa eller ambivalenta känslor kring tidigare förlossning önskar även i större utsträckning kejsarsnitt vid nästkommande förlossning (Hildingsson, Rådestad, Rubertsson & Waldenström, 2002). Det

framkom även i vårt resultat att en negativ upplevelse av när barnet togs till barnbordet i vissa fall hade en direkt påverkan på kvinnans beslut om att skaffa fler barn. Enligt Gottvall och Waldenström (2002) föder kvinnor med en tidigare negativ förlossningsupplevelse färre barn. I de fall då förlossningen upplevdes traumatisk med det första barnet minskar även sannolikheten att kvinnan får ett andra barn. I de fall då kvinnan föder fler barn sker det med fler års mellanrum än genomsnittet. Gottvall och Waldenström (2002) skriver i sin slutsats att en negativ förlossningsupplevelse kan leda till självvald barnlöshet och att kvinnans förlossningsupplevelse därmed bör ses som en av de viktigaste delarna av mödra- och förlossningsvården.

Resultatet i vår studie visar att de kvinnor som hade blivit erbjudna ett uppföljande samtal efter händelsen upplevt detta som positivt. Information som delgavs under samtalen ansågs viktig för bearbetningen samt för att besvara de frågor som kvinnor haft efter att barnet togs till barnbordet. Trots att ett uppföljande samtal visat sig vara viktigt för kvinnor som upplevt ett trauma vid förlossningen var det en stor del kvinnor som inte hade erbjudits något samtal alls, eller haft ett samtal som inte uppfyllt kvinnans behov vilket exempelvis berodde på stressad vårdpersonal. Enligt aktuella riktlinjer ska ett uppföljande samtal erbjudas efter en allvarlig situation där barnet behövt extra åtgärder, oavsett om barnet efteråt bedömts som friskt (<http://www.neohlrutbildning.se>). Vid de uppföljande samtalen bör personal både från barnteamet och förlossningsteamet närvara för att klargöra för situationen, vad som hänt, anledning till åtgärder samt vilka följder detta kan ha fått för barnet. Trots att en situation inte betraktats som medicinskt allvarlig så kan situationen ha upplevts som allvarlig för föräldrarna, SFOG (2017) skriver i sin rapport om förlossningsrädsla att förlossningsvården kan använda skattning av förlossningsupplevelse som ett mätinstrument för att identifiera de kvinnor som har behov av samtal på grund av förlossningsupplevelsen.

10 Förslag på framtida forskning

Det finns i nuläget begränsad forskning vad gäller kvinnors upplevelser av när ett barn tas till barnbordet för extra vård. I studien framkommer att kvinnor drabbats av ohälsa och sekundär förlossningsrädsla till följd av händelsen, författarna tror därför att mer forskning behövs inom området för att kunna möta dessa kvinnor på ett professionellt sätt. Efter att ha

sammanställt denna studie anser vi författare att det finns ett behov av fortsatt forskning för att utveckla vårdens arbetssätt i dessa situationer. Vår förhoppning är att denna studie kan vara till hjälp för att identifiera förbättringsområden vad gäller stöd, bemötande och information på förlossnings- och eftervårdsavdelningar samt inom mödrahälsovården. Författarna föreslår även att forskning gällande den icke-födande förälderns upplevelse av fenomenet bör genomföras för att vårdpersonalen ska kunna stötta hela familjen under förloppet.

11 Klinisk implikation och slutsats

Författarna hoppas att studien kan bidra till att vårdpersonal inom mödravård, förlossning och eftervård får en ökad kunskap och förståelse för de tankar, känslor och intryck som en födande kvinna upplever när ett barn tas till barnbordet. Denna studie visade att information, stöd och trygghet från barnmorskan och undersköterskan då barnet togs till barnbordet utgjorde centrala delar av kvinnans upplevelse. Kvinnorna beskrev även långsiktiga konsekvenser av att barnet tagits till barnbordet, dessa innefattade upplevelser om hur händelsen påverkade kvinnan i det vardagliga livet. En negativ upplevelse kunde resultera i oro och ångest och en positiv upplevelse kunde ge en tacksamhet för barnets liv. Uppföljande samtal efter händelsen beskrevs som viktigt för att få en förståelse för händelseförloppet som helhet. Det vore därmed önskvärt att yrkesverksamma barnmorskor arbetar för att utveckla riktlinjer gällande information, stöd och uppföljning gentemot den födande kvinnan och efter att ett barn tagits till barnbordet i anslutning till födseln. Genom god information, gott stöd och god uppföljning kan vi arbeta hälsofrämjande och bidra till en bättre upplevelse för den födande kvinnan och den icke-födande föräldern.

