

Abstrakt

**Bakgrund:** Med tanke på den ökande frekvensen av kejsarsnitt utan medicinsk indikation världen över är det angeläget att studera detta ämne. Förhoppningarna på denna studie var att den skulle leda till en bättre individuell omvårdnad för de kvinnor som önskade denna förlossningsmetod.

**Syfte:** Att belysa olika faktorer som kan påverka att kvinnan önskar kejsarsnitt utan medicinsk indikation framför en vaginal förlossning, samt behov av omvårdnad.

**Metod:** En systematisk litteraturstudie, där fjorton vetenskapliga studier inkluderats. Genom en innehållsanalys växte två huvudteman fram, den första var faktorer bakom val av förlossningsmetod, under detta tema skapades åtta underkategorier och det andra huvudtemat var behovet av stöd i samband med vaginal förlossning.

**Resultat:** De största bakomliggande faktorerna till att kvinnan önskade kejsarsnitt utan medicinsk indikation var tidigare upplevelser och kvinnans ökande ålder. Många av dessa kvinnor kände att de saknade både stöd och information från vårdgivarna.

**Diskussion:** Vikten av information och stöd var av stor betydelse för dessa kvinnor. För att säkra detta är omvårdnadsdokumentation en grundläggande del i vårdarbetet. För att hjälpa kvinnor som önskar kejsarsnitt utan medicinsk indikation kunde olika strategier för stresshantering (så kallad coping) vara ett bra alternativ att använda sig av i sådana situationer.

**Nyckelord:** kejsarsnitt, litteraturstudie, moderns begäran och upplevelser.

Handledare: Kicki Larsson. Universitetsadjunkt

Examinerande lärare: Anita Pejler. Prefekt/Lektor

**Faktorer som kan påverka att kvinnan utan medicinsk indikation önskar kejsarsnitt framför en vaginal förlossning**

BLOM ERIKA & KURU CAROLINE.

Mittuniversitetet, Sundsvall  
Institutionen för Hälsovetenskap  
Omvårdnad C, 41-60 poäng.  
Höstterminen 2007.11.

# Innehållsförteckning

<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>4</b>
FRÅGESTÄLLNINGAR.....	4
<b>METOD</b> .....	<b>4</b>
LITTERATURSÖKNING.....	5
INKLUSIONS- OCH EXKLUSIONSKRITERIER.....	5
KLASSIFICERING OCH VÄRDERING AV STUDIER .....	6
BEARBETNING .....	7
<i>Fas 1</i> .....	7
<i>Fas 2</i> .....	8
<i>Fas 3</i> .....	8
ANALYS .....	8
<b>ETISK GRANSKNING</b> .....	<b>8</b>
<b>RESULTAT</b> .....	<b>9</b>
FAKTORER BAKOM VAL AV FÖRLOSSNINGSMETOD.....	9
<i>Erfarenhet</i> .....	9
<i>Förlossningsrädsla</i> .....	10
<i>Läkares syn/förhållningssätt</i> .....	11
<i>Psykisk ohälsa</i> .....	11
<i>Påverkan från omvärlden</i> .....	12
<i>Säkerhet</i> .....	12
<i>Värderingar</i> .....	13
<i>Ålder</i> .....	14
BEHOVET AV STÖD I SAMBAND MED VAGINAL FÖRLOSSNING.....	15
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>16</b>
METODDISKUSSION .....	16
RESULTATDISKUSSION .....	16
SAMMANFATTNING .....	19
<b>REFERENSLISTA</b> .....	<b>21</b>
<b>BILAGOR</b> .....	<b>1</b>
BILAGA 1.....	1
BILAGA 2.....	1

## Bakgrund

Kejsarsnitt (sectio caesarea) innebär att man tar ut barnet genom mammans bukvägg (Björklund, Franck, Hammarlind Haninge & Hermann-Jonasson, 2004, s. 109). I Sverige var kejsarsnitt ett ovanligt ingrepp fram till 1950-talet, som på den tiden var ett mycket riskfyllt ingrepp för modern. På den tiden låg kejsarsnittsfrekvensen på mindre än en procent (Eckerlund, Gerdtham, Håkansson, Jönsson, Nielsen & Otterblad Olausson, 1995, s. 16). År tvåtusenfem låg kejsarsnittsfrekvens på cirka sexton procent, vilket den även ligger på idag. Detta innebär att på en del sjukhus föds nu cirka vart fjärde barn med ett kejsarsnitt. I västvärlden har kejsarsnitt blivit den vanligaste bukoperationen. Enligt WHO (världshälsoorganisationen) ska inte andelen kejsarsnitt behöva överstiga tio till femtion procent (Holmertz, 2005, s. 12).

Att genomgå kejsarsnitt är för kvinnan en extra påfrestning, dels för att en av följderna efter att ha genomgått en bukoperation är sårsmärta. Det finns även en stor risk att kvinnan kan drabbas av operationskomplikationer, som till exempel infektion, blödning, eller blodpropp (Björklund et al. 2004, s. 109). Allmänheten känner ofta inte till att en stor bukoperation kan innebära stora risker för både mor och barn. Bland annat riskerar mamman i framtiden att drabbas av sammanväxningar och ileus (tarmvred). Kejsarsnitt har även en sju till tolv gånger ökad mödradödlighet jämfört med en vaginal förlossning. Det orimliga med kvinnor som önskar bli förlöst med kejsarsnitt av den anledningen att de är förlossningsrädd, är att de då väljer en förlossningsmetod som är riskablare än en vaginal förlossning (Sjögren, 1998, s. 140). Enligt en studie utförd i Kanada fortsätter kejsarsnittsfrekvensen hos förstföderskor att öka. Denna ökning sker på grund av föreställningen världen över om att kejsarsnitt innebär liten risk eller ingen risk alls för en frisk kvinna. Studien gick ut på att undersöka om kejsarsnitt har en ökad risk för kvinnan att drabbas av ett försämrat fysiskt tillstånd, i jämförelse med vaginal förlossning. De kom fram till att skillnaden var liten, men att kvinnor som väljer kejsarsnitt har en ökad risk till ett försämrat fysiskt tillstånd. Innan en kvinna väljer vilken förlossningsmetod de ska använda sig av,

bör de diskutera riskerna med sin läkare (Liu, Liston, Joseph, Heaman, Sauve & Kramer, 2007).

Att välja kejsarsnitt som förlossningsmetod innebär även nackdelar för barnet. En nackdel är att barnet då inte får gå igenom den naturliga och gradvisa anpassningen som passagen via förlossningskanalen medför (Björklund, et.al, 2004, s. 109). Det är inte ovanligt att barn som förlöses med kejsarsnitt drabbas av andningsproblem, på grund av att de inte har fått samma naturliga och hormonella draghjälp som vid en vaginal förlossning. De är inte sällsynt att de även kan ha en nedsatt förmåga att hålla sin egen kroppstemperatur. Dessa komplikationer är en bidragande orsak till att barnen kan behöva övervakas i ett eller flera dygn efter förlossningen på barnkliniken (Holmertz, 2005, s. 31). En undersökning utförd i England visar att föda med kejsarsnitt är en risk faktor för att få ett dödfött barn i nästa graviditet (Gray, Quigley, Hockly, Kurinczuk, Glodacre & Brocklehurst, 2006).

Anledningen till att en del kvinnor väljer kejsarsnitt kan bero på många olika orsaker, exempelvis kan de känna oro, rädsla eller skräck inför att föda. Ofta bygger sådana rädslor på en negativ upplevelse från en tidigare förlossning. Gemensamt för dessa orsaker är att de kan göra en vaginal förlossning svårare (Söderberg & Silverstolpe, 2006, s.15). En studie utförd i England visade att kvinnor som tidigare genomgått kejsarsnitt hade svårt att besluta sig för vilken förlossningsmetod de ville använda vid nästa förlossning. De sökte specifik information och vägledning från vårdpersonalen baserad på deras egna individuella erfarenheter. De kom fram till att kvinnornas val av förlossningsmetod påverkades av tidigare erfarenheter och förväntningar (Moffat, Bell, Porter, Lawton, Hundley, Danielian & Bhattacharya, 2006). Förlossningsrädsla delas in i två olika varianter, den primära och sekundära förlossningsrädslan. Om en kvinna har en primär förlossningsrädsla innebär det att hon är rädd för förlossningen innan hon ens hunnit bli gravid. När kvinnan är förlossningsrädd på grund av att hon tidigare genomgått en traumatisk förlossning, har hon en sekundär förlossningsrädsla (Söderberg & Silverstolpe, 2006, s. 16). En anledning till varför kvinnor väljer kejsarsnitt framför en vaginal förlossning kan vara att vissa anser att ett planerat kejsarsnitt är en perfekt

kontrollerad situation. En orsak till att en kvinna kan vara rädd att genomgå en vaginal förlossning och istället vilja välja kejsarsnitt, kan vara att hon är rädd att misslyckas under förlossningen inför maken och vårdpersonalen. Att misslyckas kan innebära att visa rädsla, behöva ta smärtlindring, eller att ge okontrollerade ljud ifrån sig. Dessa kvinnor kan även känna en skräck inför att kräkas, släppa fram gaser och avföring, eller att bli nedkladdade av blod och fostervatten inför andra människor (Sjögren, 1998, s. 38).

