



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	14-04-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	28-04-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
Flowkode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	474
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	Smertelindring etter keisarsnitt: - Korleis sjukepleiarar kan sørge for optimal smertelindring av barselkvinner
Antall ord *:	8958

Egenerklæring *: Ja Nei
Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
uitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



**Høgskulen
på Vestlandet**

Smertelindring etter keisarsnitt

- Korleis sjukepleiarar kan sørge for optimal smertelindring av barselkvinner

Bacheloroppgåve i sjukepleie

Høgskulen på Vestlandet, Stord, kull 2019

Innleveringsdato: 28.04.22

Tal sider: 47

Tal ord: 8958

(Eksklusiv samandrag, innhaldsliste, referanseliste, tabellar, vedlegg og figurar)

Til kvinner er vi født

Til kvinner er vi født. Det lå engang
forbannelse og angst i disse ord:
Med smerte skal du føde dine barn
og evig tjene mannen her på jord.

...

Vi vil at livets gode ting skal skje,
at styrken skal gi svakheten sin hånd,
at menneske skal hjelpe menneske.
Vi vet at livet selv vil ha det sånn.

Til kvinner er vi født. Vi lever nær
alt levende. Vi bærer barna frem
mot morgendagen, og vi vil at der
skal tryggheten og gleden møte dem.

Inger Hagerup

Frå diktsamlinga «Mitt skip seiler» (1951).

Samandrag

Tittel: *Smertelindring etter keisarsnitt – korleis sjukepleiarar kan sørge for optimal smertelindring av barselkvinner.*

Bakgrunn: Det har kome fram at det er store skilnader i smertelindringa av barselkvinner etter keisarsnitt. Smerte er det vanlegaste problemet som vert rapportert om i barselperioden. Tidlegare studiar hevdar at utilstrekkeleg smertelindring kan påverke barselkvinna sine evner til å ta hand om barnet, noko som kan ha uheldig påverknad på interaksjonen mellom mor og barn.

Hensikt: Finne ut korleis sjukepleiarar kan sørge for optimal smertelindring av barselkvinner etter keisarsnitt, samt å undersøke korleis smertelindring påverkar tidleg tilknytning mellom mor og barn.

Metode: Forenkla litteraturstudie med utgangspunkt i seks forskingsartiklar. Studien byggjer på forskning, pensum og sjukepleiefagleg litteratur.

Resultat: Ein fann utilstrekkeleg smertelindring ved bruk av både pasientkontrollert – og sjukepleiarkontrollert smertelindring. Uklåre retningslinjer knytt til bruk av opioidar kan ha ført til utilstrekkeleg smertelindring. Det vert vist til manglande kunnskap om smertelindring og postoperativ oppfølging av barselkvinner. Nærvær av helsepersonell, informasjon og brukarmedverknad var viktig i smertebehandlninga. Det var forskjell i smerteopplevinga til kvinner med akutte og elektive keisarsnitt. Sterke smerter påverka omsorga for barnet. God smertelindring førte til betre tilknytning til barnet.

Konklusjon: Gode rutinar, kartlegging og oppfølging av postoperative smerter er avgjerande for optimal smertelindring etter keisarsnitt. Sjukepleiarar bør ha ei psykososial og individuell tilnærming til pasientane, med fokus på brukarmedverknad. Studien identifiserer eit gap mellom retningslinjene for bruk av opioidar, føringar for postoperativ smertelindring og det faktiske behovet for opioidar etter keisarsnitt. Funna indikerer eit auka behov for opioidar etter keisarsnitt. Utilstrekkeleg smertelindring har negativ påverknad på tidleg tilknytning mellom mor og barn. Optimal smertelindring av barselkvinner etter keisarsnitt bør difor ha høg prioritet blant helsepersonell for å unngå negative følgjer for mor og barn i framtida.

Nøkkelord: *Barselomsorg, smertelindring, keisarsnitt, tilknytning*

Summary

Title: *Post-caesarean pain management: How nurses may ensure optimal pain relief for maternity women in hospital*

Background: Research has shown that there are major differences in postoperative pain management for postpartum women following caesarean section. Pain is the most common problem reported in the postpartum period. Previous studies claim that insufficient pain relief may affect maternity women's capacities to provide care for the child, which may have unfortunate effects on mother-child relations.

Purpose: Examining how nurses may provide optimal pain relief for women post-caesarean, and investigate how pain relief affects early attachment between mother and child.

Method: Simplified literary overview based in six research papers. The study is built on research, curriculum, and nursing literature.

Results: Insufficient pain relief was documented by both patient-controlled and nurse-controlled analgesia. Unclear formal guidelines for use of opioids may have led to insufficient pain management. Lacking knowledge of pain management and post-operative care has been shown. Health personnel presence, information and patient empowerment were important factors in pain management. Differences were seen in reported pain between acute and elective caesarean sections. Child care was affected by pain levels. Sufficient pain management resulted in better mother-child attachment.

Conclusion: Proper routines, registration and follow-up of postoperative pain are necessary for optimal pain management. Nurses should provide a psychosocial and individual approach to the patient, focusing on patient empowerment. This study identifies a gap between guidelines for opioid use, guidelines for postoperative pain management and the actual need for opioid post-caesarean. Insufficient pain relief negatively affects early mother-child attachment. Optimal pain management of the mother following caesarian sections should be highly prioritised among health professionals to avoid unfortunate outcomes for mother and child in later development.

Keywords: *Postnatal care, caesarean section, postoperative pain, mother-infant relations*

Innhald

1.0. Innleiing.....	1
1.1. Bakgrunn for valt tema	1
1.2. Hensikt og mål med oppgåva	2
1.3. Problemstilling.....	2
1.4. Definisjon av sentrale omgrep i problemstillinga.....	2
1.5. Presisering og avgrensing i oppgåva	3
2.0. Teori.....	3
2.1. Orem sin eigenomsorgsteori.....	3
2.2. Smerte.....	5
2.2.1. Postoperative smerter.....	5
2.2.2. Sjukepleiaren si rolle ved postoperativ smertelindring.....	5
2.3. Tidleg tilknytning mellom mor og barn	7
3.0. Metode.....	8
3.1. Litteratursøk.....	8
3.2. Søkestrategi	9
3.3. Søketablellar	11
3.4. Kjeldekritikk og kritisk gransking	15
3.5. Forskingsetikk	16
4.0. Resultat.....	17
4.1. <i>Perceptions of postnatal care after emergency caesarean sections</i>	17
4.2. <i>Postoperative Pain After Cesarean Birth Affects Breastfeeding and Infant Care</i>	18
4.3. <i>Nurse practitioner led pain management the day after caesarean section: A randomised controlled trial and follow-up study</i>	19
4.4. <i>Quality of pain treatment after caesarean section: Results of a multicentre cohort study</i> 20	
4.5. <i>Women’s postoperative experiences before and after the introduction of spinal opioids in anaesthesia for caesarean section</i>	21
4.6. <i>An enhanced recovery programme after caesarean delivery increases maternal satisfaction and improves maternal-neonatal bonding: A case control study</i>	22
5.0. Drøfting.....	24
5.1. Korleis kan sjukepleiarar sørge for optimal smertelindring av barselkvinner etter keisarsnitt?.....	24
5.2. Korleis påverkar smertelindring barselkvinner sine moglegheiter for tidleg tilknytning til barnet?.....	30
5.3. Konklusjon.....	31
6.0. Referansar.....	33
Vedlegg 1. Artikkelmatrise.....	38

Vedlegg 2: Døme på sjekkliste for kvalitativ studie	44
---	----

Figurer og tabellar:

Figur 1: Orem sine eigenomsorgskrav VS. eigenomsorgsevne.....	5
Figur 2: WHO si smertetrapp.....	7
Tabell 1: Søk i Cinahl	11
Tabell 2: Søk i Ovid Medline.....	12
Tabell 3: Søketablell.....	13

1.0. Innleiing

I 2020 blei om lag 16 % av alle fødselar i Noreg gjennomført ved keisarsnitt, noko som svarar til over 8600 fødselar (Helsedirektoratet, 2021). Keisarsnitt er bunden med auka sjanse for komplikasjonar, og oppfølging av mor si fysiske og psykiske helse er difor svært viktig (Helse Norge, 2019).

Det har den siste tida vore meir merksemd på føde- og barselomsorga i Noreg. Ei rekkje artiklar har blitt publisert, kor spesielt barselomsorga vert kritisert for å vera for dårleg. Mellom anna har det vore sett fokus på oppfølging av kvinner etter keisarsnitt og dei store skilnadane innan smertelindring av barselkvinner. Postoperativ smerte etter keisarsnitt er det vanlegaste problemet som blir rapportert postpartum (Chin et al., 2014). Bjørnstad & Ræder (2020) skriv at postoperativ smerte etter keisarsnitt kan vere både underrapportert og mangelfullt handtert. Både helsepersonellet og pasientane sin frykt for biverknader kan føre til mangelfull medikamentell behandling (Hestenes et al., 2008). Vidare hevdar Gadsden et al. (2005) at postoperativ smerte kan påverke mor sine evner til å amme og ta seg av det nyfødde barnet, og at dette kan ha uheldig påverknad på interaksjonen mellom mor og barn. Trygg og effektiv smertelindring er difor naudsynt.

1.1. Bakgrunn for valt tema

Helsedirektoratet kom i 2014 med nye nasjonale retningslinjer for føde- og barselomsorga i Noreg. Retningslinjene skal vere med på å auke kvaliteten på barselomsorga og bidra til at den er fagleg forsvarleg. Smertelindring etter keisarsnitt vert ikkje nemnd i Føde- og barselrettleiaren (Helsedirektoratet, 2014), men likevel vert postoperativ smertelindring anbefala av Helsedirektoratet (2021).

I dei yrkesetiske retningslinjene går det fram at sjukepleiaren skal ta vare på den einskilde pasienten sitt behov for heilskapleg omsorg, samt yte omsorgsfull hjelp og lindre lidning (Norsk sykepleierforbund, 2019). Retningslinjene viser kva plikter ein som sjukepleiar har overfor pasienten, noko som inkluderer ansvaret med å lindre smerte. Eg at dette er eit samfunnsaktuelt tema å undersøke, då det kjem fram i studiar at barselkvinner i stor grad kjenner seg dårleg ivaretatt med tanke på smertelindring. Utilstrekkeleg smertelindring av barselkvinner kan gje store konsekvensar for både kvinner og barn i lang tid utover

barselperioden (Chin et al., 2014). Sjukepleiarane er dei som brukar mest tid inne hos pasienten, og som sjukepleiar har ein difor ein unik moglegheit til å vurdere og behandle postoperative smerter. Eg ynskjer at denne bacheloroppgåva skal bidra til å få kvinnehelse på agendaen, og at den vil bidra til meir kompetanse blant sjukepleiarar som jobbar postoperativt med barselkvinner.

1.2. Hensikt og mål med oppgåva

Hensikt og mål med oppgåva er å finne ut korleis sjukepleiarar kan sørge for optimal smertelindring av barselkvinner etter keisarsnitt, og korleis smertelindringa kan påverke kvinner sine moglegheiter for tidleg tilknytning til barnet.

1.3. Problemstilling

Korleis kan sjukepleiarar sørge for optimal smertelindring av barselkvinner etter keisarsnitt, og korleis påverkar smertelindring barselkvinner sine moglegheiter for tidleg tilknytning til barnet?

1.4. Definisjon av sentrale omgrep i problemstillinga

Keisarsnitt: *Eit kirurgisk inngrep for å hente ut barn frå livmora* (Helsedirektoratet, 2021).

Barselkvinne: *Omgrep som vert brukt om kvinna etter ho har fødd til om lag seks veker etterpå* (Store medisinske leksikon, 2022).

Tilknytning: *Prosessen som beskriv evna ein har til å danne emosjonelle band og sosiale relasjonar til andre* (Brandtzæg et al., 2020).

