

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

FÖRÄLDRAPARETS UPPLEVELSE AV ETT
KATASTROFSNITT
- BETYDELSEN AV PAPPANS NÄRVARO

Katrine Berring
Examensarbete 20 poäng
Psykologprogrammet
Vårterminen 2002
Handledare: Birgitta Wickberg

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	4
1. Syfte	5
2. Teoretisk referensram	6
2.1 Psykologiska förändringar under perinatalperioden	6
2.2 Psykiska kriser i samband med barnafödande	7
2.2.1 <i>Utvecklingskris</i>	7
2.2.2 <i>Traumatisk kris</i>	7
2.3 Psykiska reaktioner efter förlossningen	9
2.3.1 <i>Posttraumatisk Stress Disorder (PTSD)</i>	9
2.3.2 <i>Postpartum depression</i>	10
2.4 Anknytningsteori	10
2.4.1 <i>Akut Stress - aktivering av anknytningsmönster hos vuxna</i>	11
3. Psykologisk forskning kring kejsarsnitt	13
4. Metod	15
4.1 Undersökningsgrupp	15
4.2 Undersökningsmetod	15
4.3 Tillvägagångssätt	16
4.3.1 <i>Förberedelser</i>	16
4.3.2 <i>Informationsbrev till föräldrarna</i>	16
4.3.3 <i>Intervjuer</i>	16
5. Resultat	17
5.1 Upplevelsen av själva katastrofsnittet	17
5.1.1 <i>Mammans besvikelse och sorg över utebliven normalförlossning</i>	17
5.1.2 <i>Mammans upptagenhet av det fysiska tillståndet och av känslan att inte duga, inte räkna till</i>	18
5.1.3 <i>Pappans oro och rädsla för kvinnans och barnets hälsa</i>	18
5.1.4 <i>Pappans önskan och uppgift - att hålla ihop familjen</i>	19

5.2	Upplevelsen av personalens bemötande	19
5.2.1	<i>Parets behov av stöd</i>	20
5.2.2	<i>Upplevelser specifika för mammorna</i>	21
5.2.3	<i>Upplevelser specifika för papporna</i>	22
5.3	Upplevelsen av första tiden hemma	23
5.3.1	<i>Betydelsen av pappans närvaro vid katastrofsnittet</i>	23
5.3.2	<i>Betydelsen av pappans stöd första tiden</i>	23
5.3.3	<i>Efterföljande känslor</i>	24
5.3.4	<i>Vikten av återbesök</i>	24
6.	Diskussion	25
7.	Referenser	28
	Bilaga	30

FÖRÄLDRAPARETS UPPLEVELSE AV ETT KATASTROFSNITT - BETYDELSEN AV PAPPANS NÄRVARO

Katrine Berring

Sammanfattning. Ett ”katastrofsnitt” innebär att det i en förlossningssituation finns fara för barnets eller mammans liv. Det finns endast ett fåtal studier som rör mammans upplevelse av ett katastrofsnitt. Studier som belyser pappans upplevelse saknas. Syftet med denna studie var att försöka ge en bild av föräldrarnas upplevelse under själva katastrofsnittet samt första tiden efter. Studien är genomförd med hjälp av kvalitativ metod. Sju föräldrapar har intervjuats i hemmet, 3-6veckor efter förlossningen. Intervjuerna påvisade känslomässiga reaktioner hos mamman såsom; nedstämdhet, sorg, otillräcklighet, samt känslor av besvikelse över en utebliven normalförlossningen och en försenad första kontakt med barnet. Pappornas önskan har varit att hålla ihop familjen, något som försvårats av deras känsla av utanförskap i samband med ingreppet. Stress, rädsla och oro över både kvinnans och barnets hälsa har påverkat papporna. Av intervjuerna framgår att en uppföljning av föräldraren är viktig, då tre mammor och två pappor visade påtaglig psykisk belastning vid intervjutillfället.

År 2001 förlöstes 8035 kvinnor i Göteborg. Av dessa var 1245 (15,5%) kejsarsnitt, 734 (59%) av kejsarsnitten var akuta kejsarsnitt. En mindre del av de akuta kejsarsnitten var ”katastrofsnitt” (ca.100), vilket innebär en omedelbar fara för barnets eller mammans liv. Vid ett katastrofsnitt skall barnet vara förlöst inom femton minuter, efter det att beslutet tagits och personalen larmats (personligt meddelande av Håkan Lilja, 2000).

Under årens lopp har olika rutiner kring katastrofsnitt utvecklats. Under 80- 90-talet kom vårdpersonalen alltmer att betrakta kejsarsnitt som en förlossning, inte enbart en operation. Vid planerade kejsarsnitt och i viss mån akuta kejsarsnitt, är det numera vanligt att pappan är närvarande. Vid ett katastrofsnitt däremot, skiljer sig uppfattningen bland vårdpersonalen åt när det gäller om pappan skall vara närvarande eller inte (Boman, 2000). I Göteborg är förlossningsvården idag uppdelad på två förlossningskliniker vid Östra sjukhuset och Mölndals sjukhus. Båda ingår i Sahlgrenska Universitetssjukhus (SU), sedan en sammanslagning av de tre sjukhusen Sahlgrenska, Östra och Mölndals sjukhus, gjordes hösten 1997. En effekt av sammanslagning blev att vårdpersonal med delvis olika vårdtraditioner blandades. Förlossningsläkarna alternerar mellan de två förlossningsklinikerna (Boman, 2000).

Bakgrunden till denna uppsats är ett psykologexamensarbete av Wibeke Boman, (2000). Hon kartlade i sin studie personalens erfarenheter av och attityder till att arbeta med katastrofsnitt, med fokus på hur de upplevt pappans närvaro. Boman fann i sin studie att personalen utförde färre katastrofsnitt med pappan närvarande på Östra sjukhuset, där var de också mer negativa i sin hållning gentemot hans närvaro. På Mölndals sjukhus däremot uppmuntrades papporna i större utsträckning till ett deltagande och personalen upplevde det mer positivt med hans närvaro.

Aktuell forskning (såväl svensk som internationell) kring reaktioner i samband med kejsarsnitt och akut kejsarsnitt har visat att stressreaktioner samt depression är vanligare hos kvinnan efter förlossning med akut kejsarsnitt, än efter en så kallad normalförlossning. Det saknas emellertid studier som undersökt pappans upplevelser eller reaktioner i samband med kejsarsnitt/akut kejsarsnitt.

1. Syfte

Syftet med uppsatsen var att undersöka den nyblivna mamman och pappans upplevelse i samband med ett katastrofsnitt. Jag valde att belysa deras upplevelse utifrån tre huvudområden;

- Upplevelsen av själva katastrofsnittet
- Upplevelsen av personalens bemötande på sjukhuset
- Upplevelsen av första tiden hemma

2. Teoretisk referensram

Graviditet och föräldraskap beskrivs ofta som en vändpunkt i livet. Erikson (1973) beskriver detta samt pekar på de möjligheter som situationen kan innebära. Föräldraskapet innebär en fysisk (främst för modern) och psykisk omställningsperiod för det blivande föräldraparet. Inte sällan medför föräldraskapet en krissituation. En livskris innebär att livsperspektivet förändras, livet får en ny inriktning. I en krissituation är tidigare erfarenheter och sätt att reagera ofta är otillräckliga. En sådan situation ställer krav på förändrade anpassningsmönster (Hwang & Wickberg, 2001).

2.1 Psykologiska förändringar under perinatalperioden

Fem olika teman präglar perinatalperioden, det vill säga tiden strax före, under och efter födsel (Brudal, 1989). Dessa förändringar gäller framför allt kvinnan, men kan också gälla för män. Mannens förändringar sker inte i första hand på det kroppsliga planet utan på det psykologiska. En del män kan få kroppsliga symptom som liknar kvinnans under denna period, så kallade "couvade symptom".

Brudal redovisar följande teman; behov av att uppleva sig som huvudperson, förändrat tidsbegrepp, ökad sårbarhet, symbiotisk potential samt medvetenhet om döden. Dessa teman rör normala förändringar under denna livsperiod och kan medföra ökad mognad och växt, men kan också utvecklas till psykiska problem.

Nedan följer en beskrivning av förändringarna under denna period;

De flesta som går in i perinatalperioden har ett behov av att uppleva sig som huvudperson. När man går från ett utvecklingssteg till ett annat i livet så får man känslan av att "nu är det min tur". Paret önskar sig tid, rum och uppmärksamhet för att kunna uttrycka känslan av att något viktigt skall ske. I andra kulturer blir ofta detta behov tillgodosett genom ritualer av olika slag, där t ex. kvinnan får särskild uppmärksamhet under graviditet och tiden efter förlossning. I vår kultur saknas ofta sådana rituella inslag.

Ytterligare en förändring under perinatalperioden är att förhållandet till tid påverkas och förändras. Paret lever både i det förflutna, i nutid och framtid på samma gång. Blickarna vänds bakåt till den egna barndomen i sökandet efter en ny identitet som blivande mamma och pappa. Man jämför med hur ens egen mor/far (främst med föräldern av lika kön) varit som förälder, för att finna en ny och egen identitet som förälder. En del blivande föräldrar bekymrar sig bara för framtiden. Framåt i tiden finns ett barn som de skall komma att ha ansvar för, något som kan te sig skrämmande.

Förutom en ökad psykologisk sårbarhet påverkas även sinnen såsom syn, hörsel, smak. Dessa blir "öppna" och förstärkta. En nyförlöst kvinna tycks fånga upp varje ord, gest, ansiktsuttryck, i kontakten med t ex. personalen. Detta gäller såväl bemötandet av dem själva som av barnet.

Brudal menar också att föräldrarna blir konfronterade med en ny upplevelsedimension, där gränserna mellan dem själva och andra berörs. Under de första månaderna är barnet totalt avhängigt av modern eller annan omsorgsperson. Denna gränslöshet och avhängighet förutsätter en inlevelse från moderns sida, som Winnicott kallar "det primära moderstillståndet" (Winnicott, 1993).

