

BSYBAC

Bacheloroppgave i Sykepleie

Sykepleie til kvinner etter keisersnittfødsel



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 03.01.2023

x

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

SAMMENDRAG

Bakgrunn

I 2021 var 15,6% av fødsler i Norge keisersnitt. Tallet for antall keisersnitt i Norge var dermed 8732 i 2021, noe som betyr at det er en stor pasientgruppe. Det at barnet ditt forløses ved hjelp av keisersnitt, er noe de aller fleste kvinner ikke ser for seg eller er forberedt på. Det er ofte skremmende og kan føre med mye usikkerhet for kvinnen.

Hensikt

Belyse hvordan sykepleier kan ivareta kvinner som har gjennomgått keisersnitt.

Metode

Jeg har analysert fire studier, tre kvalitative og en «mixed method» hvor jeg brukte den kvalitative delen, etter analysemodellen til Friberg. Resultatene fra analysen, sammen med sykepleieteori om postoperativ sykepleie og Katie Eriksson sin teori om pleielidelse og livslidelse utgjør grunnlag for min besvarelse av oppgaven.

Resultat

Kvinnene med akutt keisersnitt forteller om mer smerter, mer usikkerhet, mer langvarige plager og at de er mindre tilfredse enn dem med planlagt keisersnitt eller erfaring fra tidligere. God informasjon var noe flere av kvinnene savnet. Noen av dem med akutt keisersnitt kunne ikke huske om de hadde fått informasjon eller hvilken informasjon de hadde fått. Mange av kvinnene fortalte at de følte sykepleier kun hadde fokus på barn og amming, og at de og deres situasjon ble glemt.

Konklusjon

Det er behov for mer forskning på mors helse etter keisersnitt slik at sykepleien kan bli best mulig og pasienten best mulig ivaretatt. Det er etter min mening en nødvendighet at sykepleie og omsorg til kvinner med keisersnitt blir dedikert et eget avsnitt i nasjonal faglig retningslinje for barselomsorg.

Nøkkelord

Akutt keisersnitt, planlagt keisersnitt, mobilisering, smerter, informasjon, sårbehandling, lidelse, sykepleier.

INNHold

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemformulering	5
1.3 Hensikt	6
1.4 Begrepsavklaringer	6
2.0 TEORI	7
2.1 Sykepleie etter keisersnitt	7
2.1.1 Mobilisering	7
2.1.2 Smarter og smertelindring	7
2.1.3 Sårbehandling	8
2.2 Katie Eriksson – det lidende mennesket	9
2.2.1 Pleielidelse	9
2.2.2 Livslidelse	10
3.0 METODE	11
3.1 Litteratursøk og valg av litteratur	11
4.0 RESULTAT	13
4.1 Mobilisering	13
4.2 Smerte	14
4.2.1 Akutt keisersnitt	14
4.2.2 Planlagt keisersnitt og tidligere erfaringer	14
4.3 Infeksjon og informasjon om infeksjonsforebygging	15
4.4 Oppfølging	15
4.4.1 Sykepleiers tilstedeværelse	15
4.4.2 Barn og amming i fokus	16
4.4.3 Opplevelsen av å ikke bli hørt	16
5.0 DISKUSJON	18
5.1 Metodediskusjon	18
5.1.1 Styrker og svakheter	18
5.2 Resultatdiskusjon	19
5.2.2 Livslidelse og forventninger	21
5.2.3 Informasjon	22
5.2.4 Oppfølging	23
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS	25
REFERANSER	26
VEDLEGG	28

Vedlegg 1. NRS smertevurderingsskala.....	28
Vedlegg 2. Søkelogg	28
Vedlegg 3. Litteraturmatrise.....	31

Antall ord: 7806

1.0 INNLEDNING

I 2021 var 15,6% av alle fødsler i Norge keisersnitt, noe som var en nedgang sammenlignet med året før. Forekomsten av keisersnitt har vært fallende i Norge de siste fem årene, og på dette området skiller vi oss ut fra de fleste andre vestlige land. Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler at en ideell keisersnittfrekvens bør ligge mellom 10 og 15 prosent (Folkehelseinstituttet, 2022). For Norge betyr dette at hver sjettede til syvende kvinne som skal føde, må barnet forløses ved hjelp av keisersnitt. Når det i 2021 var 55 898 fødsler på landsbasis, så betyr det at det ble utført 8732 keisersnitt. Kvinner som går gjennom keisersnitt, utgjør derfor en stor pasientgruppe. Keisersnitt kan være planlagt, eller det kan være akutt keisersnitt. Akutt keisersnitt er faktisk dobbelt så vanlig som planlagte. Der planlagte keisersnitt utgjorde 1/3 av alle utførte keisersnitt i 2021, mens akutte keisersnitt utgjorde 2/3 (Medisinsk fødselsregister, 2022).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Da jeg og samboer skulle bli foreldre så gledet vi oss veldig. Etter et langt svangerskap så var riene kommet og fødselen i gang. Brått kom et helt team inn på fødestuen, hjerterytmene til barnet var gått ned og barnet måtte forløses med keisersnitt. Akutt keisersnitt kom som et sjokk og vi fikk ikke prosessert noe av det som foregikk eller ble fortalt til oss underveis. Keisersnittet var vellykket, men tiden etter var preget av mye usikkerhet og redsel. Vi visste ingenting om hva som kunne forventes eller hva som var normalt av smerter og rehabiliteringstid. Jeg ønsker derfor med denne oppgaven å lese om andre sine erfaringer med deres keisersnitt, og hvordan de opplevde omsorgen, sykepleien og oppfølgingen de fikk.

1.2 Problemformulering

Kvinnehelse har vært veldig aktuelt den siste tiden. Fødsel og barseltid er en del av kvinnehelsen. For de uheldige dem som må ta keisersnitt i Norge, så er det slik fødselen deres blir og det er noe som påvirker barseltiden, og dermed kvinnehelsen. Enten det er akutt eller planlagt keisersnitt, så er dette mest sannsynlig ikke hvordan de uheldige kvinnene så for seg fødselen sin. Forekomsten av postoperative komplikasjoner er ti ganger høyere ved keisersnitt sammenlignet med dem som har vaginal fødsel (Helsedirektoratet, 2014, s.77). På tross av disse tallene så er det likevel ikke noe eget avsnitt for omsorg og sykepleie til kvinner som har gjennomgått keisersnitt i nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014).

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan ivareta kvinner som har gjennomgått keisersnitt.

1.4 Begrepsavklaringer

I denne oppgaven så har jeg erstattet ord som «helsepersonell», «nursing staff» og «care practitioners» fra artiklene med «sykepleier». Det samme gjelder dersom artikkelen har brukt «jordmor» eller «barselpersonal» i situasjoner hvor en sykepleier kunne gjort eller utført det samme. Dette er gjort slik at jeg får sykepleier som felles benevnelse gjennom hele oppgaven min.

2.0 TEORI

Keisersnitt er en omfattende operasjon som har stor påvirkning på pasienten. Jeg har valgt i denne oppgaven å se på teori om sykepleierens funksjon i den postoperative fasen som denne pasientgruppen går gjennom. I tillegg skal jeg se på Katie Eriksson sin teori om lidelse - mer spesifikt hennes teori om pleielidelse og livslidelse.

2.1 Sykepleie etter keisersnitt

Etter at en pasient har gjennomgått ett keisersnitt går de inn i en postoperativ fase. I denne postoperative fasen har sykepleier en nøkkelrolle for at forløpet skal gå komplikasjonsfritt og at pasienten raskest mulig blir rehabilitert. I teoridelen skal jeg se på hva teorien sier om sykepleie til pasient som har gjennomgått keisersnitt.

2.1.1 Mobilisering

Tidlig mobilisering er svært viktig etter et kirurgisk inngrep, og en sier at pasienten bør komme seg opp av sengen så fort som mulig, helst allerede på operasjonsdagen (Berntzen et al., 2016, s.359). Tidlig mobilisering er en viktig faktor for å unngå komplikasjoner senere i det postoperative forløpet (Berntzen et al., 2016, s.357). Komplikasjoner som kan oppstå er blant annet lungekomplikasjoner og venetromboser (Berntzen et al., 2016, s.347). Tidlig mobilisering fremmer dyp respirasjon og fysiologisk sett har en høyest tidevolum i stående stilling. Høyt tidevolum reduserer risiko for lungekomplikasjoner, da det er de reduserte lungevolumene som en har ved sengeleie og immobilitet som i stor grad bidrar til lungekomplikasjoner (Berntzen et al., 2016, s.357). Tidlig mobilisering er ett viktig tiltak i forebyggingen for venetrombose. Grunnen til at det er et viktig og effektivt tiltak, er at bruken av muskulaturen i beina fremmer god blodsirkulasjon, som igjen reduserer risiko for venetrombose (Berntzen et al., 2016, s.359). Det å motivere pasient med støtte og oppmuntring kan bidra til pasientens mobilisering. For de fleste av pasientene blir det forbundet med velvære og mestring å kunne stå opp av sengen (Berntzen et al., 2016, s.357).

