

Lise Strøm Pedersen

# «Hvordan erfarer kvinner det første halvåret etter å ha født med hastekeisersnitt?»

En kvalitativ studie av kvinners erfaringer og opplevelser

Masteroppgave i Folkehelse

Veileder: Marit Solbjør

Medveileder: Signe Nilssen Stafne

Mai 2024



Lise Strøm Pedersen

# «Hvordan erfarer kvinner det første halvåret etter å ha født med hastekeisersnitt?»

En kvalitativ studie av kvinners erfaringer og opplevelser

Masteroppgave i Folkehelse  
Veileder: Marit Solbjør  
Medveileder: Signe Nilssen Stafne  
Mai 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden





# Sammendrag

**Bakgrunn:** Andelen fødsler som gjennomføres ved hjelp av hastekeisersnitt øker globalt. Keisersnitt blir i dag likestilt med en vaginal fødsel. Det er gjort lite forskning på kvinnenes erfaringer og opplevelser med tiden etter fødsel med keisersnitt. Formålet med denne studien er å undersøke hvordan kvinner opplever de første seks månedene etter å ha født ved hjelp av hastekeisersnitt, og om oppfølgingen og informasjonen de får i denne perioden er tilstrekkelig.

**Problemstilling:** «*Hvordan erfarer kvinner det første halvåret etter å ha født med hastekeisersnitt?*»

**Metode:** Det er blitt anvendt en kvalitativ metode med fokus på fenomenologi for å utvikle kunnskap om kvinners erfaringer og opplevelser etter et hastekeisersnitt. Det ble gjennomført sju semistrukturerte intervju av kvinner som har født ved hjelp av hastekeisersnitt for 3-7 måneder siden. Intervjuene ble analysert ved hjelp av Kvale & Brinkmanns fem trinn for å fortolke en fenomenologisk analyse.

**Resultater:** Studiens funn presenteres i tre hovedtema: *morsrollen, hastekeisersnitt blir en hindring for hverdagen og informasjonsflyt*. Disse ble videre delt opp i underkategorier. Studiens resultater viser at kvinnene erfarte betydelige utfordringer etter hastekeisersnittet, inkludert smerte, følelse av utilstrekkelighet som mor og behovet støtte. Kvinnene opplevde vanskeligheter med utførelsen av daglige oppgaver, tilknytning til barnet og etablering av ammingen. Kvinnene savnet informasjon om rehabilitering og bedre oppfølging.

**Konklusjon:** Kvinnene rapporterte om betydelige utfordringer, inkludert smerte, følelser av håpløshet og hjelpeløshet, samt vanskeligheter med amming og rehabilitering. Resultatene understreker behovet for bedre støtte, veiledning og oppfølging for kvinner etter hastekeisersnitt, og betoningen av å anerkjenne de følelsesmessige aspektene knyttet til fødselsopplevelsen og morsrollen.

**Nøkkelord:** Hastekeisersnitt, morsrollen, hverdagslivet, barselomsorg

# Abstract

**Background:** The birth rate of emergency cesarean sections is increasing globally. Cesarean sections are now considered equivalent to vaginal delivery. There has been little research on women's experiences and perceptions in the postpartum period following a cesarean section.

**Research question:** *“How do women experience the first six months after giving birth by emergency cesarean section?”*

**Method:** This qualitative study utilized a phenomenologic approach to develop an understanding of women's experiences and perceptions following an emergency cesarean section. Data were collected through semi-structured in-depth interviews with seven women who had undergone emergency cesarean sections 3-7 months prior. The results were developed through Kvale & Brinkmann's five-step process for interpreting phenomenological analysis.

**Results:** The study's findings are presented in three main themes: maternal role, emergency cesarean section as a hindrance to daily life, and information flow. These are further subdivided into subcategories. The study's results indicate that women experienced significant challenges following an emergency cesarean section, including pain, feelings of inadequacy as a mother, and the need for support. Women experienced difficulties in performing daily tasks, bonding with the child, and establishing breastfeeding. They lacked information about rehabilitation and desired better follow-up.

**Conclusion:** The women reported significant challenges, including pain, feelings of hopelessness and helplessness, as well as difficulties with breastfeeding and rehabilitation. The findings underscore the need for improved support, counseling and follow-up for women following emergency cesarean sections, emphasizing the recognition of the emotional aspects associated with the childbirth experience and maternal role.

**Keywords:** Emergency cesarean section, maternal role, everyday life, postpartum care.

# Forord

Det er med stor glede og takknemlighet at jeg presenterer denne masteroppgaven, som markerer slutten på min masterutdanning i folkehelse ved NTNU. Arbeidet med denne oppgaven har vært en spennende og utfordrende reise, og jeg vil gjerne benytte anledningen til å takke de som har bidratt til at dette prosjektet har blitt en realitet.

Først og fremst vil jeg rette en hjertelig takk til de sju kvinnene som stilte opp til intervju. Takk for deres villighet til å dele av deres erfaringer og opplevelser. Takk for at dere satte av tid til å delta, selv med små barn og en hektisk hverdag. Deres erfaringer er viktige!

Jeg ønsker å takke mine veiledere Marit Solbjør og Signe Nilssen Stafne for verdifull veiledning, støtte og inspirasjon gjennom hele prosessen. Uten deres ekspertise, tålmodighet og engasjement ville ikke denne oppgaven vært mulig.

Videre vil jeg rette en stor takk til mine medstudenter Jenny, Maja og Tuva for god støtte under hele studieperioden.

Tusen takk til familie og venner for deres støtte, oppmuntring og forståelse i løpet av denne perioden. Jeg vil takke min samboer, Mats, for å ha heiet på meg og vært en hverdagshelt slik at jeg har kunnet fokusert på oppgaven. Din ubetingede støtte har vært uvurderlig. Takk til mine sønner Iver (3,5 år) og Gustav (1,5 år) som fyller livet med kjærighet og mening. Tusen takk til mamma og pappa. Særlig takk til deg mamma, Sissel, for god støtte og for å ha hjulpet meg å ta vare på mine to gutter gjennom hele masterprosessen. Det samme gjelder «svigermor», Kjersti, og «svigerfar», Roar. Jeg er evig takknemlig for at dere har stilt opp for meg og min familie.

Jeg håper denne oppgaven vil bidra med verdifull kunnskap innenfor sitt felt, og at den kan være til nytte for andre forskere, fagpersoner og interesserte lesere.

Trondheim, mai 2024

Lise Strøm Pedersen



# Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	I
Abstract .....	II
Forord .....	III
<b>1. Innledning.....</b>	<b>1</b>
1.1 <i>Formål og problemstilling</i> .....	2
1.2 <i>Oppgavens struktur</i> .....	3
1.3 <i>Bakgrunn</i> .....	3
1.3.1. <i>Hva er keisersnitt?</i> .....	3
1.3.2. <i>Komplikasjoner</i> .....	4
1.3.3. <i>Kvinnehelse i et folkehelseperspektiv</i> .....	6
<b>2. Tidligere forskning .....</b>	<b>10</b>
2.1 <i>Fødselsopplevelse og tiden etter et hastekeisersnitt</i> .....	10
2.2 <i>Informasjon</i> .....	12
2.3 <i>Viktigheten av støtte</i> .....	13
2.4 <i>Amming</i> .....	14
2.5 <i>Å komme seg etter et hastekeisersnitt</i> .....	16
<b>3. Teoretisk tilnærming .....</b>	<b>18</b>
3.1 <i>Livsverden</i> .....	18
3.2 <i>Sosial handling</i> .....	20
<b>4. Metode .....</b>	<b>22</b>
4.1 <i>Forforståelse</i> .....	22
4.2 <i>Kvalitativ metode</i> .....	23
4.2.1. <i>Fenomenologi</i> .....	24
4.2.2. <i>Det kvalitative forskningsintervju</i> .....	25
4.3 <i>Datainnsamling</i> .....	26
4.3.1. <i>Utvalg</i> .....	26
4.3.2. <i>Rekruttering</i> .....	26
4.3.3. <i>Intervjuguide</i> .....	27
4.3.4. <i>Gjennomføring av intervjuene</i> .....	28
4.3.5. <i>Transkribering</i> .....	30
4.4. <i>Dataanalyse</i> .....	31
4.4.1. <i>Analyse av datamaterialet</i> .....	31
4.5 <i>Etiske betraktninger</i> .....	33
<b>5. Resultater .....</b>	<b>36</b>
5.1 <i>Morsrollen</i> .....	36
5.1.1. <i>Forventninger til tiden etter hastekeisersnittet</i> .....	37
5.1.2. <i>Tilknytning til barnet</i> .....	38

5.1.3. Følelse av å være mislykket.....	39
5.1.4. Sosial støtte og fellesskap.....	41
5.2 <i>Hastekeisersnitt blir en hindring for hverdagen</i> .....	43
5.2.1. Alt gjorde vondt .....	43
5.2.2. Få hverdagen til å gå opp.....	45
5.2.3. Etablering av ammingen.....	47
5.3 <i>Informasjonsflyt</i> .....	49
5.3.1. Begrenset informasjon.....	49
5.3.2. Usikkerhet rundt opptrening .....	51
<b>6. Diskusjon</b> .....	<b>54</b>
6.1 <i>Forventninger til morsrollen</i> .....	54
6.2 <i>Hvordan oppleves hverdagen etter et hastekeisersnitt?</i> .....	57
6.3 <i>Amming – et hardt stykke arbeid</i> .....	58
6.4 <i>Informasjon og oppfølging</i> .....	60
6.5 <i>Metodediskusjon</i> .....	62
6.5.1. Reliabilitet .....	63
6.5.2. Validitet .....	64
6.5.3. Generaliserbarhet .....	66
6.6 <i>Implikasjoner for praksis og videre forskning</i> .....	67
<b>7. Konklusjon</b> .....	<b>68</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>69</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>75</b>
<b>Vedlegg 1: Intervjuguide</b> .....	<b>75</b>
<b>Vedlegg 2: Informasjonsskriv med samtykkeskjema</b> .....	<b>78</b>
<b>Vedlegg 3: Godkjenning REK</b> .....	<b>82</b>
<b>Tabell 1: Eksempel på analytisk fremgangsmåte</b> .....	<b>32</b>
<b>Tabell 2: Studiens resultater systematisert i hovedtema og undertema</b> .....	<b>36</b>

# 1. Innledning

Å føde et barn kan oppleves som et av livets største begivenheter. Det å tilrettelegge for at familien får en så god start som mulig med god oppfølging og likeverdige helsetjenester vil på sikt øke deres mestringsevne og trivsel. Dette gjelder også for mors opplevelse av fødselen (St.Meld.nr.12, (2008-2009)). For å gi barn en så god start på livet som mulig, er det viktig med en god svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Dette er også vesentlig for å fremme kvinners helse, og for familien som helhet (Meld. St. 9 (2023-2024)). Den første tiden etter fødsel benevnes som en sårbar periode i livet. Å bli foreldre til et nyfødt barn er en stor omveltning i deres liv, spesielt for førstegangsforeldre (Hjälmhult & Lomborg, 2012). Det å bevare kontrollen og integriteten i den nye hverdagen kan være utfordrende (Hjälmhult & Lomborg, 2012).

De siste årene har det vært økt fokus på hvordan helsetjenesten tar vare på kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barsel (NOU, 2023: 5). En nylig utredning viser at tilbudet som blir gitt til kvinner under svangerskap, fødsel og barsel stadig blir dårligere (NOU, 2023: 5). Nedleggelse av fødetilbud rundt om i landet, samt historier om mangelfull oppfølging i barseltiden har skapt store diskusjoner (NOU, 2023: 5). Resultater fra brukerundersøkelser publisert på Helsedirektoratets nettsider, indikerer at kvinner viser en lavere tilfredshet med barselomsorgen sammenlignet med fødselsomsorgen (Meld. St. 9 (2023-2024)). Kvinner savner å få bedre veiledning av sykehusene, samt bedre oppfølging i kommunene (Barseloppøret, u.å.). I dag er systemet preget av at informasjonsoverføringen mellom tjenestenivåene er mangelfulle, også innad i kommunene (Meld. St. 9 (2023-2024)).

Keisersnitt er en livsviktig intervensjon for å redde livet til mor og barn om komplikasjoner skulle oppstå under svangerskapet eller fødselen (Boerma m.fl., 2018). Frekvensen på utførte keisersnitt har økt verden over de siste 30 årene (Boerma m.fl., 2018). I Norge skjer 16,6 % av fødslene ved keisersnitt. Av disse er én tredjedel planlagte, mens to tredjedeler er akutte keisersnitt (Folkehelseinstituttet, 2018). Et keisersnitt kan føre til kortsiktige og langsiktige helseeffekter for kvinner og barn (Sandall m.fl., 2018). Med den økende trenden av antall

utførte keisersnitt globalt, er det derfor avgjørende å få en økt forståelse av dets helseeffekter på kvinner og barn (Sandall m.fl., 2018). Kvinner som erfarer å føde ved hjelp av hastekeisersnitt, sitter ofte igjen med en følelse av vantro og sjokk (Fenwick m.fl., 2009). Overgangen til morsrollen blir preget av å forsøke å komme seg fra en fødsel de ikke var forberedt på, og som ga en følelse av tap av normalitet (Fenwick m.fl., 2009).

Helsedirektoratet har egne retningslinjer for barselomsorgen i Norge (Helsedirektoratet, 2014). Til tross for at fødsler som skjer ved keisersnitt har et helt annet forløp, er det ikke utarbeidet egne anbefalinger til denne gruppen barselkvinner i retningslinjene (Helsedirektoratet, 2014). Selv om vi ser en økende trend av antall utførte keisersnitt, finnes det i dag lite forskning på hvordan en slik fødsel påvirker kvinnes hverdag og livskvalitet, både på kort og lang sikt, i de påfølgende månedene (Sandall m.fl., 2018). I dette mastergradsprosjektet ønsker jeg derfor å belyse kvinnes erfaringer og opplevelser det første halvåret etter å ha gjennomgått et hastekeisersnitt, samt hva de savnet av informasjon og oppfølging. Resultatene vil kunne gi informasjon om kvinnes opplevde helse etter hastekeisersnittet, samt belyse kvinnes erfaringer ved å komme seg tilbake til hverdagslivet.

## **1.1 Formål og problemstilling**

Formålet med dette prosjektet er å undersøke kvinnes opplevde helse de første seks månedene etter å ha født ved hjelp av hastekeisersnitt. Nytteverdien av et slikt prosjekt er å få mer kunnskap om hvordan kvinnene erfarte egen helse og det å komme tilbake til hverdagen de første seks månedene etter et hastekeisersnitt, og om oppfølgingen og informasjonen de får i denne perioden er tilstrekkelig. Problemstillingen til denne masteroppgaven lyder derfor slik:

*«Hvordan erfarer kvinner det første halvåret etter å ha født med hastekeisersnitt?»*

## 1.2 Oppgavens struktur

Innledningsvis ble oppgavens tematikk, hensikt og problemstilling belyst for å løse leseren inn på konteksten for denne masterstudien. Videre forklares bakgrunn for valg av tema. I kapittel 2 vil tidligere forskning på feltet bli presentert. I kapittel 3 presenteres det teoretiske rammeverket som understøtter denne studien. I kapittel 4 gjøres det rede for metodevalg, samt en beskrivelse av forskningsprosessen. I kapittel 5 belyses studiens resultater gjennom en fenomenologisk analyse. Kapittel 6 diskuterer studiens resultater i lys av tidligere forskning og valgt teori. Oppgaven rundes av med implikasjoner for praksis og videre forskning på feltet. I siste kapittel presenteres studiens konklusjon.

## 1.3 Bakgrunn

### 1.3.1. Hva er keisersnitt?

Keisersnitt er den mest brukte store medisinske intervensjonen i mange land, og kan sammenlignes med en større bukoperasjon i omfang (Boerma m.fl., 2018). Keisersnitt er et kirurgisk inngrep hvor både bukveggen og livmorveggen åpnes for å få forløst barnet (MacSali m.fl., 2020). Utførelsen av keisersnitt blir vurdert dersom det er større sannsynlighet for å ivareta helsen til mor og barn, sammenlignet med en vaginal fødsel (MacSali m.fl., 2020).

Frekvensen på antall fødsler utført med keisersnitt bør ligge på mellom 10-15%, som anses som optimal for å sikre helsen til både mor og barn (Boerma m.fl., 2018). Ifølge data samlet inn fra 150 land, utføres 18,6% av alle fødsler med keisersnitt (Betrán m.fl., 2016). Den økende trenden i antall utførte keisersnitt kommer blant annet av at mellom- og høyinntektsland utfører keisersnitt basert på ikke-medisinske indikasjoner. Dette til tross for at en frekvens på over 20% ikke viser seg å være til gunst for mor og barn (Boerma m.fl., 2018). Spesielt er trenden økende blant velstående familier og private aktører (Boerma m.fl., 2018).

I kontrast til dette har lav- og mellominntektsland ofte en frekvens på under 10%, noe som kan tyde på at de ikke har tilstrekkelig medisinsk hjelp og utstyr tilgjengelig (Boerma m.fl., 2018). Dette er heller ikke bra, da mangelfull medisinsk kapasitet kan få alvorlige konsekvenser for mor og barn (Boerma m.fl., 2018). Risikoen for mortalitet for mor og barn forbundet med hastekeisersnitt er kjent for å være betraktelig høyere i lavinntektsland sammenlignet med høynntektsland (Sandall m.fl., 2018).

I Norge har antall keisersnitt holdt seg stabilt de siste 20 årene. Trenden har holdt seg på rundt 16,6% (Folkehelseinstituttet, 2018). Nordiske land har blant de laveste forekomstene av keisersnitt i verden (Folkehelseinstituttet, 2018). 1/3 av antall keisersnitt som blir utført er planlagte, mens 2/3 er akutt (Folkehelseinstituttet, 2018).

### **1.3.2. Komplikasjoner**

Selv om keisersnitt kan være et livreddende inngrep for mor og barn, kan det også føre til uønskede konsekvenser for deres helse, både på lang og kort sikt (Sandall m.fl., 2018). Ved keisersnitt er forekomsten av komplikasjoner ti ganger høyere enn ved vaginal fødsel (Helsedirektoratet, 2014). I Norge opplever omtrent 21 % av de som har gjennomgått et keisersnitt kortidskomplikasjoner (MacSali m.fl., 2020). De vanligste kortidskomplikasjonene er at det oppstår uønskede hendelser under selve operasjonen, blodtap under og/eller etter operasjonen, samt infeksjoner (MacSali m.fl., 2020). I verste konsekvens gir keisersnitt økt risiko for mødredødelighet (Sandall m.fl., 2018). Risikoen for død etter et akutt intrapartum keisersnitt er opp til fire ganger høyere sammenlignet med en vaginal fødsel (Sandall m.fl., 2018).

Keisersnitt gir også en høyere risiko for uønskede utfall i påfølgende graviditeter sammenlignet med vaginal fødsel, som livmorruptur, spontanaborter, for tidlig fødsel og svangerskap utenfor livmoren (Sandall m.fl., 2018). Det er sett en sammenheng mellom keisersnitt og økt risiko for infertilitet sammenlignet med kvinner som hadde født vaginalt (Keag m.fl., 2018). Langsiktige komplikasjoner av keisersnitt inkluderer bekkenadhesjoner (sammenvoksnings), tynntarmobstruksjon, menoragi (kraftige menstruasjonsblødninger), dysmenoré (menstruasjonsmerter), kroniske smerter, seksuell dysfunksjon, subfertilitet, urin-

og fekal inkontinens og prolaps i bekkenorganene (Sandall m.fl., 2018). Utviklingen av adhesjoner etter keisersnitt er ikke uvanlig, og forekomsten øker med antall gjentatte keisersnitt, til 12–46 % etter et andre keisersnitt, og 26–75 % etter et tredje keisersnitt (Sandall m.fl., 2018). Den samlede risikoen for en uterusruptur er omtrent 0,5–1 %. Risikoen for uterusruptur, unormal invasiv morkake, samt alvorlig postpartumbldning er høyere etter et tidligere keisersnitt (Sandall m.fl., 2018).

Kvinner som gjennomgår et hastekeisersnitt, har større sannsynlighet for å ikke få til ammingen på første forsøk (Benton m.fl., 2019). Også innen de første 24 timene og ved utskrivelsesdagen fra sykehuset er det flere som ikke har fått etablert ammingen (Benton m.fl., 2019). Kvinner som gjennomgikk hastekeisersnitt hadde en tendens til å amme i en kortere periode sammenlignet med kvinner som hadde født vaginalt (Benton m.fl., 2019). Kvinnene som hadde gjennomgått et hastekeisersnitt brukte flere ressurser både under innleggelsen og etter utskrivelse på å få til ammingen sammenlignet med de som hadde født vaginalt (Hobbs m.fl., 2016). En av årsakene til dette kan sees i sammenheng med mangelen på hud-mot-hud kontakt med spedbarnet direkte etter fødselen (Chaplin m.fl., 2016). Her går kvinnen og spedbarnet glipp av en avgjørende setting for å etablere naturlige instinkter gjennom hud-mot-hud-kontakt (Chaplin m.fl., 2016).

Kvinner som fødte ved hjelp av keisersnitt rapporterte om at smerte og ubehag i forbindelse med operasjonen påvirket deres funksjonsnivå i større grad sammenlignet med de som fødte vaginalt. Dette kunne vedvare i opp til ett år etter fødselen (Petrou m.fl., 2017). Graviditet og fødsel kan utgjøre en risiko for senere bekkenproblemer, inkludert utfordringer som urin-, luft- eller avføringslekkasje, samt smerter i underlivet (NOU, 2023: 5). Det oppstår fysiologiske og anatomiske endringer som kan gjøre seg gjeldende flere tiår etter fødselen i forbindelse med overgangsalderen (NOU, 2023: 5). I dag kan kvinner risikere å måtte vente lenge før de får tilpasset oppfølging og hjelp (NOU, 2023: 5). Enkelte kvinner opplever disse plagene som hemmende i hverdagen, noe som kan føre til redusert livskvalitet (NOU, 2023: 5). Slike plager kan også føre til begrenset sosial omgang, samt ha en påvirkning på den psykiske helsa i tiden etter fødselen (NOU, 2023: 5). Slike plager påvirker også overgangen tilbake til arbeidslivet (NOU, 2023: 5).

Det er sett en sammenheng mellom spedbarn født med keisersnitt og forskjellige hormonelle, fysiske, bakterielle og medisinske eksponeringer (Sandall m.fl., 2018). Barn født med

keisersnitt er utsatt for mer kortsiktige risikoer, som spenner fra endret immunutvikling, allergi, atopi, astma og redusert mangfold av tarmmikrobiomet (Sandall m.fl., 2018). Det er også sett sammenheng mellom keisersnitt og overvekt hos barn, sammenlignet med barn som er født vaginalt (Keag m.fl., 2018).

Kvinner som har gjennomgått keisersnitt uten særlig komplikasjoner, opplevde en lavere livskvalitet på lang sikt sammenlignet med de som hadde født vaginalt (Petrou m.fl., 2017). Å føde ved hjelp av keisersnitt kan ha innvirkning på fertilitet, framtidige graviditeter, framtidige svangerskapskomplikasjoner, samt langsiktige helseutfall hos barnet (Keag m.fl., 2018). Ifølge Sandall m.fl. (2018) har forståelsen av både de kortsiktige og langsiktige konsekvensene av keisersnitt for kvinner vært begrenset. Dette skyldes begrensninger i studiedesign, utilstrekkelig effekt av studier, manglende kontroll for forstyrrende faktorer og utilstrekkelig utvalg av sammenligningsgrupper. For å kunne tilby en helhetlig helsehjelp, bør kvinnene og helsepersonell være klar over at keisersnitt er assosiert med langsiktige risikoer for barnet, samt for påfølgende svangerskap (Keag m.fl., 2018).

### **1.3.3. Kvinnehelse i et folkehelseperspektiv**

Folkehelseloven har som mål å fremme samfunnsutvikling som styrker folkehelsen og reduserer sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2012, § 1). Loven legger til rette for bedre koordinering av folkehelsearbeid på tvers av ulike sektorer, samt mellom kommunale, fylkeskommunale og statlige myndigheter. Ifølge folkehelseloven (2012, § 3) blir folkehelse definert som *«befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning»*. Videre fokuserer loven på folkehelsearbeid, som defineres som *«samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen»* (Folkehelseloven, 2012, § 3). I dag er folkehelsearbeid et stort satsningsområde, hvor helsemyndigheter og politikerne stiller krav til mer oppmerksomhet rundt forebyggende helsearbeid (Helsedirektoratet, 2014). Dette går innenfor rammen av svangerskaps- og barselomsorgen, som har som formål å ivareta barnets og foreldrenes helse (Helsedirektoratet, 2014). Gjennom helsefremmende og forebyggende arbeid blir tiltak iverksatt før en eventuell



sykdom blir påvist. Slike tiltak av helsefremmende karakter vil kunne bidra til å øke den psykiske og fysiske helsen, samt gi bedre forutsetninger for mestring i motgang (Helsedirektoratet, 2014).