Under senare delen av graviditeten och några veckor efter barnets födelse, utvecklar modern detta unika tillstånd som innefattar en medveten men också en djupt omedveten identifikation med barnet. Tillståndet karaktäriseras av tillbakadragande och dissociation och anses vara ett drömlignande tillstånd. Det har till avsikt att göra modern lyhörd och inkännande inför barnets behov under den allra första tiden. Modern som utvecklar detta tillstånd (vilket de allra flesta gör) ger därigenom barnet en ram att utvecklas inom (Winnicott, 1993).

Slutligen saknas ofta en naturlig koppling mellan liv och död, i vår kultur. I en del kulturer är det vanligt att kombinera födelsriterualer med dödsriterualer. Dödsriterualen är en påminnelse om att vi alla en gång blivit födda till livet och världen. Förluster under perinatalperioden kan medföra en konflikt mellan liv och död, en konflikt mellan att knyta an till barnet och att sörja något förlorat (Brudal, 1989).

2.2 Psykiska kriser i samband med barnafödande

Cullberg (1996), delar in psykiska kriser i två olika former, utvecklingskris respektive traumatisk kris. En utvecklingskris ger möjlighet till förberedelse, medan denna möjlighet saknas vid traumatisk kris.

2.2.1 Utvecklingskris

Exempel på en utvecklingskris är t ex. puberteten, perinatalperioden, kriser i samband med att man flyttar eller byter arbete och sådana övergångsfaser i livet som innebär större eller mindre förändringar för en själv och dem vi lever tillsammans med. Den utvecklingskris som perinatalperioden innebär, är förutsägbar. Krisen inkluderar både kroppsliga förändringar (främst för kvinnan) och psykiska processer som sker parallellt. Den berör även individens identitet, genom att förändringar sker i självuppfattning och i omgivningens syn på individen.

2.2.2 Traumatisk kris

Den andra formen, som Cullberg benämner traumatiska kris och Brudal "situationskris", innebär att något plötsligt, oväntat händer. Akuta, oväntade händelser med en klar utlösande orsak som t ex. en trafikolycka, konkurs, uppsägning på arbetsplatsen, präglar denna typ av kris. En krissituation kopplad till barnafödande är extra känslig, då den inträffar i en period i livet när paret är inställt på att skapa liv. Istället blir de t ex. vid ett katastrofsnitt, stående i en polaritet mellan liv och död. Deras situation innefattar både en utvecklingskris och en traumatisk kris. Det finns emellertid två sidor av en psykisk kris, som gäller såväl för utvecklingskris som traumatisk kris; en farofylld sida men också en sida med möjlighet till växt och mognad. Brudal (1989), menar att vi generellt har en tendens att endast se den farofyllda delen av krisen, något som även påverkar vårdpersonal i sin hållning gentemot t ex. den nyblivna mamman och pappan. En modell som handlar om att skona paret från lidande och smärta. Med smärta menas ofta starka affekter. Vi är generellt ängsliga över det katastrofala och det dramatiska vid en kris och de starka affekter och den ångest som kan komma till uttryck väcker ångest även hos oss (t ex. vårdpersonal). Tillväxtpotentialen i en kris förbises ofta.

Cullberg (1996) beskriver på samma sätt som Brudal en kris som en smärtsam erfarenhet som kan mynna ut i mognad, psykisk utveckling, men också i bitterhet och utanförskap. Han åskådliggör den känslomässiga förståelsen av krisen genom en beskrivning av motsatspar, där var och en av dem som drabbats av en kris, kan reagera mer eller mindre. Exempel på motsatspar är meningsupplevelse respektive meningslöshet och kaos, samt samhörighet respektive övergivenhet. Det första motsatsparet, meningsupplevelse respektive meningslöshet och kaos, speglar individens känsla av att leva eller att inte leva i en värld av mening. I den psykiska krisen erfar många en panikartad upplevelse av att tappa förtroende för en meningsfull, förutseende värld. Ängest över att inte kunna kontrollera ett skeende eller en händelse är vanligt förekommande. Det andra motsatsparet, samhörighet respektive övergivenhet, tar fasta på vårt behov av att bli "sedda" eller att inte bli "sedda", samt vårt stora behov av att känna att man är en del av ett sammanhang. Cullberg (1996), ser inte tillstånd som meningslöshet, kaos, övergivenhetskänslor som något sjukt, utan snarare som lägen man kan hamna i när ens existens ifrågasätts och när den referensram man har från tidigare perioder i livet inte räcker till. Han finner det vidare naturligt att se ett mönster i krisreaktioner för människor som varit med om ett trauma. En kris kan naturligtvis upplevas olika och orsaken till krisen kan skifta. Det är inte heller självklart att personen (i det här fallet paret) reagerar lika i den akuta situation som ett katastrofsnitt innebär, inte heller att de olika faserna (chockfas, reaktionsfas, bearbetningsfas, nyorienteringsfas) följs åt i kronologisk ordning. De kan hoppas över alternativt vävas in i varandra. Nedan följer den traumatiska krisens naturliga faser enligt Cullberg;

I chockfas (från ett kort ögonblick upp till några dygn), befinner sig den människa som med alla krafter förnekar verkligheten, inte tar in det som hänt. Det kan vara svårt att minnas vad som hänt och skett. I det här läget är varken kommunikation eller information användbar, då individens medvetande är "grumlat" och icke mottagligt för information om den smärtsamma realiteten.

Under reaktionsfasen (4-6 veckor) börjar den drabbade tvingas att öppna ögonen för det som skett. Detta innebär ofta en häftig psykisk omställning. Verkligheten skall integreras till en helhet. Försvarsmekanismerna träder in, för att skydda jaget. De kan göra övergången till verkligheten mer gradvis, men kan också komma att fixera en eventuell fortsatt utveckling. Försvar som; förnekelse, rationalisering, isolering av känslor och undertryckande av känslor, kan nämnas i detta sammanhang.

Bearbetningsfas (6-12 månader efter trauma) sker när det akuta skedet har lämnats och individen börjar rikta blicken framåt (utåt), istället för att som tidigare vara upptagen av nuet och känslor, upplevelser i samband med traumat (inifrånperspektiv). Om övergången från ett inifrån perspektiv till ett utifrån perspektiv inte har kommit till stånd efter ungefär ett halvår, kan det vara ett tecken på att personen behöver professionell hjälp för att kunna bearbeta händelsen på ett gynnsamt sätt.

Under nyorienteringsfasen (1år-) är målet att individen kan leva med händelsen, det som inträffat som ett ärr som alltid kommer att finnas men inte hindrar individen från livskvalitet och glädje. Smärtsamma känslor kan ibland göra sig påminda, men krisen ses som en del av livet som inte nödvändigtvis behöver glömmas bort helt.

2.3 Psykiska reaktioner efter förlossningen

2.3.1 Posttraumatisk Stress Disorder (PTSD)

Studier av "traumatiska krigsneuroser" kom att lägga den deskriptiva grunden till diagnosen posttraumatisk stress disorder (Apitzsch, 1994), men senare tids erfarenheter av arbete med incest och våldtäktsoffer eller arbete med människor med andra våldsamma upplevelser, bekräftar mångfalden av yttre betingelser som kan ge upphov till en igenkännbar konstellation av psykiska besvär. Klinisk erfarenhet och forskning visar att kvinnor efter en traumatisk förlossning kan utveckla symptom identiska med dem som kännetecknar posttraumatiska stress reaktioner. Menage (1993) studerade 30 kvinnor som genomgått obstetriskt och/eller gynekologiskt ingrepp och som led av posttraumatiska stress reaktioner. Känsla av maktlöshet, brist på information, upplevelser av fysisk smärta, var faktorer som var starkt kopplade till förekomsten av PTSD. Andra faktorer som bidrar till utvecklandet av PTSD har visat sig vara; rädsla för död/eller fysisk skada av sig själv eller barnet, intensiv smärta samt känslor av att inte ha kontroll under förlossningen (Lyons, 1998). Ryding (1993) fann att rädsla för att förlora barnet var den mest betydelsefulla känslan för utvecklandet av posttraumatiska stressreaktioner efter en förlossning. Det är viktigt att uppmärksamma att dessa reaktioner kan förekomma som en tänkbar reaktion efter förlossning och att inte bara kvinnan utan även mannen kan få efterföljande posttraumatiska stress reaktioner. Dessa reaktioner kan påverka barnet och familjen samt leda till problem i mor-barn relation, undvikande av graviditet i framtiden samt rädsla för att föda barn igen eller psykosexuella problem (Lyons, 1998).

Enligt det psykiatriska diagnossystemet DSM-IV (APA, 1994) är kännetecknen för att utveckla diagnosen PTSD, att individen utvecklat symptom efter det att han/hon exponerats för sådan extrem stress, att individen upplevt direkt eller hotande skada/död eller annat hot mot personens fysiska integritet, alternativt bevittnat hotande skada/död eller hot gentemot annan person. Personens reaktion på denna upplevelse skall, för att bli diagnosticerad PTSD, innefatta känslor av intensiv rädsla, hjälplöshet, eller skräck. Andra karaktäristiska symptom är personens återkommande och påträngande återupplevelser av traumat via t ex. tankar, drömmar, känslor, handlande. Undvikande av stimuli som associeras med traumat, t ex. undvikande av tankar, känslor, konversationer, aktiviteter, platser, eller människor som påminner om traumat, samt allmän känslolöshet som t ex. påtagligt minskat intresse eller deltagande i aktiviteter, likgiltighet i förhållande till andra, affektförändringar, svårigheter med att hysa kärleksfulla känslor gentemot annan. Tillstånd av ökad upphetsning (arousal) ingår också i symptombeskrivningen med t ex. svårigheter att somna/sova en längre tid, ökad irritabilitet, koncentrationssvårigheter. För att en individ skall få PTSD diagnos skall symptombilden ha varit aktuell mer än en månad och påverkat individen socialt, yrkesmässigt, eller inom andra viktiga områden/funktioner. Om en person utvecklar PTSD eller ej, påverkas av socialt stöd, familjehistoria, barndomsupplevelser, personliga variabler, tidigare psykiska problem. Wijma, Söderquist, Wijma, påvisar i sin studie (1997), att 1,7% av alla kvinnor visar posttraumatiska stress symptom efter en förlossning. Dessa symptom var relaterade till tidigare psykiatrisk/psykologisk behandling, negativa erfarenheter av tidigare förlossning, samt att kontakten med vårdpersonalen upplevts som negativ.