2.1.2 Smerter og smertelindring

Det er vanskelig for sykepleier å verifisere pasienten sin opplevelse av smerter. Uten målbare tegn på smerter kan sykepleier begynne å tvile på at pasienten faktisk har smerter (Danielsen et al., 2016, s.382). Smerten er subjektiv og personlig for pasienten. Dette betyr at det bare er pasienten selv som opplever smerten, som kan vite hvordan smerten kjennes (Stubhaug & Ljosa, 2021). Det er derfor pasient og ikke sykepleier som er autoriteten. Sykepleier har kun mulighet til å velge om en har tillit til det pasienten sier eller om en tviler. Dersom sykepleier

tviler på pasientens opplevelse av smerte, risikerer sykepleier å redusere muligheten for god og effektiv smertelindring (Danielsen et al., 2016, s.382).

Mange pasienter i norske sykehus opplever fortsatt mye smerte etter kirurgiske inngrep. Et viktig mål med sykepleien er at pasienten skal være mest mulig smertefri gjennom hele forløpet. At pasienten er smertefri, reduserer faren for komplikasjoner og for å utvikle kroniske smerter (Berntzen et al., 2016, s.361). På generelt grunnlag så skal smertebehandling være forebyggende. Målet er at pasienten skal være tilstrekkelig smertelindret, slik at de kan puste dypt, hoste, delta aktivt i fysioterapi og mobilisering og til å få ordentlig søvn og hvile (Berntzen et al., 2016, s.356).

Bruk av systematiske hjelpemidler som vurderingsskjemaer eller skalaer kan være gode hjelpemidler for å kartlegge pasientens smerter. NRS (Numerical Rating Scale eller Numerisk skala) (se vedlegg 1) er ett eksempel på en skala som kan hjelpe å kartlegge smertene til pasienten. Pasienten skal da gi en skår på 0 til 10, hvor 0 er ingen smerte og 10 er uutholdelig smerte (Danielsen et al., 2016, s.391). Det er da dette tallet som skal brukes til å vurdere smertene til pasienten (Danielsen et al., 2016, s.383). Bjørnstad og Ræder (2020) utførte en studie på postoperative smerter etter keisersnitt, hvor de klassifiserte en NRS skår på 4 eller mer, som at pasienten ikke var tilstrekkelig smertestillet.

2.1.3 Sårbehandling

Mange pasienter er urolige og gruer seg når de skal se sitt eget operasjonssår og til det skal renses og skiftes på. Sykepleier har her en viktig rolle i å informere pasienten om hva som kommer til å skje og hva pasienten kommer til å se og kjenne før det skjer. Dette kan være med på å bidra til at pasienten blir noe mindre urolig (Berntzen et al., 2016, s.365). At det går infeksjon i operasjonssåret, kan forsinke tilhelingen etter kirurgiske inngrep. Sykepleier kan bidra til å redusere faren for infeksjon ved å jevnlig kontrollere bandasjen, skifte den ved behov og utføre korrekt sårbehandling (Berntzen et al., 2016, s.365). Noen av tingene sykepleier bør gjøre er å sjekke bandasjen utvendig daglig og å skifte på den dersom den er blitt skitten, tett eller hvis det har lekket ut blod eller annen vevsvæske. Instruere pasienten i god håndhygiene og personlig hygiene. Bistå pasient med kroppsvask og tildekking av bandasjen. Sykepleier bør informere og understreke til pasienten at bandasjen ikke bør berøres eller bli fuktig ved stell. Observere og kjenne etter (palpere) tegn på hematom, nekrotisk vev og infeksjon. De klassiske symptomene på infeksjon er rødhet, varme, smerte eller ømhet, hevelse og nedsatt funksjon og eventuelt puss og lukt, samt feber (Berntzen et al., 2016, s.365).

Det er svært viktig at sykepleier gir pasienten god informasjon om symptomer på infeksjon og undervisning i sårstell. Grunnen til dette er at det er vanligst at en postoperativ sårinfeksjon opptrer 7-9 dager etter inngrepet, og definisjonen for postoperativ sårinfeksjon omfatter infeksjoner som oppstår innen 30 dager. Dette betyr at de aller fleste pasienter vil være utskrevet før infeksjonen eventuelt oppdages (Berntzen et al., 2016, s.366)

2.2 Katie Eriksson – det lidende mennesket

Katie Eriksson skriver i sin bok «Det lidende mennesket» om tre forskjellige typer lidelse som finnes og som vi møter i dag møter i sykepleien. Disse er sykdomslidelse, pleielidelse og livslidelse. I denne oppgaven skal jeg se nærmere på om og hvordan pleielidelse og livslidelse kan påvirke kvinner som gjennomgår keisersnitt.

2.2.1 Pleielidelse

«Det finnes mange ulike former for pleielidelse, og at alle som har vært utsatt for lidelse på grunn av pleie eller uteblitt pleie, opplever det på sin måte» (Eriksson, 1995, s. 69). Selv om alle opplever sin lidelse på sin egen måte, så deler vi begrepet pleielidelse inn i fire kategorier, disse er:

1. Krenking av pasientens verdighet
2. Fordømmelse og straff
3. Maktutøvelse
4. Uteblittpleie

Krenking av pasientens verdighet er den form for pleielidelse som er vanligst, og alle de andre formene for pleielidelse kan føres tilbake til denne. Det å krenke pasientens verdighet betyr at en fratrar pasientens mulighet til helt og fullt å være menneske. Krenking av menneskets verdighet kan forekomme på flere forskjellige måter, det kan skje både gjennom direkte og konkrete handlinger eller gjennom slurv. Krenkelsen kan også være mer abstrakt ved mangelfull etisk holdning eller ved ikke å se å «se» mennesket og gi det plass (Eriksson, 1995, s,70).

Fordømmelse og straff er nært tilknyttet krenking av pasientens verdighet. Eriksson (1995) skriver at hun skiller disse to kategoriene basert på at man møter mye fordømmelse i pleien. Fordømmelsen kommer av at det er en oppfatning om at det er pleiers oppgave å avgjøre hva som er riktig og galt for pasienten. Pleieren kan med sine kunnskapers autoritet i en gitt situasjon vurdere hva som er best for pasienten, men pasienten har alltid rett og frihet til å bestemme selv. Pasienter som bestemmer eller velger selv noe som sykepleier vurderer som

galt, bryter med rammene for hva som oppfattes som en «idealpasient» og kan deretter føle seg fordømt. Fordømmelse og straff hører som oftest sammen. En måte straff kan forekomme på er at pleier ikke utøver karitativ pleie eller at pasienten blir oversett (Eriksson, 1995, s.73).

Maktutøvelse som kategori for pleielidelse kan karakteriseres ved at man påfører andre lidelse gjennom bruk av makt. «Å utøve makt er å berøve den annen friheten, siden man tvinger ham til å utføre handlinger som han ikke selv ville valgt» (Eriksson, 1995, s.73). Å utøve makt kan deles opp i to underkategorier, man kan utøve makt direkte og indirekte. Direkte utøvelse av makt vil si at en tvinger pasienten til å utføre handlinger som de egentlig ikke orker. Pasienten blir da fratatt retten til å være pasient. Indirekte utøvelse av makt kan beskrives ved at sykepleier ikke tar pasienten på alvor eller lytter på pasienten. Pasienten vil da oppleve at de ikke blir hørt eller at det de sier ikke blir tatt alvorlig, og kjenne på en maktesløshet i situasjonen (Eriksson, 1995, s.73).

Uteblitt pleie eller ikke-pleie kan være både bevisst og ubevisst utøvd fra pleier sin side. Eriksson (1995) skriver at uteblitt pleie grunner i manglende evne til å se og vurdere hva pasienten trenger, mens ikke-pleie vil si at pleien eller omsorgsdimensjonene ved pleien fra pleier til pasient mangler. Det finnes mange former for uteblitt pleie, fra små forseelser og slurv som er ubevisst og kan skyldes manglende evne og kunnskap hos pleier, til direkte og bevisst vanstell (Eriksson, 1995, s.74).