I en internasjonal sammenheng har Norge en høy kvalitet på svangerskaps- og fødselsomsorgen som tilbys (St.meld. nr. 12 (2008-2009)). Norge er et av landene i verden som er tryggest å føde barn i (St.meld. nr. 12 (2008-2009)). I forbindelse med fødsel, har Norge et av de laveste tallene når det kommer til alvorlig skade eller dødsfall hos kvinnen og barn (St.meld. nr. 12 (2008-2009)). Likevel er det flere faktorer som i dag svarer til at svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen kan gjøres bedre på flere viktige områder (St.meld. nr. 12 (2008-2009)). Tilbudene skal være trygge og av høy, faglig kvalitet, men tillitten i befolkningen er svekket (St.meld. nr. 12 (2008-2009)). I en nasjonal spørreskjemaundersøkelse blant kvinner som fødte i 2017 rapporterte kvinnene om dårlig informasjonsflyt om egen helse under barseloppholdet (Holmboe & Sjetne, 2018). På landsbasis svarer mer enn halvparten av kvinnene at de ikke hadde fått hjemmebesøk av jordmor etter fødselen (Holmboe & Sjetne, 2018). Dette til tross for at det anbefales hjemmebesøk av jordmor i løpet av de første tre døgnene etter hjemreise fra barseloppholdet (Helsedirektoratet, 2014). God dialog mellom helsepersonell og foreldrene, samt tilpasset informasjon allerede i svangerskapet, vil bidra til å legge et grunnlag for deres opplevelse av mestring og trygghet i barselperioden (Meld. St. 9 (2023-2024)).

Ifølge kvinnehelseutvalget spiller kjønn en avgjørende rolle for vår helse (NOU, 2023: 5). Kvinner og menn har ulik biologi, lever forskjellige liv og påvirkes forskjellig av sykdom. Det er blitt konkludert med at det ikke er tatt tilstrekkelige hensyn til forskjellene mellom kjønnene innen helse- og omsorgstjenestene, i helsepolitikken og innen medisinsk forskning og utdanning (NOU, 2023: 5). Kvinnehelse har blitt undervurdert, hvor mangel på samordning i helsetjenestene rammer kvinner. Videre sees det at ny kunnskap i for liten grad når frem til tjenestene og at kvinners stemmer blir for lite hørt (NOU, 2023: 5; Meld. St. 9 (2023-2024)). De fleste kvinner i Norge mellom 25 og 44 år rapporterer i dag om god helse (NOU, 2023: 5). Her spiller deres sosioøkonomiske status en vesentlig rolle, hvor en stor andel av kvinner i dag har høyere utdanning enn for 20 år siden. Kvinner med høyere utdanning er mer involvert i arbeidslivet og har vanligvis bedre økonomi (NOU, 2023: 5). Dette kan ha positive konsekvenser for helsen til kvinnene og deres barn (NOU, 2023: 5). Selv om vi ser en positiv utvikling på dette området, er forekomsten av helselaterte

trygdeytelser ganske høy i denne aldersfasen. Dette sees i sammenheng med økt sykefravær i forbindelse med svangerskap og barsel (NOU, 2023: 5). Det er begrenset med kunnskap om årsaker og behandling av flere tilstander knyttet til svangerskap og barsel (NOU, 2023: 5). Videre er sammensetningen av fødende kvinner endret de siste årene, hvor en betydelig andel er eldre samtidig som en større andel av disse kvinnene har utenlandsk bakgrunn (Meld. St. 9 (2023-2024)). I tillegg har det vært en markant økning i antall fødende kvinner som lider av kroniske sykdommer som for eksempel hjertesykdom eller fedme (Meld. St. 9 (2023-2024)). Disse demografiske forandringene har ført til en økning i induksjoner av fødsler, samt en økende trend i andelen kvinner som gjennomgår keisersnitt (Meld. St. 9 (2023-2024)).

Regjeringens mål i helsepolitikken er å legge størst vekt på de gruppene som trenger det mest i helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten (St.meld. nr. 12 (2008-2009)). Her understrekes det at en god svangerskapsomsorg kan bidra til å redusere sosiale ulikheter i helse (St.meld. nr. 12 (2008-2009)). Regjeringen ønsker å videreutvikle svangerskapsomsorgen i form av et forebyggende og behandlende helsetilbud. Formålet er at familien skal oppleve en trygg svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg som skal være helhetlig og til glede for familien (St.meld. nr. 12 (2008-2009)). Likevel viser en ny studie fra Vedeler m.fl., (2023) at kvinner uten høyskoleutdanning, som ikke er gift eller samboere, og er enten arbeidsledig eller studenter, har en mer negativ opplevelse av fødselen enn de med høy sosioøkonomisk status. Det samme gjelder for kvinner med en subjektiv lavere levestandard kontra de med en gjennomsnittlig levestandard (Vedeler m.fl., 2023). Felles for alle kvinnene var at de uttrykte et behov for omsorg hvor helsepersonell viste empati og medfølelse. Kvinnene som satt igjen med en negativ fødselsopplevelse opplevde negative holdninger og nedlatende oppførsel blant helsepersonellet. Her satt de igjen med en følelse av maktesløshet og tap av verdighet (Vedeler m.fl., 2023). Under en fødsel ønsker de fleste kvinner å oppleve en følelse av kontroll (Fenwick m.fl., 2009). Et hastekeisersnitt kan føre til en opplevelse av at de mister kontrollen over egen fødsel. Kvinnene i studien satt igjen med inntrykk som vantro og sjokk (Fenwick m.fl., 2009). Å føde ved hjelp av keisersnitt er sett i sammenheng med dårligere helse og livskvalitet hos kvinner sammenlignet med kvinner som føder vaginalt (Petrou m.fl., 2017). Ved å optimalisere mors helse i etterkant av en fødsel, vil dette kunne gi en så god start på livet som mulig for babyen. Rettigheter i form av oppfølging i etterkant av et keisersnitt blir i dag likestilt med en vaginal fødsel. Dette til tross for at keisersnitt er en omfattende operasjon.

Som et svar på ønske om en bedre svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Norge, ble det i 2021 opprettet en organisasjon kalt Barseloppørret (Barseloppørret, u.å.). Deres formål er på sikt å kunne skape en endring gjennom kunnskapsspredning, bygging av fellesskap, samt få gjennomslag gjennom politisk påvirkning. De har opparbeidet ti krav for en bedre barselomsorg, hvorav ett av punktene omhandler opptrening etter svangerskap og fødsel; *«Det bør bli standard at alle kvinner som har gjennomgått keisersnitt eller andre operasjoner i forbindelse med fødsel skal få informasjon og hjelp av fysioterapeut post-operativt. Kvinner kan få mulighet til å snakke med fysioterapeut på barsel om knipeøvelser og trening»* (Barseloppørret, u.å.). Motivasjonen bak starten av Barseloppørret var basert på personlige erfaringer med barselomsorgen (Barseloppørret, u.å.). Gjennom å dele sine egne og andre kvinners opplevelser med barselomsorgen, settes det lys på behovene for endring (Barseloppørret, u.å.). I Norge har vi en landsomfattende bevegelse kalt «Bunadsgeriljaen», som arbeider for å sikre tilgang til et kvalitetsfylt og sikkert fødetilbud for alle, med spesielt fokus på distriktsområdene over hele landet (Bunadsgeriljaen, u.å.). Bunadsgeriljaen har som mål å øke bevisstheten omkring de utfordringene som finnes i føde- og barselomsorgen i dag, samt å peke på områder der behovet for forbedring er mest akutt. Videre ønsker de å fremme initiativer og løsninger som kan bidra til å bevare og styrke sykehusene, spesielt fødeavdelingene og akuttavdelingene (Bunadsgeriljaen, u.å.). Bunadsgeriljaen jobber med å formidle fødekvinnes opplevelser, og har spilt en viktig rolle med å fokusere oppmerksomheten på fødselsomsorgen (Bunadsgeriljaen, u.å.). Dette har ført til økt bevissthet om behovet for endringer i fødselsomsorgen. De samarbeider også med andre bevegelser og organisasjoner som kjemper for å forbedre fødselsomsorgen og kvinners rettigheter på dette området (Bunadsgeriljaen, u.å.).

## 2. Tidligere forskning

I denne delen av studien vil jeg presentere funn fra tidligere forskning om hva som har vært viktig for kvinnene de første månedene etter å ha født ved hjelp av et hastekeisersnitt. Studiene jeg har inkludert viser til forskjellige aspekter om hva som har vært betydningsfullt for kvinnene, samt hva som har vært en viktig bidragsyter til en bedre opplevelse den første tiden etter fødselen. Å finne ut av hva som påvirker kvinnenes opplevelse og følelser den første tiden etter fødselen vil bidra til å øke bevisstheten og kunnskapen rundt tiltak som kan bidra til å skape en bedre livssituasjon for hele familien. Det er gjort litteratursøk i databasesene Oria, PubMed og Idunn. Benyttede søkeord er *Caesarean section/ keisersnitt, emergency caesarean section/ hastekeisersnitt, maternal health, postpartum, experiences, nursing, breastfeeding/ amming, support/ støtte, barsel, motherhood/ morsrollen*. Søkeordene ble anvendt i ulike kombinasjoner. I tillegg har jeg gjennomgått referanselistene til relevante forskningsartikler, rapporter eller stortingsmeldinger. Videre har jeg sett på litteraturtips mine veiledere har kommet med. De ulike forskningsstudiene vil bli presentert i følgende tema: *fødselsopplevelse og tiden etter et hastekeisersnitt, informasjon, viktigheten av støtte, amming og å komme seg etter et hastekeisersnitt*.

### 2.1 Fødselsopplevelse og tiden etter et hastekeisersnitt

I følge Hjälmhult & Lomborg (2012) viser mødre en tendens til å nedprioritere sine egne behov, spesielt med tanke på å tåle smerte og ubehag. Særlig førstegangsmødre kjente på mange bekymringer knyttet til det å være mor, samtidig som de anstrengte seg for å oppfylle dagens forventninger til å være en god forelder (Hjälmhult & Lomborg, 2012). Det var viktig å komme seg tilbake til "normalen" etter et keisersnitt, spesielt med tanke på å tilpasse seg morsrollen (Fenwick m.fl., 2009). Dette kommer også fram i studien til Saether m.fl. (2023), hvor det å komme seg raskt etter fødselen ble sett i sammenheng med å mestre den nye hverdagen. Etter et keisersnitt var det viktig for kvinnene å oppnå en følelse av normalitet ved å gi mening til det som skjedde under fødselen. Å gi mening til det som skjedde, bidro til å normalisere deres egen fødselsopplevelse (Fenwick m.fl., 2009). Noen kvinner oppnådde dette under deres andre fødsel, gjennom at de i forveien la en plan for fødselsforløpet

(Fenwick m.fl., 2009). Andre klarte ikke å oppnå en følelse av normalitet, og deres overgang til morsrollen ble derfor mer utfordrende (Fenwick m.fl., 2009).

For kvinner som hadde født ved hjelp av hastekeisersnitt, ble tiden etter et fødselen preget av forskjellige følelser (Kjerulff & Brubaker, 2018). Kvinner som fødte vaginalt uttrykte positive følelser om fødselen, i motsetning til de som gjennomgikk hastekeisersnitt (Kjerulff & Brubaker, 2018). De som opplevde hastekeisersnitt var mer utsatt for å føle seg skuffet, opprørt, trist, sint og at de hadde mislyktes (Kjerulff & Brubaker, 2018). Kvinnene følte de gikk glipp av muligheten til å føde «normalt» (Fenwick m.fl., 2009). De så på dette som et tap av selve fødselsopplevelsen, hvor de følte kroppen deres hadde mislyktes. Disse følelsene hadde en innvirkning på kvinnenes overgang til morsrollen, hvor de blant annet følte operasjonen endret på deres kjente, normale kropp (Fenwick m.fl., 2009). Fra deres perspektiv hadde kroppen deres sviktet dem i å yte en normal fødsel (Fenwick m.fl., 2009). Slike følelser, i tillegg til en tøff fødselsopplevelse, kan påvirke kvinnenes ønske om et planlagt keisersnitt ved en neste fødsel (Gaudernack m.fl., 2016). Det å ha kontinuerlig støtte og trygghet fra jordmor viser seg å virke inn på kvinnenes opplevelse av fødselen, som igjen vil kunne virke inn på deres senere fødselsvalg (Gaudernack m.fl., 2016). Å få støtte fra jordmor virket helsefremmende gjennom at kvinnene fikk muligheten til å øke kontrollen over- og forbedre sin egen helse (Gaudernack m.fl., 2016). Videre uttrykte kvinnene et sterkt ønske om å ha kontakt med mødre som også hadde opplevd å føde ved hjelp av keisersnitt, fordi denne felles opplevelsen ga en følelse av normalitet (Fenwick m.fl., 2009).

Videre var kvinnene uforberedt på omfanget av et keisersnitt, og hvordan dette påvirket hverdagen deres (Fenwick m.fl., 2009). De hadde høye forventninger til seg selv og egen evne til å mestre hverdagen etter operasjonen (Fenwick m.fl., 2009). Når kvinnene følte seg uforberedt, samt hadde høye forventninger, ble det vanskelig å oppnå en følelse av normalitet. Dette påvirket deres overgang til morsrollen (Fenwick m.fl., 2009). Sammenlignet med kvinner som hadde født vaginalt, ble det sett en risiko for redusert oppfatning av god helse og velvære blant kvinner som hadde gjennomgått et keisersnitt (Pereira m.fl., 2017). Kvinnene fant det utfordrende å ta vare på det nyfødte barnet samtidig som de kom seg etter den store bukoperasjonen (Fenwick m.fl., 2009). De sammenlignet sin hverdag med de som hadde født vaginalt, med tanke på å gjøre en rekke ting som kvinner som hadde hatt en vaginal fødsel kunne gjøre. Eksempelvis å løfte barnet opp fra sprinkelsengen uten hjelp (Fenwick m.fl., 2009). Her opplevde kvinnene samtidig en skyld for å føle seg mislykket (Fenwick m.fl.,

2009). Dette går også igjen i studien til Kealy m.fl. (2010), hvor kvinnene følte på en frustrasjon over de fysiske begrensningene et keisersnitt medførte. De fikk blant annet beskjed om å ikke løfte tungt og å gjøre tungt husarbeid de første fire-seks ukene etter operasjonen. Kvinnene viste en tendens til å føle på skyld når de handlet mot rådene gitt av helsepersonell (Kealy m.fl., 2010). De så det ikke som mulig å få utført omsorg til spedbarnet og samtidig få hverdagen til å gå opp uten å overtrampe restriksjonene (Kealy m.fl., 2010). Her endte det med at kvinnene gjennomførte hverdagslige aktiviteter som å lage mat, kjøre eldre barn til skolen, følge opp legeavtaler og samtidig ta vare på spedbarnet. Dette til tross for at de anerkjente deres adferd som i strid med rådene de fikk i etterkant av keisersnittet (Kealy m.fl., 2010). Kvinnene mente de hadde lite eller ingen valg. Deres primære rolle og ansvar var å være en god mor for spedbarnet og eventuelt andre barn, og å være en god partner, datter eller søster, avhengig av individuelle omstendigheter (Kealy m.fl., 2010).

## **2.2 Informasjon**

Ifølge Fenwick m.fl. (2009), opplevde kvinnene mangelfull informasjonsflyt i tiden etter keisersnittet. De uttrykte et behov for å få svar på spørsmål angående fødselen og tiden etter. Videre ønsket de å kunne snakke med helsepersonell for å få en forståelse for hvorfor fødselen endte med keisersnitt (Fenwick m.fl., 2009). Slike bekymringer og tanker førte til uløste problemer, som igjen førte til en frykt for en muligens fremtidig graviditet (Fenwick m.fl., 2009). På grunn av den mangelfulle informasjonen før fødselen, ble overgangen stor når fødselen endte med hastekeisersnitt (Fenwick m.fl., 2009).

God informasjonsflyt mellom helsepersonell og de fødende før og under et keisersnitt viser seg å ha en positiv effekt på kvinnenes evne til å stole på helsepersonellet (Fenwick m.fl., 2009). Kvinner som gjennomgikk et hastekeisersnitt hadde større sannsynlighet for å indikere at de ikke hadde fått god nok oppfølging og omsorg fra jordmødrene under fødselen (Benton m.fl., 2019). God kommunikasjon påvirker også hvilken opplevelse kvinnene sitter igjen med etter fødselen (Fenwick m.fl., 2009). Kvinnene opplevde trygghet gjennom å få god informasjon om hva som skulle foregå (Mørch m.fl., 2019). Gjennom å føle seg trygg, ble det også lettere for kvinnene å være fysisk aktiv (Mørch m.fl., 2019).

Det er viktig at helsepersonell anerkjenner følelsene kvinnene sitter igjen med etter et keisersnitt (Fenwick m.fl., 2009). Selv om det på overflaten kan se ut til at de håndterer situasjonen godt, kan de i realiteten oppleve en uro (Fenwick m.fl., 2009). Dette på grunn av at de sitter igjen med følelsen av å ha mislyktes og videre ser på seg selv som en dårlig mor (Fenwick m.fl., 2009). Kvinnene finner det vanskelig å snakke om disse følelsene (Fenwick m.fl., 2009). De prøver etter beste evne å normalisere følelsene sine ved å skjule deres behov for mental og fysisk støtte (Fenwick m.fl., 2009). Helsepersonell bør være bevisst disse faktorene for å støtte kvinnene i overgangen til morsrollen (Fenwick m.fl., 2009).

Videre opplevde kvinnene å motta motstridende råd fra helsepersonell angående hvilke smertestillende medisiner som var trygge å bruke under amming (Kealy m.fl., 2010). Her valgte de heller å avstå fra medisiner, eller å kun ta for små doser for å unngå skade (Kealy m.fl., 2010). Dette understøttes også i studien til Mørch m.fl., (2018), hvor kvinnene følte seg utrygge i å selv skulle ta ansvar for medisineren. I tillegg uttrykte kvinnene mangelfull informasjon om still av operasjonssåret (Mørch m.fl., 2019).

## **2.3 Viktigheten av støtte**

Under et hastekeisersnitt uttrykte kvinnene glede og trygghet over å ha med seg støtte. De gledet seg over partners glede. I de tilfellene kvinnene ikke følte de hadde god kontakt med partner, ble partneren derimot sett på som en byrde. Dette påvirket kvinnenes opplevelse av fødselen (Ryding m.fl., 1998). Den første tiden etter fødsel opplever kvinner et intenst ansvar, og fars støtte og forståelse er verdifull for mors trivsel og mestringsstro (Hjälmhult & Lomborg, 2012).

I en studie av Bäckström m.fl. (2017), som undersøkte førstegangsfødendes opplevelse av sosial støtte under forberedelsen til fødsel og foreldrerollen, ble det sett at god sosial støtte fra partneren bidro til å styrke forholdet. Viktigheten av god kommunikasjon ble påpekt, hvor kvinnene fikk mulighet til å uttrykke hvis noe ikke følte riktig. Her ble det mulig for paret å komme opp med fordelaktige løsninger som var gjensidige. God kommunikasjon ledet foreldrene nærmere hverandre på et mentalt nivå, som videre bidro til økt tillit i forholdet (Bäckström m.fl., 2017). Videre blir emosjonell støtte og anerkjennelse av kvinnens innsats

med ammingen sett på som å være svært viktig. God støtte fra partneren var viktig for å få oppmuntring og forståelse for hvor utfordrende de første ukene med amming kunne oppleves (Budiati m.fl., 2022). Tillitten mellom kvinnen og partneren økte når kvinnene erfarte at deres ønsker om å gjøre det beste for barnet var gjensidige (Budiati m.fl., 2022). Dette ble også presisert i studien til Saether m.fl. (2023), hvor partner følte mestring ved å få delta i oppgavene som gjaldt det nyfødte barnet. Særlig etter et keisersnitt var kvinnene avhengig av partnerens hjelp og kompetanse til å ta vare på barnet (Saether m.fl., 2023).

Positiv støtte fra partner, familie og venner styrket kvinnenest mestringstro i den nye rollen som mor. Likeledes hadde kritiske kommentarer og mangel på støtte motsatt effekt (Saether m.fl., 2023). Å dele erfaringer med andre førstegangsførelde, bidro til å tilfredsstille behov som ellers var vanskelig å oppfylle. Det å få sosial støtte fra venner og bekjente fikk kvinnene til å sitte igjen med en følelse av anerkjennelse og tilhørighet (Bäckström m.fl., 2017). Videre uttrykte kvinnene at det foregikk en viktig informasjonsflyt gjennom deres sosiale støtte. Her fikk de informasjon om fødsel og foreldrerollen, noe som ga de en trygghet og forståelse inn i foreldrerollen (Bäckström m.fl., 2017). Videre ble det å få hjelp til praktiske gjøremål satt pris på av kvinnene (Saether m.fl., 2023).

## 2.4 Amming

Kvinner som har født ved hjelp av keisersnitt har en risiko for å komme senere i gang med ammingen. Det er også sett at disse kvinnene er mer utsatt for å få problemer med amming på sikt enn de som har født vaginalt (Prior m.fl., 2012). Det antas at hormonene som stimulerer til melkeproduksjon blir forstyrret av et keisersnitt, enten på grunn av mors stress eller redusert utskillelse av oksytocin. Dette kan bidra til å hemme melkeproduksjonen (Hobbs m.fl., 2016). Videre er også smerter etter operasjonen og forsinket tilbakevending til dagligdagse aktiviteter en mulig påvirkningsfaktor for at ammingen kommer senere i gang (Weerasinghe m.fl., 2022). Det å ha problemer med å få etablert ammingen kan potensielt påvirke barnas helse, da amming er positivt assosiert med god helse livet ut (Prior m.fl., 2012).



Amming er antakelig den beste helseintervensjonen som fører til bedre forutsetninger for god helse blant nyfødte og barn (Weerasinghe m.fl., 2022). Også i høyinntektsland som Norge sees amming på som en helsegevinst for mor og barns helse (Helsedirektoratet, 2014). Morsmelk har blitt sett i sammenheng med å redusere infeksjoner hos barn, fremme kognitiv utvikling, samt redusere risikoen for overvekt og diabetes type 2. Videre sees det en reduksjon i mødrenes risiko for utvikling av brystkreft og diabetes type 2 (Helsedirektoratet, 2014). Amming er også sett i sammenheng med et dypt følelsesmessig bånd mellom mor og barn, noe som er med på å styrke følelseslivet vårt inn i voksenlivet (Weerasinghe m.fl., 2022). Det å gi mer effektiv støtte rundt amming for kvinner som har gjennomgått et keisersnitt er en global helseprioritet (Li m.fl., 2021). Mangelfull støtte og opplæring fra det offentlige, mangel på personell, samt utdatert medisinsk utstyr viser seg å være en pådriver til utfordringene knyttet til å etablere ammingen (Li m.fl., 2021). Ifølge Chaplin m.fl. (2016) ble det sett økt behov for ammeveiledning for kvinner som hadde gjennomgått et keisersnitt. Til tross for dette, kom det fram at jordmødrene hadde det for travelt til å kunne gi kvinnene den støtten og oppfølgingen de trengte grunnet lav bemanning og økt kirurgisk aktivitet (Chaplin m.fl., 2016). Støtte og hjelp fra familie viser seg å være essensielt for å fremme amming (Li m.fl., 2021).

I Norge er det anbefalt av helsedirektoratet at barnet ammes hele det første leveåret. Hvis mor og barn trives med ammingen, er det også anbefalt å amme lengre (Folkehelseinstituttet, 2018). Verdens helseorganisasjon anbefaler amming i to år (WHO, 2023). Morsmelk er den beste maten for spedbarn og anbefalingen er morsmelk, med vitamin D-tilskudd, de første 6 månedene (Folkehelseinstituttet, 2018). I Norge er forekomsten av amming høyere enn i de andre vestlige landene. Til tross for dette er varigheten på ammingen kortere enn anbefalt (Folkehelseinstituttet, 2018). Den første uken ble 97 % av barna ammet, enten med morsmelk alene eller i tillegg til morsmelkerstatning. Videre ble 78 % av barna ammet ved 6 måneders alder. Av de som fullammet (kun morsmelk) ble 87 % ammet ved én ukes alder. Mellom 4 til 6 måneder hadde antallet falt fra 64 % til 39 %. Blant årsakene var kvinnenens opplevelse av å ha for lite melk, eller følelsen av bekymring, stress, samt slitenhet (Myhre m.fl., 2020). Mødrenes forståelse av ammingens fysiologi, samt deres egne oppfatninger av fordelene ved amming ble funnet å påvirke varigheten av enhver form for amming (Li m.fl., 2021).

Å lykkes med amming blir assosiert med å lykkes i morsrollen (Hjälmhult & Lomborg, 2012). Dette blir nevnt av Larsen m.fl. (2008, referert i Hjälmhult & Lomborg, 2012), som omtaler

amming og morskap som uatskillelige fenomener. Det å slutte å amme ga mødrene en følelse av frustrasjon og skyld (Li m.fl., 2021). De trodde at det å mestre ammingen gjenspeilte deres evne som mor (Li m.fl., 2021). Amming er også assosiert med mestring og selvfølelse hos kvinnen (Takács m.fl., 2022). Kvinner tenderer til å kjempe for å lykkes med ammingen tross vedvarende motgang. Flere velger å stå i ammingen selv om de opplever problemer (Hjälmhult & Lomborg, 2012). Blant annet ble det sett en sammenheng mellom smerter etter operasjonen og det å finne behagelige ammestillinger (Budiati m.fl., 2022). Videre uttrykte mødrene glede og stolthet når spedbarnet gikk opp i vekt (Hjälmhult & Lomborg, 2012).

