

Omvårdnadsvetenskap

15 hp, avancerad nivå

Anestesisjukvård

2012

## **Anestesisjuksköterskans stöd till den födande kvinnan**

Vid planerat kejsarsnitt i spinalanestesi

**Nurse anesthetist's support when the woman is giving birth**

During planned caesarean section in spinal anesthesia

Leni Weilenmann och Anu Taina

# SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Kejsarsnitt har blivit vanligare, orsaken kan vara medicinska indikationer, men också förlossningsrädsla. Att kvinnor som föder barn vaginalt får en bättre upplevelse om de får stöd av en medmänniska är välkänt. Studier av kvinnor som föder barn med planerade kejsarsnitt visar att de också behöver stöd. Detta stöd ges framför allt av anestesijuksköterskor eftersom barnmorskan är sterilklädd.

**Syfte:** Syftet var att beskriva hur anestesijuksköterskan ger stöd till den födande kvinnan vid planerat kejsarsnitt i spinalanestesi.

**Metod:** En empirisk, deskriptiv studie med kvalitativ ansats genomfördes. Fem anestesijuksköterskor intervjuades. Deras berättelser analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** I resultatet framkom fem olika teman och tio subkategorier. Resultatet visar hur anestesijuksköterskorna ger stöd. Temana var *främja delaktighet* (kommunicera, involvera närstående), *värna integritet* (stå bakom, dela födelsen), *inge trygghet* (vara närvarande, utstråla kompetens, teamarbete) och *skapa relation* (emotionellt engagemang, använda personligheten, känna in den unika patienten). Det femte temat *produktionskrav* beskriver de tidspressade förhållanden som gäller där anestesijuksköterskorna ger stödet.

**Slutsats:** Att ge stöd vid kejsarsnitt innebär att anestesijuksköterskorna pendlar mellan närhet och distans till patienten, utifrån den unika patientens behov. Målet för stödet var att den blivande modern skulle kunna föda sitt barn lugn och trygg, tillsammans med sin närstående. Arbetsmiljö med flera kejsarsnitt per dag påverkar anestesijuksköterskornas möjligheter att ge stöd.

**Klinisk betydelse:** Denna studie avser att öka kunskapen om anestesijuksköterskans stöd vid planerade kejsarsnitt. Detta är en pilotstudie som det kan vara värdefullt att reflektera kring som kliniskt verksam anestesijuksköterska.

**Nyckelord:** anestesijuksköterska, bemötande, planerat kejsarsnitt, spinalanestesi, stöd.

## ABSTRACT

**Background:** Caesarean section has become more common, the cause may be medical indications, but also fear of childbirth. It is well known that women who give birth vaginally have a better experience if they are supported by a fellow human being. Studies of women who give birth with planned caesarean section shows that they also need support.

**The purpose** was to describe how the nurse anesthetist provides support to the woman in labor at elective caesarean section in spinal anesthesia.

**Method:** An empirical, descriptive study with qualitative approach was conducted. Five nurse anesthetists were interviewed. Their stories were analyzed using qualitative content analysis.

**Results:** The results revealed five different themes and ten subcategories. The results show how a nurse anesthetist provides support. Nurse anesthetists provide support by promoting participation, protect integrity, provide safety and build relationships. The fifth theme, which is called the production requirements, describes the time-strained circumstances of the place where nurse anesthetists provide support.

**Conclusion:** Nurse anesthetists were prepared to provide support so that the mother could give birth to the baby while feeling safe and calm. Working environment with multiple caesarean sections per day affects nurse anesthetist capacity to provide support.

**Clinical significance:** This study intends to increase awareness of the nurse anesthetist support for this form of childbirth. This is a pilot study that it may be useful for the clinically active nurse anesthetist to reflect on.

**Keywords:** elective caesarean section, spinal anesthesia, anesthesia, nursing, support, treatment.

# INNEHÅLL

INLEDNING.....	1
BAKGRUND .....	2
Historik och utveckling.....	2
Regionalanestesi vid kejsarsnitt.....	2
Kvinnors upplevelse av planerat kejsarsnitt med ryggbedövning.....	3
Stöd till den födande kvinnan .....	4
Teoretisk referensram.....	5
Den perioperativa vårdteorin .....	6
PROBLEMFORMULERING .....	8
SYFTE.....	8
METOD.....	9
Design.....	9
Urval .....	9
Datainsamlingsmetod.....	9
Dataanalys .....	10
ETISKA ASPEKTER .....	12
RESULTAT .....	13
FRÄMJA DELAKTIGHET .....	13
Kommunicera.....	13
Involvera närstående .....	14
VÄRNA INTEGRITET .....	15
Stå bakom.....	15
Dela födelsen.....	15
INGE TRYGGHET .....	16
Vara närvarande .....	16
Vara kompetent .....	17
Teamarbete .....	18
SKAPA RELATION .....	18
Använda personligheten.....	19
Känna in den unika patienten.....	19
PRODUKTIONSKRAV .....	19
DISKUSSION.....	20
Metoddiskussion .....	20
Urval .....	20
Datainsamlingsmetod.....	21
Dataanalys .....	22
Resultatdiskussion.....	23
Slutsats.....	28
Klinisk betydelse .....	28
Förslag på vidare forskning/utveckling .....	28
REFERENSER .....	30
BILAGA/BILAGOR .....	35

## INLEDNING

Att föda barn är en av de viktigaste händelserna i livet, det är förknippat med förväntan, dramatik och starka lyckokänslor. Inför barnafödandet finns också oro över att allt ska gå väl och många kvinnor är rädda för smärtan. För de kvinnor som ska gå igenom ett planerat kejsarsnitt tillkommer tankar om det kirurgiska ingreppet. De har behov av stöd och engagemang från personalen. Till skillnad från förlossningar då barnmorskan ger detta stöd, är det vid planerade kejsarsnitt främst anestesijuksköterskan som tar hand om den blivande modern. Anestesijuksköterskans omvårdnad spelar roll för patientens upplevelse av att föda barn. Intresset väcktes hos författarna när de praktiserade på de salar där kejsarsnitt utfördes.

# BAKGRUND

## Historik och utveckling

I Sverige har andelen kejsarsnitt ökat från 5 procent 1973 till nästan 17 procent år 2009, detta gäller ej tvillingar utan då ett barn förlöses (Socialstyrelsen, 2011). I länder som Storbritannien och USA är andelen ännu högre (Lavender, Hofmeyr, Neilson, Kingdon & Gyte, 2006). Orsaken då kejsarsnittet sker akut beror på medicinska indikationer, graviditetskomplikationer, läkarnas bedömningar, samt livsstilsfaktorer, som till exempel fetma och rökning. Medicinska orsaker till planerade kejsarsnitt kan vara felaktigt fosterläge, tidigare livmodersoperationer, samt tidigare kejsarsnitt (Vladic Stjernholm, 2007). Kejsarsnitt på begäran har blivit vanligare, trots att medicinska indikationer saknas. Rädsla har lyfts fram som en orsak. Rädslan kan gälla förlossningssmärta, att förlora kontrollen, skador i underlivet, brist på tillsyn under förlossningen, att barnet ska skadas eller avlida. Rädslan kan också ha ett samband med negativa upplevelser från tidigare förlossningar (Fenwick, Gamble, Creedy & Bayes, 2010; Kringeland, Daltveit & Moller, 2009; Lavender et al., 2006; Vladic Stjernholm, 2007; Waldenstrom, Hildingsson & Ryding, 2006).

## Regionalanestesi vid kejsarsnitt

Spinalanestesi läggs nedanför ryggkotan L2. Ryggmärgen slutar vid L1-L2-nivån, men det subaraknoidala rummet fortsätter till S2 nivå. Lokalanestetika injiceras i det subaraknoidala rummet i likvor, genom att en tunn nål förs in mellan ryggkotorna. Vid kejsarsnitt injiceras ofta även morfinpreparat med lokalanestetikan. Tillslaget sker snabbt: patienten blir helt smärtlindrad och förlorar den motoriska förmågan i nedre delen av kroppen (Allen, Meincke, Ramirez, Watts & Marienau, 2003).

Modern blir helt smärtlindrad och kan vara vaken och möta sitt barn tillsammans med fadern. Spinalanestesi kallas också ryggbedövning och är en form av regional blockad. Denna anestesiform är säkrare än generell anestesi (Hawkins, Koonin, Palmer & Gibbs, 1997). Epidural anestesi är en annan form av ryggbedövning där läkemedlet ges i det epidurala rummet. Tillslaget sker långsammare och oftast behåller patienten sin motoriska förmåga.

Vid planerade kejsarsnitt läggs oftare spinal än epidural anestesi. Den spinala anestesi anses vara tekniskt lättare att administrera, ge ett snabbt tillslag av smärtblockad och därmed operationsstart, risken är mindre för systemisk toxicitet. Nackdelen är att den ger blodtrycksfall och att detta behöver behandlas (Hawkins et al., 1997; Ng, Parsons, Cyna & Middleton, 2010).