2.2.2 Livslidelse

Eriksson (1995) skriver dette om livslidelse:

«Sykdom, dårlig helse og pasientsituasjon berører hele menneskets livssituasjon. Det selvfølgelig vant livet forstyrres og blir mer eller mindre plutselig tatt fra en. Man står overfor en lidelse som omfatter hele livssituasjonen. Livslidelse kan innebære alt, fra en trussel mot hele ens eksistens til tap av muligheten til å fullføre forskjellige sosiale oppgaver. Livslidelse er den lidelse som er relatert til alt som innebærer å leve, å være menneske blant andre mennesker.» (Eriksson, 1995, s. 74-75)

Fysisk lidelse, alvorlige smerter, redsel og fortvilelse kan virke lammende på hele mennesket. En plutselig påtvunget forandring av menneskets livssituasjon strider mot det naturlige, og en trenger tid for å finne en ny sammenheng i tilværelsen (Eriksson, 1995, s.75)

3.0 METODE

Jeg har i denne oppgaven jobbet etter Fribergs metode (2012) for å skrive en litteraturbasert oppgave. Datamaterialet mitt er utelukkende hentet fra vitenskapelige artikler. Jeg jobbet etter Friberg (2012) sin analysemodell i mitt arbeid for å granske og analysere resultatene i de ulike artiklene. Friberg beskriver denne analysen som en bevegelse fra en helhet til deler og deretter til en ny helhet (Friberg, 2012, s.127). Dette betyr at jeg vil leste de utvalgte artiklene og analyserte deres innhold. Deretter så jeg etter felles nøkkelfunn og resultatene fra artiklene som kan kategoriseres. Deretter har jeg sammenstilt resultatene med hverandre for å finne underliggende mønster som er blitt gjenstand for min tolkning, syntetisering og kategorisering som da er blitt mine resultater.

3.1 Litteratursøk og valg av litteratur

Før jeg satte i gang med prosessen for å finne vitenskapelige artikler til oppgaven min, satte jeg opp noen inkluderings- og ekskluderingskriterier for valg av artikler.

Inkluderingskriterier	Ekskluderingskriterier
<ul style="list-style-type: none"> • Artikkelen baseres på forskning gjort i Norge, eller i land som har kultur tilnærmet lik Norge. • Er fagfellevurdert eller peer reviewed. • Har mor sin helse og opplevelse i fokus etter gjennomgått keisersnitt • Studien er kvalitativ 	<ul style="list-style-type: none"> • Artiklene kan ikke være mer enn 10 år gamle.

Deretter utførte jeg et systematisk litteratursøk i følgende databaser, som alle er relevant for helsefag: Oria, Cinahl og PubMed. I mitt arbeid for å finne relevante forskningsartikler har jeg brukt flere forskjellige kombinasjoner av søkeord. Jeg utførte søk både på engelsk og på norsk. Jeg startet med å søke på «keisersnitt» i Oria på norsk, slik at jeg fikk et overblikk over eventuell norsk forskning på området. Ved hjelp av dette søket fant jeg også den første artikkelen jeg ønsket å bruke. Søkeord som ble brukt på engelsk var: «cesarean section or caesarean section or c-section or cesarean delivery», «recovery or rehabilitation or healing», «maternal» og «postnatal or postpartum or puerperium or perinatal» Ved å kombinere disse søkeordene, fikk jeg treff på 64 artikler. Etersom jeg ønsker å bruke kvalitative forskningsartikler i min besvarelse av oppgaven, inkluderte jeg deretter søkeordet «qualitative» i søkeordskombinasjonen. Jeg satt da igjen med elleve treff på artikler. Ved å gå

gjennom disse elleve artiklene, fant jeg tre artikler som jeg vurderte som relevante for min besvarelse av denne oppgaven. En av disse artiklene er en såkalt «mixed-methods» studie, det betyr at den inneholder både kvalitativ og kvantitativ data (Harbin, 2022, lysark 20). Selv om det ikke utelukkende er en kvalitativ artikkel, så har jeg valgt å inkludere denne. Bakgrunnen for det er at jeg fant innholdet i denne veldig relevant for min besvarelse av oppgaven. Jeg har i denne artikkelen utelukkende sett på den kvalitative delen. Artiklene jeg valgte spriker noe, i den forstand at de tar for seg forskjellige aspekter med helsen til mor etter keisersnitt, stadier i forløpet etter keisersnitt, og om det er planlagt eller akutt keisersnitt. Dette er ett bevisst valg, ettersom jeg ønsker å se på hele pasientgruppen som er kvinner som gjennomgår keisersnitt. Se under for en enkel oversiktstabell av artiklene.

Artikkel	Hensikt	Metode	Perspektiv	Database
Mørch, M.N., Sommerseth, E., Dahl, B. (2019) Barselerfaringer etter akutt keisersnitt	Å undersøke hvordan kvinner erfarte at deres fysiske helse ble ivaretatt på barselavdelingen etter akutt keisersnitt	Kvalitativ 10 kvinner. Intervju	Sykepleier	Oria
Sega, A., Cozart, A., Cruz, A. O., Reyes-Foster, B. (2021) «I felt like i was left on my own» A mixed-methods analysis of maternal experiences of cesarean birth and mental distress in the United States	Å undersøke sammenhengen mellom akutt keisersnitt kontra planlagt keisersnitt og symptomer på fødselsdepresjon	«Mixed-methods» 213 svarte på spørreskjema (120 akutt, 93 planlagte) 25 av disse ble deretter intervjuet.	Lege	CINAHL
Weckesser, A., Farmer, N., Dam, R., Wilson, A., Morton, V. H., Morris, R. K. (2019) Women's perspectives on caesarean section recovery, infection and the PREPS trial: a qualitative pilot study.	Å utforske pasienter sine prioriteter i forbindelse med rehabilitering etter keisersnitt, ved å fokusere på deres kunnskap og erfaring med infeksjonsforebygging	Kvalitativ To fokusgrupper og seks telefonintervjuer. 21 kvinner.	Sykepleier og lege	CINAHL
Wollny, K., Metcalfe, A., Corrigan, C., Drobot, A., Gilmour, L., Wood, S., Wilson, R. D., Gramalich, L., Nelson, G. (2021) Maternal perceptions of cesarean birth care: A qualitative study to inform ERAS guideline development.	Å utforske og konsolidere kvinners erfaring ved planlagt keisersnitt	Kvalitativ 12 kvinner ble intervjuet seks uker etter fødsel.	Sykepleier og lege	CINAHL

4.0 RESULTAT

Gjennom min analyse av artiklene og funnene som jeg har gjort, har jeg sortert funnene i fire hovedkategorier, hvor to av disse hovedkategoriene har henholdsvis to og tre underkategorier. Disse funnene presenterer jeg i tabell under og går mer i dybden på hver og enkelt av dem lengre ned i oppgaven.

Hovedkategorier	Underkategorier
Mobilisering	
Smerter	<ul style="list-style-type: none"> • Akutt keisersnitt • Planlagt keisersnitt og tidligere erfaring
Infeksjon og informasjon om infeksjonsforebygging	
Oppfølging	<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleiers tilstedeværelse • Barn og amming i fokus • Opplevelsen av å ikke bli hørt

4.1 Mobilisering

Mørch et al. (2019) skriver i sin studie at kvinnene som ble intervjuet fortalte at jordmødrene hadde motivert og presset dem til å være litt oppe, dette opplevde de som noe positivt. En av kvinnene fortalte at hun hadde følt seg spesielt godt passet på av sykepleier. Sykepleieren hadde da hjulpet til med både stell og mobilisering. Dette fikk kvinnen til å føle seg trygg og ivaretatt. I studien til Wollny et al. (2021) forteller ni av de tolv kvinnene som ble intervjuet at de ble mobilisert så tidlig som mulig. Hvorav to av disse kvinnene kunne understreke at de ble oppfordret til å reise seg. Av de tre kvinnene som ikke ble mobilisert så tidlig som mulig, så hadde den ene blitt oppfordret, men ikke med en gang, nummer to hadde informert sykepleiepersonalet selv, grunnet hennes bakgrunn som fysioterapeut. Den tredje og siste av dem som ikke hadde mobilisert seg så tidlig som mulig, hadde ikke klart å reise seg eller bevege seg på egenhånd før det var gått nærmere 36 timer. Sega et al. (2021) skriver i sin studie at mange av kvinnene som ble intervjuet delte sine opplevelser av at de ikke ønsket å gå ut av sengen eller andre opplevelser av at de ikke følte seg i stand til å gjøre essensielle dagligdagse oppgaver. Erfaringene til kvinnene i studien til Weckesser et al. (2019) når det gjaldt mobilisering, varierte veldig. Noen hadde hatt problemer med å bevege seg, reise og

bøye seg i flere uker etter inngrepet, mens andre fortalte at de hadde følt seg mobile og tilbake til seg selv etter kun kort tid.

4.2 Smerte

Studiene viser at det er store variasjoner i hvor smertepåvirket kvinnene var. Kvinner med akutt keisersnitt, forteller om mer og større smerter enn dem med planlagt keisersnitt (Mørch et al., 2019, Sega et al., 2021, Weckesser et al., 2019, Wollny et al., 2021). Kvinner som hadde gjennomgått keisersnitt tidligere, fortalte også om at de opplevde mindre smerter andre gang. (Mørch et al., 2019, Weckesser et al., 2019).

