



Institutionen för hälsovetenskaper
Sjuksköterskeprogrammet
VE8600H08

Kvinnors som förlösts med kejsarsnitt
– deras tankar, förväntningar och önskemål inför
nästkommade förlossning

Datum: 2009-02-12

Författare: Malin Danielsson

Lina Lennartsson

Sandra Olsson

Handledare: Suzanna Hägglöf

Examinator: Lena Persson

Kvinnor som förlöst med kejsarsnitt

– deras tankar, förväntningar och önskemål inför nästkommande förlossning

Författare: Malin Danielsson, Lina Lennartsson, Sandra Olsson

Handledare: Suzanna Hägglöf

Litteraturstudie

Datum 2009-02-12

Sammanfattning

Bakgrund: Kejsarsnittsfrekvensen har ökat signifikant de senaste tjugo åren. Att en kvinna en gång har fött med kejsarsnitt behöver inte innebära att hon ska göra det igen. Vissa vill förlösas med kejsarsnitt medan andras önskan är att få föda vaginalt. **Syfte:** Syftet var att beskriva kvinnors tankar, förväntningar och önskemål inför sin förlossning efter att tidigare genomgått kejsarsnitt. **Metod:** En systematisk litteraturstudie genom granskning av vetenskapliga artiklar. Tretton artiklar analyserades och sammanställdes. **Resultat:** Majoriteten av kvinnor uttryckte längtan efter en naturlig förlossning. Att uppleva delaktighet och vara involverade i processen att fatta ett beslut var viktigt. De önskade individanpassad information och stöd. Kvinnorna hade dock en mer realistisk inställning till barnafödandet efter att de genomgått kejsarsnitt första gången och hade en ökad förståelse för att kejsarsnitt ibland var nödvändigt. Deras inställning var att förvänta sig det oväntade och vara mera ödmjuk vad gäller attityd och övertygelse. **Slutsats:** Genom ökad kunskap avseende kvinnors tankar, förväntningar och önskemål inför sin förlossning efter att tidigare genomgått kejsarsnitt, kan vårdpersonalen ge stöd och individanpassad information i ökad omfattning.

Nyckelord: VBAC, information, upplevelse, beslut, kejsarsnitt

Women's thoughts, expectations and desires in the presence of their next delivery after a caesarean section

Author: Malin Danielsson, Lina Lennartsson, Sandra Olsson

Supervisor: Suzanna Hägglöf

Literature review

Date 2009-02-12

Abstract

Introduction: The caesarean section rate has increased significantly in the last twenty years. The fact that a woman has delivered by caesarean section once does not automatically mean that she will again. Some women want a repeat caesarean section while others want a vaginal birth. **Objective:** The aim of this study was to describe women's thoughts, expectations and desires in the presence of their delivery after a previous caesarean section. **Methods:** A systematic literature review through study of scientific articles. Thirteen articles were analyzed and combined. **Results:** Yearning for a vaginal delivery was what most of the women expressed. To be involved in the decision making process was important. The women wanted individually suited information and support. The women had a more realistic understanding of the birthing experience after the previous caesarean and had a greater understanding for the fact that caesarean sometimes is inevitable. Their attitude was to expect the unexpected and to be more humble in their expectation. **Conclusion:** Through increased knowledge regarding women's thoughts, expectations and desires in the presence of their next delivery after a previous caesarean section, the caregivers can give support and individual information at a greater extent.

Keywords: VBAC, information, experience, decision, cesarean section

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	7
METOD	8
Inklusionskriterier	9
Exklusionskriterier	9
RESULTAT	9
Längtan efter en naturlig förlossning	9
Förväntad kontroll vid VBAC	10
Att välja kejsarsnitt	11
Ändrade förväntningar om förlossningar efter kejsarsnitt	11
Oro och rädsla	12
Att välja förlossningsmetod	14
Informationens betydelse	18
Tankar om upplevd säkerhet	19
Tankar om stöd från sjukvården	15
Tankar om stöd från närstående	17
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	22
Slutsats	25
REFERENSER	
Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning	
Bilaga 2 Artikelöversikt	
Bilaga 3 Faser i arbetsgången vid analys av kvalitativa studier	

BAKGRUND

Kejsarsnittsfrekvensen har ökat de senaste tjugo åren i både i hög- medel- och låginkomstländer. Tidigare var det rutin att en kvinna som fött barn med kejsarsnitt per automatik skulle föda även kommande barn med kejsarsnitt beroende på risken för uterusruptur, det vill säga att livmodern spricker. Med dagens tvärgående livmodersnitt är läget annorlunda och uterusruptur förekommer knappast. Livmodern snittas nästan alltid på tvären, även när snittet i huden är på längden (Alfvén, Henning & Holmertz 1996). Kejsarsnitt är mer riskfyllt för modern än en vaginal förlossning på grund av risker som medföljer operationer i allmänhet med bland annat ökad trombosrisk och infektionsrisk (Weström et al. 2007, Källen, Rydström & Otterblad Olausson 2005). Dödligheten hos kvinnorna är förvisso låg, men två till sju gånger högre vid kejsarsnitt än vid vaginala förlossningar. Efter ett kejsarsnitt upplever kvinnan i regel mer smärta och återhämningsperioden är längre än efter en vaginal förlossning (Lobel & Stein DeLuca 2007).

Kejsarsnitt eller sectio caesarea innebär att barnet opereras ut via bukväggen. Operatören gör ett snitt i nedre delen av livmodern där barn och placenta plockas ut. Sedan sys snittet ihop i flera lager. Snittet kan läggas på flera sätt, till exempel på tvären ovanför blygdbenet (bikinisnitt), på tvären mellan navel och blygdbenet eller på längden i medellinjen (nedre medellinjesnitt) (Källen, Rydström & Otterblad Olausson 2005, Bennis et al. 2008). Ett planerat kejsarsnitt sker ofta med spinal- eller epiduralbedövning och då är kvinnan vaken men bedövd och känner därmed ingen smärta i operationsområdet. Kejsarsnitt kan vara planerade, medelakuta eller urakuta (Weström et al. 2007). Vid ett akut kejsarsnitt har plötsliga komplikationer uppstått hos modern eller barnet och ingreppet kan då behöva utföras i full narkos vilket innebär att kvinnan är sövd (Källen, Rydström & Otterblad Olausson 2005, Weström et al. 1997, Bennis et al. 2008).

Orsaker till kejsarsnitt är många. Den vanligaste orsaken är då barnet hotas av syrebrist. Andra orsaker är för trångt bäcken; bäckenträngsel eller då barnet inte ligger i optimalt läge för vaginal förlossning. Värkrubbningar genom primär värksvaghet när värkarbetet aldrig satt igång och blivit effektivt, eller sekundär värksvaghet då värkarbetet har tagit fart och sedan avstannat är andra indikationer för kejsarsnitt. Havandeskapsförgiftning då modern lider av högt blodtryck, flerbörd, psykosocial indikation på grund av mammans rädsla, moderkaksavlossning eller risk för sådan samt placering av moderkakan som omöjliggör en vaginal förlossning är andra orsaker till kejsarsnitt (Alfvén, Henning & Holmertz 1996, Weström et al. 1997). Idag görs en ny bedömning vid varje graviditet för att avgöra om en kvinna kan föda vaginalt eller inte. Att en kvinna en gång har fött med kejsarsnitt behöver inte innebära att hon ska göra det igen. En del orsaker till kejsarsnitt, som till exempel allvarlig bäckenträngsel, kvarstår förstås och går inte att påverka. Men andra orsaker som att barnet legat i säte eller att förlossningen avstannat behöver inte upprepas. (Alfvén, Henning & Holmertz 1996).

Det råder delade meningar om huruvida ökningen av kejsarsnitt beror på en förbättrad säkerhet eller på ett större antal onödiga operationer. Vissa menar att den minskade dödligheten hos nyfödda är ett direkt resultat av den höjda kejsarsnittsfrekvensen, men långt ifrån alla håller med (Källen, Rydström & Otterblad Olausson 2005). En studie i USA mellan 1998-2001 visade att barnadödligheten var 2.9 gånger större vid kejsarsnitt än vid vaginala förlossningar (Lobel & Stein DeLuca 2007). Mellan 1995-97 föddes ungefär 12 % av de svenska barnen med hjälp av kejsarsnitt (Källen, Rydström & Otterblad Olausson 2005; Weström et al. 1997, Bennis et al. 2008). Kejsarsnittsfrekvensen i Sverige är fortfarande lägre än i andra länder i väst, men trenden är tydlig, med en ökning på 6 % mellan 1990 och 2001 (Hildingsson 2006). Detta anses bero på en bättre kvalitet av förlossningsövervakningen och att det finns ett mindre behov i Sverige av att utföra kejsarsnitt för säkerhets skull (Weström et al. 1997). Ökningen har fortsatt men Sverige har ändå en kejsarsnittsfrekvens på 17 %,

vilket är lågt internationellt sett men ändå klart över WHO:s rekommendation på 10-15% (Källen, Rydström & Otterblad Olausson 2005; Weström et al. 1997).