12 Referenslista

Andersson, O., Rana, N., Ewald, U. W., Målqvist, M., Stripple, G., Basnet, O., & Kc, Ashish. (2019). Intact cord resuscitation versus early cord clamping in the treatment of depressed newborn infants during the first 10 minutes of birth (Nepcord III) - a randomized clinical trial. *Maternal health, neonatology and perinatology*, 5(1),15. <https://doi.org/10.1186/s40748-019-0110-z>

Benterud, T., Sandvik, L., & Lindemann, R. (2009) Caesarean section is associated with more frequent pneumothorax and respiratory problems in the neonate. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 88(3), 359–361. doi:10.1080/00016340802668899

Berg, M., & Lundgren, I. (2010). *Att stödja och stärka: Vårdande vid barnafödande* (2., [rev.] uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Berg, M., Lundgren, I., Hermansson, E., & Wahlberg, V. (1996). Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*, 12(1), 11–15. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(96\)90033-9](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(96)90033-9)

Bergman, NJ., Linley, L.L & Fawcus, SR. (2004). Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns. *Acta Paediatrica*, 93, 779–785. doi: 10.1111/j.1651-2227.2004.tb03018.x

Billhult, A. (2017). Enkäter. I M. Henricson. (Red). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 121–131). Lund: Studentlitteratur AB.

Blennow, M. (2016). Komplikationer hos det nyfödda barnet. I. Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A-K. (Red). *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde*. (ss. 701-714). Lund: Studentlitteratur AB.

Blennow, M., & Bohlin, K. (2017). Omedelbart omhändertagande av det asfyktiska barnet. I. H, Hagberg., Marsal, K., & M, Westgren (Red). *Obstetrik*. Lund: Studentlitteratur AB.

Blomqvist, Y. T., & Nyqvist, K. H. (2011). Swedish mothers' experience of continuous Kangaroo Mother Care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9–10), 1472–1480. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03369.x>

Bryman, A., & Nilsson, B. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder* (2., [rev.] uppl.). Malmö: Liber.

Byrom, S., & Downe, S. (2010). ‘She sort of shines’: midwives’ accounts of ‘good’ midwifery and ‘good’ leadership. *Midwifery*, 26(1), 126–137. doi.org/10.1016/j.midw.2008.01.011

Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A., Ransjö-Arvidson, A., Mukhamedrakhimov, R., Widström, A. (2009). Early Contact versus Separation: Effects on

Mother–Infant Interaction One Year Later. *Birth*, 36(2), 97–109.
<https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x>

Charpak, N., Ruiz-Pelaez, JG., Figueroa de, CZ., & Charpak, Y. (2001). A randomized, controlled trial of kangaroo mother care: results of follow-up at 1 year of corrected age. *Pediatrics*, 108, 1072–1079. doi: 10.1542/peds.108.5.1072

Codex (2020). Forskning som involverar människan. Hämtad 2020-01-23 från:
<http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>

Cramer, E., & Hunter, B. (2019). Relationships between working conditions and emotional wellbeing in midwives. *Women and Birth*, 32(6), 521–532.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.11.010>

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken: En handbok i enkätmetodik* (2., [rev.] uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Eliasson, M., Kainz, G., & Von Post, I. (2008). Uncaring midwives. *Nursing Ethics*, 15(4), 500–511. <https://doi.org/10.1177/096973300809052>

Fenna, D. (2002). Apgar. A Dictionary of Weights, Measures, and Units. *Oxford University Press*. Retrieved from:
<http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780198605225.001.0001/acref-9780198605225-e-65>

Fenwick, J., Barclay, L., & Schmied, V. (2001). 'Chatting': an important clinical tool in facilitating mothering in neonatal nurseries. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 583–593. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01694.x

Franck, L., & Spencer, C. (2003). Parent visiting and participation in infant caregiving activities in a neonatal unit. *Birth-Issues In Perinatal Care*, 30(1), 31–35. doi: 10.1046/j.1523-536X.2003.00214.x

Gamble, J. A., Creedy, D. K., Webster, J., & Moyle, W. (2002). A review of the literature on debriefing or non-directive counselling to prevent postpartum emotional distress. *Midwifery*, 18(1), 72–79. <https://doi.org/10.1054/midw.2001.0287>

Gottvall, K., & Waldenström, U. (2002). Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109(3), 254–260. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2002.01200.x>

Graneheim, UH., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105–112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hake-Brooks, SJ., & Anderson, GC. (2008). Kangaroo care and breastfeeding of mother-preterm infant dyads 0-18 months: A randomized, controlled trial. *Neonatal Network*, 27,

151–159. doi: 10.1891/0730-0832.27.3.151

Hall, E. O. C. (2005). Being in an alien world: Danish parents' lived experiences when a newborn or small child is critically ill. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 179–185. doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00352.x

Henricson, M. (2017). Diskussion: Metoddiskussion. I M. Henricson. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 412–415). Lund: Studentlitteratur AB.