För de kvinnor som har problem med förlossningsrädsla är det viktigt att de får både hjälp och stöd tidigt i graviditeten. För att kunna hjälpa dessa kvinnor till att våga föda normalt, krävs det både förberedelse och planering (Björklund et al, 2004, s. 110). Det är viktigt att sjuksköterskor har en bra observationsförmåga när det gäller att läsa av de signaler patienterna sänder ut, genom att observera kroppsrörelser, tonläge, gester och ansiktsuttryck. Detta är betydelsefullt för planeringen av patientens fortsatta omvårdnad (Arnold & Boggs, 2003, s. 217). Sjuksköterskornas relationer till patienter formas av båda partners traditionella rollförväntningar. Det är viktigt att som sjuksköterska uppmuntra vårdtagarna. De får då en tilltro till ens kompetens, eftersom de ofta kan bli beroende av den information de får av vårdpersonalen (Carnevali, 1996, s. 38).

Enligt SOSFS 1993:20 är det sjuksköterskan som framför allt är den som svarar för samordningen av omvårdnadsinsatserna. Det innebär att det är sjuksköterskan som i första hand har ansvaret över omvårdnadsdokumentationen. En patientjournal skall innehålla en tydlig omvårdnadsdokumentation, som i sin tur skall beskriva vårdens planering, genomförande och resultat, utifrån patientens individuella behov. Den skall även utformas på ett sätt som kan trygga patientens säkerhet och därtill även ge underlag för utvärdering och omarbetning av omvårdnadsinsatserna (Wilow, 2003, s. 185).

Hur väl en person klarar av en oros- eller stressfylld situation beror bland annat på tidigare erfarenheter och intellektuell förmåga. I dessa situationer är det vanligt att man som person ändrar sina ambitioner och målsättningar eller försöker finna alternativa former då man upptäcker att man inte kan nå vissa mål, för att kunna uppnå tillfredsställelse. Som alternativ till att försöka påverka sin uppfattning om

situationen kan man istället inrikta sig på att kognitivt förändra den (Rydén & Stenström, 2000, s. 83).

Sjuksköterskans huvudområde är omvårdnad, därför är det viktigt att vi som vårdpersonal har kunskap om vilka faktorer som kan ligga bakom att en del kvinnor väljer kejsarsnitt framför vaginal förlossning, utan medicinsk indikation. Denna kunskap blir grunden till att kunna ge individuellt stöd, råd och information till dessa kvinnor.

## Syfte

Syftet är att belysa olika faktorer som kan påverka att kvinnan önskar kejsarsnitt utan medicinsk indikation framför en vaginal förlossning, samt behov av omvårdnad.

### **Frågeställningar**

- Vad kan påverka att kvinnan önskar kejsarsnitt utan medicinsk indikation framför en vaginal förlossning?
- Vilket behov av stöd har dessa kvinnor?
- Hur kan vårdpersonalen hjälpa dessa kvinnor till att våga föda vaginalt?

## Metod

Detta arbete vars syfte är att belysa olika faktorer som kan påverka att kvinnan önskar kejsarsnitt utan medicinsk indikation framför en vaginal förlossning, samt behov av stöd, genomfördes som en systematisk litteraturstudie. Denna metod innebär att systematiskt söka, kritiskt granska och sammanställa litteratur och aktuell forskning inom ett specifikt område. Det i sin tur innebär en sammanställning av tidigare empiriska studier med både kvalitativ och kvantitativ ansats. Den litteratur som väljs ut skall bygga på vetenskapliga studier (jmf. Forsberg & Wengström, 2003, s. 29-30).

## Litteratursökning

Första steget var att söka vetenskapliga artiklar på PubMed, Cinahl och PsycINFO med sökorden: Experience, Decision making, Caesarean section och Maternal request. De artiklar som var av hög relevans för syftet, men som ej gick att få ut via databaserna beställdes. Resultaten av sökningarna kan utläsas i tabell på sidan fem.

Tabell. 1. Databassökning utförd 070913. Databaser, sökord, sökordskombinationer och antal träffar.

Sökord	PubMed	Cinahl	PsycINFO
Experience	106147	16926	73095
Decision making	27139	7398	18855
Caesarean section	21077	606	202
Maternal request	208	57	25
Caesarean section AND Experience	848	45	95
Caesarean section AND Decision making	384	52	35
Caesarean section AND Maternal request	86* 7** 2***	10*	20* 3**
Caesarean section AND Decision making AND Experience	32* 3**	4*	21*
Caesarean section AND Maternal request AND Decision making	18*	3*	12*
Caesarean section AND Maternal request AND Experience	5*	1*	11*
Totalt antal lästa abstrakt	141	18	64
Antal utvalda artiklar	10	0	3

\* = Antal lästa abstract, \*\* = Antal använda artiklar, \*\*\* = Antal beställda artiklar

Limits PubMed: English, Swedish, Female, Humans.

Limits Cinahl: English, Female.

Limits PsycINFO: English, Female

## Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterierna till studien var kvinnor som genomgått kejsarsnitt utan medicinsk indikation, samt att studierna var utförda senare än 1997. Studierna

skulle vara skriva på antingen engelska eller svenska och utgå ifrån kvinnors perspektiv. De artiklar som var av låg kvalitet, saknade sammanfattning och ej var vetenskapliga exkluderades ur studien.

### **Klassificering och värdering av studier**

Klassificering av studierna har genomförts enligt SBU, statens beredning för medicinsk utvärdering (4, 1999, s, 15-16), och indelats i följande grupper:

- Prospektiv studie (P) innebär en jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper men utan slumpmässig fördelning.
- Randomiserad kontrollerad studie (RCT) är en prospektiv studie med slumpvist utvalda deltagare fördelade i en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.
- Retrospektiv studie (R) är studier där ett historiskt material analyseras. Data är anskaffad från händelser som inträffat innan sökningen startade.
- Kvalitativ studie (K) är en studie där insamlade data t ex i form av intervjuer, berättelser eller observerade beteenden analyseras och presenteras med syfte att få fördjupad förståelse för livsvärden såsom upplevelser och erfarenheter hos individer.

De granskade studiernas vetenskapliga kvalitet har bedömts utifrån en tregradig skala som hög (I), medel (II) eller låg (III), se Tabell 2 och 3 (SBU, 4, 1999, s. 16-17).



Tabell 2. Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet av studier med kvantitativ metod enligt SBU (4, 1999, s. 48).

	I= Hög kvalitet	II= Medel	III= Låg kvalitet
P	Prospektiv studie utan randomisering. Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter, adekvata statistiska metoder.	-	Litet antal patienter, brister i genomförande, tveksamma statistiska metoder.
RCT	Större välmonitorerad multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Patientmaterialet tillräckligt stort för att besvara frågeställningen.	-	Randomiserad studie med för få patienter och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistik styrka. Bristfälligt antal patienter, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
R	Retrospektiv studie. Stort konsekutivt patientmaterial väg beskrivet och analyserat med adekvata statistiska metoder (t.ex. multivariansanalys, fallkontrollmetodik etc.). Lång uppföljningstid.	-	Begränsat patientmaterial otillräckligt beskrivet, alltför kort uppföljning eller inadekvata statistiska metoder.

Tabell 3. Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet av studier med kvalitativ metod enligt SBU (3, 1999, s. 49).

