



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Avancerad nivå (A1E)
Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård 60 hp
Examinerat och godkänt: 2022-06-10

Obstetrisk omvårdnad inom intensivvård

En litteraturöversikt om patienters upplevelse av att vårdas inom intensivvård i samband med graviditet och förlossning

Obstetric care in intensive care

A literature review of patients' experience of a stay in an ICU during and after pregnancy

Författare: Nicola Klink

Handledare: Birgitta Mc Ewen, PhD

Examinator: Jörgen Medin, PhD

Röda Korsets Högskola

Besöksadress: Hälsövägen 11C, 141 57 Huddinge | Postadress: Röda Korsets Högskola, Box 1059, 141 21 Huddinge
Telefon: 08 – 587 516 00 | E-post: info@rkh.se | www.rkh.se

SAMMANFATTNING

Bakgrund. Specialistsjuksköterskor inom intensivvård kan känna sig osäkra när de vårdar obstetriska patienter på en intensivvårdsavdelning, dels för att de saknar erfarenhet för denna patientgrupp, dels för att de saknar kunskap om fysiologiska förändringar under graviditet. För att kunna uppnå en holistisk syn på omvårdnad var **syftet** med denna litteraturstudie att beskriva obstetriska patienters upplevelser av att vårdas inom intensivvården. Som **metod** för att svara på detta syfte genomfördes en litteraturöversikt som inkluderar sju vetenskapliga artiklar med kvalitativ och kvantitativ ansats. Studiens **resultat** delas upp i två huvudkategorier. Den första huvudkategorin handlar om känslor och upplevelser som obstetriska patienter som vårdas på IVA erfar. Dessa är exempelvis oro, ångest, besvikelse, stress, skam och förvirring. Den andra huvudkategorin handlar om omvårdnadsåtgärder som patienterna anser gynna deras välbefinnande på IVA. Dessa inkluderar tydlig information, personcentrerat bemötande, närståendes närvaro, kontakt med barnet, amningsstöd, spirituellt/religiöst stöd samt en lugn vårdmiljö. Utifrån resultatet dras **slutsatsen** att obstetriska patienter inom intensivvården är särskilt utsatta för negativa erfarenheter samt har en ökad risk för depression. Ett holistiskt synsätt och specifika omvårdnadsåtgärder riktade till denna patientgrupp kan öka patientens välbefinnande och leda till en bättre anknytning mellan mor och barn.

Nyckelord: Graviditet, Intensivvård, Omvårdnad, Patientupplevelse.

ABSTRACT

Background. Specialist nurses in intensive care may feel insecure when caring for obstetric patients, partly because they lack experience for the patient group, and partly because they lack knowledge about physiological changes during pregnancy. To achieve a holistic view of nursing, the **aim** of this study was to examine obstetric patients' experiences of being cared for in ICU. The **method** applied was a literature study and was conducted by analyzing the results of seven scientific articles with a qualitative and quantitative approach. The **results** of this study can be divided into two main categories. The first category was about feelings and experiences of obstetric patients at the ICU, including for example worries, anxiety, disappointment, stress, shame, and confusion. The second category deals with nursing interventions that obstetric patients consider benefiting their well-being during the ICU period. These include transparent information, person-centered encounters, presence of next-of-kin, contact with the newborn, breastfeeding-support, spiritual/existential support, and a calm environment. Based on these results, the **conclusion** is that obstetric patients in ICU are particularly exposed to negative experiences and have an increased risk of depression. A holistic nursing approach aimed at this patient group can increase the patient's well-being and lead to better mother-child-attachment.

Keywords: Critical Care, Nursing, Patients' experience, Pregnancy.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION.....	1
BAKGRUND.....	1
Epidemiologi av obstetrisk intensivvård.....	1
Graviditetens fysiologi.....	2
Vanliga intagningsorsaker av patienter på IVA under graviditeten.....	3
Omvårdnadsåtgärder specifika på obstetriska patienter enligt ABCDE-omhändertagande.....	5
Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskan inom intensivvård.....	8
Specialistsjuksköterskans erfarenheter av att vårda kritisk sjuka patienter under graviditeten och postpartum.....	9
Teoretisk referensram.....	9
Problemformulering.....	10
SYFTE.....	11
METOD.....	11
Design.....	11
Urval.....	11
Datainsamling.....	12
Dataanalys.....	13
Etiska aspekter.....	14
RESULTAT.....	15
Obstetriska patienters känslor och upplevelser på IVA.....	17
Omvårdnadsåtgärder som gynnar kvinnans välmående och anknytning mellan mor och barn.....	19
DISKUSSION.....	23
Metoddiskussion.....	23
Resultatdiskussion.....	26
Vetenskapsteoretisk reflektion.....	29
SLUTSATSER.....	30
Kliniska implikationer.....	30
Fortsatt forskning.....	31
REFERENSER.....	32
BILAGOR	

INTRODUKTION

Omvårdnad inom intensivvård är ett väl utforskat ämne. När det gäller obstetriska patienter inom intensivvård visar forskning däremot stora brister. Detta speglas i specialistsjuksköterskornas osäkerhet i att vårda denna patientgrupp, dels för att obstetrisk intensivvård är en mycket begränsad del av specialistutbildningen, dels för att antalet obstetriska patienter som hamnar på en intensivvårdsavdelning (IVA) i Sverige är ganska lågt. Intensivvården fokuserar på högspecialiserad vård av svårt sjuka patienter med komplexa omvårdnadsbehov. Enligt intensivvårdssjuksköterskans kompetensbeskrivning är huvudmålet att ge god och säker vård och värna om patientens välbefinnande ur ett holistiskt perspektiv. Denna litteraturstudie syftar till att beskriva omvårdnadsåtgärder riktat specifikt till obstetriska patienter inom intensivvård ur ett holistiskt omvårdnadsperspektiv, samt beskriva patientgruppens upplevelser av att vårdas på en intensivvårdsavdelning.

BAKGRUND

Epidemiologi av obstetrisk intensivvård

Antalet obstetriska patienter inlagda på en intensivvårdsavdelning i höginkomstländer är relativt lågt och speglar mortaliteten i denna patientgrupp (World Health Organization [WHO], 2019). Ibland kan dock komplikationer relaterade till graviditet och förlossning leda till behov av intensivvård (Seppänen et al., 2016). De vanligaste orsakerna till intensivvårdsbehov är hypertension, blödningar, acute respiratory distress syndrome (ARDS) och kardiella sjukdomar samt sepsis.

Under de senaste tio åren har ungefär 250–400 gravida patienter per år vårdats på en intensivvårdsavdelning i Sverige (Svenska intensivvårdsregistret, 2022). Antalet gravida patienter har inte ökat sedan 2020 men vårdtiden har ökat drastiskt sedan Covid19-pandemins början. Under År 2020 var cirka en procent av de patienter med Covid19-infektion som vårdades på en intensivvårdsavdelning i Sverige gravida (Svenska intensivvårdsregistret, 2021). Risken ökar för behovet av intensivvård av gravida kvinnor med bekräftat Covid-19-infektion jämfört med icke-gravida kvinnor (Collin et al., 2020).

Graviditetens fysiologi

Metabolism

Förändringar i kvinnans fysiologi under graviditet och förlossning innebär en stor påfrestning för kroppen (Törnell et al., 2020; Pollock & James, 2019). Tillväxt hos den gravida kvinnan och tillväxten hos fostret och placenta ökar kroppens metabolism vilket leder till en ökad syrgaskonsumtion på 40 procent under graviditeten och upp till 75 procent under förlossningen (Törnell et al., 2020).

Hjärta och cirkulation

Under graviditeten förskjuts kvinnans hjärta framåt, uppåt och åt vänster (Törnell et al., 2020). Systoliskt blåsljud kan uppstå under graviditeten på grund av en trikuspidalisinsufficiens. Hjärtminutvolymen ökar med 50 procent i slutet av graviditeten, delvis på grund av ökad hjärtfrekvens, men även på grund av ökad slagvolym. Fostret kan under graviditeten utlösa en aortakompression vilket innebär att fostret från vecka 13–16 kan trycka på de stora blodkärlen aorta och vena cava inferior när kvinnan ligger på ryggen. Detta leder till bradykardi på ungefär 15 procent av gravida kvinnor (Törnell et al., 2020). Redan under graviditetsvecka 6–8 kan blodtrycket sjunka med lägsta nivåer under andra trimestern och åter normaliserade nivåer efter vecka 38 (Pollock & James, 2019). Anledning är perifer vasodilation och shuntning av blodet till placenta. Det diastoliska blodtrycket kan minska med 10–25 mm Hg, samtidigt som det systoliska blodtrycket minskar med 6–8 mm Hg (Pollock & James, 2019).

Respiration

Vasodilation under graviditet leder även till svullnad i slemhinnor, speciellt i övre luftvägarna (Crozier, 2017; Pollock & James, 2019; Törnell et al., 2020) vilket kan leda till svårare luftväg vid intubation (Törnell et al., 2020). Ökad koldioxidproduktion och ökad progesteronutsöndring leder till en förhöjd minutventilation med cirka 45 procent (Törnell et al., 2020). Denna hyperventilation leder till en respiratorisk alkalos som i vanliga fall kompenseras metaboliskt genom njurarnas bikarbonatutsöndring för att bibehålla ett normalt pH (Pollock & James, 2019). PaO₂ ökar vanligtvis med 1,3 kPa till 10,6–14,6 kPa vilket även påverkas av ryggläge. PaCO₂ kan ligga kring 3,7–4,2 kPa. Högre risk för hypoxemi, relaterad till den minskade syrgasreserven, speciellt i slutet av graviditeten, föreligger eftersom funktionell residualkapacitet (FRC) är sänkt med 10–30 procent (Pollock & James, 2019). Den ökade CO₂ produktionen återgår till normala värden 2–5 dagar efter förlossningen.

Hematologi

Under graviditeten ökar den totala blodvolymen med ungefär 45 procent, plasmavolymen med ungefär 55 procent och erytrocytkoncentrationen med ungefär 30 procent (Törnell et al., 2020). Stor risk för venösa tromboser föreligger under graviditeten och postpartum på grund av en ökning av vissa koagulationsfaktorer, till exempel fibrinogen. Vidare leder en minskning av serumalbumin till sänkt kolloidosmotiskt tryck och högre risk för ödembildning. (Pollock & James, 2019).

Mag-tarmkanal och njurar

Magsäcken töms långsammare och har en större volym i slutet av graviditeten vilket leder till en starkt förhöjd risk för aspiration i samband med förlossning och akuta operationer (Zieleskiewicz et al., 2016). Glomerulär filtrationshastighet (GFR) ökar med upp till 40–50 procent och renalt plasmaflöde med upp till 80 procent (Pollock & James, 2019).

Vanliga intagningsorsaker av patienter på IVA under graviditeten

Då det under en graviditet tillkommer sjukdom, trauma och/eller anestesi kan det som annars är normalt snabbt leda till ett kritiskt tillstånd hos den gravida patienten (Törnell et al., 2020; Pollock & James, 2019). Förändringarna kan komma att kräva övervakning och behandling på en intensivvårdsavdelning.

Preeklampsi, Eklampsi, HELLP-syndrom

Preeklampsi är den vanligaste intagningsorsaken bland obstetriska patienter på en intensivvårdsavdelning i Sverige (Törnell et al., 2020). Fem procent av gravida kvinnor drabbas av denna sjukdom och mortaliteten vid svår preeklampsi ligger kring 1–2 kvinnor per år i Sverige. Riskfaktorer för att drabbas av preeklampsi är förstföderskor, ärftlighet, flerbörd, obesitas, hypertoni, diabetes, hög och låg ålder samt tidigare insjuknad av preeklampsi (Svensk förening för obstetrik och gynekologi [SFOG], 2021).

Preeklampsi karakteriseras av hypertoni efter graviditetsvecka 20 med systoliskt blodtryck över 140 mm Hg och diastoliskt blodtryck över 90mmHg (SFOG, 2021). Vid svår preeklampsi tillkommer en eller flera sviktande organ som till exempel njursvikt (proteinuri >0,3 g/dygn), leversvikt (HELLP-syndrom) eller eklampsi (krampanfall). Placentaavlossning, lungödem, krampanfall och stroke kan vara komplikationer vilka anses vara mer allvarliga innan graviditetsvecka 34. Förlossning är den enda botande behandling, men antihypertensiv

läkemedelsbehandling och vätskerestriktioner minskar risk för lung- och hjärnödem (SFOG, 2021).

Eklampsi är en svår form av preeklampsi som innebär att patienten får ett generellt krampanfall som varar ungefär 60–90 sekunder (Törnell et al., 2020; Pollock & James, 2019). De patienter som drabbas av eklampsi får det vanligtvis först efter graviditetsvecka 20, men störst risk för dessa krampanfall är under eller upp till 48 timmar efter förlossningen. Magnesiumbehandling som är förstahandsval har visat sig halvera sannolikheten att drabbas av eklampsi. Efter ett sådant krampanfall och stabilisering av patienten ska kvinnan förlösas, företrädesvis vaginalt för att minska ytterligare risker (Svensk förening för obstetrik och gynekologi [SFOG], 2014).