2.3.2 Postpartum depression

Man kan dela in affektiva reaktioner postpartum (efter förlossningen) i tre kategorier där det första tillståndet anses vara det "lindrigaste". Kategorierna är; postpartum "blues", depression och psykos (Wickberg, 1996). Postpartum "blues" är ett normaltillstånd som tillfälligt drabbar ungefär varannan kvinna, inom en vecka efter förlossning. Det är ett tillstånd som karaktäriseras av ökad irritabilitet, ett sänkt stämningsläge och känslomässig labilitet. En "blues" går vanligen över inom några dagar, men hos de kvinnor där tillståndet inte klingar av, finns ökad risk för utvecklandet av en depression.

En depression post partum kan variera i svårighetsgrad. Kännetecknande reaktioner är; ett sänkt stämningsläge - vardagen upplevs som tung och grå, skuld känslor av att inte räcka till som mamma, känslor av tomhet och av att inte "vara sig själv". Förekomsten av post partum depression varierar mellan 8-15% (Hwang & Wickberg, 2001). Att man är nybliven mamma påverkar hur man upplever depressionen. En deprimerad mamma tycker ofta att hon gått miste om en viktig livsperiod. Påverkan på barnet och familjen är troligtvis större under en känslig period som denna. Händelser under graviditet och förlossning kan vara bidragande faktorer till utvecklandet av detta tillstånd, men främst pekar man på psykosociala problem knutna till moderskap, rollanpassning till att bli mor. Få studier har intresserat sig för pappans roll i familjer med en deprimerad mamma. Förmodligen är pappans betydelse som anknytningsfigur extra viktig i detta sammanhang. Postnatal depression har även rapporterats förekomma bland nyblivna fäder (Wickberg, 1996).

Postpartum psykos är en akut psykotisk reaktion i samband med barnafödande och är mycket ovanlig. Endast en till två promille av alla nyförlösta kvinnor drabbas (Hwang & Wickberg, 2001). Tillståndet kräver psykiatrisk vård. Biologiska faktorer är avgörande men även psykosociala faktorer såsom stress anses vara betydande. Prognosen är god om tillståndet upptäcks i tid och följs upp med adekvat behandling.

2.4 Anknytningsteori

Det är viktigt hur den nyblivna mamman och pappan mår tiden efter förlossning, eftersom deras psykiska hälsa kan påverka anknytningsprocessen till barnet. Symptom som depression hos modern har visat sig ha negativt inflytande på anknytningsprocessen (Hwang & Wickberg, 2001). Likaså kan stressreaktioner efter förlossningen påverka både relationen till barnet, samt hela familjen (Lyons, 1998). I de fall där mamman drabbas kan anknytningsprocessen mellan henne och barnet förskjutas i tid. Hon är då upptagen av förlossningsupplevelsen, upptagen av en bearbetning av det inre trauma hon upplevt i samband med förlossningen. Pappan kan i dessa fall komma att utgöra en extra viktig anknytningsfigur för barnet.

Bowlby (1994) har beskrivit barnets normala och medfödda behov att utveckla en känslomässig bindning till en central föräldragestalt, oftast men inte nödvändigtvis till den biologiska modern. Det friska nyfödda barnet har enligt Bowlby en medfödd potential att gå in i en social interaktion. Likaså har en "genomsnittsmor" potential att med framgång delta i den sociala interaktionen med sitt lilla barn. Anknytningsbeteende är enligt Bowlby de beteendeformer som leder till att en person når eller bibehåller närhet till en annan individ. Först utvecklas anknytningen mellan ungar och föräldrar senare också mellan par (i en vuxen relation).

Anknytningen blir hos barnet som tydligast då han/hon blir rädd, utmattad eller sjuk. Anknytningsfiguren är den som lugnar via tröst och omvårdnad. Vetskapen om att en anknytningsfigur finns tillgänglig, ger barnet trygghet och uppmuntrar till fortsatt relation. När det lilla barnet börjar krypa och gå, gör barnet små, korta utflykter från moderns kropp och blickkontakt, detta för att upptäcka världen. Barnet behöver då veta att anknytningsfiguren är på plats, pålitlig, kan ge stöd, tröst, eller skydd om det skulle behövas. Är kontakten och basen trygg på grund av den vuxnes pålitliga ansvar, utvecklas barnet optimalt. Om den är opålitlig, fast bra emellanåt, växer barnet upp med en ångest som stör dess relationer och utveckling. Är kontakten dålig, lär sig barnet att helt undvika nära kontakt. Ofta påverkar dessa erfarenheter tidigt i livet personlighetsutvecklingen. Bowlby (1994), beskriver vidare betydelsen av studier enligt ”strange situation”, utarbetad av Ainsworth. I denna situation har man kunnat iaktta hur barn reagerar först i föräldrarnas närvaro, sedan när det lämnas ensamt, därefter hur barnet reagerar när en främmande person kommer in i rummet, och slutligen när föräldern återvänder. Barnen har kunnat klassificeras enligt det mönster de visar, trygg anknytning eller två typer av otrygg anknytning; ambivalent eller undvikande beteende. Dessa mönster har visat stabilitet över tid och kan förutsäga hur barnet t ex. kommer att relatera till en annan människa, hantera en ny uppgift i förskola/skola framöver. Biologiskt sett har detta beteende en skyddsfunktion. Att veta att man relativt lätt kan nå en välkänd person som är att lita på i en nödsituation, är en trygghetsgaranti för individen oavsett ålder. De flesta anknytningsstudier är gjorda på mor-barn, men de studier som innefattar fadern visar att han liksom modern utgör en bindningsgestalt för barnet. Det anknytningsmönster barnet påvisar behöver inte vara detsamma i förhållande till mamma, som till pappa. Anknytningsmönstret är inte begränsat till barn utan återfinns också hos ungdomar och vuxna, men aktiveras inte så lätt. Det kan märkas under hela livscykeln men blir som tydligast i nödsituationer. Intensiteten i känslan som åtföljs är dock densamma oavsett ålder. I synsättet finns antagandet att föräldrabetendet (liksom anknytningsbetendet) i viss grad är förprogrammerat att utvecklas i viss riktning när omständigheterna framkallar det.

Bowlby (1994), beskriver de psykologiska förutsättningar som gynnar alternativt står i vägen för en anknytningsprocess, den första tiden i samband med en förlossning. Han beskriver ”den känsliga genomsnittsmodern” (good enough mothering), som är mottaglig för barnets signaler och finner responser på dem. Hon är vaksam på de effekter henne beteende har på barnet och anpassar sig och sitt beteende (sin respons) efter hand. Samma beskrivning kan gälla en känslig genomsnittsfader. Tid och en avspänd atmosfär är viktiga faktorer i utvecklandet av ett sådant beteende. Hjälps och stöd (nätverk) den första tiden (emotionellt stöd / praktisk hjälp) är betydelsefullt. En anknytningsprocess underlättas av att mor och barn ej är åtskilda från varandra den första tiden. Andra betydelsefulla variabler är förlossningsupplevelsen samt attityder och förväntningar under graviditet.

2.4.1 Akut stress - aktivering av anknytningsmönster hos vuxna

Bartholomew och Perlman (1994) har utvecklat en modell som försöker förklara hur utomstående akuta händelser påverkar vuxna individer i deras anknytningsmönster. Det tidigt utvecklade anknytningsmönstret har en långvarig påverkan på den vuxnes personlighet och innefattar en inre arbetsmodell som präglar individens syn på sig själv och andra. Anknytningsmönstret består av beteendemässiga, kognitiva och affektiva mönster som avser att få individen att känna sig trygg i en hotad situation. Personliga faktorer, omgivningen/yttre faktorer (skrämmande händelser) och relationella faktorer kan aktivera anknytningsmönstret. Individer med trygg anknytning har en tendens att

bibehålla en vårdande, stödjande omsorg om den andre vid svåra händelser, samt att själv söka stöd vid hög nivå av stress, ångest. De har också en högre "stresströskel". De anpassar sitt stöd efter partners behov. När båda parter i en relation är "trygga" råder en samstämmig interaktion mellan dem. Vuxna med ambivalent anknytningsmönster tenderar att vara upptagna av egna behov och olösta konflikter vilket gör att de blir ambivalenta i stressfulla situationer. Inget entydigt resultat har dock erhållits från studier av denna grupp enligt Bartholomew & Perlman(1994). Individer med undvikande anknytningsmönster tar ofta till försvar vid hög nivå av stress. Detta gör de för att dämpa, minimera behov av anknytning, närhet. Det hindrar dem från att återuppleva det känslomässiga avvisande som de tidigare upplevt. De har svårt att ge och utgöra ett stöd åt en stresspåverkad partner. Risk finns att den part som behöver stöd och uttrycker det i relationen till sin undvikande partner, känner sig missförstådd och avvisad.

I den stressade situation som ett katastrofsnitt innebär, kan parens individuella anknytningsmönster komma att reaktiveras. Detta kan påverka hur väl de interagerar med varandra, deras möjligheter att knyta an till barnet samt hur de uppfattar händelsen och de inblandade personerna runtomkring, t ex. vårdpersonalen.