Efter en förlossning ska kvinnan ha möjlighet att vila ut både fysiskt och mentalt. En förlossning är en mycket stor upplevelse och oftast har man svårt att koppla av. En nyförlöst kvinna är mycket mottaglig och känslig för sinnesstämningar. Hon är oerhört självcentrerad, allt cirkulerar kring barnet. Denna känsliga öppenhet har ibland angetts som en förutsättning för att den nyblivna mamman skall kunna ta emot och svara på barnets subtila signaler. Detta bör vårdpersonalen ha i åtanke när de arbetar med nyförlösta kvinnor (Weström et al. 1997).

Kvinnor som genomgått kejsarsnitt upplever lägre självkänsla och kroppsuppfattning än de som fött vaginalt. Sannolikheten är högre att dessa kvinnor känner sig lurade på en optimal förlossningsupplevelse och istället upplever sin förlossning som traumatisk. Känslor som misslyckande och brist på kontroll har också setts (Lobel & Stein DeLuca 2007). Att ge tydlig och korrekt information om varför ingreppet utfördes och om hur det går till såväl före som efter operationen är en förutsättning för att de nyblivna föräldrarna skall kunna uppleva förlossningen som något positivt. Efter alla kejsarsnitt är det absolut nödvändigt att operatören och barnmorskan i lugn och ro går igenom allt som har hänt och berättar varför de valde att genomföra ett kejsarsnitt (Weström et al. 1997).

Det är vanligare att nästa graviditet dröjer när första förlösts med kejsarsnitt (Holmertz 2005), eller att föräldrarna väljer att inte föda fler barn alls (Lobel & Stein DeLuca 2007). När nästa graviditet är ett faktum funderar många föräldrar på hur de vill ha nästkommande förlossning (Holmertz 2005).

SYFTE

Syftet med litteraturstudien är att beskriva kvinnors tankar, förväntningar och önskemål inför nästkommande förlossning efter att tidigare genomgått kejsarsnitt

METOD

Studien genomfördes som en systematisk litteraturstudie. Resultatet baserades på kvalitativa studier. Materialet till studien har hämtats via elektronisk sökning i databaser (Forsberg & Wengström 2003, Friberg 2006).

Systematisk och osystematisk informationssökning har genomförts (se bilaga 1). Databaser som använts i sökningen var PubMed och Cinahl. Sökord som använts var VBAC (vaginal birth after caesarean section), mode of delivery, previous, childbearing, delivery, birth, caesarean section, cesarean section, vaginal, operative, exploring, depression, experiences och mode of delivery i olika kombinationer. Huvudsökord har varit VBAC, användning av detta sökord har gett flest relevanta träffar i databaserna. Ytterligare material har sökts via ”related articles”-verktyg i databaserna och genom relevanta artiklars referenslistor. När en författare forskat i ämnet användes deras namn i sökningarna för att hitta ytterligare material (Friberg 2006).

Titlar som verkade svara mot syftet till studien valdes ut och abstract tillhörande dessa lästes igenom. Därefter uteslöts artiklar som inte var relevanta. Kompletterande sökningar utfördes sedan. Efter detta kvarstod sexton artiklar som svarade mot syftet. Ytterligare tre exkluderades vid närmare granskning. En av dessa artiklar fanns med i två upplagor fast med olika titlar och de övriga två svarade inte mot syftet. Tretton artiklar kvarstod som bedömdes ha hög vetenskaplig kvalitet (se bilaga 2) (Friberg 2006).

Materialet bearbetades genom att vi var för sig och tillsammans noggrant läste artiklarna. Meningar och stycken som stämde överens med syftet plockades ut ur de kvarvarande artiklarna för att ge en ökad överblick. Därefter diskuterades de kategorier gemensamt fram som presenteras som rubriker i resultatdelen av studien, utifrån materialets innehåll. Under arbetets gång, och i samråd med handledare har kategorierna sedan finslipats (Friberg 2006). För att få en överskådlig blick av arbetsgångens faser se bilaga 3.

Inklusionskriterier

Sökningen har varit inriktad på i första hand artiklar från länder vars levnadsstandard väsentligt motsvarar den i Sverige/Västeuropa. Endast artiklar skrivna på engelska som publicerats efter 1998 har använts. Andra inklusionskriterier var empiriska kvalitativa studier där abstract kunde läsas i samband med sökningarna. Endast studier som fokuserade på kvinnor som tidigare förlöst med kejsarsnitt har använts.

Termen kejsarsnitt används i denna studie om både elektivt och akut kejsarsnitt. Eftersom syftet fokuserar på nästföljande förlossning anses inte ytterligare begränsning nödvändig.

Exklusionskriterier

Kvantitativa artiklar och reviewartiklar har inte använts i resultatet.

RESULTAT

Resultatet består av åtta kategorier vilka är *Längtan efter naturlig förlossning*, *Förväntad kontroll vid VBAC*, *Att välja kejsarsnitt*, *Ändrade förväntningar om förlossningar efter kejsarsnitt*, *Oro och rädsla*, *Att välja förlossningsmetod* (med underrubrikerna *Tankar om stöd från sjukvården* och *Tankar om stöd från närstående*), *Informationens betydelse* och *Tankar om upplevd säkerhet*.

Längtan efter en naturlig förlossning

När kvinnorna tillfrågades vad som påverkat deras beslut om att välja VBAC var det var tre faktorer som framstod som de mest betydelsefulla; tron på att förlossningen var en viktig händelse i en kvinnas liv, familjens och vännernas attityder och kvinnans upplevelser/tankar kring sitt tidigare kejsarsnitt (Fenwick, Gamble & Haucks 2006a). Meddings et al. (2005) menade att de vanligaste anledningarna till VBAC var; att få uppleva en naturlig förlossning, en förväntning om snabbare anknytning till barnet, att amningen underlättas, mindre smärta och en snabbare konvalescens (a.a.).

En förlossning handlade för kvinnorna inte bara om att få ett friskt barn, utan sågs som någonting större och mer komplext. Det beskrevs som en viktig resa tillsammans med barnet där inte bara utgången var det viktiga utan också betydelsen av hur resan dit gick till och hur detta kunde berika livet som kvinna och som mamma (Fenwick, Gamble & Haucks 2006a, York et al. 2005). Majoriteten av kvinnor i studierna som upplevt ett kejsarsnitt ville i största möjliga utsträckning satsa på en ”normal” vaginal förlossning (Farnworth & Pearson, 2007; Emmet et al. 2006; Fenwick, Gamble & Hauck 2006a; Meddings et al. 2005; Moffat et al. 2007). Kvinnorna beskrev en inre drivkraft, något själsligt, som gjorde den naturliga förlossningen så betydelsefull att få erfara (Meddings et al. 2005; Ridley et al. 2002). Kejsarsnittet bidrog till känslan av att ha gått miste om en unik feminin upplevelse (York et al. 2005; Moffat et al. 2007).

Många beskrev hur naturligt och äkta det skulle upplevas att få föda vaginalt, de hade tankar kring att kvinnokroppen är skapt för att föda vaginalt och att så har det fungerat i alla tider. Att få en chans att föda vaginalt innebar att ha kapaciteten trots allt (Chigbu, Enwereji & Ikeme 2007; Fenwick, Gamble & Hauck 2006a; Moffat et al. 2007). Att kunna säga att de genomlidit en förlossning och klarat av det på egen hand var viktigt (Fenwick, Gamble & Hauck 2006a; Moffat et al. 2007).

Förväntad kontroll vid VBAC

Att uppleva kontroll vid VBAC handlade om att få vara med hela vägen och slutföra förlossningen, att känna sig trygg och att känna att personalen litade och lyssnade på dem (Fenwick, Gamble & Mawson 2003). Kvinnornas önskemål och beslutsamhet att få genomgå ett värkarbete och en naturlig förlossning ökade avsevärt efter kejsarsnittet. Många uttryckte att de genom kejsarsnittet blivit fråntagna all kontroll och att de istället kände sig hjälplösa under förlossningen. De såg VBAC som en möjlighet att uppleva kontroll vid kommande förlossning, genom att låta kroppen jobba fram barnet och aktivt medverka till en vaginal

förlossning (Fenwick, Gamble & Hauck 2006a). Detta var också orsaken till att fyra av fem kvinnor önskade VBAC istället för kejsarsnitt. (Ridley et al. 2002).

Att välja kejsarsnitt

De som valde elektivt kejsarsnitt motiverade sitt beslut med behov av att planera förlossningen och den närmsta tiden efter (Emmet et al. 2006; Meddings et al. 2005; Fenwick, Gamble & Hauck 2006b). Kvinnorna ansåg att ett planerat kejsarsnitt gav dem möjlighet att få mer specifik information av vad de hade att vänta sig och hur de kunde förbereda sig. Detta minskade risken att något oberäkneligt skulle inträffa och de slapp obehagliga överraskningar (Fenwick, Gamble & Hauck 2006b). Vissa uttryckte att om det blev ett till kejsarsnitt var det i alla fall bekvämt och hon visste i förväg datumet barnet skulle födas och kunde därför planera allt tillsammans med partner och familj (Fenwick, Gamble & Hauck 2006b).