1.5. Presisering og avgrensing i oppgåva

Oppgåva omhandlar smertelindring av barselkvinner som oppheld seg på barselavdeling på sjukehus. Smertelindring utover barseloppshaldet vert ikkje omtala, heller ikkje alternativ behandling. Både akutte og elektive keisarsnitt inngår under omgrepet keisarsnitt der ikkje anna er spesifisert. Resultatet bygger på studiar som omhandlar friske kvinner som har fødd friske barn, der barna ikkje har hatt behov for nyføddintensiv. Tema ammeproblematikk og smerte er nemnt, men er ikkje eit fokus. Vidare er det fleire tema som kunne vore knytt opp til smertelindring av barselkvinna, som mellom anna depresjon og psykisk helse. Desse tema vert ikkje omtala då oppgåva sine rammer ikkje gir rom for dette.

2.0. Teori

I dette kapittelet vert det presentert relevant teori som kan vere med å setje lys på problemstillinga. Valet av teori inkluderer sjukepleieteoretisk ankring, kor eigenomsorgsteorien står sentralt. Vidare finn ein forklaring av omgrepet smerte, postoperativ smerte og smertelindring, samt sjukepleiaren si rolle i smertelindringa. Sist i kapittelet vert det presentert teori om tidleg tilknytning mellom mor og barn.

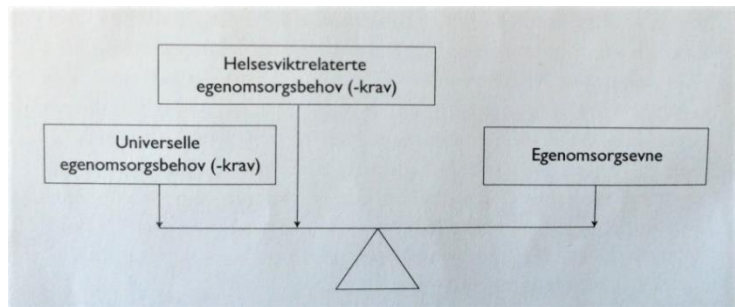
2.1. Orem sin eigenomsorgsteori

Sjukepleieteoretikaren Dorothea Orem står bak eigenomsorgsteorien, som i stor grad er påverka av behovsteorien (Kristoffersen & Nortvedt, 2017, s. 103). Sjukepleiarmodellen hennar blei for fyrste gong beskrive i boka *Nursing: Concepts of practice* frå 1971, men har sidan blitt gjeve ut fleire gongar i reviderte utgåver (Cavanagh, 1999, s. 11). Orem legg vekt på at pasienten sin eigenaktivitet er ein føresetnad for å oppretthalde eller vinne tilbake helse og velvære. Det er heilt avgjerande at omgjevnadane legg til rette for aktivitet og utvikling. Sjukepleiaren skal der det er mogleg rette handlingane sine både mot dei fysiske, emosjonelle, sosiale og åndelege behova til pasienten (Kristoffersen & Nortvedt, 2017, s. 103).

Nylenna & Braut (2022) definerer eigenomsorg som «den enkeltes egen håndtering av fysisk eller psykisk funksjonssvikt eller helseproblemer». Ifølgje Orem (1995) er det sentrale i omgrepet eigenomsorg at omsorga blir sett i gong friviljug og er intendert av individet sjølv.

Eigenomsorg vil såleis vere individet si evne og vilje til å utføre aktivitet som er naudsynt for å leve og overleve.

Orem ser på eigenomsorgsbehova som ulike *krav* som individet aktivt må møte. Behova er universelle og beskriv åtte aktivitetar som er naudsynte for eigenomsorg, uavhengig av helsetilstand, alder, utviklingsnivå eller omgivnadane til den einskilde (Cavanagh, 1999, s. 19). Det må vere ein balanse mellom *eigenomsorgskrava* og



Figur 1: Orem sine eigenomsorgskrav VS. eigenomsorgsevne. Eit individ som opplever endring i helsetilstand, men likevel er i stand til å møte universelle og helsesviktrelaterte eigenomsorgskrav. Henta frå boka «Orems sykepleiemodell i praksis» (Cavanagh, S. J., 1999, s. 26).

eigenomsorgsevna til individet (figur 1). Der individet ikkje klarar å møte desse krava, snakkar ein om *eigenomsorgssvikt*. Det kan då vere naudsynt å søkje hjelp for å oppfylle eigenomsorgsbehova. Til dømes kan dette vere hjelp frå sjukepleiar, men også familie og vener (Cavanagh, 1999, s. 26).

Orem (1995, s. 116-117) skriv at sambandet mellom eigenskapar ved helsetilstanden og pasienten sitt engasjement i eigenomsorg må vera etablert og kjend av sjukepleiaren. Helsa til individet kan bli positivt påverka av eigenomsorg, men helsetilstanden kan også negativt påverke individet sin kapasitet til å utøve eigenomsorg. Eigenomsorg krev utdanning av både helsepersonell og pasienten, samt at ein må ha tilgang på ressursar.

Ut frå kva behov pasienten har, utviklar sjukepleiaren eit individuelt tilpassa system. Dette kan enten vere heilt kompensierende, delvis kompensierende eller utviklande for pasienten (Orem, 1995, s. 206). Sjukepleiaren kan så utføre ulike funksjonar for å hjelpe pasienten. Desse vert beskrive i fem ulike kategoriar: 1) å handle eller å gjere noko for ein anna, 2) å rettleie ein anna, 3) å støtte ei anna, fysisk eller psykisk, 4) å legge til rete omgivnadane og sørge for helsefremjande omsorg, og 5) å undervise (Cavanagh, 1999, s. 33).

2.2. Smerte

Organisasjonen International Association for the Study of Pain (IASP) har definert smerte som ei ubehageleg sensorisk og emosjonell oppleving assosiert med, eller som liknar på det som er assosiert med, aktuell eller potensiell vevsskade (2011). Definisjonen legg til grunn at smerte vert oppfatta gjennom nervesignal. Likevel veit ein at slik er det ikkje alltid. Menneske kan ha ei oppleving av smerte sjølv om ein ikkje finn skade på vev (Stubhaug & Ljosa, 2021). Smerte er såleis samansett og vert påverka i ulik grad av både biokjemiske, psykologiske og sosiale faktorar (IASP, 2011). Dette vert også peika på av Nortvedt (2017), som skriv at smerte vert opplevd på ulik måte frå person til person. Smerte er på denne måten subjektivt og skal alltid bli tatt på alvor (Nortvedt, 2017, s.173).

2.2.1. Postoperative smerter

Postoperative smerter blir definert som akutt smerte laga av vevsskade assosiert med kirurgi (Holm & Kummeneje, 2009). Helsedirektoratet (2021) skriv at behandlingsmålet ved postoperative smerter er smertelindring, mobilisering og god søvn. Sjukepleiaren skal vurdere i kva grad pasienten treng smertelindring, kva type medikament som skal bli gitt og kva administrasjonsmåte som skal nyttast. Berntzen et al. (2010, s. 368) skriv at akutte smerter kan gi negative fysiologiske reaksjonar, auke risiko for komplikasjonar og gi lengre restitusjonstid. Dei peikar på at det difor er viktig å behandle dei akutte og sterke smertene effektivt.

2.2.2. Sjukepleiaren si rolle ved postoperativ smertelindring

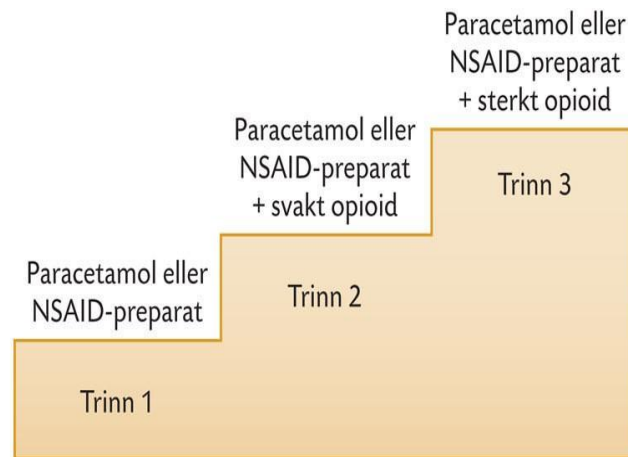
Det postoperative ansvaret til sjukepleiaren er mellom anna å vurdere og beskrive pasienten sine smerter, slik at pasienten kan få best mogleg smertelindring postoperativt. Dette inneber også at sjukepleiaren administrerer og vurderer effekten av analgetika (Holm & Kummeneje, 2009, s. 72). Ifølgje pasient- og brukarrettigheitslova (§ 3-1, 1999) har pasienten rett til å yte brukarmedverknad. Dette inneber at det skal bli lagt stor vekt på kva pasienten ønskjer og meiner om behandlinga, og at pasienten kan ta del i val av forsvarlege og tilgjengelege behandlingmetodar.

Det finst fleire hjelpemiddel for kartlegging og vurdering av postoperative smerter. Mellom anna er det vanleg å bruke *visuell analog skala* (VAS). Skalaen er 10 cm og ikkje-gradert, kor

pasienten vurderer smertene frå «ingen smerte» til «verst tenkelege smerte». Skalaen finst i ulike versjonar, til dømes som *numerisk skala* (Holm & Kummeneje, 2009, s. 73-74). Ein vurderer at pasienten er tilfredsstillande smertelindra om smerteskåren svarar til ≤ 3 på VAS-skala. (Bjørnstad & Ræder, 2020).

Postoperative smerter etter keisarsnitt vert beskrive som både nociseptive og nevroatiske. Denne type smerte er kompleks og vil ofte krevje ein kombinasjon av både ikkje-opioidar og opioidar for tilstrekkeleg smertelindring (Fahey, 2017, s. 130). Bruk av opioidar kan på sikt føre til avhengigheit, og det er difor ønskjeleg med restriktiv bruk (Helsedirektoratet, 2020). Legeforeningen (2020) foreslår at opioidar ikkje vert brukt samanhengande i meir enn 2-3 dagar på grunn av dette. Opioidar fører også med seg auka risiko for komplikasjonar noko som kan la seg vise gjennom at både helsepersonell og pasientar kan vere skeptiske til bruken av dei (Hestenes et al., 2008).

Både pasientkontrollert (PCA) og sjukepleiarstyrt smertebehandling er vanleg. Kva type analgetika ein får vert bestemt etter type inngrep og smerteintensitet (Holm & Kummeneje, 2009, s. 74). WHO si smertetrapp (figur 2) viser kva for medikament som bør veljast ut frå intensiteten til smertene (Berntzen et al., 2010).



Figur 2: WHO si smertetrapp.
Henta frå boka «Legemidler og bruken av dem»
(Nordeng & Spigset, 2018, s. 327).

Den pedagogiske funksjonen til sjukepleiaren vil også vera viktig i den postoperative fasen (Kristoffersen, 2017, s. 362). Kristoffersen (2017, s. 361) skriv at sjukepleiaren skal ha som overordna mål å styrke pasienten sine eigne ressursar, noko som inneber å auke kunnskap hos pasienten. For å få til dette må sjukepleiaren etablere ein god relasjon med pasienten, samt ha kunnskap om faktorar som påverkar læreprosessen. Kristoffersen (2017, s. 360) trekk også fram at helsepersonellet har informasjonsplikt, nedfelt i lov om helsepersonell (1999) og lov om pasient- og brukarrettigheter (1999).

Fahey (2017, s. 131-134) understrekar at helsepersonellet må ta omsyn til behovet for smertelindring opp mot behovet for mobilisering av barselkvinna. Dette for å unngå komplikasjonar som til dømes djup venetrombose, samt å kunne ta seg av det nyfødde barnet på ein trygg måte. Ho poengterer at effektiv postoperativ smertelindring vil kunne gi barselkvinna moglegheit til å ha fokus på oppgåvene som kjem med det å bli mor og å redusere risiko for kronisk smerte og depresjon.

2.3. Tidleg tilknytning mellom mor og barn

Føde- og barselrettleiaren til Helsedirektoratet (2014, s. 46) viser til at barselomsorga skal førebyggje problem og fremje positiv tilknytning mellom barnet og foreldra. Allereie den første timen etter fødsel søker den nyfødde kontakt.