På den andre siden kan ammeproblematikk føre til fødselsdepresjon (Hjälmhult & Lomborg, 2012). Det er sett sammenhenger mellom utfordringer med amming etter hastekeisersnitt og økt risiko for å utvikle barseldepresjon (Takács m.fl., 2022). Her er det derfor viktig at helsevesenet prioriterer god oppfølging av kvinner som har født med keisersnitt (Takács m.fl., 2022).

## **2.5 Å komme seg etter et hastekeisersnitt**

På grunn av den stigende trenden globalt med antall utførte keisersnitt, følger en jevnt økende risiko for komplikasjoner (Weerasinghe m.fl., 2022). Dette kan medføre dårlig tilbakeføring til funksjonelle aktiviteter i hverdagen (Weerasinghe m.fl., 2022). Dette har i sin tur en betydelig innvirkning på den generelle helsetilstanden hos kvinnen (Weerasinghe m.fl., 2022). Smerter i arrvevet, problemer med fordøyelsen, depresjon, kvalme, oppkast og angst er noen av de vanligste problemene kvinnene kan oppleve etter et keisersnitt (Weerasinghe m.fl., 2022). Kvinner som har født ved hjelp av hastekeisersnitt bruker lengre tid på å komme seg fysisk enn de som har født vaginalt (Benton m.fl., 2019). En studie så at kvinner etter hastekeisersnitt brukte 6 uker på å komme seg tilbake til utgangspunktet før fødselen, i motsetning til en vaginal fødsel hvor det tok 3 uker (Benton m.fl., 2019). Videre ble det sett at kvinner som fødte vaginalt hadde en bedre fysisk funksjon ved 6 uker enn hos de som hadde gjennomgått et keisersnitt (Benton m.fl., 2019).

Kvinnenes forventninger, deres subjektive opplevelser, samt smerter etter operasjonen spilte en viktig rolle i rehabiliteringsprosessen etter hastekeisersnittet (Hadid m.fl., 2023). Smertene

etter et keisersnitt kan gjøre at kroppen bruker lengre tid på å komme seg, og det vil blant annet bli utfordrende å utføre dagligdagse aktiviteter. Dette kan i sin tur føre til inaktivitet, som vil påvirke forekomsten av komplikasjoner (Hadid m.fl., 2023). Dette sees også i studien til Kealy m.fl. (2010), hvor det påpekes at det å komme seg etter fødselen ble utfordrende grunnet smerter og redusert mobilitet, operasjonsåret, blødning og urininkontinens. Fysioterapi tidlig i forløpet etter et utført keisersnitt har vist seg å være gunstig for å redusere kvinnenes opplevelse av smerter, og førte til bedre bevegelighet, raskere tilbakegang til hverdagslige aktiviteter, samt normaliserer tarmfunksjon (Weerasinghe m.fl., 2022). Dette ble også sett i studien til Pereira m.fl. (2017), som presiserte viktigheten av fysioterapi for å forebygge smerter og ubehag i etterkant av keisersnittet.

Oppsummert peker forskningen på at kvinner ønsker å oppleve en følelse av normalitet etter å ha gjennomgått et keisersnitt. Kvinnene savnet bedre informasjonsflyt om hva de kan forvente av tiden etter keisersnittet, samt støtte til å mestre ammingen. Videre ble støtte fra partner og familie ansett som viktige faktorer for å mestre hverdagen og morsrollen. Det er gjort få studier om hvordan kvinner opplever de første månedene etter et hastekeisersnitt. De studiene som er brukt i denne oppgaven omhandler i hovedsak barseltiden (de første seks ukene etter fødsel), og består av oppsummeringsstudier som gir en oversikt over ulike aspekter rundt et keisersnitt. Det er behov for flere studier som strekker seg over tid for å bedre forstå hvordan fødselsutfallet påvirker kvinnenes livskvalitet på lang sikt (Petrou m.fl., 2017).

### **3. Teoretisk tilnærming**

I denne delen av masterprosjektet vil jeg bruke et utvalg av teorier for å utforske kvinnenes erfaringer med å tre inn i den nye hverdagen som mor etter et hastekeisersnitt. Jeg har valgt å støtte meg til *Hverdagslivets sociologi: en tekstsamling* (2005) av Alfred Schutz. Jeg vil se på teoriene «livsverden» og «sosial handling» for å få en forståelse for hvordan kvinnene opplever og navigerer morsrollen etter et hastekeisersnitt. Disse begrepene vil gi en berikning for å forstå de subjektive fortolkningene som er blitt gjort under dette masterprosjektet. «Livsverden» er et begrep som ser på den sosiale verden som mennesker opplever og navigerer gjennom i hverdagen (Schutz, 2005). «Sosial handling» omhandler hvordan mennesker handler og samhandler med andre i hverdagslige situasjoner (Schutz, 2005).

Det sentrale i Schutzs tenkning er en fenomenologisk interesse for menneskenes livsverden (Schutz, 2005). Han introduserte et filosofisk syn på hvordan vi forstår samfunnet gjennom hverdagslivet (Schutz, 2005). Den kunnskapen mennesket opplever og deler, er formet av sosiale påvirkninger fra samfunnet (Schutz, 2005). Hverdagsverden, som vi er en del av allerede før fødselen, er en intersubjektiv verden. Her menes at den ikke er din private verden, men felles for alle. Samtidig er verden besatt av mange mennesker hvor vi er forbundet sammen gjennom en mangfoldighet av sosiale relasjoner (Schutz, 2005).

#### **3.1 Livsverden**

Schutz forklarer Livsverdenen som den vanlige og kjente bakgrunnen som vi tar for gitt i våre liv (Appelrouth & Edles, 2021). Det er den rammen der alle situasjoner og problemer oppstår, og hvor vi finner løsninger på dem. Livsverdenen gir oss trygghet og tillit når vi håndterer nye eller usikre situasjoner, fordi vi kan stole på våre tidligere erfaringer og kunnskaper (Appelrouth & Edles, 2021). Videre understreker Schutz at vi ikke bare tar inn over oss ulike elementer av livsverdenen, inkludert kulturelle normer, verdier og praksiser, men vi opplever dem, fortolker dem og reflekterer over dem individuelt (Appelrouth & Edles, 2021). Vi integrerer dem i våre egne tanker, oppfatninger og handlinger.

Schutz bygger videre på Husserls idé om at den menneskelige aktøren, som en del av samfunnet, handler innenfor en livsverden som allerede er formet og organisert (Appelrouth & Edles, 2021). Han påpeker at denne livsverdenen inkluderer alle våre forutinntatte forestillinger og vanlige tolkninger av verden rundt oss. Når vi er i denne "naturlige holdningen", tar vi disse strukturene og meningene for gitt, og stiller ikke spørsmål ved dem. I stedet fokuserer vi på å håndtere hverdagslige oppgaver og utfordringer, og prioriterer å leve livet vårt framfor å reflektere over eller analysere livsverdenen vår (Appelrouth & Edles, 2021).

Den måten vi ser verden på, er påvirket av våre personlige erfaringer og tolkninger av kulturelle ting rundt oss (Appelrouth & Edles, 2021). Når vi opplever og tolker forskjellige situasjoner, gir vi disse vårt eget personlige preg og endrer, utvider eller reduserer dets betydning på karakteristiske måter (Appelrouth & Edles, 2021). Disse endringene legger seg til våre tidligere erfaringsbaserte opplevelser, og former vårt syn på hverdagen. Det betyr at vår oppfatning av virkeligheten er unik for hver enkelt person, basert på våre individuelle erfaringer og tolkninger (Appelrouth & Edles, 2021).

I denne teorien blir livsverden forstått som intersubjektiv, noe som innebærer at den er kjent og erfart av andre individer (Appelrouth & Edles, 2021). Intersubjektivitet gjør at mennesker fra en rekke personlige og sosiale bakgrunner kan fungere og samhandle med hverandre (Schutz, 2005). Livsverdenen er intersubjektiv fordi vi lever i den som mennesker blant andre mennesker. Vi er knyttet sammen med andre mennesker gjennom felles påvirkning og aktivitet, ved å forstå og bli forstått av dem (Schutz, 2005). Dette skaper et gjensidig samspill og forståelse mellom oss som individer. Sosiale relasjoner og samhandling er derfor viktig i dannelsen av vår oppfatning av livsverdenen (Schutz, 2005). Gjennom livsverden kan vi undersøke hvordan kvinnene i denne studien erfarer og opplever deres nye hverdag som nybakt mor etter et hastekeisersnitt. Dette kan være relevant for å forstå hvordan kvinnene navigerer seg gjennom den nye hverdagen etter operasjonen. Her utforskes hvordan kvinnenes subjektive opplevelser, forventninger og interaksjoner påvirker deres overgang til morsrollen, samt håndtering av utfordringer etter hastekeisersnittet.

## 3.2 Sosial handling

Vi opplever verden som en felles virkelighet, der vi sammen med andre mennesker deler gjenstander, hendelser, verdier, mål og måter å handle på. Denne felles oppfatningen av virkeligheten, eller "intersubjektiviteten", er grunnleggende for å opprettholde det sosiale livet. Vi tar ofte disse felles oppfatningene og ulike forståelsene for gitt i våre daglige liv. Samtidig påpekes det at hver av oss har våre egne individuelle livsverdener, som er formet av våre personlige erfaringer og livshistorie (Appelrouth & Edles, 2021).

Ifølge Schutz (2005) har kun en liten del av vår opplevelse og kunnskap om verden en faktisk opprinnelse fra våre personlige erfaringer. Størsteparten av kunnskapen har vi innhentet gjennom sosiale settinger, som gjennom venner, foreldre og lærere. Når vi lærer om verden og skaper forståelser av den, tar vi ikke bare hensyn til våre egne synspunkter, men også til fellesskapets perspektiv og forventninger. Vi tilpasser våre tolkninger og konstruksjoner av virkeligheten i samsvar med de normer, verdier og perspektiver som er akseptert av den sosiale settingen vi tilhører (Schutz, 2005).

Enhver form for sosial interaksjon er basert på allerede beskrevne konstruksjoner, altså våre tidligere oppfatninger av andre mennesker og vanlige måter å handle på. Når vi samhandler med andre, tar vi med oss våre egne forståelser og forventninger om hvordan reaksjonen vil bli, samt hvordan vi selv bør handle. Disse forståelsene og handlingsmønstrene hjelper oss å navigere i sosiale situasjoner og samhandle på en meningsfull måte (Schutz, 2005). Sosiale interaksjoner involverer vanligvis handlinger fra flere mennesker som er gjensidig avhengig av hverandre. Disse handlingene er knyttet sammen av betydningen hver enkelt legger i sine handlinger, samtidig som man tror at den andre vil forstå denne betydningen. Her ser vi at når mennesker samhandler med hverandre, tar de hensyn til hvordan deres holdninger blir oppfattet av andre, samtidig som vi antar at motparten vil forstå intensjonen bak våre handlinger (Schutz, 2005).

I hverdagslivet befinner mennesker seg i en «biografisk betinget situasjon», som betyr at hvert enkelt menneske innehar en bestemt posisjon i tid, rom og sosialt system. Når mennesker samhandler og er til stede i samme rom, tolker de den andres kroppsspråk, bevegelser og ansiktsuttrykk som signaler på den andres tanker og følelser. Når vi deler fellesskap i tid, tar

man del i andres liv hvor begge deler hverandres forventninger til framtiden. Gjennom å dele tid og rom, er vi involvert i hverandres livserfaringer, og vi utvikler og modnes sammen (Schutz, 2005).

Schutz's teori om sosial handling kan bidra til å forstå hvordan kvinnene handler og reagerer i den nye rollen som mor etter et hastekeisersnitt. Gjennom dette ser vi at samhandling og sosiale relasjoner er viktig. I denne settingen sees det på hvordan kvinnene gjennom samhandling med helsepersonell, støtte fra partner og familie, samt tilknytning og samhandling med det nye barnet manøvrerer seg fram i det nye hverdagslivet. Det kan også sees på hvordan kvinnene forsøker å opprettholde en følelse av normalitet og kontroll i den nye hverdagen som mor.

## 4. Metode

Ordet metode stammer fra gresk, og betyr «veien til målet» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 83). I dette kapitlet vil jeg redegjøre for den forskningsmetodiske tilnærmingen jeg har brukt for å svare på problemstillingen «*hvordan opplever kvinner det første halvåret etter å ha født med hastekeisersnitt?*». Jeg har valgt å bruke en fenomenologisk tilnærming gjennom semistrukturerte intervju og analyse på grunnlag av problemstillingens tema. Videre skal jeg redegjøre hvordan jeg gjennomførte datainnsamlingen og hvordan analysen ble gjort. Avslutningsvis vil jeg diskutere etiske betraktninger.

### 4.1 Forforståelse

Alle mennesker innehar en forforståelse, hvor deres livserfaringer og kunnskaper vil påvirke hvordan vi oppfatter virkeligheten (Johannessen m.fl., 2011). Som forsker vil min forforståelse kunne påvirke hva jeg observerer, samt hvordan jeg som forsker velger å vektlegge og tolke disse observasjonene. Som forsker er det ikke til å unngå at en ikke allerede har en oppfatning av det som skal undersøkes. Det er fåtallet som har full oversikt over et gitt fenomen (Johannessen m.fl., 2011). En forsker innehar erfaringer som vil påvirke forskningsutfallet, både gjennom egne erfaringer og forskningsbasert kunnskap (Johannessen m.fl., 2011).

Min forforståelse er en av grunnene til at jeg valgte å undersøke akkurat dette temaet. Etter at mine svangerskap endte med hastekeisersnitt, har jeg selv opplevd tiden etter en slik operasjon. Dette er grunnen til at jeg nå vil undersøke flere kvinners erfaringer og opplevelser av tiden etter keisersnittet. Jeg ønsker å få en dypere forståelse for hvordan kvinner opplever denne perioden av livet, samt hvordan de håndterte den nye hverdagen. Videre er jeg interessert i mer forskning på kvinnehelse. Tidligere forskning peker på at mors helse spiller en viktig rolle for å kunne gi barnet en best mulig start på livet, som videre vil påvirke barnets helse. Det å forske på kvinners opplevelser vil ikke bare påvirke kvinnenenes helse, men også deres barn. Det å forske på kvinnehelse kan bidra til en viktig ringvirkning i samfunnet som fortjener mer oppmerksomhet.



Med en yrkesbakgrunn som sykepleier er jeg opptatt av å se hele mennesket. Jeg er lyttende og åpen for de historiene og erfaringene jeg har opplevd gjennom yrket. Jeg har erfart at flere faktorer er med på å påvirke hvordan menneskers helse og hverdag påvirkes, samt viktigheten av å gi omsorg, oppfølging og veiledning for å kunne gi støtte i krevende situasjoner. Jeg har forsøkt å vært oppmerksom på at min profesjonelle bakgrunn kan farge min kunnskap om omsorgspraksis, hvor jeg har brukt tid på å reflektere over datainnsamlingen og analysen.

Som både småbarnsmor, sykepleier og med egne opplevelser og erfaringer innenfor kvinnehelse, opplever jeg at min forforståelse vil gi meg et bredt og variert utgangspunkt for å kunne undersøke intervjudeltakernes erfaringer og opplevelser. Samtidig er jeg klar over at min forforståelse vil kunne påvirke de metodiske valgene jeg har tatt underveis i masteroppgaveprosjektet. Jeg har kontinuerlig underveis i prosessen reflektert over om mine erfaringer har bidratt til å farge de tolkninger og beslutninger jeg har tatt underveis. Her har jeg fokusert på at jeg ønsker en dypere forståelse, hvor jeg har stilt meg nysgjerrig og åpen til det intervjudeltakerne har fortalt. Likevel er det som nevnt over, ikke til å unngå at min forforståelse og livserfaring vil påvirke utfallet i noen grad.

## **4.2 Kvalitativ metode**

Kvalitativ metode går i dybden på menneskets personlige erfaringer. Ved å bruke kvalitative metoder kan vi undersøke våre sosiale relasjoner (Flick, 2018). Gjennom kvalitativ forskning ønsker vi å finne deltakernes kunnskap og deres levevaner (Flick, 2018). Induktiv kvalitativ metode innebærer å samle inn og analysere data uten å ha forhåndsdefinerte teoretiske rammer eller hypoteser (Johannessen m.fl., 2011). Gjennom å bruke en induktiv tilnærming til den fenomenologiske analysen, kunne jeg gå gjennom dataene uten å ha forhåndsdefinerte kategorier eller teoretiske rammer. I stedet ble mønstre og temaer som oppstår naturlig fra dataene identifisert (Kvale & Brinkmann, 2015).

Ved å bruke en kvalitativ forskningsmetode vil jeg kunne få mer i dybden informasjon om kvinnenes subjektive erfaringer med hvordan de opplever det første halvåret etter å ha gjennomgått et hastekeisersnitt. I denne studien ønsker jeg å undersøke kvinnenes erfaringer

og opplevelser. Det ble utført semistrukturerte intervjuer for å samle inn data om kvinnenes egne livsverdener og deres opplevelse av fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2015). Gjennom å bruke en fenomenologisk tilnærming til den kvalitative forskningen, danner jeg et grunnlag for å få en forståelse om de abstrakte, vitenskapelige teorier om verden sett fra et sosialt perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015).

#### **4.2.1. Fenomenologi**

Fenomenologien ble utviklet av filosofen Edmund Husserl rundt år 1900 (Kvale & Brinkmann, 2015). Helt fra starten av, var essensen i fenomenologien bevissthet og opplevelse. Husserl og Heidegger utviklet fenomenologien videre til å også omfatte menneskets livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015). Fenomenologien er i bunn og grunn kunnskapsteoretisk, hvor det stilles spørsmål til hvordan vi får kunnskap om verden vi lever i (Thomassen, 2020).

*«Fenomenologi som tankeretning er rettet mot å undersøke ting i verden slik vi mest opprinnelig og umiddelbart erfarer dem» (Thomassen, 2020, s.103).*

Ved å bruke en fenomenologisk metode, er det ønskelig å få fram menneskets livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015). Gjennom en fenomenologisk tilnærming fokuseres det på å få fram deltakernes egne livserfaringer og perspektiver på livet. Virkeligheten ligger i hva deltakerne oppfatter som virkelig (Kvale & Brinkmann, 2015).

Jeg har brukt en fenomenologisk tilnærming gjennom hele denne studien. En fenomenologisk analyse vil bidra til å en dypere forståelse for hvordan kvinnene selv opplever og erfarer den første tiden etter et hastekeisersnitt. Ved å bruke en fenomenologisk tilnærming, kan denne brukes for å bedre forstå både mennesker og samfunn, da vi får fram deres egne opplevelser av sin situasjon (Thomassen, 2020). Disse opplevelsene baserer seg på menneskenes egne fortellinger (Thomassen, 2020).

## 4.2.2. Det kvalitative forskningsintervju

Et intervju kan betegnes som en samtale, hvor hensikten og oppsettet innehar en viss struktur (Kvale & Brinkmann, 2015). Det kvalitative forskningsintervjuet har som formål å forstå hvordan intervjudeltakerne oppfatter verden (Kvale & Brinkmann, 2015). Gjennom å bruke en fenomenologisk tilnærming på intervjuene, ønsker vi å finne en så presis beskrivelse som mulig av *hva* mennesker har opplevd (Kvale & Brinkmann, 2015). Kvalitative intervju er et samspill mellom forsker og intervjudeltaker hvor hele intervjusituasjonen vil kunne gi kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015).

Semistrukturerte intervju blir ofte brukt i kvalitative studier (Flick, 2018). I et semistrukturert intervju blir det brukt åpne spørsmål, noe som vil bidra til at deltakernes erfaringer og synspunkter lettere kommer fram (Flick, 2018). Videre brukes semistrukturerte intervju for å forstå deltakernes opplevelse av dagliglivet, hvor vi ønsker å få fram deres egne perspektiver (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved å gjennomføre semistrukturerte intervju er det ønskelig å få en bredere forståelse for intervjudeltakernes opplevelser, meninger, holdninger og erfaringer (Tjora, 2017). Dette er noe som egner seg godt til denne studiens formål. Jeg stilte deltakerne åpne spørsmål basert på en intervjuguide for å få fram deres egne erfaringer. Ved bruk av en intervjuguide vil intervjuet bli mer strukturert (Flick, 2018), og det blir mer oversiktlig for meg som forsker å følge med på om de temaene jeg ønsker å belyse blir svart på. Her blir det viktig å sette seg inn i problemstillingens tema for å best mulig kunne registrere og fortolke det deltakerne forteller (Kvale & Brinkmann, 2015).

For å samle inn data har jeg utført kvalitative individuelle intervju for å undersøke kvinners erfaringer på et felt det er forsket lite på. Ved å intervjuer kvinnene individuelt, er det ønskelig å få fram deres mer personlige tanker og erfaringer rundt hvordan de opplevde de første månedene etter et hastekeisersnitt. Ved å bruke et kvalitativt intervju tillates datainnsamlingen å bli mer eksplorerende, hvor kvinnene selv kan bestemme hva de ønsker å fokusere på og hvilke erfaringer de vil trekke fram under intervjuet. Jeg ønsket blant annet å undersøke hva kvinnene har sett på som viktig, og hva de savnet for å komme seg tilbake til hverdagslivet.

## 4.3 Datainnsamling

Under dette avsnittet vil prosessen med å rekruttere deltakere til studien bli beskrevet, samt hvordan jeg metodisk analyserte de dataene som ble samlet inn. Å intervju deltakerne til et forskningsprosjekt vil gjennom deres erfaringer og opplevelser føre til økt forståelse og kunnskap (Tjora, 2017). Det er vesentlig å undersøke hvordan vi på best mulig måte kan fremheve den kunnskapen vi får gjennom et kvalitativt forskningsintervju (Kvale & Brinkmann, 2015).

### 4.3.1. Utvalg

Det utvalget av deltakere jeg har med i studien er kvinner som har født ved hjelp av hastekeisersnitt. Dette fordi disse kvinnene har fått mindre tid til forberedelser og planlegging av forløpet etter operasjonen i forhold til de som har født med planlagte keisersnitt. Jeg ønsket å inkludere både førstegangsfødende og kvinner som hadde født flere ganger, men tilfeldighetene gjorde det slik at jeg kun satt igjen med førstegangsfødende. Videre ble det inkludert kvinner som hadde født for 4-7 måneder siden, med bakgrunn i at de har kommet seg over de første, mest hektiske ukene etter fødselen. Samtidig er de første månedene fortsatt ferskt i minne, og de har hatt litt tid på å reflektere og ta denne perioden inn over seg. Videre ble kvinner under 18 år ekskludert. Det samme gjaldt kvinner som ikke snakket norsk.

I denne studien ble det samlet inn data fra sju kvinner som hadde gjennomgått fødsel med hastekeisersnitt. Dette fordi formålet med studien er å undersøke disse kvinnenes erfaringer de første månedene etter et slikt inngrep. Gjennomsnittsalderen på kvinnene jeg intervjuet var 29 år, hvor yngste fødende var 25, og eldste var 31. Alle var førstegangsfødende og alle kvinnene bodde med sin partner. Intervjuene ble gjennomført på norsk, og data ble derfor samles inn fra kvinner som snakker norsk.

### 4.3.2. Rekruttering

For å velge deltakere til en kvalitativ intervjustudie, utføres et strategisk utvalg (Tjora, 2017). Her er hensikten å velge ut deltakere som vil kunne svare til prosjektets problemstilling på bakgrunn av deres kvalifikasjoner eller erfaringer (Tjora, 2017). For å rekruttere deltakere til denne studien, tok jeg kontakt med helsestasjonene i nærområdet for å høre om jeg kunne henge opp et informasjonsskriv om studien på deres lokaler. Disse inneholdt informasjon om studien, samt kontaktinformasjon om noen ønsket å delta. Videre delte jeg informasjonsskrivet gjennom sosiale medier, ved hjelp av snøballmetoden. Ifølge Tjora (2017) er det normalt å kjenne på at rekruttering av deltakere til studien kan være krevende. Videre kan det oppstå en følelse av at en går glipp av muligheten til å få undersøkt enkelte erfaringer (Tjora, 2017). Dette var noe jeg erfarte underveis i rekrutteringen. Det tok litt tid før noen meldte seg til å delta, og enkelte valgte å ikke svare eller møte opp på selve intervjudagen. Dette gjorde at rekrutteringen ble en tidkrevende prosess, men likevel er dette å forvente, da det er en stor omveltning å få barn.