3. Psykologisk forskning kring kejsarsnitt

I Sverige har Ryding, Wijma & Wijma, mfl. intresserat sig för psykologiska aspekter av akuta kejsarsnitt, hos kvinnan. Katastrofsnittet, som endast utgör en mindre del av de akuta snitten, har ägnats mycket liten uppmärksamhet. Internationell forskning (Boyce & Todd, Clement, Lyons) har på samma sätt främst intresserat sig för kvinnans psykiska reaktioner i samband med akut kejsarsnitt. Det saknas emellertid forskning som belyser och uppmärksammar pappans reaktioner i samband med akut kejsarsnitt eller katastrofsnitt.

Clement (2001) belyser i sin artikel, baserad på psykologisk forskning i ämnet, att de kvinnor som genomgått kejsarsnitt, generellt sätt är mindre nöjda med sin förlossning än de kvinnor som genomgått vaginal förlossning. Tiden före och efter snittet kan för många vara förknippad med psykologisk stress. Den psykologiska stressen är högre bland de kvinnor som blivit sövda, i jämförelse med de som använt lokalbedövning. De som blivit sövda upplever ofta att en stor bit fattas, nämligen upplevelsen av födelsen. Några kvinnor är inte övertygade om att barnet är deras. I några fall ser kvinnan på sig själv som "misslyckad", att kejsarsnittet inneburit ett misslyckande för henne som kvinna. Eftersom kejsarsnitt är en operation, kan den väcka känslor, tankar om döden/dödlighet. Den kan också upplevas som en kränkning och ett kroppsligt intrång. Ilska riktad mot inblandad personal är ingen ovanlig känsla efter ett kejsarsnitt. Frågor kring om kejsarsnittet var nödvändigt, en känsla av bristande delaktighet och känslor av bristfälligt stöd, förekommer ofta. Hos de kvinnor som varit med om ett kejsarsnitt finns en ökad sårbarhet. Kejsarsnittet kan utgöra en stressfaktor som påverkar kvinnan i utvecklandet av t ex. postnatal depression. Faktorer som tidigare psykiatrisk historia, disharmoni med partner, brist på socialt stöd, tidigare erfarenheter av stressande händelser, sägs spela en stor roll. Svårigheter med amning samt en försenad kontakt med barnet förekom oftare bland mammor som blivit snittade, vilket bland annat kan bero på den påtagliga smärta och trötthet många kvinnor känner efter ett ingrepp som detta. Papporna tenderar att bli mer involverade i barnet. Den egna inställningen till kejsarsnitt samt uppfattningen av personalens stöd är enligt Clement (2001), två viktiga faktorer som bidrar till hur den enskilda kvinnan skall komma att hantera sin upplevelse. De som känt sig delaktiga eller informerade om beslutet till kejsarsnittet, har känt sig mer psykiskt stabila efteråt. Hon rekommenderar att kvinnan görs delaktig i beslut om eventuell operationen samt att hon informeras om varför beslut tas. Vidare föreslår hon att bland de kvinnor som blir sövda, bör partnern tillåtas att närvara om han vill. Han kan erbjudas en möjlighet att ta fotografier, använda video under födelsen. Det är av stor vikt att minimera den tid mor och barn är åtskilda ifrån varandra samt att kvinnan erbjuds att muntligt gå igenom händelseförloppet en kort tid efter förlossningen. Samtliga förslag till åtgärder baseras på tanken att minska den psykologiska stressen för kvinnan efter förlossning med kejsarsnitt och för att minimera den vanligt förekommande känslan bland dessa kvinnor, att de har missat den delen då deras barn föddes.

När det gäller akuta kejsarsnitt, har kvinnan endast lite tid att förbereda sig själv för operationen. Barnet skall vara ute inom åtta timmar efter att beslut fattats. Hon känner en oro både för barnets säkerhet och den egna säkerheten (Clement, 2001). När man jämfört kvinnor som genomgått akut kejsarsnitt med dem som fött vaginalt, har man funnit sex gånger så stor chans för de kvinnor som genomgått akut kejsarsnitt, att utveckla en depression efter förlossningen (Ryding, B. Wijma, K. Wijma, 1997). I denna studie intervjuades 25 kvinnor som genomgått akut kejsarsnitt i Helsingborg.

Kvinnorna intervjuades några dagar efter förlossningen (1-9), samt en till två månader efter förlossningen. Nitton kvinnor (76%) hade upplevt förlossningen som en traumatisk händelse, vilket förmedlades vid båda intervjutillfällena. Tretton kvinnor hade posttraumatiska stressreaktioner av varierande slag vid det senare intervjutillfället, i form av t ex. påträngande tankar, bilder och minnen. I åtta fall (33%) ansågs dessa stressreaktioner vara av allvarlig, påträngande art. Ingen utav de intervjuade kvinnorna uppfyllde dock kriterierna för diagnosen PTSD enligt DSM III-R. Ryding, Wijma & Wijma (1997) pekade vidare på vikten av att ingreppet gått bra, det vill säga att varken mammans eller barnets liv eller hälsa hade påverkats. Fem kvinnor berättade att de endast kunde tänka sig att skaffa fler barn om de garanterades ett planerat kejsarsnitt. Detta kan bli svårt då planerade kejsarsnitt inte utförs som en rutinåtgärd.

Ryding, Wijma & Wijma (2000), har även velat studera varför vissa personer upplever ett akut kejsarsnitt som traumatiskt och andra inte. Det visade sig att förväntningarna före förlossningen spelade en stor roll för kvinnornas upplevelse samt för deras psykiska välbefinnande efter förlossningen. Kvinnornas berättelser kategoriserades i följande mönster; förtroende vad som än händer, positiva förväntningar förvandlas till besvikelse, rädsla före förlossning besannas, förvirring och minnesförlust. Kvinnorna som hade positiva förväntningar före förlossning, samt de som kände rädsla före förlossning, upplevde det akuta kejsarsnittet som mest traumatiskt. De kvinnor som hade positiva förväntningar före förlossning, erhöll den högsta frekvensen av påträngande posttraumatiska stress reaktioner sex veckor efter förlossning. En möjlig förklaring till detta resultat, kan vara att dessa kvinnor var sårbara för en förändring i förlossningsförloppet.

Den upplevelse som ett akut kejsarsnitt innebär, upplevs ofta som traumatiskt. Rädsla under graviditeten kan öka risken för ett akut kejsarsnitt. Intensiv rädsla under senare delen av graviditeten, påverkar kvinnan negativt i sin upplevelse av ett akut kejsarsnitt. Denna grupp kvinnor har också mer påtagliga posttraumatiska reaktioner i efterskedet. Generellt är det psykologiska välbefinnandet bland kvinnor som genomgått ett akut kejsarsnitt inte så bra, som efter ett planerat kejsarsnitt eller efter vaginal födsel (Ryding, 1998).

4. Metod

4.1 Undersökningsgrupp

Undersökningsgruppen bestod av de föräldrapar som inkommit akut till Östra sjukhuset eller Mölndals sjukhus på grund av en blödning, eller att de påbörjat en normalförlossning men där hot om modern eller barnets liv uppstått efterhand. Barnet skulle ej vara fött före graviditetsvecka 34. Dessutom skulle både mamman och barnet ha bedömts som fysiskt friska efter katastrofsnittet. Dessa kriterier fastställdes i samråd med Håkan Lilja, vårdenhetsöverläkare på kvinnokliniken och Lucky Lindblom, specialistläkare i anestesi vid ett planeringsmöte våren 2000.

Deltagare var samtliga par som genomgått katastrofsnitt under perioden oktober 2001-februari 2002, vid Mölndals sjukhus alternativt Östra sjukhuset, Göteborg (SU).

Sammanlagt har jag intervjuat åtta par, varav en pilotintervju. Ett av paren hade ej genomgått katastrofsnitt, då mamman hade möjlighet att vara vaken. Den intervjun har tagits bort. För ett av paren var det tveksamt om de genomgått katastrofsnitt alternativt akut kejsarsnitt. De har ändå fått ingå i gruppen, då jag bedömde deras upplevelse som värdefull. Intervjuerna har ägt rum hemma hos deltagarna. Två par har tackat nej till deltagande.

Kvinnorna var i åldern 29-37 år. Männerna var i åldern 28-41år. Kvinnorna hade följande yrken; jurist, undersköterska/konstsmid, civilekonom, produktplanerare, ingenjör/egen företagare, förskolelärare, VD för bolag. Männerna hade följande yrken; maskintekniker, smed/brevbärare, elektriker, IT-konsult, ingenjör, säljare, chef på Institut i Göteborg. För fyra av paren, var detta deras första barn. För ett par var det deras andra barn. För de övriga två paren var det deras tredje respektive tredje och fjärde barn (tvillingar). En mamma var född i Tyskland, en pappa i Norge. De övriga föräldrarna var födda i Sverige. Samtliga par har fött flickor.

4.2 Undersökningsmetod

Kvalitativ metod inspirerad av grounded theory (GT) valdes för denna studie, då intervjuformen föreföll att kunna ge en mångskiftande bild av parens upplevelse.

Intervjupersonernas berättelse kom att utgöra dataunderlaget och fick växa fram utmed arbetets gång. Syftet var förståelseinriktat och utgångspunkten var den bristande forskningen inom området. Metoden förutsätter att forskaren går in i processen så ”förutsättningslöst” som möjligt, det vill säga att ”forskaren skall närma sig forskningsfältet utan hypoteser och utan att (medvetet) vara styrd av någon specifik teori”. Metoden förutsätter också en ”teoretisk känslighet”, att man börjar varje undersökning med så få förutfattade meningar som möjligt (L. Hallberg, 2002).

Datamaterialet transkriberades och bearbetades noggrant enligt ”öppen kodning”, utifrån de valda huvudområdena; upplevelsen av själva katastrofsnittet, upplevelsen av personalens bemötande, samt upplevelsen av första tiden hemma. Detta gjordes för att kunna identifiera substantiva koder/begrepp som beskriver kärnan i data. Efterhand bildades kategorier (ur data) innehållande substantiva koder med liknande innehåll. Viktiga teman och samband utkristalliserades ur dessa kategorier (axial kodning). Bearbetningen av data förlöpte successivt utmed arbetets gång, parallellt med inhämtandet av nya data (nya intervjuer). Metoden innebär och innefattar ett processtänkande. Poängen med metoden är att kategorier och relationer mellan dem skall framträda, snarare än framtvings (Hallberg, 1995).