4.2.1 Akutt keisersnitt

Mange av kvinnene fortalte at smertene var mye verre enn forventet og de opplevde at de smertestillende medisinene de fikk, ikke klarte å dempe smertene (Mørch et al., 2019, Weckesser et al., 2019). En fortalte at hun hadde ligget våken om natten i tre døgn etter operasjonen og hadde følt seg som en misbruker da sykepleier sa til henne at hun ikke lenger burde ha behov for morfin (Mørch et al., 2019). En kvinne forteller at hun de første tre eller fire ukene var veldig smertepåvirket og øm, i den grad at hun ikke kunne bøye seg (Weckesser et al., 2019). En kvinne som hadde gått gjennom et akutt keisersnitt, forteller: «I wasn't expecting it. They gave me painkillers to go home that didn't cut it really... I thought it was going to be painful, but i did get a bit of a shock.» (Weckesser et al., 2019, s.3)

Flere kvinner forteller at de forsøkte å overse smertene, normalisere dem, eller at de ikke visste hva som var «normale» smerter (Mørch et al., 2019, Weckesser et al., 2019). Noen av kvinnene forteller også at de var så opptatt av barnet at de ikke merket smertene før de var overveldende, og en av dem beskriver dette som at hun følte seg som en urkvinne som trosset smertene for å ta seg av barnet. For andre førte smertene til at de ikke var i stand til å ta seg av barnet sitt (Mørch et al., 2019). En annen kvinne forteller at hun hadde normalisert den ekstreme smerten hun opplevde (smerte forårsaket av udiagnostisert hematome), hun begrunner dette med at hun trodde at denne type uutholdelig smerte var noe alle som gikk gjennom et keisersnitt opplevde (Weckesser et al., 2019, s.3). En av kvinnene i studien til Mørch et al. (2019) forteller «De smertene. Hva er normalt, og hva er ikke normalt? Det er ikke så lett å vite» (Mørch et al., 2019).

4.2.2 Planlagt keisersnitt og tidligere erfaringer

Wollny et al. (2021) skriver at smertene til kvinnene ble bra behandlet og at medisinutdelingen godt kommunisert av sykepleier. Alle kvinnene i studien ga

tilbakemelding om at de ble tilstrekkelig smerte lindret (Wollny et al., 2021). To kvinner som hadde gått gjennom keisersnitt tidligere, sammenlignet smertene for gang nummer to med den første gangen (Weckesser et al., 2019). Den ene av disse to forteller at det ved keisersnitt nummer to hadde gått veldig fort å bli bedre. Hun opplevde det mye lettere denne gangen, ettersom hun visste hva hun skulle gjøre. Den første gangen forteller hun hadde vært veldig smertefull og at det tok lengre tid med tilhelingsprosessen. Den andre kvinnen forteller at hun også hadde opplevd den første gangen som mer smertefull, og at hun etter keisersnitt nummer to hadde vært bedre i formen og mer mobil etter bare en uke (Weckesser et al., 2019). En kvinne som hadde gjennomgått keisersnitt tidligere, fortalte at smertene var mer skremmende første gangen fordi hun da hadde vært redd for at såret skulle gå opp (Sega et al., 2021)

4.3 Infeksjon og informasjon om infeksjonsforebygging

De av dem som ikke hadde gått gjennom ett keisersnitt tidligere forteller at de følte seg utrygge på at de skulle være i stand til å gjenkjenne symptomene på en infeksjon og hvordan håndtere operasjonssåret (Mørch et al., 2019, Weckesser et al., 2019). Flere av kvinnene fortalte at de ikke kunne huske å ha fått informasjon angående helningsprosessen og infeksjonsforebygging. (Mørch et al., 2019, Weckesser et al., 2019).

Kvinnene forteller om utfordringer med å ta inn og huske all informasjonen som ble gitt. Grunner som blir nevnt til at de ikke husker eller ikke vet om de fikk informasjonen, er at de følte de befant seg i en morfinboble, at keisersnittet var uventet og ikke hadde kapasitet til å prosessere alt, at det var for mye informasjon på en gang, utmattelse og søvnløshet (Mørch et al., 2019, Weckesser et al., 2019). En av kvinnene påpekte derfor at det var viktig og en nødvendighet at sykepleier gjentok informasjonen (Mørch et al., 2019). En kvinne, som fikk infeksjon, kunne fortelle at hun hadde badet når hun kom hjem, ettersom ingen hadde fortalt henne at hun ikke burde det (Weckesser et al., 2019).

Kvinnene med planlagt keisersnitt fortalte at de følte at de hadde blitt godt informert i forkant av inngrepet, men ønsket likevel at de hadde fått mer informasjon om risikoer med keisersnitt. Det var en felles enighet om at kvinnene ønsket seg mer skriftlig informasjon. (Weckesser et al., 2019, Wollny et al., 2021).

4.4 Oppfølging

4.4.1 Sykepleiers tilstedeværelse

Kvinnene forteller at de skulle ønske at sykepleier hadde tettere oppfølging av dem, i form av at kvinnene selv ikke måtte be om hjelp hele tiden (Mørch et al., 2019, Weckesser et al.,

2019). En kvinne forteller at sykepleier ikke kontrollerte operasjonssåret hennes, med mindre kvinnen selv spurte (Weckesser et al., 2019). En annen kvinne som var førstegangsfødende og hadde reist hjem etter to dager, beskrev savnet av tilstedeværelsen til sykepleier på denne måten:

«Kanskje litt mer tilstedeværelse? At man ikke trenger å spørre hele tiden, men at de tok seg en tur innom og så at alt var greit. Jeg følte kanskje at man ble litt overlatt til seg selv og at det var vanskeligere å oppnå kontakt enn om de hadde kommet inn og spurt. For jeg tror ikke vi så dem omtrent på 24 timer. Det var ingen som kom innom.» (Mørch et al., 2019)

Noen av kvinnene erfarte at når ektefellen reiste fra avdelingen, forventet sykepleierne at kvinnene skulle klare seg selv. For en av kvinnene førte det til at oppholdet på barselavdelingen ble så vanskelig og smertefullt at hun reiste hjem for å få nødvendig hjelp (Mørch et al., 2019). Flere var av den meningen at de trodde de ville hatt en annerledes opplevelse av oppholdet på barselavdelingen hvis de hadde vært der uten partneren. Ettersom de opplevde at partneren var til større hjelp enn sykepleierne (Mørch et al., 2019). En kvinne beskrev det slik: «Jeg er litt sånn, jeg vil ikke være til bry. Men så hadde jeg [...]. De sa rett ut at de glemte oss fordi vi var så selvgående. Men det var kun på grunn av samboeren min. Han fikset alt.» (Mørch et al., 2019)

4.4.2 Barn og amming i fokus

Kvinnene fortalte om opplevelsen av at sykepleier sitt fokus på den nyfødte resulterte i at dem selv, som nye mødre, ble oversett eller glemt (Mørch et al., 2019, Sega et al., 2021, Weckesser et al., 2019). Kvinnene fortalte at de følte de og deres situasjon ble glemt og at barselpersonalet utelukkende fokuserte på amming og ammehjelp. En av kvinnene sier det rett ut at det etter keisersnittet var ammingen som var i fokus, og at det ikke var mer fokus på henne (Mørch et al., 2019). Noen av kvinnene forteller at spørsmål og oppfølging om deres helse og situasjon kom opp først helt på slutten av hjemmebesøk, «It's like the last 30 seconds, «How are you? How's the scar? See you next week.»» (Weckesser et al., 2019, s.5). Opplevelsen av å føle seg «tilsidesatt» i perioden etter fødsel, var også en opplevelse kvinnene delte. «Overall I just felt like once [the baby] came out, I felt like I was on my own in a lot of ways» (Sega et al., 2021, s.324).

4.4.3 Opplevelsen av å ikke bli hørt

Flere kvinner forteller at de følte at sykepleier ikke tok dem alvorlig eller at de ble avfeid når de delte bekymringer med dem (Mørch et al., 2019, Sega et al., 2021). En kvinne som følte seg stadig sykere, fikk beskjed om at det bare var luft smerter. To dager etter hjemreisen ble hun reinnlagt med komplikasjoner. Komplikasjonene var ikke blitt oppdaget av sykepleier,

og blodtrykk og temperatur var heller ikke blitt kontrollert under oppholdet (Mørch et al., 2019). Flere kvinner forteller at de følte seg neglisjert og overlatt til seg selv. De forteller om opplevelsen av å ikke bli hørt når de tok opp symptomene sine med sykepleier, at sykepleier bagatelliserte og avfeide bekymringene til kvinnene (Sega et al., 2021). En kvinne beskriver at hun hadde fått angsten sin avfeid, og at hun hadde fått beskjed om å skjerpe seg og ta seg sammen. En annen beskriver at hun følte seg sett på som dramatisk av sykepleier og at det «bare var ett keisersnitt», dermed minimalisere bekymringene hennes (Sega et al., 2021).