	I= Hög kvalitet	II= Medel	III= Låg kvalitet
K	Väldefinierad frågeställning. Relevant och tydligt beskrivet urval. Tydligt beskriven datainsamling och analysmetod. Logiskt och begripligt beskrivna tolkningar och slutsatser. God kommunicerbarhet och replikerbarhet.	-	Vagt definierad frågeställning. Otydligt beskrivet urval. Otillräcklig beskriven datainsamling och analysmetod. Vagt beskrivna tolkningar och slutsatser. Oklar kommunicerbarhet och replikerbarhet.

### Bearbetning

Bearbetningen av artiklarna har genomförts i tre faser enligt SBU (4, 1999, s. 16-17).

#### *Fas 1*

En första bedömning av artiklarna genomfördes av författarna som läste tvåhundra-tjugotre titlar och abstrakt, därefter inkluderades sjutton artiklar som överensstämde med syftet och inklusionskriterierna.

### *Fas 2*

Efter fas 1 gick sjutton artiklar till vidare granskning. Artiklarna granskades separat av båda författarna med hjälp av inklusions- och exklusions kriterierna. Därefter granskades artiklarna efter en granskningsmall (se bilaga ett) för att se om de är av värde för en fortsatt granskning. De artiklar som inte uppfyllde kraven exkluderades.

### *Fas 3*

Författarna diskuterade därefter artiklarna utifrån granskningsmallen och värderade artiklarnas kvalitet. Tretton artiklar bedömdes enligt kvalitetskriterierna som hög (I) eller medel (II) kvalitet och inkluderades i studien. Vetenskapligheten dokumenterades enligt tabell två och tre. Sammanställningen av dessa fjorton artiklar redovisas i löpande text under rubriken resultat och i bilaga två. Fyra artiklar exkluderades ur studien, två på grund av att syftet inte överensstämde med studiens syfte, en artikel var ej vetenskaplig och en bedömdes vara av låg kvalitet.

### **Analys**

I denna studie har en innehållsanalys använts för att på ett mer effektivt sätt kunna identifiera teman och kategorier, vilket ger ett mer lättförståligt resultat. En innehållsanalys innebär att systematiskt minska volymen av informationen, detta görs för att kunna analysera studiens data (jmf. Forsberg & Wengström, 2003, 145-146). Artiklarnas resultat lästes igenom av författarna flera gånger och sorterades efter framträdande begrepp. Genom denna innehållsanalys växte två huvudteman fram, den första var faktorer bakom val av förlossningsmetod, under detta tema skapades åtta underkategorier. Det andra huvudtemat var behovet av stöd i samband med vaginal förlossning.

### **Etisk granskning**

I all vetenskaplig forskning är god etik en viktig del och ett krav är att alltid göra etiska överväganden. Detta innebär att alltid skydda de individer som ingår i undersökningen, vilket betyder att intresset att inhämta ny kunskap inte får äventyra deltagarnas säkerhet och integritet. Innan varje forskningsprojekt

påbörjas måste forskaren söka tillstånd hos en etisk kommitté (Forsberg, & Wengström, 2003, s. 140). I denna studie behövdes inte detta tillstånd, eftersom det är en litteraturstudie baserad på tidigare genomförda studier. Det har varit betydelsefullt att de artiklar som använts har haft en etisk granskning.

## Resultat

Resultatet består av fjorton artiklar som beskriver elva kvantitativa och tre kvalitativa studier. Tre av artiklarna kom från Sverige, två från Australien och en vardera från England, Irland, Italien, Korea, Nigeria, Norge, Singapore, Skottland, Taiwan och USA. Under arbetets gång växte två huvudteman fram, den första var faktorer bakom val av förlossningsmetod, detta tema har åtta underkategorier; erfarenhet, förlossningsrädsla, läkares syn/förhållningssätt, psykisk ohälsa, påverkan från omvärlden, säkerhet, värderingar och ålder. Det andra huvudtemat var behovet av stöd i samband med vaginal förlossning.

### **Faktorer bakom val av förlossningsmetod**

Under detta tema finns åtta underkategorier med vetenskapliga studier som beskriver vilka faktorer som kan påverka att kvinnan önskar kejsarsnitt utan medicinsk indikation, framför en vaginal förlossning.

#### *Erfarenhet*

I en kvalitativ studie från England och Skottland, av hög (I) kvalitet har Emmet, Shaw, Montgomery och Murphy (2006) utforskat kvinnors erfarenheter av att välja förlossningsmetod. Kvinnorna i studien hade nyligen genomgått en vaginal förlossning, efter att tidigare ha erfårit kejsarsnitt. I denna studie har författarna använt sig av en semistrukturerad intervjuanalys. Studiens resultat visade att kvinnornas (n=21) val av förlossningsmetod påverkas mer av erfarenhet och praktiska faktorer än av säkerhet. Generellt var valet av förlossningsmetod deras eget.

I en kvantitativ studie utförd i Sverige av hög (I) kvalitet, utformad av Wiklund, Edman och Andolf (2007), undersökte författarna kvinnor som skulle genomgå

kejsarsnitt utan medicinsk indikation, med sitt första barn. Kvinnorna i studien fick tre stycken formulär, innehållande strukturerade frågor, under tre olika tillfällen hemskickad, som de besvarade. Efter kejsarsnittet undersökte författarna kvinnornas upplevelse av förlossningen. Kvinnorna som genomgick ett planerat kejsarsnitt hade bättre erfarenhet av förlossningen än de kvinnor som genomgick en vaginal förlossning.

### *Förlossningsrädsla*

I Australien har Gamble, Health och Creedy (2001) utfört en kvantitativ studie med kvalitativt inslag, av medel (II) kvalitet, där de undersökte vilken förlossningsmetod kvinnor föredrog, samt vilka anledningarna till deras val var. De samlade in sin information genom att kvinnorna (n=310) fick besvara ett frågeformulär med öppna frågor. De fann att cirka nittiotre procent av kvinnorna föredrog en naturlig förlossning. De kvinnor som föredrog kejsarsnitt hade tidigare upplevt en problematisk och komplicerad förlossning. Dessa kvinnor var även mer orolig, de var generellt sämre informerad om riskerna som kejsarsnitt innebär och överskattade oftast säkerheten kring denna förlossningsmetod.

I en kvantitativ utförd i Korea av hög (I) kvalitet, utarbetad av Lee, Khang och Lee (2004) var syftet att utforska sydkoreanska kvinnors attityder till förlossningsmetoder. Kvinnorna (n=505) blev intervjuade genom telefon där de fick besvara sju stycken strukturerade frågor. Studien visade att kvinnorna med högre utbildning var mer positiv till en vaginal förlossning. De kvinnor som föredrog kejsarsnitt var villig att rekommendera denna metod till sina vänner. Den bakomliggande orsaken till detta var rädsla för förlossningssmärta i samband med en vaginal förlossning.

I en tidigare presenterad studie, utförd av Wiklund, Edman och Andolf (2007), undersökte författarna kvinnor som skulle genomgå kejsarsnitt utan medicinsk indikation, med sitt första barn. Innan det planerade kejsarsnittet utfördes undersökte författarna kvinnornas (n=371) orsaker bakom begäran till kejsarsnittet, självskattad hälsa och förväntningar på födseln. Utfallet i studien visade att kvinnor som planerade en vaginal förlossning deltog mer i familjeutbildningen under graviditeten än de kvinnor som planerade kejsarsnitt.

Orsaker bakom deras önskan till ett planerat kejsarsnitt var tokofobi (förlossningsrädsla) störst. De andra orsakerna kunde var rädsla för deras eget och deras ofödda barns liv, ärftlighet för en komplicerad förlossning, rädsla för att en vaginal förlossning gör ont, att de hade blivit sexuellt utnyttjad, depression och rädsla för ett akutsnitt.