I kvalitative intervjuundersøkelser er det ønskelig å finne metning. Det vil si at vi finner punktet der det å intervju flere personer ikke vil tilføre studien noe nytt (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved å intervju for få deltakere vil det bli vanskelig å teste hypoteser, mens ved for mange deltakere vil analysen kreve for mye tid og ressurser (Kvale & Brinkmann, 2015). Malterud m.fl., (2016) forklarer begrepet teoretisk metning som å oppnå tilstrekkelig informasjon for å utvikle teorier og forstå kompleksiteten i fenomenet som studeres. Hun poengterer at det ikke nødvendigvis kreves et stort antall deltakere for å oppnå teoretisk metning, men det som avgjør er kvaliteten på dataene og dybden i analysen. Teoretisk metning innebærer at forskeren har fått tilstrekkelig innsikt og forståelse av fenomenet, slik at nye deltakere ikke lenger bidrar til særlig utvikling av teorien eller forståelsen (Malterud m.fl., 2016). Etter hvert som intervjuene ble gjennomført, begynte jeg å gjenkjenne gjentakende temaer og mønstre i kvinnenenes historier som gradvis tok form. Jeg opplevde også at hvert intervju tilføyde nye elementer. På grunn av tidsrammen til masteroppgaven, ble intervjuene og datainnsamlingen avsluttet etter sju intervju.

### **4.3.3. Intervjuguide**

Intervjuguiden ble utformet som et semistrukturert intervju, da formålet med dette masterprosjektet er å se på hvordan kvinnene erfarer og opplever den første tiden etter et hastekeisersnitt (Kvale & Brinkmann, 2015). I den innledende delen av intervjuguiden ble det kort forklart om selve prosjektets hensikt. Det ble også understreket at deltakelsen til studien er frivillig og at de når som helst kan trekke seg. Det innledende spørsmålet i intervjuguiden bør omhandle en konkret hendelse (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg valgte å stille spørsmål om selve fødselen, med hensikt å få i gang samtalen og samtidig skape en relasjon til deltakerne. I intervjuguidens hoveddel ble det stilt spørsmål basert på tidligere forskning på temaet, samt ut ifra hva jeg ikke fant forskning på. Spørsmålene ble utformet på en egnet måte for å innhente beskrivelser fra deltakernes erfaringer. På denne måten vil det bli sikret mer pålitelig og relevant data å fortolke (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 165). For å skape en god flyt i intervjuet, brukte jeg forhåndsbestemte hovedspørsmål i intervjuguiden. Disse ble igjen fulgt opp med litt mer uformelle oppfølgingsspørsmål (Tjora, 2017, s. 159). Eksempelvis ble spørsmålene ofte åpnet med «hvordan» og «kan du beskrive». Dette ble gjort for å få deltakerne til å utdype sine svar, samt for å unngå «ja/nei»-svar.

Intervjuguiden ble testet på forhånd. Her ble det gjort eventuelle tilpasninger for best mulig å prøve å finne fram til de spørsmålene som fikk kvinnene til å utdype og fortelle om sine erfaringer og opplevelser. Videre var det viktig å finne spørsmål som ikke ble for ledende, noe som kan føre til skjevheter i studien.

I etterkant av et intervju vil man som forsker sitte igjen med mange inntrykk (Johannessen m.fl., 2011, s. 148). Det ble tatt notater etter hvert intervju om refleksjoner, tanker, stemning og eventuelle tilpasninger til neste intervju. Videre er det viktig å ta vurderinger rundt om de notatene som ble tatt svarer til problemstillingen (Johannessen m.fl., 2011, s. 148).

Avslutningsvis ble det spurt om deltakerne hadde noe mer de ønsket å tilføye. Dette med bakgrunn i at de muligens hadde fått forsonet seg mer i rollen som deltaker i intervju og med dette kom på flere ting de ønsket å meddele. Intervjuguiden ligger som vedlegg til studien (Vedlegg 1).

#### **4.3.4. Gjennomføring av intervjuene**

Gjennom intervjuene skapes ny kunnskap gjennom samtale basert på et samspill mellom forsker og intervjudeltaker. Det å få en dypere innsikt i intervjudeltakernes erfaringer og opplevelser gjør hele intervjuprosessen begivenhetsrik (Kvale & Brinkmann, 2015). For å få en god interaksjon med intervjudeltakerne prøvde jeg å framstå som rolig for å skape en trygg atmosfære. Jeg valgte å informere deltakerne om at jeg var småbarnsmor og at jeg hadde full forståelse for at intervjuene kunne bli forstyrret av barnegråt. Ved å fortelle om dette, opplevde jeg at deltakerne fant en viss ro i at jeg viste forståelse for den livssituasjonen de befant seg i. Videre forsøkte jeg å trygge de på at de tok den tiden de trengte og at vi ikke hadde noe hastverk. Som forklart av Tjora (2017) ønsker vi å skape en avslappet stemning med nok tid til å kunne skape rom for deltakerne til å reflektere over egne opplevelser og erfaringer.

Intervjuene ble gjennomført fra november 2023 til januar 2024. Det ble gjennomført 7 intervju som hadde en varighet på mellom 30-56 minutter, med gjennomsnittlig varighet på 43,5 minutter. På grunnlag av at det skulle intervjues kvinner som var hjemme med sine spedbarn, valgte jeg å være fleksibel med når på dagen intervjuene kunne gjennomføres. Noen av intervjuene ble gjennomført fysisk, enten på en planlagt møteplass eller hjemme hos kvinnen, alt ettersom hva som passet best. Videre ble noen intervju gjennomført digitalt, da enkelte av studiedeltakerne bodde i en annen norsk by. Under de digitale intervjuene opplevde jeg at flere av kvinnene fant mer ro til å fokusere på selve intervjuet. Ofte ble disse intervjuene gjennomført på ettermiddagene hvor samboeren var hjemme og kunne ta hånd om barnet mens intervjuet pågikk. Underveis i intervjuprosessen ble jeg oppmerksom på at alle kvinnene hadde ulike fødsler. Dette skapte en usikkerhet i om hvordan datautfallet kom til å se ut. Her stilte jeg spørsmål til hva et hastekeisersnitt egentlig er. Jo, det er når noe akutt oppstår og barnet må ut fort for å berge enten mor eller barn. Da er det kanskje ikke så rart at fødslene ikke ble like. Deretter forsøkte jeg å fokusere på hva kvinnene faktisk fortalte om tiden etter fødselen, da det tross alt er dette denne studien ønsker å undersøke. Til tross for de ulike fødselsopplevelsene, var det flere elementer som gikk igjen blant kvinnene om tiden etterpå.

Videre opplevde jeg det som en bratt læringskurve å utføre intervju. Jeg brukte litt tid på å bli trygg i intervjusettingen, hvor jeg i starten var usikker på når-, og om hvilke oppfølgingsspørsmål som passet til det deltakerne fortalte. Ved spesielt ett intervju så jeg det som utfordrende å få en fin flyt i samtalen. Som sykepleier er jeg godt vant med å snakke med

mennesker, men akkurat under dette intervjuet var det utfordrende å få fram den gode samtaleflyten i intervjuet. Videre tenkte jeg mye på om hvilke oppfølgingsspørsmål jeg kunne stille som ikke gikk over grensen med tanke på de etiske retningslinjene. Jeg forsøkte å være lydhør og oppmerksom på hvor grensen går på hvor mye kvinnene ønsket å dele av sin erfaring, spesielt ved tema som kunne oppfattes som vanskelige eller såre. Spesielt rundt spørsmålene om amming fokuserte jeg på å være ydmyk og lyttende for å fange opp om kvinnene følte det var ubehagelig å snakke om. Dette fordi tidligere forskning viser en sammenheng mellom det å mestre ammingen og å lykkes i morsrollen (Hjälmhult & Lomborg, 2012). Det varierte i hvordan kvinnene håndterte disse spørsmålene. Noen delte mye av sine erfaringer og samtaleflyten var fin, mens enkelte opplevde temaet som sårt. Her ble det viktig å finne balansegangen i hvordan samtaleflyten ble opprettholdt, og videre vurderte hvilke oppfølgingsspørsmål som var passende ut ifra kvinnenenes erfaringer og opplevelser.

#### **4.3.5. Transkribering**

Gjennom transkriberingen er hensikten at resultatet av intervjuene komme til rette. Dette ved å analysere den kunnskap som er innhentet (Kvale & Brinkmann, 2015). Kort tid etter gjennomføring av intervjuene, ble disse transkribert. Det er viktig at transkriberingen foregår så tett opp mot intervjuene som mulig. Dette fordi intervju er et samspill mellom forsker og deltaker, hvor detaljene, stemningen og kroppsspråk fra intervjuene fortsatt vil ligge ferskt i minne (Kvale & Brinkmann, 2015). Fordelen med selv å transkribere intervjuene og jobbe videre med forskningsarbeidet, er at en fort tas med tilbake til intervjuet med den stemningen og uttrykkene som hørte til (Tjora, 2017). Etter hver transkripsjon valgte jeg å ta notater, særlig om det var noe som utspilte seg som relevant i forhold til problemstillingen. Videre lyttet jeg gjennom intervjuet en ekstra gang. Dette for å få god kjennskap til datamaterialet. Jeg prøvde også å merke meg om det var spesifikke tema som gikk igjen i intervjuene.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er forskningsintervjuet et håndverk som består av mye læring, da særlig gjennom transkripsjon. Det å transkribere intervjuene har vært en tidkrevende, men lærerik prosess. Fordi jeg ønsket å undersøke kvinnenenes livserfaringer med



tiden etter hastekeisersnitt, valgte jeg å inkludere pauser og tonefall i transkriberingen. Dette er viktig for å få fram den psykologiske fortolkningen i hva de forteller i intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015). Gjennom å gjøre dette, blir kvinnenes historier formidlet på en forståelig måte for leserne (Kvale & Brinkmann, 2015). Videre ble informasjon som kunne identifisere deltakerne fjernet i transkripsjonene. Dette for at intervjudeltakerne ikke skal kunne bli gjenkjent.

## **4.4. Dataanalyse**

### **4.4.1. Analyse av datamaterialet**

I denne masteroppgaven ble det brukt en induktiv, fenomenologisk analyse. Dette fordi det er ønskelig å få en dypere forståelse for kvinnenes tanker og opplevelser rundt et gitt fenomen (Johannessen m.fl., 2011). Under utførelsen av en fenomenologisk basert analyse, er det vesentlig at deltakerne gir så innholdsrike og nyanserte beskrivelser av det temaet som skal undersøkes som mulig (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved å analysere intervjuene finner en fram til ulike tema beskrevet av deltakerne, som til slutt vil svare på studiens problemstilling. I denne studien ønsket jeg å undersøke kvinnenes erfaringer og opplevelser, hvor jeg ikke hadde noen teoretisk utgangspunkt. Gjennom å bruke en induktiv tilnærming i analysen, jobbet jeg «fra empiri til teori», som vil si at jeg ønsket å finne gjentakende mønstre eller temaer i datamaterialet som dannet et teoretisk rammeverk (Johannessen m.fl., 2011).

Videre inn i analysen av intervjuene brukte jeg Kvale & Brinkmanns fem trinn for å fortolke en fenomenologisk analyse (2015, s. 232). Denne formen for analyse blir kalt meningsfortetting. Her er det ønskelig å korte ned på intervjupersonenes uttalelser slik at deres meninger kommer tydeligere fram og lettere kan systematiseres (Kvale & Brinkmann, 2015). Disse fem trinnene innebærer å lese gjennom for å se helheten i intervjuene, finne fram til meningsenhetene, plukke ut tema som finnes i meningsenhetene, se om meningsenhetene svarer til problemstillingen og til slutt framstille de utvalgte emnene i hvert intervju gjennom et deskriptivt utsagn (Kvale & Brinkmann, 2015). Eksempler på hvordan jeg analyserte datamaterialet kommer fram i Tabell 1.

**Tabell 1: Eksempel på analytisk fremgangsmåte i denne studien**

Sitat	Meningsenhet	Meningsinnhold	Tema/ Kategori
«Men, at vi liksom fikk hjelp til sånn praktiske ting. Som man ikke orker selv. Som å lage mat og rydde opp litt her, og sånt» (Intervju 3)	Fikk hjelp til praktiske ting, som man ikke orker selv. Som å lage mat og rydde.	Hjelp med praktiske ting i hjemmet.	Sosial støtte og fellesskap.
«Jeg var jo en dame som likte å holde meg i fysisk aktivitet. Men jeg har jo blitt mer redd for å bruke kroppen. Egentlig. Fordi jeg ikke vet helt hvor jeg skal begynne» (Intervju 7)	Var en dame som likte å holde seg i fysisk aktivitet. Har blitt mer redd for å bruke kroppen. Vet ikke hvor hun skal begynne.	Likte å holde seg fysisk aktiv. Redd for å bruke kroppen. Vet ikke hvor hun skal starte.	Usikkerhet rundt opptrening.

Selve analysen av intervjuene startet under transkripsjonen av intervjuene, hvor jeg tok notater og dannet meg en kort oversikt over innholdet. Jeg leste gjennom teksten flere ganger. Her fikk jeg etter hvert et overblikk i ulike tema som gikk igjen blant intervjupersonene. Jeg valgte å alltid ha problemstillingen foran meg, hvor jeg lettere kunne plukke ut meningsenheter som svarte til studiespørsmålet. Trinn to i Kvale & Brinkmanns fem trinn for å analysere gikk ut på å finne meningsenheter i det intervjudeltakerne har fortalt (2015, s.

232). Etter å ha lest teksten flere ganger, markerte jeg setninger som ga mening ut ifra studiespørsmålet, samtidig som jeg hadde fenomenologien i bakhodet. Jeg satte inn meningsenhetene i en tabell med sidetall, slik at de ble lettere å finne igjen i transkriberingene. Videre i trinn tre trakk jeg fram tema ut ifra meningsenhetene, som ble beskrevet så kort og konsis som mulig. Her forsøkte jeg å få fram det intervjudeltakerne hadde fortalt med et åpent sinn. Samtidig fokuserte jeg på den fenomenologiske tilnærmingen, hvor jeg ønsket å få fram kvinnenens opplevde erfaringer. Schutzs teori (2005) om hverdagslivet var også med på å forme de ulike temaene, hvor jeg ønsket å undersøke kvinnenens overgang til morsrollen i den nye hverdagen.

I det fjerde trinnet vurderes meningsenhetene opp mot studiens spesifikke formål. Her gikk jeg gjennom de ulike temaene og vurderte disse opp mot studiens problemstilling. Jeg spurte meg selv om disse temaene svarte til det jeg skulle undersøke. I det femte og siste trinnet ble de viktigste temaene knyttet sammen og videre framstilt i et deskriptivt utsagn (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 232). Her skrev jeg en kort tekst under hvert tema, for å se om dette ga mening og svarte til studiespørsmålet.

## **4.5 Etiske betraktninger**

I arbeidet med dette prosjektet har jeg forholdt meg til forskningsetiske retningslinjer. Selve vurderingsgrunnlaget for etiske prinsipper for medisinsk forskning er basert på Helsinkideklarasjonen (Ruyter, 2018). Ved forskning innen medisin og helsefag er det krav om forhåndsgodkjenning av en uavhengig Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Dette for å sikre at forskningen holder seg innenfor vitenskapelig redelighet (Ruyter, 2018). Jeg søkte denne studien for godkjenning til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, Søknadsnummer: 656436). Vedtaket fra REK om godkjenning av mastergradsprosjektet er lagt ved i vedlegg nummer 3.

Som forsker må en stille seg selv spørsmål om det tema som skal undersøkes er samfunnsnyttig. Samtidig er det viktig at jeg som forsker prøver å være bevisst balansegangen mellom ønsket etter å finne ny kunnskap og å ta etiske hensyn (Kvale & Brinkmann, 2015). Jette Fog (2004) påpeker noen av forskerens dilemma i kvalitativ forskning: forskeren ønsker

å grave så dypt som mulig hos intervjudeltakeren for å innhente kunnskap, noe som kan føre til krenkelse av intervjudeltakeren (Kvale & Brinkmann, 2015). Samtidig skal du som forsker behandle intervjudeltakerne med respekt, da dette kan medføre at deltakerne føler seg trygge og forteller mer (Kvale & Brinkmann, 2015). Gjennom hele intervjuprosessen vil en møte på etiske problemstillinger, og som forsker er det viktig å tenke gjennom mulige etiske dilemmaer man kan møte på underveis i prosessen (Kvale & Brinkmann, 2015). Her prøvde jeg å finne balansegangen mellom å stille spørsmål som krevde utdypende svar, men samtidig ikke gå over streken. Under de første intervjuene ser jeg i ettertid at jeg kunne gravd litt mer. Jeg var heller litt tilbakeholden i frykt for å virke for påtrengende. Samtidig er det kanskje bedre å gå rolig ut fra starten, enn å risikere å krenke deltakerne som i sin tur kan føre til en dårlig flyt i intervjuet.

Informert samtykke innebærer at deltakerne blir nøye informert om formålet med studien, hovedtrekkene i forskningsdesignet, samt de potensielle risikoene og fordelene ved å delta (Kvale & Brinkmann, 2015). Før intervjuene ble satt i gang, fikk alle deltakerne både skriftlig og muntlig informasjon om selve forskningsprosjektet. På intervjudagen fikk de et informasjonsskriv med samtykkeerklæring (Vedlegg 2). Informert samtykke skal være frivillig (Flick, 2018), og det ble presisert at deltakerne alltid har mulighet til å trekke seg fra studien. Det er jeg som forsker som har ansvar for den enkelte deltaker, hvor det er viktig å innhente informert samtykke (Ruyter, 2018). Det ble også gitt informasjon om hvem som har tilgang til intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015).

Konfidensialitet i forskningen understreker viktigheten av å beskytte deltakernes personlige informasjon, samt å sikre at dataene deres behandles på en trygg og fortrolig måte (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette innebærer vanligvis å begrense tilgangen til dataene til bare forskningsteamet, og å sikre at deltakernes identitet ikke avsløres. Som forsker er det viktig å forsikre deltakerne om at informasjonen de kommer med blir anonymisert i studien (Flick, 2018). Informasjonen om deltakerne må presenteres slik at de ikke kan identifiseres av andre. Det er også viktig å fremstille informasjonen på en måte som gjør at andre ikke kan misbruke dataene og dermed misbruke det deltakerne har delt av informasjon (Flick, 2018).

Kontaktopplysningene til hver enkelt deltaker ble erstattet med koder.

Før gjennomføring av intervjuene måtte informasjonen jeg hadde tenkt å bruke klassifiseres. Dette er med på å bestemme hvilke sikkerhetstiltak som skal brukes ved lagring av data

(NTNU, 2022). Intervjuene som ble gjennomført ble tatt opp med en ekstern lydopptaker og lagret forsvarlig i NTNUs fillagringsområde NICE-1. Her er dataene sikret gjennom kobling mot vpn, samt tofaktorautentisering for innlogging (NTNU, u.å.). Det samme gjelder for transkriberingen og personopplysninger. Ved gjennomføring av intervjuene bruke jeg en kryptert minnepinne for å midlertidig lagre dataene før jeg koblet de opp til datamaskinen og NTNU sine lagringstjenester. Dataene vil bli lagret til eksamen er gjennomført sommeren 2024. Resultatene i denne masteroppgaven vil offentligjøres som en masteroppgave i Folkehelse ved NTNU.

Under masterprosjektet forsøkte jeg å være refleksiv, som betyr å være bevisst sin rolle som forsker (NEM, 2009). Jeg tenkte mye på min framtoning i møte med intervjudeltakerne, hvor min rolle som forsker kan påvirke samhandlingen med deltakerne. Under hele analyseprosessen og behandlingen av forskningsdataene reflekterte jeg over min egen holdning til temaet, samt rundt min egen forforståelse (NEM, 2009). For å utøve en god relasjonsetikk, må jeg som forsker påse å være selvbevisst og oppmerksomme på min egen karakter, samt de handlinger og konsekvenser jeg har for andre (Tracy, 2010). Formålet er å oppnå gjensidighet med deltakerne, og ikke å dra deres fortellinger ut av setting kun for å oppnå det en selv ønsker til forskningen (Tracy, 2010). Vi kan aldri være helt sikre på hvordan andre leser, fortolker og anvender innholdet i forskning. Som forsker forsøkte jeg å vurdere hvordan jeg framstilte forskningen, dette for å unngå urettferdige eller utilsiktede konsekvenser. Dette vil medføre at forskningsdeltakerne blir ivaretatt på en etisk, forsvarlig måte (Tracy, 2010).

Hovedformålet med denne masteroppgaven er å ta for seg deltagernes erfaringer med den første tiden etter et hastekeisersnitt. Det var ikke tenkt å gå i dybden på eventuelle psykiske belastninger et hastekeisersnitt kan føre med seg. På grunn av oppgavens problemstilling, kunne det forekommet svar som omhandler deltakernes psykiske helse i forbindelse med hastekeisersnittet. Deltakerne ble derfor informert om at ved psykiske utfordringer i etterkant av keisersnittet, måtte de ta kontakt med tilhørende helsestasjon eller deres fastlege. Videre informerte jeg om Mental helse foreldresupport, som er et gratis og anonymt tilbud for omsorgspersoner med barn under 18 år. Tlf: 116 123, åpent hele døgnet.

<https://mentalhelse.no>

## 5. Resultater

I dette kapitlet vil studiens resultater bli presentert. Etter å ha gjennomført en fenomenologisk analyse av datamaterialet, sitter jeg igjen med tre hovedtemaer som videre deles opp i forskjellige undertema. Disse presenteres i tabell 2.

**Tabell 2:** Studiens resultater systematisert i hovedtema og undertema

Hovedtema	Undertema
Morsrollen	<ul style="list-style-type: none"><li>- Forventninger til tiden etter hastekeisersnittet</li><li>- Tilknytning til barnet</li><li>- Følelsen av å mislykkes</li><li>- Sosial støtte og fellesskap</li></ul>
Hastekeisersnitt blir en hindring for hverdagen	<ul style="list-style-type: none"><li>- Alt gjorde vondt</li><li>- Få hverdagen til å gå opp</li><li>- Etablering av ammingen</li></ul>
Informasjonsflyt	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mangelfull informasjon</li><li>- Usikkerhet rundt opptrening</li></ul>

### 5.1 Morsrollen

Dette hovedtemaet omhandler hvordan det å føde ved hjelp av et hastekeisersnitt påvirket flere aspekter ved det å bli mor. Flere av kvinnenens forventninger til tiden etter fødselen ble påvirket på grunn av hastekeisersnittet. Hverdagslige gjøremål ble utfordrende å gjennomføre på grunn av smerter og ubehag, noe som påvirket deres opplevelse av tilhørighet og mestring i den nye tilværelsen som mor.

*«Også skal du ha de smertene som du har og på en måte de begrensningene som du har også, som gjør at du ikke får på en måte vært den mammaen som du kanskje hadde sett for deg, da. At det at det ble et keisersnitt gjør det» (Intervjudeltaker 3).*

Videre ble tilknytningen til barnet sett på som viktig for å kunne være en så god mor som mulig og å tolke barnets signaler. Tilknytningen ble også sett på som utfordrende den første tiden etter fødselen på grunn av smerter og utfordringer knyttet til bevegelse og mobilitet. Negative tanker, bekymringer og grubling har også vært noe flere av kvinnene har brukt en del tid på i perioden etter fødselen. Det å ha et nettverk rundt seg ble sett på som viktig for kvinnene den første tiden etter hastekeisersnittet. Her fikk kvinnene hjelp og støtte til å få hverdagen til å gå opp, noe som videre ga de et pusterom til å fokusere på seg selv og barnet.

### **5.1.1. Forventninger til tiden etter hastekeisersnittet**

Kvinnene hadde ulike forventninger til tiden etter fødselen, og disse ble påvirket av at fødselen endte i et hastekeisersnitt. Flere hadde sett for seg et ordinært fødselsforløp med påfølgende ukomplisert permisjon sammen med barnet. Her ble overgangen stor, da hastekeisersnittet gjorde at tiden etter ble noe helt annet enn de hadde sett for seg.

*«...Og skjønnte ikke helt hvordan dette skulle gå framover. Skjønnte ikke liksom hvordan man skulle få til dette her med å være ny mor, da, og forstå seg på hvordan hverdagen skulle være med baby og det å se framover, da. Det var vanskelig» (Intervjudeltaker 5).*

Hastekeisersnittet gjorde det utfordrende å være nybakt mor den første tiden. Hvor forventningene de hadde til den første tiden var å gå på trilleturer, kafé med venner og å komme seg fort tilbake til normalen, ble heller hverdagen fylt med usikkerhet, fortvilelse over å ikke få til alt selv, samt en følelse av utilstrekkelighet. De følte de ikke strakk til med å være den moren de hadde sett for seg å være, eller å mestre de gjøremålene den første tiden innebar.

*«Du føler deg litt mislykket, rett og slett. Det er en veldig kjip følelse å ikke vite at man strekker til der man burde gjort» (Intervjudeltaker 7).*

Kvinnene opplevde at samfunnets forventninger til å klare seg selv etter et hastkeisersnitt ikke samsvarte med den opplevelsen de satt igjen med. Flere av kvinnene satt igjen med en erfaring av at keisersnittet var en omfattende operasjon som tok tid å komme seg fra.