Kvinnorna angav specifika orsaker till varför de trodde att kejsarsnitt var säkrare för barnet (York et al. 2005; Fenwick, Gamble & Hauck 2006b). Kejsarsnitt var en snabbare metod och de havande kunde förbereda sig på vad som skulle ske (Moffat et al. 2007). De trodde att kejsarsnitt var mindre dramatiskt för barnet. Ord som ”snabbare” och ”lättare” användes när de skulle beskriva processen, som att förhindra eller försäkra sig om att barnet inte blev ”mosat” eller ”krossat”. En kvinna beskrev att barnet är sött och i perfekt skick när han/hon kommer ut, och att huvudet inte har konstig form. Flera kvinnor trodde att detta var på grund av att kejsarsnitt innebar att inga instrument användes och att barn födda med hjälp av kejsarsnitt skulle vara mindre stressade och därför var det mindre sannolikt att barnet drabbades av syrebrist eller skulle behöva vård och/eller dö (York et al. 2005; Fenwick, Gamble & Hauck 2006b).

Ändrade förväntningar om förlossningar efter kejsarsnitt

Kvinnorna ansåg sig ha en mer realistisk inställning till barnafödandet efter att de genomgått kejsarsnitt första gången. Det pratades om vikten av att förvänta sig det oväntade och vara mera ödmjuk vad gäller attityd och övertygelse. Dessa kvinnor insåg att en förlossning kan vara oberäknelig och osäker. Att inte förvänta sig för

mycket och ”ta förlossningen som den kommer” innebar en minskad risk för besvikelse vid en eventuell ny graviditet (Fenwick, Gamble & Hauck 2006b).

Att kejsarsnitt var ett accepterat alternativ representerar en betydande förändring i många av kvinnornas förväntningar inför barnafödandet efter sitt första kejsarsnitt. Kvinnorna förklarade att de var mer öppna för och hade en ökad förståelse för att kejsarsnitt ibland var nödvändigt (Fenwick, Gamble & Hauck 2006b). Många ansåg att kejsarsnitt är ett sätt att föda barn i vårt moderna samhälle, och att det är en fantastisk möjlighet för de som råkar ut för komplikationer. (York et al. 2005; Fenwick, Gamble & Hauck 2006a).

Oro och rädsla

Studier visade att många kvinnor upplevde uttalad oro och rädsla inför valet av förlossningsmetod (Emmet et al. 2006; Meddings et al., 2005).

Kejsarsnitt sågs som traumatiskt eftersom det orsakade separation mellan mor och barn och störde nyföddhetsperioden. Många av kvinnorna talade om oron över att behöva skiljas från barnet direkt efter förlossningen, och att detta skulle göra det svårare att knyta an till barnet (Fenwick, Gamble & Hauck 2006a; Meddings et al. 2005). Kvinnorna upplevde även oro inför sina barns hälsa vid en eventuell kejsarsnittsförlossning (Dodd et al. 2006; Fenwick, Gamble & Hauck 2006a). De pratade om oron för problem med andningen för barn födda med kejsarsnitt. Kvinnorna ansåg också kejsarsnitt som riskabelt för att barnet kunde bli mörbultat och/eller skadat under operationen (Fenwick, Gamble & Hauck 2006a). En deltagare var rädd att uppleva samma komplikationer som under förra förlossningen och beskrev det som att hon desperat önskade att denna förlossning skulle bli annorlunda (Ridley et al. 2002).

Emmet et al.'s studie (2006) visade att de som valde att förlösas vaginalt i vissa fall grundade sitt beslut på rädsla för kejsarsnitt. Kejsarsnitt ansågs ha längre och smärtsammare återhämningsperiod och större risk för infektion (Fenwick, Gamble & Hauck 2006a; Dodd et al. 2006). För en del av kvinnorna innebar

bukoperationen som kejsarsnitt är ett avbräck i vardagen. Att ha fysiska restriktioner innebar inte bara oro, utan betydde också att kvinnan blev beroende av andra för att till exempel köra bil eller lyfta tunga saker. Andra risker med kejsarsnitt som oroade var svårstoppad blödning som kunde leda till hysterectomi, skador på inre organ i samband med operationen, risker i samband med epidural eller generell anestesi, fysiska ärr, och risk för komplikationer vid framtida graviditeter och förlossningar (York et al. 2005; Fenwick, Gamble & Hauck 2006a).

En del som valde elektivt kejsarsnitt motiverade sitt beslut med rädsla för vaginal förlossning (Emmet et al. 2006; Moffat et al. 2007). Kvinnorna oroade sig för att de inte skulle klara av att handskas med värkarna eller inte kunna föda ett barn på egen hand. En kvinna berättade att tanken på den smärta som värkarna innebar ”skrämde livet ur henne”. De som inte hade upplevt värkar tidigare att de kände sig som förstföderskor och uttryckte rädsla för det okända. Många beskrev sina värkar och upplevelsen av sitt första kejsarsnitt som ”chockerande och dramatiskt”, ”skrämmande”, ”oväntat och oförberett”, ”en besvikelse”, ”psykiskt påfrestande” och ”obehaglig”. Kvinnorna berättade om att kejsarsnittet hade skapat rädsla och oro. För dessa kvinnor var begreppet förlossning, speciellt vaginal förlossning, associerat med smärta och risk för komplikationer. Som en konsekvens av detta blev kvinnorna rädda för förlossningen och var mer mottagliga för föreställningen om att ett planerat kejsarsnitt var det säkraste alternativet och det bästa sättet att undvika en upprepning av negativa erfarenheter (Fenwick, Gamble & Hauck 2006b; Moffat et al. 2007).

En del kvinnor uttryckte rädsla för att gå in i ett värkarbete vid VBAC, för att sedan ändå behöva genomgå ett kejsarsnitt (York et al. 2005; Chigbu, Enwereji & Ikeme 2007; Dodd et al. 2006; Meddings et al. 2005). Tanken på att det ändå alltid fanns en liten risk att utgången blev ett akut kejsarsnitt beskrevs som skrämmande (Moffat et al. 2007).

Oro och osäkerhet gällde inte enbart val av förlossningsmetod vid nästkommande graviditet utan också osäkerhet om de någonsin skulle vilja bli gravida igen (Fenwick, Gamble & Hauck 2006b).

Att välja förlossningsmetod

Det fanns stora skillnader mellan hur säkra kvinnorna kände sig inför valet av förlossningsmetod. Det framkom variationer från att fattat beslutet redan innan graviditeten till att fortfarande vara osäker på om valet var rätt efter att barnet var fött. Generellt kände kvinnorna sig mycket osäkra och tyckte det var svårt att fatta ett beslut (Emmet et al. 2006; Farnworth et al. 2008; Moffat et al. 2007). Moffat et al. (2007) beskrev hur kvinnornas beslut förändrades hela tiden fram till förlossningsdatum. Det framkom att kvinnorna använde sig av en ”vänta-och-se” attityd, på så sätt kunde ställningstagandet undvikas (Emmet et al. 2006). Andra angav att de inte visste i vilken ände de skulle börja när de skulle göra sitt val (Farnworth et al. 2008). I minoritet var kvinnor som kände sig säkra på sitt beslut redan från början av sin graviditet (Emmet et al. 2006; Farnworth et al. 2008; Moffat et al. 2007). Även kvinnor som i början av graviditeten var säkra på sitt val ändrade sig i vissa fall senare (Farnworth et al. 2008). I Emmet et al. (2006) studie framhölls att beslut om förlossningsmetod aldrig är slutgiltigt, och den eventuella medicinska och/eller sociala påverkan var orsaken till detta.

Hälsomässiga risker och förtjänster påverkade inte valet av förlossningsmetod i större utsträckning eftersom riskerna upplevdes som små eller innebar lika stor risk oavsett förlossningsmetod. Större hänsyn verkade tas till praktiska faktorer och upplevelsen i sig, snarare än risker kopplade till respektive metod. Många upplevde dock att de velat ha mer fakta och siffror att grunda sitt beslut på (Emmet et al. 2006).

Kvinnornas upplevelser i samband med tidigare förlossning var också mycket betydelsefulla när beslut skulle tas inför nästkommande förlossning (York et al. 2005; Farnworth et al. 2008; Fenwick, Gamble & Hauck 2006a; Fenwick, Gamble & Hauck 2006b; Moffat et al. 2007). Hoppet om att få uppleva den typ av

förlossning de velat ha, men inte fått uppleva vid sin första graviditet var fortfarande stort (Farnworth & Pearson, 2007; Emmet et al. 2006; Fenwick, Gamble & Hauck 2006a; Meddings et al. 2005; Moffat et al. 2007).

Att uppleva delaktighet och vara involverade i processen att fatta ett beslut var viktigt (Moffat et al. 2007; Ridley et al. 2002). Att ha självförtroende nog att ställa frågor och hävda/stå för sitt val inför vårdpersonalen var också viktigt (Farnworth et al. 2008). Moffat et al. fann att kvinnor ibland kände att de inte hade något val, att olika förlossningsmetoder aldrig diskuterades utan att vaginal förlossning var det som föredrogs, kejsarsnitt presenterades inte som ett alternativ. Det upplevdes som att förlossningsmetoden var förbestämd och att ett beslut redan var taget (a.a).

Det fanns kvinnor som inte förstod att de själva skulle fatta beslutet om förlossningsmetod. (Farnworth et al. 2008). Många uttryckte ängslan över att de förväntades ta ansvar över det slutliga ställningstagandet. De flesta kvinnor var dock nöjda med graden av deltagande, ansvar och att personliga önskemål övervägdes under hela graviditeten (Moffat et al. 2007).