#### *Läkares syn/förhållningssätt*

I USA har Wax, Cartin, Pinette och Blackstone (2005) utfört en kvantitativ studie av medel (II) kvalitet, där de undersökte obstetrikers attityder i Maine, samt om de var villiga att utföra kvinnors önskan att välja kejsarsnitt utan medicinsk indikation, som förlossningsmetod. Obstetrikerna (n=77) fick besvara ett frågeformulär. Denna undersökning resulterade i att cirka åttiofyra procent av obstetrikerna i studien var villiga att utföra kejsarsnitt utan medicinsk indikation. Tjugoen procent av obstetrikerna föredrog denna förlossningsmetod till sig själva eller till sina partners. De största bakomliggande faktorerna till obstetrikerna val av förlossningsmetod var urin- och analinkontinens, tidigare förlossningserfarenheter, orolig för dödlig utgång, rädsla för ett dödfött barn, bevara den sexuella funktionen och för att undvika livmodersframfall. De minsta bakomliggande faktorerna var smärta och bekvämlighet.

I en tidigare presenterad studie, utförd av Gamble, Health och Creedy (2001), undersökt vilka de bakomliggande faktorerna till deras val var. Den största bakomliggande faktorn att dessa kvinnor föredrog kejsarsnitt var säkerheten för barnet eller på grund av att deras läkare rekommenderade denna metod.

#### *Psykisk ohälsa*

I en kvantitativ studie från Sverige av hög kvalitet (I) utformad av Wiklund, Edman, Larsson och Andolf (2006), undersöktes om kvinnor som önskade ett planerat kejsarsnitt framför en vaginal förlossning skiljde sig i sin personlighet i jämförelse mot kvinnor som önskade vaginal förlossning. Syftet var även att studera dessa två grupperns ålder, hälsa, förlossningsplats och planerad familjestorlek. Kvinnorna (n=328) bestod av två grupper, de som hade ett planerat kejsarsnitt utan medicinsk indikation framför sig och de kvinnor som hade valt en vaginal förlossning. Dessa kvinnor fick ett frågeformulär hemskickat, som var

utformat av Karolinska Institutet. Författarna till denna studie kom fram till den slutsatsen att de kvinnor som önskade kejsarsnitt utan medicinsk indikation var äldre och fick lägre poäng på socialisering, vilket markerar psykisk ohälsa. De var dock inte mer ångestbenägen än de kvinnor som planerade en vaginal förlossning.

I en kvantitativ studie utförd i Norge, av medel (II) kvalitet, utformad av Nerum, Halvorsen, Sörlie och Öian (2006) har författarna undersökt om kvinnors önskan att få genomgå kejsarsnitt på grund av rädsla för att föda, kunde ändras genom att erhålla kris-orienterad hjälp, och på så sätt hjälpa kvinnorna att våga föda vaginalt. Studiens resultat visade att de kvinnor som önskade kejsarsnitt på grund av rädsla oftast hade genomgått något traumatiskt i livet, som de inte hade löst. Dessa kvinnor led oftast av psykisk ohälsa, hade utsatts för misshandel, blivit sexuellt utnyttjad, hade ätstörningar eller genomgått en eller flera traumatiska förlossningar.

#### *Påverkan från omvärlden*

Fenwick, Gamble och Hauck (2006), har i en kvalitativ studie av hög (I) kvalitet, utförd i Australien, undersökt vilka påverkningar en grupp australiensiska kvinnor hade på en förlossning. Kvinnorna hade tidigare genomgått kejsarsnitt och föredrog kejsarsnitt i framtida förlossningar. Författarna samlade in sina data genom telefonintervjuer där de ställde öppna frågor till kvinnorna (n=49). Kvinnorna grundade ofta sina val på att sjukvårdspersonalen minimerade vilka risker en bukoperation kan medföra. En annan faktor som påverkade kvinnan att välja kejsarsnitt var familj, vänner och andra personers hemska berättelser om vaginala förlossningar.

#### *Säkerhet*

I en kvalitativ studie av medel (II) kvalitet, utförd i Nigeria har Chigbu, Ezeome och Iloabachie (2006) undersökt vilka orsaker som ligger bakom att kvinnan önskade kejsarsnitt i utvecklingsländer. Kvinnorna (n=27) blev intervjuade med ostrukturerade frågor. Författarna kom fram till att respondenternas genomsnittsålder var trettiosex plus minus fyra år, tjugosex hade högskoleutbildning och alla påstod att de var medveten om riskerna med kejsarsnitt. Tjugofyra föredrog en vaginal födsel i en framtida graviditet, trots det

ansåg tjugofem att kejsarsnitt var den säkraste förlossningsmetoden för att bibehålla barnet vid liv.

Chong och Mongelli (2002) har i en kvantitativ studie av medel (II) kvalitet, som är utförd i Singapore, studerat asiatiska gravida kvinnors attityder på kejsarsnitt och vaginal förlossning. I frågeformuläret som kvinnorna (n=104) besvarade, som bestod av både strukturerade och ostrukturerade frågor, fann man att sjuttioen procent ansåg att det är kvinnans rättighet att själva få bestämma om hon vill göra ett kejsarsnitt utan medicinsk indikation.

I en tidigare presenterad studie, utförd av Lee, Khang och Lee (2004), var syftet att utforska sydkoreanska kvinnors attityder till förlossningsmetoder. Över åttio procent av kvinnorna i studien ansåg inte att kejsarsnitt var en säkrare metod än en vaginal förlossning.

#### *Värderingar*

Lee, Khang och Lee (2004), har i en tidigare presenterad studie utforskat sydkoreanska kvinnors attityder till förlossningsmetoder. Resultatet visade att nittiofem procent av kvinnorna i studien föredrog en vaginal förlossning framför kejsarsnitt. Största orsaken var för att de ansåg att denna metod var den ”naturliga”. Dessa kvinnor skulle rekommendera en vaginal förlossning till sina vänner, största orsaken var ett snabbare tillfrisknande. Cirka fyra procent av kvinnorna höll starkt med om att kejsarsnitt var den moderna förlossningsmetoden och att den vaginala metoden var den uråldriga, vilket cirka tretton procent höll med om.

I en tidigare presenterad studie, utförd av Chong och Mongelli (2002), har författarna studerat asiatiska gravida kvinnors vetskap och förväntningar på kejsarsnitt och vaginal förlossning. De fann att asiatiska kvinnor generellt föredrog en vaginal förlossning framför kejsarsnitt. Orsakerna till detta var för att undvika förlossningssmärtan och minska risken för att utmatta fostret. Medvetenheten om vilka komplikationer som kan uppstå vid en vaginal förlossning och ett kejsarsnitt var allmänt lågt.

I en tidigare presenterad studie utförd av Wiklund, Edman och Andolf (2007), undersökte författarna kvinnor som skulle genomgå kejsarsnitt utan medicinsk indikation, med sitt första barn. Efter kejsarsnittet undersökte författarna amningens varaktighet och när de blev sexuellt aktiv igen. De undersökte även om depression efter födseln var mer vanlig i denna grupp, i jämförelse med de kvinnor som planerat en vaginal förlossning. De fann inga större skillnader mellan de två grupperna angående depression och respondenternas sexliv. Tre månader efter förlossningen ammande kvinnorna i kejsarsnittsgruppen i mindre utsträckning än kvinnor som födde vaginalt. Kvinnor som födde vaginalt planerade ofta fler barn medan majoriteten av kvinnor i den andra gruppen inte planerade mer än ett barn.

### *Ålder*

Donati, Grandolfo och Andreozzi (2003) har i en kvantitativ studie av medel (II) kvalitet, utförd i Italien undersökt vilka faktorer, förutom medicinsk och obstetrisk risk, som kunde påverka att kvinnor valde kejsarsnitt som förlossningsmetod. Samt att analysera vilken förlossningsmetod förstföderskor föredrog efter födseln med sitt första barn. Kvinnorna (n=1023) i studien blev intervjuade och fick besvara strukturerade frågor. Författarna kom fram till att kejsarsnitt ökade med moderns ålder. Nittio procent av dem som födde vaginalt och sjuttiosju procent av dem som genomgick kejsarsnitt föredrog en vaginal förlossning i framtiden.

I Taiwan har Lin och Xiasagar (2005) i en kvantitativ studie av medel (II) kvalitet, undersökt om det fanns något samband mellan mogen ålder och önskemål om att förlösa sitt barn med hjälp av kejsarsnitt. Författarna samlade in sin information via en databas. De fann att det finns ett samband mellan kvinnans ökande ålder och det ökade antalet av kejsarsnitt utan medicinsk indikation.

Hildigsson, Rådestad, Rubertsson och Waldenström (2000) har undersökt hur många kvinnor i Sverige som önskade kejsarsnitt när de blev tillfrågad tidigt i graviditeten. Författarna fann att de kvinnor som önskade kejsarsnitt var oftast äldre än trettiofem år.