HELLP-syndrom (Hemolys, elevated liver enzymes, low platelets) är en ytterligare svår form av preeklampsi som utlöses av leversvikt i 10–15 procent av kvinnor med preeklampsi. I 30 procent av fallen av HELLP-syndrom uppstår dessa postpartum med stor risk att symtomen förvärras inom 48 timmar efter förlossningen (SFOG, 2014) och kan leda till hjärnblödning, disseminerad intravaskulär koagulation (DIC), placentaavlossning, lungödem, leverblödning och akut njurinsufficiens (Törnell et al., 2020).

Kardiella sjukdomar under graviditeten

Vid underliggande hjärtsjukdom kan graviditetens fysiologiska förändringar, som till exempel förhöjd hjärtfrekvens, hjärtminutvolym och blodvolym, utlösa en akut försämring av patientens tillstånd (Pollock & James, 2019; Törnell et al., 2020). Vid inte tidigare kända hjärtsjukdomar kan dessa försämringar visa sig i samband med förlossning och postpartum, som till exempel peripartum kardiomyopati eller hjärtinfarkt (Törnell et al., 2020).

Hemostasrubbing och stor postpartumblödning

Hemostasrubbingar kan utlösas av bland annat postpartumblödning, placentaavlossning, preeklampsi, HELLP-syndrom och sepsis. Den svenska definitionen för postpartumblödning är en onormal blödning med mer än 1000 ml inom 24 timmar efter förlossning och incidensen i Sverige ligger på cirka åtta procent (Thurn et al., 2021). WHO:s definition för postpartumblödning ligger något lägre med mer än 500 ml under de första 24 timmar efter förlossning (WHO, 2018). Kraftiga postpartumblödningar är den största anledningen till att kvinnor under graviditeten behöver intensivvård i världen (Törnell et al., 2020).

ARDS (acute respiratory distress syndrome) och Covid-19 under graviditeten

Gravida kvinnor anses vara speciellt känsliga för komplikationer vid virusinfektioner på grund av att graviditeten kan påverka immunförsvaret negativt (Palmrich et al., 2021). Vidare ökar fysiologiska förändringar under graviditeten risken för ARDS och försvårar behandlingen (Oxford-Horrey et al., 2020; Palmrich et al., 2021; Wang et al., 2021; Zieleskiewicz et al., 2016). Förloppet av svår ARDS relaterad till SARS-CoV-2 och andra orsaker under graviditeten anses dock vara som hos icke-gravida kvinnor (Wang et al., 2021). Det finns dock fortfarande begränsad forskning om Covid-19 under graviditeten (Palmrich et al., 2021).

Sepsis under graviditeten

De fysiologiska förändringarna under graviditeten kan försvåra tidigt upptäckt av sepsis i denna patientgrupp, vilket kan leda till fördröjd behandling. Vanliga källor till sepsis under graviditeten inkluderar bakterie- och virusinfektioner i njurar, livmoder och lungor. Den viktigaste riskfaktorn för utveckling av sepsis är oplanerade kejsarsnitt, jämförd med vaginala förlossningar och planerade kejsarsnitt. Även komplikationer vid amning, som mjölkstockning, som är en infektion i bröstkörtlar, ökar risken att insjukna i sepsis (Parfitt & Hering, 2018).

Omvårdnadsåtgärder specifika på obstetriska patienter enligt ABCDE-omhändertagande

A – Airway

Gravida patienter har en högre risk för misslyckad eller svår **intubation** (Crozier, 2017; Oxford-Horrey et al., 2020; Pollard et al., 2017; Zieleskiewicz et al., 2016). Vårdpersonal bör utgå ifrån att gravida patienter har en svår luftväg vid intubation på grund av fysiologiska förändringar (Oxford-Horrey et al., 2020) som till exempel svullna slemhinnor, viktuppgång och förstorade bröst under graviditeten, samt har en ökad risk för aspiration relaterad till mer långsam tömning av magsäcken och ökat buktryck (Zieleskiewicz et al., 2016). Det rekommenderas att endast de mest erfarna sjuksköterskorna och läkarna ska medverka i intubering av denna patientgrupp (Crozier, 2017).

B – Breathing

Bukläge har diskuterats mycket i samband med ARDS och Covid-19 för gravida patienter (Huang et al., 2021; Schnettler et al., 2020; Oxford-Horrey et al., 2020; Wong et al., 2021). Vid svår ARDS kan bukläge leda till betydande förbättringar i syresättningsförmåga (Ali &

Lamont, 2019). Bukläge under graviditeten kräver noggrann övervakning och höft och bröstkorg bör stödjas med hjälp av kuddar för att minska trycket på livmodern (Oxford-Horrey et al., 2020). Bukläge kan leda till bättre syresättning vid ARDS/Covid-19, men kan också leda till svårigheter i övervakning av det ofödda barnet. Därför rekommenderas regelbundna blodgaskontroller en gång i timmen i samband med bukläge hos gravida patienter (Wong et al., 2021).

Protektiv ventilatorbehandling rekommenderas med ett topptryck på under 30 mmHg, samtidigt som det måste tas hänsyn till det ökade buktrycket under graviditeten. För att säkerställa en adekvat syresättning av fostret rekommenderas en saturation på över 95 procent (Zieleskiewicz et al., 2016). Vidare ska hyperventilation undvikas på grund av minskat blodflöde till livmoder och placenta vilket kan leda till ett ökat pH-värdet i fostret. Särskilt aktsamhet ska i detta sammanhang tas till den normala ökade andningsfrekvensen (Parfitt & Hering, 2018) och en mindre tolerans till en permissiv hyperkapni under graviditeten (Gaffney, 2014).

C – Cirkulation

Aorta och Vena Cava kompression kan utlösas genom att den gravida livmodern trycker på aortan eller/och vena cava. Detta kan påverka kvinnans cirkulatoriska stabilitet och leda till försämrad perfusion av livmodern och placenta. Genom att lägga kvinnan i ett vänstersidoläge alternativt luta sängen med 15 grader eller mer, kan detta motverkas (Lee et al., 2012; Zieleskiewicz et al., 2016).

Tidigt upptäckt och behandling av sepsis under graviditeten och postpartum minskar mortalitet och risk för komplikationer (Ali & Lamont, 2019). Som ett snabbt verktyg för upptäckt av kritisk sjuka gravida patienter rekommenderar Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2014) bedömningsinstrumentet Modified Early Obstetric Warning System (MEOWS, se Tabell 1). Detta instrument kan upptäcka sepsis hos gravida patienter, men anses även kunna överdiagnostisera sepsis (Shields et al., 2021). Ytterligare två enkla bedömningsinstrument är *obstetric modified quick SOFA* (omqSOFA) och *Sepsis in Obstetrics Score* (S.O.S.). OmqSOFA är ett enkelt verktyg där mentalstatus inkluderas och S.O.S. är ett validerat verktyg för bedömning om intensivvårdsbehandling relaterad till sepsis behövs (Shields et al., 2021).

Tabell 1: MEOWS - Modified Early Obstetric Warning System enligt Ali & Lamont (2019),
fritt översatt av författaren.

Vitala parametrar	Röda varningar	Gula varningar
Temperatur, °C	<35 eller >38	35–36
Systoliskt blodtryck, mm Hg	<90 eller >160	150–160 eller 90–100
Diastoliskt blodtryck, mm Hg	>100	90–100
Hjärtfrekvens, slag per minut	<40 eller >120	100–120 eller 40–50
Andningsfrekvens, andetag per minut	<10 eller >30	21–30
Saturation, %	<95	ej tillämplig
Smärtskattning	ej tillämplig	2–3 av 10
Medvetandegrad	reagerar inte på något stimuli eller reagerar endast på smärta	reagerar på tilltal, men ej vaken och orienterad
Om patientens vitala parametrar graderas på två gula varningar eller en röd varning rekommenderas att ta kontakt med en erfaren anestesilog OCH obstetriker.		

Vid konstaterat **hjärtstopp**, om medvetlös och ingen/onormal andning hos gravida följs sjukhusets handlingsplan. Efter hjärtstoppslarm, bör livmodern manuellt förflyttas till vänster eller en kudde läggs under höger flank och hjärt-lungräddning påbörjas enligt Avancerad-HLR-rutin (Jörnvall et al., 2018). Vänstersidoläge rekommenderas med 15–30 grader, dock anges att även en mindre sidolutning är bättre än ingen alls. Perimortem kejsarsnitt ska genomföras om hjärtstoppet ej hävts inom fyra minuter, och ska vara utfört på plats inom fem minuter (Lott et al., 2021).

D – Disability

Noggrann observation av **mentalstatus** rekommenderas på grund av en ökad risk att pre-existerande sjukdomar som epilepsi och diabetes förvärras under graviditeten (Neligan & Laffey, 2011). Vidare är eklampsi bland de vanligaste intagningsorsaker till IVA och bör observeras noga.

E – Exposure

Amning har många fördelar för kvinnor och deras barn och rekommenderas om möjligt på IVA. Bröstmjölksstimulering ger kvinnan möjlighet att amma sitt barn efter vårdtiden på IVA och ska ske minst 6 gånger per dygn (Pollock & James, 2019). SARS-CoV-2 har inte fastställts i prover av bröstmjolk av kvinnor med bekräftat Covid-19infektion (Wang et al., 2021). Dock

rekommenderas noggrann handhygien och användandet av munskydd under amningen under pågående Covid19-infektion.

Observation av kvinnans bröst ska ske minst två gånger per dygn för att upptäcka inflammationstecken och komplikationer som mastit (mjölkstockning). Läkemedel som har administrerats på en intensivvårdsavdelning har ofta inte utvärderats för amning men det är viktigt att pumpa ut bröstmjolk för att motverka mastit och för bröstmjolkstimulering. Barnets neonatalläkare eller barnläkare bör ta ställning om barnet kan dricka moderns bröstmjolk eller om denna ska kasseras (Pollock & James, 2019).

Lugn och tydlig **kommunikation** rekommenderas för att lugna den ofta rädda, oroliga och ångestfyllda obstetriska patienten. En lugn och avskild vårdmiljö med möjlighet att ha närstående nära sig är viktigt för att öka patientens delaktighet och minska ångest och oro (Sosa, 2008). Dessutom möjliggör en lugn vårdmiljö en bättre anknytning mellan mor och barn och är fördelaktig för amningen (Hrelc & Griggs, 2018).

Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskan inom intensivvård

Intensivvårdssjuksköterskors huvudmål är att värna om en personcentrerad och patientsäker vård med hänsyn till patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2020). De ska ha goda kunskaper om patientens individuella omvårdnadsbehov, fysiologiska och patofysiologiska förändringar och kunna utföra och utvärdera omvårdnadsåtgärder anpassade till patientens akuta, kurativa, rehabiliterande och palliativa behandling. Vidare ska intensivvårdssjuksköterskor kunna arbeta även preventivt, familje-centrerat och bemöta och stödja patienter och närstående i kris och sorgereaktioner. En annan viktig del i specialistsjuksköterskornas arbete handlar om att förebygga vårdrelaterade infektioner och andra komplikationer och att skapa en vårdmiljö som är bra för patientens och dess närståendes psykiska, fysiska och sociala välbefinnande. Genom specialistsjuksköterskornas bra samarbete med andra yrkesgrupper, professioner och enheter skapas förutsättningar för en god och säker vård, som ökar patientens och närståendes trygghet och välmående (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2020).

Specialistsjuksköterskans erfarenheter av att vårda kritisk sjuka patienter under graviditeten och postpartum

Specialistsjuksköterskor inom intensivvård kan känna sig osäkra när de vårdar obstetriska patienter på IVA (Kynoch et al., 2011). Dels på grund av kunskapsbrist, dels på grund av brist på erfarenhet. Brist på självförtroende i obstetrisk kunskap verkar som ett hinder i omvårdnad av denna patientgrupp, speciellt när det handlar om rutinundersökningar av blödning eller postpartum amning/pumpa ut bröstmjök. Att ha en nyfödd på en intensivvårdsavdelning kan upplevas som en utmaning för specialistsjuksköterskan, speciellt för de som inte har egna barn. Det finns en medvetenhet om behovet av en holistisk omvårdnad, som innebär bland annat att stödja en hälsosam mor-barn-relation, amning och familjecentrerad vård. Detta upplever intensivvårdssjuksköterskor dock inte som sin huvuduppgift. Närvaro av en barnmorska alternativt goda kunskaper i obstetrisk omvårdnad, samt ett gott samarbete med en barnmorska är en förutsättning för en bra omvårdnad av denna patientgrupp (Kynoch et al., 2011; Zwedberg et al., 2017). Intensivvårdssjuksköterskor anser att IVA-miljön inte är optimal för en nyförlöst kvinna och det nyfödda barnet på grund av höga ljudnivåer och ljus (Engström & Lindberg, 2013). Vidare ligger intensivvårdssjuksköterskornas prioriteringar i att fokusera på kvinnans vitala funktioner och trots förståelse för kvinnans behov av lugn och ro så är deras uppgift att kontrollera blödningar, ta blodtryck och blodprover samt regelbundet kontrollera kvinnans mentala status. Det finns även en rädsla för att det nyfödda barnets tillstånd kan försämrats på IVA där vårdpersonal inte har tillräcklig kunskap om neonatalvård (Zwedberg et al., 2017). Oftast anses de närstående ha ansvaret för det nyfödda barnet, samt att hålla kontakt med neonatalavdelningen under vistelse på intensivvårdsavdelningen (Engström & Lindberg, 2013). Omvårdnad av den gravida kvinnan kan förbättras genom en ökad kunskap om sjukdomar och vanliga behandlingar, samt en djupare förståelse för mortalitet och morbiditet i denna patientgrupp (Seppänen et al., 2016).