5.0 DISKUSJON

Dette punktet for diskusjon omfatter to underpunkter, metodediskusjon og resultatdiskusjon. Under metodediskusjon ser jeg nærmere på og diskuterer metoden jeg har brukt for å utarbeide denne oppgaven. Under punktet for resultatdiskusjon, vil jeg vurdere og drøfte funnene fra artiklene opp mot oppgavens hensikt og teori. Her vil jeg også dra inn personlige erfaringer og egne refleksjoner.

5.1 Metodediskusjon

I min søken etter mest mulig relevant litteratur til bruk i min oppgave, så brukte jeg forskjellige søkemotorer, databaser og søkeord. Jeg brukte mye tid på å teste ut forskjellige kombinasjoner av søkeord, slik at jeg fikk ett størst mulig overblikk over hvilken forskningslitteratur som var tilgjengelig. På denne måten forsøkte jeg å redusere risikoen for at jeg skulle unnlate annen relevant litteratur som kunne vært godt egnet for bruk i min oppgave. Jeg valgte å fokusere på kvalitative studier, ettersom jeg mener at det er denne type forskning som er best egnet til å svare på min problemstilling. Dette var noe som var med på å begrense utvalget av vitenskapelige artikler jeg hadde å velge mellom. Det ser en av at antall artikler i søk ble redusert fra 68 til elleve, ved at jeg inkluderte «qualitative» som søkeord. Ved gjennomgang av disse elleve artiklene, så var det flere artikler som ble vurdert som irrelevante og uaktuelle. På bakgrunn av inkluderingskriteriene som jeg hadde satt jfr. metodekapittel 3.1. Jeg satt likevel igjen med tre engelske artikler jeg vurderte som relevante, samt den ene norske artikkelen jeg hadde funnet fra tidligere. Jeg gikk også gjennom referanselisten til de artiklene jeg hadde valgt, for å se om det var referert til noe relevant forskning som jeg kunne bruke. Her hadde jeg ikke noe hell, da jeg ut fra ekskluderingskriteriet mitt, jfr. metodekapittelet 3.1, ikke kunne inkludere noe av dette.

For å kunne analysere artiklene og sammenligne funn, så måtte jeg først oversette artiklene som var på engelsk. Dette var noe jeg brukte mye tid på og var nøye med, slik at jeg ikke oppfattet innholdet annerledes enn det var ment. Det kan hende at man mister noe av det som formidles i en fortolkningsprosess, og da spesielt i tilfeller hvor teksten må oversettes i tillegg. Jeg mener at jeg har oversatt og tolket studiene på best mulig måte og har fått hjelp av en engelsktalende ressursperson til enkelte oversettelser som jeg var usikker på.

5.1.1 Styrker og svakheter

Det at artiklene mine har en stor faglig bredde og ikke har samme hovedfokus innenfor temaet keisersnitt, kan sees på som en styrke og en svakhet med oppgaven min. Eksempelvis

så kunne det vært hensiktsmessig å velge artikler som alle fokuserte på kvinner med akutt keisersnitt, eller at alle hadde hovedfokus på smerter etter keisersnitt. Det kan tenkes at jeg da hadde fått ett mer forståelse og kunnskap om ett enkelt aspekt med keisersnitt.

Jeg valgte derimot som sagt å forsøke og få best mulig overblikk over hele pasientgruppen av kvinner som gjennomgår keisersnitt. På denne måten ville jeg være i stand til å bedre forstå både dem som har gjennomgått akutt, og dem som har gjennomgått planlagt keisersnitt. Dette er med på å gi meg grunnlag for å oppdage og vurdere eventuelle forskjeller det er mellom akutt og planlagt keisersnitt.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne bacheloroppgaven har vært å belyse hvordan sykepleiere kan ivareta kvinner som har gjennomgått keisersnitt. I diskusjonen drøfter jeg funnene som jeg har gjort i denne oppgaven i lys av sykepleieteori som er beskrevet tidligere i oppgaven.

5.2.1 Mobilisering og smerte

Viktigheten av tidlig mobilisering kommer tydelig frem i sykepleieteorien (Berntzen et al., 2016, s.357, 359). Kvinner som gjennomgår keisersnitt, har en økt risiko for blodpropp sammenlignet med dem som har vaginal fødsel. Kvinner med planlagte keisersnitt har dobbelt så stor risiko, mens kvinner som har akutt keisersnitt har en firedoblet risiko for blodpropp (Helsedirektoratet, 2014, s.75). I de aller fleste tilfeller så er ikke pasienten klar over viktigheten av tidlig mobilisering, men de fleste pasienter blir aktive deltakere når de blir informert om de mulige farene ved inaktivitet, for eksempel blodpropp (Berntzen et al., 2016 s.323). For å ivareta pasienten har sykepleier dermed en kritisk rolle i å informere om hvorfor tidlig mobilisering er viktig, samtidig som å oppmuntre og motivere pasient til dette (Berntzen et al., 2016 s.323, 357). Det kommer frem i studiene til Mørch et al. (2019) og Wollny et al. (2021), at sykepleierne var flinke til å motivere og hjelpe kvinnene med mobilisering.

Dersom pasienten er sterkt smertepåvirket, så vil pasienten ikke ha lyst til eller være i stand til å reise seg fra sengen og mobilisere seg (Mørch et al., 2019, Berntzen et al., 2016, s.356, Weckesser et al., 2019). I slike tilfeller kommer viktigheten av å sørge for at pasienten er tilstrekkelig smertestillet frem, og dette er sykepleier sitt ansvar. Sykepleier skal forsøke å kartlegge hvor intense smertene til pasienten er, og deretter forsøke å smertelindre pasienten med f.eks. medikasjon (Danielsen et al., 2016, s.388). Hjelpemiddel som sykepleier kan bruke for å kartlegge smertene til pasient, er å bruke et smertevurderingsskjema som for

eksempel NRS (Danielsen et al., 2016, s.391). Det kan tenkes at de fleste kvinnene som har deltatt i studiene (Mørch et al., 2019, Weckesser et al., 2019), hadde gitt en smerteskår på 4 eller mer dersom de hadde blitt spurt. Dette grunner i at det på tvers av de ulike studiene er så mange kvinner som forteller om sterke smerter og om smertelindring som ikke var tilstrekkelig. Bjørnstad og Ræder (2020) utførte en studie på postoperativ smerte etter keisersnitt, hvor de vurderte smertene til pasientene ut fra NRS. De klassifiserte det slik at de som opplevde en smertegrad på 4 eller mer, ikke var tilstrekkelig smertelindret. Ved å legge dette til grunn så kan funnene vurderes slik at kvinnene ikke ble tilstrekkelig smertelindret post operativt. Studier viser at sykepleiere mangler kunnskap og ferdigheter til å kartlegge pasientenes smerter. Forskning tilsier også at sykepleiere er for dårlige til å forstå betydningen av og ta i bruk vurderingsskjemaer eller skalaer, som NRS, for å kartlegge pasientens smerter (Danielsen et al., 2016, s.383). Hele 67% av intensivsykepleiere i en norsk spørreundersøkelse, svarte at de sjelden eller aldri vurderte pasientens smerte etter en skala (Danielsen et al., 2016, s.383). Økt bevissthet og bruk av smertevurderingsskjemaer eller skalaer blant sykepleier, som NRS, kan bidra til økt innsikt og at en bedre kan vurdere og kartlegge smertene til pasient. Dette kan igjen bidra til bedre forutsetninger for å smertelindre pasienten, som resulterer i best mulig grunnlag for at pasienten føler seg i varetatt.

Sykepleieteorien sier alle smerter er subjektive og personlige for pasienten, det er ikke opp til sykepleier å bestemme hvor vondt pasienten har det eller har lov til å ha det (Danielsen et al., 2016, s.382-383, Stubhaug & Ljosa, 2021). Slik som den ene kvinnen fortalte i studien til Mørch et al. (2019), at hun hadde fått beskjed av sykepleier om at hun ikke burde ha behov for morfin lengre. Her satte pleier spørsmål ved smertene til pasient, og pasient sier selv at denne uttalelsen fikk henne til å føle seg som en rusmisbruker. Her kan det da tenkes i dette tilfellet at sykepleier tok avgjørelsen for hvor vondt kvinnen hadde lov til å ha det. I denne situasjonen kan en dermed si at pasienten opplevde pleielidelse. Det kan argumenteres for at verdigheten ble krenket, i form av at hennes opplevelse ikke ble registrert som ekte eller virkelig. Pasienten følte seg fordømt og straffet med en slik uttalelse for at hun ønsket mer smertestillende. I denne situasjonen kan det tenkes at sykepleier utøvde makt, ved å uttrykke at pasienten ikke burde kjenne på de smertene hun hadde. Pasienten kan også ha følt på opplevelsen av uteblitt pleie, da hun ikke ble tilfredsstillende smertelindret (Eriksson, 1995, s.69-74). Sykepleiere i slike situasjoner har best mulig grunnlag for å ivareta pasienten ved å lytte til pasienten sin opplevelse, ha tillit til og anerkjenne smertene de opplever, slik som beskrevet i sykepleieteorien (Danielsen et al., 2016, s.382). Dersom kvinnen i eksempelet

hadde opplevd at smertene hennes ble anerkjent og at hun ble hørt, så kan det tenkes at hun ikke hadde følt seg krenket eller dømt på samme måte som hun gjorde, men heller følt at hun ble godt ivaretatt av sykepleier.