I en tidigare presenterad studie, utförs av Chigbu, Ezeome och Iloabachie (2006) undersökt vilka orsaker som ligger bakom att kvinnan önskade kejsarsnitt i utvecklingsländer. De primära orsakerna bakom att kvinnorna önskade kejsarsnitt var att kvinnorna hade tidigare haft svårigheter att bli gravida och hög ålder vid första barnet.

### **Behovet av stöd i samband med vaginal förlossning**

Under detta tema ingår tre studier som beskriver vikten av stöd och information till kvinnor som önskar kejsarsnitt utan medicinsk indikation.

Hildigsson, Rådestad, Rubertsson och Waldenström (2000) har i en kvantitativ studie av hög (I) kvalitet, utförd i Sverige, undersökt hur många kvinnor i Sverige som önskade kejsarsnitt när de blev tillfrågade tidigt i graviditeten. Samt att identifiera kvinnornas personlighet. Studien utfördes genom att kvinnorna (n=3013) fick besvara ett strukturerat frågeformulär. Författarna fann att få kvinnor önskade kejsarsnitt om de blir tillfrågade tidigt i graviditeten. De kvinnor som önskade kejsarsnitt var oftast singel, rökare, hade lägre utbildning, levde i en liten stad, hade oftare funderat över abort, var mer deprimerad och orolig under graviditeten, inte bara för själva förlossningen utan även för andra saker.

I en tidigare presenterad studie av Emmet, Shaw, Montgomery och Murphy (2006), har författarna utforskat kvinnors erfarenheter av att välja förlossningsmetod. Kvinnorna i studien hade nyligen genomgått en vaginal förlossning, efter att tidigare ha upplevt kejsarsnitt. Studiens resultat visade att kvinnorna (n=21) kände att det inte lades någon betydelse kring information, utan att de var tvungna att begära den. Studien visade även att en del av kvinnorna upplevde hög nivå av orolighet och osäkerhet. Merparten hade behov av professionell hjälp och stöd både under och efter förlossningen. Information som gavs av olika hälsoexperter visade sig bidra till ökad förvirring och orolighet bland kvinnorna.

I en tidigare presenterad studie utformad av Nerum, Halvorsen, Sörlie och Öian (2006) har författarna undersökt om kvinnors önskan att få genomgå kejsarsnitt på grund av rädsla för att föda, kunde ändras genom att erhålla kris-orienterad hjälp,

och på så sätt hjälpa kvinnorna att våga föda vaginalt. Genom att kvinnorna fick hjälp med de olösta händelserna, kunde dessa kvinnor lättare skilja på rädsla för det som har varit och se att det inte var förlossningen i sig som var problemet. Av de åttiosex som ingick i studien ändrade sjuttiofyra sin önskan av förlossningsmetod, och förberedde sig för en vaginal förlossning.

## Diskussion

### **Metoddiskussion**

Detta arbete baseras på tretton vetenskapliga studier, som är av både kvalitativa och kvantitativa metoder, alla studier var skrivna på engelska. Detta kan ses som en styrka eftersom de kvalitativa studierna ger oss en djupare bild av kvinnornas upplevelser och vilka de bakomliggande faktorerna är till deras val av förlossningsmetod, medan de kvantitativa studierna ger oss ett resultat som kan generaliseras. Styrkan i detta arbete har varit att det är två författare och att båda författarna har granskat varje enskild studie för sig, vilket har förbättrat valideringen i arbetet. En svaghet i detta arbete har varit författarnas översättning från engelska till svenska, vilket kan ha lett till att betydelsen för olika ord i informationen har missuppfattats. Oerfarenheten av att granska, klassificera och värdera de vetenskapliga studierna kan ses som en annan brist i arbetet. I detta arbete har orden nursing, nurse\* eller midwifery ej använts i sökningarna, istället har begränsningen kvinnor lagts till i sökningarna. Anledningen till det 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.

### **Resultatdiskussion**

I denna litteraturstudie var syftet att belysa olika faktorer som kan påverka att kvinnan önskar kejsarsnitt utan medicinsk indikation framför en vaginal förlossning, samt behov av omvårdnad. Vi anser att vi har fått svar på vårt syfte och på de frågeställningar som vi ställde i detta arbete.

I en studie där de flesta kvinnorna föredrog en vaginal förlossning i framtida graviditeter, ansåg tjugofem utav tjugosju att kejsarsnitt var den säkraste förlossningsmetoden för att bibehålla barnet vid liv (Chigbu, Ezeome & Ilobachie, 2006). Två studier kom fram till att kvinnan grundade sitt val att önska kejsarsnitt utan medicinsk indikation, på säkerhet för sitt ofödda barns liv (Gamble, Health & Creedy, 2001; Wiklund, Edman & Andolf, 2007). Vi anser att dessa kvinnor inte har fått tillräckligt med information angående kejsarsnitt och dess risker. På grund av att de är rädda för sitt ofödda barns liv och säkerhet, samtidigt som de väljer en förlossningsmetod som är mer riskabel än en vaginal förlossning (jmf. Sjögren, 1998, s. 140).

Dessa författare kom fram till den slutsatsen att kvinnans ålder är en bakomliggande faktor till att kvinnor önskar kejsarsnitt utan medicinsk indikation. Frekvensen av denna förlossningsmetod ökade i takt med kvinnans ökande ålder. (Donati, Grandolfo & Andreozzi, 2003; Hildingsson, Rådestad, Rubertsson & Waldenström, 2000; Lin & Xiasagar, 2005; Wiklund, Edman, Larsson & Andolf, 2006). Eftersom många studier pekar på att ålder är en bakomliggande faktor till att kvinnor önskar kejsarsnitt utan medicinsk indikation, borde vårdpersonalen ha detta i åtanke när en kvinna önskar denna förlossningsmetod. Dessa kvinnor kanske behöver extra stöd och information för att våga genomgå en vaginal förlossning och veta att vårdpersonalen alltid finns till hands.

I en studie fann de att tokofobi var den största bakomliggande orsaken till att kvinnan önskade ett planerat kejsarsnitt. Andra orsaker var ärftlighet för en komplicerad förlossning, rädsla för att en vaginal förlossning kan göra ont, har blivit sexuellt utnyttjad, depression och rädsla för ett akutsnitt (Wiklund, Edman & Andolf, 2007). En annan studie kom fram till att kvinnor som föredrar kejsarsnitt tidigare hade upplevt en problematisk och komplicerad förlossning (Gamble, Health & Creedy, 2001). Ytterligare en annan studie visade på andra faktorer som påverkade kvinnan att välja kejsarsnitt, de var till exempel familj, vänner och andra personers hemska berättelser om vaginala förlossningar (Fenwick, Gamble & Hauck, 2006). I en studie av Nerum, Halvorsen, Sörlie & Öian önskade kvinnor kejsarsnitt utan medicinsk indikation på grund av rädsla. Denna rädsla grundade sig i något traumatiskt som hänt i deras liv, som de inte

hade löst. Kvinnorna led oftast av psykisk ohälsa, hade utsatts för misshandel, blivit sexuellt utnyttjad, hade ätstörningar eller genomgått en eller flera traumatiska förlossningar. I denna studie fick kvinnorna kris-orienterad hjälp med sina olösta händelser. Genom detta ändrade många av kvinnorna sin önskan av förlossningsmetod, och förberedde sig för vaginal förlossning (2006).

Vi anser att de är viktigt som vårdgivare att ta reda på och gå in på djupet om vilka problem som kan ligga till grund att kvinnan önskar kejsarsnitt utan medicinsk indikation. För att kunna göra detta är det viktigt att sjuksköterskan har en bra observationsförmåga när det gäller att läsa av de signaler patienten sänder ut (jmf. Arnold & Boggs, 2003, s. 217). Vi tror att coping kan vara ett bra alternativ att använda sig av i dessa situationer, för att påverka deras uppfattning om situationen kan man istället försöka inrikta sig på att kognitivt förändra den. När dessa kvinnor inte kan uppnå tillfredställelse i sin situation försöker de att finna alternativa förlossningsmetoder, detta för att inte behöva genomgå en förlossning som rör upp och påminner dem om tidigare olösta händelser i livet (jmf. Rydén & Stenström, 2000, s. 83). Vi anser att en annan viktig del i att hjälpa dessa kvinnor att våga föda vaginalt är att de får både hjälp och stöd tidigt i graviditeten. För att detta ska kunna fungera smidigt krävs det att vårdgivarna förbereder och planerar sina omvårdnadsinsatser väl (jmf. Björklund, et.al, 2004, s.110;).