Tilknytingsprosessen fører til eit psykologisk band mellom mor, far og barn. Kvinner som har auka risiko for komplikasjonar i samband med svangerskap og fødsel skal få meir tilrettelagt og individuell oppfølging (Helsedirektoratet, 2014, s. 46). Helsedirektoratet (2014, s. 30) skriv at den fysiske kontakten mellom mor og barn etter fødselen fremjar fysiologiske og psykologiske prosessar. Vidare peikar dei på at kroppskontakten er svært viktig for å fremje tilknytninga mellom mor og barn, samt for å etablere amminga. Ved keisarsnitt vert det anbefalt å leggje til rette for hudkontakt mellom mor og barn så langt det lar seg gjere, og at kvinna har mykje kroppskontakt med barnet den første tida. Erfaring viser at dette kan føre til mindre gråt hos spedbarnet, at barnet er rolegare og at mødrene er meir avslappa (Helsedirektoratet, 2014, s. 30).

Renolen (2015, s. 96) skriv at å knytte seg til andre menneske er viktig for den emosjonelle og sosiale utviklinga. Prosessen som beskriv evna barnet har til å danne emosjonelle band og sosiale relasjonar til andre vert kalla tilknytning. Tilknytning er ei medfødd evne til å søkje og halde seg i nærleiken av ein eller nokre få vaksne, og på den måten sikre eiga tryggleik og overleving (Brandtzæg et al., 2020).

Spedbarn har ulike formar for åtferd når det gjeld tilknytning. Barnet søker nærleik mellom anna gjennom augekontakt, pludring og gråt. Barnet er avhengig av at omsorgspersonane er sensitive for signala barnet gjer uttrykk for (Renolen, 2015, s. 97-98). Renolen (2015, s. 101)

trekk fram at spedbarn kan ha multiple tilknytingar. Det vil seie at spedbarnet har kompetanse til å ha nær tilknyting til fleire. Likevel er det vanleg at nokre personar er viktigare for barnet enn andre. Fleire faktorar er avgjerande for dette: 1) tida tilknytingspersonen brukar på å gje barnet omsorg, 2) kvaliteten på omsorga, 3) emosjonell investering i barnet, og 4) at omsorgspersonane er tilgjengelege over tid.

3.0. Metode

Metode er eit reiskap i møte med noko ein vil undersøke. Metoden kan hjelpe ein å samle inn data og informasjon som ein treng til undersøkinga. Denne bacheloroppgåva er ei forenkla litteraturstudie. Hensikta med kapittelet er å vise korleis eg har funne fram til fag- og forskingslitteratur som kan vere med på å svare på problemstillinga. Det vert presentert tabellar med søkehistorikk, og eg vil deretter forklara korleis eg har brukt kjeldekritikk i val av artiklane. Avslutningsvis kjem det eit avsnitt om forskningsetikk.

3.1. Litteratursøk

I ei litterær oppgåve hentar ein inn data frå eksisterande fagkunnskap og forskning (Dalland, 2020, s. 199). Etter at ein har søkt etter og funne relevant forskning, gjer ein ei kritisk vurdering og samanfating av den. Målet er at lesaren skal få ei god forståing av kunnskap om ei gitt problemstilling (Thidemann, 2019, 77-78).

I denne studien er det nytta både kvantitative og kvalitative studiar. Kvantitative studiar kan gje data i form av målbare einingar (Dalland, 2020, s. 54), noko som i denne oppgåva gjer at ein kan vise til konkrete tal. Til dømes kjem dette fram ved at deltakarane i nokre studiar har svara på spørjeskjema med faste svaralternativ. Dette gjer moglegheiter for å generalisere resultata og gjere dei representative for ei større gruppe. Kvalitative metodar har som hensikt å undersøkje meiningar og opplevingar som ikkje lar seg måla. Slike metodar gir moglegheiter for å forstå detaljar kring eit emne eller problem der ein frå før ikkje har kunnskap om haldningar eller meiningar i gruppa (Dalland, 2020, s. 54-55).

3.2. Søkestrategi

Det har blitt nytta fleire databasar for å samle inn relevant forskning. Innleiingsvis vart det gjort eit breiddesøk i databasen Google Scholar. Dette for å få eit innblikk i kva som fanst av litteratur om smertelindring i samband med keisarsnitt. Søkeorda *keisarsnitt*, *barselomsorg* og *smertelindring* vart nytta for å finne relevante norske studiar om temaet. Søket gav først 79 treff, men etter ei avgrensing på åra 2011-2021, satt eg igjen med 73 artiklar. Det første treffet var artikkelen til Mørk et al. (2019) som eg også valte å ha den med i oppgåva som artikkel 1. Studien peikar mellom anna på smertelindring, og korleis smerte kan påverke handteringa av det nyfødde barnet. Dette teamet fann eg svært interessant, og eg valte difor å ta problematikken med i vidare søk.

Vidare i søkjeprosessen vart det nytta strukturerte søk i CINAHL og Ovid Medline. Desse databasane er anerkjende og dekkjer sjukepleie- og helsefaglege tidsskrift. Relevante søkjeord vart først utarbeidd ved hjelp av PICO-skjema, men søkjeorda blei deretter tilpassa databasen sine MeSH-ord. Til dømes var «postpartum care» det originale søkjeordet eg brukte, men dette vart endra til «postnatal care» etter forslag frå databasen, noko som gav fleire treff. Ved hjelp av kombinasjonen «postnatal care» AND «caesarean section» AND «postoperative pain» fann eg fram til artikkel 2, Karlström et al. (2007). Dette søket gav 16 treff. For å ikkje utelukka litt eldre relevant forskning, vart ei avgrensing på åra 2000-2022 lagt inn, og eg sat då igjen med 14 artiklar. Eit nytt søk vart gjort i CINAHL med søkjeorda «postoperative pain» AND «caesarean section» AND «nursing». Denne kombinasjonen gav 34 treff. Eg valte å avgrense søket til å omhandle artiklar på engelsk, norsk, svensk eller dansk for å sikre forståing av materialet. I tillegg måtte artiklane ha abstrakt tilgjengeleg. Eg sat då igjen med 20 artiklar, som resulterte i funn av artikkel 3, Schoenwald et al. (2017). Gjennom referansane til denne artikkelen fann eg fram til ytterlegare to artiklar; - artikkel 4 og 5. Dette var Marcus et al. (2014) og Karlström et al. (2010).

Dei same søkjeorda som vart nytta i CINAHL vart forsøkt i databasen til Ovid Medline, for å sjå om eg kunne finne andre relevante artiklar her. Ingen av funna frå dette søket vart inkludert. Det vart gjort eit nytt søk i Ovid Medline, då eg sakna litt meir tyngde på område om mor og barn. Ved å kombinere Mesh-orda «mother-child relations» AND «caesarean section» fann eg 162 artiklar. Eg avgrensa søket til åra 2011- 2022 for å finne den nyaste forskinga, samt tekst på engelsk, norsk, svensk eller dansk. I tillegg ønska eg at artiklane

skulle omhandle nyfødde born fødd av vaksne mødrer. Avgrensing på dette blei difor også lagt inn i søket. Eg sat etter dette igjen med 16 artiklar og fann fram til artikkel 6, Laronchea et al. (2017).

I arbeidet med å finne dei valte artiklane, vart overskriftene til alle artiklane i søka først lese. Om artiklane verka relevant for problemstillinga mi vart abstrakta lese. Oppfylte artiklane inklusjonskriteria mine, vart dei leste i sin heilskap og tatt med vidare i vurderinga. Til dømes måtte artiklane omhandle mødrer på barselavdeling på sjukehus, barn fødd ved keisarsnitt (både akutte og elektive), friske kvinner som har fødd friske barn, vere sjukepleierelaterte, samt at artiklane måtte vere fagfelleverderte. Det var og eit ønskje om at artiklane skulle vere frå land som har eit helsesystem som kunne samanliknast med det me har i Noreg, eller at resultata på ein eller anna måte kunne vere relevant for sjukepleiepraksis her i landet.

Eksklusjonskriteria vart også nytta. Desse var mellom anna: medisinsk fokus, nyføddintensiv, smertelindring under operasjon, mindreårige mødrer, mødrer med minoritetsbakgrunn, depresjon eller psykisk lidning og ammeproblematikk. Eg har vurdert dei valte artiklane til å oppfylle alle desse krava.

3.3. Søketabellar

Tabell 1 og tabell 2 er døme på korleis eg har gått fram i litteratursøka. Dei viser søkehistorikk frå eit søk i CINAHL og eit frå Ovid Medline. Tabell 3 viser søkeord med kombinasjonar og avgrensing frå alle søka, samt oversikt over dei valte artiklane.

Tabell 1: Søk i CINAHL 03.03.22				
Nr.	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (tal)	Valt artikkel
1	postnatal care		6048	
2	cesarean section		20 324	
3	postoperative pain		19 757	
4	postnatal care AND cesarean section AND postoperative pain		16	
5	postnatal care AND cesarean section AND postoperative pain	2000-2022	14	« <i>Postoperative Pain After Cesarean Birth Affects Breastfeeding and Infant Care</i> » (Karlström et al., 2007).

Tabell 2: Søk i Ovid Medline 15.03.22				
Nr.	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (tal)	Valt artikkel
1	mother-child relations		21 491	
2	cesarean section		49 569	
3	mother-child relations AND cesarean section		162	
4	mother-child relations AND cesarean section	2011-2022, Nyfødde opp til 1 månad, vaksen over 19 år, dansk, norsk, svensk, engelsk	16	«An enhanced recovery programme after caesarean delivery increases maternal satisfaction and improves maternal-neonatal bonding: A case control study» (Laroucha et al., 2017).

Tabell 3: Søketablell

Nr	Dato for søk	Database	Søkeord med kombinasjonar	Tal treff	Avgrensing	Tal treff	Valt artikkel
1	18.10.21	Google Scholar	smertelindring AND keisersnitt AND barselomsorg	79	2011-2021	73	1. Mørk, N. M., Sommerseth, E., & Dahl, B. (2019). Perceptions of postnatal care after emergency caesarean sections. <i>Sykepleien Forskning</i> , 14 (76793) DOI: https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2019.76793
2	03.03.22	Cinahl	postnatal care AND caesarean section AND postoperative pain	16	Ingen	16	2. Karlstöm, A., Engström-Olofsson, R., Norbergh, K-G., Sjöling, M. & Hildingsson, I. (2007). Postoperative Pain After Cescarean Birth Affects Breastfeeding and Infant Care. <i>Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing</i> , 36 (5). https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1552-6909.2007.00160.x
3	03.03.22	Cinahl	postoperative pain AND caesarean section AND nursing	34	Abstrakt, engelsk, norsk, svensk, dansk	20	3. Schoenwald, A., Windsorb, C., Gosdenc, E. & Douglas, C. (2018). Nurse practitioner led pain management the day after caesarean section: A randomised controlled trial and follow-up study. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 78. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.009 4. Marcus, H., Gerbershagen, H. J., Peelen, L. M., Aduckathil, S., Kappen, T. H., Kalkman, C. J., Meissner, W. & Stamer, U. M. (2014). Quality of pain treatment after caesarean section: Results of a multicentre cohort study. <i>European</i>

							<p><i>Journal of Pain</i>, 19. https://doi.org/10.1002/ejp.619</p> <p>5. 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. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 19 (9-10). https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1365-2702.2010.03213.x</p>
4	15.03.22	Ovid Medline	mother-child relations AND caesarean section	162	2011-2022 Nyfødde opp til 1 måned, vaksen over 19 år, dansk, norsk, svensk, engelsk	16	<p>6. Laronchea, A., Popescub, L. & Benhamouc, D. (2017) An enhanced recovery programme after caesarean delivery increases maternal satisfaction and improves maternal-neonatal bonding: A case control study. <i>European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology</i>, 210. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.12.034</p>

3.4. Kjeldekritikk og kritisk gransking

Kjeldekritikk handlar både om å vurdere og karakterisere litteraturen ein har funne. Ein skal så godt ein kan vurdere i kva grad litteraturen kan vere med å beskrive og belyse problemstillinga i oppgåva (Dalland, 2020, s. 152). Det er viktig å gje lesaren ei forståing for kva type kjelder ein har brukt, relevans, kor pålitelege dei er, samt vise kva kriteria ein har tatt i bruk i vurderinga av litteraturen (Dalland, 2020, s. 153). Det har i denne oppgåva vore nytta sjekklister for kritisk vurdering, spesielt utvikla for kvar einskild metode (Helsebiblioteket, 2016). Alle dei valte artiklane er fagfellevurderte, og dei har vore gjennom ei grundig vurdering ved hjelp av desse listene.