*«At det er en forventning om at du skal klare deg selv, men så føler du ikke at du gjør det... Det samsvarer ikke med situasjonen du står i, egentlig. Og jeg føler jeg er en ganske ressurssterk person. Men det følte jeg meg ikke da. Så, nei... Jeg føler at det er noe som ikke stemmer helt med forventning og hva som er realiteten» (Intervjudeltaker 4).*

Det var viktig for kvinnene at begrensningene i forbindelse med hastekeisersnittet gikk over. De så på det som avgjørende å komme seg tilbake til sånn som de var før fødselen. At keisersnittet ikke ble en hindring i å utføre hverdagslige aktiviteter på lang sikt. Det ga motivasjon til å håndtere hverdagen når kvinnene så en gradvis bedring.

### **5.1.2. Tilknytning til barnet**

Flere av kvinnene så på det som viktig å tilbringe mest mulig tid med barnet for å knytte kjennskap og tilhørighet. Det å omfavne barnet med nærhet var også av stor betydning for kvinnene. Det ble sett på som viktig for kvinnene å kunne mestre tilværelsen med en nyfødt, hvor de følte de hadde kontroll på situasjonen og hvordan barnet hadde det.

*«Den første tiden var det viktig for meg å bli kjent med babyen. Ehm, og å føle at babyen... prøve å gi babyen følelsen av å være nær meg, da. Få et forhold, på en måte. Det var det viktigste» (Intervjudeltaker 4).*

For flere av kvinnene gjorde hastekeisersnittet det utfordrende å kunne tilbringe så mye tid med barnet som de hadde sett for seg. I stedet for å bruke all sin tid med barnet, gikk mye av tiden på å komme seg etter operasjonen. Intervjudeltaker 3 fortalte: *«Fordi du får jo ikke vært*



*der for ungen din. Og du får jo ikke i gang ammingen eller noen ting når du ligger der og bare har vondt». Keisersnittet førte med seg en del smerter som gjorde det vanskelig for kvinnene å utføre dagligdagse gjøremål, som stell, løfting og legge barnet til brystet. Dette medførte en følelse av utilstrekkelighet som nybakt mor, da de følte de ikke fikk vært der for det nyfødte barnet den første tiden. På grunn av smertene etter operasjonen, satt flere av kvinnene igjen med en følelse av at de bare var med, og ikke fikk deltatt i stell av barnet. De følte seg til bry, samtidig som de følte de gikk glipp av verdifull tid for å bli kjent med barnet.*

*«Veldig lei meg, egentlig. Litt såret over at jeg ikke klarte å være den mammaen jeg egentlig ville være i starten. Være en omsorgsperson for en liten baby»*

(Intervjudeltaker 7).

Det at tilknytningen den første tiden ikke ble som kvinnene hadde sett for seg, påvirket deres selvtillit i den nye tilværelsen som mor. Hvor kvinnene hadde sett for seg å føle glede over å være nybakt mor, følte de heller en sorg over at de ikke fikk vært den moren de hadde sett for seg å være.

### **5.1.3. Følelse av å være mislykket**

Flere av kvinnene opplevde at selve hastekeisersnittet opptok mye tankevirksomhet den første tiden etter hjemkomst. Enkelte følte seg snytt for selve fødselsopplevelsen og satt igjen med en tristhet over at det ikke ble som de hadde sett for seg. Kvinnene hadde en forventning og visjon om hvordan fødselen og tiden etter skulle bli. Det at fødselen endte i et hastekeisersnitt og at tiden etterpå ble preget av dette, kom som et stort sjokk på de fleste av kvinnene. Her opplevde de tap av kontroll under fødselen og en redsel for sin egen- og barnets helse. Operasjonen opplevdes som en fysisk krevende belastning som påvirket hverdagen deres i stor grad, noe kvinnene var uforberedt på.

*«Det var en stor sorg, egentlig, over det også. At jeg på en måte følte at, ja, det ikke ble som jeg hadde sett for meg, og at det ble så mye verre enn jeg hadde sett for meg»*

(Intervjudeltaker 6).

Det å føde ved hjelp av hastekeisersnitt ble sett på som en fysisk og psykisk påkjenning i tiden etter. Det å vite at det kunne gått veldig galt for både mor og barn satte stort preg på å komme seg tilbake til hverdagen. Noen kvinner følte seg nedtyngt av selvbebreidelse på grunn av fødselsutfallet. De så på å føde ved hjelp av keisersnitt som et nederlag, hvor de følte kroppen hadde sviktet i å føde «normalt». Dette påvirket deres hverdag i ettertid, da fødselen ble sett på som noe de ikke mestret og videre påvirket selvtilliten inn i hverdagen som nybakte mødre. Flere av kvinnene uttrykte et ønske om bedre oppfølging av mors helse i etterkant av fødselen.

*«For jeg har kjent litt på at, er det noe jeg har gjort? Er det noe jeg kunne gjort annerledes selv? Er det noe jeg skulle vært litt mer obs på? Eller, egentlig å gått gjennom forløpet litt mer, sånn, i forhold til å bli ferdig med det, tror jeg»*  
(Intervjudeltaker 4).

Flere av kvinnene satt igjen med en følelse av frykt på grunn av at fødselsforløpet og tiden etterpå ble som den ble. En frykt for å måtte gå gjennom det samme igjen ved en eventuelt ny graviditet. Tiden etterpå ble sett på som tung og utfordrende på grunn av keisersnittet, noe som hos enkelte ikke fristet til gjentakelse. Det som også ble nevnt som utfordrende, var tanken på at et hastekeisersnitt medførte en risiko for mor og barn. En av kvinnene var også bestemt på at om hun skulle føde igjen, skulle dette foregå ved et planlagt keisersnitt.

*«Som jeg kjenner at, sånn i forhold til om jeg skal ha flere barn, da. At det er litt sånn skremmende. Når jeg fikk den opplevelsen som jeg hadde, da, uten at det... alt gikk jo bra. Men, det hadde ikke trengt å gått så bra. Det er litt den følelsen jeg sitter med. At det hadde ikke trengt å gå så bra, egentlig»* (Intervjudeltaker 4).

Til tross for bekymringene knyttet til keisersnittet, var de fleste kvinnene veldig takknemlig over at alt hadde gått bra med både mor og barn under fødselen. Flere uttrykte takknemlighet ovenfor at det ble besluttet keisersnitt for å sikre mor og barns helse, men også et tap over at fødselen og tiden etter ikke ble som de hadde tenkt. Herav de fysiske begrensningene keisersnittet medførte den første tiden.

*«Og jeg var egentlig bare takknemlig hele tiden etterpå med at det hadde gått så bra. For de sa på sykehuset at det var alvorlig, liksom. Så jeg var egentlig mest takknemlig etterpå» (Intervjudeltaker 2).*

#### **5.1.4. Sosial støtte og fellesskap**

Etter hastekeisersnittet opplevde samtlige kvinner at de var avhengig av hjelp og støtte fra sin partner for å få hverdagen til å gå opp. På grunn av smerter etter operasjonen, som igjen medførte fysiske begrensninger, var de avhengig av å få hjelp til alt av praktiske gjøremål den første tiden. Samtlige av kvinnene beskrev hvordan smertene påvirket de enkleste gjøremål, hvor bare det å komme seg inn og ut av sengen opplevdes som en stor bragd. Flere av kvinnene fortalte de ikke hadde klart å ta vare på barnet alene de første seks ukene. De følte seg privilegerte som hadde muligheten til å finne løsninger hvor partneren kunne være hjemme lengre enn de første to ukene etter fødsel. Det å ha partneren hjemme de første ukene betydde veldig mye for flere av kvinnene.

*«... jeg var så kjørt, jeg var så nedfor, jeg var så ferdig. Og jeg klarte liksom ikke å... egentlig så klarte jeg ikke å se glede i noen ting. For jeg synes alt egentlig var slitsomt og vondt og fælt. Det at han hadde sånn stålkontroll på babyen og på en måte, bare tok styringa. Jeg blir nesten sånn at jeg ikke klarer å snakke om det, for det er... ja... Det betydde alt» (Intervjudeltaker 3).*

For å få overskudd til å mestre hverdagen som nybakt mor, og samtidig nyoperert, ble hjelp og støtte fra familie og venner sett på som veldig viktig. Som presisert av intervjudeltaker 3: *«Men, at vi liksom fikk hjelp til sånn praktiske ting. Som man ikke orker selv. Som å lage mat og rydde opp litt her, og sånt»*. Det å få hjelp til hverdagslige gjøremål som å lage middag, vaske hus og å gå trilleturer med barnet betydde mye for flere av kvinnene. Det ga også det lille overskuddet til å håndtere hverdagen. Kvinnene følte de mistet verdifull tid sammen med spedbarnet den første tiden, da smertene og de fysiske begrensningene etter hastekeisersnittet gjorde de vanskelig å utføre hverdagslige aktiviteter. Dette gikk ut over deres samvittighet, hvor de følte de ikke hadde overskudd nok til å håndtere hverdagen. Derfor ble ekstra hjelp sett på som viktig i den forbindelse at det ga en følelse av overskudd og bedre selvtillit i møtet

med den nye hverdagen. Én av studiedeltakerne sa hun ønsket å få til det meste selv, og spurte derfor ikke om hjelp.

*«Ehm, nei, altså, jeg har jo heldigvis mange både venner og nære som, ja, som har vært som reddende engler. Vi lagde vel ikke et måltid den første tiden. Så det er jo nettverket rundt som, på en måte, har vært det aller viktigste for å komme seg i gang, egentlig»*

(Intervjudeltaker 1).

Flere av kvinnene fant god hjelp og støtte i å snakke om fødselen og utfordringer i tiden etter med venner. Særlig venner som var i liknende situasjon selv, som lettere kunne sette seg inn i hvordan kvinnene hadde det. Noen av kvinnene synes også det var viktig å kunne snakke med partneren om det de hadde vært gjennom. En av kvinnene synes fødselen og den første tiden etter var vond og tøff, og fant trøst i å kunne prate med partneren som hadde oversikt og kunne gjengi de første dagene.

*«Det var godt å snakke med folk som hadde opplevd... ikke akkurat det samme, kanskje, men, som var litt i samme situasjon, på en måte, da. Ja, som kunne sette seg litt inn i det»*

(Intervjudeltaker 5)

Å bruke helsestasjonen som ressurs ble sett på som betydningsfullt for enkelte av kvinnene, som understøttes av intervjudeltaker 3: *«Jeg tror jo at det betyr alt, da. Tror jeg. For det er jo de som kan det»*. De følte de fikk god oppfølging og støtte i tiden etter hastekeisersnittet. Det ble fortalt om god oppfølging under ammingen, og at de følte de fikk tilpasset hjelp etter deres situasjon.

*«Også kan jeg også bare si at, i alle fall, den kontakten som jeg nå fått med helsestasjonen, da, den har vært kjempegod. Så, det er nok en ressurs jeg kommer til å bruke på en helt annen måte hvis det blir nummer to, da»* (Intervjudeltaker 1).

Likevel savnet kvinnene en tettere og bedre dialog med helsestasjonen når det kom til deres psykiske helse. De følte det ble satt av liten tid til samtaler om mors helse i etterkant av fødselsopplevelsen. De uttrykte også at de savnet bedre informasjonsflyt angående keisersnittet.

## 5.2 Hastekeisersnitt blir en hindring for hverdagen

Dette hovedtemaet omhandler hvordan hastekeisersnittet gjorde det utfordrende for kvinnene å komme seg tilbake igjen til hverdagen. Som sagt av intervjudeltaker 4: «*Jeg følte meg ikke godt nok forberedt, til at det kunne bli sånn, da*». De første ukene var preget av smerter og utfordringer når det kom til å utføre dagligdagse gjøremål. Det å finne sin plass som mor, komme i gang med hverdagslige gjøremål og samtidig komme seg tilbake til normal funksjon og god helse etter en operasjon, ble mer utfordrende enn de hadde sett for seg. Dette påvirket følelsene kvinnene satt igjen med, hvor de ikke mestret å følge samfunnets krav til å komme seg raskest mulig. Det å komme seg tilbake til hverdagen noen dager etter en omfattende operasjon ble sett på som utfordrende. De fikk ikke løfte tungt på seks uker, men skulle allikevel ivare ta seg selv og barnet.

*«Og, ja, du skal egentlig ikke gjøre så mye på seks uker. Men, samtidig så skal du klare deg selv, på en måte. Og når det ikke var planlagt at det skulle bli sånn, så ble jo det litt stress, da»* (Intervjudeltaker 4).

Kvinnene fortalte om hvor lite forberedt de følte seg i etterkant av keisersnittet. De hadde ikke sett for seg å måtte ta det rolig de første ukene etter operasjonen. Samtlige av kvinnene savnet informasjon om hva de kunne forvente etter et keisersnitt, samt hvordan de skulle komme seg tilbake til hverdagen igjen.

### 5.2.1. Alt gjorde vondt

Kvinnene fortalte om en hverdag fylt med smerter etter operasjonen. Samtlige var ikke klar over hvor vondt det kom til å gjøre i etterkant. Blant annet gjorde det vondt å forflytte seg, det gjorde vondt å stå for lenge og det gjorde vondt å løfte barnet.

*«Jeg skulle ønske at jeg hadde fått mye mer informasjon om hva man kan forvente. Og fortelle meg at det er vanlig å ha vondt»* (Intervjudeltaker 3).

De hverdagslige gjøremålene ble en belastning som gjorde veien tilbake til hverdagen lengre enn først antatt. Det gikk igjen hos flere av kvinnene at de følte seg hjelpeløse. De klarte hverken å ta vare på barnet eller seg selv de første ukene, og var avhengig av hjelp fra partneren for å få til dette. Intervjudeltaker 5 sa: «*For det gikk ut over kroppen når man har mye vondt rundt magen og på keisersnittet. Da ble det veldig anspent i resten av kroppen. Og da ble ting kanskje litt ekstra slitsomt og vondt*». Smertene gjorde at de følte seg utmattet og svak, hvor de ikke mestret å gjennomføre enkle oppgaver de greide før fødselen.

*«Altså alt gjorde litt vondt hele tiden. Men, man tenker jo sånn, gjør det litt vondere nå enn det gjorde i går? Eller har det blitt bedre? Eller... Så mye av tankene gikk jo også til det, på en måte sånn... Av at ting føltes greit, da»* (Intervjudeltaker 1).

Kvinnene opplevde det som viktig og motiverende at smertene gradvis ble bedre. Dette ga kvinnene håp i en vanskelig periode. Mye av tankevirksomheten gikk til å kjenne etter om de ulike bevegelsene gjorde mindre vondt enn dagen før. De følte på at smertene til tider ble såpass altoppslukende, noe som påvirket deres oppmerksomhet til barnet og hverdagslivet. Det ble viktig for kvinnene å finne en balansegang mellom hva som kjentes greit ut, men også å etterstrebe samfunnets krav til å klare seg alene med barnet. Her måtte kvinnene klare seg alene med barnet, da det ikke er krav om sykmelding etter et keisersnitt.

*«Og jeg hadde jo mye vondter. Og strevde med å bruke magen, da, selvfølgelig. Så det var... jeg følte meg litt sånn isolert, kanskje»* (Intervjudeltaker 5).

Videre følte kvinnene på en form for ensomhet, hvor smertene og de begrensningene disse medførte gjorde at kvinnene følte seg låst fast i eget hjem. De opplevde det som utfordrende å komme seg ut av huset, og uttrykte at de hadde mer enn nok med å komme seg gjennom dagen. Til sammen formet slike opplevelser de første ukene etter keisersnittet hverdagen som ekstra tunge og utfordrende.

*«Det tok de seks ukene, og vel så det, før jeg var tilbake igjen til å tenke at det... Nå kjenner jeg på en måte ingenting. At jeg følte at nå var det på tide å begynne å komme seg litt ut av huset igjen»* (Intervjudeltaker 1).

For flere av kvinnene tok det seks uker før de opplevde smertene som overkommelige og at de endelig kunne begynne å komme i gang med hverdagen igjen. De så tilbake på disse seks ukene som tunge og vanskelige, da smertene påvirket livene deres i stor grad. Flere av kvinnene følte på, som intervjudeltaker 4 uttalte, at «... du får jo på en måte forkortet permisjonstiden din litt fordi du må bruke de første ukene på å komme deg». Kvinnene kjente på at de mistet verdifull permisjonstid med barnet sitt, da de måtte buke tiden på å komme seg etter operasjonen.

*«Men jeg var jo veldig redd for at operasjonssåret og, for det er en stor operasjon, mye større enn hva jeg var klar over» (Intervjudeltaker 4).*

Kvinnene uttrykte en usikkerhet rundt smertene og operasjonssåret. Fåtallet viste hva som var normalt eller hvor vondt det skulle gjøre. Flere var heller ikke klar over hvor stor og omfattende operasjon et keisersnitt er. Intervjudeltaker 2 sa: «Jeg turte ikke utfordre meg selv så alt for mye i starten. Så da har det egentlig gått bra. Når jeg har kjent noe, har jeg tatt det forsiktig». På grunn av mangelfull informasjon rundt operasjonssåret og hva de kunne forvente av smerter, valgte flere å ta det med ro de første seks ukene av frykt for å gjøre ting verre. Her bidro usikkerheten rundt operasjonen til å forme deres hverdag i form av at de ikke visste hvordan de skulle få hverdagen til å gå opp.

## **5.2.2. Få hverdagen til å gå opp**

Etter operasjonen ble det gitt beskjed om å ikke løfte tyngre enn barnet de første seks ukene. Samtlige av kvinnene så på dette som veldig utfordrende, som intervjudeltaker 4 presiserte: «Nei, jeg bare synes det er rart at man skal klare seg selv med de restriksjonene man blir tildelt, da». Det ble sett på som vanskelig å kombinere det å skulle komme seg etter operasjonen, ta vare på barnet, komme seg ut på oppfølginger til helsestasjonen og samtidig følge løfterestriksjonene gitt fra sykehuset.

*«Det som jeg synes kanskje var vanskelig med at det ble sånn som det ble, da, med hastekeisersnitt, eller hva man skal kalle det, er jo at du får jo beskjed om at du*

*egentlig ikke skal løfte noen ting. Annet enn babyen eller noe... du skal ikke løfte noe som er tyngre enn babyen» (Intervjudeltaker 4).*

De første seks ukene etter hjemkomst var de fleste av kvinnene avhengig av hjelp for å få hverdagen til å gå opp. Løfterestriksjonene gjorde det vanskelig for kvinnene å klare seg alene med barnet de første ukene. Det ble også utfordrende å gjennomføre hverdagslige gjøremål, noe som for enkelte ga en følelse av å ikke strekke til. Enkelte av kvinnene satt også igjen med en følelse av at de var etterlatt til seg selv. Intervjudeltaker 6 fortalte: «*Men, ja, jeg følte jo ikke at jeg fikk sånn kjempemye hjelp. Altså, i alle fall ikke av det offentlige*». Flere opplevde det som nærmest umulig å følge løfterestriksjonene, da det ikke er tilrettelagt for at det skal la seg gjøre.

*«Når du har tatt et keisersnitt så får du beskjed om at du ikke skal løfte tungt i seks uker. Og det sier seg selv at da er du ikke... det er ikke noe mulighet for deg å være helt alene. Du trenger hjelp i løpet av dagen hjemme» (Intervjudeltaker 7).*

Flere av kvinnene følte seg ikke forberedt på hvordan hverdagen kom til å bli som nyoperert og nybakt mor. Samtlige av kvinnene opplevde vansker med å holde seg innenfor løfterestriksjonene, og løftet tyngre enn de ble anbefalt opp til flere ganger. Dette for å få hverdagen til å gå opp. De hadde ikke annet valg enn å måtte utfordre sin egen helse for å få gjennomført enkelte gjøremål.

*«Å løfte vogna og sånne ting som ikke er lov, da. Det har jeg jo gjort. Og da har jeg jo kjent det. Men, man må jo, da» (Intervjudeltaker 2).*

Det å reise til helsestasjonen for kontroller krevde enten at bilstolen og/eller barnevogna måtte være med. Ved slike anledninger nevnte flere av kvinnene at de kjente det gjorde litt vondt, men at de ikke hadde noe valg. Dette skapte en følelse av usikkerhet og håpløshet, da det i dag ikke er tilrettelagt for at mor skal kunne være hjemme alene med barnet uten å løfte tyngre enn anbefalt. Flere ytret et ønske om å få mer informasjon om hvordan hverdagen kom til å bli i etterkant av keisersnittet. Som intervjudeltaker 3 fortalte: «*å forberede, og bli litt forberedt på at hverdagen kommer til å bli vanskelig fordi du faktisk ikke har lov til å løfte tyngre enn din egen unge*».



### 5.2.3. Etablering av ammingen

Samtlige av kvinnene opplevde at melkeproduksjonen kom senere i gang etter hastekeisersnittet. Dette var noe som kom overraskende på enkelte, hvor de ikke hadde sett for seg at etablering av ammingen skulle ta tid eller bli en utfordring.

*«Så det var jeg helt uforberedt på. At det liksom skulle ta så lang tid, og... I starten så var det bare helt sånn... Når det kom liksom bare de to dråpene med råmelk, og liksom, min samboer sto med en liten sprøyte og prøvde å samle de. Da tenkte jeg bare, hva er det her for noe?» (Intervjudeltaker 1).*

For å få i gang melkeproduksjonen måtte flere av kvinnene bruke mye tid på å pumpe. De måtte pumpe hver 3.time hele døgnet. Dette for å stimulere brystene til å øke melkeproduksjonen. Flere av kvinnene så på dette som en vanskelig og tidkrevende jobb. Ikke nok med at de nettopp hadde blitt operert, men de måtte også jobbe iherdig for å få til ammingen. Intervjudeltaker 3 fortalte: *«Og jeg synes det har vært en forferdelig jobb å få det til. Det er det som har vært nest mest krevende, synes jeg».*

*«Så jeg tenkte bare: herregud, hvordan skal jeg få til dette her? Hver 3. time med pumping og... Men jeg var... Jeg synes det var verdt det, ja. Sånn at jeg fikk det til. For det er jo enkelt. Og det er jo bra for barnet» (Intervjudeltaker 2).*

Til tross for den ekstra innsatsen for å få i gang melkeproduksjonen, så kvinnene på ammingen som noe bra. Samtlige av kvinnene i studien ammet eller pumpet og ga morsmelk på flaske de første to månedene. Det å få til ammingen ga en stor mestringsfølelse, hvor de følte de fikk til det som var aller viktigst. Flere av kvinnene uttrykte at det var lettvis å amme barnet samtidig som det både er bra for barnets,- og mors helse. Flere opplevde også at melkeproduksjonen kom lettere i gang etter hvert som kroppen kom seg litt etter litt, og når de fikk mer ro rundt seg.

*«Så etter hvert så følte vi at produksjonen på en måte gikk opp igjen. Når vi fikk mer ro, mindre stress, mindre påkjenning på kroppen» (Intervjudeltaker 6).*

Flere av kvinnene opplevde at smertene i etterkant av operasjonen påvirket ammingen på en negativ måte i starten. De fortalte om hvordan smertene gjorde det utfordrende å bevege seg for å hente barnet, og at det gjorde vondt å løfte på barnet. Videre opplevde flere av kvinnene det som utfordrende å finne gode amместillinger. Dette grunnet smertene i og rundt operasjonssåret. De strevde med å finne gode stillinger å amme i, og ofte ble ammingen veldig anspent. Dette ble blant annet forklart av intervjudeltaker 3: *«Altså, det var veldig mye klabb med ammingen, fordi jeg hadde så mye vondt etter operasjonen at jeg fikk jo ikke til å ha babyen på noen måter, på en måte. Jeg fikk ikke... Altså, jeg måtte ha babyen på tvers»*. Flere av kvinnene uttrykte også en redsel for at barnet skulle sparke eller presse på magen under ammingen, da dette opplevdes som svært ubehagelig.

*«Jeg hadde så vondt i magen og ammeposisjoner som ikke funket, jeg var redd for at babyen skulle sparke meg i magen. Også var det vanskelig å bevege seg. Det var ikke bare, bare å komme i ammeposisjoner»* (Intervjudeltaker 6).

Det å få hjelp og støtte fra sin partner ble av flere av kvinnene sett på som vesentlig for å mestre å stå i ammeutfordringene. Selv om flere av kvinnene var veldig opptatte av å skulle få til ammingen, ble de beroliget av partneren som minnet de på at det finnes alternativer om ammingen ikke skulle gå. Det å ha noen å dele både opp- og nedturer med gjorde at kvinnene ikke følte seg så alene midt i ammeprosessen.

*«Det er jo nesten bare tilfeldig at jeg valgte å fortsette. For, min samboer var veldig støttende. Men, han prøvde også å si at hvis, altså, det er på en måte ikke verdens undergang. Hvis det ikke går, så går det ikke»* (Intervjudeltaker 1).

Flere av kvinnene fikk god hjelp og støtte fra partneren til blant annet å vaske og sterilisere pumpeutstyret. Som forklart av intervjudeltaker 3: *«Og han har vært veldig støttende på det, og det har vært veldig viktig, tror jeg. At han har lagt til rette for det. Og han har hjulpet meg å vasket pumpeutstyr og...»*.