### **Kvinnors upplevelse av planerat kejsarsnitt med ryggbedövning**

Kvinnorna uppskattade att kunna vara vid medvetande under kejsarsnittet. Det gav en känsla av säkerhet och vetskap om att få träffa barnet direkt (Ying, Levy, Shan, Hung & Wah, 2001). I ovanstående intervjustudie berättade en kvinna att hon uppskattade den noggranna informationen om spinalanestesi, ryggbedövningen. Det gjorde att hon kunde förbereda sig psykologiskt. Utan detta hade upplevelsen varit mycket skrämmande. Andra kände ett behov av mer information. Kvinnorna upplevde miljön som skrämmande, de frös, hörde ljud av instrument och tyckte lamporna var för starka. Interagerandet med vårdpersonalen beskrevs som positivt, kvinnorna uppskattade omtanken och frågor om smärta och illamående. Det kunde också vara negativt, lite påträngande när barnet var fött. De uppskattade att männen var med och flera lugnades av musik. Födelsen och första känslan och synen av barnet beskriver de som oförlömligt och med en känsla av omvälvande lycka (a.a.).

En studie av Redshaw och Hockley (2010) visar kvinnors behov av stöd och information under kejsarsnittet. Exempelvis frågar en anestesilog om en kvinna vill ha spinalbedövning, men när hon tackar nej, argumenterar läkaren länge tills diskussionen blir en kamp. Flera kvinnor upplevde på liknande sätt att deras valmöjligheter var en illusion, vilket forskarna lyft fram som ett tema i studien. Kvinnorna förstod inte vad som hände på salen, upplevde att personalen var mycket upptagen och sprang runt. Ett tydligt exempel var när en ur anestesipersonalen lovade att finnas där sedan stod så att kvinnan inte kunde se honom (a.a.).

Kvinnor som har fått en opioid tillsatt i spinalbedövningen har mindre ont postoperativt än de med enbart lokalanestetiskt läkemedel (Karlström, Engström-Olofsson, Nystedt, Sjöling & Hildingsson, 2010). Mindre postoperativ smärta innebär att det är lättare att ta hand om sitt nyfödda barn och att amma. Dessutom kan de mödrarna åka hem snabbare och behöver mindre opioider postoperativt (a.a.).

Lertakyamane, Chinachot, Tritrakarn, Muangkasem, Somboonnanonda & Kolatat

(1999) har mätt hur nöjda kvinnorna var med olika anestesimetoder i samband med kejsarsnitt. Där framkom att kvinnorna var nöjda med spinalanestesi, förutsatt att de fick adekvat information och perioperativ omvårdnad. När de mätte hur nöjda patienterna var på en 10-punkters visuell analog skala, VAS, blev medelvärdet 7.

### **Stöd till den födande kvinnan**

Historiskt sett har födande kvinnor fått stöd och hjälp av andra kvinnor under sina barnafödslar. Sammanställd forskning i Cochrane (Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala & Weston, 2011) visar entydigt att kvinnor som föder barn vaginalt med stöd av en medmänniska är mer tillfredsställda och nöjda med upplevelsen än de utan stöd. Undersökningarna visar att kvinnor som får stöd oftare föder barn spontant, utan ingrepp som kejsarsnitt eller sugklockor. De behövde mindre smärtlindrande läkemedel, kände sig nöjdare med upplevelsen och hade lite kortare tid med värkar. Dessutom var barnens tillstånd bättre direkt efter förlossningen. Dessa studier som sammanlagt har undersökt 15 000 kvinnor har inte funnit några nackdelar med att kvinnorna känner stöd under barnafödande (a.a.).

När kvinnor utvärderar sin erfarenhet av barnafödandet är det fyra faktorer som är dominerande: mängden stöd från vårdgivare och anhörig, kvaliteten på relationen med dessa, att vara involverad i beslutsfattande, och att ha egna stora förväntningar eller få en erfarenhet som överstiger förväntningarna. Stödet kommer från barnafadern, vänner, doulor och professionella, som barnmorskor eller sjuksköterskor (Hodnett, Lowe, Hannah, Willan, Stevens & Weston, 2002).

Vilket stöd mödrar behöver under ett kejsarsnitt är inte lika väl studerat. Fenwick & Gamble (2006) framhåller att de behöver support och individualiserad vård där kvinnan är en aktiv deltagare och känner mening. De framhåller att sjuksköterskor under ett kejsarsnitt bör reflektera över den roll de spelar för upplevelsen av barnafödande. Bryanton, Ganon, Johnston och Hatem (2008) menar att sjuksköterskan kan förbättra kvinnans upplevelse av att föda barn, även med kejsarsnitt, genom att med sina insatser öka patientens uppmärksamhet, avslappning, känsla av kontroll, partners stöd och underlätta för ett omedelbart möte med barnet (a.a.). Sjuksköterskan bör i samband med kejsarsnittet identifiera och uppmärksamma emotionella och fysiska behov som kvinnan har (Fenwick, Holloway & Alexander,



2009). Det är en fördel om kvinnan kommer till sjukhuset dagen innan kejsarsnittet och att anestesijuksköterskan får en möjlighet att lära känna patienten och forma denna unika relation och därmed få reda på kvinnans fysiska, psykologiska och sociala behov (Dale & Hons, 1988). Detta möte beskrivs också av Lindwall och von Post (2008), och kallas av dem för preoperativa dialog. De menar att sjuksköterskan då får kännedom om detaljer patienten bara berättar för någon som ska vara med vid operationen. Den preoperativa dialogen kan också genomföras samma dag som operationen, fast vid en annan tidpunkt. Mötet innehåller sjuksköterskans löfte om att vara ett bekant ansikte på operationssalen (a.a.).

Bland de olika specialistutbildade sjuksköterskorna är det främst barnmorskorna som är utbildade för att ge de gravida stöd, god omvårdnad samt bevaka medicinska aspekter. Socialstyrelsens kompetensbeskrivningar innehåller rekommendationer om yrkeskunskande, kompetens, erfarenhet och förhållningssätt för reglerade yrken inom hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen, 2006). I barnmorskornas kompetensbeskrivning framgår att barnmorskan ska ha förmåga att i dialog ge stöd i föräldraskapet, i förberedelse inför förlossning, ge samtalsstöd vid förlossningsrädsla, samtalsstöd vid graviditets- och förlossningskomplikationer, ge stöd, trygghet och kontinuitet vid förlossning (Socialstyrelsen, 2006).

Till skillnad från barnmorskan vårdar anestesijuksköterskan vid en mängd olika operationer, att ge anesthesiologisk omvårdnad vid kejsarsnitt utgör för de flesta en mindre andel. Anestesijuksköterskan har endast en anesthesiologisk utbildning i vård av den barnafödande kvinnan. Hon är inte, som barnmorskan, speciellt utbildad för att ge stöd vid barnafödande. Anestesijuksköterskans arbetsområde är anesthesiologisk omvårdnad och det förutsätter goda kunskaper inom både det omvårdnadsvetenskapliga som det medicinska området. I detta ingår att kunna skapa tillit, förtroende och trygghet för patienten och närstående oavsett vilket operativt ingrepp som utförs (Aniva, Riksföreningen för anestesi och intensivvård och Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

### **Teoretisk referensram**

Val av teoretiskt perspektiv görs utifrån studiens frågeställning och kontext. Genom att koppla sitt resultat till andras tänkande, teorin, fördjupas kunskapen (Stukát,

2005). Anestesisjuksköterskans bemötande av patienter som genomgår planerade kejsarsnitt är bristfälligt beskriven. För att förstärka denna studies resultat och diskussion väljs Lindwall och von Posts perioperativa vårdteori (2008) som teoretisk referensram.

## **Den perioperativa vårdteorin**

Lindwall och von Post (2008) beskriver den perioperativa vårdteorin genom huvudbegreppen människan, vårda, kultur och värdighet; dess ethos. Ethos innebär att skydda patientens värdighet i den perioperativa vårdkulturen. Perspektivet är en caritativ vårdvetenskap, där kärlek och lidande möts och väcker medlidande och väcker viljan att vårda. Erikssons vårdteori (2003) utgör basen i den perioperativa vårdteorin. Människan definieras som en unik enhet, där en teoretisk uppdelning i kropp, själ och ande hjälper sjuksköterskan att vårda enheten: människan. Människan kan ej skilja kropp, själ och ande. Därför vilar även patientens själ i den perioperativa sjuksköterskans händer under en operation. Sjukdom och kirurgi tar makten över patientens kropp och människan förlorar sin frihet att kontrollera den, vilket kan upplevas som att helheten kropp, själ, ande splittras. Patientens inre värld och andlighet måste tas på allvar perioperativt, för att inte ytterligare splittring ska ske. I operationsrummet kan patienten uppleva sin kropp som ett ting, skild från människan själv (Lindwall & von Post, 2008).

En del i denna vårdteori är den professionella naturliga vården, ur anestesi- och operationssjuksköterskors perspektiv, utifrån von Posts forskning (1999). I den naturliga professionella vården är varje vårdhandling en etisk akt som ska leda till lindring av patientens lidande, skapa en känsla av välbefinnande och att patienten ska känna det gott att finnas till på operationsbädden. Att bevara patientens värdighet ska genomsyra den perioperativa vården. Lindwall och von Post (2008) lyfter fram vårdhandlingarna: Bry sig om – att ha hjärta för patienten, den lidande människan, skydda – att ta under sitt beskydd, ansvar- ha ansvar för, sköta – leda och ansa, tillit – patientens uppmaning till sköterskan: ta emot mig och ta mig på allvar, Skuld – sjuksköterskans skyldighet att vara patientens skydd och Mod- att våga vara till för patienten.