Insamlande av data skall enligt GT fortlöpa tills mättnad nåtts. En tolkning av mättnad kan vara att man nått dit, då man vid upprepade tillfällen vid datainsamlingen erhåller data som är utbytbara mot tidigare insamlade, kodade data (Barney & Glaser, 1992). Då omfattningen såväl som tiden var begränsad för denna studie, kunde mättnad enligt GT traditionen ej uppnås. Metoden förespråkar en kritisk, skeptisk hållning till det material man får fram, att man omvärderar och försöker att se nyanser, förändringar utmed arbetets gång (Svensson & Starrin, 1996). Frågorna inom varje huvudområde har inte varit fixerade, utan har haft möjlighet att förändras. Intervjuerna spelades in på band.

4.3 Tillvägagångssätt

4.3.1 Förberedelser

Vid två tillfällen möttes Håkan Lilja, Lucky Lindblom, Birgitta Wickberg, samt jag själv på Östra sjukhuset. Detta för att planera studien, definiera målgrupp, ange tidsangivelser rörande insamling etc. Under våren 2000, var jag närvarande tillsammans med narkosläkare Lucky Lindblom vid ett planerat kejsarsnitt på Mölndals sjukhus.

4.3.2 Informationsbrev till föräldrarna

Under augusti/september 2002 utformades det brev (se bilaga) som överläkare respektive narkosläkare skulle dela ut till aktuella par under hösten-våren. Brevet godkändes för studien. I brevet godkände paret med sin underskrift att jag fick lov att ringa upp dem, 3-6 veckor efter förlossning. Breven delades ut till paren på sjukhuset via överläkare och narkosläkare eller av den personal de samarbetat med och vidarebefordrades sedan till mig. Paren hade möjlighet att tacka nej till ett deltagande när vi talades vid på telefon. För de par som ville delta, avtalades en tid som passade dem båda. Två par har tackat nej till deltagande.

4.3.3 Intervjuer

Under perioden Oktober-Februari 2002 intervjuade jag de par som ville delta i studien hemma hos dem. Detta för att möta paret i dess naturliga miljö, samt för att underlätta för den nybildade familjen. Själva intervjun tog 1-1,5 timme och genomfördes 3-6 veckor efter förlossningen. Paret intervjuades tillsammans. Jag var noggrann med att både skulle komma till tals ungefär lika mycket och att de hade möjlighet att besvara samtliga frågor, var för sig. Intervjuerna spelades in på band och transkriberades i efterhand.

Målsättningen var från början att fördelningen mellan sjukhusen skulle vara jämn. Det blev emellertid så, att de par som ville delta huvudsakligen fött på Mölndals sjukhus. Eftersom andelen katastrofsnitt per år inte är stor, tog jag tillvara de par som anmälde sitt intresse. Fem par har förlöst på Mölndals sjukhus, resterande två på Östra sjukhuset.

5. Resultat

Resultaten redovisas utifrån undersökningens syfte att belysa mannens respektive kvinnans upplevelse av själva katastrofsnittet, upplevelsen av personalens bemötande på sjukhuset, upplevelsen av första tiden hemma. Nedan redovisas de teman som framkommit under respektive område.

Mammans respektive pappans upplevelser skilde sig tydligt åt, främst inom de två första områdena; upplevelsen av själva katastrofsnittet samt upplevelsen av personalens bemötande på sjukhuset. Citaten har valts ut för att åskådliggöra deras skilda upplevelser. Generellt står de starka känslor som paret upplevt, i fokus. Samtliga par var märkbart påverkade av förlossningsupplevelsen vid intervjutillfället, som ägde rum 3-6 veckor efter förlossning. De berättade om händelsen, som om den utspelade sig i nuet. Tre mammor och två pappor uttryckte en påtaglig upptagenhet kring den traumatiska händelsen vid intervjutillfället. De gav intryck av att en bearbetning av händelsen var viktig och högst aktuell vid intervjutillfället och tiden framöver.

5.1 Upplevelsen av själva katastrofsnittet

5.1.1 Mammans besvikelse och sorg över utebliven normalförlossning

Fyra av sju mammor uttryckte en besvikelse och sorg över att inte ha fått föda sitt barn vaginalt och få se, hålla, röra sitt barn och ha det hos sig direkt den första tiden. För två (av de fyra) mammorna fanns tidigare erfarenhet av vaginalförlossning och de jämförde med den. Båda hade erfarenhet av komplikationsfria förlossningar med de tidigare barnen. Det fanns ingen mental förberedelse hos de intervjuade kvinnorna, på att något sådant här skulle kunna hända. Nedanstående citat beskriver känslan av besvikelse och ensamhet.

Att man hade legat ända till slutet..., och ändå inte få vara med när hon kommer ut. Det var det som var värst tror jag. Jag hade verkligen sett fram emot förlossningen. Det kände man sig snuvad på, just och se henne när hon kommer ut, så det fick jag ju göra sedan när jag vaknade senare. Då kände man sig, då vaknade jag ju nere på intensiven och då vaknar man ju själv, och ingen bebis och ingen /namn/ och man undrade hur det hade gått och man visste ju ingenting (mamma 6).

Katastrofsnittet innebar också en ”overklighets känsla”, känslor och tankar om att man inte varit med, inte sett barnet, missat förloppet.

För det är jättstor skillnad på att föda barn vanlig väg och på att plocka ut det. Man hänger inte med rent mentalt. Man fattar inte..., först så är man gravid och sedan så genomgår man en operation och sedan så har man ett barn. Det är tre skilda saker (mamma 2).

Man får panik, man hör ju allt, det händer ju så mycket,... det första var om han verkligen sett att det var vårt barn. Så man har ju missat en, ja, jag tror den viktigaste biten (mamma3).

5.1.2 Mammans upptagenhet av det fysiska tillståndet och av känslan att inte duga, inte räcka till.

Mammorna befann sig i ett chocktillstånd under vistelsen på sjukhuset, efter det som hade hänt. De hade inte återhämtat sig fysiskt och kände sig mycket trötta och påverkade efter ingreppet. Tankar och känslor dök upp, om att inte vara god nog för sitt barn, att inte orka. En mamma uttryckte också en påtaglig oro, rädsla över att inte känna något för sitt barn.

Jag var rädd för att jag inte skulle känna någonting för henne, det var jag jätte rädd för. Att man skulle vara främmande för henne, men det var jag inte. Det var mycket med tankarna att inte räcka till tror jag, i och med att jag var så himla trött också. Så jag kunde inte springa upp så fort hon skrek och när hon låg i vaggan i och med att jag var snittad. Så då fick /namn/ göra allt sådant, så man kände sig inte som någon riktig mamma när man låg där utan man kände sig mer som ett kolli (mamma 6).

Nedan följer en dialog mellan en mamma och pappa;

M; försökte få kontroll på min kropp igen. Jag vet inte ens om jag frågade om barnet?

P; jo, det gjorde du

M; det gjorde jag

P; eller det var mer att jag berättade och du frågade flera gånger om henne, om hon mådde bra, om det gick bra och sådär, det var som om du inte riktigt var övertygad

M; nej, jag var inte övertygad eller någonting

Först efter uppvaket så körde de upp mig där. Så att hon skulle ligga på något bröst, men jag var så trött. Jag kommer nästan inte ihåg, det var ju, det var liksom mest symboliskt tyckte jag, på något sätt eller så. För jag var så trött så...

Dagen efter så rullade de ju upp mig i sängen...(mamma4)

5.1.3 Pappans oro och rädsla för kvinnans och barnets hälsa

Papporna har tydligt uppfattat den stress, som är förknippad med att det varit bråttom och en påtaglig fara för barnets eller mammans liv.

Samtliga sju pappor uttryckte rädsla och oro för både kvinnans och barnets hälsa.

Även känslor av ovisshet (bristande kontroll), ryms inom denna kategori.

Så hörde jag ju barnet gråta, då var man ju överlycklig. Men samtidigt, då hörde jag hur, att barnet lever, men man tänker ju, jag vet inte varför, men man tänker ju det värsta och då blev det ju nästa grej..., då var det frugan då, som jag blev görskräjä för. Det var ju lika jobbigt det (pappa3).

Hon skrek när hon kom ut, men så slutade hon att skrika och blev helt blå, hon hade fått i sig sömnmedel, eller det här narkosen tror jag det var. Så det var nästan det värsta tror jag, och satte igång med hjärtmassage (pappa4).

Jag visste inte om det var /namn/ som var sjuk, eller om det var du som var dålig.....

..... jag visste inte vad som var fel då, jag visste bara att någonting var fel. Jag visste inte om /namn/ hade slutat och andas, om hjärtat...(pappa4)

5.1.4 Pappans önskan och uppgift - att hålla ihop familjen

Sex av sju pappor var närvarande inne i operationsrummet. Det generella mönstret visade att mannen ville vara med kvinnan och vara ett stöd för henne under den tid hon var vid medvetande, innan hon sövdes. Därefter hade han fokus på barnet, där mannen efter katastrofsnittet följde med barnet ut och förvissade sig om att barnet varit friskt, samt tillbringade tid med barnet. Sex pappor letade därefter upp kvinnan på intensivvårdsavdelningen (med personalens hjälp), eller lämnade ifrån sig barnet till BB personalen och följde med henne direkt till intensivvårdsavdelningen. Detta för att se till att allt var väl med henne, för att berätta om barnet och för att ge henne information om vad som hade hänt. Den sjunde pappan hänvisades till ett eget rum med bebis på BB, personalen kom sedan in med kaffe och smörgåsar. De gav honom en telefon. Han fick knapphändig information om hur det var med hans fru, hon bad senare personalen att han skulle komma till henne på intensivvårdsavdelningen. Tre pappor ville gärna ta med sig bebis ner till intensivvårdsavdelningen, något som oftast inte var möjligt på grund av smittorisken och av hänsyn till medpatienter. För en utav papporna var detta möjligt, då mamman var ensam på avdelningen just då.