Eit døme på dette er vurderinga som er gjort av artikkelen til Mørk et al. (2019). Artikkelen omhandlar kvinner som har fødd ved akutte keisarsnitt. Sjølv om eg i denne oppgåva skriv om kvinner som har fødd ved *både* akutte og elektive keisarsnitt, ser eg på artikkelen som relevant for oppgåva. At studia er utført på eit norsk sjukehus, er å rekna for ei styrkje og gir også studien meir relevans. Det at det berre er kvinner med høgare utdanning med i utvalet kan vere ei svakheit ved studien, då dette ekskluderer kvinner med lågare sosial status. Dette kan ha påverka resultatet i studien. Artikkelen er likevel tatt med då den er med på å belyse viktige moment i problemstillinga og oppfyller inklusjonskrava.

Artikkelen til Laronchea et al. (2017) og artikkelen til Marcus et al. (2014) er publiserte i tidsskrift som ikkje direkte er retta mot sjukepleie. Artiklane omhandlar likevel klinisk sjukepleiepraksis og oppfyller inklusjonskrava. Dei er relevante ved å belyse korleis smerte kan verke inn på tilknytninga mellom mor og barn, og dei er difor tatt med i oppgåva.

Karlström et al. (2010) sin artikkel har eit delvis medisinsk fokus. Artikkelen er likevel å rekne som svært relevant, då resultatata frå studien kan ha stor betydning for klinisk sjukepleiepraksis og er med på å svare på problemstillinga.

Det har vore åtte veker til rådighet i arbeidet med denne oppgåva. Dette er ein avgrensa periode, noko som kan ha påverka arbeidet. Eg har også måtta byte rettleiar midt i perioden. Dette er begge faktorar som kan ha vore med å påverke utfallet i oppgåva. Oppgåva er ei forenkla litteraturstudie med relativt få studiar inkludert. På ei anna side har eg frå starten vore medviten på kva eg ønskjer å forske på, noko som har resultert i grundige søk. Det er ei

styrkje i oppgåva at litteratursøka har vore spissa. Då det i mindre grad vert forska på kvinnehelse (Rødland, 2018), kan dette ha ført til at eg har funne færre artiklar om emne. Dette er ei av årsakene til at det vert nytta forskning som er eldre enn ti år.

Det er også nytta anna litteratur utanom artiklane som er valt ut. Dette er til dømes pensumlitteratur og litteratur funne gjennom Oria, biblioteket sin søkekanal. Pensumlitteratur er å rekne som ei styrkje, då den er vurdert av høgskulen til å vere påliteleg. Det er elles nytta litteratur frå fagfelleverderte tidsskrift, noko som gir dei større fagleg tyngde og vert å rekne som pålitelege (Dalland, 2020, s. 159). Vidare er nettsider som Lovdata og Norsk sykepleierforbund nytta for å finne relevante juridiske og etiske retningslinjer som styrer sjukepleiarutøvinga. Nasjonale retningslinjer publisert av Helsedirektoratet vert også nytta, då desse ligg til grunn for føringane i helsetenestene.

3.5. Forskingsetikk

Forskingsetikk har til hensikt å sørge for etisk god og ansvarleg forskning (De nasjonale forskningsetiske komitèene, 2018). Helsinkideklarasjonen er eit døme på etiske retningslinjer som vert brukt i store delar av verda. Godkjenning frå REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk) må førekome før ein kan starte prosjekt som involverer menneske eller helseopplysningar. Norsk senter for forskingsdata (NSD) sørger for at data om menneske og samfunn vert lagra, og at det kan bli delt trygt og lovleg (Dalland, 2020, s. 168).

Artiklane som vert nytta i denne bacheloroppgåva er forskning som allereie har vore vurdert opp mot forskningsetiske retningslinjer. Denne oppgåva held seg difor under god vitenskapleg praksis.

4.0. Resultat

I dette kapittelet kjem det eit samandrag frå kvar av dei utvalde artiklane, med fokus på relevante funn som har betydning for å svare på problemstillinga i oppgåva.

4.1. *Perceptions of postnatal care after emergency caesarean sections*

Artikkelen er skriven av Mørk et al. i 2019 og er utgjeven i tidsskriftet *Sykepleien Forskning*.

Bakgrunn for studien er at kvinner i Noreg og andre europeiske land er mindre nøgde med barselomsorga enn med svangerskaps- og fødselsomsorga.

Hensikta var å undersøke kva erfaring kvinner hadde med å bli ivaretatt på barselavdelinga med tanke på den fysiske helsa etter keisarsnittet.

Metode: Det er brukt kvalitativ metode, der ti kvinner som fødde ved akutt keisarsnitt er intervjuet.

Resultat: Studien viser til fire tema; erfaring med å vere nyoperert mor, opplevinga av kontinuitet og nærvær av helsepersonell, betydninga av kunnskap og god informasjon, samt partner sitt nærvær. Kvinnene opplevde ulik grad av smerte. Nokre trossa smertene for å ta seg av barnet, andre merka ikkje smertene før dei var overveldane. Andre kjende seg hjelpelaus og klarte ikkje å ta seg av barnet. Fleire av kvinnene kjende på at dei blei «gløymd». Kvinnene fortalde om mangelfull oppfølging, der dei låg fleire timar utan tilsyn og hjelp. Nokre opplevde det vanskeleg å be om hjelp og skulle ønske at helsepersonellet sjølv tok initiativ til dette. Tydeleg informasjon om kva som skulle skje gav tryggleik og gjorde det lettare å vera fysisk aktiv. Kvinnene som måtte ta hand om smertelindringa åleine fortalde om ei utrygge knytt til legemiddelhandteringa. At partner fekk bu på barselavdelinga opplevde dei som ein tryggleik.

Konklusjon: Kvinner som hadde fødd ved akutt keisarsnitt erfarte at den fysiske helsa kunne bli dårleg ivaretatt på barselavdelinga.

Etikk: Prosjektet er gjennomført etter Helsinkideklarasjonen. Studien er godkjent av Regionale komitear for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk (REK) og Norsk senter for forskingsdata (NSD).

4.2. *Postoperative Pain After Cesarean Birth Affects Breastfeeding and Infant Care*

Artikkelen er skrevet av Karlström et al. i 2007 og er utgjeven i tidsskriftet *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*.

Bakgrunn for prosjektet var at det var få studiar som har beskrive førekomsten av smerte i barselperioden, samt at få studiar har samanlikna sjukepleiaren og pasienten sin vurdering av smerte.

Hensikta med studien var å undersøke kva erfaring kvinner har med postoperativ smerte og smertelindring etter keisarsnitt, samt faktorar som kan påverke smerteevaluering og oppleving av fødselen.

Metode: Beskrivande pasientundersøking. 60 kvinner deltok i studien.

Resultat: Studien viser til at 78% av kvinnene opplevde mykje smerte dei første 24 timane etter keisarsnittet, noko som tyda på at dei var utilstrekkeleg smertelindra. Avdelinga brukte standard protokoll for smertelindring, som baserte seg på bruk av paracetamol og ibuprofen. Det var ingen rutine for vurdering av smerte etter gitt smertelindring. 62 % av kvinnene opplevde at postoperativ smerte i stor grad påverka deira evne til å amme og ta seg av det nyfødde barnet. Alle kvinnene som hadde ei høgare skår enn 4 på VAS-skala rapporterte om problem knytt til omsorg for barnet.

Konklusjon: Det er behov for adekvat og individuell smertebehandling av kvinner som har gjennomgått keisarsnitt.

Etikk: Studien er godkjent av Forskingsetisk komité ved Umeå universitetet i Sverige. Alle deltakarane har gitt friviljug og informert samtykke.

4.3. *Nurse practitioner led pain management the day after caesarean section: A randomised controlled trial and follow-up study*

Artikkelen er skrevet av Schoenwald et al. i 2017 og utgitt i tidsskriftet *International Journal of Nursing Studies*.

Bakgrunn for studien var at smerter etter keisersnitt ofte vert behandla med kontrollert- frigjerande oxycodone. Tidlegare funn tyder på at keisersnitt er ei biopsykososial erfaring som krev ei heilskapleg tilnærming som fremjar kontroll og deltaking i smertebehandlinga.

Hensikta var å undersøke effekten av smertelindring administrert av sjukepleiar dagen etter keisersnitt, ved å kombinere smertelindring med støttande samtalar og pedagogisk rettleiing. Studien undersøker i tillegg smertene i ein periode over tre månadar.

Metode: Studien har eit randomisert-kontrollert design, med 122 deltakarar fordelt på to grupper.

Resultat: Studien viser at sjukepleiarintervensjon kan betre smertebehandlinga etter keisersnitt. Sjukepleiarane involverte pasientane, gav informasjon om effekt og biverknad av legemiddelet og oppmoda pasientane i større grad til å ta del i smertebehandlinga. Sjukepleiarane brukte ulike smertevurderingsverktøy som VAS, «The Patient Global Impression of Change scale», samt ei modifisert utgåve av «Brief Pain Inventory». Sjukepleiaren oppmoda pasienten til å be om meir smertelindring ved VAS-skår ≥ 4 . Studien visar til at sjukepleiaren er i god posisjon til å følgje opp pasienten. Individuell, tilstrekkeleg smertelindring og støtte kan bidra til å redusere smerte etter keisersnitt. Deltakarane i intervensjonsgruppa rapporterte om mindre smerter, samstundes som dei hadde eit lågare inntak av det smertestillande legemiddelet oxycodone. Studien peikar også på at det er mange faktorar som spelar inn på handteringa av smerte. Schoenwald et al. trekk fram at om ein har kunnskap om desse faktorane kan det bidra til å betre smertehandteringa.

Konklusjon: Studien konkluderer med at det er naudsynt med ei biopsykososial tilnærming for å kunne vurdere og behandle postoperative smerter etter keisersnitt.

Etikk: Studien er registrert ved *Australian and New Zealand Registry of Clinical Trials*. Studien er godkjent av forskingsetisk komité ved sjukehuset og følger Helsinkideklarasjonen.

4.4. *Quality of pain treatment after caesarean section: Results of a multicentre cohort study*

Artikkelen er skriven av Marcus et al. og utgjeven i 2014 i tidsskriftet *European Journal of Pain*.

Bakgrunn for studien var at ei stor kohortstudie viste til høg smerteskår etter keisarsnitt.

Hensikta ved studien var å analysere korleis smerte etter keisarsnitt påverka pasientane sine aktivitetar, og å identifisere moglege orsakar til utilstrekkeleg smertelindring det første døgnet etter operasjon.

Metode: Studien er ei multisenter, prospektiv kohortstudie. Ei pasientgruppe med keisarsnitt vart samanlikna med ei pasientgruppe med hysterektomi (fjerning av livmor).

Resultat: Studien viser at pasientane som gjennomgjekk keisarsnitt fekk langt mindre opioidar enn pasientane som gjennomgjekk hysterektomi, sjølv om pasientane med keisarsnitt hadde høgare smerteskår. Pasientane med pasientkontrollert analgetika (PCA) rapporterte om litt mindre smerter enn pasientane utan PCA, men begge grupper var utilstrekkeleg smertelindra. Kvinnene med keisarsnitt rapporterte om høg smerteintensitet og smerter ved mobilisering samanlikna med kvinnene med hysterektomi. I begge grupper fann ein smerte i samband med djup respirasjon, hoste og søvn, men noko hyppigare i gruppa med keisarsnitt. Marcus et al. peikar på at det spelte ei lita rolle om smertelindringa var styrt av sjukepleiar eller av pasienten. Utilstrekkeleg smertelindring hos pasientane med keisarsnitt vert sett i samband med låg administrasjon av opioidar. Studien konkluderer med at smerteintensiteten hos kvinner med keisarsnitt er mykje høgare i klinisk praksis enn forventa. Vidare viser studien til at det er noko motstridande retningslinjer med tanke på smertelindring til kvinner med keisarsnitt som samstundes ammar, noko som kan føre til restriktiv bruk av opioidar.

Konklusjon: Opplæring i smertebehandling og bruk av opioidar til barselkvinner er naudsynt for både helsepersonell og pasienten.