Tankar om stöd från sjukvården

För kvinnorna som förväntade sig VBAC var det av största vikt att vårdpersonalen visade respekt, uppmuntran och omhändertagande. Att personalen var medvetna om kvinnans individuella behov och hade tilltro till hennes förmåga att föda vaginalt var också av stor vikt för de kvinnor som önskade detta. Stödet från personalen kändes viktigt för att kunna fatta aktiva beslut rörande förlossningen (Fenwick, Gamble & Mawson 2003).

Fenwick, Gamble & Mawson fann i sin studie från 2003 att kvinnorna önskade träffa så få barnmorskor som möjligt under graviditeten, helst bara en eller två. De tänkte att de blev bättre respekterade om de mötte samma barnmorska vid varje besök på mödravården. Kontinuiteten ansågs viktig för att kvinnorna skulle känna

sig välinformerade och kunna ta beslut angående graviditeten och förlossningen (a.a).

Flera studier visade att kvinnorna själva var involverade i valet av förlossningsalternativ. Kvinnorna uppmuntrades från vården att själva fatta beslutet vilket de flesta kvinnor kände sig bekväma med istället för att lita till läkarens rekommendationer (Emmet et al. 2006; Meddings et al 2005).

I vissa fall gav mödravården rekommendationer för ett visst förlossningsalternativ och på grund av osäkerhet uttryckte flera kvinnor en önskan om att doktorn helt skulle ta beslutet åt dem (Moffat et al. 2007). För en del av kvinnorna bottnade sig osäkerheten i val av förlossningsmetod på att de upplevde att vårdpersonalen hade skilda åsikter om vad som var lämpligast (Emmet et al. 2006).

I flera studier framkom att vårdpersonal lyfte fram VBAC som det bästa alternativet och försökte därmed påverka kvinnan att besluta sig för detta (Farnworth & Pearson, 2007; Farnworth et al. 2008; Ridley et al. 2002; Emmet et al. 2006; Moffat et al. 2007). I en studie beskrevs hur kvinnorna verkligen fick strida för sin önskan att få välja något annat än VBAC (Farnworth et al. 2008). Det fanns även de kvinnor som upplevde att deras läkare stöttade dem helt i beslutet om VBAC (Ridley et al. 2002).

Andra kvinnor uttryckte att de stötte på motstånd i sin önskan att få föda vaginalt. Förlossningsvården var ovillig att stödja kvinnorna i beslutet om vaginal förlossning (Declercq et al. 2007; Fenwick, Gamble & Hauck 2006a; Fenwick, Gamble & Hauck 2006b; Emmet et al. 2006). De fick kommentarer från sin läkare såsom att de var dumma, själviska eller att de tog onödigt stora risker (Fenwick, Gamble & Hauck 2006a; Fenwick, Gamble & Hauck 2006b). Vid ett beslut om planerat kejsarsnitt var vårdpersonalens stöd som till stor del bidrog till det valet (Fenwick, Gamble & Hauck 2006b).

Läkaren var den som stöttade kvinnorna mest i deras beslut om förlossningsmetod. Barnmorskans påverkan varierade, vissa upplevde att hon var hjälpande och stödjande och andra tyckte att hon inte alls ville delta i diskussionen, utan lämnade detta helt åt läkaren (Emmet et al. 2006; Farnworth et al 2008). I en studie fick kvinnorna hembesök av en barnmorska vilket de upplevde som mycket positivt. Detta gav dem även en chans att prata igenom och bearbeta sitt tidigare kejsarsnitt (Farnworth et al. 2008).

Emmet et al. (2006) skriver att majoriteten upplevde att vårdpersonalen hade låtit kvinnan själv ta beslut angående förlossningsmetod. De presenterade de olika förlossningsalternativen och frågade vilket hon föredrog. Kvinnorna upplevde att de fått stöd och acceptans från vårdpersonalen oavsett vilket beslutet slutligen blev. De flesta av kvinnorna var nöjda med personalens tillbakadragna hållning, dock hade vissa av dem önskat mer stöd (a.a).

Tankar om stöd från närstående

Flera studier visade att kvinnorna sökte och fick stöd från partnern, familj, släkt och vänner inför sin förlossning. Detta gav dem drivkraft och styrka att stå på sig angående sitt önskemål om förlossningssätt (York et al. 2005; Farnworth & Pearson, 2007; Fenwick, Gamble & Hauck 2006a; Emmet et al. 2006; Farnworth et al. 2008).

Andra människors åsikter, inkluderat åsikter från familj och vänner, hade en stor inverkan på hur kvinnorna tänkte när de skulle fundera kring förlossningsmetod. Kvinnorna beskrev sökande efter, eller blev frikostigt erbjudna, stöd för uppfattningen om att vaginal förlossning var farlig. Skräckhistorier och egna erfarenheter och/eller vännernas personliga upplevelser förstärkte deras växande uppfattning att kejsarsnitt var det säkraste förlossningssättet (York et al. 2005; Fenwick, Gamble & Hauk 2006b).

Hos de kvinnor som var osäkra på vilken förlossningsmetod de önskade berodde det i vissa fall på skilda åsikter hos kvinnan och hennes partner (Emmet et al.

2006). I en studie av Farnworth et al. från 2008 beskriver författarna att där partnern/familjen själva upplevt kejsarsnittet som traumatiskt, tyckte kvinnorna att de hade svårt att erbjuda sitt stöd eller sin åsikt inför valet av förlossningsmetod vid nästa förlossning.

Informationens betydelse

Kvinnorna ansåg att informationen de fick var av stor betydelse för deras kommande beslut (York et al. 2005; Meddings et al. 2005). Flera studier visade att de flesta kvinnor upplevde att de fått för lite eller bristfällig information av vårdpersonalen inför sitt beslut om VBAC eller upprepat kejsarsnitt (Fenwick, Gamble & Mawson 2003; Farnworth et al. 2008; Emmet et al. 2006; Fenwick, Gamble & Hauck 2006a; Moffat et al. 2007; Chigbu, Enwewji & Ikeme 2007). I Farnworth et al. (2008) studie uttryckte kvinnorna osäkerhet över vinklad information från läkare som ville att de skulle föda vaginalt. Motsägande information från olika håll inom vården gav också upphov till osäkerhet och förvirring, till exempel upplevde flera kvinnor att informationen från barnmorskan inte var densamma som den från läkaren. Studien visade också att informationen från vårdpersonalen inför valet av förlossningsmetod inte gavs rutinmässigt, men tillhandahölls vid efterfrågan. Detta innebar att kvinnorna själva kunde skraddarsy informationen och endast ta till sig det de ansåg var relevant för just dem. En viss förkunskap och krav på självförtroende behövdes dock för att våga fråga och kunna ställa de rätta frågorna (Emmet et al 2006). Moffat et al. (2007) beskriver i sin studie att flertalet kvinnor hellre önskade information och råd kring sin egna specifika situation i stället för information kring de olika förlossningsalternativen.

För att framföra sina önskemål och undersöka sina möjligheter och alternativ sökte många kvinnor mer information även via TV, Internet, närstående och andra personer i deras närhet (York et al. 2005; Farnworth & Pearson, 2007; Farnworth et al. 2008; Fenwick, Gamble & Hauck 2006a; Fenwick, Gamble & Mawson 2003; Moffat et al. 2007).

Kvinnorna använde informationen de fick till att försöka förstå hur de skulle fatta sitt beslut och till att försäkra sig om att de hade fattat ett beslut grundat på fakta. Dessutom kunde informationen användas till att rättfärdiga sitt beslut inför en ibland oförstående eller fördömande omgivning. Information bidrog också till att kvinnorna kände sig mer säkra på sitt beslut och att de då kunde motivera det och känna sig trygga i sitt val (Farnworth et al. 2008).

Tankar om upplevd säkerhet

Kvinnornas tankar kring hur stor betydelse vårdpersonalen och närmiljön har vid en förlossning förändrades efter kejsarsnittet. Många pratade om att till nästa förlossning byta läkare/mödravård, sjukhus, be om ”second opinions”, eller att vägra interventioner såsom igångsättning eller epiduralbedövning (Fenwick, Gamble & Hauck 2006a). Alla kvinnorna menade att rutinerna vid/inför förlossningen, såsom CTG-övervakning, eventuell fasta och regelbundna vaginala undersökningar minskade deras chanser att föda vaginalt. De enda ingreppen/undersökningarna som av kvinnorna ansåg nödvändiga under värkarbetet var blodprovstagning för bastest och sättande av PVK. Regelbunden auskultation av barnets hjärtljud var den metod för fosterövervakning som de flesta kvinnorna föredrog (Fenwick, Gamble & Mawson 2003).

Var man födde sitt barn hade också stor betydelse för kvinnornas upplevelse av säkerhet. Kvinnorna uttryckte en önskan att föda i en miljö där de kände sig trygga och säkra. Med säkerhet menades att kvinnan skulle känna sig omhändertagen och respekterad. Detta begrepp kopplades inte per automatik till sjukhusmiljön. Man framhöll att sjukhusmiljön där kvinnor föder barn är opassande för ändamålet och att den miljön inte möter kvinnans behov. Ett bra sjukhus upplevdes egentligen inte ha så mycket med en positiv och säker förlossningsupplevelse att göra. Många önskade därför en hemförlossning när de skulle föda nästa barn (Fenwick, Gamble & Mawson 2003; Fenwick, Gamble & Hauck 2006a).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Denna litteraturstudie baserades på tretton kvalitativa studier, alla skrivna på engelska. Det har inte varit några problem med att översätta från engelska. Artiklarna har granskats både enskilt och gemensamt för en samstämmig tolkning. Den bristande erfarenheten av att granska, klassificera och värdera de vetenskapliga studierna kan däremot ses som en svaghet i studien. Vid genomgång av valda artiklars etiska ställningstagande kan elva utav tretton bedömas vara tillfredställande. Två av artiklarna är inte granskade av etisk kommitté. Vi anser dock dessa vara tillförlitliga efter egen granskning.