P; ...det var jättejobbigt för, jag ville ju hitta var /namn/ var också då, jag fick gå med dit utan bebis överhuvudtaget då, bara för att jag skulle hitta dig sedan.

M; ja, sedan kom du med /namn/ i vagn

P; ja, då var /namn/ på barn intensivvårdsavdelningen, alla tre var på olika håll

Jag gick upp till /namn/, men sedan gick jag ner till henne och körde vagn bort till dig och sade hej till dig, för att du skulle vara lite mer klar i huvudet, för du frågade ju så mycket på vägen bort...

...har hon namnbricka, har hon namnbricka..?

Jag plockade upp henne ur vagnen, och lade henne bredvid henne, på intensivvårdsavdelningen där. Några sekunder var det ju, för vi var tvungna att gå iväg sedan, för det var ju andra patienter där också. Hon var ju fortfarande groggy tror jag lite, precis vaknat. Jag lade henne bredvid henne då, jag tänkte bara så att hon, känns bättre för henne tänkte jag (pappa3).

5.2 Upplevelsen av personalens bemötande på sjukhuset

Två huvudteman framkom vid bearbetningen av materialet kring personalens bemötande; dels parets stora behov av att bli stöttade och uppmärksammade i det de varit med om, dels pappornas vilja att delta, vara närvarande under operation och stödja kvinnan i samband med katastrofsnittet. Sex av sju pappor deltog under katastrofsnittet. Fyra av sex pappor har upplevt en känsla av utanförskap inne i operationsrummet. Generellt uppskattar samtliga par personalens medicinska kunnande och den ”proffsighet” de utstrålar. Det märktes att personalen visste vad de gjorde. Föräldrarna har känt personalens engagemang i uppgiften de haft, att de satsat allt för just deras barn. Ett stort behov av psykiskt stöd uttrycktes av tre mammor och två pappor (från olika par). Dessa föräldrar visade en stor känslomässig upptagenhet av det som hänt. De hade vid intervjutillfället många frågor både till sig själva och personalen. Dessa frågor var av medicinsk karaktär men också existentiella frågor om livet, döden, värden i livet etc. För dessa par har det stöd som givits under sjukhusvistelsen varit tillräckligt för endast en av parterna.

5.2.1 Parets behov av stöd

För de par som upplevt att de blivit sedda och stöttade av personalen, under själva katastrofsnittet och/eller under vistelsen på sjukhuset, så har detta varit en positiv erfarenhet. Att någon i personalen tagit hand om/funnits till för dem i en kritisk situation som denna, har inneburit trygghet.

Nedanstående citat visar positiva erfarenheter av stöd

Först så kom det en narkos sköterska och så tog hon tag i min arm och tittade mig i ögonen och så sade hon; jag förstår att du tycker det här är jätte jobbigt, men jag lovar att vi tar hand om dig, och då kände jag okej, det var liksom det enda jag behövde, att någon såg och sade liksom det som man behövde höra (mamma2)

P; de vi var i kontakt med, det var som en riktig kompis tycker jag

M; på förlossningen tyckte jag att hon , den ena barnmorskan, hon var verkligen en dröm...

P; /namn/ menar du?

M; ja, hon är det bästa som jag har träffat någon gång. Hon var så, jag vet inte, som en mamma (föräldrapar3).

Sedan var det någon annan där, /namn/ barnmorska som kom någon gång när vi var jätte ledsna. Båda två samtidigt satt och pratade med oss och det kändes ju lättare och någon sade ju också att vi kunde få hjälp så, att prata med någon psykolog, det kändes som, jag kände iallafall att jag mest ville vara med mina egna tankar och med dig. Det kändes rätt bra just det att vi pratade faktiskt en hel del...(pappa2).

Nedanstående citat visar erfarenheter av otillräckligt stöd. Ett par uttrycker sitt missnöje över avsaknaden av personligt bemötande/stöd, under vistelsen på sjukhuset såhär;

.....det var väll att jag fick ta upp det lite sådär, när jag tog upp det så sade dem att man har rätt till psykolog eller kurator och så, det får ni gärna fråga efter, ni får gärna prata med doktorn igen. Så vi gjorde ju båda två då, att vi bad att få träffa en kurator och vi ville träffa han som opererade, så det gjorde vi några dagar senare. Men nej, det var ju inte många utav barnmorskorna som, men de frågade ändå men det mesta var om barnet och amningen, det var nästan bara fokus på det. De kom liksom och höll på med henne och bröstet hela tiden så och så hade jag varit med om liksom...

Om de frågar lite grand kring snittet och hur man mår och efteråt...

Jag tycker det största behovet var där, om vi hade varit lite sådär, som många tror jag är, lite försiktiga, nej men vi behöver ju inte och sådär, då hade det ju varken blivit något kuratorsamtal eller samtal med läkaren, så att jag tror det är bra med obligatoriskt...(mamma7)

Jag hade nog haft större behov av att prata med någon personal därinne, jag var ju lämnad ensam där. Det var det som saknades. Det kom nog förbi någon gång och...

Det känns ju ensamt, jag hade hellre suttit i deras fikarum eller vad som helst, inte själv. Ja, det är väll det som är, man har gått igenom det man gjort på vägen dit och det kanske, det är väll lite olika men jag menar...

...Men den där oron då, (Pappa7)

5.2.2 Upplevelser specifika för mammorna

De teman som framkom under intervjuerna var; trygghet-otrygghet, trötthet och skuld.

...allting hade ju gått så bra då, jag måste ju säga att jag kände ju ett sådant otroligt stöd och trygghet i att /namn/ var med då, jag tyckte det kändes väldigt bra ändå, det tyckte jag och både barnmorskan och narkosköterskan var ju nere på uppvaknandet och kollade lite hur det var med mig och sådär då, jag tyckte vi fick väldigt bra stöd från alla i personalen (Mamma 4).

En mamma funderade över tryggheten i situationen, om livet verkligen är självklart (existentiella frågor).

Jag frågade varenda sköterska varenda läkare som kom in, i säkert en veckas tid, är det okej nu?, är jag frisk?, kommer det att hända någonting, kommer det att uppstå komplikationer?, händer det någonting med barnet?, kommer vi att dö?, höll jag på att tjata hela tiden. Jag var tvungen att få det bekräftat jätte många gånger.

- Du är precis som vem som helst nu, det kommer inte att hända något mer.

- Är det säkert?

Otroligt osäker på en sådan sak som man i vanliga fall, man tar för givet att man skall överleva nästa dag..., men det var inte jag.

...nu gick det ju bra, hade det inte varit att Gud hade velat att det skulle gå bra, att det fanns en god Gud, då hade det ju kunnat gå hur som helst. Nu gick det ju bra fast det var ju svårt, men det är ju aldrig någon som sagt att det skall vara lätt heller. (Mamma 2).

En annan mamma var påtagligt trött och nedstämd vid intervjutillfället.

jag var ju så trött, så trött, så trött. Inte nog med att man hade sår, utan jag var ju helt borta kände jag, helt slut. Så då fick jag blod i två omgångar, så det blev ju liksom knasigt allting kändes det som, man kände sig så trött, man orkade liksom inte riktigt med henne och man skulle lära sig och amma och man skulle..., det orkade jag ju inte riktigt heller då, i början... (Mamma 6).

Två mammor hade en tendens att lägga skulden på sig själva över det som hänt, att de inte var "tillräckliga mödrar", varken fysiskt eller psykiskt. Nedanstående citat speglar också en upptagenhet kring det trauma som katastrofsnittet inneburit;

...som sagt, i jämförelse med de andra mammorna som var där, ja, det var helt otroligt hur pigga de var. De sade, ja, vi har fått för...vi satt vid frukostbordet klockan åtta och de hade fått sina barn kanske tolv/ett. De var redan hur pigga som helst, det var några som ville gå hem med en gång och..., sådant kan man inte tänka sig, om man gått igenom det som jag har gått igenom så...

Då tänker man varför jag, varför gick det inte bra för mig?(Mamma 3).

5.2.3 Upplevelser specifika för papporna

Ett gemensamt drag som tydligt framkom bland pappornas upplevelse av personalens bemötande på sjukhuset var, att samtliga närvarande pappor utom en kände sig obekväma och utanför i rummet. De har inte riktigt vetat var de skulle stå/sitta och har påverkats negativt av stressen i rummet. En pappa valde att stå utanför operationsrummet. En pappa upplevde det

som osäkert om han fick lov att vara med. Övriga pappor har upplevt att de blivit tillfrågade om de velat närvara eller ej.

Känslor såsom; utanförskap, maktlöshet, ensamhet, framkom under intervjuerna bland de tillfrågade papporna.

... först hade jag velat gå med in och det fick jag inte heller, då var det stop, varför får jag inte det?, börjar man inte då. Eller du får ta andra vägen in eller du får inte gå in här, då kände jag det, nej...

Sedan då sade dem, när jag stod där inne och tittade sade de, då fick jag gå in då, det hållet ja, det är märkligt. Så att då ville jag ju var där men...(Pappa 1)

Jag uppfattade det som att, jag har för mig att jag blev tillfrågad om jag ville vara med därinne, men sedan, jag sade nej, jag vill inte sade jag. Inte där inne, inte inne just vid operationen har jag för mig att, det sade jag. Jag tror faktiskt att jag även hörde sedan att jag inte kunde vara med heller och det förstår man ju kanske när det skall gå så snabbt. En farsa som har panik därinne, gråter och grejer...

Jag stod utanför själva operationen eller ingreppet när de plockade ut /namn/, så stod jag utanför dörren (Pappa 3).

När de är lite stressade och det blir mer människor runt omkring så där, då börjar man känna att då blir det svårt att veta vilken ände av rummet man skall stå i ..., man vill ju vara till stöd och finnas med..., vara nära och se vad som händer och sådär (Pappa 2).