5.2.2 Livslidelse og forventninger

Etter hjemkomst var det flere kvinner som fortsatt hadde problemer med smerter, var immobile og ikke var i stand til å leve normalt og utføre dagligdagse gjøremål (Sega et al., 2021, Weckesser et al., 2019). Det kan tenkes at disse kvinnene led av det som Eriksson (1995) omtaler som livslidelse. Ikke bare hadde kvinnene mistet mye av sin normale funksjon ved at de var immobile ved at de ikke kunne bevege seg som normalt eller gjøre dagligdagse gjøremål, men det kan også tenkes at de kjente på en følelse av at fødsel, barseltiden, tiden med sitt nyfødte barn, ikke ble som de hadde sett for seg (Sega et al., 2021). Dette er igjen noe som kan påvirke livskvaliteten. Ett eksempel på dette er en av kvinnene i studien til Weckesser et al. (2019), hun forteller at hun hadde stort ubehag og mye smerter ved at hun kjente på drag i operasjonssåret og var på ett tidspunkt ikke i stand til å bevege seg. Hun måtte be mannen sin om hjelp på natten når hun skulle amme barnet sitt. Skuffelse av at ingenting ble som denne kvinnen hadde sett for seg, følelsen av hjelpeløshet og følelsen av å ikke være i stand til å ta vare på barnet ditt, kan ha gjort at denne kvinnen led av livslidelse. Kvinner som lider av fødselsdepresjon kan også tenkes at lider av livslidelse, dette kan ses i sammenheng med det Sega et al. (2021) skriver i sin studie, ifølge deres resultater kan det vise seg at kvinner som har akutt keisersnitt er mer utsatt for og har mer alvorlige symptomer på fødselsdepresjon. Dette er ett interessant funn og det kan tenkes at det har en sammenheng med at forventningene til kvinnene blir snudd på hodet når de må gjennom et akutt keisersnitt. Eriksson (1995) skriver om hvordan lidelse kan lindres, noe av det hun nevner da er at en som sykepleier kan være der for pasienten, si «jeg er her for deg hvis du trenger meg» uforbeholdent (Eriksson, 1995, s.77). Da legger sykepleier til rette for at pasienten kan åpne seg opp og fortelle om eventuelle bekymringer eller uroligheter som pasienten selv tenker på. Eriksson (1995) nevner også det å være ærlig som en måte å lindre lidelse på (Eriksson, 1995, s.77). Her kan det da tenkes at dersom sykepleier er ærlig med pasienten, som er kvinnen som har gjennomgått keisersnitt, angående mulige utfordringer som hun kan støte på etter hjemreise, for eksempel smerter og vondt for å gjøre dagligdagse ting. Så kan dette være med på å forberede kvinnen på tiden som kommer, på tross av at det kan være dårlige nyheter ettersom det omhandler utfordringer. Etter hjemreise er ikke kvinnene i like stor kontakt med

sykepleier, men sykepleier kan bruke disse tiltakene som Eriksson (1995) omtaler, til å forebygge lidelse før kvinnene reiser hjem fra sykehus.

Studiene viser at kvinner som har gjennomgått planlagt keisersnitt eller har vært gjennom keisersnitt tidligere, er mer tilfreds og trygge i tiden etter keisersnitt. (Mørch et al., 2019, Sega et al., 2021, Weckesser et al., 2019, Wollny et al., 2021). Denne opplevelsen forteller flere kvinner om, på tross av at det har oppstått komplikasjoner ved planlagt keisersnitt eller keisersnitt nummer to, sammenlignet med første keisersnitt (Mørch et al., 2019, Sega et al., 2021). Det kan tenkes at noe som har vært med på å påvirke dette er at kvinnene som har hatt planlagt keisersnitt har fått informasjon og mulighet til å forberede seg i forkant av fødsel. Samtidig kan det tenkes at kvinnene som har hatt keisersnitt tidligere, føler seg tryggere og mer forberedt ettersom de har erfaring fra tidligere. I sykepleieteorien står det at informasjon, undervisning og veiledning skal være med på å fremme trygghet og hjelpe pasienten til å forstå og mestre konsekvensene av behandling. Informasjon før operasjon kan bidra til å redusere pasientens stressnivå (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s.23). Ved akutt keisersnitt så blir det vanskelig å informere godt i forkant, men det kan tenkes at kvinnene hadde følt meg mer ivaretatt og trygge, dersom de hadde blitt godt informert, veiledet og forberedt i etterkant av operasjonen.

5.2.3 Informasjon

Kvinnene som hadde hatt akutt keisersnitt i studiene (Mørch et al., 2019, Weckesser et al., 2019) fortalte at de følte ikke at de hadde blitt tilstrekkelig informert om risikoen for infeksjon, symptomene på infeksjon og hvordan infeksjon kan forebygges. Dette var med på å gjøre at kvinnene følte seg usikre på egen evne til å oppdage infeksjon. Sykepleier har ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende. Pasienten har lovfestet rett til informasjonen, og sykepleier kan derfor ikke velge bort denne oppgaven (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s.23). «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 3-2). Helsedirektoratet kommenterer på denne loven at den som er ansvarlig for å gi informasjon til pasient på helseinstitusjon har ansvar for at pasienten faktisk får informasjonen. (Helsedirektoratet, 2022). Det er ikke nødvendigvis slik at sykepleier ikke har gitt pasienten nødvendig informasjon og informasjonen de har rett til, men det kan se ut til at de ikke har forsikret seg om at informasjonen er mottatt og forstått av pasienten. Dersom pasienten, kvinnen som har gjennomgått keisersnitt, ikke husker informasjonen som er gitt, enten det er på grunn av

utmattelse, morfinrus eller annet, slik som flere av kvinnene i studiene til Mørch et al. (2019) og Weckesser et al. (2019) forteller om, så kan det argumenteres for at pasienten faktisk ikke får informasjonen. Det sykepleier kan gjøre for å forsikre seg om at kvinnene mottar informasjonen, er å gi informasjonen både muntlig og skriftlig. Samtidig kan sykepleier gjenta informasjonen for pasienten flere ganger og de kan be kvinnene repetere og gjenfortelle til dem hvilken informasjon de har mottatt og forstått. På denne måten kan sykepleier sørge for at kvinnene faktisk mottar og forstår informasjonen, noe som igjen kan være med på å bidra til at kvinnen føler seg bedre ivaretatt.

5.2.4 Oppfølging

Flere av kvinnene opplevde at de ikke fikk den oppfølgingen de ønsket etter sine keisersnitt. Dette gjelder både på barselavdeling, men også i tiden etter. På barselavdeling gikk det igjen at de skulle ønske at sykepleier kom oftere inn for å tilby hjelp eller spør hvordan det gikk. Det fortelles til og med om situasjoner hvor sykepleier ikke så til hvordan det sto til inne på rommet til kvinnene på over 24 timer, og at det oppsto komplikasjoner som ikke ble oppdaget. En av kvinnene i Weckesser et al. (2019) sin studie hadde et udiagnostisert hematom, mens en av kvinnene i studien til Mørch et al. (2019) hadde blitt reinnlagt med en uspesifisert komplikasjon to dager etter hjemreise. I det siste tilfellet hadde smertene til kvinnen blitt oppfattet av sykepleier som luft smerter. Blodtrykket og temperaturen til denne kvinnen var heller ikke blitt kontrollert under oppholdet. Dersom sykepleier hadde hatt tettere oppfølging og jevnlig tilsyn på disse pasientene, med mål av vitalier, kunne disse kvinnene muligens fått oppdaget sine komplikasjoner tidligere (Berntzen et al., 2016, s.349-351). Komplikasjonene kunne nok ikke blitt avverget, men det kunne blitt satt i gang behandling tidligere. Dersom behandling hadde blitt satt i gang tidligere, så kunne det hjulpet på smertene til disse kvinnene og en kunne kanskje avverget at kvinnen i Mørch et al. (2019) sin studie ble reinnlagt. Ut fra det kvinnene forteller av sine opplevelser, så er det naturlig å tenke at de hadde opplevd en større grad av trygghet og følt seg mer ivaretatt dersom de hadde fått regelmessige tilsyn av sykepleier.