I en studie kände kvinnorna att det inte lades någon betydelse kring information, utan att de var tvungna att begära den. Merparten hade behov av professionell hjälp och stöd både under och efter förlossningen. Information som gavs av olika hälsoexperter visade sig bidra till ökad förvirring och orolighet bland kvinnorna (Emmet, Shaw, Montgomery & Murphy, 2006). Andra faktorer till att kvinnan önskade kejsarsnitt utan medicinsk indikation var att de var mer orolig och de var generellt sämre informerad av vårdpersonalen om riskerna som denna förlossningsmetod innebär. Den största bakomliggande faktorn i denna studie att dessa kvinnor föredrog kejsarsnitt var på grund av att deras läkare rekommenderade denna metod (Gamble, Health & Creedy, 2001). I en annan studie grundade kvinnorna ofta sina val på att sjukvårdspersonalen minimerade vilka risker en bukoperation medför (Fenwick, Gamble & Hauck, 2006). Tjugo

procent av obstetrikerna i en studie föredrog kejsarsnitt som förlossningsmetod till sig själva eller till sina partners. (Wax, Cartin, Pinette & Blackstone, 2005).

Det är viktigt att vi som blivande sjuksköterskor uppmuntrar våra patienter. Om vi gör det kan de få en tilltro till ens kompetens, eftersom de ofta kan bli beroende av den information som vi tillhandahåller (jmf. Carnevali, 1996, s. 38). Om vi ser på kvinnorna i studierna finner vi att informationen var bristfällig i de flesta fall, vilket inte är acceptabelt. Att många av obstetrikerna själva önskade kejsarsnitt kan bidra till den ökande frekvensen av kejsarsnitt utan medicinsk indikation, de kanske överför sin personliga åsikt till kvinnan och utelämnar viktig information.

För att veta vilken information som patienten har fått och av vem, är det viktigt med en utförlig omvårdnadsdokumentation. Där det är sjuksköterskan som har ansvaret över samordningen av omvårdnadsinsatserna och omvårdnadsdokumentationen. Det är viktigt att patientjournalen innehåller en bra beskrivning av vårdens planering, genomförande och resultat, som utgår från patientens individuella behov. Den skall även vara utformad på ett sätt som kan trygga patientens säkerhet och därtill ge underlag för utvärdering och omarbetning av omvårdnadsinsatserna (jmf. Wilow, 2003, s. 185).

### **Sammanfattning**

Omvårdnadsdokumentation är en grundläggande del i vårdarbetet, för att all personal skall kunna följa patienten från första mötet och genom hela vårdprocessen. I en patientnära vårdrelation bör vårdpersonalen basera vården på patientens unika identitet där tillit, respekt och integritet bör genomsyra omvårdnaden.

Syftet med denna studie var att belysa olika faktorer som kan påverka att kvinnan önskar kejsarsnitt utan medicinsk indikation framför en vaginal förlossning, samt behov av omvårdnad. Det vore intressant att jämföra med eventuella studier gjorda utifrån mannens synvinkel angående kejsarsnitt, för att se om män och kvinnor baserar sina val av förlossningsmetod på samma faktorer. Upplevelser och känslor är osynliga för omgivningen, därför är det viktigt att som sjuksköterska på ett holistiskt synsätt kunna läsa av patienten. För att få en mer

enhetlig studie, skulle man kunna komplettera med undersökningar om hur sjuksköterskor på ett bra och effektivt sätt delar med sig av sin kunskap till patienten.

## Referenslista

Alfvén, M., Henning, E., & Holmertz, V. (1996). *Kejsarsnittsboken*. Stockholm: Cordia.

Arnold, E., & Boggs, K.U. (2003). *Interpersonal Relationships. Professional Communication skills for Nurses*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Björklund, U., Franck, M., Hammarlind Haninge, A., Herman-Jonasson, G., & Holmgren, L. (2004). *Vänta barn. En bok om graviditet, förlossning och föräldraskap*. Stockholm: Gothia AB.

Carnevali, D. (1996). *Handbok i omvårdnadsdiagnostik*. Stockholm: Liber.

Chigbu, C.O., Ezeome, I.V., & Iloabachie, G.C. (2006). Caesarean section on request in a developing country. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 96, 54-56.

Chong, E.S.Y., & Mongelli, M. (2002). Attitudes of Singapore women toward caesarean and vaginal deliveries. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 80, 189-194.

Donati, S., Grandolfo, M.E., & Andreozzi, S. (2003). Do Italian mothers prefer caesarean delivery? *Birth*, 30, 89-93.

Eckerlund, I., Gerdtham, U., Håkansson, S., Jönsson, B., Nielsen, T., & Otterblad Olausson, P. (1995). *Variationer i vårdens resursutnyttjande. Orsaker, konsekvenser och påverkansmöjligheter*. Stockholm: Spris förlag.

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. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 113, 1438-1445.

Fenwick, J., Gamble, J., & Hauck, Y. (2006). Reframing birth: a consequence of caesarean section. *Journal Compilation*, 56, 121-132.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.

Gamble, J.A., Health, H., & Creedy, D.K. (2001). Women's preference for a caesarean section: Incidence and associated factors. *Birth*, 28, 101-110.

Gray, R., Quigley, M.A., Hockly, C., Kurinczuk, J.J., Glodacre, M., & Brocklehurst, P. (2006). Caesarean delivery and risk of stillbirth in subsequent pregnancy: a retrospective cohort study in an English population. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114, 264-270.

Hellzén, O., Johansson, A., & Pejler, A. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad. Vid behandling av personer med schizofreni*. Stockholm: SBU.

Hildingsson, I., Rådestad, I., Rubertsson, C., & Waldenström, U. (2002). Few women wish to be delivered by caesarean section. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 618-623.

Holmertz, V. (2005). *En handbok från vi föräldrar. Kejsarsnitt*. Stockholm: Prisma.

Lee, S-II., Kang, Y.H., & Lee, M.S. (2004). Women's attitudes toward mode of delivery in South Korea – a society with high caesarean section rates. *Birth*, 31, 108-116.

Lin, H.C., & Xirasagar, S. (2005). Maternal age and the likelihood of a maternal request for caesarean delivery: A 5-year population – based study. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 192, 848-855.



Liu, S., Liston, R.M., Joseph, K.S., Heaman, M., Sauve, R., & Kramer, R.S. (2007). Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Canadian Medical Association or its Licensors*, 176, 455-460.

Moffat, MA., Bell, JS., Porter, MA., Lawton, S., Hundley, V., Danielian, P., & Bhattacharya, S. (2006). Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: a qualitative study. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114, 86-93.

Nerum, H., Halvorsen, L., Sörlie, T., & Öian, P. (2006). Maternal request for caesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented counseling?. *Journal Compilation*, 33, 221-228.

Rydén, O., & Stenström, U. (2000). *Hälsopsykologi. Psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom*. Stockholm: Bonnier utbildning AB.

Sjögren, B. (Red.). (1998). *Förlossningsrädsla*. Lund: Studentlitteratur.

Söderberg, L., & Silverstolpe, N. (2006). *Rädd att föda – din väg till att våga*. B. Wahlströms bokförlag AB.

Wax, J.R., Cartin, A., Pinette, M.G., & Blackstone, J. (2005). Patient choice caesarean – the maine experience. *Birth*, 32, 203-206.

Wiklund, I., Edman, G., & Andolf, E. (2007). Caesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 86, 451-456.

Wiklund, I., Edman, G., Larsson, C., & Andolf, E. (2006). Personality and mode of delivery. *Acta Obstetrica et Gynaecologica*, 85, 1225-1230.

Wilow, K. (2003). *Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvård*.  
Stockholm: Liber AB.

# Bilagor

## Bilaga 1

### Artikelgranskning

Artikel nr:..... Granskare:.....

Författare:.....

.....

Titel:.....

.....

Årtal:..... Tidskrift:.....

Land där studien utfördes: .....