Först så hamnar man ju utanför, man står ju som om man står i något hörn där och all fokus är ju på /namn/ givetvis och då känner man ju sig rätt ensam, sedan kom de ju då och tog hand om mig också..., men såg väll att jag behövde ta det lite lugnt också, jag blir ju chockad givetvis då och jag kände mig mer i vägen. Man kan ju inte göra så mycket, det är bara att hålla sig undan och låta dem göra sitt jobb (Pappa 5).

Två pappor var märkbart påverkade, upptagna och stressade av händelsen vid intervjutillfället. Stressen, rädslan och oron kopplad till händelsen fanns fortfarande kvar i rummet, vid intervjutillfället. Båda dessa pappor uttryckte en avsaknad av stöd från personalen.

Jag tyckte det var jätte jobbigt. Jag ringde din mamma vet jag, jag ringde min bror senare och jag hade ju svårt för att samla mig och hade svårt för att prata. Jag kunde ju inte bara gråta, för då hade de trott att något jätte hemskt hade hänt...(Pappa 1).

Som män är det liksom, det får inte plats hur många oron som helst i en...

Man har ju hormoner hit upp och adrenalin hit och de går ju inte ner så fort. Det känner man ju i kroppen när man inte kan äta, att man inte får i sig något, man måste ju dricka.

...att man får en återhämtningsperiod, innan man skall ringa och greja, för det var ju också oroligt. Det hjälpte ju inte föräldrarna att jag ringde 06.15 på morgonen istället för 07.00, det är inte avgörande, för de visste ju ingenting om att vi hade åkt i ambulans, vi ringde ju inte härifrån och sade att nu är vi på väg (Pappa 7).

5.3 Upplevelsen av första tiden hemma

5.3.1 Betydelsen av att pappans närvaro vid katastrofsnittet

Samtliga par där pappan varit med vid katastrofsnittet, tyckte att det var bra att han har varit med. Detta för att han utgjort ett stöd för mamman men också för att han varit med och sett vad som hänt och kan berätta om det i efterhand. Förloppet och frågorna som dyker upp hos mamman i efterskedet, har han möjlighet att svara på.

Samtliga par hade eget rum på BB och pappan har varit kvar flera nätter på sjukhuset hos kvinnan och barnet. Paren har varit på sjukhuset upp till en vecka efter förlossningen.

Det kom väll sedan det här att jag inte hade sett henne och allt det här. Jag blir fortfarande så, att jag tycker det är jätte jobbigt att prata om det. Just det här som, att man har en bild av hur det skall bli liksom. Att man vill ta upp dem, man skall få dem på magen och det är så rosenrött, fast det är det väll kanske inte heller men, det blev inte alls så. Så jag frågade /namn/ väldigt mycket; hur såg hon ut och var hon blå, eller vad hade hon det här vita på sig, när klippte du navelsträngen?, allt det här så man får ihop det. Vad som hände och hur hon såg ut och skrek hon?

Allt det här. Som tur är så har han varit med, så han har ju berättat allting om och om igen hur det var liksom (Mamma 6).

5.3.2 Betydelsen av pappans stöd första tiden

Fyra av sju pappor är hemma dagtid helt eller delvis, tre till sex veckor efter förlossning. Två av dessa par är tredjegångsföräldrar. Papporna ser det som nödvändigt och sin uppgift att stödja sin kvinna hemma och att hjälpa åt med de vardagliga sysslorna.

..., men nu så är jag tillfälligt föräldraledig för att kunna hjälpa till här hemma och så. Det är ju så det funkar rätt mycket annars också, att jag gör mycket praktiskt sådär, just eftersom /namn/ måste få återhämta sig och sådär också (Pappa 2).

Det enda som jag tyckte var inte så positivt, här med den sjukskrivningen /.../ att ingen sade till oss när vi gick hem så mädde jag ju inte heller bra, så jag kunde ju inte ta hand om barnet. Han fick ju vara hemma och ta sina pappa dagar men han fick ju ta hand om henne, vi kunde ju inte njuta av det tillsammans, på grund av att jag var fortfarande liggandes i sängen och nej, jag kunde fortfarande inte röra mig, så han fick ju egentligen stanna hemma för att ta hand om henne. Då hör man ju att man kunde ju fått en sjukskrivning alltså jag, så att han kunde ha tagit vård av barn. Iallafall några dagar tills jag hade varit pigg, så det tyckte jag var lite dåligt att ingen sade till oss, att vi hade den möjligheten (Mamma 3).

5.3.3 Efterföljande känslor

En mamma fick dödsångest tiden efter förlossningen, en annan mamma har varit upptagen av den brist på kontroll som katastrofsnittet inneburit för henne, samt känt sig ledsen över den uteblivna normalförlossningen.

Eller just det där att dödsångest för min egen skull och för barnet och för att man aldrig kan veta någonting. Man kan aldrig planera, man kan inte ha kontroll på saker och ting, det går inte. Det är bara improvisation rakt igenom hela livet. Så har jag nog byggt upp tror jag, eller att jag har haft ändå en idé om hur saker och ting skall vara. Så känns det ju fortfarande

väldigt mycket, att jag måste hitta ett nytt förhållningssätt till livet, eller hur man skall.....så det känns som att /namn/ hon kom med, det känns som att alla barnen har kommit med lärdomar, men /namn/ kom med ett uppvaknande på något sätt (mamma 2).

Det är nog det att jag tycker bara, att hela grejen var jobbig. Sedan kan jag ju gärna prata om det, fast jag tycker det är jobbigt fortfarande. Ja, att jag inte var med tror jag. Att jag tror att jag missade så mycket. Jag är nog en sådan extremt, som vill ha koll på det mesta också. Då var jag liksom inte alls med, jag var helt utelämnad, kändes det som. Det var nog det tror jag, eller är det. Jag känner att jag vet inte riktigt hur det var när hon kom till. Jag kan inte berätta det för henne. Ja, jag kan känna att jag är väldigt ledsen för det (Mamma 6).

En pappa är märkbart stressad och påverkad av händelsen vid intervjutillfället. En annan pappa har fortfarande behov av att bearbeta händelsen. Han uttryckte vid intervjutillfället en önskan om bearbetning, men visste inte själv hur denna skulle kunna komma till stånd.

Men den där oron då, när jag lade den åt sidan där, så kände jag att den kan jag ta hand om sedan. Bli ledsen, eller ta hand om den, eller gråta eller göra någonting, men det har jag inte gjort. Det kändes mot slutet av den där veckan, delvis känner jag fortfarande, någonting är ju fortfarande ogjort, för min del (Pappa 7).

5.3.4 Vikten av återbesök

Endast tre av paren har erbjudits tid för återbesök fem till sex veckor efter förlossning. Några tydliga kriterier för vilka par som erbjuds ett uppföljningssamtal verkar inte finnas. Det är inte heller klart uttalat vilka personer det nyblivna föräldraparet skall träffa på sjukhuset. Paren har fått med sig journalen hem. De ser fram emot detta besök och har många frågor att ställa till personalen, då de har läst igenom journalen och har haft tid att tänka och fundera över det som hänt, hemma. Ett föräldrapar har återbesökstid på Aurora, då mamman varit i kontakt med föreningen under graviditeten. Ett par har fått telefonsamtal hem, från en barnmorska på kliniken.

6. Diskussion

Syftet med uppsatsen var att utifrån tre huvudområden belysa föräldraparets upplevelse av ett katastrofsnitt, nämligen upplevelsen av själva katastrofsnittet, personalens bemötande, samt första tiden hemma.

Huvudresultaten visade på kvinnor och mäns olikheter i att uppfatta och uppleva en traumatisk händelse i samband med en förlossning. Mammorna har framförallt upplevt ”förlusten av vaginal förlossning” med försenad kontakt till barnet, som det mest negativa. De har även varit fysiskt påverkade efter ingreppet och haft en tendens att skuldbelägga sig själva. Papporna visade generellt en förhöjd stressnivå samt oro över både kvinnans och barnets hälsa. De har haft ett behov av att ”hålla ihop familjen” under den tid då mor och barn varit skilda åt. Majoriteten pappor har upplevt ett utanförskap i samband med förlossningen. Både mammor och pappor har uttryckt ett stort behov av stöd både under vistelsen på sjukhuset och under tiden efter då de kommit hem.

Mammorna har reagerat på olika sätt. En mamma visade tilltro till sig själv, sin man, personalen, vad som än hände. Två mammor hade positiva förväntningar före förlossning, förväntningar som sedan vändes till en besvikelse. En av dem redovisade en otrygghet, den andra en allmän trötthet vid intervjutillfället. En mamma redovisade slutligen en rädsla före förlossning som besannades i och med katastrofsnittet. Dessa teman som präglar upplevelsen både före och efter förlossning, stämmer väl överrens med redovisade teman i Ryding, Wijma & Wijmas studie (2000). Gruppen kvinnor med ”positiva förväntningar vänds till besvikelse” (Ryding, Wijma, Wijma, 2000) är värda extra uppmärksamhet, då samband mellan denna grupp och påträngande posttraumatiska stressreaktioner efter ett akut kejsarsnitt har påvisats. Man kan spekulera i om de kvinnor (i uppsatsmaterialet en mamma) som visar ett tryggt beteende i en traumatisk förlossningssituation, har en trygg anknytning som reaktiveras i förhållande till partnern. Partnern kan utgöra det stöd och den trygghet som mamman behöver och hjälpa henne genom upplevelsen.

Intervjuerna visar vikten av pappans närvaro vid ett katastrofsnittet. För samtliga kvinnor där pappan varit närvarande vid katastrofsnittet, så har han utgjort ett stöd. Inte minst är det viktigt att han kan besvara de många frågor som kvinnan har tiden efter förlossningen. Han har under sjukhusvistelsen sett som sin uppgift att så snart som möjligt föra mor-barn samman och försökt samla ihop familjen på en plats. En tanke med detta beteende kan vara att han intuitivt försöker underlätta anknytningen mellan mor-barn, då kvinnan till en början ofta är trött och mycket påverkad efter ingreppet. Att lämna över en stor del av barnets vård till pappan den allra första tiden, har för mammorna känts naturligt.