Kvinnene som deltok i studiene, forteller at de i stor grad savnet oppfølging og følte seg glemt etter keisersnittet (Mørch et al., 2019, Sega et al., 2021, Weckesser et al., 2019). I studien til Mørch et al. (2019) blir det fortalt om opplevelser som at de og deres situasjon blir glemt og at det kun er fokus på amming og ammehjelp. Kvinner i studien til Sega et al. (2021) forteller om opplevelsen av at det under hjemmebesøk bare er fokus på barnet og at de ikke får oppfølging eller spørsmål om situasjonen sin. I studien til Weckesser et al. (2019)

forteller kvinner om at de opplevde oppfølgingen og informasjonen de fikk som ikke tilfredsstillende. De sammenlignet da situasjonen deres etter keisersnitt med andre kirurgiske inngrep. En kvinne fortalte blant annet om sin mor som hadde hatt en hysterektomi (fjerning av livmor). Kvinnen fortalte videre om hvor mye informasjon moren da hadde fått for en relativt lik operasjon, mens hun ikke hadde fått noe. En annen kvinne sammenligner keisersnitt opplevelsen sin med en annen stor operasjon hun hadde hatt tidligere, og hvor mye oppfølging det er da, sammenlignet med etter keisersnitt. Mørch et al. (2019) skriver at det å kalle operasjonen for keisersnitt, kan føre til at sykepleier vurderer keisersnittet som mindre alvorlig enn det kirurgiske inngrepet det faktisk er. Det disse kvinnene forteller kan jeg personlig relatere til, ettersom jeg har en samboer som har gått gjennom ett keisersnitt. Vi opplevde oppfølgingen som minimal. Samboer fikk en tekstmelding fra sykehuset etter fire uker hvor hun skulle svare ja eller nei om hun hadde hatt infeksjon, og på seksukerskontroll hos fastlegen ble det kun opplyst om prevensjon. Dette var oppfølgingen hun fikk, og det opplevde vi som minimalt. Vi har også snakket om dette med andre par og kvinner som har vært gjennom keisersnitt, og de vi har snakket med, deler vår opplevelse. Dette gjelder også aspektet med hjemmebesøk og oppfølging på helsestasjon. Vi fikk tett oppfølging med hjemmebesøk og på helsestasjon for barnet vårt. Oppfølging og spørsmål til mor om hennes situasjon var derimot fraværende. Det er ikke urimelig å tenke at opplevelsen av oppfølging og trygghet etter keisersnitt hadde vært bedre for kvinnene i studiene dersom de hadde følt seg sett av sykepleier (Mørch et al., 2019, Sega et al., 2021, Weckesser et al., 2019). Det kan argumenteres for at kvinnene ble utsatt for pleielidelse. De forteller at de følte seg glemt og ikke sett, som kan resultere i at de føler verdigheten sin blir krenket og at pleie uteblir (Eriksson, 1995, s.74). Som sykepleier så er det viktig å vite at kvinner etter keisersnitt kan nedprioritere sine egne plager, så for å kunne ivareta kvinnen på best mulig måte, så må sykepleier fokusere på kvinnen, og ikke bare på barnet. Sykepleier må være pasientrettet. (Mørch et al., 2019).

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Som sykepleier har man en viktig rolle med å sørge for at pasienter får adekvat pleie og omsorg postoperativt slik at pasienten blir godt ivaretatt. Dette gjelder da selvfølgelig også kvinner som har gjennomgått keisersnitt. Gjennom oppgaven min så har jeg funnet ut at sykepleien til kvinner som gjennomgått keisersnitt, oppleves av kvinnene som mangelfull. Spesielt for dem som har hatt akutt keisersnitt. Basert på funnene i denne oppgaven, så bør sykepleier være mer bevisst på at det er vanskelig for pasient å ta inn eventuell info de får, og det bør derfor gjøres en grundigere jobb for å forsikre seg om at all informasjon blir meddelt, mottatt og forstått. Etter hjemreise så er det ikke mulig for sykepleier å komme i kontakt med pasient, med mindre pasient tar kontakt selv. For å legge til rette for en best mulig tid hjemme etter hjemreise, bør sykepleier sørge for at gode relasjoner slik at terskelen for at kvinnen tar kontakt dersom det skulle oppstå vanskeligheter eller komplikasjoner.

Ettersom det er slik at sykepleier kan vurdere keisersnittet for mindre alvorlig enn det kirurgiske inngrepet det faktisk er, og kvinner med keisersnitt er mer utsatt for komplikasjoner. Burde det etter min vurdering vært viet et eget avsnitt til kvinner som har gjennomgått keisersnitt i nasjonal faglig retningslinje for barselomsorg. På denne måten kan vi sikre at sykepleier som skal ta seg av kvinner etter gjennomgått keisersnitt, har bedre kompetanse og grunnlag for god sykepleie.

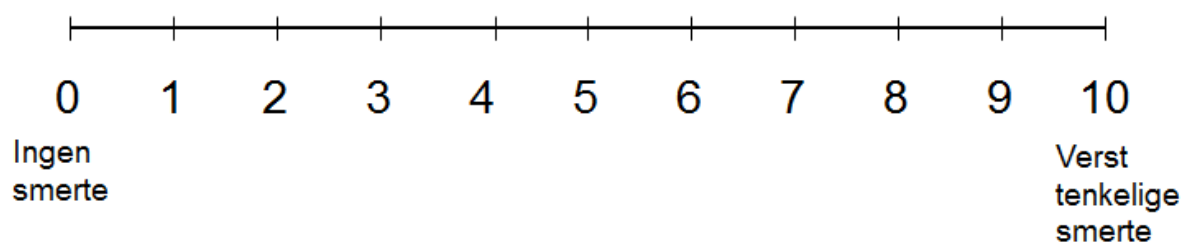
Det er viktig at sykepleier ikke bare har fokus på barnet, men at mor også får den sykepleien hun skal. På denne måten hjelper sykepleier også mor med å ikke glemme seg selv, og sørger for å ivareta mor på best mulig måte. Mor kan nemlig etter keisersnitt nedprioritere sine egne plager, da er det sykepleier sin oppgave og identifisere dette. Et avsnitt dedikert til keisersnitt i nasjonal faglig retningslinje for barselomsorg, kunne bidratt til at mer kunnskap og oppmerksomhet hos sykepleier på dette området.

Etter min mening så behøves det ytterligere forskning som har fokus på helse til mor etter keisersnitt. Med mer forskning så vil vi få bedre forståelse og kunnskap, slik at vi kan utføre best mulig sykepleie og dermed sørge for at kvinner med keisersnitt blir best mulig ivaretatt.

REFERANSER

- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M. G., Døvre, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., & Eide, P. (2016) Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (utg. 5, bind 1, s. 309-373). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bjørnstad, J., & Ræder, J. (2020). Postoperativ smerte etter keisersnitt. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0506>
- Danielsen, A., Berntzen, H., & Almås, H. (2016) Sykepleie ved smerter. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (utg. 5, bind 1, s. 381-373). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. Oslo: TANO.
- Folkehelseinstituttet (2022, 21.januar) *Fødsel-nedgangen snudde under pandemien* <https://www.fhi.no/nyheter/2022/fodselsnedgangen-snudde-under-pandemien/>
- Friberg, F. (red.) (2012) Dags för uppsats (2. utg.) Poland: Elanders Poland
- Stubhaug, A., & Ljosa, T. M. (2021, 7.desember) *Smerte- et symptom, en sykdom og en diagnose* <https://oslo-universitetssykehus.no/smerte-et-symptom-en-sykdom-og-en-diagnose>
- Harbin, E. (2022) *BSYBAC_6 Selvstendighet og ansvar i sykepleie* [Lysarkpresentasjon] https://stavanger.instructure.com/courses/10838/files/1248438?module_item_id=221103
- Helsedirektoratet. (2014) *Nytt liv og trygg barseltid for familien Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorg (IS-2057)* [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/) /attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf
- Helsedirektoratet. (2022, 15.november) *Pasient og brukerrettighetsloven med kommentarer* <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-medvirkning-og-informasjon#pasientens-og-brukerens-rett-til-informasjon-lovtekst>
- Medisinsk fødselsregister. (2022) *Standard statistikk. F10c-2: Keisersnitt utført* [Statistikk] <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>