Etikk: Prosjektet er godkjent av forskningsetisk komité og styret for datasikkerheit ved Jena universitetssjukehus i Tyskland. Alle dei deltakande sjukehusa har fått godkjenning av deira forskningsetiske komité. Deltakarane gav informert friviljug samtykke, og dei hadde høve til å trekke seg til ei kvar tid.

4.5. *Women's postoperative experiences before and after the introduction of spinal opioids in anaesthesia for caesarean section*

Artikkelen er skrevet av Karlström et al. i 2010 og utgjeven i tidsskriftet *Journal of Clinical Nursing*.

Bakgrunn for studien var at det har vist seg at kvinner med keisarsnitt opplever høge nivå av smerte dei første dagane etter operasjonen. I tillegg vert det forventet at kvinnene skal ta seg av eit nyfødd barn samstundes som dei kjem seg etter ein større mageoperasjon.

Hensikta med studien var å undersøkje effekten av nye rutinar for anestesi under keisarsnitt, og korleis dette har påverka kvinnene sine postoperative smerter. I tillegg vert det undersøkt om dette har hatt effekt på kvinnene sine forventning til smerter, omsorg for barnet, å amme, samt tid før utskrivning frå sjukehus.

Metode: Beskrivande pasientundersøking, kor 122 kvinner var inkludert i utvalet.

Resultat: Studia viser til at VAS-smerteskår vart redusert første postoperative dag etter innføringa av spinale opioid. Høgt nivå av smerte (VAS-skår mellom 4-10) gjekk ned frå 78% til 44%. Fleire opplevde mindre smerte enn dei forventet i gruppa som fekk opioid. Ein fann ikkje endring i smerteskår på den andre postoperative dagen. Ein fann reduksjon i smerteskår både hos pasientane med elektive og akutte keisarsnitt, men reduksjonen var minst hos førstegongsfødande med akutte keisarsnitt. Karlström et al. trekk fram at dette kan tyde på at traumatiske opplevingar kan påverke nivået av smerte. Kvinnene som fekk spinale opioidar hadde mindre sannsynlegheit for å rapportere om problem knytt til omsorg for barnet og amming. Kvinnene med smerteskår ≥ 4 rapporterte om problem knytt til både å amme og å ta seg av det nyfødde barnet på grunn av sterke smerter andre postoperative dag. Dette var uavhengig av akutte eller elektive keisarsnitt. Studien fann også ut at lengda på sjukehusopphaldet vart redusert frå 4,0 dagar i 2005 til 3,1 dagar i 2007 etter innføringa av dei nye rutinane.

Konklusjon: Kvinnene som fekk spinale opioidar opplevde lågare nivå av postoperative smerter. Lågare smertenivå betrar moglegheitene for å amme og å ta seg av barnet, noko som kan føre til tidlegare utskrivning. Dette er igjen av økonomisk relevans.

Etikk: Studien er godkjend av Forskingsetisk komité ved Umeå universitet i Sverige. Deltakarane gav informert friviljug samtykke, og dei hadde høve til å trekke seg til ei kvar tid.

4.6. *An enhanced recovery programme after caesarean delivery increases maternal satisfaction and improves maternal-neonatal bonding: A case control study*

Artikkelen er skriven av Laronchea et al. i 2017 og utgjeven i tidsskriftet *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*.

Bakgrunn for studien var at «enhanced recovery programme» (ERP) har vist seg å forbetre det postoperative utfallet.

Hensikta med studien var difor å undersøke korleis ERP kan betre det postoperative utfallet etter keisarsnitt.

Metode: Samanliknande multisenterstudie. To fødeavdelingar som nytta ERP blei samanlikna med ei fødeavdeling som nytta konservativ postoperativ sjukepleie. 86 kvinner var med i studien. Pasientane vart rekruttert av jordmødrene då dei opphaldt seg på barselavdelinga etter keisarsnittet. Pasientane fekk ei grundig innføring i studien og hensikta med den, samt informasjon om spørjeskjemaet dei skulle fylle ut.

Resultat: Mødrene som hadde fått oppfølging ved ERP hadde i større grad positive kjensler til det å bli mor og betre tilknytning til barnet. Mødrene med ERP fullamma den nyfødde i større grad enn mødrene med tradisjonell postoperativ sjukepleie. Postoperativ smerte blei vurdert ved hjelp av VAS-skala og viste at smerte i samband med mobilisering var lågare hos kvinnene som hadde ERP. Ein fann også at desse mødrene kjende seg tryggare i handteringa av barnet og i samband med det å amme. Likevel blir det peika på at ERP ikkje førte til lågare smertevurdering når det kom til andre gjeremål enn ved mobilisering. Smertevurderinga var elles lik i begge gruppene. Det vert peika på at pasientkontrollert smertelindring kan vere med på å betre dei postoperative smertene. Laronchea et al. skriv vidare at det verkar som at ERP kan gjere det enklare å amme og bere den nyfødde. Dette blir sett i samanheng med at pasientane med ERP vert hyppigare mobiliserte, og dei er i mindre grad hemma av til dømes urin- og venekateter.

Konklusjon: Tilknytning er avhengig av at helsepersonell er til stade, rettleiar og legger til rette for fysisk kontakt mellom mor og barn. Dette er av større betydning enn smertebehandling. Det blir lagt vekt på at det er behov for RCT-studiar for å bekrefte resultata.

Etikk: Det var ikkje naudsynt å søke godkjenning frå forskingsetisk komité, då studien er observerande og ikkje førte til endringar i den vanlege praksisen ved avdelingane som deltok. Alle deltakarane gav informert friviljug samtykke, og all data vart behandla konfidensielt. Studien er fagfellevurdert.

5.0. Drøfting

I dette kapittelet vert det drøfta korleis sjukepleiarar kan sørge for optimal smertelindring av barselkvinner, samt korleis smertelindringa kan påverke tidleg tilknytning mellom mor og barn. Diskusjonen tek utgangspunkt i teorien og artiklane som tidlegare er presentert i oppgåva. Resultata frå forskingsartiklane vert brukt til å drøfte og vurdere korleis funna kan vere med på å svare på oppgåva si problemstilling. For å få til dette har eg delt drøftinga inn i to underpunkt. Under det første punktet vil eg svare på korleis sjukepleiarar kan sørge for optimal smertelindring, medan det andre punktet omhandlar korleis smertelindring kan påverke tidleg tilknytning mellom mor og barn.

5.1. Korleis kan sjukepleiarar sørge for optimal smertelindring av barselkvinner etter keisarsnitt?

Funna i denne litteraturstudien underbygger at utilstrekkeleg smertelindring av barselkvinner etter keisarsnitt er eit utbreidd problem. Det kan tyde på at smertelindring er eit område som krev meir merksemd både nasjonalt og internasjonalt. Det kjem ikkje fram ei klår oppskrift på korleis sjukepleiarar kan sørge for optimal smertelindring, men eg har funne fram til fire avgjerande faktorar. Desse er 1) nærvær av helsepersonell, 2) bruk av pasient- eller sjukepleiarkontrollert smertelindring, 3) pasienten sitt behov for informasjon og medverknad, og 4) kunnskap om smerte, smertelindring og bruk av opioidar.

Nærvær av helsepersonell

Nærvær av helsepersonell vert framheva som svært viktig i smertebehandlinga (Mørk et al., 2019; Schoenwald et al., 2017). I Orem sin sjukepleiemodell (1995, s. 116-117) finn ein at sambandet mellom eigenskapar ved helsetilstanden og pasienten sitt engasjement i eigenomsorg må vera etablert og kjend av sjukepleiaren. Sjukepleiaren må kunne observere pasienten sine *omsorgsbehov* og *krav* og vurdere dei opp mot pasienten sin *eigenomsorgsevne*. For å få til dette må sjukepleiaren ha eit person-person-forhold med pasienten (Orem, 1995, s. 70). Betydninga av eit slik forhold vert også peika på av Berntzen et al. (2010, s. 362), som skriv at gjensidig tillit mellom pasienten og helsepersonellet er svært viktig i smertebehandlinga. Gjensidig tillit vil igjen vere avhengig av at helsepersonellet er til stades og har høve til å skapa ein relasjon. Postoperativ smertelindring krev at helsepersonell gjer gode observasjonar av pasienten (Holm & Kummeneje, 2009, s. 72; Berntzen et al., 2010,

s. 362). Med omsyn til Orem (1995) og Berntzen et al. (2010), er det tydeleg at eit person-til-person forhold til pasienten, samt tillit, vil vere hensiktsmessig og bør vere ein naturleg del av smertekartlegginga.

Ifølgje Berntzen (2010, s. 363) bør ulike typar smertevurderingsverktøy også vere ein del av dei rutinemessige observasjonane. I artikkelen til Karlström et al. (2007) fann ein at heile 78% av kvinnene var utilstrekkeleg smertelindra. Kvinnene hadde fått standard smertelindring, men ingen strukturert oppfølging eller vurdering av smertebehandlinga i etterkant. Bruk av smertevurderingsskalaer er viktig, men det krev også at helsepersonellet brukar skalaene aktivt i smertereistreringa og i evalueringa av effekten av smertebehandlinga. Funna i artikkelen til Karlström et al. (2007) underbygger viktigheita av at sjukepleiaren er tilgjengeleg og kan observere og evaluere pasienten for å kunne gi tilstrekkeleg smertebehandling. Vidare ser ein at gode rutinar for smerteevaluering er naudsynt for å kunne følgje opp smertebehandlinga.

Mørk et al. (2019) peikar på at fleire kvinner fann det vanskeleg å be om hjelp på barselavdelinga, spesielt då ein såg at helsepersonellet hadde det travelt. Kvinnene låg fleire timar utan hjelp og tilsyn. Kvinna er i ein svært sårbar fase etter keisarsnittet (Helsedirektoratet, 2014, s. 6) og eigenomsorgsevna er truleg redusert grunna dette. I tråd med Orem sin sjukepleiemodell (Orem, 1995, s. 113), vil det her vere sjukepleiaren sitt ansvar å sørge for at eigenomsorgsbehova vert ivaretatt. Gjennom artikkelen til Mørk et al. (2019) kan ein ikkje sjå at dette vert gjort. Dei nasjonale retningslinene for barselomsorga hevar fram at kvar enkelt sjukehus er pålagt ved lov til å yte pasientbehandling og gi fagleg forsvarleg helsehjelp fram til utskriving. Behandling av barselkvinna og den nyfødde kjem også under denne lova (Helsedirektoratet, 2014, s. 86). På bakgrunn av artikkelen til Mørk et al. (2019) kan ein spørje seg om kravet om forsvarleg helsehjelp vert ivaretatt. Det er også grunn til å tru at knappe ressursar kan verke inn på smertevurdering og behandling. I ei pressa avdeling vil det vere lett å nedprioritere pasientar som ikkje seier ifrå om at dei treng hjelp.

Pasient- eller sjukepleiarkontrollert smertelindring

Det har dei siste åra blitt vanlegare med pasientkontrollert smertelindring (PCA) (Holm & Kummeneje, 2009, s. 76). Ved denne type smertebehandling går ein ut frå at det er pasienten sjølv som kan vurdere smertene og som veit kor mykje smertelindring hen treng (Holm &

Kummeneje, 2009, s. 84). Sjukepleiaren kan på denne måten spare tid og ressursar. På ei anna side vil bruk av PCA innebere at sjukepleiaren må sette av tid til grundig opplæring i bruk av metoden til pasienten. Ein kan argumentere for at PCA dermed ikkje er tidssparande. Likevel vil bruk av PCA ut frå Orem sin sjukepleieteori kunne vere med på å auke eigenomsorgsevna, og såleis styrkje meistring og utvikling hos pasienten.