De intervjuade föräldrarna har utsatts för stor stress i samband med katastrofsnittet. De har gått igenom både en utvecklingskris och en traumatisk kris. Mammorna i studien, visade tydliga tecken på psykisk belastning vid intervjutillfället. Även papporna visade en psykisk belastning och ett behov av bearbetning. En uppföljning av paren är därför av stor vikt, då mamman såväl som pappans psykiska reaktioner efter ett katastrofsnitt kan få följder för anknytningen till barnet samt för familjens framtida hälsa. Det är inte självklart att paret erbjuds uppföljningssamtal efter ett katastrofsnitt. Det uppföljningssamtal sjukhuset erbjudit tre par, förefaller främst innebära en medicinsk genomgång av journalen. Två skilda behov, psykologiskt och medicinskt behov, bör tillgodoses vid den unika händelse som ett katastrofsnitt innebär.

Upplevelsen har påverkat paret i dess ”grundvalar” och bör därför följas upp. En medicinsk genomgång, där paret har möjlighet att ställa frågor av medicinsk karaktär är givetvis viktig, men den psykologiska bearbetningen med känslor och upplevelser får inte uteslutas. En avsaknad av bearbetning innebär en ökad risk för utvecklande av en depression eller posttraumatiska stressreaktioner (Ryding, Wijma & Wijma, 1997). Ett obligatoriskt uppföljningssamtal med någon i personalen som varit delaktig i händelsen, t ex. ansvarig barnmorska skulle kunna innebära en trygghet för paret, samt en uppföljningsmöjlighet för personalen. Detta för att i tid uppmärksamma tecken på eventuell depression och/eller posttraumatiska stress reaktioner. Samtalet bör bokas in 4-6 veckor efter förlossning då paret befinner sig i reaktionsfas (Cullberg, 1996). Då har chocken lagt sig, mamman och pappan är som mest mottagliga för bearbetning. Det är av stor vikt att kvinnans reaktioner uppmärksammas i tid, då upptagenheten kring egna känslor och tankar i annat fall kan ta kraft från anknytningen till barnet. Det är också viktigt att de som behöver psykologisk hjälp erbjuds detta, inte minst med tanke på en eventuell framtida graviditet. Detta för att förebygga en rädsla som annars kan uppstå under nästa graviditet och som kan komma att påverka graviditet såväl som förlossning. Rutiner inom vården kring en ökad uppmärksamhet av denna grupp bör diskuteras.

Uppgifter om pappornas individuella förväntningar före förlossning samt reaktioner och upplevelser efter, saknas i dagens forskning. I uppsatsmaterialet visade fem av sju pappor en ”trygghet vad som än händer” i situationen, medan två pappor är påtagligt påverkade av händelsen vid intervjutillfället. De uttryckte att det inte fanns någon förberedelse på att något sådant här skulle kunna hända. Att majoriteten pappor i undersökningsgruppen upplevt ett utanförskap i samband med ingreppet är olyckligt. Ett sätt att förbättra vården vid ett katastrofsnitt vore att en bestämd person i förlossningsteamet ser som sin uppgift att stödja pappan, samt se till att han får information och tas om hand under ingreppet och tiden efter, det vill säga den tid innan kvinnan vaknat upp. Efter förlossningen vore det önskvärt att kvinnan får vakna upp ur sin narkos på BB avdelningen, så att både man och barn kan komma till kvinnan så snart som möjligt. Det är viktigt att man inte skiljer mor-barn åt i onödan, då det har visat sig betydelsefullt för anknytningsprocessen, att mor-barn är åtskilda så kort tid som möjligt efter förlossning (Bowlby, 1994). En iakttagelse har varit att personalen i många fall visat paret uppmärksamhet och utgjort ett stöd i deras upplevelse under dagarna på sjukhuset, men efterföljande känslor och den mentala upptagenhet som intervjumaterialet påvisade har förbisetts.

Eftersom de intervjuade föräldraren var få går det inte att generalisera utifrån resultaten. Resultaten kunde blivit annorlunda om den nyblivna mamman respektive pappan intervjuats var för sig. Jag valde att intervju paret ihop. Detta för att det hade känts onaturligt att dela på dem, samt för att deras relation och samarbetsmöjligheter kom fram på detta vis. Svaren kan ha blivit mer likartade på detta sätt, men min uppfattning var att de berättade hur de upplevt katastrofsnittet både individuellt och tillsammans. Ibland fanns luckor och frågor hos mamman, som pappan fyllde i.

De intervjuade föräldraren har varit mycket positiva till att delta och mottagit mig på ett varmt och personligt sätt. Ämnet tycks ha varit angeläget för paret att diskutera och behovet av att prata med någon utomstående om händelsen och upplevelser knutna till den, har varit stort. Det är möjligt att jag utgjort en resurs för paret genom att de kunnat gå igenom upplevelsen och den känslomässiga dimensionen av katastrofsnittet. Slutligen är det min förhoppning att uppsatsen kan komma att fungera som ”inspiration” och vägledning till fortsatta studier i ämnet, t ex. större kvantitativa studier.

7. Referenser

- American Psychiatric Association, COP. (1994). *DSM- IV*, 309.81, 424-429.
- Apitzsch, H. (1994). Posttraumatisk stress. *Psykisk Hälsa*, 2, 96-123.
- Barney, G & Glaser, PhD (1992). *Basics of grounded theory analysis*. CA: Sociology Press.
- Bartholomew, K & Perlman, D (1994). *Attachment Processes in Adulthood*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Boman, W (2000). *Omhändertagandet av föräldraparet vid katastrofsnitt- skall Pappan vara med eller inte?*. Examensarbete 20p Göteborgs Universitet: Psykologiska institutionen.
- Bowlby, J (1994). *En trygg bas*. Borås: Natur och Kultur.
- Boyce, M and Todd, A (1992). Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *The medical journal of Australia*, 157, 172-174.
- Brudal, L-F (1989). *Psykiske kriser i et nytt perspektiv*. Hammerstad: TANO A.S.
- Clement, S.(2001). Psychological aspects of caesarean section. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 15, 109-126.
- Cullberg, J.(1992). *Kris och Utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Erikson EH. (1973). *Barnet och samhället*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hallberg, L.(1998). *En kvalitativ metod influerad av grounded theory-traditionen*. Rapport från psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet.
- Hallberg, L. (2002). Kvalitativ metod i folkhälsoforskning. *Socialmedicinsk tidskrift*, 1, 42-48.
- Hwang, P & Wickberg, B. (2001). *Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa*. Rapport, Statens folkhälsoinstitut. Stockholm: Norstedts.
- Hwang, P & Wickberg, B. (2001). Bagatellisera inte nyblivna mammors depressionstecken! Tidigt stöd avgörande för att motverka negativa konsekvenser för barnet. *Läkartidningen*, 98, 1534-1538.
- Lilja, H. (2000). *Personligt meddelande, Östra sjukhuset*.
- Lyons, S. (1998). A prospective study of post traumatic stress symptoms 1 month following childbirth in a group of 42 first-time mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, 91-105.

Menage, J. (1993). Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11, 221-228.

Ryding, E-L. (1993). Investigation of 33 women who demanded a Caesarean section for personal reasons. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 72, 280-285.

Ryding, E-L. (1998). *Psychological Aspects of Emergency Cesarean Section*. Akademisk avhandling, Linköpings universitet.

Ryding, E-L, Wijma, B & Wijma, K. (1997). Posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76, 856-861.

Ryding, E-L, Wijma, K & Wijma, B (2000). Emergency cesarean section: 25 women's experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18, 33-39.

Svensson & Starrin. (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Wijma, K., Söderquist, J., Wijma, B. (1997). Posttraumatic Stress Disorder After Childbirth: A Cross Sectional Study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 587-597.

Wickberg, B. (1996). *Postnatal Depression. Prevalence, Identification and Treatment*. Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet.

Winnicott, Donald W (1993). *Den skapande impulsen*. Natur och Kultur.

Bilaga

Hej!

Jag heter Katrine Berring och är psykologstuderande vid Göteborgs Universitet. Jag läser sista terminen och är i mitt uppsatsarbete intresserad av att belysa hur upplevelsen av ett katastrofsnitt kan se ut. Därför vänder jag mig nu till er båda, som genomgått ett katastrofsnitt.

Uppsatsen kommer att baseras på intervjuer, där jag kommer att ställa er några få frågor av karaktären;

Hur upplevde ni förlossningen?

Vad upplevde ni som bra respektive mindre bra i samband med ingreppet?

Det jag främst är intresserad av är er upplevelse av ingreppet, samt att få den belyst av er båda. Intervjun kommer att ta ungefär en timme.

Min handledare är leg. psykolog Birgitta Wickberg. Vårdenhetsöverläkare Håkan Lilja samt specialistläkare Lucky Lindblom, har godkänt studien.

Jag önskar intervjua er, på en tid som passar familjen.

Intervjuerna jag samlar in kommer att spelas in på band, där inspelningarna kommer att förstöras efter studiens genomförande. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att ni garanteras fullständig anonymitet.

Om ni kan tänka er att lämna namn, telefonnummer, samt barnets födelsedatum, så ringer jag upp 3-6 veckor efter förlossningen, för att boka in en intervjutid med er.

Ni ger med denna underskrift, enbart ett godkännande av att jag får lov att ringa upp er. Ni är alltså fria att tacka nej till ett deltagande när vi talas vid.

Göteborg i Oktober 2001

Katrine Berring
Psykologstuderande vid Göteborgs Universitet

Namn: _____

Telefon hem: _____

Barnets födelsedatum: _____

Mobil: _____

Bildomslag: POST NATAL DEPRESSION SUPPORT ASSOCIATION SOUTH AFRICA (PNDSA), Conference abstracts Cape Town april 2002.