Teoretisk referensram

Neumans systemmodell är en holistisk omvårdnadsteori som handlar om människan, miljön, hälsan och omvårdnad (Barrett et al., 2009). Modellen utgår ifrån att människan har en grundläggande inre struktur, kraft och egna resurser för att uppnå välbefinnande och hälsa. Detta "inre jag" påverkas av fysiologiska och psykologiska, sociokulturella och spirituella faktorer, men även på vilken utvecklingsstadium människan befinner sig i (barn- eller vuxenålder). Modellen utgår från antagandet att det finns olika stressfaktorer som kan

påverka människans stabilitet och hälsa samt utlösa en reaktion som kan få patientens hälsa ur balans.

Stressfaktorer kan delas in i intrapersonliga, interpersonliga och extrapersonliga stressfaktorer. Intrapersonliga stressfaktorer innebär den inre miljön, individen själv, som till exempel sjukdomar, infektioner, även smärta, kränkt integritet, sömnbrist och depression. Interpersonliga stressfaktorer definieras som faktorer som finns i närheten, som konflikter i nära relationer, föräldraskap, arbetslivet och olika roller i livet en människa kan inneha. Extrapersonliga stressfaktorer är den yttre miljön som fattigdom, politiska förändringar, tillgång till sjukvård, etc (Barrett et al., 2009).

Enligt Neumans systemmodell är sjuksköterskans huvudmål att stärka patientens försvar mot dessa stressfaktorer eller minska dessa stressfaktorers påverkan på patienten. Det finns tre olika omvårdnadsinterventioner. Den primära preventionen innebär förebyggande arbete. Fokus ligger på att minimera risken att stressfaktorn påverkar hälsan i framtiden. Den sekundära preventionen handlar om att en stressfaktor har påverkat patientens hälsa och interventioner hjälper patienten att få tillbaka balansen. Patienten får behandling och stöd tills den har återfått välbefinnande och hälsa. Den tertiära preventionen sker efter behandlingen; sjuksköterskans interventioner stödjer patienten att bibehålla och stabilisera välbefinnande och hälsa (Barrett et al., 2009).

Problemformulering

Det finns mycket kunskap om varför gravida kvinnor läggs in på IVA. Information finns även om hur specialistsjuksköterskor upplever att vårda gravida kvinnor på IVA och den osäkerheten de kan känna i denna situation. För att minska osäkerheten kring obstetrisk omvårdnad på en intensivvårdsavdelning är det ur ett omvårdnadsperspektiv av intresse att studera obstetriska patienters upplevelser av att vårdas på en intensivvårdsavdelning. Vidare är det viktigt att sammanställa omvårdnadsåtgärder som dessa patienter anser skulle öka deras välbefinnande under vårdtiden på IVA.

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva hur obstetriska patienter upplever att vårdas inom intensivvården ur ett omvårdnadsperspektiv.

Forskningsfrågor:

1. Vilka känslor och upplevelser beskriver obstetriska patienter som vårdas på en intensivvårdsavdelning?
2. Vilka omvårdnadsåtgärder gynnar kvinnans välmående och anknytningen mellan mor och barn under tiden på IVA?

METOD

Design

Denna studie är en litteraturöversikt. En litteraturöversikt är en inventering av befintlig forskning där kunskapsläget sammanfattas i ett specifikt ämne. Vidare kan en sådan översikt visa på begränsningar i tidigare forskning i ett område (Polit & Beck, 2022).

Urval

En omfattande preliminär litteratursökning genomfördes i databaserna PubMed, CINAHL och MEDLINE under januari 2022 för att kartlägga kunskapsläget om kritiskt sjuka obstetriska patienter på en intensivvårdsavdelning. Denna första litteratursökning inkluderade söktermer "Intensive care" och "obstetrics", med tillägg av olika parametrar som tidsperiod och olika söktermer relaterade till vanliga obstetriska intagningsorsaker till intensivvården (se *Bakgrund*). Detta resulterade i en stor mängd artiklar vilka gav ett helikopterperspektiv över området och en djupare förståelse för ämnet vilket är relevant enligt Polit och Beck (2022). Denna kunskapsinsamling ledde fram till studiens problemformulering, samt till urvalskriterier som användes i nästa litteratursökning.

Nästa litteratursökning som utfördes ligger till grund till denna litteraturstudies resultat och inkluderade "intensive care" och "obstetric" med tillägg av "experience" för att fånga patienters upplevelse enligt litteraturstudiens syfte. Review-artiklar exkluderades i denna sökning, liksom studier som fokuserar på neonatal intensivvård eller intermediärvård. Kriterierna utgick från Polit och Becks (2022) rekommendation och var utformade mer

systematiskt än i den preliminära litteratursökningen, vilket förklaras vidare under *Datainsamling*.

I resultatets artikelurval inkluderas kvalitativa och kvantitativa artiklar, publicerade på engelska under åren 2009–2022. Att använda sig av både kvalitativa och kvantitativa studier kan vara fördelaktigt för en triangulering av ämnet, det vill säga att ämnet visas från olika vinklingar. Kvalitativa studier ger svar om egenskaper, innebörd och karaktär, medan kvantitativa studier svarar på utsträckning, utbredning och jämförelse mellan grupper (Polit & Beck, 2022).

Datainsamling

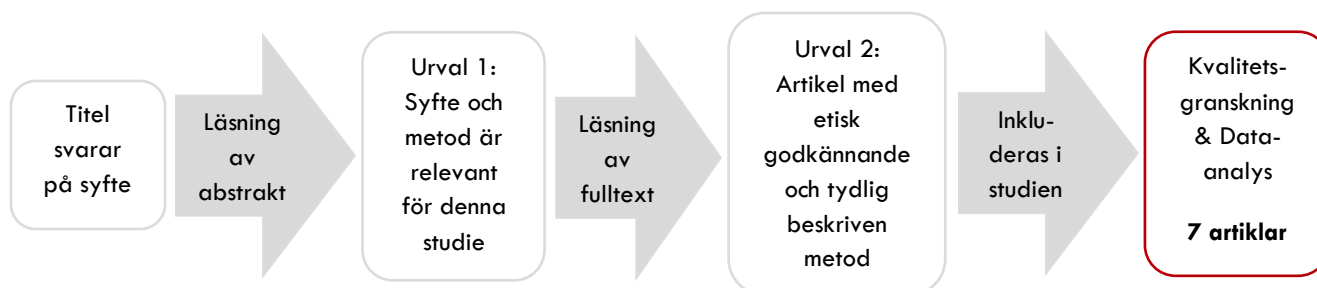
Databaserna PubMed, CINAHL och MEDLINE är betydelsefulla för omvårdnadsspecifika forskningsämnen enligt Polit och Beck (2022) och användes i datainsamlingen för denna studie under februari 2022.

I artikelsökningen i PubMed användes följande termer: "Intensive care", "pregnancy" och "experience". Dessa termer anpassades till motsvarande begrepp i databaser CINAHL och MEDLINE ("Critical care", "obstetrics" och "experience") vid sökningar i dessa. Vid flera söktillfällen inkluderades även vanliga intagningsorsaker till intensivvård (se Bakgrund), vilket resulterade i att en artikel inkluderades i studien som inte hittades i andra sökningar. Termerna användes med förkortning och trunkeringsfunktion för att undvika att andra böjningsformer exkluderades, samt med Booleska söktermerna AND och OR (Polit & Beck, 2022). Sökningen begränsades till artiklar på engelska med publiceringsår 2009–2022, de hade tillgängliga abstrakt och var peer-reviewed granskade. Review-artiklar exkluderades i sökningen. Se kombinationer av söksträngar och den fullständiga slutgiltiga sökstrategin i Bilaga 1.

Databassökningen kompletterades med en manuell genomgång av referenslistor till relevanta artiklar enligt Polit och Beck (2022), vilket gav ytterligare två artiklar som inkluderades i denna studie.

Om artikelns titel svarade mot syftet, lästes artikelns abstrakt. Visades det att artikelns syfte och metod var relevanta för denna litteraturstudies syfte, togs artikeln med till urval 1 och lästes i fulltext. Exklusionskriteriet neonatalintensivvård applicerades om detta upptäcktes i fulltext. I nästa steg (urval 2) granskades artikelns metod och etisk övervägande. I de fall då dessa komponenter var tydligt beskrivna inkluderades artiklarna i studiens resultat. Se flödesschema över datainsamlingsprocessen i Figur 1.

Figur 1: Flödesschema över datainsamlingsprocessen



Dataanalys

I dataanalysen ingår sju vetenskapliga artiklar, varav sex kvalitativa studier och en kvantitativ studie. De utvalda kvalitativa artiklarna granskades med hjälp av en granskningsmall för kvalitativ metodik enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2020). Den kvantitativa studien granskades däremot med hjälp av ett självsammanställt och modifierat protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod utarbetat enligt Polit och Becks (2021) guide till en kritisk bedömning av kvalitet fokuserad på kvantitativ forskning (se Bilaga 3). De önskvärda svaren efter genomgång av protokollen är "ja". Ett ja-svar motsvarar en poäng. Ju fler poäng, desto högre kvalitetsbedömning av studien enligt Polit och Beck (2021). I granskningsmallen för kvalitativ metodik enligt SBU (2020) är högsta poängantalet 14 och i protokollet för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod är högsta poängantalet 22. Poängantalen översattes i procenttal för att kunna jämföra kvaliteten av de kvalitativa studiernas kvalitet med kvaliteten av den kvantitativa studien. Artiklarnas kvalitet redovisades i artikelmatrisen (se Bilaga 2) med följande procentuella uppdelning:

- > 80% = hög kvalitet
- 60 – 79 % = medel kvalitet
- < 60% = låg kvalitet

Dataanalysen genomfördes i fyra steg enligt Friberg (2022):

I första steget gav läsningen av artiklarna en förståelse för sammanhanget och innehållet. Artiklarna lästes flera gånger och relevant information ströks under.

I andra steget dokumenterades artiklarnas syfte, metod och resultat i en översiktstabell som gav en lättförståelig och strukturerad översikt av de vetenskapliga artiklarna. I detta analyssteg kopplades artiklarnas resultat ihop till forskningsfrågorna enligt Polit och Beck (2022). Påståenden i artiklarnas resultat färgmarkerades beroende på vilken forskningsfråga som besvarades vilket ledde till en indelning i huvudkategori 1 och 2.

I tredje steget sammanfattades de utvalda artiklarnas alla delar: teoretisk utgångspunkt, metod, analys, syfte och resultat, varpå huvudvikten låg på likheter och skillnader i artiklarnas resultat.

I fjärde steget sammanfattades artiklarnas syfte, metod och resultatens huvuddrag genom kategorisering i en artikelmatris enligt Polit och Beck (2021). Se artikelmatris i Bilaga 2. Vidare skedde kategoriseringen genom färgmarkering i texten och att nyckelord skrevs ut på papper och sorterades vidare in i underkategorier. Se exempel på analysen i tredje steget för huvudkategori 1 (Tabell 2).

Tabell 2: Exempel på analysen i tredje steget

Artikel	Nyckelord	Underkategori	Huvudkategori
Engström & Lindberg, 2011	maktlöshet, kontrollförlust, att inte känna sig sedd	Rädsla	1
Hinton et al., 2015	att känna sig värdelös, att ha skuldkänsla att inte kunna hålla barnet och amma, att inte ha haft en "normal" förlossning	Skuld/skam	1

Etiska aspekter

Forskning ska enligt Polit och Beck (2022) baseras på tre etiska principer: godhet, respekt för den mänskliga värdigheten och rättvisa. Vetenskapliga studier och tillhörande vetenskapliga artiklar ska lyda dessa principer och få ett godkännande av en etisk kommitté (Polit & Beck, 2022). Endast vetenskapliga artiklar med ett etiskt godkännande inkluderades i denna litteraturöversikt.

Vidare handlar forskningsetik om att forskarens relation till forskningsarbete och inkluderande av studier ska ske på ett respektfullt, ansvarsfullt, ärligt, objektiva och tillförlitligt sätt (Vetenskapsrådet, 2017). De inkluderade studierna i denna litteraturstudie har lästs upprepade gånger, resultatet ströks under och översattes ordagrant för att hjälpa till att hitta den övergripande och djupare meningen av texten. Risken att översättningen påverkade resultatet minimerades genom användning av olika översättningshjälp online och att texter granskades upprepade gånger. Tillförlitligheten diskuteras vidare i metoddiskussionen.

RESULTAT

Resultatet baseras på analys av sju vetenskapliga artiklar som svarar upp mot syftet i denna litteraturstudie, det vill säga att beskriva hur obstetriska patienter upplever att vårdas inom intensivvården ur ett omvårdnadsperspektiv. Vidare delades resultatet in i två huvudkategorier med sammanlagt tolv underkategorier, se Tabell 3.