## 5.3 Informasjonsflyt

For flere av kvinnene ble det gitt en kort, muntlig informasjon på sykehuset før hjemreise. Her fikk de beskjed om å ikke løfte tyngre enn barnet de første seks ukene, å ta det med ro og å ta av bandasjen etter en ukes tid.

*«...jeg fikk vel hovedinformasjonen når jeg var på sykehuset. Det første døgnet i etterkant. Og da sa de vel at jeg måtte ta det med ro. Ikke løfte mer enn barnet. Prøve å ikke bruke magemusklene når du reiser deg opp» (Intervjudeltaker 5).*

Samtlige av kvinnene hadde ikke sett for seg et keisersnitt, og følte seg uforberedt på å skulle reise hjem med et nyfødt barn og samtidig være nyoperert. Det at informasjonen var såpass begrenset som den var, gjorde at flere av kvinnene ble usikre på hvordan de skulle ta tak i den nye hverdagen. Som intervjudeltaker 1 fortalte: *«Men, i etterkant så har jeg tenkt at det var litt sånn merkelig å få så ekstremt lite informasjon om hva man skal forvente for å komme seg tilbake igjen til hverdagen».*

### 5.3.1. Begrenset informasjon

Det kom tydelig fram blant kvinnene at det ble gitt for lite informasjon om selve keisersnittet og tiden etterpå. Dette ble konkretisert av intervjudeltaker 5: *«Null informasjon, altså... Jeg tuller ikke! Jeg kan ikke huske på at noen har sagt noen ting. Ikke helsesykepleieren eller noen ting».* Flere av kvinnene savnet informasjon om hvordan de kunne komme seg etter operasjonen og hva de kunne forvente av smerter. Den mangelfulle informasjonen medførte at flere møtte den nye hverdagen med stor usikkerhet. Dette påvirket videre kvinnenes selvsikkerhet i møte med den nye hverdagen, hvor de ikke viste hvordan de skulle håndtere de utfordringer som medfulgte etter en operasjon.

*«[...]Om hvordan man kommer seg tilbake til hverdagen, tenker jeg. Og hva man kan forvente av å ha smerter. Fordi at hvis man ikke vet hva man kan forvente, så blir man redd for at det er noe galt» (Intervjudeltaker 3).*

Videre savnet flere av kvinnene mer tydelig informasjon om selve operasjonssåret. De fikk beskjed om å ta av bandasjen selv, men flere uttrykte en usikkerhet rundt om såret så normalt ut. Dette ble blant annet presisert av intervjudeltager 2, som fortalte: *«Men, jeg var litt usikker på selve snittet mitt. Om hva jeg skal gjøre med det og sånt. For jeg fikk ikke så mye informasjon om det, synes jeg»*. De savnet en egen oppfølging av operasjonssåret, da samtlige følte de hadde begrenset helsefaglig kunnskap til å selv kunne bedømme om såret så normalt ut eller ikke.

Etter å ha gjennomgått et hastekeisersnitt var det flere av kvinnene som satt igjen med spørsmål om hvordan en eventuell neste fødsel kom til å bli. En av intervjudeltakerne fikk en kjapp replikk fra kirurgen om at neste svangerskap ble ansett som et risikosvangerskap på grunn av keisersnittet. Dette uten videre utdypning, noe som gjorde at hun satt igjen med mange spørsmål. Flere av kvinnene opplevde en usikkerhet om veien videre etter keisersnittet på grunn av manglende informasjon. Det ble sett på som tungt å ikke vite hvordan dette keisersnittet kom til å påvirke en mulig neste graviditet og fødsel. Usikkerheten rundt keisersnittet gjorde det vanskelig å tenke framover med tanke på å måtte gjennomgå det samme på nytt.

*«Om man kunne få flere barn med keisersnitt, og om man måtte ta keisersnitt med neste barn, og sånne ting. For jeg har jo lyst på flere barn. Og det er liksom... Når jeg har tatt keisersnitt så var det egentlig det første jeg lurte på. Om jeg var nødt til å gjøre det resten av gangene, liksom»* (Intervjudeltager 2).

For å finne svar på det de lurte på, benyttet samtlige av kvinnene seg av å søke på internett. Som forklart av intervjudeltager 5: *«Så det meste måtte Googles, egentlig»*. Enkelte opplevde å få lite utfyllende svar fra fastlegen eller av de ansatte på helsestasjonen når de stilte spørsmål angående keisersnittet. Videre opplevde flere av kvinnene utfordringer med å finne troverdige kilder på internett. Dette skapte igjen usikkerhet rundt keisersnittet og hvordan de skulle håndtere hverdagen.

*«Jeg har prøvd å Google meg til det. Noen snakker om noen Instagram-profiler, altså kvinnehelsefysio og litt sånne ting, da. At man kan dra å se på det. Men, offentlig informasjon: ingenting»* (Intervjudeltager 7).

Flere av kvinnene savnet mer oppfølging av mors fysiske og psykiske helse i etterkant av hastekeisersnittet. De ønsket mer informasjon om hva som er normalt eller ikke å forvente i etterkant av operasjonen. Enkelte av kvinnene savnet også informasjon om kroppslige endringer i etterkant av keisersnitt, om hva som er normalt eller ikke. Flere av kvinnene mistet følelsen i huden rundt operasjonssåret, noen slet med vannlatingen, og noen fikk betydelig overflødig hud som hang over operasjonssåret etter keisersnittet. Felles for alle var at de ikke hadde fått informasjon om noe av dette. Flere savnet at noen så mors behov og satte mors helse i fokus. De savnet å bli sett etter å ha gjennomgått en omfattende operasjon, da lite informasjon medførte mye usikkerhet i tiden etter keisersnittet.

*«Egentlig bare det med å sette mors helse i fokus, da. Er vel egentlig det som skulle ha vært en ting, da» (Intervjudeltaker 7).*

### **5.3.2. Usikkerhet rundt opptrening**

Flere av kvinnene var veldig forsiktige med alt av hverdagslig aktivitet i starten, da de var usikre på om de overbelastet operasjonssåret eller ikke. Flere fortalte at de hadde utsatt å starte med opptrening etter keisersnittet fordi de ikke visste hvordan eller hvor de skulle starte. Som fortalt av intervjudeltaker 7: *«Jeg var jo en dame som likte å holde meg i fysisk aktivitet. Men jeg har jo blitt mer redd for å bruke kroppen. Egentlig. Fordi jeg ikke vet helt hvor jeg skal begynne»*. I forbindelse med opptrening var det også flere av kvinnene som uttrykte en frykt for å gjøre noe galt. De uttrykte en frykt for å overbelaste operasjonssåret og å ikke vite hvilke konsekvenser dette medførte.

*«Men, jeg har godt kunnet tenkt meg å blitt sterk, igjen. For nå har jeg ikke turt å trene. For jeg er redd for å gjøre noe galt, da» (Intervjudeltaker 2).*

Ved oppfølginger og samtaler gjennom helsestasjonen uttrykte flere av kvinnene at det var mangelfull informasjon om opptrening etter et keisersnitt. De følte det meste av informasjonen om opptreningen som ble gitt var tilpasset de som hadde født vaginalt.

*«Også, når vi var på time med fysioterapeut og sånt, så snakket de jo mest om vanlig fødsel og ikke så mye om keisersnitt, sånn på barsel på helsestasjonen, liksom.[...] Så, det synes jeg kanskje det kunne vært litt mer fokus på, da. Øvelser i forhold til keisersnitt» (Intervjudeltaker 2).*

Flere uttrykte en usikkerhet rundt hvordan de skulle forholde seg til opptrening og øvelser som var trygge å starte med etter operasjonen. Dette ble blant annet nevnt av intervjudeltaker 3: *«Men, rundt keisersnittet og det her med bekkenbunnstrening, og... Jeg fikk ikke noe informasjon om det. Det vet jeg jo at man bør gjøre».*

Samtlige av kvinnene uttrykte et ønske om mer utfyllende informasjon om opptrening etter et hastekeisersnitt. De fortalte om hvordan helsestasjonen hadde motivert til trening under graviditeten, men at de opplevde en mangelfull oppfølging rundt opptrening etter fødselen. Flere av kvinnene stilte spørsmål til om de hadde vært mindre plaget den dag i dag om de hadde fått oppfølging med tanke på opptrening etter keisersnittet. Dette ble presisert av intervjudeltaker 6: *«Og at hvis man hadde fått noen øvelser eller et eller annet sånt... jeg vet ikke... om det hadde vært bedre og jeg hadde vært mindre plaget nå?».* Samtlige av kvinnene ytret et ønske om en brosjyre eller et infoskriv som inneholdt enkle øvelser å starte med hjemme for å komme seg fortere i gang.

*«Så egentlig bare da, den tryggheten med at man hadde fått noe som kunne, da... Et ark, eller noen man kunne møtt, eller... En fysioterapeut som sto klar til å fortelle deg hvordan du kunne gjøre ting før du dro hjem, eller, ring oss på dette nummeret så kan vi bistå for deg» (Intervjudeltaker 1).*

I forbindelse med opptrening etter hastekeisersnittet uttrykte flere av kvinnene et ønske om å bli henvist til fysioterapeut. Flere ble overrasket over at dette ikke var en rettighet etter å ha født med keisersnitt. De savnet å ha noen med erfaring som kunne følge med på at opptreningen gikk trygt for seg. De ønsket å få en forsikring om at det de gjorde av øvelser ble gjort rett med tanke på belastningen av operasjonssåret. Dette for å unngå komplikasjoner i ettertid. Det ble sett på som utfordrende å skulle håndtere dette selv uten noen form for oppfølging.

*«Men også det å kanskje kunne bli henvist til en fysioterapeut eller en type... et eller annet som kan hjelpe deg med opptrening, da, i etterkant. For man føler seg jo litt sånn rådløs på... hvor kan man begynne?» (Intervjudeltaker 7).*

Enkelte av kvinnene fortalte at de følte de begynte å komme seg gradvis tilbake til normalen etter rundt fire måneder, som fortalt av intervjudeltaker 5: *«ja, nå, da... kanskje 3-4 måneder før jeg begynte å komme meg litt til meg selv igjen»*. Mens en annen kvinne fortalte at alt kjentes bedre ut og at hun endelig klarte å gå lengre turer sju måneder etter hastekeisersnittet. Kvinnene opplevde at det tok tid å komme seg etter en slik operasjon, hvor begrenset informasjon om opptrening skapte en usikkerhet rundt hvordan de skulle starte.

Det å anerkjenne keisersnitt som en omfattende operasjon, samt tilby god informasjon og veiledning om keisersnittet og opptrening, vil dette bidra til å trygge kvinnene inn i den nye hverdagen som mor. Støtte av helsepersonell og familie vil hjelpe kvinnene i å bedre kunne håndtere smertene etter operasjonen, gjenopptakelse av daglige aktiviteter, samt omsorg for barnet.

## 6. Diskusjon

Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan kvinner som hadde født ved hjelp av hastekeisersnitt erfarte de første seks månedene etter fødselen. Gjennom resultatene kommer det fram hvilke erfaringer og opplevelser kvinnene sitter igjen med de første månedene etter et hastekeisersnitt. Hva har de sett på som viktig i denne perioden, og hvordan håndterte de den nye hverdagen?

Resultatene fra denne studien viser at kvinnenes opplevelse av å tre inn i morsrollen ble påvirket av hastekeisersnittet. De var ikke forberedt på omfanget av operasjonen og hvordan dette påvirket deres nye hverdag. Operasjonen gjorde det utfordrende å få tilknytning til barnet grunnet smerter og vanskeligheter med å bevege seg. Kvinnene satt igjen med en følelse av å ha mislyktes, da fødselen endte i et hastekeisersnitt og ikke en vaginal fødsel. Samtlige av kvinnene uttrykte hvor viktig støtte fra partneren, men også fra familie og venner hadde vært den første tiden etter keisersnittet. På grunn av smertene etter operasjonen opplevde kvinnene vanskeligheter ved å få hverdagen til å gå opp. De følte seg hjelpeløse og til bry. Smertene gjorde det også vanskelig å få til ammingen. Å få til ammingen ble sett på som mestring hos flere av kvinnene. Kvinnene opplevde mye usikkerhet grunnet mangelfull informasjon om selve keisersnittet og hvordan de skulle komme seg etter en slik operasjon. De følte seg ikke trygge på hverken operasjonssåret eller hvordan de skulle starte med opptreningen etter hastekeisersnittet.

I lys av studiens resultater, tidligere forskning og valgt teori, vil jeg diskutere kategoriene: «Forventninger til morsrollen», «Hvordan oppleves hverdagen etter et hastekeisersnitt?», «Amming – et hardt stykke arbeid» og til slutt «Informasjon og oppfølging». Dette er tema som er viktige å diskutere for å kaste lys over kvinnenes erfaringer etter et hastekeisersnitt. Selv om det er begrenset med forskning som direkte undersøker denne studiens problemstilling, har de nevnte temaene blitt identifisert i tidligere forskning.

### 6.1 Forventninger til morsrollen



I denne studien kom det til syne at hastekeisersnittet førte til utfordringer med tanke på å tilpasse seg morsrollen og den nye hverdagen. Smertene etter operasjonen førte til fysiske begrensninger som gjorde det vanskelig å ta vare på barnet. I studien til Fenwick m.fl. (2009) ble det presisert at et keisersnitt blir sett på som en større og mer omfattende operasjon enn kvinnene var forberedt på. Kvinnene finner det utfordrende å oppfylle dagens krav om å ta vare på spedbarnet og sin egen helse (Fenwick m.fl., 2009). I en tidligere studie gjort av Hjälmhult & Lomborg (2012), fant de at flere kvinner kjenner på en del nye bekymringer etter å ha blitt mor. Kvinnene kjente også på et engasjement rundt det å skulle mestre samfunnets krav til å være forelder (Hjälmhult & Lomborg, 2012). Dette ble også nevnt av kvinnene i denne studien, som satt igjen med en opplevelse av ikke å mestre å leve opp til samfunnets forventninger om å komme seg raskt tilbake til hverdagen og å tre inn i rollen som en god mor. Utfordringene knyttet til hastekeisersnittet førte til en kollisjon mellom kvinnenes forventninger til tiden etter fødsel og den faktiske realiteten. I stedet for å føle en glede og iver over å ha blitt mor, ble hverdagen fylt med følelser som usikkerhet, fortvilelse over å ikke mestre hverdagen, samt en følelse av at de ikke strakk til som mor. Kvinnene i denne studien følte de ikke fikk til å være den moren de hadde sett for seg å være. Tidligere forskning peker på at flere kvinner kjenner på en skyldfølelse for å føle seg mislykket etter et keisersnitt (Fenwick m.fl., 2009).

Flere kvinner opplevde sorg og skuffelse over at de ikke greide å føde «normalt». Tiden etter fødselen satt de igjen med en følelse av de hadde mislyktes, tap av kontroll, frykt for sin- og barnets helse, samt at hastekeisersnittet opplevdes som en krevende belastning. Dette sees også i studien til Benton m.fl. (2019), hvor kvinnene opplevde en stor variasjon av følelser i forbindelse med deres hastekeisersnitt. Ifølge Benton m.fl., (2019), gikk flere dominerende negative opplevelser igjen, som tap av opplevd kontroll, følelser av hjelpeløshet, frykt for egen eller barnets helse, samt skuffelse. Fenwick m.fl. (2009) fremhever i sin studie at følelsene rundt fødselsopplevelsen etter et hastekeisersnitt spilte inn på kvinnenes overgang til morsrollen. Blant annet endret operasjonen på deres kjente, normale kropp, samtidig som de følte kroppen hadde sviktet i å kunne føde «normalt» (Fenwick m.fl., 2009). Videre er det viktig at kvinnene oppnår en følelse av normalitet rundt fødselsopplevelsen, dette gjennom å gi mening til de forhold som utspilte seg under fødselen (Fenwick m.fl., 2009). Samtidig ble det sett at mangel på følelsen av normalitet gjorde overgangen til morsrollen mer utfordrende (Fenwick m.fl., 2009).

Til tross for de utfordringene kvinnene i studien opplevde, så de på det som viktig å komme seg tilbake til hverdagen etter hastekeisersnittet. Det ga motivasjon å se at de fysiske begrensningene operasjonen medførte gikk over og at kroppen stadig fungerte. Funn fra Fenwick m.fl. (2009) viser at kvinnene opplevde det som viktig å oppnå «normalitet» etter et keisersnitt. Spesielt var dette viktig for å oppnå en statusovergang til morsrollen. Dette kan også sees i sammenheng med Schutz's teori (2005) om sosial handling. I min studie kan vi se på hvordan kvinnene bruker sine tidligere erfaringer og livshistorie for å manøvrere seg fram i samfunnets perspektiver og forventninger rundt å oppnå en normalitet i rollen som mor. Til tross for dette, erfarte flere kvinner i min studie at samfunnets forventninger til å mestre hverdagen etter et hastekeisersnitt ikke samsvarte med den faktiske opplevelsen til kvinnene selv.

Det var viktig for kvinnene å knytte seg til, samt å bli kjent med det nye barnet. Her bidro hastekeisersnittet til å skape utfordringer i tilknytningen mellom mor og barn, da kvinnene måtte bruke mye tid på å komme seg etter operasjonen. Smertene gjorde det vanskelig å utføre stell og bæring av barnet. Forskning underbygger at smertene etter et keisersnitt kan påvirke dagligdagse aktiviteter knyttet til forflytning, som å ta vare på sin egen- og barnets helse (Pereira m.fl., 2017). Til tross for fysiske restriksjoner i etterkant av keisersnittet, fortsatte kvinnene å utføre dagligdagse gjøremål (Kealy m.fl., 2010). Dette fordi de følte et ansvar hvor hovedoppgaven var å være en god mor for deres barn (Kealy m.fl., 2010). I følge Sandall m.fl. (2018) har ikke de psykologiske ettervirkningene av et keisersnitt blitt godt nok studert. Kvinner opplever en mindre positiv interaksjon med barnet etter å ha født med keisersnitt, sammenlignet med kvinner som hadde en vaginal fødsel (Sandall m.fl., 2018). I min studie satt flere av kvinnene igjen med en følelse av å være mislykket og trist fordi hastekeisersnittet medførte at de ikke fikk vært den omsorgspersonen og moren de ønsket å være. Sett opp mot Schutz's teori (2005), ser vi viktigheten ved at mor og barn tilbringer tid sammen. I hverdagslivet har vi alle en bestemt posisjon i den tiden og samfunnet vi lever i (Schutz, 2005). Når kvinnene får muligheten til å være sammen med barnet i samme rom, foregår det en fortolkning av kroppsspråk, bevegelser og ansiktuttrykk. Her får kvinnen tid og mulighet til å bli kjent med barnets følelser og tanker. Dette ble også sett i studien til Saether m.fl. (2023), hvor barnets generelle helse, glede og tilfredshet ga foreldrene tro på sin egen evne til å håndtere ulike oppgaver og situasjoner knyttet til foreldrerollen.

## 6.2 Hvordan oppleves hverdagen etter et hastekeisersnitt?

Smertene i etterkant av et hastekeisersnitt kom som et sjokk på kvinnene. De var ikke forberedt på hvordan smertene kom til å påvirke ukene etter operasjonen. Smertene dominerte deres oppmerksomhet og tid, og gjorde hverdagslige gjøremål til en stor utfordring. Dette førte til en følelse av hjelpeløshet i møte med den nye hverdagen. Dette sees også i studien til Hadid m.fl. (2023), hvor flere kvinner ble overrasket over nivået og intensiteten av smertene og de fysiske begrensningene i etterkant av operasjonen. Kvinner som hadde gjennomgått et hastekeisersnitt opplevde betydelig mer smerter, samt utfordringer med å utføre dagligdagse aktiviteter sammenlignet med kvinner som hadde gjennomgått et planlagt keisersnitt (Hadid m.fl., 2023). Smerteopplevelsen ble sett i sammenheng med kvinnenes forventninger til fødselen og tiden etter (Hadid m.fl., 2023). Desto høyere kvinnenes forventninger var, desto mer ble de dagligdagse aktivitetene påvirket. Her kan det tenkes at kvinner med hastekeisersnitt ikke hadde like mye tid til å forberede seg mentalt og fysisk på operasjonen som kvinnene med planlagt keisersnitt, noe som kan påvirke smerteopplevelsen. Flere studier påpeker sammenhengen mellom hastekeisersnitt og kvinnenes opplevelse av smerter, samt utfordringer i å utføre aktiviteter sammenlignet med andre typer fødsler (Benton m.fl., 2019; Hadid m.fl., 2023). Det ble sett en risiko for at kvinner som hadde født ved hjelp av keisersnitt oppfattet sin egen helse og velvære som dårligere sammenlignet med de som hadde født vaginalt (Pereira m.fl., 2017). I studien til Benton m.fl. (2019) viser funnene fra en prospektiv studie at gjennomsnittsperioden det tok å komme seg fysisk etter en fødsel var på 3 uker for de som hadde født vaginalt, og 6 uker for kvinnene som hadde født ved hjelp av keisersnitt. På samme måte viste en større og nyere studie at kvinner som hadde født vaginalt, brukt tang eller vakuumekestraksjon, hadde bedre fysisk funksjonsevne 6 uker etter fødselen sammenlignet med de som gjennomgikk et hastekeisersnitt (Benton m.fl., 2019). Kvinnene i denne studien fortalte at de begynte å komme seg gradvis tilbake til normalen etter 3-4 måneder. For enkelte tok det lengre tid.

På grunn av hastekeisersnittets omfang, samt de påfølgende smertene og begrensningene, ble hjelp og støtte fra familie og venner viktig for å få hverdagen til å gå opp. Kvinnene erfarte at det å tre inn i rollen som nybakt mor, samtidig som de skulle komme seg etter en operasjon, krevde mye. Her uttrykte kvinnene en følelse av tilfredshet og bedre selvtillit til å mestre den

nye hverdagen ved å få hjelp til dagligdagse gjøremål i hjemmet. Dette sees også i studien til Saether m.fl. (2023), som viser at førstegangsmødre satte pris på praktisk, sosial og emosjonell støtte fra deres familie og partner. Her ser vi at det å bli mor ofte innebærer en stor omveltning i kvinnes liv. Å få hjelp og støtte fra familie og venner kan lette overgangen til morsrollen, både for kvinner som har født ved hjelp av hastekeisersnitt, og mødre for øvrig.

Flere av kvinnene i studien beskrev viktigheten av å kunne prate med venner, særlig de som befant seg i liknende situasjon. Her ble bekymringer og følelser rundt fødselen og tiden etterpå diskutert i fellesskap, noe som var til god hjelp og støtte inn i den nye hverdagen. Dette samsvarer med tidligere forskning som viser at kvinnes støtte fra mødre som sto i samme setting som de selv, spilte en betydningsfull rolle i normaliseringen av deres overgang til morsrollen (Saether m.fl., 2023). Gjennom samtaler med andre kvinner som hadde lignende erfaringer, kunne kvinnene dele forventninger og erfaringer, samt be om hjelp uten å være redd for kritikk. Denne sosiale støtten bidro til å lette deres læringsprosess og tilpasning i overgangen til morsrollen (Saether m.fl., 2023). Bäckström m.fl. (2017) undersøker hvordan sosial støtte påvirker førstegangsmødre på vei inn i foreldrerollen. Her presiseres det at å dele erfaringer med andre førstegangsførelse, tilfredsstilte behov som ellers var vanskelige å oppfylle, spesielt i rollen som mor. Dette fordi mødre opplevde at de kunne dele de nye og begivenhetsrike erfaringene knyttet til graviditet og barseltid. Kvinnene kjente på følelser av anerkjennelse og tilhørighet, som igjen bidro til å normalisere eller dempe de utfordrende sidene ved morsrollen, både mentalt og fysisk (Bäckström m.fl., 2017). Dette kan sees opp mot Schutzs teori, hvor mennesker ikke opplever verden som en "objektiv" virkelighet; de opplever verden som bestående av meningsfulle objekter og relasjoner. Å forstå og forklare «virkeligheten» krever derfor å være oppmerksom på meningsstrukturene mennesker oppfatter verden gjennom og via. Hvordan vi tolker og gir mening til våre omgivelser, er avgjørende for vår forståelse av «virkeligheten» (Appelrouth & Edles, 2021).

### **6.3 Amming – et hardt stykke arbeid**

Flere av kvinnene i studien opplevde at ammingen kom senere i gang etter hastekeisersnittet. Kvinnene var ikke forberedt på at amming kunne bli et problem eller utfordring, og ble derfor overrasket over at de måtte jobbe en god del for å få det til. Det ble sett på som utfordrende å

skulle få til ammingen, samtidig som de skulle komme seg etter operasjonen og håndtere den nye hverdagen som mor. I studien til Hobbs m.fl. (2016) blir det presisert at kvinner som har født ved hjelp av hastekeisersnitt har en økt forekomst av vanskeligheter ved å etablere ammingen. I Norske retningslinjer for barselomsorgen påpekes det at keisersnitt kan føre til forsinket ammestart og at tiltak skal settes i gang ved en vektnedgang på  $\geq 10$  prosent (Helsedirektoratet, 2014). Kvinner bruker mer ressurser både før og etter sykehusoppholdet sammenlignet med kvinner som har født vaginalt eller ved hjelp av et planlagt keisersnitt (Hobbs m.fl., 2016). I studien til Chaplin m.fl., (2016), understreker den presenterte forskningen viktigheten av å øke amme støtten, spesielt for kvinner som har gjennomgått et keisersnitt. Dette for å få raskere hjelp til å håndtere de utfordringene de kan oppleve med å etablere ammingen. Videre kan dette bidra til å forbedre mors- og barnets helse og trivsel på vei inn i den nye hverdagen. Likevel blir det sett at kvinner som har behov for økt hjelp og støtte til å etablere ammingen, ikke får tilstrekkelig med oppfølging (Chaplin m.fl., 2016). Dette på grunn av at jordmødrene var for opptatte med andre pålagte oppgaver (Chaplin m.fl., 2016).