Att granska och sammanställa artiklar som behandlar ett ämne där vi redan har en uppfattning och förförståelse var komplicerat. När ämnesområdet ligger nära den egna vardagen finns redan uppfattningar om hur verkligheten ser ut, men vi har ansträngt oss för att sätta förförståelsen åt sidan. Det finns alltid en risk att objektiviteten kan gå förlorad i ämnet, det måste finnas en viss distans för att kunna reflektera (Olsson & Sörensen 2002). Det har varit en utmaning att endast inkludera material som svarade mot syftet, då vårt intresse för ämnet är stort och det kan vara svårt att begränsa sig till det som är relevant och utesluta sådant som faktiskt bara är intressant.

En av studierna är genomförd av en organisation som förespråkar kvinnors rätt till elektivt kejsarsnitt. Kvinnorna har svarat på frågor via organisationens hemsida, eller varit medlemmar som blivit uppringda för intervju. Detta innebär förmodligen att alla kvinnorna som tillfrågats redan på förhand är inställda på, och vill välja kejsarsnitt som förlossningsmetod. Möjligen har detta påverkat litteraturstudiens resultat men förmodligen inte i någon nämnvärd betydelse.

När kategorierna skapades framträdde genast en självklar sådan som benämns ”Längtan efter en naturlig förlossning”. En svårighet under arbetets gång var att skapa kategorier som svarade väl mot syftet. Författarna omarbetade och förfinade

kategorierna flertalet gånger för att nå det slutliga resultatet. Det har varit svårt att skapa kategorier vars innehåll inte flyter in i varandra. Vi diskuterade om detta kan ha att göra med att det är kvinnors känslor som ska beskrivas. Vi upplevde att känslor är svåra att kategorisera.

Noggranna sökningar har genomförts och ansträngningar har gjorts för att inkludera alla studier som svarade direkt mot syftet. Det material som varit intressant i sammanhanget men som är irrelevant för syftet har gällrats bort. Utfallet vid litteratursökningarna har varit fullt hanterbart och detta tolkas som att studiens syfte inte varit för brett eller smalt. Majoriteten av artiklarna kommer från västvärden, det bör dock poängteras att även länder i väst kan skilja sig mycket från varandra vad gäller kultur och tradition, och då även synen på förlossningen som fenomen. Det kan också vara skillnader i vem som ger vilken vård till kvinnan, till exempel är det i vissa länder enbart läkaren som ansvarar för förlossningsvården.

På grund av att kejsarsnitt i det engelska språket stavas på två olika sätt har dubbla sökningar genomförts så att båda stavningarna använts separat. Detta gjordes för att inte relevant material skulle falla bort på grund av att inte alla möjliga stavsätt tagits med i beräkningen. I detta arbete har orden nursing, nurse* eller midwifery ej använts i sökningarna. Anledningen till detta var att studiens vinkling skulle utgå ifrån kvinnans perspektiv och inte utifrån sjuksköterskans eller barnmorskans. Detta perspektiv kommer att hjälpa sjuksköterskor att lättare kunna förstå kvinnans situation och kunna vägleda henne i sina val.

Samarbetet oss emellan har flutit väl under arbetets gång och detta är till fördel för litteraturstudiens kvalitet. Vi anser att vi har fått svar på vårt syfte och på de frågeställningar som vi ställde inför denna studie.

Resultatdiskussion

I denna litteraturstudie var syftet att beskriva kvinnors tankar, förväntningar och önskemål inför sin förlossning efter att tidigare genomgått kejsarsnitt. Majoriteten av kvinnor uttryckte längtan efter en naturlig förlossning. Att uppleva delaktighet och vara involverade i processen att fatta ett beslut var viktigt. De önskade individanpassad information och stöd. Kvinnorna hade dock en mer realistisk inställning till barnafödandet efter att de genomgått kejsarsnitt första gången och hade en ökad förståelse för att kejsarsnitt ibland var nödvändigt. Deras inställning var att förvänta sig det oväntade och vara mera ödmjuk vad gäller attityd och övertygelse.

Majoriteten av kvinnorna i studierna längtade efter en naturlig förlossning. För kvinnorna handlade det inte endast om att få ett friskt barn. Förlossningen beskrevs som en resa tillsammans med barnet där inte bara utgången var det viktiga. Trots detta tyder trenden på ökade kejsarsnitt (Weström et al. 2007, Källen, Rydström & Otterblad Olausson 2005). Förändringar i vårdens rutiner och arbetsätt kan ha varit en orsak till ökningen av kejsarsnitt i Sverige. En annan möjlig förklaring kan vara en attitydförändring hos vårdgivare och samhälle vad gäller elektiva kejsarsnitt (Hildingsson 2006, Guirgis 1997). Den perinatale mortaliteten i Sverige minskar (Nyrén 2003, SCB) men studier har visat att det inte är den förhöjda kejsarsnittsfrekvensen som är orsak till detta (Sheller & Nelson 1994). Det är en stor utmaning att i tid identifiera de få barn som är på väg att utveckla en allvarlig syrebrist med risk att dö eller utveckla handikapp utan att samtidigt riskera att utföra ett stort antal onödiga kejsarsnitt (Hagberg et al. 2008). Det går inte att säga om det är rätt eller fel att operera enligt vår uppfattning. Det hade varit intressant att i en framtida studie se om man gjorde modern och barnet en tjänst, eller om man helt enkelt utsatte dem för ytterligare risker i onödan. Kanske genomförs kejsarsnitt för säkerhets skull. Det skulle vara intressant att veta hur många förlossningar som hade slutat väl om inte kejsarsnitt utförts, jämfört med hur många som får men eller skadas under operationen. Problemet är att det är

omöjligt att veta hur det skulle ha gått om vårdpersonalen låtit den vaginala förlossningen fortgå.

En del kvinnor upplevde att kejsarsnitt är det säkra/trygga/riskfria alternativet att föda sitt barn. Ett kejsarsnitt innebär dock ett större ingrepp på kroppen och är därför mer riskfyllt (Weström et al. 2007, Källen, Rydström & Otterblad Olausson 2005). Spielberg Gardner (2003) visade i sin studie att den ökade säkerheten som en vaginal förlossning innebär för barnet jämfört med ett kejsarsnitt inte är allmänt känt hos föräldrar, som då antar motsatsen. Markant fler barn har respiratoriska problem efter kejsarsnitt än efter en vaginal förlossning. Värkarna stimulerar till reabsorption av lungvätskan och stressen som värkarbetet innebär, hjälper barnet att förbereda sig för livet utanför livmodern. Inget av detta inträffar vid en kejsarsnittsförlossning som inte föregås av värkarbete (Spielberg Gardner 2003, Nielsen & Hökegård 1998). Ryding (1991) konstaterar i sin studie att när en kvinna väljer elektivt kejsarsnitt tyder det på att hon är mycket rädd och orolig inför förlossningen. Rädslan att föda kan vara den huvudsakliga orsaken till ett elektivt kejsarsnitt (Hildingsson 2006). Elektivt kejsarsnitt kan dock inte bota förlossningsrädsla. När en gravid kvinna begär elektivt kejsarsnitt som inte är medicinskt motiverat är detta en indikation för rådgivning/samtalsterapi (Sjögren 1998, Ryding 1991). Kvinnorna som initialt efterfrågade kejsarsnitt av psykosociala skäl, valde efter rådgivning eller kortvarig psykoterapi att föda vaginalt (Ryding 1991). Det verkar som att de kvinnor som fått en utförlig information om de olika förlossningsalternativen och dess risker och förtjänster oftare väljer att förlösas vaginalt. Väljer kvinnan kejsarsnitt kan detta bero på okunskap, eller en ren förlossningsrädsla. Dock kan rädslan i sin tur bero på okunskap, det visade Ryding när kvinnorna som fått rådgivning faktiskt ändrade uppfattning. Detta skulle innebära att man kan hjälpa många kvinnor till att välja att få uppleva VBAC.

Kvinnor kände en osäkerhet inför sitt beslut om förlossningsmetod. Kvinnorna ansåg att informationen påverkade beslutet. Patienten har enligt Hälso- och

sjukvårdslagen alltid rätt att vägra en föreslagen behandling. Patienten har däremot inte rätt att få en behandling som läkaren anser olämplig ur medicinsk synvinkel. Slutligen ska varje behandling ske i samråd med patienten (a.a). I SOU-delbetänkandet "Patienten har rätt" betonas vikten av information om behandlingsalternativ. Man konstaterar att det vore inkonsekvent om patienten skulle få noggrann och förståelig information, men sedan inte kunde välja utifrån sin förvärvade kunskap (a.a). Det är väsentligt att personalen är medveten om hur viktigt det är för kvinnan att få vara delaktig i beslutet om förlossningsmetod. Att nå fram till dessa kvinnor med individanpassad information är kanske ett sätt. Är det alltid klokt att lägga ansvar avseende val av förlossningsmetod på kvinnan? Tyngden av detta ansvar kan skapa oro och stress. Kanske ska vissa beslut fattas av ansvarig vårdgivare som har kompetens nog att ta detta ansvar. Det är viktigt att göra kvinnorna medvetna om att information som söks via TV, böcker och Internet kan vara felaktig eller vinklad. Mödravården bör se det som sin uppgift att rekommendera tillförlitliga källor.