I følgje artikkelen til Mørk et al. (2019) kjende fleire barselkvinner seg utrygge i handteringa av legemiddel, og fleire av dei rapporterte om overveldane smerter. Sjølv om barselkvinner med PCA i utgangspunktet har høve til å administrere smertebehandlinga, vil det likevel ikkje seie at dei kjenner seg trygge til det. Marcus et al. (2014) viser til at det hadde lite å seie om smertelindringa var pasient- eller sjukepleiarstyrt. På ei anna side hevdar Laronchea et al. (2017) på det motsette, nemleg at PCA kan vere med på å betre postoperative smerter etter keisarsnitt. Uavhengig av PCA eller sjukepleiarkontrollert smertelindring, finn ein i alle studiane at kvinnene var utilstrekkeleg smertelindra. Dette tyder på at det er andre faktorar som er spelar ei større rolle i smertebehandlinga, og bygger såleis opp under funna til Marcus et al. (2014). PCA som metode åleine kan difor ikkje forklare orsaka til utilstrekkeleg smertelindring. Ved bruk av PCA bør sjukepleiaren sørge for tilstrekkeleg opplæring, slik at pasienten har kunnskap og ressursar til å nytte seg av metoden.

Behov for informasjon og medverknad

Schoenwald et al. (2017) viser til at sjukepleiarintervensjon hadde positiv påverknad på smertebehandlinga. Ein fann lågare smerteskår og mindre bruk av opioidar då sjukepleiaren oppmoda til brukarmedverknad. Kristoffersen (2017, s. 265) skriv at det er viktig at det vert lagt til rette for aktiv deltaking av pasienten. At pasienten får moglegheit til å ta del i avgjersler kan styrke kjensla av kontroll, føre til mindre smerte og raskare rehabilitering. Ei styrkje ved denne tilnærminga, er at den samstundes vil ivareta pasienten sin rett til medbestemming, noko som er i tråd med både Pasient- og brukerrettighetslova (1999) og dei yrkesetiske retningslinene (2019).

Pasienten sitt behov for informasjon vert heva fram av både Mørk et al. (2019) og Schoenwald et al. (2017). Mørk et al. (2019) peikar på at tydeleg informasjon om kva som skulle skje, gav tryggleik og gjorde det lettare for pasientane å vera fysisk aktiv. Schoenwald et al. (2017) fann at god informasjon og opplæring av pasienten om dei ulike medikamenta gav større tryggleik og betre smertelindring. Ei slik tilnærming til pasienten er i tråd med

Orem si sjukepleieteori, som også legg vekt på sjukepleiaren si pedagogiske rolle. Mellom anna seier Orem at pasienten skal kunne utvikle nye ferdigheiter, som kan bidra til utvikling og til å dekke eigenomsorgsbehov, både no og i framtida (Cavanagh, 1999, s. 39).

Informasjon til pasienten, auka brukarmedverknad og kunnskap hos pasienten er viktige faktorar for at pasienten sjølv kan ta medvitne val, og såleis i større grad påverke eiga utvikling. Orem sin sjukepleiemodell er på denne måten svært aktuell. Ein vil også ved ei slik tilnærming ivareta helsepersonellet si informasjonsplikt, som ligg nedfelt i både lov om helsepersonell (1999) og lov om pasient- og brukarrettigheter (1999).

Å styrke pasienten sine ressursar er også viktig for å kjenne meistring (Kristoffersen, 2017, s. 18). Ei kjensle av meistring kan vere avgjerande for korleis ein opplev det å bli mor (Karlström et al. 2007). Til dømes kan eitt akutt keisarsnitt opplevast som svært stressande og traumatisk, og ein kan føle ein ikkje har kontroll (Karlström et al., 2007; Schoenwald et al., 2017). Karlström et al. (2007) viser til at nesten dobbelt så mange kvinner med akutte keisarsnitt hadde ei negativ fødeoppleving og høgare grad av smerter samanlikna med dei med elektive keisarsnitt. Ein kan tenke seg at tydeleg informasjon og brukarmedverknad kan gjere at kvinna i større grad kjenner seg deltakande. Dette vil igjen styrke hennar ressursar og meistringskjensle. Då ein også veit at brukarmedverknad og informasjon er viktig for å fremje tryggleik og for å redusere smerte (Kristoffersen, 2017, s. 265), vil dette vere viktig å implementere vidare inn i barselperioden. Dette spesielt for kvinner som har hatt akutte keisarsnitt.

Karlström et al. (2007) nemnar at fleire kvinner var tilfredse med smertelindringa, til tross for at dei hadde høg smerteskår. Dette vert sett i samband med forventninga til smerte og mangelen på informasjon (Karlström et al., 2007). Hadde kvinnene fått informasjon om kva smertebehandling som var tilgjengeleg, kan det hende at dei hadde ønska meir smertelindring. Opplæring av både pasientar og pårørande er ei av fleire primære ansvarsområde til spesialisthelsetenesta (Kristoffersen, 2017, s. 356). Ein kan ikkje sjå at dette vert ivaretatt i studien til Karlström et al. (2007). Studien underbygger derfor viktigeita av den pedagogiske rolla sjukepleiaren har i smertebehandlinga av pasienten, samt behovet for informasjon og medverknad.

Kunnskap om smerte, smertelindring og bruk av opioidar

Det vert understreka av fleire at psykososial og individuell tilnærming kan betre dei postoperative smertene (Karlström et al., 2007; Schoenwald et al., 2017). Med bakgrunn i at smerte er ei subjektiv oppleving (Nortvedt, 2017), er det grunn til å ta dette til etterretning. Psykososial og individuell tilnærming vert også underbygga av Schoenwald et al. (2017) og Karlström et al. (2010), som viser til at det er mange faktorar som spelar inn i smerteopplevinga. Sett under eitt, er det grunn til å tru at optimal smertelindring vil vere vanskeleg å oppnå utan kunnskap om faktorane som kan påverke smerteopplevinga. Sjukepleiarar bør gjennomføre ei grundig og omfattande smertevurdering av barselkvinner etter keisarsnitt for å kunne gi optimal smertelindring. Dette inneber også at helsepersonellet har kunnskap om ulike verktøy for smertekartlegging. Bruk av mellom anna VAS-smerteskala bør vere kjend av sjukepleiaren og bør brukast hyppig i samband med kartlegginga.

Vidare peikar Marcus et al. (2014) på at kvinnene med keisarsnitt, trass i høgare smerteskår, fekk langt mindre opioidar enn kvinnene som hadde gjennomgått hysterektomi. Marcus et al. (2014) meiner at dette kan ha samband med at det er uklåre retningslinjer i samband med bruk av opioidar til barselkvinner. I ei nyare undersøking av Bjørnstad & Ræder (2020) fann ein at 68% av kvinnene ved Oslo Universitetssjukehus var utilstrekkeleg smertelindra etter keisarsnittet. Utilstrekkeleg smertelindring etter keisarsnitt vert sett i samband med låg administrasjon av opioidar (Bjørnstad & Ræder, 2020; Marcus et al., 2014). Ein finn ei utbreidd skepsis til bruk av opioidar, spesielt til barselkvinner som samstundes ammar (Chin et al., 2014; Marcus et al., 2014; Hestenes et al., 2008). Hestenes et al. (2008) skriv at både helsepersonellet og pasienten sin frykt for biverknader kan føre til mangelfull medikamentell behandling. Internasjonalt finn ein også eit stort fokus på å redusere bruk av opioidar etter keisarsnitt, spesielt i USA, der keisarsnitt vert utført langt hyppigare enn i Noreg (Chin et al., 2014). Dette fokuset kan ha ført til at mykje av forskinga om keisarsnitt og smertelindring omhandlar nettopp det å *reducere* bruk av opioidar. I Noreg ser ein at talet på årlege keisarsnitt er aukande (Helsedirektoratet, 2020). Det er difor grunn til å tru at reduksjon i bruk av opioidar også kan få eit større fokus her heime.

Både Bjørnstad & Ræder (2020) og Karlström et al. (2007) hevar fram at behovet for opioidar var spesielt høgt første postoperative døgn. Dette kan ein sjå i samband med at keisarsnitt fører til høgare smerter enn tidlegare antatt (Marcus et al., 2014; Chin et al., 2014). Jamfør WHO si smertetrapp (figur 2) er kombinasjon av paracetamol, NSAIDs og opioidar rett val

ved sterke smerter, der anna smertelindring ikkje er tilstrekkeleg. Dette talar for at opioidar bør aktualiserast ytterlegare ved keisarsnitt.

Dei første dagane etter at barnet er fødd er ikkje amminga komen ordentleg i gang. Bruk av opioidar vert difor sett på som trygt (Hestenes et al., 2008). Vidare finn ein at Legeforeningen (2020) skriv «Vi anbefaler at kvinner som ammer får god smertelindring på lik linje med andre pasienter, samtidig må sikkerheten til det brystnærte barnet ivaretas» og «Vi foreslår at opioider kun bør brukes sammenhengende i 2-3 dager hos ammende».

Likevel finn ein at Helsedirektoratet (2020) skriv at restriktiv bruk av opioidar er *ønskjeleg*, då dei kan føre til avhengigheit. Samstundes peikar Helsedirektoratet (2020) på at optimal postoperativ smertelindring er viktig for å unngå komplikasjonar. Ein ser her at det er eit gap mellom retningslinene for bruk av opioidar, føringane for postoperativ smertelindring og det faktiske behovet for opioidar etter keisarsnitt. Det kan vere svært vanskeleg for helsepersonellet å vite kva som er optimal smertebehandling, då Føde- og barselrettleiaren ikkje nemner noko om dette. Det er oppsiktsvekkande at utilstrekkeleg smertelindring etter keisarsnitt er såpass utbreidd. Dette som følgje av at behovet for opioidar er størst dei første dagane etter operasjon, og at det er vurdert som trygt med tanke på amming.

Som det også vert peika på av fleire (Chin et al., 2014; Marcus et al., 2014; Schoenwald et al., 2017), er det behov for kunnskap hos helsepersonellet og pasienten om smertelindring til barselkvinner som samstundes ammar. Auka kunnskap, samt tydelege retningsliner, vil kunne føre til tryggleik knytt til bruk av opioidar, og såleis også kunne betre dei postoperative smertene. Tendensen synst å vere eit ønskje om reduksjon av opioidbruk. Funna i denne studien indikerer derimot at det kan vere eit behov for å *auke* bruken av opioidar etter keisarsnitt for å sikre optimal smertelindring av barselkvinner.

5.2. Korleis påverkar smertelindring barselkvinner sine moglegheiter for tidleg tilknytning til barnet?

Fleire av studiane viser til ei samanheng mellom grad av smertelindring, handtering av barnet og tilknytninga mellom mor og barn (Karlström et al., 2007; 2010; Mørk et al., 2019; Laronchea et al., 2017). Både Mørk et al. (2019) og Karlström et al. (2007; 2010) fann at fleire av kvinnene ikkje klarte å ta seg av barnet på grunn av sterke smerter. Smerte vil kunne påverke grad av mobilisering (Berntzen et al., 2010; Holm & Kummeneje, 2009; Gadsden et al., 2005; Chin et al., 2014). Dermed er det stor grunn til på tru at smerte også kan påverke mor si handteringa av barnet og tilknytninga mellom mor og barn. Renolen (2015, s. 98) underbygger også dette ved å peike på at kvaliteten på omsorga, og tida omsorgspersonane brukar på barnet er avgjerande for tilknytingsprosessen. Med tanke på at høge dosar av opioidar kan føre til sedasjon (Hestenes et al., 2008), er det grunn til å tru at dette også kan påverke omsorgsevna til kvinna. Sjukepleiaren bør vere medviten om denne problemstillinga, slik at behovet til både kvinna og barnet vert ivaretatt. Dette vert også heva fram av Fahey (2017, s. 134) som skriv at det vil vere viktig å vurdere smertelindringa og sørge for at kvinna kan handtere barnet på ein trygg måte.