Tabell 3: Uppdelning av huvud- och underkategorier

	Huvudkategorier	Underkategorier
1.	Vilka känslor och upplevelser beskriver obstetriska patienter som vårdas på en intensivvårdsavdelning?	Oro/Ångest (Rädsla, Oro, Oro om framtiden)
		Besvikelse/Frustration
		Skuld/Skam
		Stress
		Förvirring
2.	Vilka omvårdnadsåtgärder anses gynna kvinnan välmående och anknytningen mellan mor och barn?	Information
		Bemötande/Samtal
		Närstående
		Kontakt med barnet
		Amningsstöd
		Spirituellt/Religiöst stöd
		Vårdmiljö

I alla studier har patienter intervjuats mellan en dag och sex månader efter vårdtiden på IVA. Dessutom har deltagarna i studierna varit inlagda på en intensivvårdsavdelning på grund av komplikationer relaterad till förlossning.

Huvudkategori 1 - Vilka känslor och upplevelser beskriver obstetriska patienter som vårdas på en intensivvårdsavdelning? - delas upp i fem underkategorier (se även Tabell 4): *Oro/Ångest, Besvikelse/Frustration, Skuld/Skam, Stress och Förvirring. Oro/Ångest delas vidare in i Rädsla, Oro och Oro om framtiden.*

Tabell 4: Artiklarnas resultat uppdelad i underkategorier till huvudkategori 1

Vilka känslor och upplevelser beskriver obstetriska patienter som vårdas på en intensivvårdsavdelning?							
Artikel	Oro/Ångest			Besvikelse/ Frustration	Skuld/ Skam	Stress	Förvirring
	Rädsla	Oro	Oro om framtiden				
Engström & Lindberg, 2011	X	X					
Herbst & Drenth, 2012		X					X
Hinton et al., 2015	X		X	X	X	X	X
Lewis et al., 2019		X	X	X			
Snowdon et al., 2012	X						
Souza et al., 2009	X	X	X	X	X	X	X
Yoon & Sung, 2021		X					

Huvudkategori 2 - Vilka omvårdnadsåtgärder gynnar kvinnans välmående och anknytningen mellan mor och barn under tiden på IVA? - delas in i sju underkategorier (se även Tabell 5): *Information, Bemötande/Samtal, Närstående, Kontakt med barnet, Amningsstöd, Spirituellt/Religiöst stöd och Vårdmiljö.*

Tabell 5: Artiklarnas resultat uppdelad enligt underkategorier till huvudkategori 2

Vilka omvårdnadsåtgärder gynnar kvinnans välmående och anknytningen mellan mor och barn under tiden på IVA?							
Artikel	Information	Bemötande/ Samtal	Närstående	Kontakt med barnet	Amnings- stöd	Spirituellt/ Religiöst stöd	Vårdmiljö
Engström & Lindberg, 2011	X	X	X	X			
Herbst & Drenth, 2012	X	X	X			X	X
Hinton et al., 2015	X	X	X	X	X		
Lewis et al., 2019	X	X	X	X	X		X
Snowdon et al., 2012	X	X	X				
Souza et al., 2009	X	X	X			X	
Yoon & Sung, 2021		X	X	X			

Obstetriska patienters känslor och upplevelser på IVA

Den första forskningsfrågan utgår från obstetriska patienters upplevelser på IVA vilket även visas i huvudkategori 1. Det framkom att patienter känner oro och ångest, besvikelse och frustration, skuld och skam, stress och förvirring i samband med sin vårdtid på IVA.

Oro och ångest

Oro och ångest tas upp i alla studier som en känsla som påverkar kvinnors välmående på IVA (Engström & Lindberg, 2011; Herbst & Drenth, 2012; Hinton et al., 2015; Lewis et al., 2019; Snowdon et al., 2012; Souza et al., 2009; Yoon & Sung, 2021). Rädsla på grund av maktlöshet och kontrollförlust tas upp i två studier (Engström & Lindberg, 2011; Herbst & Drenth, 2012). Att inte kunna påverka situationen, att inte ha rörelseförmåga på grund av sedering beskrivs i en studie som en rädsla och oro för hjälplöshet (Herbst & Drenth, 2012). Att vara omgiven av maskiner och andra kritiskt sjuka patienter på IVA verkar skrämmande (Hinton et al., 2015). Trots att kvinnor i en studie angav att de kände sig förberedda för komplikationer under förlossningen, kände de sig oförberedda och skrämnda av den faktiska situationen de upplevde på IVA (Engström & Lindberg, 2011).

Rädsla och oro för ensamhet ökade om anhöriga inte kunde vara med patienten (Engström & Lindberg, 2011; Herbst & Drenth, 2012; Lewis et al., 2019; Snowdon et al., 2012) vilket också ledde till en känsla av att inte bli sedd bland andra mer kritiskt sjuka patienter på IVA (Engström & Lindberg, 2011). Oro och ångest beskrivs som känslor som ökar genom bristfällig omvårdnad och kommunikation från vårdpersonal vilket även kan leda till känslan av ensamhet när anhöriga inte är närvarande på IVA (Lewis et al., 2019). Det finns stora variationer av ångest i denna patientgrupp enligt kvantitativa data (Yoon & Sung, 2021). Kvinnornas medelvärde av ångest är 44 poäng \pm 12 poäng på en intervall från 21–79 poäng på en möjlig skala mellan 20 – 80 poäng. Enligt samma studie visar ungefär hälften av obstetriska patienter tecken på lätt (20%) till svår depression (34%), samtidigt som den andra hälften visar normala värden (46%) (Yoon & Sung, 2021).

Rädsla och oron för att dö eller förlora sitt barn tas upp i två studier (Herbst & Drenth, 2012; Souza et al., 2009). Självinsikten att man är dödlig kan beskrivas som ett skrämmande känsla som utlöser oro och ångest under vårdtiden på IVA (Herbst & Drenth, 2012; Hinton et al., 2015). I en annan studie blandas rädslan att kvinnan själv dör och att barnet dör med en förlamande, skrämmande känsla av hjälplöshet och oron att man lämnar sina anhöriga kvar i livet efter sin död (Souza et al., 2009). I denna studie tas även upp förtvivlan när kvinnan får veta att barnet har avlidit under vårdtiden på IVA. Vidare menas att förflyttningen till IVA

gav situationen en högre allvarlighetsgrad men att det också kändes tryggt att allt som var möjligt verkligen gjordes (Souza et al., 2009). Däremot ansågs flytten från IVA till en lägre vårdnivå vara ett svårt steg (Hinton et al., 2015; Lewis et al., 2019). Det anges en viss oro av att inte vara redo för denna förflyttning och att behöva mer tid på IVA. En kvinna beskriver denna känsla med följande citat:

”It was like my family’s fight was over, because I was awake. But my fight had only just begun because not only did I have a newborn baby... I also had the fact now that I can’t have any more children. Accepting you know that I am not invincible, I nearly died. Also the fact that I couldn’t even move, because my muscles had deteriorated completely...So it was like I had to start from the beginning.” (Hinton et al., 2015, sida 6)

En viss rädsla är även kopplat till kvinnors partnerrelationer. Rädsla att ha gått upp i vikt under vårdtiden och en oro om vad partnern tänker om viktuppgången beskrivs i en studie (Souza et al., 2009). Vidare beskrivs en oro om att inte kunna få fler barn och om deras partners reaktion på det (Hinton et al., 2015; Souza et al., 2009).

Besvikelse och frustration

Besvikelse och frustration är begrepp som framkom i fyra studier (Engström & Lindberg, 2011; Herbst & Drenth, 2012; Hinton et al., 2015; Souza et al., 2009). Att inte känna den önskade ”mammalyckan”, att inte ha haft en normal förlossning (Engström & Lindberg, 2011, Souza et al., 2009) och att missa barnets första speciella moment som första bad och första matning anges vara en stor besvikelse (Hinton et al., 2015). Även känslan av att vara beroende av hjälp av andra (Herbst & Drenth, 2012) och att inte komma ihåg förlossningen kunde utlösa frustration (Souza et al., 2009). I de fall barnet har avlidit tillkommer en känsla av besvikelse att inte kunnat ha sett barnet när kvinnan var sederad eller nedsövd (Souza et al., 2009). Dessa känslor av besvikelse och frustration kan övergå till en självbelagd skuld bland kvinnor.

Skuld och Skam

Skuld och skam tas upp i två studier med liknande beskrivelser som besvikelse och frustration (Hinton et al., 2015; Souza et al., 2009). Att inte själv kunna ta hand om sitt barn, inte själv kunna hålla barnet kan utlösa skuldkänslor hos kvinnor och att de känner sig värdelösa. Vidare kan en känsla av skam infinna sig genom att inte kunnat ha en ”normal förlossning” (Hinton et al., 2015). Skam- och skuldkänslan kan även uppkomma som ett resultat av kvinnans tankar om straff. Dessa kvinnor kan anse sig ha gjort något fel som resulterar i komplikationer som kan ha

lett till behov av intensivvård. Dessa känslor kan leda till att patienter isolerar sig och inte vill prata om händelsen med närstående och vårdpersonal (Souza et al., 2009).

Stress

Stress beskrivs i tre av sju studier (Hinton et al., 2015; Lewis et al, 2019; Souza et al., 2009). Att inte kunna kommunicera, att vara beroende av hjälp i alla moment och att känna sig förnedrad på grund av förlorad integritet är påfrestande och stressande för denna patientgrupp (Hinton et al., 2015). Stressen ökade om barnet och partnern inte kunde vara nära patienten (Lewis et al, 2019) eller om det upplevdes brister i kommunikation till och mellan vårdpersonal (Souza et al., 2009).

Förvirring

Förvirring tas upp i tre studier som en otäck känsla (Herbst & Drenth, 2012; Hinton et al., 2015; Souza et al., 2009). Att inte komma ihåg händelser inför och under vårdtiden på IVA anses vara en otäck känsla och kan utlösa stress som en "filmscen som saknas" (Souza et al., 2009). Hallucinationer och mardrömmar beskrivs i två studier (Herbst & Drenth, 2012; Hinton et al., 2015) varav i en studie är dessa även kopplade till hotfulla upplevelser i samband med den okända fysiska miljön på IVA som till exempel ljud, ljus och mekanisk utrustning kring vårdsängen (Herbst & Drenth, 2012). Vidare beskrivs det förvirrande att inte kunna förstå allvaret i situationen (Hinton et al., 2015).

"I remember looking at this picture (that her mother brought in), and going, it's the sort of think people do to help you pull through...And I sort of went, this isn't good, is it? I'm genuinely really sick? And that sort of brought it home." (Hinton et al., 2015, sida 3)

Omvårdnadsåtgärder som gynnar kvinnans välmående och anknytning mellan mor och barn på IVA

Vikten av tydlig information

Tydlig och individanpassad information påpekas i nästan alla studier som en förutsättning för att öka patienters välbefinnande (Engström & Lindberg, 2011; Herbst & Drenth, 2012; Hinton et al., 2015; Lewis et al., 2019; Snowdon et al., 2012; Souza et al., 2009). Informationen om vad som har hänt och vad som planeras är viktigt och uppskattas även i skriftlig form som IVA-dagbok och bilder (Herbst & Drenth, 2012; Hinton et al., 2015).

Dessutom ger information även en känsla av delaktighet i beslut och vård (Lewis et al., 2019). Information om barnet och partnern, samt kunskap om att partnern är med barnet ger en lugnande effekt på kvinnan och bör prioriteras (Engström & Lindberg, 2011). Vidare ger information trygghet och visar att vårdpersonalen bryr sig om patienten samt bidrar till en bättre förståelse av situationen (Snowdon et al., 2012; Souza et al., 2009). Följande citat är ett tydligt exempel på detta:

”I feel safer, much safer when there is someone to tell me everything...”

(Souza et al., 2009, sida 154)

Samtidigt påpekas i flera studier att brist på information kan leda till ökad oro och ångest (Lewis et al., 2019; Snowdon et al., 2012; Souza et al., 2009). I en studie beskriver kvinnorna att i akuta situationer kan de acceptera att vårdpersonal inte hinner prata med dem och deras partner, men det är viktigt att de får informationen efteråt (Snowdon et al., 2012). I två studier fick patienter komma tillbaka för ett uppföljningsmöte med information om vårdtiden på IVA vilket var mycket uppskattat (Herbst & Drenth, 2012; Hinton et al., 2015). Kvinnorna ansåg att de behövde detta möte för att klargöra vad som hade hänt till dem innan och under tiden på IVA.

Personcentrerat bemötande och samtal

Vikten av ett vänligt bemötande och att vårdpersonal visar förståelse för patientens situation identifierades som ett genomgående ämne i nästan alla studier (Engström & Lindberg, 2011; Herbst & Drenth, 2012; Hinton et al., 2015; Lewis et al., 2019; Snowdon et al., 2011; Souza et al., 2009). Följande exempel visar detta tydligt:

”They made me comfortable, took care of me...They always asked if I was well, how I was feeling. And there were always people smiling when I looked at them. It’s always good to know that there are people looking after you and smiling too, because if you never get a smile, you will end up not smiling too; so for me it was great there.”