Lindwall och von Post beskriver (2008) vanor som främjar den perioperativa vårdkulturen. En sådan vana är att vara i en tillfällig vänskap med patienten. Där skapar den perioperativa sjuksköterskan förutsättningar för sig och patienten att få vara i en gemensam värld. Den perioperativa sköterskan tar ansvar för att patienten inte känner sig övergiven. I denna tillfälliga vänskap öppnar sjuksköterskan upp för humor, värme och närhet. Hon lovar att guida patienten genom operationen och ansvara för att vänskapen hålls samman värdigt. Atmosfären är välkomnande och patienten är en del av gemenskapen. Den ömsesidiga respekten för varandra hjälper vårdarna att se patienten som en enhet av kropp, själ och ande. Andra vanor kan vara hindrande, som att patienten ses som ett ingrepp. I en sådan miljö talar vårdarna i komplicerade termer över patientens huvud och lyssnar inte till patientens oro. Patienten görs till en operation och anestesijunksköterskan saknar mål och strategier för vårdandet (a.a.).

## **PROBLEMFORMULERING**

Kejsarsnitt på begäran har blivit vanligare, orsaken är ofta rädsla för någon aspekt av vaginal förlossning. Kvinnor som upplevt ett planerat kejsarsnitt berättar att de uppskattade att vara vakna och möta barnet, men de berättar också om rädsla för operationen och miljön. Att kvinnor som föder barn vaginalt får en bättre upplevelse av förlossningen om de får stöd av en medmänniska är väl undersökt. Studier visar att även mödrar som föder med kejsarsnitt behöver support och individualiserad vård. Vid en normal förlossning är det barnmorskans uppgift, men vid ett kejsarsnitt är det främst anestesijuksköterskans. Anestesisjuksköterskor är inte speciellt utbildade för att ge stöd vid barnafödande. Forskning visar att sjuksköterskorna behöver reflektera över den roll de spelar för upplevelsen vid barnafödande med kejsarsnitt.

## **SYFTE**

Syftet är beskriva hur anestesisjuksköterskan ger stöd till den födande kvinnan vid planerat kejsarsnitt i spinalanestesi.

# METOD

## Design

Denna studie är empirisk och deskriptiv med kvalitativ ansats. Fem intervjuer genomfördes med anestesijuksköterskor. Datamaterialet analyserades med inspiration ifrån Graneheim och Lundmans (2004) och Malteruds (2009) riktlinjer för kvalitativ innehållsanalys.

## Urval

Urvalet består av fem anestesijuksköterskor på två olika sjukhus. Urvalet var strategiskt, genomfört av chefssjuksköterskorna utifrån författarnas önskemål. Ett önskemål var att informanter skulle vilja dela med sig av sina erfarenheter utifrån denna studies syfte. Ett annat var att informanterna skulle ha olika lång erfarenhet som anestesijuksköterskor. Detta tillsammans med att informanterna var i olika ålder och av olika kön leder ofta till ökad bredd i datamaterialet (Polit & Beck, 2008). Fyra informanter var kvinnor och en var man. Deras ålder var mellan 40 och 60 år och erfarenhet varierade mellan 1 år och 35 år.

Anestesijuksköterskorna som deltog i undersökningen tillfrågades i förväg om de ville medverka. De fick också ett informationsbrev om studiens syfte. Författarna ville inte känna sina intervjupersoner. Detta för att inte ha förutfattade meningar inför intervjun. Därför skedde intervjuerna på ett annat sjukhus än arbetsplatsen.

Exklusionskriterier: Anestesijuksköterskor som inte varit ansvariga för omvårdnad vid planerade kejsarsnitt.

## Datainsamlingsmetod

Intervjuerna genomfördes på de sjukhus där informanterna arbetar, men i lokaler skilda från arbetsplatsen. Intervjuerna började med öppna ostrukturerade frågor utifrån syftet. För att leda samtalet framåt fanns förberedda följdfrågor. Dessa behövde användas vid alla intervjuerna och därmed blev dessa semistrukturerade (se bilaga 3). Polit och Beck (2008) beskriver semistrukturerade intervjuer som användbara då forskare vill försäkra

sig om att vissa ämnen kommer att täckas i intervjun. Intervjuarens funktion är att uppmuntra deltagaren att tala öppet och fritt med sina egna ord om ämnet. För att skapa en god atmosfär valdes ett rum avskilt från avdelningen. Där fanns ingen risk för störande moment. En sådan miljö underlättar för den intervjuade att öppna sig. Den bästa egenskap intervjuaren kan ha för en intervju är att vara en god lyssnare (Polit & Beck, 2008). Under intervjuerna eftersträvades reflektion hos informanterna. Det som reflekterades kan ha funnits i bakgrunden för informanten och tydliggjordes under själva intervjun. Enligt Dahlberg (1997) kännetecknar det en kvalitativ intervju. I narrativa intervjuer berättar intervjupersonen fritt om sin erfarenhet och upplevelse av det fenomen som studeras. Genom att stimulera berättandet blir forskaren medskapare till texten (Lundman & Graneheim, 2009).

En författare intervjuade tre informanter och den andra författaren två. Intervjuerna genomfördes individuellt, men den andra författaren fanns tillgänglig på sjukhuset.

Författarnas förförståelse bestod av ungefär en veckas praktik på salar med kejsarsnittoperationer.

## **Dataanalys**

Intervjuerna spelades in och transkriberades. Ambitionen vid transkriberingen var att behålla intervjun på ett exakt sätt. Därför skrevs symboler för vem som talade ut, som ett F för forskare och ett I för informant. Likaså skrevs pauser, suckar och skratt ut. Datan analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys med inspiration av Graneheim och Lundman (2004). Analysen skedde genom att den berättade datan bröts ned till meningsbärande enheter som kodades och grupperades till framträdande kategorier och mönster. Fokus var att hitta likheter och skillnader i textinnehållet. Dessa uttrycktes i kategorier och subkategorier. Kontexten där de meningsbärande enheterna hittades behölls för att inte betydelsen skulle gå förlorat. Delar ur texten kan inte plockas ur sin omgivning (Lundman & Graneheim, 2009; Polit & Beck, 2008). Intervjutexterna lästes flera gånger för att få en känsla för helheten. Därefter reflekterade och diskuterade författarna kring framträdande drag ur texterna. Redan här skrevs eventuella blivande kategorier ned. Meningsbärande enheter markerades och kondenserades, dessa abstraherades och kodades. De meningsbärande enheterna sorterades i subkategorier och kategorier, vilket utgör det manifesta innehållet, se exempel (tabell 1). Författarna gjorde analysen tillsammans vilket innebar ett kontinuerligt reflekterande och

pendlande mellan originalintervjuer, meningsbärande enheter, koder och kategorier. I denna diskussion gjordes ständiga tolkningar av anestesijuksköterskornas sätt att uttrycka sig. Slutligen lyftes fem kategorier och tio subkategorier fram ur analysen (tabell 2).

**Tabell 1.** Exempel på meningsbärande enheter, koder, subkategorier och huvudkategori

Meningsbärande enheter	Kod	Subkategorier	Huvudkategori
<p>Man talar om vad som händer i förväg. Jag informerar hela tiden vad som komma skall. Jag tänker också på anhörig att få med henne eller honom i det här.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Förberedande</li> <li>• information</li> <li>• Berätta</li> <li>• Guida föräldrar</li> <li>• Lyfta fram den anhörige</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunícera</li> <li>• Involvera närstående</li> </ul>	Främja delaktighet
<p>Man är där, står en meter bakom. Låter dem vara ifred både före och efter och sen när barnet är ute. Man måste tänka på att det är en så stor händelse i deras liv. Vid något tillfälle har det varit svårt att få igång andningen. Då är de alla andra inriktade på barnet, då upplever jag det så att mamman bli lämnad lite utanför.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Låta vara ifred</li> <li>• Värna om parets integritet</li> <li>• Stor händelse i livet</li> <li>• Måna om kontakten mellan mamma och bebis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stå bakom</li> <li>• Dela födelsen</li> </ul>	Värna integritet
<p>Man har mycket empati och är intresserad av vad man håller på med. Jag är engagerad. Jag vill förmedla lugn, det här fixar vi. Det är skönt när man är på samma våglängd med narkosläkaren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vara engagerad</li> <li>• Fokus bara på patienten</li> <li>• Förmedla lugn</li> <li>• Utstråla professionalism</li> <li>• Anestesiologens delaktighet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vara närvarande</li> <li>• Utstråla kompetens</li> <li>• Teamarbete</li> </ul>	Inge trygghet
<p>Man bryr sig om patienten. Skapa en god kontakt, att visa att man är trygg i sig själv. Jätte viktigt att man är här och nu. Och lyssnar in och hör vad patienten säger. Om man nu har den rädslan så är dem väldigt rädda för nålsättningen, nålsticket i ryggen etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bry sig om patienten</li> <li>• Skapa god kontakt</li> <li>• Lyssna in vad patienten säger</li> <li>• Rädsla orsaken till kejsarsnitt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emotionellt engagemang</li> <li>• Använda personligheten</li> <li>• Känna in den unika patienten</li> </ul>	Skapa relation
<p>Har du haft fyra patienter då är man slut för att du ger allt. Har jag fyra-fem snitt på raken , de sista två, då är det ett påklistrat leende i ansiktet som kanske inte är så genuint.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Är slut efter fyra snitt</li> <li>• Påklistrat leende vid sista snittet</li> <li>• Går bara stanna upp en stund med rädd patient</li> </ul>		Produktionskrav