Ifølgje Helsedirektoratet (2014) er det også brei fagleg einigheit om at det er ein samanheng mellom oppfølginga i barseltida, ammefrekvens, depresjon og tilknytning mellom mor og barn. Helsedirektoratet (2014) skriv vidare at god tilknytning er viktig for god psykisk helse hos barnet. Utilstrekkeleg smertelindring vil altså ikkje berre påverke mor, men også barnet. Karlström et al. (2010) fann at kvinner som hadde fått spinale opioidar under keisarsnittet hadde mindre postoperative smerter, og desse hadde også mindre sannsynlegheit for å rapportere om problem knytt til amming og omsorg for barnet. Dette gjer det endå tydelegare at det er ein samanheng mellom grad av smertelindring og moglegheitene for tidleg tilknytning. Med tanke på at det vert rapportert om dårleg oppfølging (Mørk et al., 2019) og utilstrekkeleg smertelindring av barselkvinner (Bjørnstad & Ræder, 2020), er det rart at dette ikkje har fått meir merksemd i fagmiljøet. Det er kjend at kvinner med keisarsnitt har auka sjanse for komplikasjonar, og dei har hyppigare problem knytt til mellom anna å amme (Helse Norge, 2019). Føde- og barselrettleiaren (Helsedirektoratet, 2014) er tydeleg på at kvinner med risiko for komplikasjonar skal få betre tilrettelagt og individuell oppfølging i barselperioden. Artikkelen til Mørk et al. (2019) viser at dette ikkje alltid er tilfelle, og det er stor grunn til å tru at dette kan få følger for moglegheitene mor har for tidleg tilknytning til barnet.

På ei anna side fann Laronchea et al. (2017) at kvinner med høg smerteskår likevel opplevde god tilknytning. Dette vert sett i samanheng med at kvinnene følgde eit «enchanced recovery programme» (ERP) og var tidleg mobiliserte. Om ein legg til grunn at smerte påverkar mobilisering, vil ein likevel kunne argumentere for at utilstrekkeleg smertelindring vil kunne påverke tilknytninga mellom mor og barn. ERP legg opp til større involvering og opplæring av pasienten. Dette prinsippet vert som kjend støtta av Orem sin sjukepleieteori (1995, s. 306). Ei slik delvis kompensierende og støttande sjukepleie vil bygge opp under pasienten sin eigenomsorgsevne og kapasitet. Eit «enchanced recovery programme» fører til tett oppfølging av barselkvinna, og dette vil også gi eit svært godt utgangspunkt for smertebehandling. Det er stor grunn til å tru at ei kombinasjon av ERP, smertekartlegging og behandling vil betre smertelindringa til barselkvinner etter keisarsnitt. Dette vil igjen ha positiv påverknad på interaksjonen mellom mor og barn, samt tilknytninga dei imellom.

5.3. Konklusjon

«Korleis kan sjukepleiarar sørge for optimal smertelindring av barselkvinner etter keisarsnitt, og korleis påverkar smertelindring barselkvinner sine moglegheiter for tidleg tilknytning til barnet?»

Funna i denne studien tyder på at svaret er samansett. For det første finn ein at gode rutinar for kartlegging og oppfølging av smerte kan vere avgjerande for optimal smertelindring. Dette vil krevje at det er ressursar tilgjengeleg, og at helsepersonellet må ha tid til å observere pasienten. Samstundes må sjukepleiarar ha kunnskap om ulike verktøy for smertekartlegging, samt kunne bruke desse effektivt og hensiktsmessig. Studien viser at sjukepleiarar bør ha ei psykososial og individuell tilnærming til pasienten, som tar omsyn til dei ulike faktorane som kan påverke smerteopplevinga til den einskilde. Auka brukarmedverknad, informasjon og opplæring vil også kunne vere med å betre dei postoperative smertene, spesielt hos kvinner med akutte keisarsnitt.

Vidare viser studien at det er eit gap mellom retningslinene for bruk av opioidar, føringar for postoperativ smertelindring og det faktiske behovet for opioidar etter keisarsnitt. Diskursen synst å vere eit mål om reduksjon i bruk av opioidar. Funna i denne studien indikerer tvert om at det kan vere behov for å auke bruken av opioidar etter keisarsnitt for å sikre optimal smertelindring av barselkvinner.

Til slutt finn ein at utilstrekkeleg smertelindring har negativ påverknad på moglegheitene mor har for tilknytning til barnet. God smertelindring og «Enhanced recovery programme» kan bidra til betre tilknytning mellom mor og barn. Optimal smertelindring av barselkvinner etter keisarsnitt bør difor ha høg prioritet blant helsepersonell for å unngå negative følgjer for mor og barn i framtida.

Implikasjonar

- Behovet for opioidar er høgt etter keisarsnitt. Føde- og barselrettleiaren bør difor oppdaterast med kunnskap om smertelindring til barselkvinner med keisarsnitt.
Det trengst fleire studiar om korleis bruk av opioidar påverkar barselkvinner og tilknytninga til barnet. Dette for å sørge for at barselvinna er tilstrekkeleg smertelindra, samstundes som at tryggleiken til barnet vert ivaretatt.
- Nærvær av helsepersonell er avgjerande i smertebehandlinga. Då det manglar nær 7000 sjukepleiarar i Noreg (Norsk sykepleierforbund, 2021) bør ein kartlegge om ressursmangel påverkar smertebehandlinga til barselkvinner.

6.0. Referansar

- Berntzen, H, Danielsen, A. & Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. | Almås, H., Stubberud, D.-G., Grønseth, R. (Red.). *Klinisk sykepleie 1* (4.utg., s. 355-398). Gyldendal Akademisk
- Bjørnstad, J. & Ræder, J. (2020). Postoperativ smerte etter keisersnitt. *Tidsskriftet Den Norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2020/05/kort-rapport/postoperativ-smerte-etter-keisersnitt>
- Cavanagh, S. J. (1999). *Orem's sykepleiemodell i praksis*. Universitetsforlaget
- Chin, E. G., Vincent, C. & Wilkie, D. (2014). A comprehensive Description og Postpartum Pain after Cesarean Delivery. *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*, 43 (6), 729-741. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/1552-6909.12483>
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg). Gyldendal
- De nasjonale forskningsetiske komitèene (2018, 29.oktober). *Kva er forskningsetikk?* Henta 17.04.2022 frå <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/kva-er-forskningsetikk/>
- De nasjonale forskningsetiske komitèene (2014, 10. oktober). *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)*. Henta 17.04.2022 frå <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/komiteer-og-utvalg/rek/>
- Fahey, J. O. (2017). Best Practices in Management of Postpartum Pain. *Perinat Neonat Nurs*, 31 (2), 126–136, DOI: 10.1097/JPN.0000000000000241
- Gadsden, J., Stuart, H. & Santos, A. C. (2005). Post-cesarean Delivery Analgesia. *Anesthesia & Analgesia*, 101 (5). https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/fulltext/2005/11001/post_cesarean_delivery_analgesia.6.aspx

- Helse Norge (2019). *Keisersnitt*. Henta 31.10.21 frå
<https://www.helsenorge.no/fodsel/keisersnitt/#akutt-keisersnitt>
- Helsepersonellova (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonellova>
- Helsedirektoratet (2021, 02. desember). *Fødsel- Keisersnitt*. Hentet 17.02.22 frå
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/fodsel-og-abort/keisersnitt>
- Helsedirektoratet (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien*. Hentet 31.10.21 fra
[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)
- Holm, S. & Kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie* (2.utg.).
Fagbokforlaget
- Hestenes, S., Høymork, S. C., Løland, B. F., Nylander, G., Breivik, H. & Rosseland, L. A. (2008). Må keisersnittpasienter velge mellom smertebehandling eller amming? *Tidsskriftet den Norske Legeforening*, 19 (128),
<https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2008--2190-2.pdf>
- International Association for the Study of Pain (2011). *Terminology*.
<https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>

- Karlstøm, A., Engstrøm-Olofsson, R., Norbergh, K-G., Sjøling, M. & Hildingsson, I. (2007). Postoperative Pain After Cesarean Birth Affects Breastfeeding and Infant Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36 (5). <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1552-6909.2007.00160.x>
- Karlstrøm, A., Engstrøm-Olofsson, R., Nystedt, A., Sjøling, 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 (9-10). <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1365-2702.2010.03213.x>
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2017). Pasient og sykepleier: verdier og samhandling | Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E.-A., Grimsbø, G. H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3.utg., bind 1, s. 89-138). Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: - en historisk reise | Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E.-A., Grimsbø, G. H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 15-80). Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J. (2017). Å styrke pasientens ressurser: - sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon | Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E.-A., Grimsbø, G. H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 349- 406). Gyldendal Akademisk
- Laronchea, A., Popescub, L. & Benhamouc, D. (2017) An enhanced recovery programme after caesarean delivery increases maternal satisfaction and improves maternal-neonatal bonding: A case control study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 210. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.12.034>

- Legeforeningen (2020). *Barseltid; komplikasjoner, smertelindring hos ammende og tidlig hjemreise*. Henta 16.04.22 frå <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselskjelp/barseltid-komplikasjoner-smertelindring-hos-ammende-og-tidlig-hjemreise/#Smertestillende>
- Marcus, H., Gerbershagen, H. J., Peelen, L. M., Aduckathil, S., Kappen, T. H., Kalkman, C. J., Meissner, W. & Stamer, U. M. (2014). Quality of pain treatment after caesarean section: Results of a multicentre cohort study. *European Journal of Pain*, 19. <https://doi.org/10.1002/ejp.619>
- Mørch, M. N., Sommerseth, E. & Dahl, B. (2021). Perceptions of postnatal care after emergency caesarean sections. *Sykepleien Forskning*, 14(76793) DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.76793>
- Norsk Sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Norsk sykepleiersforbund (2021). *Norge mangler nesten 7000 sykepleiere*. Hentet 17.04.2022 fra <https://www.nsf.no/artikkel/norge-mangler-nesten-7000-sykepleiere>
- Nortvedt, P. (2017). Smerte – en personlig og sammensatt erfaring | Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E.-A., Grimstbø, G. H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., bind 3, s. 169- 185). Gyldendal Akademisk
- Nylenna & Braut (2022, 1. mars). *Egenomsorg*. Store Medisinske Leksikon. Henta 15.03.2022 frå <https://sml.snl.no/egenomsorg>
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of Practice* (5.utg.). Mosby
- Pasient- og brukerrettighetslova (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Rødland, A. W. (2018). *Hva vet vi om kvinners helse? Kilden kjønnsforskning*.
https://kjonnsforskning.no/sites/default/files/hva_vet_vi_om_kvinneres_helse_r_oppport_kilden_kjonnsforskning.no_nks.pdf
- Store medisinske leksikon (2022, 22.april). *Barsel*. Henta 25.04.22 frå
<https://sml.snl.no/barsel>
- Stubhaug, A. & Ljosa, T. M. (2021, 07. desember). *Smerte – et symptom, en sykdom og en diagnose*. Oslo Universitetssykehus. Henta 15.03.2022 frå
<https://oslo-universitetssykehus.no/smerte-et-symptom-en-sykdom-og-en-diagnose>
- Schoenwalda, A., Windsorb, C., Godenc, E. & Douglas, C. (2018). Nurse practitioner led pain management the day after caesarean section: A randomised controlled trial and follow-up study. *International Journal of Nursing Studies*, 78.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.009>
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2.utg). Universitetsforlaget
- Wøien, H. & Strand, A. C. (2008). Sykepleietiltak ved postoperativ smertelindring. | Rustøen, T. & Wahl, A. K. (Red.). *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 271- 289). Gyldendal Akademisk

Vedlegg 1. Artikkelmatrise.