**Typ av studie:** Original  Review  Annan .....

Kvantitativ  Kvalitativ

### Område:

1.....

2.....

3.....

4.....

**Kvalitetsbedömning:** Hög (I)  Medel (II)  Låg (III)

Kommentar:.....

.....

.....

Fortsatt bedömning: Ja  Nej

Motivering:.....

## KVALITETSBEDÖMNING

**Frågeställning/hypotes:**.....  
.....  
.....  
.....

### Typ av studie

**Kvalitativ:**    Deskriptiv                        Intervention              
                         Annan                            .....

**Kvantitativ:**    Retrospektiv                        Prospektiv              
                         Randomiserad                        Kontrollerad              
                         Intervention                        Annan            .....

**Studiens omfattning:**    Antal försökspersoner (N):.....    Bortfall (N) .....  
Tidpunkt för studiens genomförande?.....    Studiens längd.....

**Beaktas:** Könsskillnader?    Ja     Nej             Åldersaspekter?    Ja     Nej

### Kvalitativa studier

Tydlig avgränsning/Problemformulering?            Ja             Nej

Är perspektiv/kontext presenterade?            Ja             Nej

Finns ett etiskt resonemang?            Ja             Nej

Urval relevant?            Ja             Nej

Är försökspersonerna väl beskrivna?            Ja             Nej

Är metoden tydligt beskriven?            Ja             Nej

Kommunicerbarhet: Ges en klar bild av resultat?            Ja             Nej

Giltighet: Är resultatet logiskt, begripligt, i  
överensstämmelse med verkligheten, fruktbar/nyttigt?            Ja             Nej

**Kvantitativa studier**

*Urval:* Förfarandet beskrivet Ja  Nej

Representativt Ja  Nej

Kontext Ja  Nej

*Bortfall:* Analysen beskriven Ja  Nej

Storleken beskriven Ja  Nej

Interventionen beskriven Ja  Nej

Adekvat statistisk metod Ja  Nej

Vilken statistisk metod är använd?  
.....  
.....

Etiskt resonemang Ja  Nej

***Hur tillförlitligt är resultatet?***

Är instrumenten -valida Ja  Nej

-reliabla Ja  Nej

Är resultatet generaliserbart? Ja  Nej

**Huvudfynd:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Omarbetad utifrån SBU-granskningsmall Hellzén, O., & Pejler, A .(1999).

## Bilaga 2

Författare Årtal Land	Studiens syfte	Design/ Intervention	Deltagare (Bortfall)	Analysmetod	Huvudresultat	Studiedesign/ Kvalitet
Chigbu, C.O., Ezeome, I.V & Iloabachie, G.C. 2006, Nigeria.	Att undersöka vilka orsaker som ligger bakom att kvinnan önskar kejsarsnitt i utvecklingsländer.	Kvalitativ metod. Kvinnorna blev intervjuade med ostrukturerade frågor.	Kvinnor n=27	Deskriptiv statistik.	Författarna kom fram till att respondenternas genomsnittsålder var trettiosex plus minus fyra år. Tjugosex stycken hade högskoleutbildning och alla påstod att de var medveten om riskerna med kejsarsnitt. Tjugofyra stycken föredrog en vaginal födsel i en framtida graviditet, trots det ansåg tjugofem stycken att kejsarsnitt var den säkraste förlossningsmetoden, för att bibehålla barnet vid liv. De primära orsakerna för att välja kejsarsnitt var tidigare infertilitet och hög ålder vid första barnet.	K-II
Chong, E.S.Y & Mongelli, M. 2002, Singapore.	Att studera asiatiska gravida kvinnors attityder, vetskap och förväntningar på kejsarsnitt och vaginal förlossning.	Kvantitativ metod med kvalitativt inslag. Prospektiv studie. Frågeformulär med både strukturerade och ostrukturerade frågor.	Kvinnor n=104 (56)	Logisk regressions analys.	Man fann att asiatiska kvinnor generellt föredrar en vaginal förlossning framför kejsarsnitt. Den vanligaste orsaken till varför en asiatisk kvinna önskade kejsarsnitt var för att undvika förlossningsmärtan och minska risken för att utmatta fostret. Sjuttien procent ansåg att det är kvinnans rättighet att själv få bestämma om hon vill göra ett kejsarsnitt utan medicinsk indikation. Medvetenheten om vilka komplikationer som kan uppstå vid en vaginal förlossning och ett kejsarsnitt var allmänt lågt.	P-II

Författare Årtal Land	Studiens syfte	Design/ Intervention	Deltagare (Bortfall)	Analysmetod	Huvudresultat	Studiedesign/ Kvalitet
Donati, S., Grandolfo, M.E & Andreozzi, S. 2003, Italien.	Att undersöka vilka faktorer, förutom medicinsk och obstetrisk risk, som kan påverka att man väljer kejsarsnitt som förlossningsmetod. Samt att analysera vilken förlossningsmetod förstföderskor föredrar efter födseln med sitt första barn.	Kvantitativ metod. Prospektiv kohort studie. Kvinnorna i studien blev intervjuade och fick besvara strukturerade frågor.	Kvinnorna n=1023	Logisk regression.	Författarna kom fram till att kejsarsnitt ökade med moderns ålder och vart i Italien man var bosatt. Nittio procent av de som födde vaginalt och sjuttiosju procent av de som genomgick kejsarsnitt föredrog en vaginal förlossning i framtiden.	P=II
Emmet, C.L., Shaw, A.R.G., Montogery, A.A & Murphy, D.J. 2006, England och Skottland	Var att utforskat kvinnors erfarenheter av att välja förlossningsmetod, där de nyligen genomgått en vaginal förlossning, efter att tidigare ha upplevt kejsarsnitt.	Kvalitativ metod. Semistrukturerad intervjuanalys.	Kvinnor n= 21 (44)	Innehålls- analys.	Kvinnors val påverkas mer av erfarenhet och praktiska faktorer än av säkerhet. Generellt var valet av förlossningsmetod deras eget. Kvinnorna kände att det inte lades någon betydelse kring information, utan att de var tvungna att begära den. Studien visar även att en del av kvinnorna upplevde hög nivå av orolighet och osäkerhet. Merparten hade behov av professionell hjälp och stöd både under och efter förlossningen. Information som gavs av olika hälsoexperter visade sig bidra till ökad förvirring och orolighet bland kvinnorna.	K=I

Författare Årtal Land	Studiens syfte	Design/ Intervention	Deltagare (Bortfall)	Analysmetod	Huvudresultat	Studiedesign/ Kvalitet
Fenwick, J., Gamble, J & Hauck, Y. 2006, Australien.	Undersökt vilka påverkningar, förväntningar och kunskaper, en grupp australienska kvinnor har på en förlossning. Där kvinnorna tidigare genomgått kejsarsnitt och föredrar kejsarsnitt i framtida förlossningar.	Kvalitativ metod. Av explorativ och beskrivande design. Författarna samlade in sina data genom telefonintervjuer där de ställde öppna frågor till kvinnorna.	Kvinnor n=49 (108)	Innehålls- analys	De fann att dessa kvinnor föredrar kejsarsnitt i en framtida förlossning. Kvinnorna grundade ofta sina val på att sjukvårdspersonalen minimerade vilka risker en bukoperation medför. En annan faktor som påverkade kvinnan att välja kejsarsnitt var familj, vänner och andra personers hemska berättelser om vaginala förlossningar. Många kvinnor bortförklarade att detta val var det enda säkra sättet att få ett friskt barn på.	K=I
Gamble, J.A., Health, M & Creedy, D.K. 2001, Australien.	Att fastställa vilken förlossningsmetod kvinnor föredrar, samt vilka de bakomliggande faktorer och anledningar är.	Kvantitativ metod med kvalitativt inslag. Retrospektiv studie. De samlade in sin information genom att kvinnorna fick besvara ett frågeformulär med öppna frågor.	Kvinnor n=310	Chi-2-test, Fisher exact probability test och Monte Carlo exact probability test.	De fann att cirka nittiotre procent av kvinnorna föredrar en naturlig förlossning. De kvinnor som föredrar kejsarsnitt hade tidigare upplevt en problematisk och komplicerad förlossning. Dessa kvinnor var även mer orolig, de var generellt sämre informerad om riskerna som kejsarsnitt innebär och överskattade oftast säkerheten kring detta. Den största bakomliggande faktorn att dessa kvinnor föredrog kejsarsnitt var säkerheten för barnet eller på grund av att deras läkare rekommenderade denna metod.	R=II