**Tabell 2.** Resultats subkategorier och kategorier

<b>SUBKATEGORI</b>	<b>KATEGORI</b>
<i>Kommunicera</i> <i>Involvera närstående</i>	<b>Främja delaktighet</b>
<i>Stå bakom</i> <i>Dela födelsen</i>	<b>Värna integritet</b>
<i>Vara närvarande</i> <i>Utstråla kompetens</i> <i>Teamarbete</i>	<b>Inge trygghet</b>
<i>Emotionellt engagemang</i> <i>Använda personligheten</i> <i>Känna in den unika patienten</i>	<b>Skapa relation</b>
	<b>Produktionskrav</b>

## **ETISKA ASPEKTER**

Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådets, HSFR:s, etiska principer (1999) följdes i denna studie. Reglerna är till för att skydda deltagarnas integritet. De är *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*. *Informationskravet* har fullföljts genom att deltagarna i studien har informerats muntligt och skriftligt om studiens syfte och genomförande. *Samtyckeskravet* har följts genom att deltagarna har informerats om att det är frivilligt att delta och att de när som helst kan avbryta sin medverkan. *Konfidentialitetskravet* har i största möjliga mån följts. Undersökningen berörde inte patienter direkt, och således behövdes inte tillstånd från sjukhusens etiska kommittéer eller likvärdigt. Varken sjukhus eller de medverkande anestesistjuksköterskorna namnges i studien. Tillstånd inhämtades från verksamhetscheferna på berörda anesthesiavdelningarna (Bil 1). Chefssjuksköterskorna informerades och tillfrågades. Deltagarna informerades och tillfrågades (Bil. 2). För att

minska risken för att någon i personalen skulle förstå vem som intervjuats erbjöds möjligheten att genomföra intervjun på en annan plats än arbetsplatsen.

Sjuksköterskorna valde att bli intervjuade på arbetstid, på sjukhusen, men i lokaler avskilda från den egna avdelningen. De enda som visste om deras deltagande var de chefssjuksköterskor som gjort urvalet, samt de sjuksköterskor som koordinerade dagens behov av anestesijuksköterskor på salarna. Deltagarna upplystes om att full konfidentialitet därmed inte var möjlig. *Nyttjandekravet* syftar på att resultatet endast ska användas i forskningsändamål och får ej lånas ut till kommersiellt bruk.

## RESULTAT

### FRÄMJA DELAKTIGHET

Resultatet i den första kategorin delades in i två subkategorier: **Kommunicera** och **Involvera närstående**. Båda subkategorierna syftar till att främja delaktighet. Samtliga informanter tog upp dessa aspekter då de beskrev hur de ger stöd.

#### **Kommunicera**

Informanterna beskriver kommunikationen på olika sätt. De vill öka patientens delaktighet genom att kommunicera. De lyfter alla fram vikten av att informera patienten om vad som pågår. De vill helst ligga ett steg före och hinna informera innan något sker. De använder också dialog som kommunikationssätt. Det framgår av att de frågar patienterna, lyssnar på deras svar och anpassar omvårdnaden efter svaret. Om de tar hand om rädda patienter poängterar tre informanter att de frågar raka frågor om vad patienten är rädd för och varför.

*”Jag tror att information är nog det viktigaste. Välinformerad patient är en bra patient och då känner man sig inte utlämnad utan då känner man sig delaktig” (Informant 4)*

Ett syfte med att kommunicera med patienterna var att lugna dem. Genom att noggrant berätta om varje steg i förloppet eftersträvade de att patienterna var väl förberedda.

Framförallt berättade informanterna om anestesiemetoden; hur spinalanestesi lades in av anestesiläkaren och vilka biverkningar som kunde komma. De poängterade att inför spinalanestesi var behovet av stöd som störst.

*”De är jätteoroliga inför spinalinläggningen att det ska göra ont (...)Det kan vara svårt och då spänner de sig. Då får man prata med dem. Så att de sjunker ihop och lyssnar. Jag brukar visa och så tränar vi innan doktorn kommer. ” (Informant 3).*

### **Involvera närstående**

I många fall har den blivande modern med sig den blivande fadern som sin närmaste anhörig. Men alla informanter poängterar att det är vanligt med andra föräldrarelationer och att den födande kvinnans egen mor eller en nära vän är med. Oavsett vem som är den närstående så är den personen viktig som stöd. Informanterna ser som sin uppgift att öka deras delaktighet och öka förutsättningarna för att de ska kunna ge den födande kvinnan stöd. De ser den närstående som det bästa stödet för kvinnan. Informanterna vill att de närstående ska dela upplevelsen med den födande kvinnan. Tre av informanterna berättade att pappan/närstående hade en tendens att placera sig långt bort från mamman på salen, som för att lämna företräde för personalen. Informanterna visade då de närstående att deras plats var invid moderns huvudända. Så att modern kunde känna deras stöd.

*”Jag brukar säga till pappan: ”Nu kommer du att känna dig i vägen, men du är absolut inte det. För många pappor ska vara hjälpsamma, flyttar på sig och försöker vara till lags. Då kan de släppa den biten och förhoppningsvis koncentrera sig på mamman.” (Informant 4)*

En anestesijuksköterska beskriver hur en pappa var så rädd att han inte tänkte vara med på salen. Den erfarna sjuksköterskan koncentrerade sitt stöd på honom och pratade lugnande under hela ingreppet. Pappan var tacksam och rörd för att hon hjälpt honom att våga närvara när hans barn föddes. Anestesijuksköterskan beskrev händelsen som betydelsefull för henne också.

## VÄRNA INTEGRITET

När relationen mellan kvinnan och hennes närstående känns god, vill informanterna inte störa deras samhörighet. Fyra av fem berättar att de försöker hålla sig i bakgrunden och låta paret vara ifred, det har gett namn till subkategorin **Stå bakom**. Lika många beskriver att denna operation skiljer sig från andra operationer, då det är ett barn som föds. De beskriver det som en stor händelse de får vara med och dela, här kallas den subkategorin **Dela födelsen**.

### Stå bakom

Informanterna framhåller att barnafödelsen framför allt är parets egen stund. Om de känner att paret har en samhörighet och verkar lita på varandra, försöker de medvetet hålla sig i bakgrunden. De försöker visa att de finns tillgängliga och har kontroll över situationen, men samtidigt inte störa paret. Om paret verkar vara nära varandra, vill informanterna inte bryta närheten. De poängterar att om det inte är så, är ofta moderns behov av stöd större. Informanterna är då måna om att stå nära och vara aktivt stödjande.

*”Så jag är där, men jag backar lite grann. Jag försöker att inte trampa in så mycket på paret. Det är så intimt att få ett barn. Det är väldigt intimt.” (Informant 1)*

*”Ibland är de två huvudpersonerna så in i varandra så behövs inget annat än att jag finns här.” (Informant 5)*

### Dela födelsen

Tre informanter av fem lyfter fram vilken stor dag detta är för patienterna. Patienterna ska bli föräldrar och ett barn ska komma till världen. Att vara med och dela den händelsen kräver mer av anestesijuksköterskan än vid andra operationer, menar informanterna. De får vara med och dela denna ofta lyckliga stund. Informanterna beskriver hur de försöker visa sin entusiasm och säga positiva saker.

*”Det är en upplevelse som är väl den vackraste som finns i människans liv. Att ge ett liv till ett barn. Det är liksom en bonus, en sådan positiv upplevelse.” (Informant 5).*

Informanterna berättar också om komplicerade livsöden där barnets födelse inte alltid är något enbart positivt. De kan inte ta för givet att föräldrarna ser fram emot födseln med enbart glädje. De vet ingenting om relationerna kring modern eller vilken relation hon har till den närstående som följer med till operationen.

*”De finns ju sådana som är väldigt negativa, så man är lite ledsen, man undrar, har de tänkt igenom det här? Men då vet man ju inte riktigt alltid vad de har i bagaget när de kommer. Då försöker man ändå vara positiv. Om inte annat så för bebisens skull.”*  
(Informant 3).

## **INGE TRYGGHET**

En stor del av stödet som anestesijuksköterskor ger vid kejsarsnitt definieras i analysen som kategorin **Inge trygghet**. Det görs på olika sätt, dessa har gett namn på subkategorierna **Vara närvarande**, **Utstråla kompetens**, **Teamarbete**.

### **Vara närvarande**

Fyra av de fem informanterna beskriver med olika ord att de är närvarande för patienten. Informanterna visar sin närvaro genom att vara engagerade, intresserade och fokusera på patienten. Det är också viktigt att vara lugn och kunna lugna. Även ögonkontakt poängterades. Ett uttryck som används är att patienten ska känna att omvårdnaden är genuin, och att det bara går att uppfylla med närvaro hos anestesijuksköterskan.