(Souza et al., 2009, sida 156)

Upplevelsen att inte vara lika kritiskt sjuka som andra patienter på IVA anses vara patienters uppfattning av hur det kom sig att de inte fick uppmärksamhet i samma utsträckning som andra patienter (Engström & Lindberg, 2011). Genom vänligt och stödjande bemötande kan patientens situation upplevas mer hanterbar (Hinton et al., 2015). Vidare menas att sjuksköterskans professionella och respektfulla förhållningssätt har en lugnande och tröstande

effekt (Lewis et al., 2019; Souza et al., 2009) eftersom patienten och anhöriga upplever att allt som är möjligt görs (Lewis et al., 2019). Sjuksköterskans trygga bemötande kan även utlösa en känsla av säkerhet i patienten och en skrämmande situation upplevs mindre hotfull (Lewis et al., 2019). Vidare kan individuellt anpassat stöd minska risk för ångest och depression under vårdtiden (Yoon & Sung, 2021).

Genom att berätta sin upplevelse försöker patienten att ge mening till situationen (Engström & Lindberg, 2011; Herbst & Drenth, 2012) och förstå vad som har hänt (Herbst & Drenth, 2012; Hinton et al., 2015). Patienter beskriver det genom att de behövde lägga ihop en pusselbit för bit tillsammans med sin partner (Hinton, et al., 2015; Souza et al., 2009) eller vårdpersonalen i efterhand (Herbst & Drenth, 2012; Snowdon et al., 2012). Detta anses vara en viktig copingstrategi för att kunna hantera och förstå händelserna (Snowdon et al., 2011). Vikten av uppföljningsbesöket på IVA efter vårdtiden tas upp i flera studier, inte enbart för att inhämta information, utan även för att kunna prata om upplevelsorna (Hinton et al., 2015; Herbst & Drenth, 2012).

Närståendes närvaro på IVA

Närståendes närvaro på intensivvårdsavdelning och dess överordnade betydelse framkom i alla studier (Engström & Lindberg, 2011; Herbst & Drenth, 2012; Hinton et al., 2015; Lewis et al., 2019; Snowdon et al., 2012; Souza et al., 2009; Yoon & Sung, 2021). Den lugnande effekten av att ha närstående nära sig, samt att få stöd och känna sig sedd är tydlig (Engström & Lindberg, 2011; Herbst & Drenth, 2012; Hinton et al., 2015). Vidare känner sig patienterna mindre ensamma när de har sina närstående nära vilket minskar oron och stress (Snowdon et al., 2011; Souza et al., 2009). Fysiska besök av anhöriga på IVA är viktiga stödjande interventioner för att förebygga risk för depression och för att främja anknytning mellan mor och barn. Depression och ångest minskar genom närståendes närvaro och gynnar anknytning mellan mor och barn (Yoon & Sung, 2021). Det diskuteras även att när besök inte är möjligt på grund av till exempel besöksförbud relaterad till Covid19-pandemin, ska närståendekontakt genom telefon möjliggöras för att minska risk för depression (Yoon & Sung, 2021).

Fysisk kontakt med det nyfödda barnet

Vikten av att ha det nyfödda barnet nära patienten var ett genomgående ämne i samtliga inkluderade studier (Engström & Lindberg, 2011; Herbst & Drenth, 2012; Hinton et al., 2015; Lewis et al., 2019; Snowdon et al., 2012; Souza et al., 2009, Yoon & Sung, 2021). Däremot har patientens upplevelse av att ha barnet nära sig tagits upp i fyra av sju studier.

Patienterna upplever en lugnande effekt av att ha sitt nyfödda barn nära sig (Engström & Lindberg, 2011; Hinton et al., 2015; Lewis et al., 2019). En individuell anpassning bör dock ske då patienten kan vara för trött för att orka se och hålla barnet (Engström & Lindberg, 2011). Kontakt med barnet och närstående hade även en positiv effekt på att minska depression och ångest (Yoon & Sung, 2021). I två studier fick patienter hjälp att se sina nyfödda barn på neonatalintensivvårdavdelning vilket ansågs som en mycket värdefull och uppskattad upplevelse (Hinton et al., 2015; Lewis et al., 2019).

”Your motherly instincts are crying out for you to [...] to breastfeed and stuff like that. And I couldn’t . I didn’t hold him. I went up to see him [after] about two days. When I was in intensive care one of the nurses somehow, I don’t know how the hell she did it, but she got me in a wheelchair with all the bags and drips and God knows what and wheeled me up to the special care to see [son]. And that was the first time I’d seen him.”
(Hinton et al., 2015, sida 5)

Amning ger normalitet i kaoset

Amning anses ge en viss normalitet och att ha möjligheten att ge bröstmjolk till sitt barn, även under ett senare skede, är ett viktigt ämne för denna patientgrupp (Hinton et al., 2015; Lewis et al., 2019). Alla obstetriska patienter på IVA behöver hjälp med amningen postpartum vilket måste vara individuellt anpassad.

” I was just insistent that I was going to do it. Because I haven’t even, I haven’t managed this natural birth that I wanted, there’s no way that I’m not feeding this baby.” (Hinton et al., 2015, sida 6)

Amningsproblem kan utlösa stress och vissa patienter anger att amning var en för stor utmaning för dem att hantera i den redan påfrestande situationen (Hinton et al., 2015). För de patienter som vill kunna amma eller pumpa ut bröstmjolk krävs hjälp från sjuksköterskan eller barnmorskan. Brist på eller inadekvat amningsstöd anses som en negativ upplevelse som ökar stressen (Lewis et al., 2019).

Främja välmående genom att ge spirituellt/religiöst stöd och hopp

Anhöriga har en central roll i att ge spirituellt och religiöst stöd under tiden på IVA genom samtal om tro och hopp och genom att be tillsammans med patienten (Herbst & Drenth, 2012; Souza et al., 2009).

“Christo [name of husband], my mother and God keep my hope alive...”

(Herbst & Drenth, 2012, sida 26)

Vidare diskuteras att få hjälp att be, att ha samtal om ens trosuppfattning och kontinuerligt få hopp är av stort vikt under tiden på IVA (Herbst & Drenth, 2012).

Lugn och ro - det fysiska vårdmiljö

Den fysiska vårdmiljön beskrivs i två studier (Herbst & Drenth, 2012; Lewis et al., 2019). I en studie upplevdes den fysiska miljön på IVA som hotfull på grund av okända maskiner, ljud och slangar. (Herbst & Drenth, 2012). Ljud från teknisk utrustning och ventilationen bidrog till förvirring och oro. Artikelförfattarna diskuterar att inspirerande musik i bakgrunden skulle kunna reducera brusande ljud för patienten och hänvisar att inkludera anhöriga i individanpassat val av musik. I en annan studie belystes önskan om att kunna undvika ljud och för mycket ljus för patientens och den nyfödda barnets skull (Lewis et al., 2019).

DISKUSSION

Syftet med denna litteraturöversikt var att beskriva hur obstetriska patienter upplever att vårdas inom intensivvården ur ett omvårdnadsperspektiv. Studiens resultat visar vilka känslor och upplevelser obstetriska patienter på IVA beskriver, samt vilka omvårdnadsåtgärder dessa patienter anser vara av betydelse för deras välbefinnande under vårdtiden.

Litteraturöversikten visar även att det finns ett mycket begränsat antal studier som undersöker obstetriska patienters upplevelser på IVA.

Metoddiskussion

En författare måste redovisa sina resultat med olika vetenskapliga krav i åtanke för att säkra studiens kvalitet (Polit & Beck, 2022). I utförandet av en vetenskaplig studie läggs stor vikt på att granska och säkerställa en studies kvalitet genom att diskutera metodens styrkor och svagheter. I detta sammanhang beskriver Polit och Beck (2022) begreppen reliabilitet och validitet för kvalitetsgranskning av kvantitativa studier. Reliabilitet innebär att studiens innehåll är korrekt och sant. Validitet handlar om att studiens metod är anpassad till studien och svarar på studiens syfte.

Beträffande kvalitetssäkring av kvalitativa studier finns olika ramverk. Ett av de mest kända ramverken för kvalitativa studier är upprättad av Lincoln och Guba år 1985 och handlar om studiens trovärdighet (Polit & Beck, 2022). Trovärdigheten inkluderar fem kvalitetsstyrkande kriterier: *Tillförlitlighet*, *Verifierbarhet*, *Pålitlighet* och *Överförbarhet*, samt *Äkthet*. Det sistnämnda kriteriet *Äkthet* lades till flera år senare som ett femte mer distinkt kriterium anpassat till det konstruktiva ramverket (Lincoln & Guba, 1994 presenterad i Polit & Beck, 2022).

Tillförlitlighet

Tillförlitligheten handlar om att studiens innehåll är korrekt och sant (Polit & Beck, 2022). På grund av dennas litteraturstudies syfte - att undersöka upplevelser - användes en kvalitativ analysansats. Databaserna CINAHL, MEDLINE och PubMed användes vilka anses vara de största databaser för forskning inom omvårdnadsvetenskap (Polit & Beck, 2021).

Årtal begränsades till perioden 2009–2022 och språket till engelska. På grund av ett mycket begränsat antal studier i detta ämne utökades årsperioden från den initiala sökningen med begränsning år 2012–2022 till år 2009–2022 för att fånga upp fler studier. En vidare sökning med en längre årsperiod ledde inte till fler sökträffar som svarade på denna litteraturstudies syfte varför sökningen begränsades till studier publicerad efter år 2009. Hade urvalet varit större hade tillförlitligheten kunnat ökas.

Resultaten av de sju artiklarna lästes upprepade gånger under flera månader. Studien granskades även under flera handledningstillfällen och seminarier av handledaren, medstudenter, samt examinatorn, vilket skulle kunna styrka tillförlitligheten. Vidare användes en kvalitetsgranskningsmall för studier med kvalitativ metod enligt SBU (2020) och ett självsammanställt protokoll för studier med kvantitativ metod enligt riktlinjer från Polit och Beck (2021, se Bilaga 3) för att styrka studiernas kvalitet.

Verifierbarhet

För att öka en vetenskaplig studies verifierbarhet ska denna beskrivas i detalj så noga att den kan upprepas av andra forskare (Polit & Beck, 2022). I sökmatrisen (Bilaga 1) ges en detaljerad beskrivning av den utförda sökningen med söksträngar, begränsningar, samt booleska termer. Urvalet och dataanalysens genomförande beskrivs noggrann. Vidare visas urvalsprocessen i detalj i Figur 1 och under dataanalysen ges exempel på analysprocessen i Tabell 2.

Pålitlighet

Pålitlighet handlar om författarens objektivitet och att inte låta dess förståelse påverka resultatet. Författaren skrev litteraturstudien själv och var medveten om nackdelen att inte kunna diskutera dataanalysen med en annan person, vilket rekommenderas av Polit och Beck (2021). För att styrka pålitligheten har författaren läst alla artiklar flera gånger, översatt till svenska, kategoriserat resultaten, lagt arbetet åt sidan en vecka och därefter läst artiklarna igen och upprepad dataanalysen, samt jämförd med den tidigare dataanalysen. Vidare diskuterades litteraturstudien under handledningstillfällen samt seminarier.

Överförbarhet

Under sökningens gång visade det sig att ämnet *obstetriska patienter på IVA* är ett mycket begränsat utforskat ämne vilket ledde till ett mycket begränsat antal artiklar. Dataanalysen inkluderar sju vetenskapliga artiklar som svarade på studiens syfte. Antalet vetenskapliga artiklar i denna studie anses vara för begränsat för att resultatet ska kunna generaliseras. Dock ger det en uppfattning om hur patientgruppen upplever vårdtiden på en intensivvårdsavdelning. Vidare visar studien att det finns ett stort behov av vidare forskning i detta ämne.

Studierna kom från sex olika länder (Sverige, Brasilien, Australien, Korea, UK, Sydafrika) vilket ger ett brett perspektiv över kvinnors upplevelser på olika världsdelar. På grund av kulturella skillnader och skillnader i intensivvårdens uppbyggnad kan litteraturstudiens resultat ge en uppfattning om vilka omvårdnadsåtgärder anses vara viktiga för obstetriska kvinnors välbefinnande på IVA. Till exempel utfördes en studie i Korea där deltagarna var inlagda på en IVA specialiserad på obstetrisk intensivvård (maternal-fetal intensive care unit, MFICU, Yoon & Sung, 2021) vilket inte är en vanlig intensivvårdsform i andra länder. Samma studie genomfördes under Covid19-pandemin och närståendes närvaro diskuteras noggrann i sammanhang med besöksrestriktioner relaterad till pandemin.

En av de sju artiklarna (Herbst & Drenth, 2012) var en intervjustudie med enbart en patient. Artikeln inkluderades på grund av sin detaljerade beskrivning av metod och diskussion, samt noggranna beskrivning av patientens upplevelser på IVA vilket svarade på den här studiens syfte.

Äkthet

De vetenskapliga artiklarna inkluderade i denna studie är peer-reviewed granskade och har tagits från renommerade databaser för forskning inom omvårdnadsvetenskapen. Syfte, metod och resultaten beskrevs tydligt i varje studie och författaren översatte, sammanfattade,

analyserade och kategoriserade studiernas syfte med mycket noggrannhet och granskade översättningar upprepade gånger. För att styrka studiens äkthet använde sig författaren av hela citat för att läsaren bättre ska kunna förstå upplevelser som skildras med en viss känsla för atmosfär, erfarenhet, språk och föreställning i dessa liv enligt Lincoln och Gubas kvalitativa kriterier (Polit & Beck, 2022).