Vårdpersonalen hade olika åsikter om vilken förlossningsmetod som är att föredra. I vissa studier förespråkade vårdpersonalen VBAC medan vårdpersonalen i andra studier talade för kejsarsnitt. En omfattande studie visade att läkare med mycket erfarenhet var mer villiga att utföra elektiva kejsarsnitt än läkare med mindre erfarenhet. Barnmorskor förespråkade vaginal förlossning medan obstetrikern och familjeläkaren tyckte att en kvinna hade rätt att kräva ett elektivt kejsarsnitt (Hildingsson 2006). Kanske behöver samarbetet mellan barnmorska och läkare eller samarbetet mellan mödra- och förlossningsvård förbättras. Vinklad information behöver nödvändigtvis inte vara fel utan kan vara ett sätt att hjälpa kvinnan att ta ställning, det är dock personer med kompetens som ger råden/informationen. Det framstår som att vårdpersonalen har svårt att dölja sin ståndpunkt eftersom så många av kvinnorna kände sig pressade oavsett sitt val. Eller kände kvinnorna sig pressade för att vårdpersonalen ville diskutera kring de olika alternativen när hon faktiskt redan bestämt sig.

Slutsats

Alla kvinnor som tidigare genomgått kejsarsnitt bör erbjudas utbildning eller rådgivning (Spielberg Gardner 2003). Ett tidigare genomgått kejsarsnitt, elektivt eller akut, ökar riskerna för ett upprepat kejsarsnitt (Hildingsson 2006). Rådgivningen skulle öka kvinnornas chanser till en positiv vaginal förlossning. I samtalen kan man ta upp hur den tidigare traumatiska förlossningen upplevdes, kvinnans oro, besvikelse, brist på tillit och kvinnans eventuella förlossningsrädsla. Till exempel kan kvinnor som tidigare genomgått kejsarsnitt uppmuntras att söka sig till stödgrupper för VBAC och passande förberedande förlossningskurser (Spielberg Gardner 2003). En av grundpelarna i omvårdnadsarbetet är information, detta kan inte nog poängteras. Faktum är att en normal vaginal förlossning är det säkrare alternativet, och därför borde vårdpersonalen inrikta sig på att ge denna information till kvinnorna. Genom dessa åtgärder borde man kunna minska de elektiva kejsarsnitten efter ett tidigare kejsarsnitt.

REFERENSER

* = artiklar som ingår i resultatet

Alfvén, M., Henning, E. & Holmertz, V. (1996) *Kejsarsnittsboken*. Sättning Monilar AB, Solna.

Bennis, M., Lindam, A., Cnattingius, S. & Stephansson, O. (2008). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973-2006*. Socialstyrelsen.

* Chigbu, C.O., Enwereji, J.O. & Ikeme A.C. (2007). Women's experiences following failed vaginal birth after caesarean delivery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* Vol. 99, ss. 113-116.

* Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P. & Applebaum, S. (2007). Listening to Mothers II: Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. *The Journal of Perinatal Education*, Vol. 16:4.

* Dodd, J., Pearce, E. & Crowther, C. (2004). Women's experiences and preferences following Caesarean birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* Vol 44, ss. 521-524.

* Emmet, C.L., Shaw, A.R.G., Montgomery, A.A. & Murphy, D.J. (2006). Women's experience of decision making about mode of delivery after a previous caesarean section: the role of health professionals and information about health risks. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology* Vol. 113, ss. 1438-1445.

*Farnworth, A. & Pearson, P. H. (2007). Choosing mode of delivery after previous caesarean birth. *British journal of midwifery* Vol. 15, No. 4, ss.188-194.

* Farnworth, A., Robson, S.C., Thomson, R.G., Burges Watson, D. & Murtagh, M.J. (2008). Decision support for women choosing mode of delivery after a

previous caesarean section: a developmental study. *Patient education and Counseling* Vol. 71, ss. 116-124.

* Fenwick, J., Gamble, J. & Hauck, Y. (2006a). Believing in birth – choosing VBAC: the childbirth expectations of a self-selected cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing* Vol. 16, ss. 1561–1570.

* Fenwick, J., Gamble, J. & Hauck, Y. (2006b). Reframing birth: a consequence of cesarean section. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 56(2), ss. 121-132.

* Fenwick, J., Gamble, J. & Mawson, J. (2003). Women's experiences of Caesarean section and vaginal birth after Caesarean: A Birthrites initiative. *International Journal of Nursing Practice* Vol. 9, ss. 10–17.

Forsberg, C., Wengström, Y. (2003). Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Natur och kultur

Friberg, F. (2006). Dags för uppsats – en vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Danmark: Studentlitteratur.

Guirgis, RR. (1997) Women's choice is a major reason for the increase in the numbers of caesarean sections performed in recent years. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: Suppl 167:4: 29.

Hagberg, H., Amer-Wåhlin, I., Herbst, A., Lilja, H., Norén, H., Olofsson, P., Maršál, K. (2008) *Ny övervakningsmetod gör förlossningen säkrare för barnet.* Läkartidningen Nr. 48, Vol. 101, ss 3875-3881.

Hildingsson, I. (2006) How much influence do women in Sweden have on caesarean section? A follow-up study of women's preferences in early pregnancy. *Midwifery* Vol. 24, ss. 46-54.

Holmertz, V. (1995) *Kejsarsnitt*. Bokförlaget Prisma, Stockholm.

HSL 1982:763 2 b § Hälso- och sjukvårdslag

Källen, K., Rydström, H. & Otterblad Olausson, P. (2005) *Kejsarsnitt i Sverige 1990-2001*. Socialstyrelsen.

Lobel, M. & Stein DeLuca, R. (2007). Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. *Social Science & Medicine* Vol 64 ss. 2272–2284.

* Meddings, F., MacVane Phipps, F., Haith-Cooper, M. & Haigh, J. (2005). Vaginal birth after caesarean section (VBAC): exploring women's perceptions. *Journal of Clinical Nursing* Vol. 16, ss. 160-167.

* Moffat, M.A., Bell, J.S., Porter, M.A., Lawton, S., Hundley, V., Danielian, P. & Bhattacharya, S. (2007). Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: a qualitative study. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology* Vol. 114, ss. 86-93.

Nielsen T.F. & Hökegård K.H. (1998) The incidence of acute neonatal respiratory disorders in relation to mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 4; 63: 109-14

Nyrén G. (Projektledare) (2003) Medicinskt program: Kvinnors hälsa. Hälso- och sjukvård inom obstetrik och gynekologi. Landstinget Östergötland.

Olsson, H., Sörensen, S. (2002) *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Liber AB, Stockholm.

* Ridley, R.T., Davis, P.A., Bright, J.H. & Sinclair, D. (2002). What influences a woman to choose vaginal birth after caesarean? *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* Vol. 31, ss. 665-672.

Ryding, E.L., (1991). Psychosocial indications for cesarean section: A retrospective study of 43 cases. *ATCA Obstetricca et Gynecologica Scandinavia* Vol. 70, ss 47-49.

SCB (Statistiska centralbyrån) (2008) [Elektronisk]. *Födda och döda 1980-2007 samt prognos 2008-2050*, Tillgänglig:
http://www.scb.se/templates/tableOrChart____91828.asp

Sheller J, Nelson K (1994). Does cesarean delivery prevent cerebral palsy or other neurologic problems of childhood? *Obstet Gynecol* 1994; 83: 624-30

Sjögren B. (1998) *Förlossningsrädsla*. Lund: Studentlitteratur, ss 88-110.

SOSFS 1993:17 Socialstyrelsens allmänna råd. Omvårdnad inom hälso- och sjukvården.

SOU (1997). *Patienten har rätt*. Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000), Stockholm (1997:154: 189-95).

Spielberg Gardner, P. (2003). Previous traumatic birth: An impetus for requested cesarean birth. *The journal of perinatal education* Vol. 12. No 1, ss 1-5.

Weström, L., Åberg, A., Andersson, U-B. & Jönsson, E. (1997) *Obstetrik och gynekologi – klinik och vård*. Andra upplagan. Studentlitteratur, Lund.

* York, S., Briscoe, L., Walkinshaw, S. & Lavender, T. (2005). Why women choose to have a repeat caesarean section. *British journal of midwifery* Vol. 13, No 7, ss. 440-445.