*”Jag vill förmedla lugn, det här fixar vi. Mitt stöd för de här patienterna är att jag finns och det finns ingenting vi inte kan.”* (Informant 5).

Ibland visar anestesijuksköterskorna sin närvaro även med fysisk kontakt. Fysisk kontakt används när behovet av stöd är som störst. Det upplever informanterna är i samband med att spinalanestesi läggs in av anestesiläkaren i patientens rygg. Anestesijuksköterskorna stöttar då genom att stå framför och hålla om patienten. Det är en avvägning mellan att dels våga hålla i patienten och dels kunna känna av om patienten upplever detta som stöd, eller blir besvärad. De är medvetna om att

beröringen kan upplevas som att en främmande människa plötsligt tar på en och att risken finns att kränka någon.

*”I samband med spinalinläggningen så försöker jag stå nära. De får luta sig på mig, jag står nästan och kramar om dem. De ska få känna ett stöd, och sedan att de sitter bra. Man får läsa av om det är okej eller inte.” (Informant 1)*

## **Utstråla kompetens**

Ett sätt att inge trygghet i det korta mötet är att utstråla kompetens. De fem informanterna tar alla upp detta som avgörande. Kodord som informanterna beskriver är att inge förtroende, avdramatisera situationen, ha erfarenhet, utstråla trygghet och vara enkel. Patienten ska kunna lita på att personalen kan sin sak och är erfaren.

*”Man ska känna förtroende att man är i kompetenta händer. Man ska känna förtroende att det här kommer att gå bra. För det är en känsla vi förmedlar.” (Informant 4).*

En del i att vara kompetent och inge trygghet är att vara medveten om, och beredd på, de komplikationer som är relativt vanliga vid kejsarsnitt, men inte visa patienten detta. Informanterna berättar om blödningar och om barn som har svårt med andningen till att börja med. När det blir bråttom och personalen är upptagen med att lösa det mest akuta, kan kontakten med modern riskeras. Informanterna försöker hinna med det medicinska och samtidigt svara på frågor. Men de poängterar att de inte kan lova patienterna för mycket eftersom de inte vet utgången.

*”Då känner jag att man har en stor roll att fylla som stöd. Då är de andra inriktade på enbart på barnet, då upplever jag det så att mamman blir lite lämnad utanför. Som har massa frågetecken och undrar vad som händer.” (Informant 4).*

## **Teamarbete**

Informanterna poängterar betydelsen av samarbetet på operationssalen, med barnmorskan, undersköterskan, kirurgen och framför allt med anestesiologygen. Informanterna berättar att man arbetar tätt i team med anesthesiologygen. När samarbetet

fungerar upplevs det som en positiv aspekt för att ge stöd till patienten. Tillsammans går det att både sköta det medicinska och det mellanmänskliga. Den ena kan ha mer uppmärksamhet på patientens vitala parametrar, och behovet av att ge läkemedel till exempel mot blodtrycksfall, illamående och blodförluster. Den andra kan samtidigt tala lugnande med de blivande föräldrarna och svara på frågor. I välfungerande team byter anestesijuksköterskan och anestesiologen lätt roller, ibland är det läkaren som lättast får kontakt med patienten och därmed kan ge stöd. Då försöker anestesijuksköterskan att inte bryta den kontakten, utan koncentrerar sig på det medicinska.

*”Oftast märker man ganska snabbt vem patienten tyr sig till. Ibland är det anestesiläkaren som springer runt patienten och pratar.” (Informant 2)*

## **SKAPA RELATION**

Informanterna beskriver att skapa en god relation är en viktig del av stöd till patienterna och deras anhöriga. Relationen kallas god när patienten litar på anestesijuksköterskan. Då finns också större utrymme för anestesijuksköterskan att arbeta effektivt om det blir bråttom vid komplikationer. Ibland är inte en god relation självklart, patienterna kan vara väldigt rädda och även avvisande. Då ställs större krav på anestesijuksköterskornas professionalism. De tre subkategorierna som analyserats fram är tre sätt att nå en god relation: **Emotionellt engagemang**, **Använda personligheten** och **Känna in den unika patienten**.

### **Emotionellt engagemang**

Tre av informanterna tyckte att stöd till stor del består av att dela patientens känslor. De är inte rädda för att komma patienten nära känslomässigt. Detta beskrivs med ord som empati, lyhördhet och sensibilitet. De kallar det även psykiskt stöd. Dessa informanter ger mycket till patienterna, men priset blir att de också blir psykiskt utmattade efter flera kejsarsnitt.

*”Jag är väldigt lyhörd och sensibel. Kan fort känna in. Jag har människokänedom och kan fort förstå vad jag har framför mig. Det är erfarenhet som jag fått under de här åren. Jag tror på att vara lyhörd. Man måste fråga patienten.” (Informant 5)*

## Använda personligheten

Informanterna beskrev att för att kunna skapa en god, förtroendefull relation i det korta mötet behöver de bjuda på sig själva. De arbetar med den egna personligheten som redskap. De beskriver att alla har sitt eget sätt att bygga upp relationen, utifrån både sin professionella sida och vilka de är som människor. För vissa var detta svårt att sätta ord på. Det var lättare att nämna det som kunde stoppa den goda relationen. Där nämndes egenskaper som nonchalans och kyla av två informanter.

*”Jag vill ha en bra relation med alla inblandade. Och det är väl lite personlighet, hur mycket man vågar bjuda på sig själv. Det är väl att lämna ut sig och veta att det inte är så farligt.” (Informant 3)*

## Känna in den unika patienten

Alla informanterna betonar att stödet de ger beror på vilka behov just den patienten har. Alla patienter ses som unika och även mötet med anestesijuksköterskan blir unikt.

Informanterna påpekar att många patienter har förlossningsrädsla som indikation till kejsarsnittet. De är även rädda för mycket annat på sjukhuset. Enligt informanterna blir detta ofta tydligt då den perifera venkatetern ska sättas och när spinalanestesi ska läggas in. Patienterna behöver då mycket stöd och ibland även övertalning. Alla fem informanterna beskrev att det kan vara krävande att ge stöd till de förlossningsrädda patienterna.

*”Mamman bryter ihop och börjar gråta och man ska försöka förklara på ett pedagogiskt sätt. Den psykiska anspänningen är unik. Det är så olika det där om man nu har en människa som är lite instabil, jämfört med någon som har ett medicinskt skäl att göra sectio, det är sanslös skillnad.” (Informant 4)*

## PRODUKTIONSKRAV

På de två storstadssjukhus som informanterna arbetar finns på vardagarna en sal där 3-5 planerade kejsarsnitt utförs. På båda sjukhusen är organisationen sådan att samma personalgrupp arbetar på salen hela dagen. Informanterna beskriver situationen som en fabrik med högt tempo. Denna kategori beskriver den arbetsmiljö som utgör förutsättningen för anestesijuksköterskornas stöd. Om patienten är rädd och behöver



stanna upp och lugna sig, beskriver anesthesisjuksköterskorna att det inte går för att det löpande bandet måste fortsätta rulla.

*”Om man står på en elektiv sal, de sista snitten då är man trött (...). Då kanske man inte är så entusiastisk.” (Informant 2)*

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Kvalitativa studiers trovärdighet kan granskas med hjälp av begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004, Polit & Beck, 2008). Utifrån detta diskuteras begränsningar och styrkor i denna studie kronologiskt med urvalet först och därefter datainsamlingsmetod och analys.

Datamaterialet till studien samlades in genom fem individuella intervjuer med anesthesisjuksköterskor. Urvalet i studien gjordes av en så kallad gatekeeper, en person som är objektiv i sammanhanget (Torst, 2005). Gatekeepern, som här var två chefssjuksköterskor, hade kunskap om de anställda och deras yrkeserfarenhet. Genom att låta chefssjuksköterskan välja ut informanter garanterades större neutralitet i förhållandet till intervjuarna. Detta minskade förförståelsen inför informanterna och ökar därmed tillförlitligheten i resultatet. Ett urval vid kvalitativa studier är sällan slumpmässigt. Urvalet är istället ofta strategiskt; informanterna ska kunna berätta, reflektera och vara villiga att tala om ämnet relativt länge. Urvalet ska göras så att största möjliga förståelse för det studerade fenomenet uppnås (Polit & Beck, 2008). Chefssjuksköterskorna var ombedda att göra ett strategiskt urval, men det kan ha blivit ett bekvämlighetsurval, utifrån vilka anesthesisjuksköterskor som tjänstgjorde den förbestämda intervjudagen. Hur sant resultatet är handlar om giltighet (Lundman & Graneheim, 2008). I denna studie har ansträngningar gjorts för att förstärka giltigheten. Ett sätt att göra det vad gäller urvalet är att välja informanter med olika erfarenhet, ålder och kön. Det ökar möjligheten att belysa ämnet utifrån olika synvinklar (a.a.). Antalet informanter bestämdes tillsammans med erfarna handledare utifrån vad som var möjligt att hinna analysera inom tidsramen.