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s.111-117). Lund: Studentlitteratur AB.

Hildingsson, I., Rådestad, I., Rubertsson, C., & Waldenström, U. (2002). Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109(6), 618–623. <http://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2002.01393.x>

Hooper, SB., Te Pas, AB., & Kitchen, MJ. (2016). Respiratory transition in the newborn: a three-phase process. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 101(3), 266–271. doi:10.1136/archdischild-2013-305704

Hällgren-Graneheim, U., & Lundman, B. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss.219–234) Lund: Studentlitteratur.

International code of ethics for midwives. (2014). Hämtad 2020-01-23 från: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 57-77). Lund: Studentlitteratur AB.

Korstjens, I., & Moser, A. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 2: Context, research questions and designs. *European Journal of General Practice*, 23(1), 274–279. doi: 10.1080/13814788.2017.1375090.

Lagercrantz, H., Hellström-Westas, L., & Norman, M. (2015). *Neonatologi* (2., [rev.] uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lagercrantz, H., & Slotkin, TA. (1986). The stress of being born. *Scientific American*, 254, 100–107. doi: 10.1038/scientificamerican0486-100

Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A.-K. (2016). *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur.

- Lindgren, H., Rehn, M., & Wiklund, I. (2019). *Barnmorskans handläggning vid normal förlossning: Forskning och erfarenhet* (Andra upplagan.). Lund: Studentlitteratur
- Lundgren, I. (2005). Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery*, 21(4), 346–354. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.01.001>
- Lundgren, I., & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife–woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 220–228. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00460.x>
- Lundqvist, P. (2013). *Omvårdnad av det nyfödda barnet* (2., [rev.] uppl. / Pia Lundqvist (red). Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet (London, England)*, 358(9280), 483–488. doi:10.1016/S0140-6736(01)05627-6
- Mapp, T., & Hudson, K. (2005). Feelings and fears during obstetric emergencies – 1. *British Journal of Midwifery*, 13(1), 30–35. doi.org/10.12968/bjom.2005.13.1.17319
- Miles, M. S., Wilson, S. M., & Docherty, S. L. (1999). African American mothers' responses to hospitalization of an infant with serious health problems. *Neonatal Network*, 18(8), 17–25. doi.org/10.1891/0730-0832.18.8.17
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson. (Red). (2017). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 421–436). Lund: Studentlitteratur AB.
- Neohlrutbildning. (2016). Omhändertagande och bedömning. Hämtad 2020-01-23 från: <http://neohlrutbildning.se/index.php/hlr-utbildning/omhaendertagande-och-bedomning/omhandertagande-och-bedomning/13-omhaendertagande-av-det-friska-barnet>
- Nyström, K., & Axelsson, K. (2002). Mothers' Experience of Being Separated From Their Newborns. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 31(3), 275–282. doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00049.x
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2013). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Regeringskansliet. (u.å). Barnkonventionen. Hämtad 2020-03-11 från <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/barnkonventionen-som-svensk-lag/>
- Rubertsson, C., Waldenström, U., Wickberg, B., Rådestad, I., & Hildingsson, I. (2005). Depressive mood in early pregnancy and postpartum: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(2), 155–166. <http://doi.org/10.1080/02646830500129289>

Statistikmyndigheten. (2019). Födda i Sverige. Hämtad 2020-01-23 från:
<https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/fodda-i-sverige/>

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Hämtad 2020-01-29 från
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*, 18(4), 203–210. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1991.tb00103.x>

Simkin, P. (1992). Just Another Day in a Woman's Life? Part 11: Nature and Consistency of Women's Long-Term Memories of Their First Birth Experiences. *Birth*, 19(2), 64–81. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1992.tb00382.x>

Socialstyrelsen. (2019). Fortsatt personalbrist i hälso- och sjukvården. Hämtad 8 Mars, 2020, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/fortsatt-personalbrist-i-halso--och-sjukvarden/>

Steele, R. (2009). Gaining competence and confidence as a midwife. *British Journal of Midwifery*, 17(7), 441–447. <https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.7.43059>

Suman, RP., Udani, R., & Nanavati, R. (2008) Kangaroo mother care for low birth weight infants: a randomized controlled trial. *Indian Pediatrics*, 45, 17–23.

Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2013). *Asfyxi och neonatal HLR* (Rapport, nr 70). Stockholm: SFOG. Från:
https://www.sfog.se/natupplaga/ARG%20nr%2070_web8d7911be-41fc-4f92-8d9a-04467f97359a.pdf

Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2017). *Förlossningsrädsla* (Rapport, nr 77). Stockholm: SFOG. Från: https://www.sfog.se/natupplaga/1005623_A2fb46497-d45b-466d-8126-c58e99fe856d.pdf

Svenska Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Svenska Barnmorskeförbundet. Hämtad 2020-01-29 från
<https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening (2016). Evidensbaserad vård och omvårdnad. Hämtad 14 Mars, 2020. Från Swenurse, https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk.sjukskoterskeforening.ssf.om.evidensbasera.var_d_2016_2016_webb.pdf

Trost, J. (2012). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur AB.

Waldenström, U. (2003). Women's Memory of Childbirth at Two Months and One Year after the Birth. *Birth*, 30(4), 248–254. <http://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00254.x>

Widström, A.-M., Lilja, G., Aaltomaa-Michalias, P., Dahllöf, A., Lintula, M., & Nissen, E. (2011). Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatrica*, 100(1), 79–85. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01983.x>

Wigert H, Johansson R, Berg M, & Hellström AL. (2006). Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 35–41.



Bilagor

Bilaga 1. Informationsbrev till deltagare

När det inte blev som det var tänkt

En enkätstudie om kvinnors upplevelse av att ha ett barn som togs till barnbordet för extra vård efter förlossningen

Hej,

Är du kvinna och har fött barn? Togs ditt barn i samband med födseln ut ur rummet för någon form av extra vård?

Vi är två barnmorskestudenter i termin tre på Karolinska Institutet. I utbildningen ingår det att skriva en magisteruppsats. Vi vill med vårt arbete undersöka kvinnors upplevelser av när det nyfödda barnet tas till barnbordet. I vissa fall innebär det att barnet måste lämna rummet för extra vård och för vissa innebär det att barnet får det vid barnbordet inne på förlossningsrummet.

Vi hoppas att du vill besvara denna enkät, ditt svar är anonymt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Endast vi författare kommer att ha tillgång till enkäterna och svaren kommer efter studiens avslut att raderas.

Enkäten innehåller 8 frågor med svarsalternativ samt 12 öppna frågor, där vi hoppas att du vill beskriva så tydligt som möjligt om dina upplevelser. Du väljer själv vilka frågor du vill svara på och frågorna är utformade så att du själv kan välja hur mycket du vill berätta.

Stort tack för ditt deltagande,

Hälsningar,

Malin Lundborg

Barnmorskestudent

Leg. Sjuksköterska

Angelica Ahlund

Barnmorskestudent

Leg. Sjuksköterska

Bilaga 2. Enkätfrågor

Frågor med svarsalternativ (Slutna frågor)

1. Ålder (18–25, 26–35, 36+)
2. Var i Sverige bor du? (Södra, mellersta, norra Sverige?)
3. Vilket år var den aktuella förlossningen? (svar fråga)
4. I vilken vecka födde du ditt barn? (23–27, 28–36, 36–41, 42+)
5. Hur födde du? Vaginalt, akut kejsarsnitt, planerat kejsarsnitt
6. Var du sövd i samband med kejsarsnittet? (Ja, Nej)
7. Vårdades ditt barn på barnavdelning efter födseln? (Ja, Nej)
8. Avled ditt barn till följd av händelsen? (Ja, Nej)

Enkätfrågor – öppna frågor

1. Vilka tankar och känslor hade du inför din förlossning?
2. Hur upplevde du din förlossning? Beskriv gärna så utförligt du kan.
3. Hur upplevde du bemötandet från personalen under din förlossning?
4. Hur upplevde du det när du separerades från ditt barn i samband med barnets födelse?
Beskriv gärna dina känslor och upplevelser i från det ögonblicket.
5. Hur upplevde du stödet från eventuell partner i samband med att du separerades från barnet?
6. Hur upplevde du informationen du fick i samband med att barnet togs till barnbordet?
7. Hade du önskat någon särskild information, I så fall vad?
8. Hur upplevde du stödet du fick ifrån vårdpersonalen i samband med att du separerades från barnet?
9. Fick du något uppföljande samtal/stöd från vårdpersonal efter händelsen? Om ja, hur upplevde du det?
10. Har denna händelse påverkat dig i avseende att föda fler barn?
11. Har denna händelse påverkat ditt liv? Om, ja beskriv gärna utförligt på vilket sätt.
12. Är det något mer du vill berätta gällande dina upplevelser om denna händelse?