Resultatdiskussion

Obstetrisk intensivvård ur patientperspektiv är ett mycket begränsat forskningsämne. Det finns mycket få artiklar i detta ämne, medan det finns lite fler studier i angränsande ämnen som posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) relaterad till förlossning eller intensivvård, samt anhörigas upplevelser kring närvaro på IVA, speciellt i samband med besöksrestriktioner och dess effekt i början av Covid19-pandemin.

Obstetriska patienters upplevelser på IVA

Händelsen som ledde till intensivvårdsbehov och vårdtiden på en intensivvårdsavdelning kan vara en traumatisk upplevelse för obstetriska patienter. Oro, ångest, rädsla, skam, skuld, besvikelse, frustration, stress och förvirring är känslor som beskrivits av dessa patienter i den här studien (Engström & Lindberg, 2011; Herbst & Drenth, 2012; Hinton et al., 2015; Lewis et al., 2019; Snowdon et al., 2012, Souza et al., 2009; Yoon & Sung, 2021). Förväntningar om hur förlossningen och den första tiden med den nya familjemedlemmen ser ut går oftast inte att jämföra med realiteten som dessa kvinnor upplevde.

Furuta et al. (2014) beskriver liknande resultat om kvinnors upplevelse på IVA. Rädsla, oro, ångest, skuld men Futura et al. lägger till ilska som en känsla som kvinnor beskriver riktat mot sin egen kropp; att ha missat glädje i den önskade och förväntade förlossningsupplevelsen. Vidare menar Furuta och kollegor att posttraumatiskt stressymptom (PTSD) relaterad till en traumatisk upplevelse av kritisk obstetrisk sjukdom kan uppstå även flera månader och år efter vårdtiden på IVA. Författarna förklarar att när kvinnorna kommer hem, partnern återvänder till arbete, besöken avtar och det blir lugnare i livet kan förstärkta emotionala reaktioner uppstå. Denna fördröjda stressreaktion kan leda till att kvinnor anser det mycket svårt att söka upp professionellt stöd (Furuta et al., 2014).

Vårdtiden på IVA och kvinnors hälsotillstånd leder ofta till en separation mellan mor och barn under första postpartum tiden (Furuta et al., 2014). Separationen kan utlösa en känsla av sorg och skuld. En längre tids utmattning och trötthet hos dessa kvinnor gör att de tvingas att

överlämna omvårdnad av sitt barn till partnern och andra närstående, även efter utskrivning från sjukhuset. Anknytning mellan mor och barn kan försvåras, amningsproblem och en känsla av otillräcklighet kan uppstå (Furuta et al., 2014). Närståendes närvaro på IVA visade sig ge trygghet och hopp (Herbst & Drenth, 2012; Souza et al., 2009) samt gynna anknytningen mellan mor och barn och minskar risk för depression (Yoon & Sung, 2021). Vidare kan bröstmjölkestimulering under vårdtiden på IVA ge dessa kvinnor möjlighet att amma sitt barn i ett senare skede (Pollock & James, 2019) vilket är ett mycket viktigt ämne för denna patientgrupp eftersom amningen anses ge en viss normalitet (Hinton et al., 2015; Lewis et al., 2019).

Vårdmiljön på IVA, med höga ljud och mycket ljus kunde bidra till patientens oro och förvirring (Herbst & Drenth, 2012; Lewis et al., 2019) och det påpekades önskan om att kunna undvika ljud och intensiv ljus för patientens och den nyfödda barnets skull (Lewis et al., 2019). Även enligt Sosa (2008) kan en lugn och avskild vårdmiljö leda till ökat välbefinnande av den obstetriska patienten. Dessutom menar Hrelac och Griggs (2018) att en lugn vårdmiljö ger förutsättning för en bättre anknytning mellan mor och barn och är fördelaktig för amningen. Sosa (2008) menar vidare att brist på privatsfär, den tekniska utrustningen omkring patienten och olika procedurer och behandlingar kan ge dessa kvinnor en känsla av hjälplöshet och rädsla. Författaren påpekar även att vårdpersonal kan minska dessa känslor genom att ge tydlig information och göra patienten och anhöriga mer delaktiga i vården vilket bekräftas även i denna studies resultat. Tydlig information och ett personcentrerat bemötande anses gynna obstetriska patienters välbefinnande under vårdtiden på IVA (Engström & Lindberg, 2011; Herbst & Drenth, 2012; Hinton et al., 2015; Lewis et al., 2019; Snowdon et al., 2012, Souza et al., 2009; Yoon & Sung, 2021).

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) relaterad till förlossning och Covid-19-pandemin

I början av Covid-19-pandemin visades att förekomsten av en så kallad förlossningsrelaterad PTSD var dubbel så hög i gruppen av obstetriska patienter med bekräftad Covid-19-infektion än i gruppen med negativt Covid-19-provresultat. Även en ökad risk för depression och problem i anknytning mellan mor och barn är mer dokumenterad i den förstnämnda gruppen (Mayopoulos et al., 2021). Anledningen diskuteras vara på grund av isolation, besöksförbud för närstående och separation av barnet från modern efter förlossningen. Detta kan även ses i denna litteraturstudie; i studier utförda innan pandemin började. Kvinnor som inte fick ha närstående nära sig under vårdtiden på IVA upplevde oro och stress (Engström & Lindberg, 2011; Herbst & Drenth, 2012; Hinton et al., 2015; Lewis et al., 2019; Snowdon et al., 2012, Souza et al., 2009) och löpte större risk för depression (Yoon & Sung, 2021). Anknytning

mellan barn och mor påverkades negativt när kvinnor separerades från sitt barn (Engström & Lindberg, 2011; Hinton et al., 2015; Lewis et al., 2019) och när närstående inte kunde vara nära patienten (Yoon & Sung, 2021).

Skillnad i vårdkulturer och begrepp

I två inkluderade studier användes termen "high-dependency unit" (HDU). Medan i en artikel refererades med denna term till en intensivvårdsavdelning (Lewis et al, 2019) användes i en annan artikel termen för att referera till en vårdnivå lägre än intensivvård, det vill säga en intermediäravdelning (Snowdon et al., 2012). Eftersom artikeln av Snowdon et al. undersökte patienter på IVA, HDU, postop och förlossningsavdelning, samt tydliggjorde uppdelningen av intervjuade kvinnor efter vårdnivå, togs studiens resultat om kvinnors upplevelse i samband med tiden på IVA med i denna litteraturstudies resultat. Skillnader i vårdnivåer och sjukvårdssystem i olika länder kan dock ha resulterat i att artiklar inte har publicerats med "critical care" eller "intensive care" som huvudämne i de använda databaserna.

Närståendes upplevelser

I denna studie undersöktes endast kvinnors upplevelse av att vårdas inom intensivvården. Utifrån resultatet av denna studie kan kontakt med närstående minska depression, oro, ångest och rädsla (Engström & Lindberg, 2011; Herbst & Drenth, 2012; Hinton et al., 2015; Lewis et al., 2019; Snowdon et al., 2012, Souza et al., 2009; Yoon & Sung, 2021), samt styrka anknytning mellan mor och barn (Engström & Lindberg, 2011; Hinton et al., 2015; Lewis et al., 2019, Yoon & Sung, 2021). Det är därför av betydelse att vårdpersonal tar hänsyn till närståendes behov av stöd och information. Enligt Værland et al. (2017) riskerar fäder den första tiden med ett nyfött barn och en kritisk sjuk mor att överskuggas av existentiella frågor och problem. Utmaningen ligger i att försöka hålla ihop familjen, att lära känna sitt nyfödda barn och även bli far utan privatsfär med ett nyfött barn med behov av neonatalintensivvård. Det sistnämnda upplevs utmanande då vårdmiljön på en neonatal-IVA inte anses bidra till privatsfär för närstående. Känslor som beskrivs av fäder vars partner vårdas på IVA på grund av förlossningskomplikationer är rädsla, frustration och en känsla av hjälplöshet (Lindberg & Engström, 2013). Vidare beskrevs vikten av att få vara tillsammans och besöka modern tillsammans med det nyfödda barnet. Majoriteten av fäderna förklarade att situationen stärkte deras relation till modern, trots att de upplevde oro att inte erhålla tillräckligt med stöd av vårdpersonal.

Vårdpersonal borde vara mer medveten om närståendes behov av stöd och en lugn miljö och bemötande för att säkerställa att de känner sig delaktiga i deras närståendes vård enligt

Værland et al. (2017). Besöksförbudet under Covid19-pandemin ledde till ökad akut stress för närstående under patientens vårdtid på IVA enligt Zante et al. (2021). Vidare påpekar samma studie att majoriteten av närstående visade förekomst av PTSD tre månader efter patientens vårdtid på IVA vilket ansågs vara högre under pandemin än innan (Zante et al., 2021).

Vikten av bra teamarbete

Teamarbete i obstetrisk intensivvård anses vara ytterst viktigt, likväl i andra områden inom intensivvården (Guise & Segel, 2008). Obstetrisk vårdpersonal är ofta medveten om brister i teamarbete, dock varierar deras uppfattning om teamarbete beroende på vilken roll i teamet de innehar. Läkare upplevde ett bättre fungerande teamarbete än vad barnmorskor och sjuksköterskor upplevde (Guise & Segel, 2008). Utifrån resultatet i denna studie att vårdpersonalens bemötande, och individuell anpassad, bidrar till kvinnornas välbefinnande på IVA (Engström & Lindberg, 2011; Herbst & Drenth, 2012; Hinton et al., 2015; Lewis et al., 2019; Snowdon et al., 2012; Souza et al., 2009) är det viktigt att vårdpersonal är medveten om brister i kommunikation, både till patient, till närstående och till andra i vårdteamet. Enligt Guise och Segel (2008) rekommenderas därför kontinuerlig utbildning i teamarbete med fokus på kommunikation, situationsmedvetenhet, ledarskap och rollspecifika arbetsätt. Genom ett bra samarbete skapas förutsättningar för en god och säker vård, vilket ökar patientens och anhörigas välbefinnande och trygghet (Riksföreningen för anesthesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2020).

Vetenskapsteoretisk reflektion

För att förklara denna litteraturstudies betydelse ur ett holistiskt omvårdnadsperspektiv, beskrivs studiens resultat i sammanhang av Neumans systemmodell enligt Barrett et al. (2009).

Utifrån denna litteraturstudies resultat handlar Neumans systemmodell om hur sjukdom, trauma eller operation får den obstetriska patientens hälsa ur balans, samtidigt som kvinnan börjar en ny roll som blivande eller nybliven mor vilket kan utlösa vidare stressreaktioner hos kvinnan. Den inre konflikten att inte kunna vara där för sitt nyfödda barn kan påverka hälsan vidare. Sjuksköterskans uppgift är att se patienten ur ett holistiskt omvårdnadsperspektiv. Huvudmålet är att minska stressfaktorer hos den obstetriska patienten på en intrapersonlig, interpersonlig och extrapersonlig nivå. Den intrapersonliga nivån handlar till exempel om att behandla sjukdomen och symtom med hänsyn till foster och kvinnans förändrade fysiologi under

graviditeten, samt till exempel depression och smärta efter förlossning. Interpersonliga stressfaktorer kan ha påverkats av kvinnans förväntningar om att själv ta hand om sitt barn och hur mor-barn-relationen påverkas vid sjukdom och vistelse på en intensivvårdsavdelning. Skuld- och skamkänsla kan ha betydelse för självuppfattningen och påverka hälsobalansen. Att den nya rollen som mor inte infaller på så som önskat sätt kan utlösa stress och påverka hälsan även efter utskrivning från intensivvården. Den yttre miljön på en intensivvårdsavdelning med mycket ljus och hög ljudnivå, även besöksrestriktioner för närstående ingår i de extrapersonliga stressfaktorer som sjuksköterskan ska ta hänsyn till vid omvårdnad av den obstetriska patienten. Med denna teoretiska referensram i åtanke, ska denna litteraturstudie öka kunskap om vikten av sjuksköterskans holistiska omvårdnadsperspektiv på den obstetriska patienten inom intensivvård.

SLUTSATSER

Den här litteraturstudien riktar sig till specialistsjuksköterskor och barnmorskor som vårdar patienter på en intensivvårdsavdelning, men kan även vara av betydelse för andra yrkeskategorier inom intensivvården. Utifrån resultatet av denna litteraturstudie dras slutsatsen att obstetriska patienter inom intensivvården är särskilt utsatta för oro, ångest, rädsla, stress, besvikelse och frustration, skam, skuldkänsla och har en ökad risk för depression. Behovet av information, ett vänligt och holistisk bemötande, besök av närstående och kontakt med det nyfödda barnet är av stor betydelse. Ett holistiskt synsätt av omvårdnaden kan öka patientens välbefinnande och en bättre anknytning mellan mor och barn.

Kliniska implikationer

Då mycket talar för individuell anpassad information, bemötande och stöd, är det nödvändigt att vårdpersonal är väl förberedda för att kunna möta obstetriska patienters behov. Eftersom närståendes och det nyfödda barnets närvaro har stor betydelse för att minska patientens oro, ångest och risk för depression, samt främjar anknytning mellan mor och barn, måste hänsyn tas till närståendes och barnets behov under vårdtiden. Genom ökad kunskap och förståelse om hur obstetriska patienters upplevelser tiden på IVA, kan vårdpersonal känna större säkerhet och trygghet kring att vårda denna patientgrupp.