För att resultatet ska vara giltigt behöver rätt metod användas för undersökningen. Metoden ska också användas för att studera det som avses att studera, inte något annat (Malterud, 2009). I denna studie valdes semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod. En författare intervjuade tre informanter och den andra två. Efter varje intervju diskuterades och reflekterades kring innehållet och hur detta svarade på syftet. Det är grundläggande för en studies trovärdighet hur väl data och analysprocess svarar mot syftet (Graneheim & Lundman, 2004). Inför intervjuerna diskuterade författarna sin egen förförståelse med varandra. Denna är liten, men har påverkat motivationen till val av ämne, vilket är vanligt enligt Malterud (2009). Intresse fanns av att kunna relatera studien till den perioperativa vårdteorin, vars mål är att föra över ideal från teori till praktik (Lindwall & von Post, 2008). Det kan påverka förförståelsen enligt Malterud (2009) som liknar den teoretiska referensramen med de glasögon forskaren har på sig när hon läser sitt material (a.a.). Genom att redovisa erfarenhet och tankar för varandra var ambitionen att kunna släppa förutfattade meningar. Författarna förberedde sig för intervjuerna med att provintervjua varandra, både för att testa relevansen i frågorna och förbättra intervjutekniken. Då upptäcktes att fler frågor behövdes och att koncentration krävdes för att ställa frågorna helt öppna. Om en provintervju dessutom hade genomförts med en anestesijuksköterska kunde möjligen frågor och intervjuteknik förbättrats ytterligare. Intervjuerna började med öppna frågor för att uppmuntra informanterna att berätta fritt och reflektera kring sina upplevelser och erfarenheter. Informanterna hade fått ett brev där syftet med studien förklarades och detta upprepades vid inledningen av varje intervju. En frågeguide användes till samtliga fem intervjuer för att få informanterna att fördjupa sig i ämnet. En frågeguide är lämplig för att garantera att vissa ämnen berörs i intervjun (Polit & Beck, 2008). Frågeguiden följdes inte exakt utan följsamhet eftersträvades till det informanterna berättade. Malterud (2009) menar att intervjun blir rikare om författaren anpassar sig till informanten och uppmuntrar denna att dela med sig av sina egna erfarenheter.

En alternativ datainsamlingsmetod utifrån studiens syfte skulle kunna ha varit en observationsstudie. Det är en metod som också används för att förstå beteenden och erfarenheter (Polit & Beck, 2008). I denna studie valdes intervjuer för att eftersträva reflektion av anestesijuksköterskor.

Innehållsanalysen har gjorts tillsammans. När alla intervjuer transkriberats, lästs och diskuterats, så startade en spontan brainstorm. Den resulterade i förslag på kommande subkategorier och kategorier, där vissa överensstämde med senare delen i analysen och andra fick förkastas. Därefter markerades meningsbärande enheter utifrån syftet, dessa kondenserades och kodades enligt Graneheim och Lundman (2004). Exempel på detta redovisas i tabell 2. I analysen diskuterades och reflekterades kontinuerligt olika tolkningsmöjligheter, koder och kategorier. En noggrann beskrivning av analysarbetet stärker resultatens tillförlitlighet och giltighet. Det ökar tillförlitligheten om analysen görs av flera forskare tillsammans (Lundman & Graneheim, 2008).

Graneheim och Lundman (2004) menar att i kvalitativ innehållsanalys är tolkning alltid en balansgång. Det är svårt att inte lägga till sitt synsätt på fenomenet som studeras. Målet är att utgå ifrån själva texten och att inte tolka in innehåll som inte finns där. I denna studie upptäcktes i samband med kodningen att en alltför snabb tolkning hade gjorts. Kodningen gjordes därför om, genom att gå tillbaka till ursprungstexten och analysera fram dess manifesta innehåll. För att det manifesta innehållet skulle synas presenteras citat under subkategorierna.

I en kvalitativ studie är forskaren delaktig genom att samspela under intervjun och vara medskapare av texten. Detta innebär att resultatet av en intervjustudie inte kan ses som oberoende av forskaren. Forskarens förförståelse är också en del av tolkningen (Polit & Beck, 2008). I denna studie har öppenhet eftersträvat och därför redovisas metoden noggrant. Trots det går den sannolikt inte att helt replikera, då andra intervjuare, informanter och dynamiken dem emellan kommer att påverka resultatet (a.a.).

Viktigt för trovärdigheten är hur överförbart resultatet är till andra sammanhang och situationer (Polit & Beck, 2008; Malterud, 2009). Vid kvalitativa studier är inte målet att kunna generalisera utifrån resultatet utan att öka förståelsen för det studerade fenomenet. Utifrån detta synsätt torde denna studies resultat vara applicerbart på andra operationsavdelningar där anestesijuksköterskor vårdar vid planerade kejsarsnitt. För att öka trovärdigheten har handledarna, två erfarna anestesijuksköterskor, granskat resultatet. Detta kallas validering med hjälp av experter. Det råder delade meningar om nyttan, men Lundman och Graneheim (2008) menar att det är värdefullt för trovärdigheten om personer som är insatta granskar rimligheten och att tolkningen verkar trovärdig.

## Resultatdiskussion

Undersökningen har som syfte att beskriva hur anestesijuksköterskorna ger stöd till den födande kvinnan vid planerat kejsarsnitt i spinalanestesi. I resultatet framkom fem kategorier. Författarna har valt att diskutera utifrån kategorierna mot aktuell forskning och utvald vårdteori. I den perioperativa vårdteorin kallas anestesijuksköterskan och operationssjuksköterskan gemensamt för den perioperativa sjuksköterskan. I denna resultatdiskussion syftas enbart på anestesijuksköterskan när den perioperativa sjuksköterskan beskrivs.

Resultatet visar att anestesijuksköterskorna främjar delaktighet genom att kommunicera och genom att involvera den medföljande närstående. Att ge kontinuerlig information uppges vara en stor del av stödet. Anestesijuksköterskorna kallar ofta kommunikationen för information, men när de beskriver hur de informerar framkommer att det snarare är en dialog, eftersom de också frågar patienterna och utgår från deras svar i omvårdnaden. Information är envägskommunikation och dialog är tvåvägskommunikation. Det är oklart om informanterna reflekterade kring denna skillnad. Redshaw & Hockleys studie (2010) pekar på att kommunikationen ska vara en interaktiv process, så att de blivande mödrarna blir delaktiga. De ges på detta vis möjlighet att förstå och känna sig förberedda för kejsarsnittet. Även forskning av Ying et al. (2001) visar att mödrarna inför och under kejsarsnittet behöver bli involverade genom information och kommunikation. De får då en känsla av säkerhet och psykisk förberedelse under kejsarsnittet. Mödrarna berättar att utan denna kommunikation hade situationen varit mycket skrämmande (a.a.).

### *Rädsla vid inläggning av spinalanestesi*

Forskning visar att de födande kvinnorna är som mest rädda vid inläggandet av spinalbedövningen. Faktum är att patienterna är mer rädda för spinalanestesi än själva kirurgin under kejsarsnittet (Keogh, Hughes, Ellery, Daniel & Holdcroft, 2005; Porter, van Teijlingen, Ying Yip & Bhattacharya, 2007). Samma resultat framkommer i denna studie där anestesijuksköterskorna bedömde att rädslan var störst vid inläggning av spinalanestesi, tillsammans med rädslan för att känna smärta trots anestesi. Vid spinalinläggningen gav de stöd genom kommunikation, närvaro, fysisk kontakt och

genom att visa kompetens. Det är ett fungerande sätt att ge stöd visar forskning av Anwari & Anwari (2010). De beskriver även hur anestesijuksköterskorna visade patienterna respekt och omsorg genom att ge dem kuddar att krama i famnen, tejpade fast glidande skjortor och såg till att rumstemperaturen var behaglig. Konversation fungerade som distraktion och dämpade oro och rädsla. Studien visar att 80 procent av de undersökta 120 patienterna tyckte att personalens bemötande var som de förväntat eller bättre.

Denna studie visar att anestesijuksköterskorna lägger ner omsorg i att involvera den närstående. Anestesijuksköterskorna vill uppmuntra närstående att bli delaktiga i händelsen och poängterar deras roll som support. Ibland får anestesijuksköterskorna stötta fadern lika mycket som modern. Det är adekvat, enligt Keogh et al. (2005) som påvisar att en rädd blivande pappa har en negativ effekt på moderns upplevelse under och efter kejsarsnittet.

### ***Fokusera helt på patienten***

Informanterna känner in hur stor plats de ska ta vid moderns sida. Många par var lyckliga och förväntansfulla och hade stöd av varandra i den gemensamma stora stunden. För att värna om parets integritet höll sig informanterna avvaktande i bakgrunden. De vittnade också om att barnafödslar och föräldrarnas relationer inte alltid är okomplicerade. Om modern verkade var mycket rädd eller om den närstående inte gav stöd klev anestesijuksköterskorna fram och försökte fylla rollen av en stöttande medmänniska. Deras berättelser vittnar om en förmåga att kunna pendla mellan närhet och distans, som också beskrivs av Lindwall och von Post (2008). Dessa forskare lyfter fram att det kan vara ett sätt att skydda patientens värdighet och integritet. Det är få gånger i livet någon tillåts komma en okänd människa så nära som den perioperativa sjuksköterskan gör. De menar att hon ska sträva efter att patienten ska känna förtroende för henne och att hon vill patienten väl. Att värna om integritet handlar om att visa respekt för patientens personliga sfär. Denna studie får också stöd av forskning av Ying et al. (2001). Där beskrivs hur mödrarna upplever stöd av att personalen finns där, berättar och frågar, men att personalen också kan upplevas som påträngande. Dessa kvinnor uppskattar mer att maken är närvarande och ger

känslomässigt stöd. Därför framhålls betydelsen av pappans närvaro vid kejsarsnittet (a.a.).