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Sökning Datum	Databas	Huvud sökord Antal träffar	+ Undersökord	Antal träffar	Utvalda artiklar
2008-10-16	PubMed	mode of delivery	caesarean section and experiences	18	Emmett et al. (2006) Dodd, Pearce & Crowther (2004) Farnworth et al. (2008) Moffat et al. (2007)
2008-10-16	PubMed	VBAC	experiences	5	Chigbu, Enwereji & Ikeme (2007) Meddings et al. (2007) Ridley et al. (2002)
2008-12-18	Cinahl	VBAC	exploring	5	Fenwick, Gamble & Hauk (2006a) Fenwick, Gamble & Hauck (2006b) Meddings et al. (2005)
2008-12-18	Cinahl	mode of delivery	previous caesarean section	10	Emmett et al. (2006) Farnworth & Pearson (2007) Farnworth et al. (2008) York et al. (2005)
2008-12-18	PubMed	Fenwick	Gamble	3	Fenwick, Gamble & Hauk (2006a) Fenwick, Gamble & Hauck (2006b)

					Fenwick, Gamble & Mawson (2003)
2009-01-22	PubMed	VBAC	listening to mothers and childbearing and experiences	10	Declercq et al. (2007)

Artikelöversikt

Titel:	Women's experiences following failed vaginal birth after cesarean delivery.
Författare:	Chigbu, CO., Enwereji, JO., Ikeme, AC.
Publicering:	International Journal of Gynaecology and Obstetrics 2007
Syfte:	Syftet var att undersöka kvinnors upplevelser och erfarenheter efter ett misslyckat VBAC.
Metod:	Deltagarna i studien har fått fylla i enkäter med öppna (11st) samt slutna (10st) frågor. Här ställdes frågor om upplevelsen av det misslyckade VBAC försöket samt om deras socioekonomiska status. Materialet har analyserats via innehållsanalys. Resultatet delas in i två grupper, de mammor som tidigare varit med om en vaginal förlossning samt ett kejsarsnitt och de som endast varit med om kejsarsnitt.
Resultat:	I en skala mellan 1 (sämst) och 10 (bäst) så graderade mammorna med en tidigare vaginal förlossning sin upplevelse av det misslyckade VBAC försöket till 7,4 medan de andra graderade den till 2,1. Av alla deltagare i studien tyckte 64,7% att de hade blivit erbjudna för få valmöjligheter till kejsarsnittet var det värsta med upplevelsen och 26,9% upplevde att det värsta med denna händelse var att först utså smärta och trauma som ett vaginalt förlossningsarbete innebär och sedan ändå behöva vara med om ett ytterligare kejsarsnitt.

Titel:	Listening to Mothers II: Report of the Second National U.S Survey of Women's Childbearing Experiences
Författare:	Declercq, ER., Sakala C., Corry, MP., Appelbaum S.
Publicering:	Journal of Perinatal Education 2007
Syfte:	Kontinuerliga "Listening to mothers" - undersökningar syftar till att få kunskap om gravida kvinnors upplevelser och perspektiv för

	att kunna förbättra mödravården i USA.
Metod:	Amerikansk enkät med öppna frågor riktad till kvinnor som födde ett barn på sjukhus år 2005. 200 kvinnor intervjuades per telefon, och 1373 kvinnor svarade på enkäten online. 903 av kvinnorna svarade på kompletterande frågor postpartum.
Resultat:	Resultatet identifierar många möjligheter att minska glappet optimala och faktiska upplevelser för mödrar i graviditet och födelseprocessen. Detta ur bland annat forsknings- och utbildningssynpunkt.

Titel:	Women's experiences and preferences following Caesarean birth.
Författare:	Dodd, J., Pearce, E., Crowther, C.
Publicering:	Australian and New Zealand of Obstetrics and Gynaecology 2004.
Syfte:	Syftet var att undersöka kvinnors inställning till deras nästkommande förlossning efter ett tidigare kejsarsnitt.
Metod:	319 kvinnor valdes ut varav 208 kvinnor deltog vilka alla hade varit med om ett kejsarsnitt mellan december 2002- juni 2003. Kvinnorna valdes ut via en databas på ett sjukhus i Adelaide. De fick sedan svara på ett frågeformulär. De som inte svarade på formuläret ringdes upp vid två tillfällen för att få chans att på så sätt komplettera frågorna och delta i studien. Resultatet analyserades med SPSS metoden.
Resultat:	De flesta kvinnorna var nöjda med sin föregående förlossning (betyg 6,3 där max var 10) men skulle ändå planera för en vaginal förlossning vid sin nästkommande graviditet.

Titel:	Women's experience of decision making about mode of delivery after a previous caesarean section: the role of health professionals and information about health risks.
Författare:	Emmet, CL., Shaw, ARG., Montgomery, A.A., Murphy, DJ.

Publicering:	General obstetrics 2006.
Syfte:	Syftet var att undersöka kvinnors upplevelser vid ställningstagandet till förlossningssätt efter ett tidigare kejsarsnitt.
Metod:	Studien genomfördes som en kvalitativ intervju studie. Deltagarna rekryterades från två olika sjukhus i Skottland. 65 kvinnor kontaktades och tillfrågades via brev vilket resulterade i 21 deltagare (20-39 år). Intervjuer genomfördes hemma hos deltagarna. Intervjuerna spelades in och varade mellan 25-50minuter. Analysmetoden som användes är beskriven av Ritchie and Spencer.
Resultat:	Studien visade stora variationer mellan hur säker kvinnan var på den planerade förlossningsmetoden. Från att ha fattat beslutet redan innan hon blev gravid till dem som fortfarande var osäkra på om de valt rätt efter att barnet var fött. Kvinnorna som valde elektivt kejsarsnitt motiverade detta med en rädsla för vaginal förlossning. Vissa av kvinnorna kände stor oro inför beslutstagandet. Deltagarna tog större hänsyn till praktiska faktorer och upplevelsen i sig i valet av förlossningsmetod, snarare än risker kopplade till resp. metod. Studien visade att kvinnor uppmuntrades från vården att själva fatta beslut om förlossningsmetod istället för att lita på läkarens rekommendation.

Titel:	Choosing mode of delivery after previous caesarean birth.
Författare:	Farnworth, A & Pearson, P. H.
Publicering:	British journal of midwifery April 2007
Syfte:	Syftet var att undersöka och ta del utav kvinnors beslutsfattandeprocess angående förlossningen inför deras nästkommande graviditet när tidigare förlossning var via ett kejsarsnitt.
Metod:	11 kvinnor deltog i studien. Semistrukturerade kvalitativa intervju studier vilka spelades in på band utfördes hemma hos deltagarna. Analysmetoden gjordes för hand med "constant comparative" metoden enligt Strauss och Corbin (1990).

Resultat:	Fyra teman identifierades angående beslutsfattandeprocessen; förväntningar, kunskap, osäkerhet och moral. Valet påverkades via människor i kvinnornas närhet och deras tidigare erfarenheter. Medicinsk information om risker/förtjänster var även något som kvinnorna tog hänsyn till. Moraliserande aspekter angående att fatta det rätta beslutet för kvinnorna och deras barn var även något som spelade stor roll.
-----------	---

Titel:	Decision support for women choosing mode of delivery after a previous caesarean section: A developmental study.
Författare:	Farnworth, SC., Robinson, SC., Thomson, RG., Burges Watson, D., Murtagh, MJ.
Publicering:	Patient Education and Counselling 2007.
Syfte:	Syftet var att undersöka informationens betydelse i stödet till kvinnor som ska välja förlossningsmetod efter ett tidigare kejsarsnitt.
Metod:	Inklusionskriterier; alla deltagare skulle ha förlöst via kejsarsnitt en gång tidigare och inte haft några vaginala förlossningar. 40 kvinnor blev tillfrågade och 32 kvinnor deltog i studien där 16 fick standard vård och 16 standard plus extra åtgärder (informations DVD samt hembesök av barnmorska). Alla deltagare fyllde i frågformulär i graviditetsvecka 12, 28 samt 37. 18 av 32 deltagare deltog även i semi- strukturerade intervjuer, detta skedde i graviditetsvecka 36. Resultatet delades sedan in i 4 kategorier. Studiens analysmetod var deskriptiv.
Resultat:	Studien visade att majoriteten av deltagarna upplevde det som svårt att bestämma sig i valet angående förlossningsmetod. De tyckte även att de generellt fått för lite information i beslutet VBAC eller elektivt upprepat kejsarsnitt. En del av kvinnorna förstod inte att det var de själva som skulle bestämma förlossningssätt. Enligt studien så vinklar läkare informationen i riktningen de förespråkar. Många av kvinnorna fick känslomässigt stöd från sina familjer och sin partner.

Titel:	Believing in birth – choosing VBAC: the childbirth expectations of a self-selected cohort of Australian women.
Författare:	Fenwick, J., Gamble, J., Hauck, Y.
Publicering:	Journal of Clinical Nursing 2006.
Syfte:	Syftet med studien var att undersöka förväntningar och kunskap hos kvinnor som genomgått ett tidigare kejsarsnitt och som skulle föredra en vaginal förlossning vid sin nästkommande förlossning.
Metod:	Annonser till tidningar skickades ut för att rekrytera kvinnor som upplevt ett kejsarsnitt. Intresserade fick då ringa ett nummer där ett meddelande lästes upp på en telefonsvarare, kvinnorna lämnade namn och nummer och blev sedan uppringda när det passade dem utav en av författarna. Kvalitativa intervjuer genomfördes med deltagarna. 157 personer hörde av sig på telefonsvararen, 107 av dessa ringdes upp och slutligen var det 35 personer som inkluderades i studien. Intervjuerna varade mellan 40-60 minuter. Resultatet analyserades via tematisk analys metod.
Resultat:	Kvinnorna upplevde att det tidigare kejsarsnittet ytterligare förstärkt deras längtan efter en vaginal förlossning. Att jobba tillsammans med sin kropp för att uppnå en naturlig förlossning sågs som en mycket stor del i att vara kvinna och mamma. Kvinnorna upplevde det som mer riskfyllt att genomgå ett kejsarsnitt, en ökad risk för skada hos mamma och barn. Stöd från familj och vänner som genomgått VBAC gav kraft att våga satsa på en vaginal förlossning.