Kvinnene i studien så på amming som betydningsfullt og noe de ønsket å kjempe for. Her fikk de muligheten til å gi barnet næringsrik morsmelk, samtidig som de opplevde amming som lettvinnt når problemene først løst. Dette sees også i studien til Hjälmhult & Lomborg (2012), hvor det pekes på at kvinnene fortsatte å jobbe for å få til ammingen til tross for ammeutfordringer. Kvinnene viste sterk motivasjon og dedikasjon til å lykkes med ammingen. Videre uttrykte kvinnene stolthet og glede når de opplevde positive resultater, eksempelvis når spedbarnet gikk opp i vekt (Hjälmhult & Lomborg, 2012). Kvinner yter et ønske om å mestre ammingen, og ser på amming som en naturlig prosess i relasjonen mellom mor og barn (Li m.fl., 2021). I forlengelse av dette ser vi at mødre verdsetter og ønsker å amme barnet, til tross for utfordringene som kan oppstå. Dette understreker betydningen av å tilby støtte og ressurser til kvinner, for å hjelpe dem med å oppnå mestring knyttet til amming gjennom god veiledning. Til tross for at kvinner viser en vilje til å kjempe for å mestre ammingen, kom det fram i resultatene at kvinnene opplevde mye smerter i forbindelse med ammingen. Smerter etter operasjonen hemmet deres helhetlige opplevelse av amming og tilknytning til barnet, hvor det blant annet var utfordrende å finne ammestillinger som ikke gjorde vondt.

Helsedirektoratet oppfordrer til amming hele det første leveåret. Hvis mor og barn trives med amming, oppfordres det til å fortsette (Folkehelseinstituttet, 2018). Verdens helseorganisasjon anbefaler amming de to første årene (WHO, 2023). Til tross for at Norge har en relativt høy andel ammende i forhold til andre vestlige land, er varigheten forholdsvis kort (Myhre m.fl., 2020). Etter et halvt år har antall som fullammer gått fra 87 % til 39 % (Myhre m.fl., 2020). Verdens helseorganisasjon anbefaler å amme barnet innen den første timen etter at barnet er født (WHO, 2023). Til tross for dette, viser studien til Chalmers m.fl. (2010) at kvinner som gjennomgikk et keisersnitt har mindre sannsynlighet for å få lagt barnet til brystet innen de første to timene etter fødselen sammenlignet med kvinner som fødte vaginalt. Videre ble det sett at kvinner som fødte ved hjelp av keisersnitt viser en lavere tendens for å amme barna sine i månedene som følger etter fødselen (Chalmers m.fl., 2010). På grunn av keisersnittet, ble hud- mot hudkontakten mellom mor og barn forstyrret av de rutinemessige prosedyrene på operasjonssalen. Dette påvirket igjen den naturlige tilknytningen som er viktig for å få i gang melkeproduksjonen (Chaplin m.fl., 2016).

Gjennom å tilby økt hjelp og støtte til ammende kvinner, vil dette kunne bidra positivt til tilknytningen mellom mor og barn, samtidig som barna starter sine liv med næringsrik kost. Dette vil videre ha betydning for barnets helsetilstand senere i livet (Folkehelseinstituttet, 2018; Myhre m.fl., 2020). Det må også tilrettelegges bedre for at mor og barn får direkte hud- mot hudkontakt rett etter operasjonen for å skape naturlig tilknytning og amming (Chaplin m.fl., 2016). Amming er assosiert med flere helsefordeler for mor, som mindre risiko for brystkreft, diabetes type 2 og hjerte- og karsykdommer. Dette gjelder perioden kvinnen ammer, samt senere i livet (Helsedirektoratet, 2022). Etter et keisersnitt er det derfor viktig å tilby støtte for å få til ammingen, da det er sett at disse kvinnene har ekstra utfordringer med å få til ammingen (Chaplin m.fl., 2016).

## **6.4 Informasjon og oppfølging**

Studiens resultater viser at flere av kvinnene ikke var forberedt på at fødselen endte i et hastekeisersnitt, samt hvordan de skulle løse hverdagen etterpå. De fortalte om lite informasjon på sykehuset, som medførte stor usikkerhet i hvordan de skulle håndtere hverdagen med et nyfødt barn som nyoperert. Dette ble også sett i studien til Fenwick m.fl.

(2009), hvor kvinnene opplevde å ikke få tilstrekkelig informasjon om keisersnittet. I tillegg savnet de en dialog med helsepersonell i tiden etterpå, hvor de kunne stille spørsmål de hadde angående fødselen og tiden etter (Fenwick m.fl., 2009). Ifølge regjeringen, er dagens helsetjeneste preget av mangel på nok personell (Meld. St. 9 (2023-2024)). Her kan det stilles spørsmål til om mangel på helsepersonell er en av årsakene til at kvinnene ikke får den informasjonen de har behov for etter å ha gjennomgått et keisersnitt. Kvinnene i studien opplevde å få diffuse og vage svar fra både fastlege og de på helsestasjonen om de hadde spørsmål som gjaldt keisersnittet. Regjeringen ønsker å sikre en kvalitetsmessig og helhetlig barselomsorg, gjennom godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Meld. St. 9 (2023-2024)). Gjennom studiens resultater, sees det at en slik helhetlig barselomsorg ikke fungerer like godt i praksis. Spesielt ikke for kvinnene som har gjennomgått et hastekeisersnitt, da informasjonen gitt til kvinnene viser seg å være mangelfull.

En oppsummering av forskningsstudier i Benton m.fl. (2019) viser at kvinner som har født med keisersnitt har en dårligere fysisk funksjon etter to måneder sammenlignet med kvinner som har født vaginalt. Kvinner som har født ved hjelp av hastekeisersnitt opplever også en betydelig større mental påkjenning og stress 9 måneder etter fødselen sammenlignet med de som hadde født vaginalt (Benton m.fl., 2019). Kvinnene i min studie opplevde en rådløshet på grunn av den mangelfulle informasjonen om mors helse i etterkant av hastekeisersnittet. Som smertelindring fikk de Paracet ved behov, noe som flere opplevde som utilstrekkelig. Etter et keisersnitt vil smertene påvirke kvinnene i å komme seg tilbake til normalen. Blant annet virker smertene begrensende på deres evne til egenomsorg og stell av barnet (Hadid m.fl., 2023; Pereira m.fl., 2017). Dette vil føre til utfordringer i å fungere i hverdagen, samt påvirke forekomsten av komplikasjoner (Hadid m.fl., 2023). Ved å gi kvinnene tilstrekkelig informasjon om deres helse etter et keisersnitt, samt oppfølging av fysioterapeut, vil dette spille en avgjørende rolle i kvinnenes opplevelse og håndtering av smerte i etterkant av operasjonen (Weerasinghe m.fl., 2022). Dette vil i sin tur gi en forbedret kvalitet på mors helse og velvære (Weerasinghe m.fl., 2022). I studien til Weerasinghe m.fl. (2022) ble det observert at kvinnene som fikk oppfølging og informasjon fra fysioterapeut brukte mindre smertestillende sammenlignet med kontrollgruppen. Dette sees også i studien til Pereira m.fl. (2017), hvor fysioterapi kan bidra til bedre smertehåndtering hos den enkelte. I løpet av barseltiden, kan veiledning av fysioterapeut redusere smerte og ubehag. Samtidig kan

fysioterapi fremme livskvalitet, samt bidra til god helse hos både kvinner og spedbarn (Pereira m.fl., 2017).

Flere av kvinnene i studien opplevde en usikkerhet rundt opptrening etter hastekeisersnittet. På grunn av mangelfull informasjon, var de bekymret for å gjøre noe feil. De stilte spørsmål til om de hadde vært mindre plaget den dag i dag om de hadde fått tilrettelagt informasjon og oppfølging i etterkant av keisersnittet. I Norge i dag er det ingen oppfølging av fysioterapeut etter å ha gjennomgått et keisersnitt (Helsedirektoratet, 2014). Til sammenligning har vi krav på sykmelding inntil tre uker ved kikkkehullsoperasjon av en blindtarmbetennelse (Helsedirektoratet, 2016). Her er det videre anbefalt å ta det med ro i seks uker (Helsedirektoratet, 2016). Dette er noe kvinnene i studien ikke fikk muligheten til, da de måtte klare seg alene med et spedbarn. Her ser vi at et keisersnitt blir likestilt med en vaginal fødsel, og ikke et kirurgisk inngrep. Barseloppørret har utarbeidet flere krav for å forbedre den norske barselomsorgen, hvor flere krav omhandler rett til opptrening hos fysioterapeut (Barseloppørret, u.å.). *«Det bør bli standard at alle kvinner som har gjennomgått keisersnitt eller andre operasjoner i forbindelse med fødsel skal få informasjon og hjelp av fysioterapeut post-operativt. Kvinner kan få mulighet til å snakke med fysioterapeut på barsel om knipeøvelser og trening»* (Barseloppørret, u.å.).

Intervensjoner basert på å informere om at en fødsel kan ende i et hastekeisersnitt, god informasjon i etterkant, samt oppfølging av fysioterapeut etter operasjonen vil kunne forbedre kvinnenens smertehåndtering. Dette vil føre til redusert behov for ekstra smertestillende etter operasjonen, samtidig som det å komme tilbake til aktivitet og bevegelse oppleves som mindre smertefullt. Summen av dette vil føre til en bedre opplevelse for kvinnen som igjen er med på å påvirke mors helse og velbehag (Weerasinghe m.fl., 2022). Kvinnene trenger en helhetlig behandling hvor smertene og de fysiske begrensningene etter et keisersnitt blir anerkjent, og ikke avfeid (Mørch m.fl., 2019).

## 6.5 Metodediskusjon

I denne delen av diskusjonen vil det bli diskutert styrker og svakheter som kan ha påvirket studiens kvalitet. Det finnes flere forhold som kan spille inn på denne studiens kvalitet.



Gjennom hele prosessen er det blitt gjort egne refleksjoner rundt metodiske valg. Her vil jeg derfor redegjøre for forhold som kan ha påvirket studiens reliabilitet, validitet og generaliserbarhet.

### **6.5.1. Reliabilitet**

Reliabilitet refererer til hvor pålitelige og konsistente forskningsresultatene er. Det handler om graden av tillit man har til at resultatene gjenspeiler virkeligheten eller fenomenet som studeres (Kvale & Brinkmann, 2015). For å vurdere forskningsresultatenes pålitelighet, kan det utforskes om resultatene ville blitt de samme til andre forskere, til tross for bruk av samme metode. Her ville man fått vurdert om deltakerne i studien ville gitt lignende svar i en annen situasjon med en annen forsker (Kvale & Brinkmann, 2015). Gjennomføringen av intervjuene, samt datainnsamlingen er kun utført av meg, noe som kan påvirke datainnsamlingens pålitelighet. Dette fordi det kun er jeg som har vært i samspill med intervjupersonene, kjent på stemningen underveis i intervjuet og transkribert ut ifra de opplevelsene jeg satt igjen med etter intervjuene. Samtidig er jeg en student med lite forskererfaring, og resultatene kunne derfor utspilt seg annerledes om noen med mer erfaring hadde intervjuet kvinnene (Kvale & Brinkmann, 2015). Det framstår som viktig å belyse de faktorer som kan påvirke intervjuprosessen, samt funn i resultatene. Her er det vesentlig å klargjøre forskerens forforståelse, ettersom denne kan påvirke metodiske valg som i sin tur kan påvirke resultatene (Tjora, 2017). I metodekapittelet gjorde jeg rede for hvordan jeg som forsker forholdte meg til min forforståelse og utøvde refleksivitet gjennom forskningsprosessen.

I kvalitativ forskning må forskeren ofte bruke seg selv som instrument i fortolkningsarbeidet, da forskeren innehar sin egen erfaringsbakgrunn. Her blir det vanskelig for andre å tolke på samme måte som forskeren (Johannessen m.fl., 2011). For å øke denne studiens reliabilitet, har jeg nøye beskrevet alle trinnene i forskningsprosessen. Jeg har tydeliggjort min forforståelse, samt gjort rede for mine refleksjoner. Videre har jeg forklart ulike forhold som kan ha påvirket intervjuene. Spørsmål rundt pålitelighet kan spesielt påvirkes av måten spørsmålene blir stilt under intervjuene. Her må forskeren tenke nøye gjennom hvilke spørsmål, samt ordlyden i spørsmålene som blir brukt. Dette for ikke å stille for ledende

spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Under intervjuene fulgte jeg en semistrukturert intervjuguide, men hos noen av intervjudeltakerne kunne disse spørsmålene gi for lite utfyllende svar. Her måtte jeg balansere mellom å stille spørsmål som ga mer utfyllende svar, men samtidig ikke stille for ledende spørsmål som i sin tur kunne påvirke denne studiens troverdighet. På en annen side kan for stort fokus på relabilitet hemme forskerens kreative tenkning og variasjon. Her blir det viktig å finne en balansegang som gir en fin flyt i intervjuene, samtidig som man reflekterer over de valg man tar underveis (Kvale & Brinkmann, 2015). Denne studiens resultater kan på et tidspunkt gjenbrukes av andre forskere, da det er begrenset med kunnskap på dette området. Dette er med på å styrke studiens pålitelighet (Kvale & Brinkmann, 2015). Videre igjennom studien passer jeg på å forklare de metodiske valgene jeg har tatt for å fremstille kunnskapen som presenteres i resultatene. Dette vil gi leseren innsikt i mine refleksjoner og vurderinger underveis. Gjennom å nøye beskrive de valgene som er tatt underveis i studien, vil dette gi leseren anledning til å kritisk vurdere i hvilken grad studiens resultater er pålitelige. Hele forskningsprosessen skal framstå som transparent, slik at det tydelig kommer fram for leseren at personlige, politiske eller andre forhold ikke har påvirket studien og resultatene (Tjora, 2017).

### **6.5.2. Validitet**

Ordet validitet kan defineres som «*en uttalelser sannhet, riktighet og styrke*» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Validitet handler om studiens gyldighet. I samfunnsvitenskap handler validitet om hvorvidt en valgt metode er egnet for å få undersøkt det som skal undersøkes i en studie (Kvale & Brinkmann, 2015). En studies validitet måles ofte i tall, noe som ikke alltid lar seg gjøre i kvalitativ forskning. Kvaale & Brinkmann (2015) argumenterer for at validitet i kvalitativ forskning handler om i hvilken grad våre observasjoner faktisk gjenspeiler de fenomenene eller variablene vi ønsker å undersøke. De understreker at med denne brede forståelsen av validitet, kan kvalitativ forskning gi informasjon eller funn som er pålitelige, nøyaktige og gyldige innenfor rammen av vitenskapelig forskning (Kvale & Brinkmann, 2015). Validitet i forskningssammenheng bør sees gjennom hele forskningsprosessen. Som forsker skal du kontinuerlig gjennom studien vise moral, reflektere rundt din egen forforståelse, samt bruke sunn fornuft over den vitenskapelige kunnskapen som fremstilles (Kvale & Brinkmann, 2015).

Som forsker skal du ha en kritisk tilnærming til dine tolkninger samtidig som forskeren opprettholder en tydelighet ovenfor sitt perspektiv på emnet som studeres (Kvale & Brinkmann, 2015). Med bakgrunn som sykepleier, samt at jeg har erfart å føde ved hjelp av hastekeisersnitt, har jeg vært bevisst på min egen forforståelse. Jeg har vært bevisst på hvordan forforståelsen kan ha innvirkning på tolkningen av svarene som kom fram i intervjuene. Min erfaring gjorde meg bedre rustet til å stille gode oppfølgingsspørsmål.

På grunn av denne studiens problemstilling, hvor hensikten var å utforske erfaringer og opplevelser, ble kvalitativ metode benyttet. Gjennom rekrutteringsprosessen av intervjudeltakerne, samt under intervjuene, kom det fram at hver av de sju kvinnene som ble rekruttert, opplevde vidt forskjellige fødsler i forkant av hastekeisersnittet. Det var også en lang og utfordrende prosess å få nok deltakere til å delta i prosjektet. Dette kan komme av at det første året som nybakt mor er tidkrevende og altoppslukende, hvor det krever en ekstra innsats for å få tid til å delta i et forskningsprosjekt. Her reflekterte jeg om hvorvidt kvinnenes ulike fødselsopplevelser kunne framtre som en svakhet i studiens resultater. Her stilte jeg spørsmål til hvilke kvinner det er som melder seg på et slikt forskningsprosjekt. Det kan tenkes at de har et behov for å snakke med noen i kraft av det de har opplevd. Jeg endte opp med å intervju sju individuelle kvinner, som ikke hadde noe med hverandre å gjøre, ei kjente de hverandres historier. I forlengelse av dette valgte jeg å holde min forforståelse av temaet for meg selv, da jeg ikke ønsket at mine erfaringer rundt hastekeisersnitt skulle påvirke deres oppfatninger eller fortellinger på noen vis. Til tross for at de sju kvinnene opplevde helt ulike fødsler, var tiden etter preget av de samme erfaringene. Dette så jeg på som en styrke til resultatene. Blant annet opplevde samtlige av kvinnene manglende eller helt avvikende informasjon om keisersnittet og tiden etterpå. Også smertene i etterkant av operasjonen og hvordan disse påvirket hverdagen var noe som gikk igjen hos kvinnene. Jeg valgte derfor å jobbe med det datagrunnlaget jeg innhentet gjennom disse intervjuene, som igjen ga resultatene for denne studien.

Med bakgrunn i den manglende tilgjengeligheten på forskningsartikler som omhandler det samme temaet som min studie, kan dette betraktes som en svakhet. Imidlertid har jeg forsøkt å kompensere for denne mangelen ved å inkludere andre studier av høy kvalitet.

### 6.5.3. Generaliserbarhet

I kvalitativ forskning kan generaliserbarhet omtales som "overførbarhet". Det dreier seg om undersøkelsens gyldighet utover de tilfellene som er blitt utforsket (Tjora, 2017).

Generaliserbarhet innebærer å vurdere om funnene eller resultatene fra en studie har begrenset relevans og derfor kun kan generaliseres til én bestemt lokal kontekst, eller om også andre deltakere, situasjoner og kontekster kan omfavne disse (Kvale & Brinkmann, 2015).

Generaliserbarhet betyr med andre ord at «*resultater i en situasjon kan overføres til andre situasjoner*» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 355). Det stilles krav om at vitenskapelig kunnskap skal generaliseres, hvor formålet er at kunnskapen skal være tilgjengelig for alle til enhver tid (Kvale & Brinkmann, 2015). Generaliserbarhet fordrer at beskrivelsene av intervjuprosessen, samt analysearbeidet er av høy kvalitet (Kvale & Brinkmann, 2015).

Gjennom generalisering er vi ikke ute etter om resultatene fra et forskningsintervju kan generaliseres globalt. Her ønskes det heller å se om den kunnskapen som produseres i en bestemt intervjusituasjon kan sees i sammenheng med andre relevante situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2015). Gjennom resultatene i denne studien opplevde samtlige av kvinnene at de mottok mangelfull informasjon. Dette påvirket kvinnene negativt, da informasjon er viktig for å føle trygghet og mestring i hverdagen. Å undersøke hvordan mangelen på informasjon påvirket kvinnene, kan også overføres til andre liknende situasjoner. Mangelen på informasjon kan være en relevant faktor som påvirker kvinners opplevelser og utfall. Videre opplevde flere av kvinnene i denne studien fravær av oppfølging med tanke på å komme seg fysisk etter et keisersnitt. Igjen satt kvinnene igjen med en følelse av usikkerhet om hvordan de skulle ta fatt på opptreningen, noe som følte til tap av mestringsfølelse. Mangelfull oppfølging er noe som kan sees i sammenheng med flere aspekter innen svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorgen (NOU, 2023: 5). Viktigheten av oppfølging gjelder mest sannsynlig for flere enn kun de som har født ved hjelp av hastekeisersnitt.

Overførbarheten av resultatene i denne studien kan være påvirket av det utvalget av kvinner som ble inkludert. Kvinnene i denne studien hadde ulike fødselsforløp. Her hadde det vært av interesse å sett på om kvinner med mer sammenlignbare fødselsforløp under hastekeisersnittet hadde utgjort noen forskjeller på studiens resultater. Det kan stilles spørsmål til om de kvinnene som valgte å stille til intervju hadde et behov å fortelle sin historie. Dette på

bakgrunn av at de opplevde tiden etter som vanskelig. Ved å inkludere flere studiedeltakere, kan det antas at kvinner også kan inneha en annen oppfatning om hastekeisersnittet og månedene etter. Et større utvalg kunne gitt en fylldigere oversikt over temaet.

## 6.6 Implikasjoner for praksis og videre forskning

I denne studiens resultater ble det sett at kvinnene savnet mer informasjon og oppfølging i etterkant av et hastekeisersnitt. På grunn av mangelen på dette, satt de igjen med en følelse av utrygghet og tapt mestringsfølelse i møte med den nye hverdagen som nybakt mor. Ved å utforske kvinnenenes erfaringer og opplevelser etter et hastekeisersnitt, vil denne masteroppgaven bidra til mer kunnskap på feltet. Ved å anerkjenne kvinnenenes behov for støtte og oppfølging den første tiden etter et hastekeisersnitt, kan man bidra til å skape en lettere overgang til morsrollen. Gjennom å fokusere på mors helse i denne sårbare perioden av livet, både i overgangen til å bli mor, men også som nyoperert, vil også barnet få en bedre start på livet.

Denne studien har undersøkt kvinnenenes erfaringer og opplevelser de første månedene etter et hastekeisersnitt. Underveis i arbeidet med tidligere forskning på feltet, kom det fram at det finnes få kvalitative studier som har likhetstrekk til denne studiens problemstilling. Det hadde vært av interesse å inkludere flere studiedeltakere i fremtidige forskningsstudier innenfor dette feltet. Dette for å undersøke studiens overførbarhet, og om eventuelle nye tema hadde blitt tatt opp. Det hadde også vært interessant å sett på om det å returnere til hverdagen etter et keisersnitt hadde utgjort noen forskjell fra om du er førstegangs- eller flergangsførelser. Videre ville det være interessant å se på hva helsepersonell erfarer når det kommer til oppfølging og informasjonsflyt til kvinner som har gjennomgått et hastekeisersnitt. Her hadde det vært av interesse å undersøke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Til slutt sees et behov for å forske mer på kvinnenenes erfaringer og opplevelser med tiden etter et hastekeisersnitt. Her hadde det vært interessant å se dette opp mot planlagt keisersnitt. Dette for å kunne tilpasse og tilrettelegge for en så god overgang til barselperioden og den nye hverdagen som mulig.

## 7. Konklusjon

Formålet med denne studien har vært å undersøke hvordan kvinner opplevde og erfarte de første 6 månedene etter et hastekeisersnitt. Basert på resultatene fra denne studien, kommer det fram at kvinner som gjennomgikk et hastekeisersnitt opplevde flere utfordringer de første seks månedene etter fødselen. Smerte, håpløshet og hjelpeløshet var fremtredende følelser blant kvinnene etter operasjonen. Overgangen til morsrollen ble også påvirket negativt av fødselsopplevelsen, hvor hverdagen ble fylt med smerter og begrensninger. Kvinnene opplevde skyldfølelse for ikke å mestre fødselen og den nye hverdagen. Støtte fra partner og familie var avgjørende for å håndtere hverdagen i perioden etter hastekeisersnittet. Kvinnene opplevde forsinket ammestart i forbindelse med hastekeisersnittet, og så på det som krevende å få etablert ammingen. Det krevde mye jobb, hvor smerter etter operasjonen vanskeliggjorde ammingen ukene etter operasjonen. Likevel viste kvinnene et ønske om å få til ammingen, da de var klar over helsegevinstene dette ga. Videre opplevde kvinnene usikkerhet rundt håndtering av keisersnittet og opptrening, hvor de skulle ønske de fikk oppfølging av fysioterapeut. Oppfølging fra fysioterapeut vil kunne hjelpe kvinnene raskere tilbake til hverdagslige aktiviteter, samt minske smerteopplevelsen.