Informanterna inger trygghet genom att vara närvarande, utstråla kompetens och att hela teamet bidrar i det arbetet. Närvaro beskrivs som att fokusera helt på patienten, vara engagerad och intresserad. Lindwall och von Post (2008) beskriver närvaro med att vara där i tanken. Patienten ska efteråt kunna säga – hon lyssnade på mig. Det finns en skillnad mellan att höra på, se lyssnande ut och verkligen vara lyssnande. En lyssnande sjuksköterska är beredd att dela och bli en del i patientens historia. Den perioperativa sjuksköterskan strävar efter att hon och patienten ska kunna dela nuet. Då krävs att hon är närvarande för patientens skull (a.a.). Kvinnor som föder med kejsarsnitt beskriver känslan av trygghet och säkerhet speciellt beroende av detta interagerande med andra. Andra aspekter av trygghet som nämns av kvinnorna är att kunna vara vakna vid barnets födelse och hur de uppfattar miljön i operationssalen (Ying et al, 2001).

Anestesisjuksköterskan är inte ensam på salen om att inge trygghet. Det är ett teamarbete där speciellt samarbetet med anesthesiologen hålls fram. Denna studie pekar på att samarbetet är välfungerande och positivt. Men Makary, Sexton, Freischlag, Holzmueller, Millman, Rowen och Pronovost (2006) visar att generellt på operationssalarna så är läkarna nöjda med samarbetet mellan läkare och sjuksköterskor. Sjuksköterskorna tycker däremot inte att samarbetet fungerar lika bra.

För att kunna skapa en relation som ger patienten stöd är anestesisjuksköterskorna emotionellt engagerade, de bjuder på sig själva; sin professionalism men också i högsta grad sin personlighet. De beskriver detta med generositet, yrkesstolthet och glädje, men poängterar också hur utmattande det är. Frågan är om barnmorskor finner det lika ansträngande. Anestesisjuksköterskor är inte lika förberedda på att ge stöd till den blivande modern som barnmorskorna, vars utbildning har fokus på barnafödande (Socialstyrelsen, 2006; Aniva, 2008). Förhållningssätt påverkas sannolikt av utbildningen. I denna studie framhöll informanterna att alla patienter är unika, men att många har förlossningsrädsla gemensamt. Rädslan gäller då även mycket annat i

vården. De ville kunna ge dessa patienter extra stöd, men också sätta gränser för hur långt det går att anpassa vården, samt kräva ett visst mått av realism hos patienten. Ett exempel var att det är ett krav att få sätta in en venkateter om ett kejsarsnitt ska kunna genomföras säkert. Anestesisjuksköterskorna försökte ändå anpassa sig till patienterna så långt det var möjligt. Lindwall och von Post (2008) beskriver ett sätt att ge stöd till den rädda patienten som ska opereras. Den perioperativa sjuksköterskan träffar då patienten dagen innan och genomför en så kallad preoperativ dialog för att få uppgifter om patientens behov. Det är något som genomförs på vissa sjukhus, men det är inte är vanligt. Det har visat sig vara ett bra sätt att skapa en vårdande relation (Rudolfsson, Ringsberg & von Post, 2003). Anestesisjuksköterskor som får chansen till detta känner sig mer ansvariga inför en patient som de då inte är helt anonyma inför. De känner ett större åtagande för helheten i patientens situation (a.a). Utgångspunkten för att kunna skapa en relation skulle kunna vara Lindwall och von Posts (2008) syn på patienten. Hon beskrivs som en medmänniska som är reflekterande och vill bli respekterad för den hon är, en person som skall mötas med människokärlek och värdighet. Det medicinska paradigmatets vetenskapssyn bör inte styra sjuksköterskans människobild. En patient får aldrig ses som bara en diagnos.

### **Produktionskravens påverkan på etik**

Anestesisjuksköterskorna beskriver de förhållanden som gäller när de arbetar vid flera planerade kejsarsnitten per dag med uttryck som fabrik och löpande band.

Anestesisjuksköterskorna vet att de ska hålla vissa tider och det upplevs ibland som stressigt. De kan inte ens stanna upp en längre stund om de vårdar en rädd patient. Alla anestesisjuksköterskorna var medvetna om produktionskravet och verkade acceptera det som ett faktum. Forskning visar (Clerici Radzvin, 2011) att när anestesisjuksköterskor står inför sådana etiska dilemman, vet de egentligen vilken respons som vore etiskt riktig, men de kan inte utföra den på grund av omständigheterna. En anledning, i den studiens amerikanska kontext, är att de är rädda att förlora sina arbeten om de ifrågasätter organisationen och därmed ledningen. Istället för att försöka förändra kan anestesisjuksköterskorna börja känna ilska, skuld och sorg. Lindwall och von Post (2008) pekar på faran av att produktivitetstänkande genomsyrar operationsmiljön. De menar att tonen i kulturen riskerar att få sjuksköterskan att känna sig dålig, utlämnad och ensam med ansvaret när hon inte hinner skaffa tillräcklig information och förståelse för patienten. De pekar också på att produktionskraven inte

alltid är förenliga med vårdarnas etiska värdegrund (a.a.). Att den höga arbetstakten påverkar patienterna visar Redshaw & Hockleys (2010) studie, där nyblivna mödrar berättar att de upplever att de bara är en i raden. Forskarna valde att kalla ett av studiens teman för ”Just another mother”. Kvinnorna i den studien är dock nöjda med bemötande av barnmorskor och annan personal på operationsavdelningen i samband med kejsarsnittet. Det är i den direkt anslutande vården de känner pekar på att vårdarna varken var hjälpsamma eller omtänksamma, utan snarare ointresserade och nonchalanta.

### **Slutsats**

Anestesisjuksköterskorna ger stöd genom att främja delaktighet, värna integritet, inge trygghet och genom att skapa relationer. Målet är att patienten ska vara lugn och kunna uppleva sitt barns födelse i trygghet. Arbetsmiljön med tidspress och flera kejsarsnitt per dag påverkar anestesisjuksköterskornas möjligheter att ge stöd.

### **Klinisk betydelse**

Anestesisjuksköterskans roll vid planerade kejsarsnitt är bristfälligt studerad. Denna studie avser att öka kunskapen om anestesisjuksköterskans stöd vid denna form av barnafödande. Detta är en pilotstudie som det kan vara värdefullt att reflektera kring som kliniskt verksam anestesisjuksköterska.

### **Förslag på vidare forskning/utveckling**

Denna pilotstudie skulle kunna utgöra grunden till en större undersökning inom samma område. Där skulle fler intervjuer kunna genomföras och även observationsstudier. Det anestesisjuksköterskorna beskriver att de ger som stöd kan skilja sig från vad en observatör ser.

Författarna tycker att det vore intressant att vidare studera hur produktionskravet påverkar anestesisjuksköterskorna och vårdkvaliteten, samt hur medvetna patienterna är om att de är ”en i raden”.



## REFERENSER

Allen, J., Meincke, K., Ramirez, M., Watts, R. & Marienau, M. S. (2003). A teaching tool in spinal anesthesia. *American Association of Nurse Anesthetists Journal (AANA)*, February 2003, Vol. 71, No 1, p.29-36. Hämtad från databasen CINAHL with full text.

Aniva, Riksföreningen för anestesi och intensivvård och Svensk sjuksköterskeförening (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård.*

Hämtad 28 oktober 2011 från Aniva,

[http://aniva.se/index.php?option=com\\_content&view=article&id=113&Itemid=200044](http://aniva.se/index.php?option=com_content&view=article&id=113&Itemid=200044).

Anwari, D. & Anwari, M. (2010). Etiquette during spinal anaesthesia for caesarean section: the mother's expectations. *Internet Journal of Anesthesiology*, 22 (2) 15 p.

Hämtad från databasen EbscoHost.

Bryanton, J., Gagon, A.J., Johnston, C. & Hatem, M. (2008). Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *Journal of Obstetric, gynecologic & Neonatal Nursing*, 2008 Jan-Feb, 37 (1): 24-34. Hämtad från databasen EbscoHost.

Clerici Radzvin, L. (2011). Moral distress in certified registered nurse anesthetists: implications for nursing practice. *American Association of Nurse Anesthetists (AANA) Journal*. February 2011, vol 79, no. 1, p. 39-45. Hämtad från databasen EbscoHost.

Dahlberg, K. (1997) *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund. Studentlitteratur.

Dale, S. & Hons, B.A. (1988). The role of the Anaesthetic Nurse in Obstetric Anaesthesia. *British Journal of Theatre Nursing (NATNESS)*, 1988 Mar; 25 (3): 10-2.

Hämtad från databasen EbscoHost.

Eriksson, K. (2003). Ethos. I K. Eriksson & U. Å. Lindström (Red.), *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap*. Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi, Vasa.