Författare Årtal Land	Studiens syfte	Design/ Intervention	Deltagare (Bortfall)	Analysmetod	Huvudresultat	Studiedesign/ Kvalitet
Hildigsson, I., Rådestad, I., Rubertsson, C & Waldenström, U. 2000, Sverige.	Att undersöka hur många kvinnor i Sverige som önskar kejsarsnitt när de blev tillfrågad tidigt i graviditeten. Samt att identifiera dessa kvinnornas personlighet.	Kvantitativ metod. Retrospektiv studie. Kvinnorna fick besvara ett strukturerat frågeformulär.	Kvinnor n=3013 (2387)	Chi-2-test och Mantel-Haenszel's metod.	De kvinnor som önskade kejsarsnitt var oftast äldre än trettiofem år, singel, rökare, lägre utbildning, levde i en liten stad, hade oftare funderat över abort, var mer deprimerad och orolig under graviditeten, inte bara för själva förlossningen utan även för andra saker. De fann även att psykologiskt stöd under graviditeten borde erbjudas som ett alternativ till kejsarsnitt, för de kvinnor som är rädd för en vaginal förlossning och har negativa förlossningserfarenheter sedan tidigare.	R=I
Lee, S-II., Khang, Y-H & Lee, M-S. 2004, Korea.	Att utforska sydkoreanska kvinnors attityder till förlossningsmetoder.	Kvantitativ metod. En kontrollerad och randomiserad design. Data samlades in genom telefonintervjuer där kvinnorna fick besvara sju strukturerade frågor.	Kvinnor n=505. (377)	Student t-test, ANOVA test och Duncan test.	Resultatet visade att nittiofem procent av kvinnorna i studien föredrar en vaginal förlossning framför kejsarsnitt. Största orsaken var att de ansåg att denna metod var den "naturliga". Över åttio procent av kvinnorna i studien ansåg inte att kejsarsnitt var en säkrare metod än en vaginal förlossning. Studien visar även att kvinnor med högre utbildning var mer positiv till en vaginal förlossning. Kvinnor som föredrog kejsarsnitt, var rädda för förlossningssmärta i samband med en vaginal förlossning, den bakomliggande orsaken.	RCT=I

Författare Årtal Land	Studiens syfte	Design/ Intervention	Deltagare (Bortfall)	Analysmetod	Huvudresultat	Studiedesign/ Kvalitet
Lin, H-C & Xiasagar, S. 2005, Taiwan.	Att undersökt om det finns något samband mellan mogen ålder och önskemål om att förlösa sitt barn med hjälp av kejsarsnitt.	Kvantitativ metod. En retrospektiv studie. Författarna samlade in sin information från en databas hämtat från åren 1997-2001.	Kvinnor n=929.	Deskriptiv statistik och ett flertal olika logiska regressions-analyser.	De fann att det finns ett samband mellan kvinnans ökande ålder och det ökade antalet av kejsarsnitt utan medicinsk indikation.	R=II
Nerum, H., Halvorsen, L., Sörlie, T & Öian, p. 2006, Norge.	Författarna har undersökt om kvinnors önskan att få genomgå kejsarsnitt på grund av rädsla för att föda, kan ändras genom att få kris-orienterad hjälp, och på så sätt våga föda vaginalt.	Kvantitativ metod. Prospektiv design. Interventionen bestod i att kvinnorna blev erbjuden en individ-uell kris-orienterad hjälp från ett team som bestod av två erfarna barnmorskor med specialisering inom mental hälsa, en obstetrisk konsult och en socialarbetare.	Kvinnor n=86	Chi-2-test och Fisher`s exact test.	Studiens resultat visar att kvinnor som önskar kejsarsnitt på grund av rädsla har ofta genomgått något traumatiskt i livet, som de inte har löst. Genom att få hjälp med detta, kan dessa kvinnor lättare skilja på rädsla för det som har varit och se att det inte är förlossningen i sig som är problemet. Av de 86 stycken som ingick i studien ändrade 74 stycken deras önskan av förlossningsmetod, och förberedde sig för vaginal förlossning.	P=II

Författare Årtal Land	Studiens syfte	Design/ Intervention	Deltagare (Bortfall)	Analysmetod	Huvudresultat	Studiedesign/ Kvalitet
Wax, J.R., Cartin, A., Pinette, M.G & Black- stone, J. 2005, USA	Att undersöka obstetrikers attityder i Maine, och om de är villiga att utföra kvinnors önskan att välja kejsarsnitt, utan medicinsk indikation, som förlossningsmetod.	Kvantitativ metod. Retrospektiv studie. Ett anonymt frågeformulär blev utskickat via e-post till respondenterna.	Kvinnor n=37 (14)  Män n=40 (19)	Chi-2-test, Fisher exakt test och deskriptiv statistik.	Denna undersökning resulterade i att cirka åttiofyra procent av obstetrikerna i studien var villiga att utföra kejsarsnitt utan medicinsk indikation. Tjugoen procent av obstetrikerna föredrog denna förlossningsmetod till sig själva eller till sina partners. De största bakomliggande faktorerna till obstetrikernas val var urin- och analinkontinens, tidigare förlossningserfarenheter, orolig för dödlig utgång, rädsla för ett dödfött barn, bevara den sexuella funktionen och för att undvika livmodersframfall. De minsta bakomliggande faktorerna var smärta och bekvämlighet.	R=II
Wiklund, I., Edman, G & Andolf, E. 2007, Sverige.	Att undersöka kvinnor som ska genomgå kejsarsnitt utan medicinsk indikation, med sitt första barn. De undersökte kvinnornas orsaker bakom begäran, självskattad hälsa, förväntningar på födseln, upplevelsen av förlossningen, amningens varaktighet och när de blev sexuellt aktiv igen. De undersökte även om depression efter födseln var mer vanlig i denna grupp, i jämförelse med de kvinnor som planerat en vaginal förlossning.	Kvantitativ metod. En prospektiv kohortstudie. Kvinnorna i studien fick tre stycken formulär, innehållande strukturerade frågor, under tre olika tillfällen hemskickad, som de själva skulle besvara.	Kvinnor n=371 (14)	Chi-2-test och z-test.	Orsaker bakom deras önskan till ett planerat kejsarsnitt var Tokofobi störst. Andra orsakerna var rädsla för deras eget och deras ofödda barns liv, ärftlighet för en komplicerad förlossning, rädsla för att en vaginal förlossning gör ont, har blivit sexuellt utnyttjad, depression och rädsla för ett akut snitt. Kvinnorna som genomgick ett planerat kejsarsnitt hade bättre erfarenhet av förlossningen än de kvinnor som genomgick en vaginal förlossning. De fann inga större skillnader mellan de två grupperna angående depression och respondenternas sexliv. Tre månader efter förlossningen ammande kvinnorna i kejsarsnittsgruppen i mindre utsträckning än kvinnor som födde vaginalt. Kvinnor som födde vaginalt planerade ofta fler barn medan majoriteten av kvinnor i den andra gruppen inte planerade mer än ett barn.	P=I

Författare Årtal Land	Studiens syfte	Design/ Intervention	Deltagare (Bortfall)	Analysmetod	Huvudresultat	Studiedesign/ Kvalitet
Wiklund, I., Edman, G., Larsson, C & Andolf, E. 2006, Sverige.	Att undersöka om kvinnor som önskar ett planerat kejsarsnitt framför en vaginal förlossning skiljer sig i sin personlighet i jämförelse mot kvinnor som önskar vaginal förlossning. Syftet var även att studera dessa två gruppers ålder, hälsa, förlossningsplats och planerad familjestorlek.	Kvantitativ metod. Prospektiv kohort studie. Frågeformulär med strukturerade frågor blev hemskickat till respondenterna. Formuläret bestod av femton personlighetsvariabler.	Kvinnor n=328 (62)	Student´s t-test och chi-2-test.	De kvinnor som önskar kejsarsnitt utan medicinsk indikation var äldre och fick lägre poäng på socialisering, vilket markerar psykisk ohälsa. De kom även fram till att dessa kvinnor behöver stöd och vägledning i sina beslut.	P=I