- Mørch, M. N., Sommerseth, E., & Dahl, B. (2019). Barselerfaringer etter akutt keisersnitt. *Sykepleien Forskning*(76793), e-76793.
<https://doi.org/10.4220/sykepleief.2019.76793>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie-funksjon, ansvar og kompetanse. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (utg. 5, bind 1, s. 17-37). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) *Lov om pasient og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63) <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Sega, A., Cozart, A., Cruz, A. O., & Reyes-Foster, B. (2021). “I felt like I was left on my own”: A mixed-methods analysis of maternal experiences of cesarean birth and mental distress in the United States. *Birth*, 48(3), 319-327.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/birt.12541>
- Weckesser, A., Farmer, N., Dam, R., Wilson, A., Morton, V. H., & Morris, R. K. (2019). Women’s perspectives on caesarean section recovery, infection and the PREPS trial: a qualitative pilot study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1).
<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2402-8>
- Wollny, K., Metcalfe, A., Corrigan, C., Drobot, A., Gilmour, L., Wood, S., Wilson, R. D., Gramlich, L., & Nelson, G. (2021). Maternal perceptions of cesarean birth care: A qualitative study to inform ERAS guideline development. *Birth*, 48(4), 550-557.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/birt.12561>

VEDLEGG**Vedlegg 1. NRS smertevurderingsskala****Numeric rating scale – NRS (0 -10)****Vedlegg 2. Søkelogg**

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Brukke artikler
25.10.2022	Oria	Keisersnitt	131	6	2	1
25.10.2022	PubMed	Keisersnitt	52	3	0	0
25.10.2022	CHINAL	Cesarean section or caesarean section or c-section or cesarean delivery AND nurs* AND experience AND qualitative	58	10	1	0
25.10.2022	CHINAL	Cesarean section or caesarean section or c-section or cesarean delivery AND nurs* AND follow up AND qualitative	3	3	0	0

25.10.2022	CHINAL	Cesarean section or caesarean section or c-section or cesarean delivery AND satisfaction AND qualitative	60	7	2	0
25.10.2022	CINAHL	Cesarean section or caesarean section or c-section or cesarean delivery AND follow up or follow-up or post discharge or following discharge or discharge AND qualitative	32	3	1	0
02.22.2022	CINAHL	Cesarean section or caesarean section or c-section or cesarean delivery AND recovery or rehabilitation or healing AND postnatal or postpartum or puerperium or perinatal AND qualitative	17	2	0	0
02.11.2022	CINAHL	Cesarean section or caesarean section or c-section or cesarean delivery AND maternal AND	22	3	0	0

		recovery or rehabilitation or healing AND qualitative				
02.11.2022	CINAHL	Cesarean section or caesarean section or c-section or cesarean delivery AND maternal AND recovery or rehabilitation or healing AND postnatal or postpartum or puerperium or perinatal	64	0	0	0
02.11.2022	CINAHL	Cesarean section or caesarean section or c-section or cesarean delivery AND maternal AND recovery or rehabilitation or healing AND postnatal or postpartum or puerperium or perinatal AND qualitative	11	5	4	3

Vedlegg 3. Litteraturmatrise

Artikkel 1	
Forfattere	Monica Nilsen Mørch, Eva Sommerseth, Bente Dahl
Årstall	2019
Tidsskrift	Sykepleien Forskning
Land	Norge
Artikkelnavn	Barselerfaringer etter akutt keisersnitt
Hensikt med studien	Å undersøke hvordan kvinner erfarte at deres fysiske helse ble ivaretatt på barselavdelingen etter akutt keisersnitt.
Perspektiv	Sykepleier
Metode og analyse	Kvalitativ studie. Semistrukturerte, individuelle intervjuer og analyserte datamaterialet med systematisk tekstkondensering. Intervjuene hadde en varighet på 20 til 76 minutter (40 minutter i gjennomsnitt).
Utvalg/populasjon	Ti kvinner som hadde født med akuttkeisersnitt i perioden 2014-2016 og tilbrakt første del av barseltiden på sykehus. Kvinnene var i alderen 27 til 40, og alle var gift eller samboer på fødselstidspunktet. Ni kvinner var etnisk norske og en var ikke-vestlig. Alle hadde høyere utdanning. Sju kvinner var førstegangs fødende, mens tre var andregangs fødende med et tidligere keisersnitt.
Hovedfunn/resultater	Analysen resulterte i fire temaer: erfaringer med å være nyoperert mor, opplevelse av kontinuitet og jordmors tilstedeværelse, betydningen av kunnskap og godinformasjon samt partners tilstedeværelse. Studien viser at kvinner som har født med akutt keisersnitt, erfarte at den fysiske helsen kunne bli dårlig ivaretatt på barselavdelingen
Artikkel 2	

Forfattere	Annalisa Segal, Ashley Cozart, Andrea Ocasio Cruz, Beatriz Reyes-Foster
Årstall	2021
Tidsskrift	Birth
Land	USA
Artikkelnavn	«I felt like I was left on my own»: A mixed methods analysis of maternal experiences of cesarean birth and mental distress in the United States.
Hensikt med studien	Å undersøke sammenhengen mellom akutt keisersnitt kontra planlagt keisersnitt og symptomer på fødselsdepresjon
Perspektiv	Lege
Metode og analyse	«Mixed method». Kvalitativ del, semistrukturert og individuelle intervju med varighet på omtrent en time.
Utvalg/populasjon	25 kvinner, elleve av dem med planlagt keisersnitt og 14 med akutt keisersnitt. Kvinnene måtte være over 18 år når de fødte, det måtte være under tolv måneder siden fødsel og barnet kunne ikke ha noen alvorlige medisinske komplikasjoner.
Hovedfunn/resultater	Flere kvinner ble ikke skikkelig utredet, og de fortalte at de følte seg oversett av sykepleier. Funnet tilsier at kvinner med akutt keisersnitt har økt forekomst og alvorlighetsgrad av symptomer på fødselsdepresjon. Intervjuanalysen belyser viktige forbedringsområder og bekymringer ved psykisk helsevern for barselkvinner.
Artikkel 3	
Forfattere	Annalise Weckesser, Nicola Farmer, Rinita Dam, Amie Wilson, Victoria Hodgetts Morton, R. Katie Morris
Årstall	2019
Tidsskrift	BMC Pregnancy and Childbirth
Land	England
Artikkelnavn	Women's perspectives on caesarean section recovery, infection and the PREPS trial: a qualitative pilot study

Hensikt med studien	Utforske pasienten sine prioriteringer i sammenheng med rehabilitering etter keisersnitt, med fokus på deres kjennskap og erfaring med infeksjonsforebygging.
Perspektiv	Sykepleier og lege
Metode og analyse	Kvalitativ studie. To fokusgrupper og seks telefonintervju ble foretatt mellom september og oktober 2017.
Utvalg/populasjon	21 kvinner, alle hadde tatt keisersnitt i løpet av de siste seks månedene. Alder mellom 26 og 45år. 15 var gift, fem var samboer og en svarte ikke. Tolv med planlagt keisersnitt, ni med akutt keisersnitt. Tolv hadde hatt keisersnitt tidligere, ni hadde keisersnitt for første gang. Etnisitet fordelte seg slik: 16 hvit britiske, en britisk asiat, to flerrase britiske, en hvit amerikaner, en afrikaner og en asiater.
Hovedfunn/resultater	Å være smertefri, mobil og være i stand til å utføre dagligdagse aktiviteter, inkludert å ta vare på barnet sitt, var det kvinnene hadde mest fokus på når de skulle vurdere rehabiliteringen etter keisersnitt. Kvinner som tok keisersnitt for første gang, var ikke trygge på deres evne til å identifisere eventuelle infeksjoner. Flere kvinner var ikke i stand til å huske om de hadde fått informasjon om infeksjonsforebygging og følte at de ikke hadde fått gode råd på dette området. Studien kvinner med keisersnitt ønsker mer informasjon om hva som er en «normal» postoperativ rehabilitering og ønsket spesifikt skriftlig informasjon og infeksjonsforebyggende råd.
Artikkel 4	
Forfattere	Krista Wollny, Amy Metcalfe, Crystal Corrigan, Ashley Drobot, Loreen Gilmour, Stephen Wood, R. Douglas Wilson, Leah Gramlich, Gregg Nelson
Årstall	2021
Tidsskrift	Birth
Land	Canada
Artikkelnavn	Maternal perceptions of cesarean birth care: A qualitative study to inform ERAS guideline development

Hensikt med studien	Å utforske og konsolidere kvinners erfaring ved planlagt keisersnitt
Perspektiv	Sykepleier og lege
Metode og analyse	Kvalitativ studie. Åpne semistrukturerte intervju. To forskere satte opp tema som kom til lys separat og sammenlignet deretter funnene sine.
Utvalg/populasjon	Tolv kvinner med planlagt keisersnitt. Kvinnene ble intervjuet mellom mai og oktober 2018, seks uker etter fødsel. Alle kvinnene med keisersnitt hadde fått dem utført på samme sykehus.
Hovedfunn/resultater	Kvinnene fortalte at de følte seg godt informert, men ønsket mer informasjon preoperativt angående risikoene med keisersnitt. Postoperativt så følte kvinnene at de hadde blitt godt informert angående smerter, kvalme og lindring av dette. Denne studien foreslår løsninger til å forbedre kommunikasjon, pasient-pleier forhold og generell pasient tilfredshet gjennom keisersnitt prosessen.