Fenwick, J., Gamble, J, Creedy, D.K. & Bayes, S. (2010). Why do women request caesarean section in a normal, healthy pregnancy? *Midwifery*, 2010 Aug; 26 (4): 394-400. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03991.x

Fenwick, S., Holloway, I, & Alexander, J. (2009) [Achieving normality: the key to status passage to motherhood after a caesarean section.](#) *Midwifery*, 10; 25 (5): 554-63. Doi:10.1016/j.midw.2007.10.002.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education today* (2004) 24, 105-112. Hämtad från databasen Cinahl with full text.

Hawkins, J.L., Koonin, L.M., Palmer, S.K. & Gibbs, C.P. (1997). Anesthesia-related deaths during obstetric delivery in the United States, 1979-1990. *Anesthesiology* 1997;86(2):277-84. Hämtad från databasen Medline.

Hodnett, E.D., Lowe, N. K., Hannah, M.E., Willan, A. R., Stevens, B. & Weston, J. A. (2002). Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals. A randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288 (11) p. 1373-81. Hämtad från databasen Cinahl with full text.

Hodnett, E.D., Gates, S., Hifmeyr, G.J., Sakala, C. & Weston, J. (2011). Continuous support for women during childbirth (review). *The Cochrane Library* 2011, issue 2. Doi:10.1002/14651858.CD003766.pub3.

HSFR, Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet. (1999). *Etikregler för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Antagna av Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet i mars 1990. Hämtad 7 december, 2011, <http://www.stingerfonden.org/documents/hsetikregler.pdf>

Karlström, A., Engström-Olofsson, R., Nystedt, A., Sjöling, M. & Hildingsson, I. (2010) Women´s postoperative experiences before and after the introduction of spinal opioids in anaesthesia for caesarean section. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1326-1334. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03213.x

Keogh, E., Hughes, S., Ellery, D., Daniel, C. & Holdcroft, A. (2005). Psychosocial influences on women's experience of planned elective cesarean section. *Psychosomatic Medicine* 68:167-175. Doi: 10.1097/01.psy0000197742.50988.9e.

Kringeland, T., Daltveit, A.K & Moller (2009). What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section? *Scandinavian Journal of Public Health* 2009 Jun; 37(4): 364-71. Doi: 10.1177/1403494809105027

Lavender, T., Hofmeyr, G.J, Neilson, J.P., Kingdon, C & Gyte G.M (2006). Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(3):CD004660. Doi: 101002/14651858.CD004660.pub2.

Lertakyamanee, J., Chinachot, T., Tritrakarn, T., Muangkasem, Somboonnanonda, A. & Kolatat, T. (1999). Comparison of general and regional anesthesia for cesarean section: success rate, blood loss and satisfaction from a randomized trial. *Journal of the Medical Association of Thailand* 1999; 82(7): 672-80. Hämtad från databasen Medline.

Lindwall, L. & von Post, I. (2008). *Perioperativ vård – att förena teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B. & Graneheim, U.H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. S. 159-172. Lund: Studentlitteratur.

Makary, M. A., Sexton, J. B., Freischlag, J. A., Holzmueller, C., G., Millman, E. A., Rowen, L. & Pronovost, P., J. (2006) Operating room teamwork among physicians and nurses: Teamwork in the eyes of the beholder. *Journal of America College of Surgeons* 2006;202:746-752. Doi:10.1016/j.jamcollsurg.2006.01.017.

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Ng, L.W., Parsons, J., Cyna, A.M. & Middleton, P. (2010). Spinal versus epidural anaesthesia for caesarean section (review). *The Cochrane Library 2010, Issue 11*. Hämtad från databasen Cinahl with full text.

Polit, E. F. & Beck, C. T. Beck (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Porter, M., van Teijlingen, E., Ying Yip, L. C. & Bhattacharya, S. (2007). Satisfaction with cesarean section: qualitative analysis of open-ended questions in a large postal survey. *Birth 34:2* June p 148-154. Hämtad från Cinahl with full text.

Redshaw, M. & Hockley, C. (2010). Institutional processes and individual responses: women's experiences of care in relation to cesarean birth. *Birth 37:2* June 2010 p: 150-159. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2010.00395.x

Rudolfsson, G., Ringsberg, K. C. & von Post, I. (2003). A source of strength – nurses perspectives of the perioperative dialogue. *Journal of Nursing Management 11*, 250-257. Hämtad från Cinahl with full text.

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 28 oktober, 2011, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-120061051.pdf>

Socialstyrelsen. (2009). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn – medicinska födelseregistret 1973-2009 – assisterad befruktning 1991-2008*. Hämtad 10 november, 2011, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-3-19>.

Stukát, S. (2005). *Att skriva examensarbete inom utbildningsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Torst, T. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vladic Stjernholm, Y. (2007). *Fler kejsarsnitt utan medicinsk grund-trots riskerna*.  
Läkartidningen 2007; 12 (104), 942-945.

Von Post, Iréne. (1999). *Professionell naturlig vård ur anesthesi- och operationssjuksköterskors perspektiv*. Doktorsavhandling, Samhälls- och vårdvetenskapliga fakulteten, Åbo akademi, Vasa.

Waldenstom, U., Hildingsson, I. & Ryding, E. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2006 Jun; 113 (6): 638-46. Hämtad från Cinahl with full text.

Ying, L. C., Levy, V., Shan, C. O., Hung, T.W. & Wah, W. K. (2001). A qualitative study of the perceptions of Hong Kong Chinese women during caesarean section under regional anaesthesia. *Midwifery* 17, 115-122. Doi: 10.154/midw.2000.0249.

# BILAGOR

## Bilaga 1

### Förfrågan angående genomförande av studie.

Vi, Anu Taina och Leni Weilenmann, studerar på specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot operation/anestesi/intensivvård.

I utbildningen ingår ett examensarbete inom huvudämnet i form av en uppsats om 15 högskolepoäng. Vi avser att genomföra en studie inom ramen för examensarbetet. Preliminärt namn på studien är: ”Anestesisjuksköterskans stöd vid planerat kejsarsnitt i spinalanestesi”.

Studiens övergripande forskningsfråga är: Hur ger anestesisjuksköterskorna det stöd kvinnor behöver vid barnafödande, under ett planerat kejsarsnitt?

Datainsamlingen kommer att ske med hjälp av: djupintervjuer av 2-3 anestesisjuksköterskor med varierande erfarenhet (lika många kommer att intervjuas på ett annat sjukhus). Intervjuerna beräknas ta ca 1 timme per person. Vi ber här också om tillstånd att få göra intervjuerna på intervjupersonernas arbetstid. (Vg se bifogad projektplan.)

Tidsplan: Datainsamlingen planeras ske vecka 2 år 2012.

Vi förbinder oss att skriftligt och muntligt informera chefssjuksköterskor i berörda verksamheter. Vidare förbinder vi oss att handskas konfidentiellt med insamlad data. Från samtliga kontaktade personal inhämtas informerat samtycke inför deltagande i undersökningen (Vg se bifogad deltagarinformation/förfrågan). Varken intervjupersoner eller sjukhus kommer att anges i examensarbetet. Resultaten i studien kommer att återrapporteras till berörda enheter.

Vi ansöker härmed om att få genomföra den ovan beskrivna undersökningen med utvalda anestesisjuksköterskor som tjänstgör på operationsavdelningen.

Anu Taina

Leni Weilenmann

## **Deltagarinformation**

Vi är studenter på specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot operation/anestesi/intensivvård. I utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete inom huvudämnet i form av en uppsats om 15 högskolepoäng.

Vi avser att genomföra en undersökning inom ramen för examensarbetet. Preliminärt namn på studien är: ”Anestesisjuksköterskans stöd vid planerat kejsarsnitt i spinalanestesi”.

Området vi önskar studera är: Hur gör anestesisjuksköterskor för att ge det stöd kvinnor som föder barn behöver när barnafödandet sker med planerat kejsarsnitt.

Vi vill därför tillfråga dig om att delta i en intervjuundersökning angående:

Intervjun tar ca en timme att genomföra. Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt och varken du eller sjukhuset kommer att namnges i studien. Din chefsjuksköterska har valt dig till en lämplig intervjuperson. Hon känner således till ditt deltagande. Om du önskar kan intervjun ske på annan plats än arbetet för att öka möjligheten till konfidentialitet. Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst och utan förklaring avbryta ditt deltagande.

Resultaten i denna undersökning kommer att ge ökad kunskap som kan bidra till ett förbättrat patientomhändertagande.

Om du önskar ytterligare information angående denna undersökning kan du vända dig till oss (se nedan).

Leni Weilenmann

Anu Taina

### **Exempel på frågor till anestesijuksköterskorna**

Hur upplever du din roll som anestesijuksköterska i samband med planerat kejsarsnitt i spinalanestesi?

Hur kan du främja kvinnans välbefinnande psykiskt och fysiskt under kejsarsnittet?

Vad innebär stöd (till den födande kvinnan och hennes man) vid ett kejsarsnitt?

Tar du hänsyn till något särskilt gällande stöd vid ett kejsarsnitt?

Vad gör du om kvinnan är rädd?

Följande följdfrågor kan användas som fortsättning under alla huvudfrågor:

Kan du berätta mer?

Hur menar du då?

Är det något speciellt du tänker på då?

Vad kan det vara?

Varför är det viktigt?

Kan du berätta om något exempel?

Vad brukar fungera?

Hur känner du då?

Ser du något som hindrar dig?

Hur gör du?