Artikkelmatrise, s. 1 av 6				
Tittel:	Hensikt:	Metode og datasamling:	Utval:	Resultat:
<p>Mørk, N. M., Sommerseth, E., & Dahl, B. (2019). Perceptions of postnatal care after emergency caesarean sections. <i>Sykepleien Forskning, 14</i> (76793) https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.76793</p>	<p>Undersøke kva erfaringar kvinnene hadde med å bli ivaretatt på barselavdelinga med tanke på den fysiske helsa etter keisarsnittet.</p>	<p>Kvalitativ metode. Ti kvinner som fødde ved keisarsnitt på eit norsk sjukehus blei intervjuet. Det blei brukt semistrukturerte, individuelle intervju. Datamaterialet blei deretter systematisk tekstkondensert og analysert.</p>	<p>Kvinner som fødde mellom 2014-2016. Var den første tida på barselavdeling på sjukehuset. Alder: 27-40 år. Gift eller sambuarar. Høgare utdanning. Sju var førstegongsfødande, tre var andregongsfødande med tidlegare akutt keisarsnitt. Ni kvinner var etnisk norske, ei kvinne var ikkje-vestleg. Rekruttert via sosiale media.</p>	<p>Kvinnene opplevde ulik grad av smerter. Nokre trossa smertene for å ta seg av barnet, andre merka ikkje smertene før dei var overveldane. Andre kjende seg hjelpelause og klarte ikkje å ta seg av barnet. Fleire av kvinnene kjende på at dei blei «gløymd». Kvinnene fortalte om mangelfull oppfølging. Nokre opplevde det vanskeleg å be om hjelp og skulle ønske at helsepersonellet sjølv tok initiativ til dette. Tydeleg informasjon om kva som skulle skje gav tryggleik og gjorde det lettare å vera fysisk aktiv. Fleire av kvinnene fortalte om utrygge knytt til legemiddelhandtering, då fleire måtte ta ansvar for dette sjølv. Det var også ein tryggleik at partner fekk bu på barselavdelinga.</p>

Artikkelmatrise, s. 2 av 6

Tittel:	Hensikt:	Metode og datasamling:	Utval:	Resultat:
Karlstøm, A., Engstrøm-Olofsson, R., Norbergh, K-G., Sjøling, M. & Hildingsson, I. (2007). Postoperative Pain After Cesarean Birth Affects Breastfeeding and Infant Care. <i>Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing</i> , 36 (5). https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1552-6909.2007.00160.x	Studere kvinner sin erfaring med postoperativ smerte og smertelindring etter keisarsnitt, og faktorar som kan påverke smerteevaluering og oppleving av fødselen.	Beskrivande pasientundersøking, datasamling gjennom spørjeskjema. Bruk av VAS-skala for smertevurdering, og fødselserfaringa til kvinnene blei måla ved 7-punkts Likert-skala. Spørjeskjema blei utfylt før heimreise frå sjukehuset, høvesvis 2-9 dagar etter keisarsnittet.	60 kvinner som gjekk gjennom keisarsnitt ved ei fødeavdeling på eit fylkessjukehus i Sverige i løpet av 3 månader. Størrelsen på utvalet er utrekna ved hjelp av «power analysis». Utvalet dekkjer om lag 25% av den årlege keisarsnitt-rata ved sjukehuset, og både elektive og akutte keisarsnitt er inkluderte. Alle kvinnene var svensktalande og fødte etter veke 28 i svangerskapet. Det nyfødde barnet var friskt og hadde ikkje behov for innlegging ved nyføddintensiv.	Resultata frå studien viser at 78% av kvinnene skåra høgare enn 4 på VAS-skala dei første 24 timar etter keisarsnittet. Alle desse kvinnene opplevde det vanskeleg å ta seg av det nyfødde barnet, og dei hadde problem med å amme. Det var ingen forskjell i smertevurdering ved elektive eller akutte keisarsnitt. Ei negativ oppleving av fødselen var 80% høgare hos kvinnene som gjennomgjekk akutt keisarsnitt. Sjølv om smertevurderinga var høg, rapporterte kvinnene at dei var tilfreds med smertelindringa.

Artikkelmatrise, s. 3 av 6

Tittel:	Hensikt:	Metode og datasamling:	Utval:	Resultat:
Laronchea, A., Popescub, L. & Benhamouc, D. (2017) An enhanced recovery programme after caesarean delivery increases maternal satisfaction and improves maternal-neonatal bonding: A case control study. <i>European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology</i> , 210. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.12.034	Undersøke korleis «enhanced recovery programme» (ERP) kan betre det postoperative utfallet etter keisarsnitt.	Komparativ, prospektiv og multisenterstudie utført ved 3 fødeavdelingar i Paris. Ei avdeling brukte tradisjonell postoperativ behandling, to avdelingar brukte «enhanced recovery programme» (ERP). Datamaterialet blei samla inn frå oktober 2014 til slutten av januar 2015. Pasientane fekk eit spørjeskjema om deira kjensler og forhold til barnet, som dei skulle fylje ut på dag 1 og 3 etter operasjonen.	86 kvinner med både elektive og akutte keisarsnitt som hadde fullgåtte svangerskap og fødd friske, einslege nyfødde.	Mødrene som hadde fått oppfølging via ERAS-programmet hadde i større grad positive kjensler til det å bli mor og betre tilknytning til barnet. Smerte i samband med mobilisering var lågare hos kvinnene som hadde ERAS-program. Ein fann også at desse mødrene kjende seg tryggare i handteringa av barnet og i samband med å amme. ERAS-programmet førte ikkje til lågare smertevurdering når det kom til andre gjeremål enn mobilisering. Nærvær av helsepersonell, som legg til rette for kontakt mellom barnet og mor, har stor betydning for tilknytninga.

Artikkelmatrise, s. 4 av 6				
Tittel:	Hensikt:	Metode og datasamling:	Utval:	Resultat:
<p>Schoenwalda, A., Windsorb, C., Gosdenc, E. & Douglas, C. (2018). Nurse practitioner led pain management the day after caesarean section: A randomised controlled trial and follow-up study. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 78. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.009</p>	<p>Undersøkje effekten av smertelindring administrert av sjukepleiar dagen etter keisarsnitt, samt undersøke smertevurdering dei neste tre månadane.</p>	<p>Randomisert-kontrollert studie (RCT), utført parallelt på to grupper på eit sjukehus med fødeavdeling i ein australsk storby.</p>	<p>122 pasientar var inkludert i studia, tilfeldig valt ut frå 298 pasientar som var godkjent etter inklusjonskriteria. Alle var engelsktalende og skulle gjennomføre elektive keisarsnitt. Ingen i utvalet hadde kontraindikasjonar. Informasjon om studia blei sendt skriftleg via post.</p>	<p>Deltakarane i intervensjonsgruppa rapporterte om mindre smerter samstundes som dei hadde eit lågare inntak av smertestillande legemiddelet oxycodone. Sjukepleiaren er i god posisjon til å følgje opp pasienten, gi individuell, tilstrekkeleg smertelindring og støtte, som kan redusere smerte etter keisarsnitt. Kronisk smerte etter keisarsnitt blir sett i samheng med fødselsdepresjon. Det er naudsynt med ei biopsykososial tilnærming for å kunne vurdere og behandle postoperative smerter etter keisarsnitt.</p>

Artikkelmatrise, s. 5 av 6

Tittel:	Hensikt:	Metode og datasamling:	Utval:	Resultat:
<p>Marcus, H., Gerbershagen, H. J., Peelen, L. M., Aduckathil, S., Kappen, T. H., Kalkman, C. J., Meissner, W. & Stamer, U. M. (2014). Quality of pain treatment after caesarean section: Results of a multicentre cohort study. <i>European Journal of Pain</i>, 19. https://doi.org/10.1002/ejp.619</p>	<p>Analysere korleis smerte etter keisarsnitt påverka pasienten sine aktivitetar, og mogleg identifisere orsakar til utilstrekkeleg smertelindring det første døgnet etter operasjon.</p>	<p>Multisenter, prospektiv kohortstudie. Analyse av datamateriale samla inn gjennom prosjektet «The Quality Improvement in Postoperative Pain Treatment» (QUIPS) i perioden 2004-2010. Skriftleg og munnleg informasjon. Friviljug deltaking. Datamateriale vart anonymisert via databasen til QUIPS. Ei pasientgruppe med elektive keisarsnitt vart samanlikna med ei pasientgruppe med hysterektomi (fjerning av livmor). Pasientar med både pasientkontrollert smertelindring (PCA) og tradisjonell smertelindring er inkludert i studia.</p>	<p>811 pasientar med keisarsnitt frå 34 ulike fødeavdelingar. 2406 pasientar som hadde hysterektomi frå 54 ulike gynekologiske avdelingar. Inklusjonkriterium: Over 18 år, utfylt skjema friviljug på første postoperative dag etter elektiv operasjon og snakka tysk. Deltakarar som blei flytta til andre einingar etter operasjonen, eller som ikkje var på rommet ved innsamling av data, blei ekskludert frå studia.</p>	<p>Pasientane med keisarsnitt fekk langt mindre opioid, sjølv om dei hadde høgare smerteskår enn pasientane med hysterektomi. Høvesvis 14,1 % og 12,8 % av pasientane hadde eit ønske om meir smertelindring første postoperative døgn. Pasientane med PCA (pasientkontrollert analgetika), rapporterte om litt mindre smerter enn pasientane utan PCA, men begge grupper var utilstrekkeleg smertelindra. Marcus et al. peikar på at det spelte ei lita rolle om smertelindringa var styrt av sjukepleiar eller av pasienten. Vidare viser studia til at det er noko uklåre retningslinjer med tanke på smertelindring til kvinner med keisarsnitt og som samstundes ammar, noko som kan føre til restriktiv bruk av opioidar. Kurs i smertebehandling og bruk av opioidar til barselkvinna er naudsynt for både helsepersonell og pasienten, for å kunne betre den postoperative smertelindringa etter keisarsnitt.</p>

Tabell 4: Artikkelmatrise, s. 6 av 6

Tittel:	Hensikt:	Metode og datasamling:	Utval:	Resultat:
<p>Karlstrøm, A., Engstrøm-Olofsson, R., Nystedt, A., Sjøling, M. & Hildingsson, I. (2010). Women's postoperative experiences before and after the introduction of spinal opioids in anaesthesia for caesarean section. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 19 (9-10). https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1365-2702.2010.03213.x</p>	<p>Evaluerer nye rutinar for anestesi med spinale opioid for keisarsnitt, og effekten av dette på kvinnene sine vurdering av postoperative smerter, forventning til smerter, tilfredsheit med smertebehandling, amming, omsorg for barnet, og lengd på sjukehusopphald.</p>	<p>Samanliknande pasientundersøking. Data samla inn gjennom spørjeskjema. Samanlikning av to grupper kvinner som hadde keisarsnitt; den eine gruppa i 2005, den andre gruppa i 2007. Gruppa i 2007 fekk behandling med ny rutine for anestesi.</p>	<p>121 kvinner fylte ut skjema. Svarprosenten var 88% i den eine gruppa, 83% i den andre gruppa. Skjema vart i gjennomsnitt fylt ut på dag 4 etter operasjonen. Eksklusjonskriteria: Ikkje-svensktalande, overflytting til nyføddintensiv, ønskja ikkje å delta. Inklusjonskriteria: Svensktalande, hadde keisarsnitt med svangerskapslengde på over 28 veker, fødte friske born som ikkje hadde behov for intensivbehandling.</p>	<p>VAS-smerteskår vart redusert første postoperative dag etter innføringa av spinale opioid. Høgt nivå av smerte (VAS-skår mellom 4-10) gjekk ned frå 78% til 44% første postoperative dag, både ved elektive og akutte keisarsnitt. Ein fann ikkje endring i smerteskår på den andre postoperative dagen. Reduksjonen var minst hos førstegongsfødande med akutte keisarsnitt. Karlstrøm et al. skriv at dette tyder på at traumatiske opplevingar kan påverke nivået av smerte. Kvinnene som fekk spinale opioidar, hadde mindre sannsynlegheit for å rapportere om problem knytt til omsorg for barnet og å amme. Kvinnene med høg smerteskår andre postoperative dag rapporterte om problem med å amme og ta seg av det nyfødde barnet, uavhengig av elektivt eller akutt keisarsnitt. Lengda på sjukehusopphaldet vart redusert frå 4,0 dagar i 2005 til 3,1 dag i 2007.</p>

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Kritisk vurdering av:

Mørch, M. N., Sommerseth, E. & Dahl, B. (2021). Perceptions of postnatal care after emergency caesarean sections. *Sykepleien Forskning*, 14(76793) DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2019.76793>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Korleis den fysiske helsa etter akutt keisarsnitt vart ivaretatt på barselavdelinga. Kvinner i Europa er mindre nøgde med barselomsorga enn med fødeomsorga. Problemstillinga er relevant, då det har kome fram at svært mange er misfornøgde med omsorga dei får på barsel.

1. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Ja, den er ute etter barselkvinnene sine erfaringar.

2. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Ja

3. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis

mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Det er gjort greie for utval, og utvalet vert også sett på med kritisk blikk.

4. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Ja

5. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

8. Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
9. Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
10. Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Prosjektet er gjennomført etter Helsinkideklarasjonen. Studien er godkjent av Regionale komitear for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk (REK) og Norsk senter for forskingsdata (NSD).

6. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

7. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?

- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

[Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?](#)

8. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

11. Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
12. Har studien avdekket behov for ny forskning?
13. Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar: ja