Rekommendationer enligt studiens resultat:

- Tydlig och individanpassad information.
- Personcentrerat bemötande och hoppgivande samtal.
- Stödja närstående och möjliggöra deras närvaro på IVA.
- Stödja anknytning mellan mor och barn genom anpassad vårdmiljö och att stödja amningen om detta önskas.
- Lugn vårdmiljö med mindre ljusintensitet. Reducera brus genom inspirerande musik.

Fortsatt forskning

Obstetrisk omvårdnad på IVA ur ett omvårdnadsperspektiv är ett mycket begränsat forskningsämne. För att öka medvetenhet för patientgruppens utsatthet på IVA och för att minska vårdpersonalens osäkerhet kring att vårda denna patientgrupp krävs mer forskning. Det skulle vara av intresse att undersöka upplevelser av obstetriska patienter på IVA i en svensk kontext. Vidare skulle det vara av betydelse att undersöka hur vårdpersonal inom intensivvård upplever samarbete med barnmorskor vilket även skulle kunna bidra till bättre kommunikation och kunskap i varandras rollspecifika arbetssätt på en intensivvårdsavdelning.

REFERENSER

* artiklar som ingår i studiens resultat

Ali, A. & Lamont, R. F. (2019). Recent advances in the diagnosis and management of sepsis in pregnancy. *F1000Research*, 8, F1000 Faculty Rev-1546.

<https://doi.org/10.12688/f1000research.18736.1>

Barrett, D., Wilson, B. & Woollands, A. (2009). *Care planning: a guide for nurses*. Harlow: Pearson Education.

Collin, J., Byström, E., Carnahan, A. & Ahrne, M. (2020). Public Health Agency of Sweden's Brief Report: Pregnant and postpartum women with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection in intensive care in Sweden. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 99(7), 819–822. <https://doi.org/10.1111/aogs.13901>

Crozier T. (2017). General Care of the Pregnant Patient in the Intensive Care Unit. *Seminars in respiratory and critical care medicine*, 38(2), 208–217. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1600905>

* Engström, Å. & Lindberg, I. (2012). Mothers' experiences of a stay in an ICU after a complicated childbirth. *Nursing in Critical Care*, 17(2), 64–70. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1111/j.1478-5153.2011.00474.x>

Engström, Å. & Lindberg, I. (2013). Critical care nurses' experiences of nursing mothers in an ICU after complicated childbirth. *Nursing in Critical Care*, 18(5), 251–257. <https://doi-org.sll.idm.oclc.org/10.1111/nicc.12027>

Friberg, F. (2022). Att göra en litteraturoversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats* (4. uppl., s. 185–199). Lund: Studentlitteratur.

Furuta, M., Sandall, J. & Bick, D. (2014). Women's perceptions and experiences of severe maternal morbidity—a synthesis of qualitative studies using a meta-ethnographic approach. *Midwifery*, 30(2), 158–169. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.09.001>

Gaffney A. (2014). Critical care in pregnancy-is it different?. *Seminars in perinatology*, 38(6), 329–340. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2014.07.002>

Guise, J. M. & Segel, S. (2008). Teamwork in obstetric critical care. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 22(5), 937–951. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2008.06.010>

* Herbst, A. & Drenth, C. (2012). The intensity of intensive care: a patient's narrative. *Global Journal of Health Science*, 4(5), 20–29. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.5539/gjhs.v4n5p20>

* Hinton, L., Locock, L. & Knight, M. (2015). Maternal critical care: what can we learn from patient experience? A qualitative study. *BMJ Open*, 5(4), e006676. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1136/bmjopen-2014-006676>

Hrelc, D. A. & Griggs, K. M. (2018). Critically ill obstetric patients: Be prepared to care for pregnant and postpartum patients in critical care settings. *American Nurse Today*, 13(11), 20–24. <https://www.myamericannurse.com/wp-content/uploads/2018/11/ant11-Obstetric-patient-1024.pdf>

Huang, C. Y., Tsai, Y. L. & Lin, C. K. (2021). The prone position ventilation (PPV) as an approach in pregnancy with acute respiratory distress syndrome (ARDS). *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology*, 60(3), 574–576. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2021.03.036>

Jörnvall, H., Halldórsdóttir, H. & Nordström, J. (2018). O-boken - *Obstetrisk anestesi*. Hämtad den 19 februari 2022 från <https://stairs.se/2018/06/18/o-boken-lokala-riktlinjer-for-obstetrisk-anestesi-i-solna/>

Kynoch, K., Paxton, J. & Chang, A. M. (2011). ICU nurses' experiences and perspectives of caring for obstetric patients in intensive care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11–12), 1768–1775. <https://doi-org.sll.idm.oclc.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03517.x>

Lee, S. W., Khaw, K. S., Ngan Kee, W. D., Leung, T. Y. & Critchley, L. A. (2012). Haemodynamic effects from aortocaval compression at different angles of lateral tilt in non-

labouring term pregnant women. *British journal of anaesthesia*, 109(6), 950–956.

<https://doi.org/10.1093/bja/aes349>

* Lewis, L., Hauck, Y., Barnes, C. & Overing, H. (2019). Maternal and partner experiences of post-birth high-dependency care for an obstetric complication: an Australian study. *Evidence Based Midwifery*, 17(2), 53–59.

<https://www.proquest.com/openview/6d682b6c20356b7439957d5eef3f312a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=506296>

Lindberg, I. & Engström, A. (2013). A qualitative study of new fathers' experiences of care in relation to complicated childbirth. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 4(4), 147–152. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.10.002>

Lott, C., Truhlář, A., Alfonzo, A., Barelli, A., González-Salvado, V., Hinkelbein, J., ... ERC Special Circumstances Writing Group Collaborators (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Cardiac arrest in special circumstances. *Resuscitation*, 161, 152–219.

<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.011>

Mayopoulos, G. A., Ein-Dor, T., Li, K. G., Chan, S. J. & Dekel, S. (2021). COVID-19 positivity associated with traumatic stress response to childbirth and no visitors and infant separation in the hospital. *Scientific reports*, 11(1), 13535. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-92985-4>

Neligan, P. J. & Laffey, J. G. (2011). Clinical review: Special populations - critical illness and pregnancy. *Critical care (London, England)*, 15(4), 227. <https://doi.org/10.1186/cc10256>

Oxford-Horrey, C., Savage, M., Prabhu, M., Abramovitz, S., Griffin, K., LaFond, E., ... Easter, S. R. (2020). Putting It All Together: Clinical Considerations in the Care of Critically Ill Obstetric Patients with COVID-19. *American journal of perinatology*, 37(10), 1044–1051.

<https://doi.org/10.1055/s-0040-1713121>

Palmrich, P., Roessler, B., Wisgrill, L., Kampf, S., Gattinger, P., Valenta, R., ... Farr, A. (2021). Multiprofessional perinatal care in a pregnant patient with acute respiratory distress syndrome due to COVID-19. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 587.

<https://doi.org/10.1186/s12884-021-04059-y>

Parfitt, S. E. & Hering, S. L. (2018). Recognition and Management of Sepsis in the Obstetric Patient. *AACN advanced critical care*, 29(3), 303–315.
<https://doi.org/10.4037/aacnacc2018171>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (Eleventh edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2022). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (Tenth edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Pollard, R., Wagner, M., Grichnik, K., Clyne, B. C. & Habib, A. S. (2017). Prevalence of difficult intubation and failed intubation in a diverse obstetric community-based population. *Current medical research and opinion*, 33(12), 2167–2171.
<https://doi.org/10.1080/03007995.2017.1354289>

Pollock, W. & James, A. (2019). Pregnancy and postpartum considerations. I L. Aitken, A. Marshall & W. Chaboyer. *Critical care nursing*. (4:e uppl., s. 978-1022). Chatswood, NSW: Elsevier.

Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening (2020). *Kompetensbeskrivning - Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård*. Hämtad den 30 januari 2022 från
<https://www.swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-sjukskoterskor-inom-intensivvard>

SBU (2020). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en metodbok*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) Hämtad den 19 februari 2022 från <https://www.sbu.se/metodbok>.

Schnettler, W. T., Al Ahwel, Y. & Suhag, A. (2020). Severe acute respiratory distress syndrome in coronavirus disease 2019-infected pregnancy: obstetric and intensive care considerations. *American journal of obstetrics & gynecology MFM*, 2(3), 100120.
<https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100120>

Seppänen, P., Sund, R., Roos, M., Unkila, R., Meriläinen, M., Helminen, M., ... Suominen, T. (2016). Obstetric admissions to ICUs in Finland: A multicentre study. *Intensive & critical care nursing*, 35, 38–44. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.03.002>

Shields, A., de Assis, V. & Halscott, T. (2021). Top 10 Pearls for the Recognition, Evaluation, and Management of Maternal Sepsis. *Obstetrics and gynecology*, 138(2), 289–304. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004471>

* Snowdon, C., Elbourne, D., Forsey, M. & Alfirevic, Z. (2012). Information-hungry and disempowered: a qualitative study of women and their partners' experiences of severe postpartum haemorrhage. *Midwifery*, 28(6), 791–799. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1016/j.midw.2011.12.012>

Sosa M. E. (2008). The pregnant trauma patient in the intensive care unit: collaborative care to ensure safety and prevent injury. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 22(1), 33–38. <https://doi.org/10.1097/01.JPN.0000311873.53699.7e>

* Souza, J. P., Cecatti, J. G., Parpinelli, M. A., Krupa, F. & Osis, M. J. (2009). An emerging "maternal near-miss syndrome": narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 36(2), 149–158. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00313.x>

Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2014). *Rapport nr 72: Preeklampsi*. Hämtad den 18 februari 2022 från https://www.sfog.se/natupplaga/ARG72_komplett_LRbf4f5598-2309-4013-8dea-3cbb534708ee.pdf

Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2021). *Riktlinjer för hypertonisjukdomar under graviditet*. Hämtad den 9 maj från <https://www.sfog.se/media/337263/hypertonisjukdomar-under-graviditet-sfog-2019-10-23-reviderad-210121.pdf>

Svenska Intensivvårdsregister (2021). *Årsrapport 2020*. Hämtad den 2 februari 2022 från https://www.icureqswe.org/globalassets/arsrapporter/arsrapport_2021.pdf

Svenska Intensivvårdsregister (2022). *Utdataportalen*. Hämtad den 21 mars 2022 från <https://www.icureqswe.org/data--resultat/utdataportalen/>

Thurn, L., Wide-Swensson, D. & Hellgren-Wångdahl, M. (2021). Postpartumblödningar med blodtransfusioner har ökat. *Läkartidning* 2021,118:20147.

Törnell, S., Hein, A., Ledin Eriksson, S., Karlsson, O., Birgisdottir, B., Rådström, M. & Rolfsson, H. (2020). Obstetrisk intensivvård. I S. Rubertsson, A. Larsson, M. Lipcsey & D. Smekal (red.), *Intensivvård* (3. uppl., s. 814–830). Stockholm: Liber.

Vetenskapsrådet (2017). God Forskningssed. Hämtad den 9 maj 2022 från https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf

Værland, I. E., Vevatne, K. & Brinchmann, B. S. (2017). Fathers' experience of starting family life with an infant born prematurely due to mothers' severe illness. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 13, 8–13.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.05.002>

Wang, C. L., Liu, Y. Y., Wu, C. H., Wang, C. Y., Wang, C. H. & Long, C. Y. (2021). Impact of COVID-19 on Pregnancy. *International journal of medical sciences*, 18(3), 763–767.
<https://doi.org/10.7150/ijms.49923>

World Health Organization (2018). *WHO recommendations: Uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage*. Hämtad den 30 januari 2022 från <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277276/9789241550420-eng.pdf?ua=1&ua=1>

World Health Organization (2019). *Global report: Trends in Maternal Mortality - 2000-2017*. Hämtad den 20 februari 2022 från <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516488>

Wong, M. J., Bharadwaj, S., Lankford, A. S., Galey, J. L. & Kodali, B. S. (2022). Mechanical ventilation and prone positioning in pregnant patients with severe COVID-19 pneumonia: experience at a quaternary referral center. *International journal of obstetric anesthesia*, 49, 103236. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2021.103236>

* Yoon, S.H. & Sung, M.H. (2021) Does family support mediate the effect of anxiety and depression on maternal-fetal attachment in high-risk pregnant women admitted to the maternal-fetal intensive care unit? *Korean J Women Health Nurse* 2021; 21(2),104-112. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2021.05.14>.