Funnene i denne studien indikerer behovet for bedre støtte, informasjon og oppfølging for kvinner etter et hastekeisersnitt. Økt innsats gjennom å tilby god informasjon til kvinnene, oppfølging og opptrening etter et hastekeisersnitt vil kunne gi kvinnene et bedre utgangspunkt for å mestre hverdagen. Dette understreker viktigheten av å tilby tilpasset omsorg og støtte for å sikre en positiv overgang til morsrollen. Ved å legge i en ekstra innsats for å hjelpe kvinner som har født ved hjelp av hastekeisersnitt til å få til ammingen, vil dette kunne bidra til helsegevinst både for mor og barn.

Denne studien viser viktigheten av at det forskes på hvordan kvinner erfarer og opplever å komme tilbake igjen til hverdagen etter et hastekeisersnitt. Det er nødvendig med videre forskning på hvordan et keisersnitt påvirker kvinnenes helse på kort og lang sikt, samt hvilke potensielle konsekvenser utilstrekkelig oppfølging etter keisersnitt kan medføre for både mor, barn og familie.

## Referanseliste

- Appelrouth, S. & Edles, L. D. red. (2021). *Classical and Contemporary Sociological Theory: Text and Readings*. (4. Utg.). California State University, Northridge. Sage Publications.
- Barselopprøret. (u.å.) *Våre krav*. Hentet 15.november 2023 fra <https://barselopprøret.no>
- Bäckström, C., Larsson, T., Wahlgren, E., Golsäter, M., Mårtensson, L. B. & Thorstensson, S. (2017). "It makes you feel like you are not alone": Expectant first-time mothers' experiences of social support within the social network, when preparing for childbirth and parenting. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 12; 51-57.  
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.02.007>
- Benton, M., Salter, A., Tape, N., Wilkinson, C. & Turnbull, D. (2019). Women's psychosocial outcomes following an emergency caesarean section: A systematic literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth* 19, 535. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2687-7>
- Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A.-B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R. (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLOS ONE*, 11(2), e0148343.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>
- Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D. Y., Barros, A. J. D., Barros, F. C., Juan, L., Moller, A.-B., Say, L., Hosseinpoor, A. R., Yi, M., de Lyra Rabello Neto, D., & Temmerman, M. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, 392(10155), 1341–1348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)
- Budiati, T., Setyowati, S., Adjie, S., Gunawijaya, J. (2022). Fathers' Role in Sustainability of Exclusive Breastfeeding Practice in Post-Cesarean-Section Mothers. *Journal of Public Health Research*. 11(2). <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2744>
- Bunadsgeriljaen. (u.å.). *For et trygt og godt fødetilbud over hele Norge*.  
*Et folkeopprør!* Hentet 21. april 2024 fra <https://www.bunadsgeriljaen.no>
- Chalmers, B., Kaczorowski, J., Darling, E., Heaman, M., Fell, D. B., O'Brien, B. & Lee, L. (2010). Cesarean and Vaginal Birth in Canadian Women: A Comparison of Experiences. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 37(1), 44–49. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00377.x>

- Chaplin, J., Kelly, J. & Kildea, S. (2016). Maternal perceptions of breastfeeding difficulty after caesarean section with regional anaesthesia: a qualitative study. *Women Birth*, 29 (2), 144-152. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.09.005>
- Den nasjonale forskningsetiske komitè for medisin og helsefag - NEM. (2009). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 24.03.24 fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Fenwick, S., Holloway, I., Alexander, J. (2009). Achieving normality: The key to status passage to motherhood after a caesarean section. *Midwifery*, Volume 25, Issue 5, 2009, Pages 554-563. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.10.002>
- Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (6. utg.). SAGE Publications.
- Folkehelseinstituttet. (29.05.2018). Helse under svangerskap, fødsel og i nyfødtp perioden. *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/svangerskap/>
- Folkehelseloven. (2012). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Gaudernack, L. C., Egeland, T., Voldner, N. (2016). Knowing the midwife before delivery reduces the prevalence of caesarean section on demand in a group of second time mothers with a complicated first delivery. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2016;36(1):44-50. <https://doi.org/10.1177/0107408315602845>
- Hadid, S., Tomsis, Y., Perez, E., Sharabi, L., Shaked, M., & Haze, S. (2023). The role of expectations, subjective experience, and pain in the recovery from an elective and emergency caesarean section: A structural equation model. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1–19. <https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2187357>
- Helsedirektoratet. (2016). *Appendicitt (blindtarmbetennelse) operert (D88 Appendisitt)*. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 31. oktober 2016). Lest 06. mai 2024, tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder/diagnosespesifikke-anbefalinger-for-sykmelding/fordoyelsessystemet-d/appendicitt-blindtarmbetennelse-operert-d88-appendisitt>
- Helsedirektoratet. (26.02.2022). *Helsefordeler og ammelengde*. [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; oppdatert lørdag 26. februar 2022. Hentet 6. mai 2024, tilgjengelig



- fra: <https://www.helsenorge.no/spedbarn/spedbarnsmat-og-amming/helsefordeler-og-ammelengde/>
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonale faglige retningslinjer for barselomsorgen – Nytt liv og trygg barseltid for familien* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 01. april 2014, lest 15. november 2023). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>
- Hjälmhult, E., Lomborg, K. (2012). Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2012;26(4):654–62. DOI: [10.1111/j.1471-6712.2012.00974.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00974.x)
- Hobbs, A. J., Mannion, C. A., McDonald, S. W., Brockway, M. & Tough, S. C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth* 16, 90. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1>
- Holmboe, O. & Sjetne, I. S. (2018). *Brukererfaringer med fødsels- og barselomsorgen i 2017*. Nasjonale resultater. PasOpp-rapport nr. 2018:46. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018. Hentet 27.april 2024 fra: <https://www.fhi.no/contentassets/d4da3f0a37534eeb96b5175beef8b587/fode-og-barsel/46-nasjonale-resultater.pdf>
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Abstrakt forlag AS.
- Keag, O. E., Norman, J. E. & Stock, S. J. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 2018-01, Vol.15 (1). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>
- Kealy, M. A., Small, R. E. & Liamputtong, P. (2010). Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth* 10, 47. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-47>
- Kjerulff, K. H., & Brubaker, L. H. (2018). New mothers' feelings of disappointment and failure after cesarean delivery. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 45(1), 19–27. <https://doi.org/10.1111/birt.12315>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Gyldendal.
- Li, L., Wan, W. & Zhu, C. (2021). Breastfeeding after a cesarean section: A literature review. *Midwifery*, 103-103117. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103117>
- Macsali, F., Laine, K., Sugulle, M., Strøm-Roum, E. M. & Fagerli, H. (2020). *Keisersnitt*.

- Norsk gynekologisk forening. Veileder i fødselshjelp.  
ePub. ISBN 978-82-692382-2-8. Hentet 17. oktober 2023  
fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/keisersnitt/>
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*. 2016;26(13):1753-1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Meld. St. 9 (2023-2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan – Vår felles helsetjeneste*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/?ch=1>
- Myhre, J. B., Andersen, L. F., Kristiansen, A. L. (2020). Spedkost 3. Landsomfattende undersøkelse av kostholdet blant spedbarn i Norge, 6 måneder. Rapport 2020. Oslo: Folkehelseinstituttet og Universitetet i Oslo, 2020.  
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/kostholdsundersokelser/spedkost-3---barn-6-mnd-alder.pdf>
- Mørch, M. N., Sommerseth, E., & Dahl, B. (2019). Barselerfaringer etter akutt keisersnitt. *Sykepleien Forskning*, 76793, e-76793.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.76793>
- NOU 2023: 5. (2023). *Den store forskjellen. Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7e517da84ba045848eb57d4e3d89acc3/no/pdfs/nou202320230005000dddpdfs.pdf>
- NTNU. (u.å.). NICE-1—*Kunnskapsbasen—NTNU*. NTNU. Hentet 16. august 2023, fra <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/NICE-1>
- Pereira, T. R. C. A., De Souza, F. G. & Beleza, A. C. S. (2017). Implications of pain in functional activities in immediate postpartum period according to the mode of delivery and parity: an observational study. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 21-1.  
<https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2016.12.003>
- Petrou, S., Kim, S. W., McParland, P., & Boyle, E. M. (2017). Mode of Delivery and Long-Term Health-Related Quality-of-Life Outcomes: A Prospective Population-Based Study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 44(2), 110–119. <https://doi.org/10.1111/birt.12268>
- Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L. H., Modi, N., & Hyde, M. J. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of world

- literature. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 95(5), 1113–1135.  
<https://doi.org/10.3945/ajcn.111.030254>
- Ruyter, K. W. (29. oktober 2018). *Innføring i forskningsetikk for medisin og helsefag*.  
 Forskningsetikk. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/innforing/med-helse/>
- Ryding, E. L., Wijma, K., & Wijma, B. (1998). Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 25(4), 246–251.  
<https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.1998.00246.x>
- Saether, K. M., Berg, R. C., Fagerlund, B. H., Glavin, K., & Jøranson, N. (2023). First-time parents' experiences related to parental self-efficacy: A scoping review. *Research in nursing & health*, 46(1), 101–112. <https://doi.org/10.1002/nur.22285>
- Sandall, J., Tribe, R. M., Avery, L., Mola, G., Visser, G. H., Homer, C. S., Gibbons, D., Kelly, N. M., Kennedy, H. P. & Kidanto, H. (2018). Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*. 2018;392(10155):1349–57. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31930-5)
- Schutz, A. (2005). (Red. Ulff-Møller, B). *Hverdagslivets sociologi: en tekstsamling*. Hans Reitzels Forlag, København.
- St. Meld. nr. 12 (2008-2009). *En gledelig begivenhet - Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/?ch=1>
- Takács, L., Smolík, F., Lacinová, L., Daňsová, P., Feng, T., Mudrák, J., Zábrowská, K., & Monk, C. (2022). Emergency cesarean section is a risk factor for depressive symptoms when breastfeeding is limited. *Journal of Psychosomatic Research*, 153, 110691.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110691>
- Thomassen, M. (2021). Fenomenologiens mange ansikter. I D. Jenssen, M. Kjørstad, S. Seim, & P. A. Tufte (Red.), *Vitenskapsteori for sosial- og helsefag* (1. utgave, s. 103–133). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Tracy, S. J. (2010). *Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research*. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837–851.  
<https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Vedeler, C., Eri, T. S., Nilsen, R. M., Blix, E., Downe, S., A van der Wel, K., Nilsen, A. B. V.

- (2023). Women's negative childbirth experiences and socioeconomic factors: Results from the Babies Born Better survey, *Sexual & Reproductive Healthcare, Volume 36, 2023, 100850*. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100850>
- Weerasinghe, K., Rishard, M., Brabakaran, S., & Mohamed, A. (2022). Effectiveness of face-to-face physiotherapy training and education for women who are undergoing elective caesarean section: A randomized controlled trial. *Archives of Physiotherapy, 12(1), 4*. <https://doi.org/10.1186/s40945-021-00128-9>
- World Health Organization. (2023, 20. desember). *Infant and young child feeding*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Intervjuguide

(Først vil jeg informere om etiske retningslinjer for å delta i studien, innhenting av samtykke, samt informere om at deltakelsen er frivillig. Videre vil jeg fortelle om hva oppgaven/ studien handler om. Dette blir en slags intro til spørsmålene som kommer).

### Innledende spørsmål:

- Kan du fortelle kort om fødselen din?
  - o Har fødselen påvirket tiden etter du kom hjem fra sykehuset? På hvilken måte?
  - o Hvilke tanker og følelser sitter du igjen med etter fødselen?
- Hvor lenge var du på sykehuset?
- Har du vært på kontroll etter fødselen?
  - o Hvem har du vært i kontakt med? (lege, helsesykepleier, jordmor, fysioterapeut? Henvist/ eget initiativ?).
  - o Hvilken betydning hadde dette for deg?
- Har du flere barn?
  - o Hvor gamle er barna dine?

### Hovedspørsmål:

#### *Komme tilbake til hverdagen*

- Kan du fortelle hvordan du opplevde den første tiden etter at du ble skrevet ut fra sykehuset?
  - o Hva var viktig for deg?
  - o Hvilke følelser opplevde du?
- Hvordan har du det nå?
  - o Kan du fortelle om dette har endret seg ut ifra hvor lenge det er siden keisersnittet?

- Kan du si noe om hvilken informasjon du fikk i etterkant av keisersnittet?
  - Fikk du informasjon fra sykehuset/jordmor/helsestasjon?
  - Sett i ettertid, hadde du behov for annen informasjon?
  - Hvilken informasjon hadde betydning for deg?
- Kan du fortelle om hvordan du har kommet deg i gang etter keisersnittet?
  - Hvordan var det å finne hjelp/informasjon om hvordan du skal bevege deg etter keisersnittet?
  - Har du noen fysiske plager nå som du tenker er relatert til operasjonen?
- Hvilken informasjon/veiledning har du fått i forbindelse med opptrening? Kan du utdype hvordan dette har påvirket deg?
  - Fra hvem? (offentlig/privat)
  - Hvilken informasjon har vært viktig for deg?
  - Hva hadde du trengt?

### *Smerter*

- Hvordan opplevde du å utføre hverdagslige aktiviteter etter keisersnittet?
- Kan du beskrive hvordan smertene har vært i etterkant av operasjonen?
  - Kan du utdype om dette har påvirket deg i dagliglivet?
  - Hva fikk du informasjon om? Var det noe du manglet?
  - Hvilken betydning har dette hatt for deg?
  - Hvilke følelser sitter du igjen med?
  - Hva har vært viktig for deg?
- Fikk du tilbud om sykemelding etter keisersnittet?
  - Hadde dette utgjort noen forskjell på hvordan hverdagen din har vært etter operasjonen?

### *Amming*

Ammer du? Evt. Hvorfor ikke?

- Opplevde du noen vansker med å etablere ammingen etter keisersnittet?
  - Kan du utdype hvordan dette har påvirket deg?
  - Hvilke følelser sitter du igjen med?
- Hvordan opplevde du oppfølgingen av ammingen etter du kom hjem fra sykehuset?

**Avslutning:**

- Er det noe du skulle ønske du fikk mer informasjon om?
- Hva tenker du har vært viktig for deg i perioden etter keisersnittet?
  - o Er det noe du har sett på som spesielt utfordrende?

Ut over det som er blitt spurt om, er det noe du ønsker å tilføye eller utdype videre?

Tusen takk!

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv med samtykkeskjema



### VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET «HVORDAN NORSKE KVINNER OPPLEVER DE FØRSTE MÅNEDENE ETTER Å HA FØDT VED HJELP AV ET HASTEKEISERSNITT?»

#### FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke hvilke erfaringer du sitter igjen med etter å ha født ved hjelp av hastekeisersnitt. Jeg søker deg som har født ved hjelp av hastekeisersnitt for 47 måneder siden til å delta i studien. Å føde ved hjelp av et keisersnitt blir i dag likestilt med en vaginal fødsel når det gjelder oppfølging fra helsetjenestene. Prosjektet vil undersøke hvordan du opplever din fysiske form etter en slik operasjon, hvordan hverdagen er etter hastekeisersnittet, samt hvordan du opplever tilbud og oppfølging fra helsetjenesten i denne perioden. Prosjektet vil utforske hva som er viktig for deg i tiden etter et hastekeisersnitt. Dette prosjektet gjennomføres som et mastergradsprosjekt.

#### HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Å delta på forskningsprosjektet innebærer at du deltar i et individuelt forskningsintervju på rundt én time. Forskningsintervjuet gjennomføres som en uformell samtale mellom deg og masterstudenten. I intervjuet vil du bli stilt spørsmål om hvordan du opplevde å komme tilbake til hverdagen, hva som var viktig for deg i denne perioden, om du mottok helsetjenester i perioden, samt om din hverdag etter å ha født ved hjelp av



hastekeisersnitt. Deltakelse i prosjektet påvirker ikke de tjenestene du får i helsetjenesten eller på helsestasjon.

Intervjuet vil bli tatt opp på lydfil. Lydfilen vil lagres på NTNUs sikre datalagringstjeneste, og intervjuet vil bli skrevet ut som tekst i anonymisert form. Ditt navn og telefonnummer eller epost vil lagres på en egen liste som ikke kan kobles direkte til lydfilen .

## MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Ved å delta i denne studien får du muligheten til å dele dine egne erfaringer og tanker rundt den første tiden etter å ha vært gjennom et hastekeisersnitt. Studien vil kunne bidra til økt kunnskap om hvordan kvinner opplevde å komme tilbake til hverdagen etter en slik operasjon. Noen kvinner kan oppleve ubehag ved å snakke om keisersnittet eller tiden etterpå dersom de hadde negative opplevelser i denne perioden.

## FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine opplysninger. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og disse vil da utleveres innen 30 dager. Du kan også kreve at dine opplysninger i prosjektet slettes.

Adgangen til å kreve sletting eller utlevering gjelder ikke dersom opplysningene er anonymisert eller publisert. Denne adgangen kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utførte analyser.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontaktinformasjon på siste side).

## HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og prosjektet vil gå ut året 2024. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre relevante myndigheter.

Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun masterstudent Lise Strøm Pedersen og prosjektleder Marit Solbjør som har tilgang til denne listen.

Etter at forskningsprosjektet er ferdig, vil opplysningene om deg bli oppbevart i fem år av kontrollhensyn.

## GODKJENNINGER

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet. Saksnummer: 656436. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og prosjektleder Marit Solbjør er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

Vi behandler opplysningene basert på ditt informerte samtykke.

## KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte:

Masterstudent Lise Strøm Pedersen, epost [lisesp@stud.ntnu.no](mailto:lisesp@stud.ntnu.no) telefon 90 25 37 30, eller prosjektleder professor Marit Solbjør, epost [marit.solbjor@ntnu.no](mailto:marit.solbjor@ntnu.no), ved NTNU, Fakultet for medisin og helsevitenskap.

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: [juridisk@virksomhet.ntnu.no](mailto:juridisk@virksomhet.ntnu.no) .

**JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER OG MITT BIOLOGISKE MATERIALE BRUKES SLIK DET ER BESKREVET**

---

Sted og dato

Deltakers signatur

---

Deltakers navn med trykte bokstaver

## Vedlegg 3: Godkjenning REK



<b>Region:</b>	<b>Saksbehandler:</b>	<b>E-post:</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Vår dato:</b>	<b>Vår referanse:</b>
REK midt	Linda Tømmerdal Roten	rek-midt@mh.ntnu.no	73597506	03.10.2023	656436

Marit Solbjør

**Prosjektsøknad:** Hvordan kvinner i Norge opplever de første månedene etter et hastekeisersnitt

**Søknadsnummer:** 656436

**Forskningsansvarlig institusjon:** Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

### Prosjektsøknad godkjennes med vilkår

#### Søkers beskrivelse

*Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan kvinner opplever de første månedene etter å ha født ved hjelp av et hastekeisersnitt. Andelen fødsler som gjennomføres med hjelp av keisersnitt øker globalt, men det er gjort lite forskning på kvinnenes egne erfaringer med tiden etter en slik fødsel. I dette prosjektet skal det inkluderes kvinner bosatt i Norge som har født ved hjelp av hastekeisersnitt for 4-7 måneder siden. Studien benytter kvalitative metoder for å undersøke kvinners erfaringer med hastekeisersnitt og tiden etter fødselen. Rundt 10 kvinner vil inviteres til individuelle intervju. Kvinnene vil rekrutteres via oppslag på helsestasjon. Prosjektet vil gi ny kunnskap om hvilken oppfølging og informasjon kvinnene har behov for i tiden etter et hastekeisersnitt.*

#### Innledning

Vi viser til din søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge (REK midt) i møtet 21.09.2023. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

#### REKs vurdering

##### Komiteens prosjektsammendrag

Studiens formål er å undersøke hvordan voksne kvinner opplever de første månedene etter å ha blitt forløst med hastekeisersnitt. Utvalget vil bestå av inntil 12 kvinner som gjennomgikk et hastekeisersnitt for fire til syv måneder siden. Rekrutteringen vil foregå via oppslag på helsestasjoner. Deltakelsen innebærer å være med på et individuelt intervju med lydopptak. Studien er samtykkebasert. Studien skal danne grunnlag for en masteroppgave i folkehelse ved NTNU.

##### Forsvarlighet

Vi har vurdert din prosjektsøknad. Vi ber deg om noen endringer i informasjonsskrivet og har en kommentar til oppbevaring av koblingsnøkkel. Ellers har vi ingen forskningsetiske innvendinger til prosjektet. Deltakelsen innebærer minimal risiko og ulempe, og vi vurderer at den er akseptabel gitt den potensielle nytten av prosjektet. Under forutsetning av at du endrer informasjonsskrivet i samsvar med våre kommentarer vil deltakerne motta informasjon som gir dem et godt grunnlag for et informert og dokumenterbart samtykke.

Vi vurderer at prosjektet er organisert med en klar ansvarsdeling, og med relevant og tilstrekkelig kompetanse tilknyttet prosjektet. Under forutsetning av at du tar vilkårene nedenfor til følge vurderer vi at prosjektet er forsvarlig, og at hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt.

#### *Endring av informasjonsskriv*

Vi ber deg endre informasjonsskrivet i samsvar med følgende punkter:

1. Vennligst juster innledningen ved å skrive direkte til mottakeren.
2. Fjern setningen «Du kan selv melde deg på prosjektet gjennom å ta kontakt med masterstudenten når du ser oppslag på helsestasjonen.», ettersom vi forutsetter at kun personer som har tatt kontakt etter å ha sett oppslag har fått tilsendt informasjonsskrivet.
3. Du må opplyse om hvilken forsikringsdekning som gjelder. I søknadens punkt 7.1 «Forsikring for forskningsdeltakere» har du oppgitt «særskilt forsikring (NTNU er ansvarlig)». Vi forutsetter at forsikringsdekningen som gjelder for prosjektet er at NTNU er selvvassurandør.
4. Bytt ut e-postadressen til personvernombudet med en personuavhengig e-postadresse.
5. Sett inn versjonsnummer og/eller datering i skrevet for eksempel i toppetekst.

#### *Oppbevaring av koblingsnøkkel*

I søknadens punkt 5.2.1 «Beskriv hvordan koblingsnøkkel vil bli oppbevart og hvem som vil ha tilgang» oppgir du at «kun masterstudenten vil ha tilgang på denne.». Vi forutsetter at også prosjektleder har tilgang til navneliste med kontakinformasjon og koblingsnøkkel. Dette fordi prosjektleder er ansvarlig for den daglige driften og alle sider av prosjektet.

#### *Merknad om prosjektperiode*

Vi gjør oppmerksom på at prosjektet må ha en gyldig REK-godkjenning så lenge det er aktuelt å behandle data i forskningsprosjektet. Det vil si under innsamling, bruk /analyse og inntil publisering prosessen er ferdig. Etter prosjektperioden skal data lagres utelukkende av kontrollhensyn. Dersom det er aktuelt å forlenge prosjektperioden, må du sende en søknad om prosjektendring før sluttdato for prosjektet har passert.

#### **Vilkår for godkjenning**

1. Du må sende oss revidert informasjonsskriv og alt av rekrutteringsmateriell via REK-portalen ved å benytte funksjonen «Endring og/eller henvendelse». Du må markere alle endringer i informasjonsskrivet. Du kan ikke sette i gang prosjektet før vi har bekreftet at rekrutteringsmateriell og informasjonsskrivet er godkjent.
2. Du må sende en søknad om prosjektendring for å registrere Signe Stafne som prosjektmedarbeider.
3. Du må sørge for at ingen personidentifiserbare opplysninger kan framkomme ved publisering eller annen offentliggjøring.
4. Du og alle prosjektmedarbeiderne må følge egen institusjons bestemmelser for å ivareta informasjonssikkerhet og personvern ved innsamling, bruk, oppbevaring, deling og utlevering av personopplysninger. Bestemmelsene må være i samsvar med våre vilkår for godkjenning.
5. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene oppbevares i fem år etter prosjektslutt. Enhver tilgang til prosjektdataene skal da være knyttet til behovet for etterkontroll. Prosjektdata vil således ikke være tilgjengelig for prosjektet. Prosjektleder og forskningsansvarlig institusjon er ansvarlige for at opplysningene

oppbevares indirekte personidentifiserbart i denne perioden, det vil si atskilt i en koblingsnøkkel- og en datafil. Etter denne femårsperioden skal opplysningene slettes eller anonymiseres. Vi gjør oppmerksom på at anonymisering er mer omfattende enn å kun slette koblingsnøkkelen, jf. Datatilsynets veileder om anonymiseringsteknikker.

#### **Vedtak**

Godkjent med vilkår

#### **Sluttmelding**

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK på eget skjema via REK-portalen senest 6 måneder etter sluttdato 15.08.2024, jf. helseforskningsloven § 12. Dersom prosjektet ikke starter opp eller gjennomføres meldes dette også via skjemaet for sluttmelding.

#### **Søknad om endring**

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i formål, metode, tidsløp eller organisering må prosjektleder sende søknad om endring via portalen på eget skjema til REK, jf. helseforskningsloven § 11.

#### **Klageadgang**

Du kan klage på REKs vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes på eget skjema via REK portalen. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom REK opprettholder vedtaket, sender REK klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Med vennlig hilsen  
Vibeke Videm  
Professor, dr.med./ overlege  
Leder, REK midt

Linda Tømmerdal Roten  
Seniorrådgiver, REK midt

*Kopi til:*  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Lise Strøm Pedersen