Titel:	Reframing birth: a consequence of cesarean section.
Författare:	Fenwick, J., Gamble, J., Hauck, Y.
Publicering:	Issues and innovations in nursing practice 2006.
Syfte:	Syftet var att beskriva vad kvinnor som varit med om ett tidigare kejsarsnitt och som skulle föredra att genomgå ett elektivt

	kejsarsnitt vid sin nästa graviditet förväntar av barnafödandet. Samt att undersöka vad som påverkar kvinnors förväntningar deras kunskap och val av förlossningsmetod.
Metod:	Kvinnorna blev kontaktade via en annons i en tidning vilket sedan resulterade i intervjuer per telefon i cirka 45 minuter. Frågorna som ställdes hade öppna svarsalternativ. Studien presenterar en analys av data där 49 kvinnor har deltog som genomgått ett kejsarsnitt och som skulle föredra ett kejsarsnitt vid nästkommande förlossning. Studien genomfördes via deskriptiv studieanalys.
Resultat:	Före sitt första kejsarsnitt önskade de flesta kvinnorna att de skulle förlösas vaginalt. Efter snittet upplevde många av kvinnorna att vaginala födslar var smärtsamt, osäkra och mer riskfyllt för både mamman och barnet. Kejsarsnitt upplevdes av kvinnorna som det säkra alternativet. Detta för att det ger möjlighet till planering och struktur.

Titel:	Women's experiences of Caesarean section and vaginal birth after Caesarean: A birthrights initiative.
Författare:	Fenwick, J., Gamble, J., Mawson, J.
Publicering:	International Journal of Nursing Practice 2003.
Syfte:	Syftet med studien var att undersöka patientens upplevelse av kejsarsnitt och VBAC.
Metod:	Undersökningen har utförts av en patientorganisationen kallad "Birthrights" (information via Internet angående kejsarsnitt, framför allt kvinnans rätt att vägra kejsarsnitt). På deras hemsida fanns en enkät tillgänglig för blivande mammor att svara på, denna studie är resultatet av svaren. 59 kvinnor slutförde enkäten som innehöll 22 frågor med både slutna och öppna svarsalternativ. Av dessa inkluderades 55 kvinnor. Resultatet analyserades med en deskriptiv studie analys.
Resultat:	Av 55 kvinnor där alla varit med om ett kejsarsnitt hade även 29 av dem varit med om VBAC. 78 % uttryckte att kejsarsnittet både varit psykiskt och fysiskt traumatiskt. Även om kvinnorna varit med om flera kejsarsnitt så var alla lika traumatiska. Att få rätt stöd,

	<p>uppmuntran och respekt från vårdpersonalen var viktigt för den positiva förlossningsupplevelsen vid VBAC. Känslan av att ha kontroll över sin kropp och situationen hörde samman med VBAC upplevelsen, detta var ett sätt att läka efter det tidigare snittet. Många av kvinnorna kände sig inadekvat informerade vid sin första förlossning (kejsarsnitt).</p>
--	--

Titel:	Vaginal birth after caesarean section (VBAC): exploring women's perceptions.
Författare:	Meddings, F., MacVane Phipps, F., Haith-Cooper, M., Haigh, J.
Publicering:	Journal of Clinical Nursing 2005.
Syfte:	Syftet med studien var att nå ut till kvinnor som önskar uppleva VBAC. Hur kvinnorna upplevde informationens betydelse och deras tidigare erfarenheter av kejsarsnitt i deras val av förlossningsmetod.
Metod:	Kvalitativ intervjustudie, samtalen spelades in på band. Semi- strukturerade intervjufrågor hemma hos deltagarna i deras 34 graviditetsvecka samt 6 veckor efter förlossningen. Barnmorskor i området förmedlade kvinnor som passade in på inklusionskriterierna; haft ett tidigare kejsarsnitt samt vara gravid och planera för en vaginal förlossning när studien planerades utföras. 8 kvinnor deltog i studien. Analysmetoden var fenomenologisk.
Resultat:	Att få information om vilka alternativ som finns gör att kvinnorna känner större förtroende till barnmorskor och obstetiker/läkare. Majoriteten av kvinnorna ville arbeta för att kunna förlösas vaginalt, en naturlig förlossning. De hade en längtan att få uppleva den normala funktionen hos en kvinna. Några av kvinnorna upplevde att ett kejsarsnitt bidrog till att det tog längre tid att knyta an till sitt barn och även att förmågan till amning blev sämre.

Titel:	Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: a qualitative study.
--------	---

Författare:	Moffat, MA., Bell, JS., Porter, MA., Lawton, S., Hundley, V., Danielian, P., Bhattacharya, S.
Publicering:	OnlineEarly 24 November 2006.
Syfte:	Syftet med studien var att undersöka kvinnors framtida beslutsfattning kring förlossningsmetod efter ett tidigare kejsarsnitt.
Metod:	En kvalitativ studie som genomförts med hjälp av dagböcker, observationer och semi- strukturerade intervjuer. Data har analyserats indelat i teman både från ett logitudinalt och från ett kors-sektionalt perspektiv. Resultatet analyserades genom ett induktivt tillvägagångssätt.
Resultat:	Kvinnor var påverkade av deras tidigare upplevelser och förväntningar, och det slutgiltiga beslutet om förlossningsmetod utvecklades ofta under graviditetens framskridande. De flesta erkände att ett beslut alltid kunde förändras vid förändrade förhållanden. Trots en universal önskan att vara involverad i processen var det många kvinnor som inte deltog aktivt och kände sig obekväma i att ha ansvar i beslutsfattningen. Känslor kring mängden av och kvaliteten av information som mottagits angående förlossningsalternativ varierade väldigt, många kvinnor önskade att informationen var skraddarsydd för deras individuella omständigheter och behov. I kontrast till det intryck skapat genom media, fanns det inget bevis för att kvinnor föredrog eller ofta krävde elektivt kejsarsnitt.

Titel:	What influences a Woman to Choose Vaginal Birth after Cesarean?
Författare:	Ridley, RT., Davis, PA., Bright, JH., Sinclair, D.
Publicering:	Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2002.
Syfte:	Syftet var att undersöka vad som påverkar kvinnor att välja vaginal förlossning efter ett tidigare kejsarsnitt.
Metod:	Fem kvinnor rekryterades via ett sjukhus i sydöstra USA. Videofilmade intervjuer genomfördes i deltagarnas hemmiljöer.

	Intervjuerna tog ca en timme och innehöll tre förbestämda öppna frågor. Studiens analysmetod var deskriptiv och kvalitativ med influenser från fenomenologin.
Resultat:	Man beskriver de fenomen som i högsta grad påverkar en kvinnas beslut om VBAC. De dominerande teman man hittade var kvinnans känsla av kontroll i beslutsprocessen, läkarens uppmuntran vad gäller VBAC, och fördelar med de olika förlossningsmetoderna, både fysiska och emotionella. Man kom fram till att kvinnor påverkas av både inre och yttre faktorer i beslutsprocessen angående VBAC. Deras val kommer ur deras personliga erfarenheter och bör uppmuntras av läkare under hela processen som det innebär att få barn.

Titel:	Why women choose to have a repeat caesarean section.
Författare:	York, S., Briscoe, L., Walkinshaw, S., Lavender, T.
Publicering:	British journal of midwifery 2005
Syfte:	Syftet var att undersöka orsaken till att kvinnor väljer att genomgå upprepat kejsarsnitt (ERCS) efter att tidigare varit med om ett akut kejsarsnitt.
Metod:	45 kvinnor tillfrågades, 26 av dessa hade beslutat sig för att försöka föda vaginalt och uteslöts därmed ur studien. Andra deltagare som föll bort var på grund av psykiska eller graviditetsrelaterade skäl. 10 kvinnor deltog slutligen i studien som utfördes som en kvalitativ studie med semi-strukturerade intervjufrågor. Öppna frågor. Åldern på kvinnorna var mellan 21-39. Analyssättet som användes var enligt en tolkande metod (Interpretative approach).
Resultat:	Kvinnorna valde kejsarsnitt eftersom de upplevde att det var det säkraste sättet att föda. Att de hade känsla av kontroll var även det en av orsakerna till att de valde ERCS (upprepat kejsarsnitt). Deras tidigare upplevelser med akut kejsarsnitt har lett till att de är

	<p>rädda för att föda vaginalt men även en känsla av misslyckande som kvinna, att ej ha haft en vaginal förlossning. När beslutet angående förlossningsmetod skulle tas lyssnade kvinnorna mer på tidigare erfarenheter från släkt och vänner än råd och information från hälso- och sjukvården.</p>
--	--

Figur 1
Faser i arbetsgången vid analys
av kvalitativa studier
(Friberg 2006)