Zante, B., Erne, K., Grossenbacher, J., Camenisch, S. A., Schefold, J. C. & Jeitziner, M. M. (2021). Symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) in next of kin during suspension of ICU visits during the COVID-19 pandemic: a prospective observational study. *BMC psychiatry*, 21(1), 477. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03468-9>

Zieleskiewicz, L., Chantry, A., Duclos, G., Bourgoin, A., Mignon, A., Deneux-Tharaux, C. & Leone, M. (2016). Intensive care and pregnancy: Epidemiology and general principles of management of obstetrics ICU patients during pregnancy. *Anaesthesia, critical care & pain medicine*, 35 Suppl 1, S51–S57. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2016.06.005>

Zwedberg, S., Huss, M., Karlsson, E. & Poignant, M. (2017). Intensive care nurses' experiences of infants and partners' presence on the postoperative ward after an emergency caesarean section; An interview study. *Intensive & critical care nursing*, 41, 71–76. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.02.008>

BILAGOR

Bilaga 1: Sökmatrix

Databas / Datum	Söksträngar	Antal träffar	Lästa abstrakt	Urval 1	Urval 2
Inklusionskriterier: publiceringsår 2009-2022, engelska, tillgängligt abstract, tillgänglig fulltext. Exklusionskriterier: review-artiklar.					
PubMed 2022-02-07	ICU OR "Intensive care" OR "Critical care" AND pregnan* AND experienc*	50	4	2	Herbst & Drenth, 2012 (Engström & Lindberg, 2011)
Inklusionskriterier: publiceringsår 2009-2022, engelska, peer-reviewed, tillgängligt abstract. (*MH=Major heading, se vidare förklaring i CINAHL och MEDLINE)					
CINAHL Complete * via Södertörns högskola bibliotek 2022-02-01	(MH "Critical care") AND pregnan* AND nurs*	56	3	2	(Engström & Lindberg, 2011)
2022-02-03	"postpartum haemorrhage" AND experienc*	159	6	2	Engström & Lindberg, 2011 Snowdon et al., 2012
2022-02-08	(MH "Critical care") AND Obstetric* AND experienc*	53	12	2	Lewis et al, 2019 (Engström & Lindberg, 2011)
2022-02-08	(MH "Critical care") AND Maternal AND experienc*	30	4	3	(Lewis et al, 2019)
MEDLINE * 2022-02-05	(MH "Critical care") AND Obstetric* AND experienc*	38	6	2	Hinton et al., 2015 (Engström & Lindberg, 2011)
Manuell sökning 2022-02-01	via systematiska review-artiklar (MEDLINE)		16	2	Yoon & Sung, 2021 Souza et al., 2009
Total			51	15	7

Bilaga 2: Artikelmatris

Författare/ publiceringsår/ Titel	Metod/Urval	Syfte	Resultat				Artikels kvalitet
			Vilka upplevelser beskrivs i studien?		Vilka åtgärder anses gynna kvinnans välmående och anknytningen mellan mor och barn?		
			Under- kategori	Sammanfattning enligt kategori	Under- kategori	Sammanfattning enligt kategori	
Engström & Lindberg, 2011 "Mothers experiences of a stay in an ICU after a complicated childbirth"	- Kvalitativ - Intervjustudie med 8 kvinnor som vårdades på IVA efter komplicerad förlossning Sverige	Att beskriva erfarenheter av gravida efter komplicerad förlossning och vårdtiden på IVA.	Rädsla/Oro	- Maktlöshet - "inte bli sedd" - kontrollförlust - oförberedd	Närstående/ Kontakt med barnet	- Lugnande att ha partner och barnet nära sig.	Hög
					Information	- Lugnande effekt av information om barnet och partnern, att veta att partnern är med barnet.	
			Besvikelse/ Frustration	- att inte känna "mammalyckan" - att inte ha haft en "normal förlossning"	Bemötande/ Samtal	- Att ha någon att prata med situationen och händelsen som ledde till IVA. - Förberedelse för vad som kommer efter IVA.	
Herbst & Drenth, 2012 "The intensity of intensive care: A patient's narrative"	- Kvalitativ - Intervjustudie med 1 kvinna som vårdades på IVA Sydafrika	Att utforska berättelsen om medvetenhet, känslor, tankar och andliga behov hos en individ som fick behandling på en intensivvårds-avdelning.	Oro/Ångest	- hjälplöshet och oförmåga - ensamhet/ isolering - "att vara dödlig"	Närstående	- Familj hjälpte att ge hopp till överlevnad.	Medel
			Förvirring	- hallucinationer och mardrömmar - orealistisk och kaotisk känsla - ljud och slangar upplevdes som hotfulla	Information	- viktigt under tiden på IVA - Uppföljningssamtal för att klargöra vad som har hänt "som ett pussel - bit för bit" - IVA-dagbok med bilder.	
					Bemötande/ Samtal	- Stödjande, lyssna, - spirituellt stöd och ge hopp.	
			Frustration	- att vara beroende av andras hjälp	Vårdmiljö	- Ljud och ljus upplevdes som hotfulla och förvirrade	

					Spirituell stöd	- samtal om tro/hopp	
Hinton et al., 2015 "Maternal critical care: what can we learn from patients experience?"	- Kvalitativ - Intervjustudie med 18 kvinnor som vårdades på IVA och 9 partner UK	Att förstå upplevelsena hos kvinnor som upplever ett kritiskt sjukdomstillstånd under graviditeten och behöver intensivvård efter förlossningen.	Rädsla	- ej orienterad	Information	- Tydlig kommunikation och information till patient om vad som kommer att hända och vad som har hänt.	Hög
			Förvirring	- Mardrömmar - inte förstå allvaret i situationen			
			Framtidsoro	- att lämna IVA "att börja om" - att inte kunna få fler barn	Bemötande/ Samtal	- Stödande och vänlighet - Uppföljningsbesök på IVA.	
			Stress	- "out of control", svårt att kommunicera, förnedrad, förlorad integritet	Närstående	- Förberedelse av anhöriga och information om prognosen. - Att ha någon nära.	
			Besvikelse/ Frustration	- att inte vara med på barnets "första moment"	Kontakt med barnet	- Kort besök på NeolVA. - foto av barnets första moment vid sängen - Behov av "det normala" = Amning	
			Skuld/Skam	- värdelös, skuldkänsla att inte kunna hålla barnet själv, att inte kunnat ha en "normal" förlossning			
Lewis et al., 2019 "Maternal and partner experiences of post-birth high-dependency"	- Kvalitativ - Enkätstudie (med öppna frågor) med 90 kvinnor som	Att undersöka gravida kvinnors och deras partners upplevelse av postpartum intensivvård	Stress	- Stress om barnet och partner inte fick vara på IVA. - stress minskade pga det prof. Bemötande av vårdpersonal "säker plats"	Information	- Viktig att få tydlig och kontinuerlig information - känsla av delaktighet	Hög

care for an obstetric complication: an Australian study”	vårdades på IVA och deras partner. Australien	relaterad till obstetrisk komplikation.	Oro/Ångest	- Ångestfylld, - Bristfällig omvårdnad och brist i kommunikation mellan vårdpersonal och med patient och partner leder till oro och känsla av ensamhet.	Bemötande/ Samtal	- högstandard av omvårdnad, professionell bemötande, ”säker plats att kunna återhämta sig från trauma och stress” - Känsla av säkerhet pga trygg bemötande trots skrämmande situation.	
			Framtidsoro	- att behöva mer tid på IVA/att inte vara redo	Vårdmiljö	- mörkare och lugnare miljö	
					Närstående	- vara tillsammans minskar stress. - möjlighet till delaktighet och engagemang i beslut	
					Amningsstöd	- upplevelse av stress pga brist på amningsstöd.	
					Kontakt med barnet	- stöd att ha barnet nära sig. - stöd att se barnet på NeolVA.	
Snowdon et al., 2012 “Information-hungry and disempowered: A qualitative study of women and their partners’ experiences of severe	- Kvalitativ - Intervjustudie med 9 kvinnor. 2 av kvinnorna vårdades på IVA. Endast data från de IVA-vårdade patienter inkluderas i	Att få bättre förståelse för kvinnors och deras partners upplevelse av allvarliga blödningar i samband med förlossning.	Rädsla	- ensamhet	Information	- brist på information/ förklaringar accepteras under akuta moment, men viktigt efteråt. - att inte få adekvat information ökar oro och ångest - individuellanpassad	Hög
				Bemötande/ Samtal	- behov att samtala som en coping mekanism att förstå situationen.		

postpartum haemorrhage”	denna matris/ resultat. UK				Närstående	- känsla av ensamhet när närstående inte fick vara nära.	
Souza et al., 2009 "An Emerging Near-Miss Syndrome": Narratives of women who almost dies during pregnancy and childbirth”	- Kvalitativ - Intervjustudie med 30 deltagare som vårdades på IVA. Brasilien	Att undersöka de känslomässiga upplevelserna hos kvinnor som överlevde allvarliga komplikationer relaterade till graviditet.	Rädsla/Oro	- att ha gått upp i vikt - att inte kunna gå - att dö och lämna sina anhöriga. - förlamad, skrämmd, livrädd. - att dö eller att barnet dör. - att flyttas till IVA gav situationen ett högre grad av allvar men kändes samtidigt också trygg.	Information	- bidrar att förstå situationen/händelsen. - känsla att någon bryr sig - brist på information utlöser rädsla/oro - ger trygghet	Medel
			Besvikelse/ Frustration	- att inte kunna få barn på "normal" sätt - att ha fått barn, men inte kunnat se det (fysisk och psykisk). - att inte komma ihåg gör det svårt att hantera förlusten, "en del av filmen saknas"	Bemötande/ Samtal	- vänlig och "alltid med ett leende"	
			Stress	- svårigheter att hantera de fysiska förändringar, att inte kunna gå när de vaknar - minskad stress/oro efter att accepterad sin situation. - minskad stress genom vänlig bemötande	Närstående	- spirituellt stöd, ge hopp och närhet - minskar upplevelse av ensamhet - bidrar att förstå situationen/händelsen.	
			Skuld/Skam	- att ha gjort något fel; händelsen anses vara ett straff för något man har gjort. - straffas för någonting man inte gjort.	Religiöst stöd	- "I put my life in Gods hands" - ge hopp och stöd när anhöriga inte är där.	

				- att isolera sig själv och inte vilja prata om händelsen.			
			Förvirring	- minnesförlust, att inte veta vad som har hänt			
			Oro om framtiden	- hur partnern reagerar när hon kommer hem (om viktuppgång, att inte ha ett barn)			
Yoon & Sung, 2021 "Does family support mediate the effect of anxiety and depression on maternal-fetal attachment in high-risk pregnant women admitted to the maternal-fetal intensive care unit?"	- Kvantitativ - Enkätstudie med 123 kvinnor. Korea	Att undersöka den förmedlande effekten av familjestöd i relationerna mellan ångest och depression med mödrastöd-anknytning bland gravida kvinnor inlagda på en mödrastöd-avdelning (MFICU) i Korea.	Oro/Ångest	- stora skillnader i variation av ångest. Resultat 21-79p, med en median på 44p ±12p. (möjlig intervall 20-80p) - Depression: normala värde 46% lätt depression 20% svår depression 34%	Närstående	- stöd av anhöriga gynnar anknytning mellan mor och barn. - stöd av anhöriga minskar effekten av depression och ångest.	Hög
					Kontakt till barnet	- Anknytning mellan barn och mor kan minska depression och ångest.	
					Bemötande	- individuell anpassat stöd till patienter med hög risk för ångest och depression under vårdtiden.	

Bilaga 3: Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

(enligt "Guide to a Focused Critical Appraisal of Evidence Quality in a Quantitative Research Report", Polit & Beck, 2021)

1. Finns det ett tydligt formulerad problem/syfte? Ja Nej
2. Forskaren har ett övertygande skäl för att genomföra en studie med kvantitativ metod?
Ja Nej
3. Forskningsdesign
 - a. Var studiens design tydlig beskriven och har koppling till studiens syfte?
Ja Nej
 - b. Passar studiens metod till studiens syfte och klinisk betydelse?
Ja Nej
 - c. Användes det diagram för att tydliggöra studiens resultat?
Ja Nej
4. Vilka urvalskriterier användes? _____
 - a. Är datainsamlingsmetod tydlig beskriven? Ja Nej

Kriterier för inkludering/exkludering

 - b. Adekvat inkludering/exklusion Ja Nej
 - c. Urvalsförfarandet beskrivet? Ja Nej
 - d. Representativt urval? Ja Nej
 - e. Målgruppen beskriven? Ja Nej
 - f. Antal deltagare: _____ Ålder: _____

Bortfall

 - g. Bortfallsanalysen beskriven? Ja Nej
 - h. Bortfallsorsak beskriven? Ja Nej
 - i. Adekvat statistisk metod? Ja Nej
5. Har datainsamlingen gått till på ett sätt som minimera bias? Ja Nej
6. Är frågeformulären beskriven? Ja Nej
7. Etiskt resonemang? Ja Nej
8. Hur tillförlitligt är resultatet?
 - a. Är instrumenten valida? Ja Nej
 - b. Är instrumenten reliabla? Ja Nej
9. Svarar resultatet på syfte? Användes tabeller/diagram effektivt för att visa resultat?
Ja Nej
10. Resultat är adekvat sammanfattat och dataanalysen är beskriven.
Ja Nej
11. Är resultatet generaliserbart? Ja Nej
12. Diskuteras studiens svagheter? Ja Nej

Sammanfattande bedömning av kvalitet (Ja-svar = 1 poäng, oklar/Nej-svar = 0 poäng):

Hög (18-22p)

Medel (14-17p)

Låg (13p och lägre)

Kommentar:



Box 1059 | 141 21 Huddinge
Besøksadress Hølsøvøgen 11
Telefon 08 587 516 00 | www.rkh.se